Universität Bremen*

ipp bremen

Bewertung der gesundheitlichen Versorgungssituation älterer Menschen im Bundesland Bremen

– Ergebnisse einer Delphi-Studie –
Abschlussbericht

Universität Bremen
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)

Bremen, Februar 2015

Projektleitung

Projektleitung:

Prof. Dr. Stefan Görres (Institut für Public Health und Pflegeforschung, IPP)

Studienteam:

Susanne Stiefler, M.A. Public Health

Sabine Blom, M.A. Sozialwissenschaften, Diplom-Gerontologin

Fadua El Bouazzaoui, M.A. Public Health

Kathrin Seibert, B.A. Pflegewissenschaft

Lina Heier, 7. FS B.A. Pflegewissenschaft

Dominik Bruch, B.A. Pflegewissenschaft

Kontaktadressen:

Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)

Grazer Str. 4

28359 Bremen

Tel.: +49 (0)421 218-68900

E-Mail: sgoerres@uni-bremen.de

Vorwort

Der Senator für Gesundheit des Landes Bremen, Dr. Hermann Schulte-Sasse, hat das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen beauftragt, die gesundheitliche Situation älterer Menschen im Lande Bremen darzustellen und Optimierungspotenziale zu eruieren. Damit setzt die senatorische Behörde des Landes Bremen einen deutlichen Akzent zu einem Thema, das angesichts der demographischen Entwicklung in Zukunft an Bedeutung gewinnen wird: die Versorgungssituation älterer Menschen. Diese Akzentsetzung ist wichtig und vorausschauend, nicht nur weil die Anzahl älterer Menschen zunimmt und ebenso deren Lebenserwartung, sondern weil die Ansprüche älterer Menschen an das Gesundheitssystem deutlich gewachsen sind. Dies betrifft sowohl die Quantität in der Inanspruchnahme der Angebote als auch deren Qualität und Angemessenheit.

Das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) hat sich dazu entschlossen, die Untersuchung mittels einer Delphi-Studie durchzuführen. Eine Delphi-Studie ist dann das methodische Mittel der Wahl, wenn angesichts nicht vorhandener Daten erst über differenzierte Expertenmeinungen zu einem fachlich fundierten Meinungsbild gefunden werden soll. Dieser Anspruch konnte mittels der durchgeführten Delphi-Studie eingelöst werden. Die Expertinnen und Experten kamen zu der Ansicht, dass auf der Grundlage einer bereits bestehenden ausdifferenzierten und qualitativ hoch stehenden Versorgungssituation älterer Menschen im Lande Bremen für die Zukunft sich dennoch Ansatzpunkte für weitere Verbesserungen identifizieren lassen. Dem Senator für Gesundheit des Landes Bremen werden mittels der Delphi-Studie Eckpunkte für Optimierungen an die Hand gegeben, die für das Land Bremen strategische und operative Möglichkeiten einer innovativen Entwicklung aufzeigen.

Das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) dankt dem Senator für Gesundheit für diesen Auftrag. Der Dank gilt ebenso dem Team, das diesen Auftrag umgesetzt hat und allen beteiligten Expertinnen und Experten, die sich sehr lebhaft und engagiert an der Diskussion im Rahmen der Delphi-Studie beteiligt haben.

Prof. Dr. Stefan Görres
Projektleiter
Direktorium IPP

Für den schnellen Leser - Kurzzusammenfassung

Hintergrund: Die mit dem demographischen Wandel in Zusammenhang stehenden Entwicklungen und Herausforderungen zeigen sich auch im Bundesland Bremen. Ein höheres Alter ist konnotiert mit einer erhöhten Inzidenz von gesundheitlichen Problemen und Einschränkungen. Vor diesem Hintergrund müssen die „Eckpfeiler" der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen im Rahmen der bisherigen ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen, aber auch der akutmedizinischen, rehabilitativen, geriatrischen Behandlungsstrategien sowie psychosozialen Betreuung nach SGB V sowohl auf Bundes- als auch auf Länderebene, auch im Hinblick knapper Ressourcen, neu gedacht werden. Dies gilt vor allem bezogen auf ihre Zukunftsfähigkeit.

Zielsetzung: Im Auftrag des Senators für Gesundheit im Bundesland Bremen führte das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen eine Studie zur Erfassung von Problembereichen in der Versorgung älterer Menschen ab 65 Jahren sowie zur Identifikation von Ansatzpunkten zur Optimierung der Versorgung im Zeitraum von Mai bis Oktober 2014 im Lande Bremen durch.

Methodik: Die Datenerhebung erfolgte anhand des Verfahrens der Delphi-Methode zur Ideenaggregation. Hierzu wurden 87 ausgewählte Experten aus unterschiedlichen Bereichen des bremischen Gesundheitswesens zur Teilnahme an zwei aufeinander aufbauenden online-Befragungen eingeladen. Nach deskriptiv quantitativer sowie inhaltsanalytisch qualitativer Auswertung der erhobenen Daten wurden in einem Workshop die identifizierten Problembereiche vorgestellt und Ansatzpunkte für Lösungsstrategien hinsichtlich ihrer Praktikabilität und Umsetzbarkeit von den Expertinnen und Experten diskutiert und einschließlich der identifizierten Problemfelder abschließend zu einer Expertise zusammengefasst.

Ergebnisse: Auf diesem Wege gelang es, für das Land Bremen ein multiperspektivisches Abbild von Problembereichen zu zeichnen und den beteiligten Akteuren die Möglichkeit zu bieten, Lösungsstrategien mitzugestalten. Elf Problembereiche ließen sich identifizieren, aus denen heraus die vier Schwerpunktthemen Schnittstellenmanagement, geriatrische Versorgung, Quartier sowie Qualifikation und Ausbildung im Rahmen des Experten-Workshops intensiv diskutiert wurden. Während des Workshops erarbeiteten die Expertinnen und Experten dazu konsentierte Lösungsmöglichkeiten: Erstellung eines einheitlichen Überleitungsbogen und Entwicklung eines übergeordneten Geriatriekonzepts. Als quer verbindendes Element zeigte sich eine sektorenübergreifende Versorgung für die Zukunft als zentral. Darüber hinaus empfahlen die Expertinnen und Experten des Workshops den stärkeren Einbezug vulnerabler Gruppen durch Angebotsausweitung in die gesundheitliche Versorgungsinfrastruktur sowie die Verbesserung der fachärztlichen Versorgung in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege zu forcieren.

Schlussfolgerung: Es bedarf Anstrengungen qualitativer wie quantitativer Art, die auf die verschiedenen Ebenen der gesundheitlichen Versorgung übertragen werden müssen. Diese können sich auf bereits vorhandene Strukturen, z.B. im ambulanten oder stationären Sektor, beziehen oder auf Angebote, welche erst noch zu schaffen sind. Im Schlussteil der Studie werden dazu Handlungsempfehlungen formuliert.

Inhalt

Vorwort 2

Für den schnellen Leser - Kurzzusammenfassung 3

Tabellenverzeichnis 6

Abbildungsverzeichnis 7

Abkürzungsverzeichnis 8

1 Hintergrund, Auftrag und Zielsetzung 9

2 Gesundheitliche Versorgungssituation älterer Menschen 11

2.1 Bundesrepublik Deutschland 11

2.2 Bundesland Bremen 14

2.2.1 Übersicht der Angebotsstruktur im Rahmen des SGB V 17

2.2.2 Geriatrische und neurologische Versorgungskapazitäten – Strategien der geriatrischen Versorgung 21

2.2.3 Weitere therapeutische Angebote 23

2.2.4 Bremen im Vergleich 24

3 Fragestellung und Erhebungsmethode 28

4 Darstellung der Ergebnisse 30

4.1 Ergebnisse der online-Befragungen 31

4.2 Ergebnisse aus dem Expertenworkshop 33

4.2.1 Schnittstellenmanagement 35

4.2.1.1 Bereich Aufbau von Kommunikationsstrukturen 36

4.2.1.2 Bereich Kooperation 38

4.2.1.3 Bereich Steuerung 38

4.2.1.4 Bereich Ärztliche Versorgung 38

4.2.1.5 Bereich Aufsuchende Beratung 39

4.2.1.6 Bereich Überleitung 39

4.2.2 Geriatrische Versorgung 41

4.2.2.1 Bereich Sicherung akutstationärer Versorgung 42

4.2.2.2 Bereich Ärztliche Versorgung 42
4.2.2.3 Bereich Kompetenzen bündeln 43
4.2.2.4 Bereich Landeszielplanung 43
4.2.3 Quartier 45
4.2.3.1 Bereich Quartiersarbeit 46
4.2.3.2 Bereich (Medizinische) Angebote für vulnerable Gruppen 48
4.2.4 Qualifikation und Ausbildung 49
4.2.4.1 Bereiche Qualifizierung und Fachkräftemangel sowie Fort- und Weiterbildung 50
4.2.4.2 Bereich Ausbildungssystem 51
5 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse 53
5.1 Schnittstellen erfolgreich zusammenbringen – Modelle sektorübergreifender Kommunikation, Kooperation und Steuerung 53
5.2 Geriatrische Versorgung weiter denken 56
5.3 Gemeinsam die Quatiersarbeit stärken 58
5.4 Pflegeberufe für die Zukunft stärken – Kompetenz- und Fachkräftezuwachs 58
5.5. Fazit der Diskussion 60
6 Stärken und Limitierungen der Studie 61
7 Schlussfolgerungen und Empfehlungen 63
Literatur- und Quellenverzeichnis 67
Anhang 75

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zehn häufigste Diagnosen bei Männern und Frauen ≥65 Jahre. 12

Tabelle 2: Bevölkerung und Entwicklung im Bundesland Bremen.. 16

Tabelle 3: Medizinische Versorgung durch Angehörige approbierter Heilberufe. 16

Tabelle 4: Struktur- und Belegungsdaten der Krankenhäuser im Bundesland Bremen. 17

Tabelle 5: Angebote im Rahmen des SGB V nach Funktion. 18

Tabelle 6: Darstellung der Angebote des akutstationären Sektors, einschließlich Geriatrie und Neurologie.. 22

Tabelle 7: Versorgung durch Angehörige ausgewählter Gesundheitsfachberufe. 24

Tabelle 8: Anzahl berufstätiger, geriatrisch weitergebildeter Ärzte/Ärztinnen und Weiterbildungsberechtigter nach Bundesländern..... 27

Tabelle 9: Beteiligung und Rücklauf in den Erhebungsphasen. 30

Tabelle 10: Ergebnisse der ersten online-Befragung: Identifizierte Problembereiche. 31

Tabelle 11: Übersicht über zur Diskussion vorgeschlagene Bereiche innerhalb der Workshop-Themenschwerpunkte. 33

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Krankenhausfälle nach Altersgruppen 2012. 11

Abbildung 2: Anteile an den Gesamtkrankheitskosten nach Altersgruppe und Geschlecht 2008. 13

Abbildung 3: Anzahl niedergelassener Ärzte im Bundesland Bremen.. 21

Abbildung 4: Geriatrische Versorgungskapazitäten in Deutschland je 10.000 Einwohnerinnen, 65-Jahre und älter (Stand 2013). 26

Abbildung 5: Studienverlauf. 28

Abbildung 6: Eingrenzung der Ergebnisse. 29

Abbildung 7: Ergebnisse der ersten online-Befragung: Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung im eigenen Sektor der Experten. 31

Abbildung 8: Übersicht über diskutierte Bereiche und Lösungsansätze, Workshop-Gruppe Schnittstellenmanagement. 35

Abbildung 9: Übersicht über diskutierte Bereiche und Lösungsansätze, Workshop-Gruppe Geriatrische Versorgung. 41

Abbildung 10: Übersicht über diskutierte Bereiche und Lösungsansätze, Workshop-Gruppe Quartier. 45

Abbildung 11: Übersicht über diskutierte Bereiche und Lösungsansätze, Workshop-Gruppe Qualifikation und Ausbildung. 49

Abkürzungsverzeichnis

BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BremDSG	Bremisches Datenschutzgesetz
BremWoBeG	Gesetz zur Sicherstellung der Rechte von Menschen mit Unterstützungs-, Pflege- und Betreuungsbedarf in unterstützenden Wohnformen Bremisches Wohn- und Betreuungsgesetz
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
EFS	Enterprise Feedback Suite
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
SfSKJF	Die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen der Freien Hansestadt Bremen
SGB	Sozialgesetzbuch
TPG	Transplantationsgesetz
WeGebAU	Programm zur Weiterbildung Geringqualifizierter und beschäftigter älterer Arbeitnehmer in Unternehmen

1 Hintergrund, Auftrag und Zielsetzung

Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern ist in Deutschland der demografische Wandel am weitesten fortgeschritten. Somit leben hierzulande eine hohe Anzahl älterer Menschen (Statistisches Bundesamt 2011, S. 13), welche jedoch in der Lebensphase Alter noch sehr viele Jahre ohne nennenswerte gesundheitliche Einschränkungen verbringen.

Ermöglicht wurde die hohe Lebens- und Gesundheitserwartung durch Verbesserungen in der medizinischen Forschung, Hygiene, Ernährung, im Wohnen, Arbeiten und Einkommen. Gesundheitliche Probleme und Einschränkungen treten oftmals erst im hohen Alter auf und äußern sich überwiegend in Multimorbidität, chronischen Erkrankungen sowie psychischen Störungen, insbesondere die der Demenzen und Depressionen. Ältere Menschen müssen häufiger und anders behandelt werden als jüngere Menschen (Statistisches Bundesamt 2011, S. 78).

Vor diesem Hintergrund müssen die Eckpfeiler der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen im Rahmen der bisherigen ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen, aber auch der akutmedizinischen, rehabilitativen, geriatrischen Behandlungsstrategien sowie psychosozialen Betreuung nach SGB V sowohl auf Bundes- als auch auf Länderebene - auch im Hinblick knapper Ressourcen - neu gedacht werden.

Diese Herausforderungen werfen die Fragen auf, in wie weit die genannten Problembereiche nicht nur bundesweit, sondern auch auf das Bundesland Bremen zutreffen und welche speziell auf Bremen zugeschnittenen Lösungsansätze hierzu entwickelt werden können und müssen. Aus der Überlegung, die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen langfristig und auf einem hohen Qualitätsniveau zu sichern, beauftragte der Senator für Gesundheit im Bundesland Bremen das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) zur Durchführung einer entsprechenden Studie. Zielsetzung war die Erfassung von Problembereichen in der Versorgung älterer Menschen ab 65 Jahren sowie die Identifikation von Ansatzpunkten zur Optimierung der Versorgung. Die Laufzeit der Studie erstreckte sich von Mai 2014 bis Oktober 2014. Methodische Grundlage war eine Delphi-Befragung von 87 Expertinnen und Experten.

Der vorliegende Abschlussbericht stellt in aller Kürze zunächst Daten zur gesundheitlichen Versorgungssituation älterer Menschen (Kapitel 2) sowohl in der Bundesrepublik Deutschland (Kapitel 2.1) als auch im Bundesland Bremen (Kapitel 2.2) sowie im bundesweiten Vergleich (Kapitel 2.3) vor. Darauf folgt in Kapitel 3 die Darstellung der Fragestellung und der Erhebungsmethode. Die Ergebnisse in Kapitel 4 werden für die Erhebungsphasen der ersten und zweiten online-Befragung (Kapitel 4.1) und des Expertenworkshops (Kapitel 4.2) getrennt abgebildet. Der Interpretation und

Diskussion der Ergebnisse (Kapitel 5), welche sich in Unterkapitel zum Expertenworkshop (Kapitel 5.1), zur Diskussion konsentierter Lösungsansätze (Kapitel 5.2) aufteilt, schließt sich die kritische Würdigung von Stärken und Limitierungen der Studie (Kapitel 6) an, bevor Kapitel 7 abschließend Schlussfolgerungen und Empfehlungen präsentiert.

2 Gesundheitliche Versorgungssituation älterer Menschen

Das Kapitel gibt einen kurzen Überblick zur Situation der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen in Deutschland (2.1) sowie im Bundesland Bremen (2.2), bevor vergleichende Überlegungen zur Versorgungsstruktur (2.3) das Kapitel abschließen.

2.1 Bundesrepublik Deutschland

Den älteren Menschen in Deutschland steht heute mehr Lebenszeit denn je zur Verfügung und diese können sie auch überwiegend gesund verbringen. Frauen und Männer über 65 Jahre können davon ausgehen, dass sie von ihren durchschnittlich 21,2 bzw. 18,2 noch zu erwartenden weiteren Lebensjahren noch 6,9 bzw. 6,7 Jahre ohne gesundheitliche Einschränkungen verbringen (Statistisches Bundesamt 2011, S. 73; Eurostat (Hrsg.) 2014). Dennoch steigt mit dem zunehmenden Alter das Risiko, mindestens an einer chronischen Erkrankung zu leiden und/oder mehrfach zu erkranken (Multimorbidität). Zudem steigt der Anteil der älteren Menschen, die im Krankenhaus behandelt werden müssen, wie die nachfolgende Grafik (Abbildung 1) verdeutlicht:

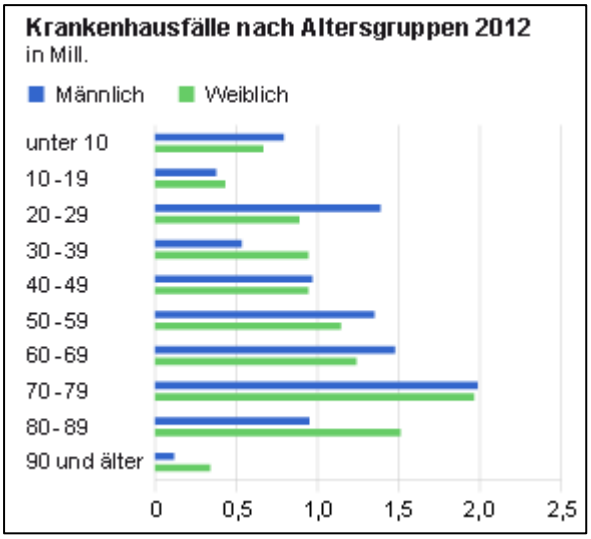


Abbildung 1: Krankenhausfälle nach Altersgruppen 2012 (Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2014a).

Die zehn häufigsten Diagnosen für Krankenhausbehandlungen bei Männern und Frauen im Alter 65 Jahren und älter im Jahre 2009 stellt Tabelle 1 dar (Nowossadeck & Nowossadeck 2011, S.16).

Tabelle 1: Zehn häufigste Diagnosen bei Männern und Frauen ≥65 Jahre. Eigene Darstellung.

Rang	Männer	Frauen
1	Ischämische Herzkrankheiten	Arthrose
2	Herzinsuffizienz	Herzinsuffizienz
3	Zerebrovaskuläre Krankheiten	Ischämische Herzkrankheiten
4	Kardiale Arrhythmien	Zerebrovaskuläre Krankheiten
5	Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	Sonstige Krankheiten des Darmes
6	Grippe und Pneumonie	Hochdruckkrankheit
7	Arthrose	Kardiale Arrhythmien
8	Sonstige Krankheiten des Darmes	Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
9	Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems
10	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums

Ferner wird geschätzt, dass ein Viertel der 65-Jährigen und Älteren an einer psychischen Beeinträchtigung leiden; dementielle Erkrankungen und Depressionen spielen hierbei eine prominente Rolle (Böhm, Tesch-Römer & Ziese (Hrsg.) 2009, S. 31).

Der Kostenanstieg im deutschen Gesundheitswesen ist nicht nur die Konsequenz des medizinisch-technischen Fortschritts, sondern auch eine Frage der steigenden Lebenserwartung; beide Effekte verstärken sich gegenseitig. Insbesondere im letzten Jahr vor Lebensende, unabhängig vom Alter, sind die Krankenhauskosten (sogenannte Sterbekosten) besonders hoch. Die Zunahme der Kosten bei der Behandlung älterer Menschen wird langfristig durch den Rückgang der Behandlungskosten bei jüngeren Menschen mehr oder weniger kompensiert (Nowossadeck 2012, S.5; Statistisches Bundesamt 2011, S.79). Werden die stationären Krankheitskosten des Jahres 2013 je Fall in Euro nach Bundesländern getrennt betrachtet, so weist Bremen im bundesweiten Vergleich mit 4577 € die zweithöchsten Kosten nach Hamburg (4856 €) auf. Der Bundesdurchschnitt liegt in 2013 bei 4151 € je Fall (Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2014b).

Abbildung 2 zeigt die Anteile der Krankheitskosten an den Gesamtkrankheitskosten nach Geschlecht und Altersgruppe in Prozent im Jahre 2008:

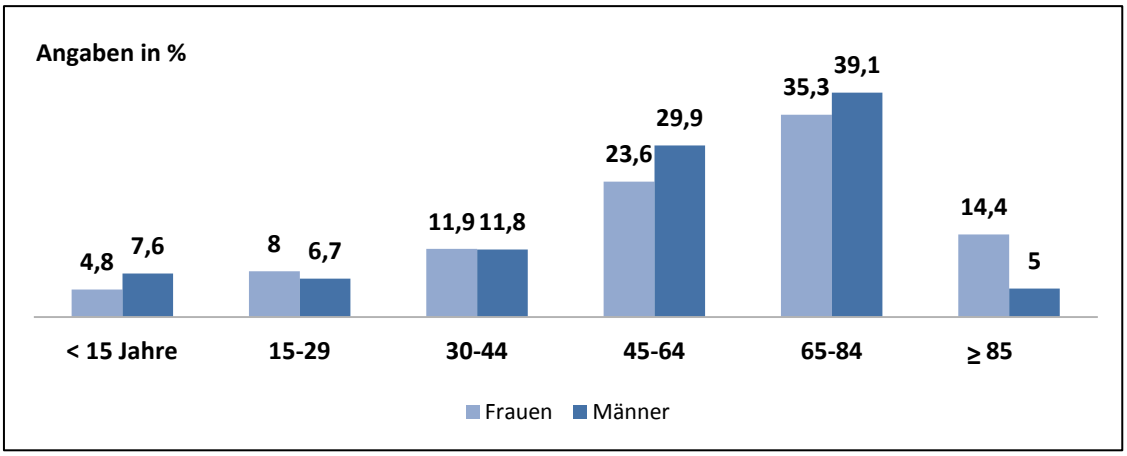


Abbildung 2: Anteile an den Gesamtkrankheitskosten nach Altersgruppe und Geschlecht 2008 (Statistisches Bundesamt 2012).

In diesem Zusammenhang werden insgesamt 4 Szenarien der zukünftigen Morbiditätsentwicklung der älteren Bevölkerung in der Bundesrepublik diskutiert (Reiche 2011, S. A-2227):

- *Szenario 1: Status-Quo-These*

  Außer der demografischen Entwicklung bleiben alle Rahmenbedingungen unverändert
- *Szenario 2: Kompressionsthese*

  Verlagerung der Morbidität in das höhere Lebensalter
- *Szenario 3: Medikalisierungsthese*

  Älter werdende Menschen werden über längere Phasen chronischer Erkrankung(en) behandelt bzw. betreut
- *Szenario 4: Bi-Modalitätsthese*

  Die Kompressionsthese wird der Mittel- und Oberschicht und die Medikalisierungsthese der Unterschicht zugeordnet.

Letztlich sind viele Erkrankungen im Alter nicht reversibel, aber ältere Menschen verfügen über komplexe Bewältigungsmechanismen und –strategien, um sich an eine krankheitsbedingt erschwerte Lebenssituation anzupassen. Geeignete Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung können zudem helfen, Krankheiten, die nicht nur im Alter auftreten, zu vermeiden, hinauszuzögern und deren Folgen zu reduzieren (Böhm, Tesch-Römer & Ziese (Hrsg.), S. 31).

Vor diesem Hintergrund hat die zukünftige gesundheitliche Versorgung älterer Menschen folgende Herausforderungen zu meistern, wenn es um die Organisation eines leistungsfähigen und bedarfsgerechten Versorgungssystems trotz limitierter Finanzressourcen geht:

- die Reorganisation der medizinischen Versorgungsstrukturen mit dem Fokus auf die bedürfnisorientierte Behandlung geriatrischer, chronischer und multipler Erkrankungen in einem kleinräumigen und sektorenübergreifenden Rahmen;
- die Verbesserung der Gesundheitsvorsorge und Prävention im Alter, um Krankenhausaufenthalte zu reduzieren oder gar zu vermeiden;
- die Weiterentwicklung von medizinischen und pflegerischen Leitlinien für die Versorgung von älteren vulnerablen Menschen in der ambulanten sowie stationären akutmedizinischen Versorgung (Hibbeler 2011, S. A-14);
- die Erhaltung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit im Alter, um ein möglichst selbstbestimmtes Leben trotz Krankheit(en) und den damit verbundenen körperlichen und kognitiven Einschränkungen mit möglichst guter Lebensqualität zu ermöglichen (BMBF (Hrsg.) 2014);
- der flächendeckende Ausbau von ambulanten und stationären palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen, um schwerstkranken und sterbenden Menschen, bei denen kurative Behandlungsmöglichkeiten erschöpft sind, eine umfassende Unterstützung und Schmerzlinderung am Lebensende zu ermöglichen (Deutscher Ärztetag 2011, S. 57);
- die Überwindung der Segmentierung in der medizinischen, pflegerischen und sozialen Versorgung, um Brüche in der Versorgungskette zu vermeiden (BMFSFJ 2014, 28);
- die Integration von älteren Menschen mit Migrationshintergrund in das deutsche Gesundheitssystem unter der Prämisse einer kultursensiblen Versorgung in den einzelnen Sektoren (Konrad-Adenauer-Stiftung 2009, S. 79).

2.2 Bundesland Bremen

Das Land Bremen verfügt über ein dichtes medizinisches, pflegerisches und therapeutisches Versorgungsnetz, das ergänzend durch die bereits seit Mitte der 1990er Jahre aufgebauten und weiterentwickelten stationären geriatrischen Versorgungseinheiten auf die Herausforderungen der Versorgung älterer Menschen im Land Bremen angemessen reagieren kann (siehe dazu auch Kapitel 2.2.1 *Übersicht der Angebotsstruktur im Rahmen des SGB V*, S. 17).

Betrachtet man die insgesamt gute gesundheitliche Versorgung unter dem Aspekt der Einflussnahme der sozialen Lage auf die Gesundheit älterer Bremer, so zeigt sich ein heterogenes

Bild, insbesondere bezogen auf die Lebenserwartung. Besonders auffällig ist der Unterschied der Lebenserwartung zwischen Schwachhausen und Gröpelingen, zwei Stadtteile, die in Bezug auf die soziale Lage große Unterschiede aufweisen. So zeigt sich zwischen den beiden Stadtteilen für Männer bei der Lebenserwartung ein Unterschied von acht Jahren. Schwachhausen gehört dabei zu den privilegierten und Gröpelingen zu den benachteiligten Stadtteilen in Bremen. Unterschiede zeigen sich auch in Bezug auf Erkrankungen: So sind sozial Benachteiligte häufiger von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Lungenkrebs oder Depressionen betroffen als Personen aus privilegierteren Schichten. Auch die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes fällt bei sozial benachteiligten Personen insgesamt schlechter aus (Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V. (Hrsg.) 2010, S. 4).

Eine besondere Herausforderung an die gesundheitliche Versorgung stellt der steigende Anteil von Migranten – neuerdings auch Flüchtlingen – dar. Obgleich der Anteil der Migranten im Land Bremen, die 65 Jahre und älter sind, unter 10% liegt, wird dieser in den kommenden Jahren stark ansteigen. Deren soziale Lage ist oftmals durch die Faktoren geringes Einkommen, Bildungsniveau, geringe Sprachkompetenz, Informationsdefizite, kulturelle Unterschiede und psychosoziale Faktoren gekennzeichnet, die sich negativ auf die gesundheitliche Situation auswirken und ein erhöhtes Erkrankungsrisiko für diese Bevölkerungsgruppe darstellen können. Eine kultursensible Organisation der gesundheitlichen Versorgung älter werdender Migrantinnen kann die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und somit die Integration in das bremische Gesundheitssystem fördern. Die Entwicklung einer Sensibilität gegenüber unterschiedlichen Hygienebedürfnissen, Tabus, Schamgrenzen, Höflichkeitsregeln oder Formen der Schmerzäußerung können helfen, Differenzen in den einzelnen Sektoren der medizinischen Gesundheitsversorgung zu überbrücken (Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V. (Hrsg.) 2010, S. 12).

Ausgewählte Daten zur Bevölkerungs- und Versorgungsstruktur

Um die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen im Land Bremen charakterisieren zu können, werden im Folgenden ausgewählte Daten zur Bevölkerung und dem Gesundheitswesen vorgestellt (Statistisches Landesamt Bremen 2014, S. 10f. und S. 40f.).

Tabelle 2: Bevölkerung und Entwicklung im Bundesland Bremen. Eigene Darstellung.

	2012	2013	Trend
Einwohner/innen	654 744	657 313	↑
darunter 65 Jahre und älter	21,6%	21,3%	↓
Altenquotient[1]	34%	33,5%	↓
Durchschnittsalter in Jahren	44,2	44,0	↓
Einwohner/innen mit Migrationshintergrund	85 625	91 028	↑
darunter 65 Jahre und älter	9,5%	9,8%	↑
Lebenserwartung Jungen geboren 2012 in Jahren	77,2	--	--
Lebenserwartung Mädchen geboren 2012 in Jahren	82,5	--	--

Tabelle 2 zeigt die Entwicklung der Bevölkerung im Zeitraum 2012 bis 2013. Dabei wird eine Zunahme der Einwohnerzahl verzeichnet, wobei für die Gruppe der Einwohner mit Migrationshintergrund ein Anstieg der Personen ≥ 65 Jahre festgehalten ist.

Tabelle 3: Medizinische Versorgung durch Angehörige approbierter Heilberufe. Eigene Darstellung.

	2011	2012	Trend
Berufstätige Ärzte/Ärztinnen	3 623	3 705	↑
darunter ambulant tätig	1 519	1 548	↑
Einwohner je Arzt/Ärztin (ambulant)	429	423	↓
Berufstätige Zahnärzte/-ärztinnen	558	547	↓
darunter ambulant tätig	549	540	↓
Einwohner je Zahnarzt/-ärztin (ambulant)	1 188	1 213	↑
Berufstätige Apotheker/-innen	453	438	↓
darunter in öffentlichen Apotheken	399	392	↓
Öffentliche Apotheken	163	155	↓
Einwohner je öffentliche Apotheke	4 001	4 224	↑
Berufstätige Psychotherapeuten/-innen	476	483	↑
Einwohner je Psychotherapeut/-in	1 370	1 356	↓

Werden die Einwohnerzahlen von 2012 zugrunde gelegt, so ergibt sich aus der Anzahl der im Jahr 2012 ambulant tätigen Ärztinnen (Tabelle 3) eine Versorgungsdichte von 236,4 Ärzten pro 100.000 Einwohnerinnen. In Tabelle 4 zeigt sich bei im Vergleich der Jahre 2011 und 2012 relativ konstanten Zahlen zu den in den Krankenhäusern aufgestellten Betten eine Zunahme im Bereich der Inneren Medizin und Geriatrie sowie der psychiatrischem Fachabteilungen und Neurologie.

[1] Um den Alterungsprozess in den einzelnen Bundesländern differenziert darstellen zu können, wird als vergleichender Indikator der Altenquotient herangezogen. Er beschreibt das Verhältnis zwischen der Bevölkerung im Erwerbsalter (≥ 20 bis < 65 Jahre) und der Bevölkerung im Rentenalter (≥ 65 Jahre) (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2011).

Tabelle 4: Struktur- und Belegungsdaten der Krankenhäuser im Bundesland Bremen. Eigene Darstellung.

	2011	2012	Trend
Krankenhäuser	14	14	/
aufgestellte Betten	5 134	5 140	↑
darunter			
Chirurgie (Allgemein-/Spezial-)	1 238	1 181	↓
Innere Medizin und Geriatrie	1 591	1 604	↑
Frauenheilkunde/Geburtshilfe	367	364	↓
Kinderheilkunde	233	212	↓
Orthopädie	332	324	↓
Psychiatrische Fachabteilungen/Neurologie	828	858	↑
Durchschnittliche Verweildauer in Tagen	7,3	7,2	↓
Hauptamtliche Ärzte/Ärztinnen	1 672	1 773	↑
darunter Fachärzte/Fachärztinnen	919	977	↑
Nichtärztliches Personal	8 771	8 974	↑
darunter Pflegedienst (Pflegebereich)	4 587	4 696	↑
Krankenhauskosten je Fall	4 470/ 199 113[2]	4 550/ 203 629[3]	↑

2.2.1 Übersicht der Angebotsstruktur im Rahmen des SGB V

Im Land Bremen lässt sich ein vielfältiges Angebot der Versorgungsstrukturen erkennen. Tabelle 5 erlaubt einen Überblick über Angebote innerhalb der gesundheitlichen Versorgungsstruktur für ältere Menschen im Bundesland Bremen. Diese Übersicht erhebt nicht den Anspruch der Vollständigkeit, aber sie verdeutlicht die Vielfältigkeit der bremischen Infrastruktur zur Versorgung älterer Menschen.

Abgebildet sind Einrichtungen, in denen die Leistungserbringung im Rahmen des SGB V allein oder in Kombination mit SGB XI und XII erfolgt. Ferner auch Institutionen, deren Aufgabe es ist, über Leistungen und Formen der Leistungserbringung im Rahmen des SGB V zu beraten, zu informieren und zu vermitteln; diese zu verwalten, zu koordinieren, zu beaufsichtigen und zu fördern. Die folgende Darstellung der Angebote orientiert sich an der jeweiligen Aufgabe bzw. Funktion der Institution.

[2] Behandlungsfälle insgesamt im Jahr 2011.
[3] Behandlungsfälle insgesamt im Jahr 2012.

Tabelle 5: Angebote im Rahmen des SGB V nach Funktion. Eigene Darstellung.

Funktion	Anzahl	Art der Trägerschaft			
		Freigemein-nützig	Privat	Kommunal	Eingetragener Verein
Koordinierte ambulante medizinische Versorgung					
Medizinische Versorgungszentren	**7**				
Voll- und teilstationäre sowie ambulante Betreuung und Pflege älterer Menschen in Kombination mit SGB XI					
Langzeitpflege	**100**	**54**	**46**		
Kurzzeitpflege	**26**	**17**	**9**		
Tagespflege	**35**	**30**	**5**		
ambulante Pflege	**111**	**38**	**73**		
Ambulante und stationäre Unterstützung und Begleitung Sterbender und deren Angehörige					
ambulante Hospize	**6**	**6**			
ambulante Palliativversorgung	**2**	**2**			
stationäre Hospize	**2**	**2**			
Palliativstationen in den Kliniken: Links d. Weser Bremen (12 Betten) St. Joseph Bremerhaven (10 Betten)	**2**		**1**	**1**	
Beratung und Vertretung von Patienten, Pflegepersonal und Ätzten					
Sozialdienste in den Krankenhäusern	**12**	**4**	**3**	**5**	
Ambulante Versorgungsbrücken	**1**				**1**
Patientenfürsprecher	**11**	**3**	**3**	**5**	
Unabhängige Patientenberatung	**1**			**1**	
PatientInnenstelle im Gesundheitsladen	**1**				**1**
Bremer Pflegerat	**1**				**1**
Ärztekammer Bremen und Bremerhaven	**2**				**2**
Hausärzteverband Bremen	**1**				**1**

Funktion	Anzahl	Art der Trägerschaft			
		Freigemein-nützig	Privat	Kommunal	Eingetragener Verein
Beratung, Vermittlung und Information älterer Menschen					
Dienstleistungszentren	**17**	**17**			
Seniorenvertretung Bremen und Bremerhaven	**2**			**2**	
Pflegestützpunkte	**3**			**3**	
Beratung in schwierigen Lebenssituation sowie für vulnerable Gruppen (Demenz, Migranten, psychisch Erkrankte und ohne Einkommen)					
DIKS Demenz-, Informations- und Koordinationsstelle	**1**			**1**	
Sozialdienst Erwachsene in Ämtern der Sozialen Dienste	**6**			**6**	
Gesundheitsamt Bremen: Referat Gesundheit und Pflege älterer Menschen	**1**			**1**	
Gesundheitsamt Bremen: Referat Migration und Gesundheit	**1**			**1**	
Sozialpsychiatrischer Dienst	**6**			**6**	
Plan-P Bremer Info-Telefon Psychiatrie	**1**			**1**	
Interkulturelles Gesundheitsnetzwerk Bremen	**1**			**1**	
Bremer Rat für Integration	**1**				
AWO Fachdienst Migration & Integration	*				
Vermittlung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen					
Selbsthilfegruppen des Gesundheitsamtes	*				
Selbsthilfegruppen des Referates für ältere Menschen	*				
Netzwerk Selbsthilfe	*				
Selbsthilfe Bremerhavener Topf	*				
Finanzierung, Kontrolle, Beratung und Verwaltung					
Krankenkassen im Bundesland Bremen	**132**				

Funktion	Anzahl	Art der Trägerschaft			
		Freigemein-nützig	Privat	Kommunal	Eingetragener Verein
Sicherstellung und Kontrolle der ärztlichen Versorgung, Vertretung gegenüber Kostenträger					
Kassenärztliche Vereinigung Bremen und Bremerhaven	**1**				
Information, Beratung und Aufsicht					
Gesundheitssenatorische Behörde	**1**			**1**	
Sozialsenatorische Behörde (Referat für ältere Menschen	**1**			**1**	
Gesundheitsamt Bremen	**1**			**1**	
Gesundheitsamt Bremerhaven	**1**				
Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK)	**1**				

*) keine zuverlässigen Daten verfügbar

Für die Darstellung der Angebote des bremischen Gesundheitswesens wurden der AOK-Gesundheitsnavigator (https://www.aok-gesundheitsnavi.de/), der Bremer Krankenhausspiegel 2013/2014 und 2014/2015 (http://www.bremer-krankenhausspiegel.de/), die Broschüre „Älter werden in Bremen“ und der Landeskrankenhausplan 2010-2015 Bremen als Quellen genutzt.

Zusätzlich lassen sich Zahlen für die Versorgungsangebote im ambulanten ärztlichen Sektor aus der Statistik der Landesärztekammer zum Stichtag 31.12.2014 darstellen. Abbildung 3 bildet ausschnitthaft besonders das Angebot der niedergelassenen Allgemeinmediziner und Ärztinnen der Inneren Medizin ab.

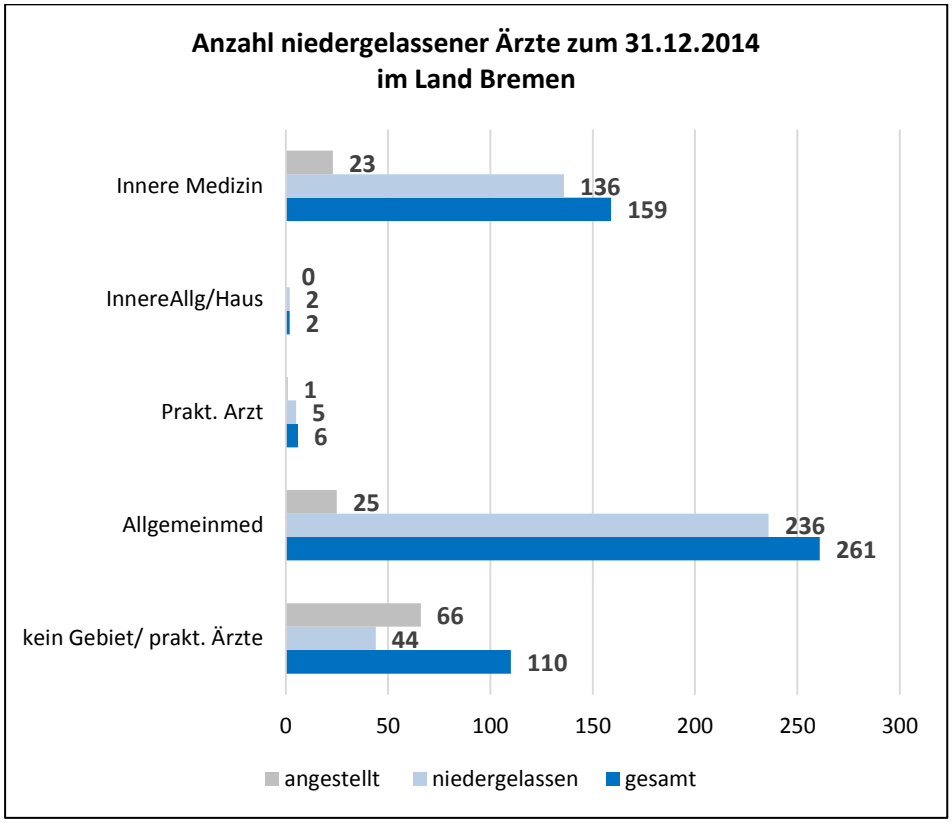


Abbildung 3: Anzahl niedergelassener Ärzte im Bundesland Bremen. Eigene Darstellung auf Grundlage der Ärztestatistik Landesärztekammer
(https://www.aekhb.de/data/mediapool/2014_aerztestatistik_aekhb.pdf)

2.2.2 Geriatrische und neurologische Versorgungskapazitäten – Strategien der geriatrischen Versorgung

Das Land Bremen verfügt im akutstationären Sektor über sehr gute geriatrische und neurologische Versorgungskapazitäten, einschließlich der Stroke Units für eine rasche und fachgerechte Behandlung von Schlaganfällen, die bei älteren Menschen häufig auftreten. Das Leistungsangebot der geriatrischen Fachabteilungen mit angeschlossener Tagesklinik richtet sich nicht nur an Schlaganfallpatienten, sondern auch an Ältere, die nach einer Fraktur oder einer schweren Erkrankung lange in ihrer Bewegung eingeschränkt sind (Bremer Krankenhausspiegel 2014). Der Aufbau und die Etablierung stationärer und ambulanter Reha-Einrichtungen erweitert das bestehende Angebot.

Tabelle 6 stellt die Angebote des akutstationären Sektors einschließlich der geriatrischen und neurologischen Fachabteilungen vor.

Tabelle 6: Darstellung der Angebote des akutstationären Sektors, einschließlich Geriatrie und Neurologie. Eigene Darstellung.

Einrichtung	Betten	Geriatrie	Geriatrische Tagesklinik	Neurologie	Stroke Unit	Ambulante Reha	Träger
Klinikum Bremen-Mitte	829			65	14		Kommunal
Klinikum Bremen-Ost	718	50	20				
Klinikum Bremen-Nord	468	65	20				
Klinikum Links d. Weser	469						
Klinikum Bremerhaven Reinkenheide	672	53	12	62	8		
Mobile geriatrische Rehabilitation	*						Kommunal & Freigemein-nützig
St. Joseph-Stift	448	80	40				Freigemein-nützig
DIAKO Ev. Diakonie Krankenhaus	400						
Roland-Klinik	160						
Rotes Kreuz Krankenhaus	304						
AMEOS Klinikum St. Joseph Bremerhaven	208						Privat
AMEOS Klinikum Am Bürgerpark Bremerhaven	229						
Reha-Klinik am Sendesaal	174					100	
Gesamt	5079	248	92	127	22	100	

*) Keine zuverlässigen Daten verfügbar

Für die Darstellung der Angebote wurden der Bremer Krankenhausspiegel 2013/2014 und 2014/2015 (http://www.bremer-krankenhausspiegel.de/) und der Landeskrankenhausplan 2010-2015 Bremen als Quellen genutzt.

Das Ziel der geriatrischen Versorgung konzentriert sich nicht nur auf die Behandlung akuter, chronischer und multipler Erkrankungen, sondern vor allem auf die Erhaltung, Verbesserung und Wiederherstellung der Selbständigkeit älterer Menschen zur eigenständigen Bewältigung des Alltags. Vor allem die geriatrische Frührehabilitation, die seit 2013 auch ambulant in der vertrauten Umgebung des älteren Menschen durchgeführt werden kann, ist für die Versorgungsqualität von großer Bedeutung. Sie leistet einen erheblichen Beitrag zur Vermeidung bzw. Verzögerung der Pflegebedürftigkeit. Erstrebenswert ist es, das Rehabilitationspotential älterer Menschen bereits in der Hausarztpraxis und/oder im Akutkrankenhaus zu erkennen und durch ein entsprechendes Assessment zu bestimmen. Die frühzeitige Einbindung von Geriatern in den Behandlungsprozess

älterer Menschen im ambulanten sowie stationären Versorgungssetting sollte obligat sein (Hilmer 2009, S. 4).

Im Rahmen der Krankenhausplanung, in der die geriatrischen Leitlinien des Landes Bremen verankert sind, besitzt die Weiterentwicklung der stationären geriatrischen Medizin und Pflege sowie die therapeutische Versorgung eine hohe Priorität, die sich wie folgt formulieren lässt:

- die Erreichbarkeit wohnortnaher medizinischer, pflegerischer und rehabilitativer Behandlungsangebote,
- die Fokussierung der Angebote auf eine frühzeitige Mobilisierung und Rehabilitation sowie die recht- und frühzeitige Verknüpfung von Akutmedizin und medizinischer Rehabilitation,
- die Verbesserung der Durchlässigkeit von stationären und ambulant medizinischen sowie therapeutischen Behandlungsangeboten; das schließt die Vernetzung medizinischer und sozialer Hilfen zur Unterstützung der geriatrischen Hilfen mit ein,
- die Sicherstellung der Qualität der Behandlungsangebote durch kontinuierliche Qualifikation der ärztlichen, pflegerischen und sozialen Diensten,
- die Erhaltung und Stärkung von Selbsthilfepotentialen sowie
- eine humane, der Würde des Menschen entsprechende Betreuung von sterbenden und schwerstkranken Menschen (Hansen 2010).

Die Entwicklung und Umsetzung eines Geriatriekonzeptes wurde in einigen Bundesländern bereits realisiert. Auf Ebene der Länder liegen in erster Linie Geriartriepläne/ -konzepte (Baden-Würtemberg, Berlin, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen) oder Krankenhaus(rahmen)pläne (Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Nordrhein-Westfahlen) vor. Des Weiteren finden das Fachprogramm Akutgeriatrie (Bayern), der Geriatrieplan (Bremen) und der Landesaltenplan (Schleswig-Holstein) in Deutschland Anwendungen. Die aktuellen Verhandlungen des Bundeslandes Bremen mit den gesetzlichen Krankenkassen sollen dazu beitragen, den bislang vorliegenden Leitfaden Geriatrie, welcher den Bereich der ambulanten Versorgung weitgehend ausklammert, umfassend und sektorenübergeifend zu erweitern.

2.2.3 Weitere therapeutische Angebote

Ergänzend zu den aufgeführten stationären und ambulanten Versorgungsangeboten im Bereich der pflegerischen, rehabilitativen und medizinischen Versorgung wird an dieser Stelle eine Übersicht über die Versorgung durch Anbieter der Logopädie, der Physio- und Ergotherapie gegeben (Tabelle

7). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die tabellarisch dargestellten Anzahlen variieren können, da einzelne Personen mehreren Berufsgruppen zugeordnet sein können. Geht man von den Bevölkerungszahlen zum 31. Dezember 2013 aus, so ergibt sich eine nahezu gleiche Versorgungsdichte in den Städten Bremen und Bremerhaven. Ausschließlich die Versorgungsdichte mit Angeboten der Logopädie ist in der Stadt Bremen höher. Auch dies kann darauf zurückzuführen sein, dass ein Anbieter möglicherweise mehreren therapeutischen Angeboten zuzuordnen ist.

Tabelle 7: Versorgung durch Angehörige ausgewählter Gesundheitsfachberufe. Eigene Darstellung.

Region	Anzahl* Physiotherapeuten	Anzahl Ergotherapeuten	Anzahl Logopäden
Stadt Bremen	**212**	**38**	**55**
Stadt Bremerhaven	**34**	**6**	**6**
Land Bremen	**246**	**44**	**61**

* Die Darstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Datengrundlage sind die am 05.02.2015 im Branchenverzeichnis Gelbe Seiten erfassten Anbieterinnen mit der Entsprechenden Branchenzuordnung. *Verfügbar* www.gelbeseiten.de/Bremen

2.2.4 Bremen im Vergleich

Nachfolgend werden in erster Linie bundesweite Vergleiche der geriatrischen Versorgung dargestellt. Auf ambulante und stationäre Versorgungsangebote wird an dieser Stelle nicht explizit eingegangen. Im Vergleich der Bundesländer lag der bremische Altenquotient im Jahre 2008 bei 35 und damit knapp über dem Bundesdurchschnitt von 34. In Sachsen und Sachsen-Anhalt lag der Altenquotient mit 40 und 39 am höchsten. Einen im Vergleich niedrigen Altenquotienten von jeweils 29 hatten 2008 die beiden Stadtstaaten Hamburg und Berlin.

Im Jahre 2030 wird der voraussichtliche bundesdurchschnittliche Altenquotient bei 56 liegen. Ein besonders hoher Altenquotient, der sich zwischen 65 und 70 bewegt, wird sich hauptsächlich in den östlichen Bundesländern entwickeln. Auch das Saarland wird mit 59 einen im Vergleich zu den westlichen Bundesländern hohen Altersquotienten entwickeln. In den drei Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg wird er moderater ausfallen: In Berlin und Bremen wird er bei 46 und in Hamburg bei 38 liegen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2011, S. 27).

Die Qualität der medizinischen Versorgung älterer Menschen durch Haus- und Fachärzte hinsichtlich der Versorgungsdichte wird in Deutschland als ambivalent eingeschätzt. Einerseits fehlen vor allem in ländlichen Gebieten Haus- und Fachärzte und andererseits zeigen Ballungsgebiete bzw. Großstädte die Tendenz zur Überversorgung. Besonders hoch ist die Ärztinnendichte in Hamburg, Bremen und Berlin. In Thüringen, Sachsen, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt und Brandenburg ist sie gering und wird bereits aktuell als problematisch eingeschätzt. Diesen Bundesländern droht ein Ärztemangel und zwar nicht nur in der ambulanten, sondern auch in der stationären ärztlichen Versorgung. Vor allem in den östlichen Bundesländern konzentrieren sich die ambulante

fachärztliche und die stationäre ärztliche Versorgung auf die Großstädte bzw. auf Kliniken mit einer großen Bettenzahl. Für ältere Menschen bedeutet dies längere Anfahrtswege zu Fachärztinnen und Krankenhäusern (Böhm, Tesch-Römer & Ziese (Hrsg.), S. 168ff).

Die geriatrische Versorgung in Deutschland konzentriert sich in erster Linie auf den Krankenhaus- und Rehabilitationssektor. Aufgrund unterschiedlicher politischer Konzeptionen entwickelte sich die geriatrische Versorgungsstruktur in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich. In den Bundesländern Hamburg, Bremen, Schleswig-Holstein und Thüringen findet die geriatrische Diagnostik und Therapie ausschließlich im Krankenhaus (stationär und teilstationär) und im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern ausschließlich im Rehabilitationssektor (stationär, ambulant und vereinzelt auch mobil) statt. In den Bundesländern Sachsen, Niedersachsen, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Hessen, Bayern, Nordrhein-Westfalen, Brandenburg, Saarland und Berlin befinden sich die Behandlungskapazitäten sowohl im Krankenhaus- als auch im Rehabilitationssektor. Dementsprechend gestalten sich auch der Zugang und die Zugangschancen älterer Menschen in eine spezifisch geriatrische Behandlung.

Abbildung 4 (auf der folgenden Seite) zeigt den Stand der geriatrischen Versorgungsstrukturen (in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, gegliedert nach Bundesländern bezogen auf je 10.000 Einwohnerinnen ≥65 Jahre; Gesamtsumme der Krankenhausbetten, Behandlungsplätze in Tageskliniken, Reha-Betten und ambulanten Reha-Plätzen) zum 31.12.2013. Das in Bremen seit 2013 etablierte geriatrisch-mobile Behandlungskonzept konnte in der Abbildung noch nicht berücksichtigt werden.

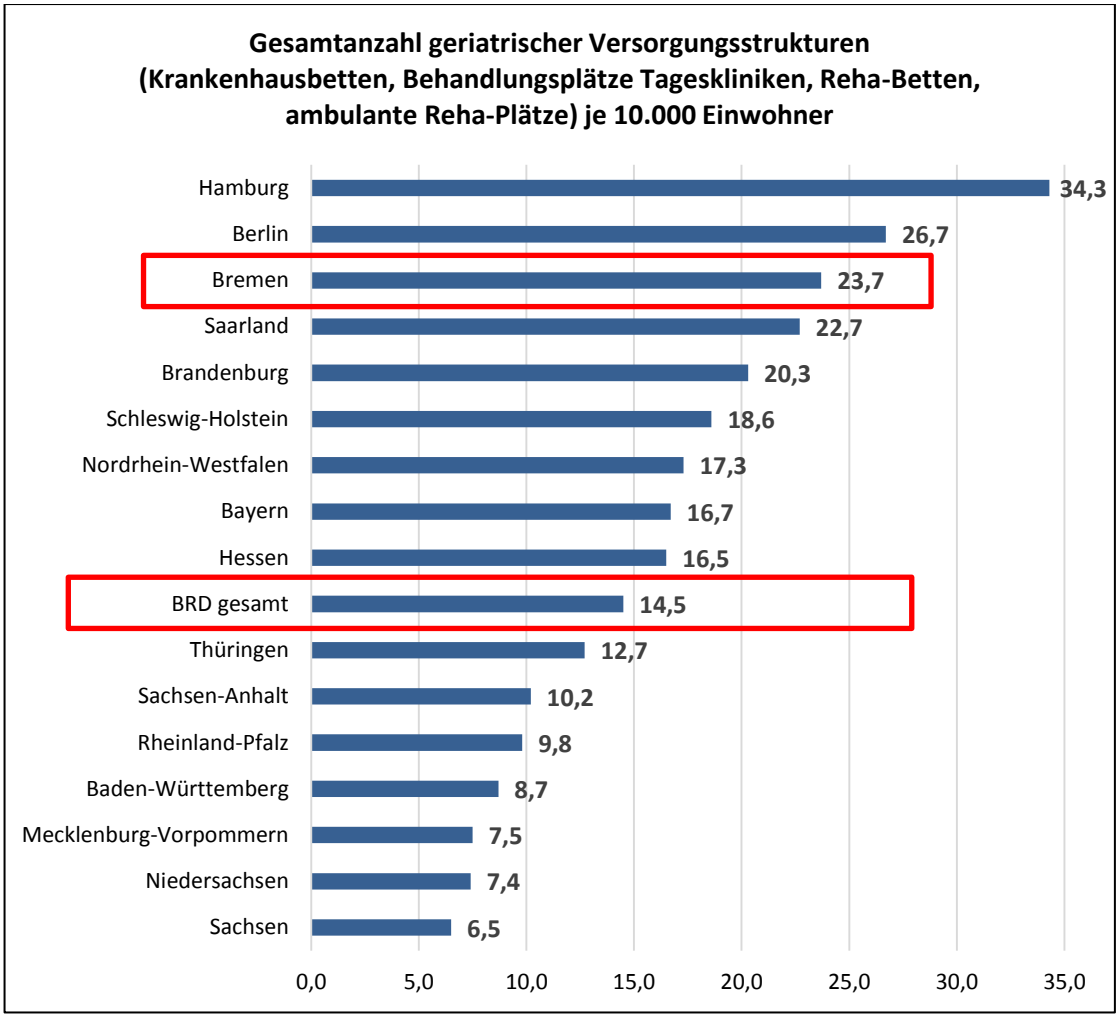


Abbildung 4: Geriatrische Versorgungskapazitäten in Deutschland je 10.000 Einwohnerinnen, 65-Jahre und älter (Stand 2013). Eigene Darstellung nach Kompetenz-Centrum Geriatrie beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nord (Hrsg.)(2014).

Hinsichtlich der Qualifikation der geriatrisch ausgebildeten Ärztinnen und Weiterbildungsberechtigten zeigte sich Ende 2012 nach Pippel, Ernst & Lübke (2014, S. A1413), dass das Land Bremen zwar über sehr gute geriatrische Versorgungskapazitäten verfügt, aber hinsichtlich der Anzahl berufstätiger Ärzte mit geriatrischer Weiterbildung einen unteren Rang im Vergleich der Bundesländer untereinander einnimmt (Tabelle 8). Auffallend ist die genannte Relation von 2,6 geriatrisch weitergebildeten Ärzten je 1000 Klinikärzte zum 31.12.2012. Inzwischen hat sich die Anzahl der geriatrisch weitergebildeten Ärztinnen im Vergleich zum Jahresende 2012 in diesem Bereich jedoch mehr als verdoppelt. Derzeit liegen keine neueren Zahlen vor. Laut Auskunft der Landesärztekammer Bremen lässt sich jedoch im Vergleich zu 7 Ärztinnen im Jahre 2012 derzeit im Land Bremen von 18 Ärzten mit der Zusatzweiterbildung Geriatrie ausgehen. Geht man von einer Gesamtzahl der im stationären Bereich tätigen Ärzte von 1.899 aus (Stand 31.12.2014), ergibt sich für Bremen eine Zahl von 7,9 geriatrisch weitergebildeten Ärztinnen pro 1000 Klinikärzte. Das entspräche sogar einer Steigerung um mehr als das Dreifache im Vergleich zu den Daten von zwei

Jahren zuvor. Ob das Land Bremen damit über eine überdurchschnittlich hohe Versorgungsdichte durch geriatrische Ärzte verfügt, lasst sich an dieser Stelle nicht sagen, da in den vergangenen zwei Jahren in anderen Bundesländern ebenfalls Veränderungen dieser Art wahrscheinlich sind. Wahrscheinlich ist trotz dieser positiven Entwicklung die Anzahl der in der geriatrischen Versorgung tätigen und weitergebildeten Ärzte in diesem Bereich im Vergleich zu anderen Fachweiterbildungen nach wie vor als gering einzuschätzen. Dies vor allem angesichts der immer wieder aufkommenden Forderung nach einer Geriatrisierung des Gesundheitswesens.

Tabelle 8: Anzahl berufstätiger, geriatrisch weitergebildeter Ärzte/Ärztinnen und Weiterbildungsberechtigter nach Bundesländern.

Bundesland	Fachärzte für Innere Medizin und Geriatrie	FA für Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie	Ärzte mit Zusatz--weiterbildung Geriatrie	Geriatrische Weiterbildung gesamt	je 100.000 Einwohner	Weiterbildungs-berechtigte	je 1000 Klinikärzte
Baden-Württemberg	k.A.	k.A.	k.A.	537	k.A.	71	4,0
Bayern	0	0	227	227	1,8	77	3,5
Berlin	20	2	104	126	3,6	39	5,4
Brandenburg	15	2	27	44	1,8	18	4,8
Bremen	**0**	**0**	**7**	**7**	**1,1**	**4**	**2,6**
Hamburg	0	0	65	65	3,6	14	3,0
Hessen	k.A.	k.A.	k.A.	318	k.A.	39	4,1
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	54	54	3,3	18	5,6
Niedersachsen	2	0	224	226	2,9	26	2,2
Nordrhein-Westfalen	2	0	897	899	5,0	117	3,6
Rheinland-Pfalz	0	1	62	63	1,6	16	2,5
Saarland	0	0	22	22	2,2	8	4,0
Sachsen	2	0	91	93	2,3	25	3,4
Sachsen-Anhalt	10	8	41	59	2,6	19	4,6
Schleswig-Holstein	0	0	217	217	7,6	28	6,0
Thüringen	3	0	44	47	2,1	7	1,7
Deutschland gesamt	**54**	**13**	**2082**	**2149**	**2,6**	**526**	**3,7**

Zusammengefasst zeigt dieser Vergleich, dass im Land Bremen vor Allem die erfolgten Schwerpunktsetzungen in der geriatrischen Versorgungsstruktur und eine Forcierung der ärztlich-geriatrischen Weiterbildung wesentliche Ansatzpunkte darstellen, um den Herausforderungen des demografischen Wandels im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen zu begegnen.

3 Fragestellung und Erhebungsmethode

Fragestellung dieser Studie

Vor dem Hintergrund einer langfristig zu sichernden, qualitativ hochwertigen gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen im Bundesland Bremen ergaben sich folgende Fragestellungen für die Erhebung:

- Welche Problembereiche lassen sich in der gesundheitlichen Versorgungssituation der älteren Bevölkerung ab 65 Jahren des Bundeslandes Bremen identifizieren?
- Welche Lösungsmöglichkeiten können aufgezeigt werden?

Dabei sollten im Sinne des Auftraggebers der Erhebung besonders Problembereiche und Lösungsmöglichkeiten im Kontext des SGB V in den Blick genommen werden.

Gewählte Erhebungsmethode

Abbildung 5 stellt den Studienverlauf dar. Eine detaillierte Beschreibung des methodischen Vorgehens ist dem Anhang A zu entnehmen.

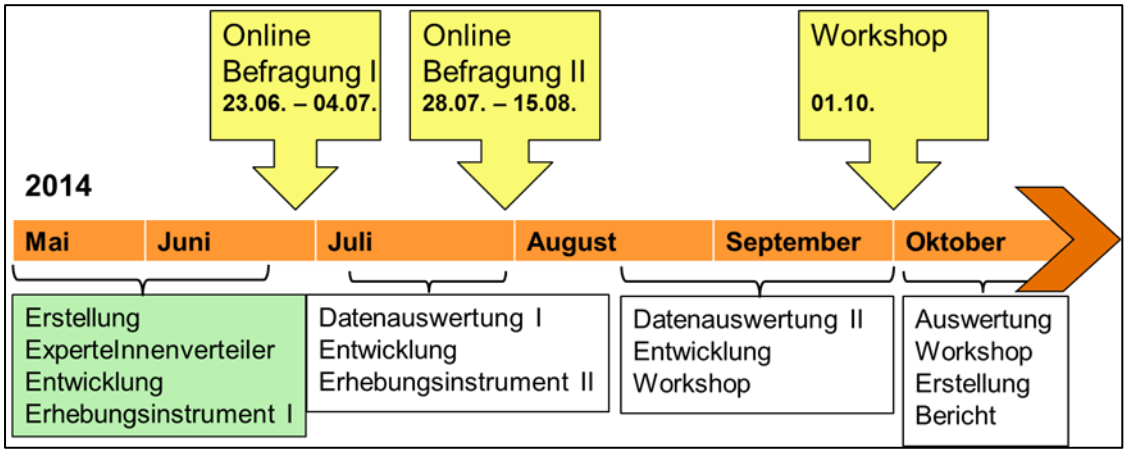


Abbildung 5: Studienverlauf.

Die Erfassung von Problemkonstellationen und entsprechender Lösungsmöglichkeiten bezüglich der gesundheitlichen Versorgungssituation der älteren Bevölkerung ab 65 Jahren erfolgte mittels des Verfahrens der Delphi-Methode auf der Grundlage der Typ 1 Delphi-Befragung zur Ideenaggregation (Häder 2014, S. 31). Die Ergebnisse des vorliegenden Berichts generieren sich aus zwei aufeinanderfolgenden online-Befragungen sowie einem abschließenden Workshop mit Experten aus vielfältigen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung in Bremen. Dabei werden die Ergebnisse durch jede Erhebung konkretisiert und Schwerpunkte gesetzt, so dass sich am Ende konsentierte Lösungsansätze ergeben (Abbildung 6 auf der nachfolgenden Seite).

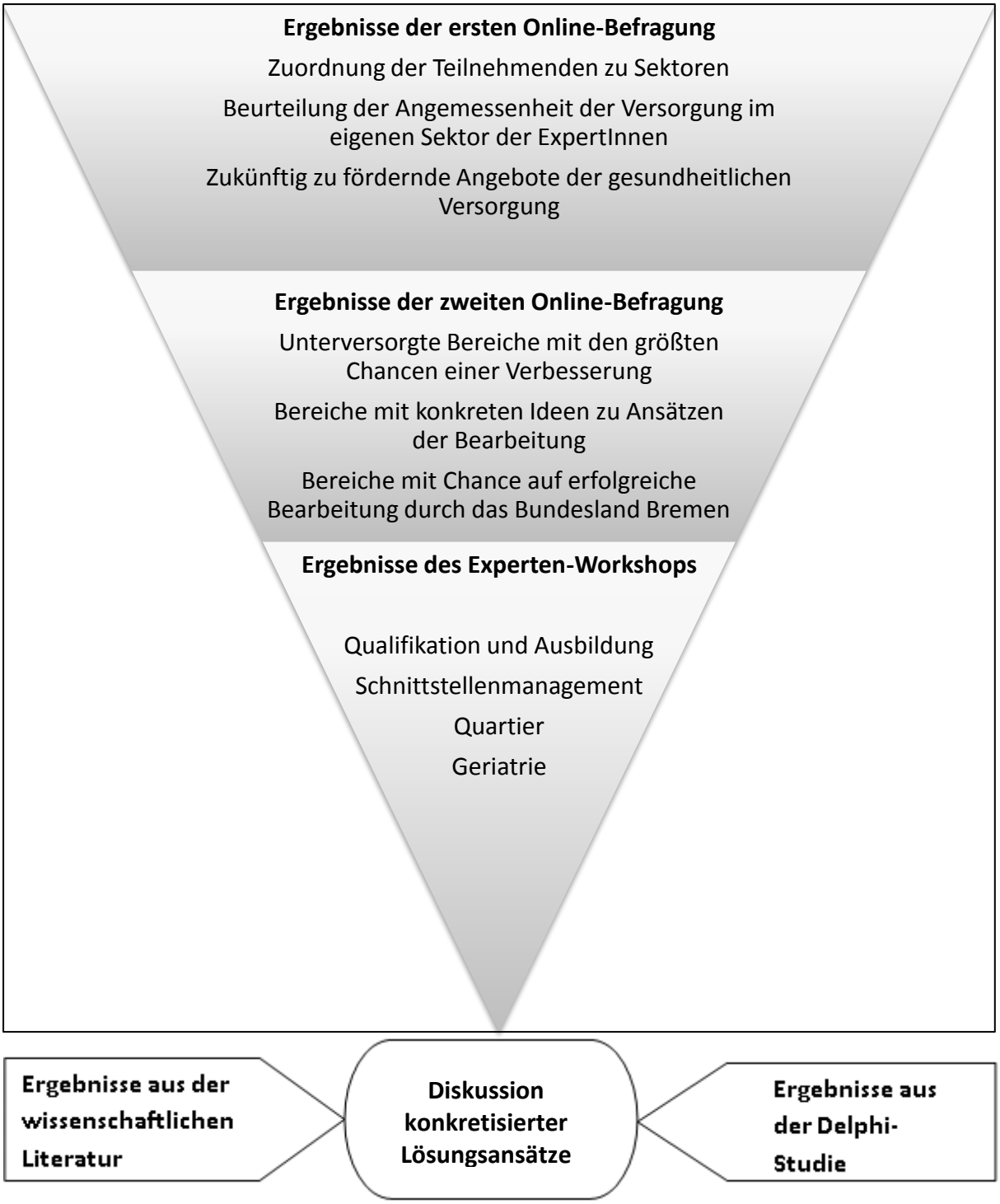


Abbildung 6: Eingrenzung der Ergebnisse.

4 Darstellung der Ergebnisse

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse der drei Erhebungsphasen präsentiert. Einer Übersicht über den Rücklauf der Erhebung folgt die Skizzierung der Ergebnisse aus den online-Befragungen, bevor die Ergebnisse des Expertenworkshops (dritte Erhebungsphase) detailliert aufgearbeitet werden. Die Auswertung folgt der Struktur

- Identifizierte Problembereiche
- Themenschwerpunkte
- Konkrete Bereiche
- Lösungsstrategien

Rücklauf und Teilnahme

Zur Teilnahme an den online-Befragungen sowie am abschließenden Expertinnenworkshop waren insgesamt 87 Personen eingeladen. Tabelle 9 gibt einen Überblick über Beteiligung und den Rücklauf in allen drei Phasen der Erhebung.

Tabelle 9: Beteiligung und Rücklauf in den Erhebungsphasen.

	Erste online-Befragung	Zweite online-Befragung		Workshop
Eingeladen (n)	87	87	Eingeladen (n)	87
Daten geliefert	94*	43		
Abgeschlossen	59	30	Teilgenommen	24
Rücklauf (abgeschlossen/n)	67,8%	34,5%	Rücklauf (teilgenommen/n)	27,6%

* Die Differenz zur Anzahl der eingeladenen Personen ergibt sich aus dem Umfragemodus ‚anonym' der online Befragung (Link zur Umfrage frei zugänglich). [4]

Für die Bearbeitung der ersten online-Befragung benötigten die Teilnehmenden im Mittel 0h 54m 20.31s (Median 0h 16m 15.5s), für die Bearbeitung der zweiten online-Befragung im Mittel 0h 31m 24.19s (Median 0h 25m 50s). In beiden Erhebungen erfolgten die meisten Abbrüche auf der ersten Seite (Begrüßung und Einstieg): 35 Abbrüche in der ersten Erhebung und 15 Abbrüche in der zweiten Erhebung.

[4] In der ersten Erhebung sind Daten von 94 Teilnehmenden geliefert worden. Diese Zahl liegt über der, der kontaktierten Experten. Da die Umfrage um die Anonymität zu wahren nicht personalisiert durchgeführt wurde, besteht die Möglichkeit, dass der Befragungs-Link von den Expertinnen an weitere Personen verschickt wurde, die ihre Expertise eingebracht haben. Was auch in einem, dem Studienteam bekannten Fall, vorkam: die Aufforderung zur Teilnahme an der Befragung wurde innerbetrieblich an mindestens 5 Personen weitergeleitet. Zudem kann die erhöhte Teilnehmerzahl daraus resultieren, dass ein und dieselbe Person die Umfrage mehrfach aufgerufen hat.

4.1 Ergebnisse der online-Befragungen

Im Vordergrund der Erhebungen stand neben der Benennung von Problemlagen auch die Einschätzung der Versorgungssituation im eigenen Tätigkeitssektor. Die Frage „Wie beurteilen Sie die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen im Land Bremen in dem von Ihnen angegebenen Sektor?“ beantwortete die Mehrheit der Expertinnen (n=32) mit „unterversorgt“, 19 Teilnehmende gehen von einem angemessen versorgten Sektor aus und eine Person stuft den eigenen Sektor als überversorgt ein (siehe Abbildung 7).

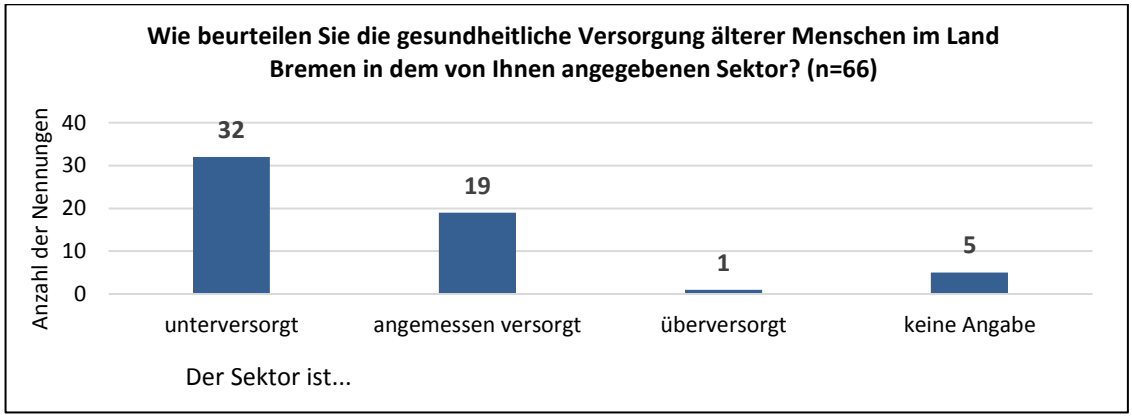


Abbildung 7: Ergebnisse der ersten online-Befragung: Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung im eigenen Sektor der Experten.

Aus der Einschätzung der größten Probleme bei der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen im Land Bremen ließen sich 11 Problembereiche identifizieren (Tabelle 10). Hier wurde aus den Freitextantworten eine zusammenfassende Übersicht generiert. Exemplarisch sind jeweils Zitate der Freitextantworten aufgeführt.

Tabelle 10: Ergebnisse der ersten online-Befragung: Identifizierte Problembereiche.

Problembereich	Beispielzitate
Menschen mit Demenz	*„mangelnde Versorgungsebenen für Demenzkranke“* [Lfdnr. 18]
Gesundheitspolitik	*„…kein Schwerpunkt gesundheitspolitischer Arbeit bezüglich der älteren Bevölkerung“* [Lfdnr. 18] *“Mangelnde Sachkompetenz der politisch Handelnden*“ [Lfdnr. 63]
Ambulante Versorgung	*„Aufsuchende, im und am Lebensumfeld von Menschen orientierte Lösungen, werden nicht ausreichend unterstützt. Der Mensch muss sich bei höheren Bedarfen in die Obhut von Institutionen begeben - Lebensfeld bezogene, alternative Lösungen sind durch die jetzigen Möglichkeiten nicht finanzierbar.“* [Lfdnr. 109]
Finanzierung	*„Die größten Probleme bei der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen in Bremen liegen zum einen im Bereich der knappen finanziellen Mittel (aus dem Bereich der sozialen Pflegeversicherung), die den hilfebedürftigen älteren Menschen aus dem System der sozialen Sicherung zur Verfügung gestellt werden.“* [Lfdnr. 21]
Medizinische Behandlungen	*„Fachärzte bieten keine Hausbesuchen an - Fachärztliche und Zahnärztliche Versorgung von Heimbewohnern - barrierefreie Arztpraxen“* [Lfdnr. 114]
Versorgungsdefizite	*„erhebliche Kommunikationsdefizite in allen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung - auch aufgrund wirtschaftlicher Interessen der Leistungserbringer >> zu wenig Zeit in allen Bereichen der Versorgung“* [Lfdnr. 67]

Problembereich	Beispielzitate
Soziale Aspekte	*"keine staatlichen Angebote zur Förderung der Fitness im Alter besonders für diejenigen die aufgrund schmaler Rente nicht an angebotenen Möglichkeiten teilhaben könne[n]"* [Lfdnr. 18]
Personal	*"Zum anderen resultieren erhebliche Probleme daraus, dass gemessen an dem bestehenden Pflegebedarf zu wenig Pflegefachkräfte für die Versorgung der alten Menschen zur Verfügung stehen"* [Lfdnr. 21] *„Zu wenig geriatrisches Wissen bei vielen Medizinern, aber auch bei Pflegefachkräften"* [Lfdnr. 71]
Schnittstellenproblematik	*„Fehlende sektorenübergreifende Versorgungsmodelle"* [Lfdnr. 25] *„das unkoordinierte Nebeneinander von Versorgungsstrukturen"* [Lfdnr. 46]
Stationäre Langzeitpflege	*„Unterversorgung mit medizinisch notwendigen Leistungen im Pflegeheim"* [Lfdnr. 71]
Akutstationäre Versorgung in Krankenhäusern	*„nicht ausreichende Plätze für geriatrische Versorgung im Akutkrankenhaus"* [Lfdnr. 84]

Neben diesen Bereichen, hoben die Experten auch Stärken hervor, die das Land Bremen im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen entwickelt hat bzw. auf die es zurückgreifen kann. Diese sind insbesondere gekennzeichnet durch:

- eine gute geriatrische Akutversorgung,
- einen hohen Grad an Kooperation und Vernetzung,
- eine gute Erreichbarkeit der Angebote, angesichts kurzer Wege,
- relativ überschaubare Strukturen mit vielen Alternativen und Wahlmöglichkeiten
- eine hohe Versorgungsqualität durch eine hohe Expertenquote und
- eine deutlich wahrnehmbare Unterstützung durch die Politik etwa bei der Etablierung der Pflegewissenschaft an bremischen Hochschulen.

Zusammenfassend zeigte sich, basierend auf den von den Expertinnen gemachten Angaben in den ersten beiden Erhebungswellen, eine wiederkehrende Tendenz von Themenkomplexen und Motiven, die von dem Experten-Panel wiederholt aufgegriffen und besonders in den Freitextantworten bearbeitet wurden. Diese Motive erlauben eine Cluster-Bildung von vier Themenschwerpunkten (*Schnittstellenmanagement*, *Geriatrische Versorgung*, *Quartier*, *Qualifikation und Ausbildung*), welche die Ausgangslage für die zu diskutierenden Inhalte im Rahmen der dritten Erhebungsphase – dem Expertenworkshop – bildeten und dort bearbeitet wurden.

4.2 Ergebnisse aus dem Expertenworkshop

Die Schwerpunktthemen des Expertenworkshops wurden aus den Ergebnissen der ersten und zweiten Erhebung generiert. Insbesondere auf Basis der zweiten Erhebung wurden Themenschwerpunkte herangezogen, zu denen bereits in Ansätzen Lösungsvorschläge zu den ermittelten Problembereichen durch die Expertinnen, genannt wurden:

- Schnittstellenmanagement,
- Geriatrische Versorgung,
- Quartier und
- Qualifikation und Ausbildung.

Diese vier verschiedenen Themenschwerpunkte beinhalten besonders aus der zweiten Erhebung hervorgegangene Ansatzpunkte für die Erarbeitung von Lösungsstrategien (siehe Tabelle 11). Sofern Zitate der Teilnehmenden eingebracht werden, sind diese im Folgenden hervorgehoben („…“).

Tabelle 11: Übersicht über zur Diskussion vorgeschlagene Bereiche innerhalb der Workshop-Themenschwerpunkte.

Themenschwerpunkt	Bereiche/ Ansatzpunkte für die Erarbeitung von Lösungsstrategien
Schnittstellenmanagement	• Aufbau von Kommunikationsstrukturen • Kooperation • Steuerung • Ärztliche Versorgung • Aufsuchende Beratung • Überleitung
Geriatrische Versorgung	• Sicherung akutgeriatrischer Versorgung • Ärztliche Versorgung und Geriatrie • Ausbau von Leistungen • Kompetenzzentrum • Landeszielplanung
Quartier	• Quartiersarbeit • Seniorengenossenschaften • (Medizinische) Angebote für vulnerable Gruppen
Qualifikation und Ausbildung	• Qualifizierung und Fachkräftemangel sowie Fort- und Weiterbildung • Ausbildungssystem • Kompetenzen bündeln

Die folgenden Unterkapitel geben zunächst jeweils eine graphische Übersicht zu den in den Themenschwerpunkten diskutierten Bereichen und Ansatzpunkten für Lösungsstrategien, bevor zusammenfassend die von den Experten diskutierten konkreten Lösungsansätze dargestellt werden. Nicht alle vorgeschlagenen Lösungsansätze wurden von den Teilnehmenden angesprochen und bearbeitet. Daher liefert Anhang L eine Übersicht zu in den Workshop-Gruppen nicht weiter thematisierten Lösungsansätzen.

Schwerpunktsetzung von Lösungsansätzen

Jede Workshop-Gruppe war am Ende der Arbeitsphase gebeten, einen erarbeiteten Lösungsansatz zu benennen, der die höchste Relevanz für eine zeitnahe Umsetzung darstellt. Diese werden zu den entsprechenden Themenschwerpunkten im Folgenden kurz dargestellt:

Schnittstellenmanagement:

Als wichtigste Maßnahme, um intra- vor allem aber intersektorielle Schnittstellenproblematiken zu beheben, wurde von der Expertengruppe die *Erstellung eines einheitlichen Überleitungsbogens* genannt. Es werden standardisierte Bögen sowohl für den ambulanten als auch stationären Sektor gefordert. Zur Erstellung sei eine Fachgruppe nötig, die sich mit der Modifizierung und Vereinheitlichung der Bögen beschäftigt.

Geriatrische Versorgung:

Die *Entwicklung eines übergeordneten politisch und gesetzlich verbindlichen Geriatriekonzepts für das Land Bremen* soll die geriatrische Versorgung optimieren. Das Konzept sollte sich zu Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozessen, notwendigen Qualifikationen, dem Aufbau eines Geriatrischen Netzwerks und der Qualitätssicherung eindeutig positionieren. Der Einbezug verschiedener Akteure unter politscher Federführung sei bei der Entwicklung und Umsetzung notwendig.

Quartier:

Die Expertinnengruppe sah in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit, die *Rolle des Krankenhauses im Quartier neu zu denken*. Die *Entwicklung eines einheitlichen Instruments zur Informationsweitergabe bei der Überleitung* stellte sich auch in der Arbeitsgruppe zum Themenschwerpunkt *Quartier* als relevanter Bereich heraus. Weiter sollte unter Einbezug der Krankenhäuser, den ambulanten Diensten und Beratungsinstanzen der Sozialdienst in Krankenhäusern gestärkt und Kontakte zwischen dem ambulanten und stationären Setting verstetigt werden. Weitere, im Rahmen der Schwerpunktsetzung diskutierte Lösungsansätze finden sich in den Schwerpunkten der anderen Workshop-Gruppen wieder.

Qualifikation und Ausbildung:

Im Rahmen der Aus- und Weiterbildung sei ein wichtiges Ziel, die *Attraktivität der Pflegeausbildung zu steigern*. Veränderte Vergütungsstrukturen und eine stärkere Werte- und Zielorientierung sollten hier zum Ziel gesetzt werden, um eine stärkere Identifikation der Pflegenden mit ihrer Arbeit zu erreichen. Zusammenfassend steht für die Experten die *Entwicklung von Strategien zur Personalgewinnung, -bindung, -entwicklung und Vermittlung von Wertschätzung und Anerkennung* im Vordergrund.

4.2.1 Schnittstellenmanagement

Abbildung 8 veranschaulicht die Gliederung des Themenschwerpunkts Schnittstellenmanagement nach aus den Ergebnissen der online-Umfragen identifizierten Bereichen und den damit verbundenen Ansatzpunkten für Lösungsstrategien. Dabei sind sowohl bereits perspektivisch konkretere Vorschläge (beispielsweise die Etablierung sektorenübergreifender Arbeitsgruppen) als auch Begriffe aufgeführt, die in unterschiedlichen Formulierungen aus den Freitextantworten hervorgingen (beispielsweise Case-Management).

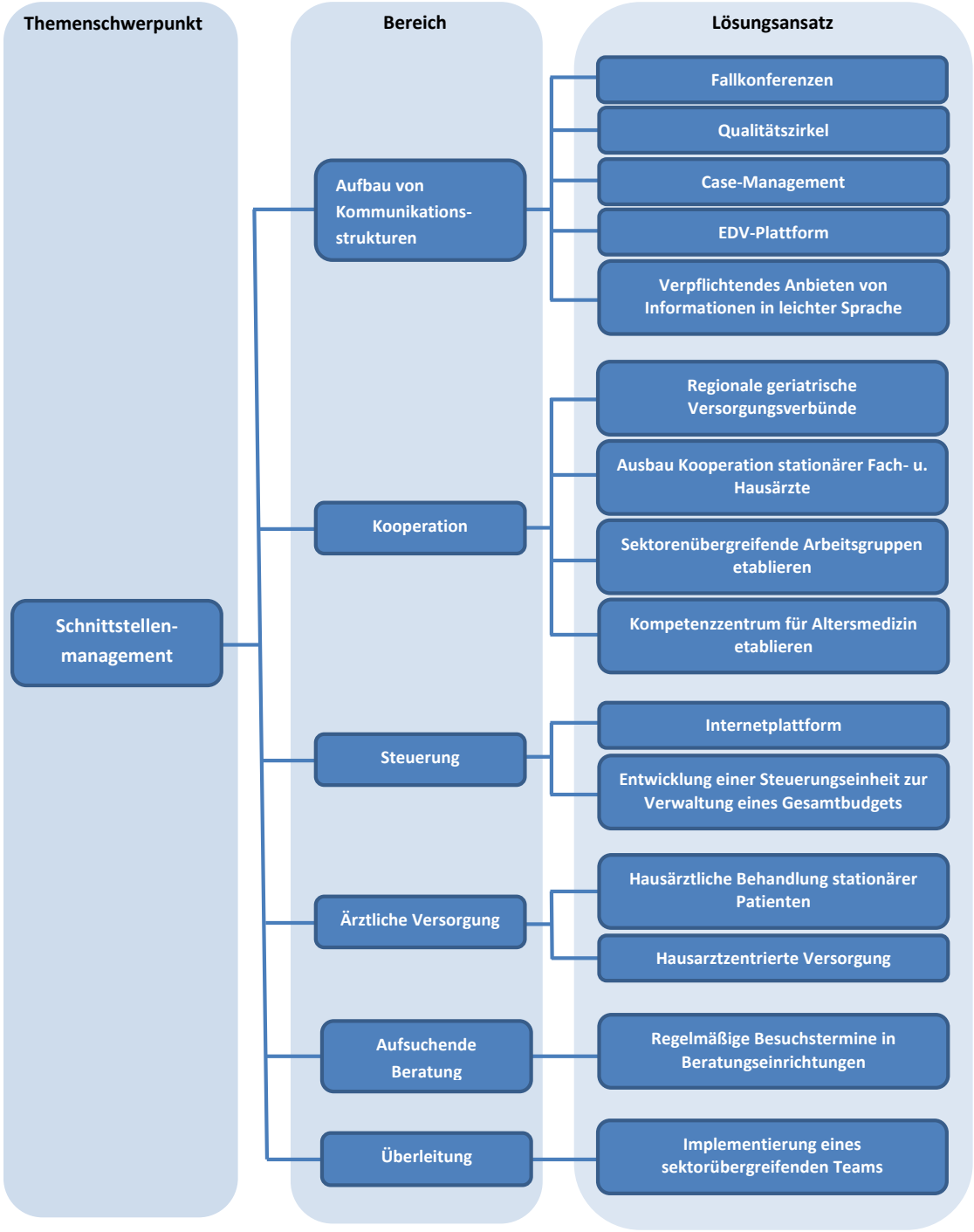


Abbildung 8: Übersicht über diskutierte Bereiche und Lösungsansätze, Workshop-Gruppe Schnittstellenmanagement.

4.2.1.1 Bereich Aufbau von Kommunikationsstrukturen

Fallkonferenzen:

Bereichsinterne Strategien scheinen hier wenig geeignet, die Schnittstellenproblematik aufzubrechen. Vielmehr wird die regelhafte Etablierung bereichsübergreifender Fallkonferenzen vor dem Hintergrund eines festgestellten Fehlens von einrichtungsübergreifenden Maßnahmen als geeigneter Ansatzpunkt ausgemacht.

Denkbar sind sektorenübergreifende Fallkonferenzen an zwei Tagen der Woche, in welchen insbesondere dem Verlust von für die Weiterversorgung notwendigen Informationen durch Kommunikation vorgebeugt wird. Würde ein solches Verfahren regelhaft implementiert, ließen sich aus Sicht der Expertinnen Situationen der kurzfristigen, übereilten Informationsweitergabe bspw. direkt während eines Überleitungs-/ Entlassungsvorgangs vermeiden. Weiter könnte der regelhafte Einbezug wesentlicher Akteure unter Verwendung videogestützter Technik realisiert werden.

Eine geeignete Datengrundlage zur sektorenübergreifenden Nutzung scheint die vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) erstellten Gutachten darzustellen. Dieser Gedanke wurde innerhalb der Gruppe allerdings nicht weiter konkretisiert.

Kritisch wurden Aspekte des Datenschutzes betont, die in allen neu zu denkenden Strukturen von sektorenübergreifendem Austausch über individuelle Personen (Patienten, Bewohnerinnen) zu beachten sind und von den Experten als Herausforderung und sogar Barriere der Weiterentwicklung angesehen wurden.

Datenschutzrechtliche Grenzen sowie ein notwendiges Einverständnis der Patientinnen um mehreren Akteuren den Zugriff auf personenbezogenen Daten zu gewähren, können eine Hürde darstellen. Ebenfalls würde eine neutrale Ablagestelle benötigt werden. Dies setzt jedoch Regelungen auf gesetzlicher Ebene voraus. Beispielhaft wurden hier etablierte Tumorkonferenzen erwähnt, in welchen durch Kooperationsverträge zwischen einzelnen Akteuren bereits ein sektorenübergreifender Brückenschlag gelungen ist.

EDV-Plattform:

In der Umsetzung gemeinsamer Datennutzung ergeben sich Grenzen, da die Verwendung einer solchen Plattform voraussetzt, dass alle Akteure eine identische EDV-gestützte Dokumentation nutzen. Hierbei gilt erneut, dass Sicherheitskriterien eingehalten werden müssen. Eine solche Idee scheint zeitnah nicht umsetzbar, eventuell jedoch in sechs bis acht Jahren. Aufgrund der Komplexität der Entwicklung einer entsprechenden Plattform und dem damit verbundenen Aufwand und auch auf Grund der in Verbindung mit Aspekten des Datenschutzes einhergehenden Probleme scheint

zunächst ein niedrigschwelliger Ansatz geeignet, welcher im Rahmen von einrichtungsinternen Fallkonferenzen zunehmend beteiligte externe Akteure ankoppelt.

Weiter wurden alternative Formen der Datensammlung und des Datenaustausches diskutiert: Statt der Nutzung einer Internetplattform oder beispielsweise der Versichertenkarte als Speichermedium ist es denkbar, Daten (z.B. von Menschen mit bekannten (chronischen) Vorerkrankungen) auf einem USB-Stick zu hinterlegen. Patienten könnten diesen beispielsweise am Schlüsselbund bei sich tragen und so eine patientinnennahe Datensicherung gewährleisten. Vorteilhaft wäre dies insbesondere in Notfallsituationen durch den schnellen Zugriff versorgender Instanzen auf die Daten. Eine fortlaufende Aktualisierung und Ergänzung eines solchen Datensatzes ist notwendig. Alternativ ließen sich Applikationen für mobile Endgeräte entwickeln. Einigkeit bestand darin, dass bei der Entwicklung der skizzierten Schritte zunächst einfach ein Impuls zur Entwicklung und zum Ausbau erfolgen müsste.

Etablierung eines übergeordneten Case-Managements:

Dieser Ansatz wurde besonders vor dem Hintergrund der sich aus der anzustrebenden Vernetzung der Sektoren ergebenden Problematiken diskutiert. Bei einer gemeinsamen Nutzung von Daten stellt sich die Frage, an welcher neutralen nicht interessengeleiteten Stelle ein Case-Management angesiedelt sein kann. Eine solche Stelle könnte zur Überwindung der Schnittstellenproblematik beitragen. Wichtig dabei ist jedoch, dass es sich dabei um Strukturen bzw. Personen handelt, die Patienten auch im Alltag begleiten und neben gesundheitlichen auch soziale Aspekte berücksichtigen. Pflegestützpunkte scheinen weniger geeignet, eine neutrale, nicht interessengeleitete Funktion in diesem Sinne zu übernehmen. Zwar werden Beratungsleistungen erbracht, jedoch erfolgt keine persönliche Begleitung über den Pflegestützpunkt hinaus.

Auf Ebene der Dienstleistungszentren wurden bereits Versuche unternommen, eine zentrale Stelle mit Wegbegleitern zu errichten, aus denen die Nachbarschaftshilfe hervorging. Die Expertinnen betrachteten vor allem die mit einer intensiveren Betreuung und Begleitung von Patienten einhergehende Finanzierung als problematisch. Als Vorschlag wurde hierzu eine Finanzierung der Kosten für Beratung, Anleitung und Begleitung über den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff eingebracht. Da hier keine Konkretisierung des Gedankens erfolgte, lässt sich an dieser Stelle nicht feststellen, ob hier eher auf eine Finanzierung vor dem Hintergrund der Vergütungen von Leistungen im Rahmen des SGB XI abgezielt wurde.

4.2.1.2 Bereich Kooperation

Sektorenübergreifende Arbeitsgruppen etablieren:

Dieser Ansatz wurde im Zusammenhang mit der Überarbeitung von Überleitungsbögen thematisiert. Nähere Beschreibungen sind in der Ergebnisdarstellung zum Bereich **Überleitung** (siehe S. 38) zu finden. Darüber hinaus wurden von der Gruppe Ideen zur Kooperation zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern aufgezeigt: denkbar seien Gespräche im Rahmen eines Runden Tischs, welcher, gesteuert und moderiert, dazu genutzt werden soll, sich mit Fragen der Finanzierung von Gesundheits-/ Versorgungsleistungen im Bundesland Bremen auseinanderzusetzen.

4.2.1.3 Bereich Steuerung

Entwicklung einer Steuerungseinheit zur Verwaltung eines Gesamtbudgets:

Im Vordergrund der Diskussion standen Überlegungen zur Realisierbarkeit einer Infrastruktur zur gemeinsamen Finanzierung des Landes und der Kassen. Die Verantwortung des Schaffens einer Infrastruktur wurde in der Kommune gesehen. Eine Konkretisierung des Inhalts und der Ausgestaltung dieses Ansatzes erfolgte an dieser Stelle nicht.

4.2.1.4 Bereich Ärztliche Versorgung

Hausärzte behandeln auch stationäre Patienten:

Da sich die Anzahl von Schnittstellen verringert, wenn engere Netzwerke als Lebensräume bestehen (gleiches gilt für kleinräumige Versorgungsangebote), sind hier Versorgungsangebote anzustreben, die als intermediäre Lösungen zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen fungieren und besonders bei Bedarf an engerer, ärztlich-medizinischer Unterstützung als eine kurzfristige Anlaufstelle zugänglich sind. Denkbar und teilweise in Bremen bereits eingerichtet sind “kleine Krankenzimmer”, wie sie von einem Teilnehmer bezeichnet werden, zur Versorgung in den Stadtteilen als „vorstationäre Einrichtung“, die an Einrichtungen der stationären Langzeitpflege angegliedert sind. Innerhalb dieses Modells fungieren die Hausärzte weiter als Verantwortungsträger, was dem Umstand entgegenkommt, dass in Pflegeheimen bislang selten Ärzte rund um die Uhr erreichbar und anwesend sind.

4.2.1.5 Bereich Aufsuchende Beratung

In diesem Bereich wären besonders Überlegungen zu bestehenden und zu schaffenden Bringstrukturen zu erwarten gewesen. Vorgeschlagen und andiskutiert wurden jedoch Ansätze des Ausbaus von Kommstrukturen.

Regelmäßige Besuchstermine in Beratungseinrichtungen:

Als problematisch stellt sich für die Experten ein Informationsdefizit vieler Menschen über Leistungsberechtigung und Zugangsmöglichkeiten zu Angeboten der gesundheitlichen Versorgung heraus. Ergänzend kommt hinzu, dass Angebote der Beratung und Schulung (bspw. Kurse für pflegende Angehörige) häufig kurzfristig in Anspruch genommen werden. Ziel kann daher sein, diese Personen im Sinne einer Vorsorge zu erreichen. Ausgehend von den bereits heute in den Pflegestützpunkten anfallenden Anfragen zu Unterstützungs- und Beratungsmöglichkeiten wäre eine Bündelung dieser Anfragen denkbar, um so zukünftig Informationen gezielter zur Verfügung zu stellen und in der Bevölkerung zu streuen. Eine konkrete Idee zur Ausgestaltung der Umsetzung wurde nicht eingebracht.

Die Beratungsangebote der Pflegestützpunkte und Dienstleistungszentren werden als nicht ausreichend wahrgenommen. Krankenkassen scheinen einen zusätzlichen geeigneten Ansatzpunkt für weitere Aufklärungs- und Beratungsarbeit zu bieten. Sie sind verpflichtet, zu bestimmten Themen Aufklärungsarbeit zu leisten – wie zum Beispiel zum Thema Organspende. Daher scheint es sinnvoll, mittels eines gesetzlichen Auftrags die Aufklärung älterer Menschen (z.B. zum Thema Pflege oder Patiententestament) an die Aufklärungskampagnen der Krankenkassen zu koppeln. Hierfür könnten alle ab 65-jährigen Personen verpflichtend angeschrieben werden.

4.2.1.6 Bereich Überleitung

Implementierung eines sektorenübergreifenden Teams:

Hier wurde die Problematik der Überleitung hervorgehoben, die zumeist einen Informationsverlust im Verlauf der Überleitungsprozesse mit sich bringt. Überleitungsbögen sind oftmals eher medizinisch und problemorientiert ausgerichtet. Zudem liefern Überleitungsbögen aus dem akutklinischen Setting – ausgehend von kurzen Liegenzeiten und damit einhergehenden kurzen Zeitfenstern für die Erfassung von Anamnesedaten – oftmals nicht alle für die weiterversorgenden Einrichtungen relevanten Informationen. Die vollständigen Informationen müssten an alle nachversorgenden Bereiche weitergegeben werden. Eine gemeinsame Überarbeitung der Dokumentationsbögen von Seiten der ambulanten und (teil-) stationären Einrichtungen scheint sinnvoll. Zielsetzung wäre dabei die Einigung auf einheitliche Wortwahl und Begriffsbestimmungen

sowie auf in einem solchen Bogen abzubildende Inhalte. Struktur und Inhalte des Instruments sollten durch Vertreter der betroffenen Akteure konsentiert und mitentwickelt werden. Zu überlegen wäre, ob die Koordination einer entsprechenden Arbeitsgruppe in der Verantwortung einer Institution wie der Krankenhausgesellschaft liegen könnte. Zu berücksichtigen sind besonders auch die mit dem Umfang des Überleitungsbogens einhergehenden Anforderungen an die zeitlichen Ressourcen, welche für den Dokumentationsprozess verwendet werden.

Eine konkrete Idee zur Ausgestaltung von Überleitungsprozessen beinhaltet die Einführung von Übergaben am Patientenbett. Durch Einbezug des nachversorgenden Pflegedienstes, sowie weiterer Beteiligter (Angehörige, Ärztinnen) können durch kurze Informationswege alle relevanten Aspekte in der Weiterversorgung besser berücksichtigt werden.

4.2.2 Geriatrische Versorgung

Abbildung 9 veranschaulicht die Gliederung des Themenschwerpunkts Geriatrische Versorgung nach aus den Ergebnissen der online-Umfragen identifizierten Bereichen und den damit verbundenen Ansatzpunkten für Lösungsstrategien. Dabei sind sowohl bereits perspektivisch konkretere Vorschläge (beispielsweise die Beschäftigung festen (fach-)ärztlichen Personals in Altenpflegeeinrichtungen) als auch Begriffe aufgeführt, die in unterschiedlichen Formulierungen aus den Freitextantworten hervorgingen (beispielsweise Geriatrische Tageskliniken).

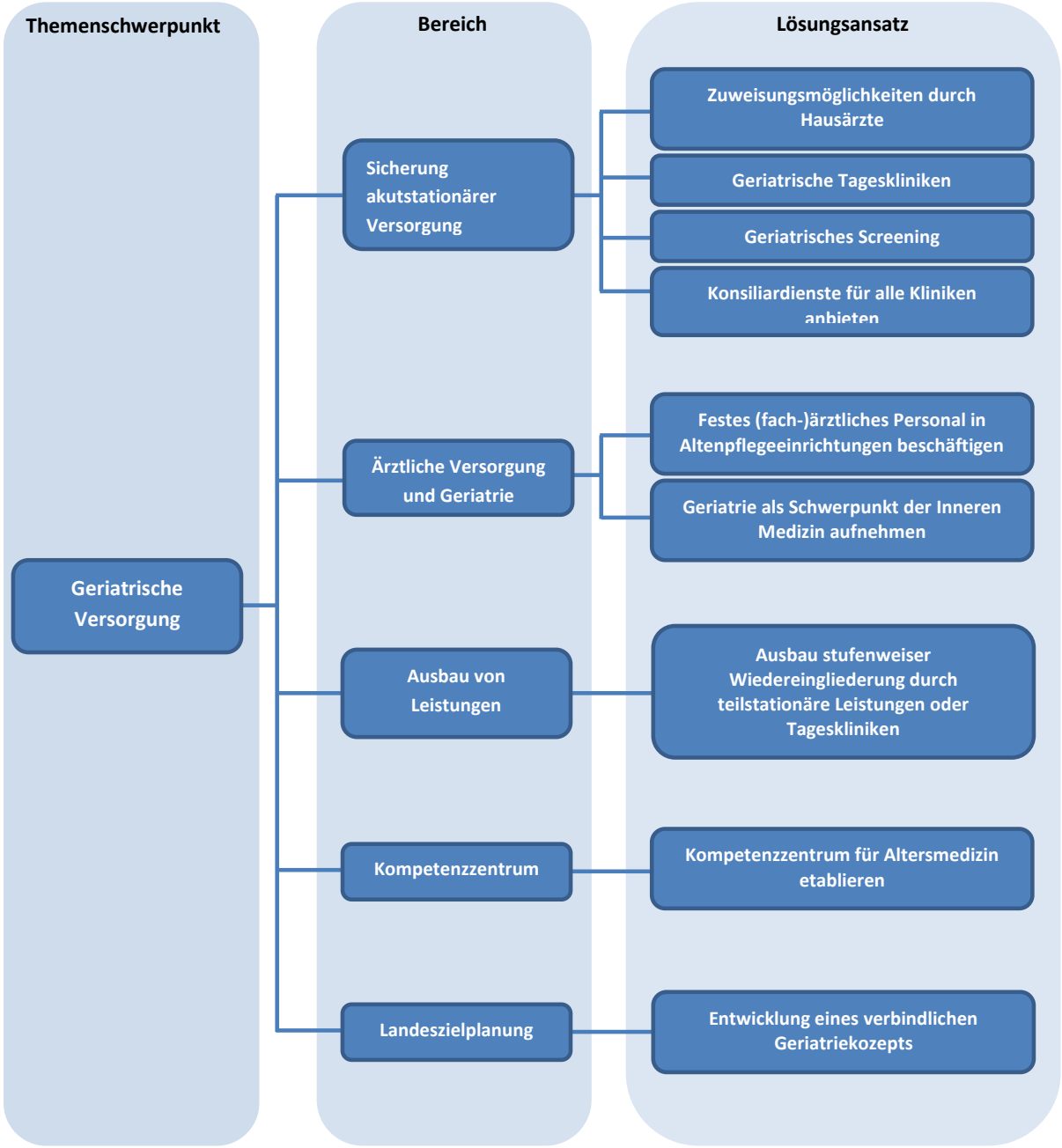


Abbildung 9: Übersicht über diskutierte Bereiche und Lösungsansätze, Workshop-Gruppe Geriatrische Versorgung.

4.2.2.1 Bereich Sicherung akutstationärer Versorgung

Zur Sicherung der akutstationären Versorgung stellte die Workshop-Gruppe die Forderung eines sektorübergreifenden integrativen Behandlungsmodells für den älteren Patienten. Die sektorenübergreifende Verzahnung von Leistungsanbietern stand mehrfach im Mittelpunkt der Diskussion, wurde jedoch für diesen konkreten Punkt nicht weiter behandelt.

Zuweisungsmöglichkeiten durch Hausärzte:

Zuweisungsmöglichkeiten der Hausärzte in die tagesklinische Versorgung bestehen derzeit bereits. Daher geht es vorrangig nicht um das Schaffen fehlender Zuweisungsmöglichkeiten, sondern vielmehr um einen Erhalt der Zuweisungsmöglichkeiten zu den Tageskliniken. Konkrete Lösungsvorschläge, wie diese gesichert werden sollten, wurden nicht genannt.

4.2.2.2 Bereich Ärztliche Versorgung

Festes (fach-)ärztliches Personal in Altenpflegeeinrichtungen beschäftigen:

Vordergründig ist hier eine Verbesserung der als mangelhaft empfundenen fachärztlichen Versorgung avisiert. Denkbar ist ein System der Optimierung über finanzielle Anreize: Bestehende Verträge der Pflegeheime mit Hausärzten ließen sich auf die fachärztliche Versorgung erweitern. Bestrebungen der Kassenärztlichen Vereinigung hierzu bereits Anreize finanzieller Art zu implementieren, befinden sich derzeit noch im Anfangsstadium.

Weiter sind langfristige Änderungen zur Schaffung eines veränderten organisatorisch-rechtlichen Rahmens ein Ansatzpunkt. In diesem Zusammenhang könnten Genehmigungen zur Betreibung von Pflege- und Betreuungseinrichtungen nur dann erteilt werden, wenn ein Nachweis über entsprechende Untersuchungsräume oder die Angliederung an ein Facharztzentrum erfolgt. Erwartungsgemäß sollte eine solche Veränderung dazu beitragen, Krankenhauseinweisungen zu reduzieren und die Qualität der fachärztlichen Versorgung anzuheben.

Geriatrie als Schwerpunkt der Inneren Medizin aufnehmen:

Der geriatrische Schwerpunkt in Bremen liegt momentan auf der Frührehabilitation. Da internistische Einrichtungen nicht über die gleichen Kompetenzen wie geriatrische Kliniken verfügen, gilt es, die Festlegung der Akutgeriatrie als weiteren Schwerpunktbereich in der (fachärztlichen) Versorgung anzustreben. Eine angemessene Versorgung geriatrischer Patientinnen würde somit gewährleistet und Assessments im geriatrischen Bereich ausgeweitet. Obgleich nicht alle Erkrankungen geriatrisch behandelt werden müssten, bleibt dennoch stets abzuwägen, ob eine

Versorgung durch Einrichtungen der Inneren Medizin im Einzelfall ausreichend für ältere Menschen ist.

4.2.2.3 Bereich Kompetenzen bündeln

Kompetenzzentrum für Altersmedizin etablieren:

Um ein entsprechendes Zentrum als sektorenübergreifenden Verbund zu betrachten, bedarf es der Zusammenführung der Kompetenzen verschiedener Akteure. Dabei nehmen Geriater eine prominente Funktion ein, da ihnen besonders die Kompetenz in der Altersversorgung zugeschrieben wird, die Gesamtversorgungssituation der Patientinnen zu sehen und nicht nur einzelne Erkrankungen zu fokussieren. Darüber hinaus sind Kompetenzen anderer Ärztegruppen wie beispielsweise aus dem Bereich der Inneren Medizin einzubeziehen. Die stadtteilbezogene Versorgung älterer Menschen oder die Versorgung größerer Gebiete innerhalb einer Stadt ließe sich an altersmedizinische Kompetenzzentren anknüpfen (hierzu laufen am Klinikum Bremen-Nord erste Bemühungen). In Kooperation mit den Sozialen Diensten, Pflegeeinrichtungen und der Kassenärztlichen Vereinigung wären Modelle zu entwickeln, die zur Versorgungsverbesserung definierter Patientengruppen beitragen. Da in diesem Punkt der Begriff des Kompetenzzentrums wenig klar umrissen und definiert scheint, eignet sich eine Ausrichtung an der Terminologie „Geriatrisches Netzwerk mit regionalen Schwerpunktbildungen“. In diesem Netzwerk ist neben dem Geriater die Hausärztin ein wesentlicher Bestandteil für die in der Häuslichkeit lebenden älteren Menschen. Im Vordergrund steht zusammenfassend die Etablierung eines geriatrischen Netzwerks, eine lokale Angliederung eines Kompetenzzentrums ergibt sich aus diesem Ansatz als weiterführende Konsequenz.

4.2.2.4 Bereich Landeszielplanung

Entwicklung eines verbindlichen Geriatriekonzepts:

Ein sektorübergreifendes Konzept kann auf Basis bereits bestehender Konzepte entwickelt werden, da ähnliche Konzepte in vielen Bundesländern in Deutschland bereits zur Anwendung kommen. Bremen verfügt über einen Geriatrie-Leitfaden, welcher jedoch bislang nicht interdisziplinär konsentiert wurde. Zwei Entwürfe eines Geriatriekonzepts für Bremen existieren bereits aus den Verhandlungen der Kostenträger mit den Leistungserbringern, deren Inhalte teilweise übereinstimmen und sich teilweise konträr gegenüberstehen. Diese Konzepte greifen jedoch zu kurz und bedürfen weiterer Entwicklung. Hierzu ließen sich Inhalte in interdisziplinären Arbeitsgremien erarbeiten. Insgesamt sind politische Behörden, die Arbeitsgemeinschaft der Kassenverbände, die Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen, die Kassenärztliche Vereinigung, Vertreter der Rehabilitation, Vertreter der Pflege (ambulant und stationär), Geriaterinnen und weitere

Akteure in die Entwicklung einzubeziehen. So entstünde im Endergebnis ein Konzept, welches unter Einbezug aller Kostenträger und Leistungserbringer – im interdisziplinären Dialog – gestaltet würde. Der Krankenhausplanungsausschuss des Landes Bremen bearbeitet derzeit ein mögliches Geriatriekonzept, welches sich bislang eher auf den stationären Sektor konzentriert. Um Interessenkonflikte und interessengesteuerte Entscheidungsfindungen unter den beteiligten Akteuren möglichst gering zu halten, ist die Leitung eines solchen Entwicklungsprozesses sowie die Koordination einer stetigen Evaluation und Weiterentwicklung auf Ebene der Politik anzusiedeln. Eine gesetzlich verpflichtende Implementierung des Konzeptes auf Landesebene unterstreicht die Relevanz und Dringlichkeit der abschließenden Umsetzung.

Inhaltlich sollten im Geriatriekonzept die Aspekte Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse, notwendige Qualifikationen, Aufbau des Geriatrischen Netzwerks, Pflege sowie Qualitätssicherung zur Nachprüfung der Umsetzung verankert sein. Das Konzept beschreibt dabei einen Soll-Zustand. Wichtig ist zunächst eine inhaltliche Definition der Ausgestaltung geriatrischer Versorgung. Als Instrument dient das Konzept ergänzend weiter zur Operationalisierung

- des geriatrischen Netzwerkes und
- der inhaltlichen Ausgestaltung im Bereich der fachärztlichen Betreuung in der stationären Langzeitversorgung.

Um im Bereich der ärztlichen Versorgung besonders die Gewährleistung der Zielerreichung im Sinne von Ergebnisqualität ins Zentrum zu rücken, ist eine Überprüfung der Umsetzung unter Berücksichtigung möglicher Sanktionierung bei fehlendem Nachweis von Kooperationspartnern für geriatrische Strukturen denkbar. Ein Bremer Geriatriekonzept hebt zwar nicht auf Bundesebene bestehende Sektoren-Problematiken auf, aber es bildet die Grundlage für eine eindeutige Beschreibung der Übergänge zwischen den Sektoren auf Landesebene und legt Zuständigkeiten fest. Durch eindeutige Gestaltung der Übergangsprozesse zwischen den Sektoren wird ein „Weiterreichen“ der Patienten vermieden. Ein Ansatz zur Verbesserung der Übergangsmöglichkeiten in der Versorgungsstruktur ist der Einsatz einer geriatrischen „Fach-Nurse“ als Verbindung zwischen den Sektoren, die zum einen die Versorgung in der Häuslichkeit überprüfen, zum anderen auch Maßnahmen anpassen kann. So wird gleichermaßen die hausärztliche Versorgung entlastet. Die Umsetzung des Geriatriekonzepts sollte auch an seine Verbindlichkeit durch gesetzliche Regelungen gekoppelt sein.

4.2.3 Quartier

Abbildung 10 veranschaulicht die Gliederung des Themenschwerpunkts Quartier nach aus den Ergebnissen der online-Umfragen identifizierten Bereichen und den damit verbundenen Ansatzpunkten für Lösungsstrategien. Dabei sind sowohl bereits perspektivisch konkretere Vorschläge (beispielsweise das verpflichtende Anbieten von Informationen in leichter Sprache) als auch Begriffe aufgeführt, die in unterschiedlichen Formulierungen aus den Freitextantworten hervorgingen (beispielsweise die Entwicklung von Konzepten).

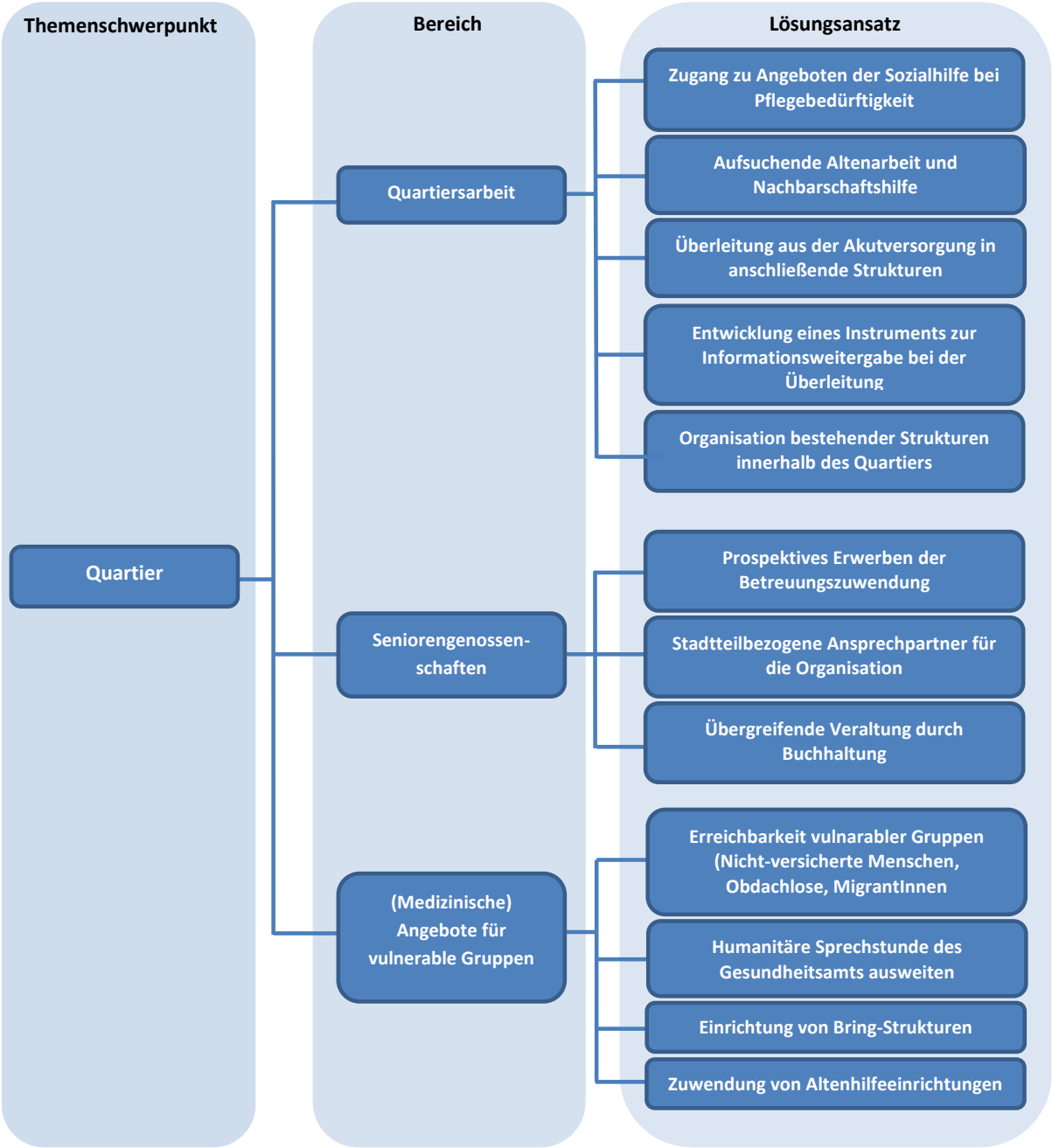


Abbildung 10: Übersicht über diskutierte Bereiche und Lösungsansätze, Workshop-Gruppe Quartier.

4.2.3.1 Bereich Quartiersarbeit

Den Schwerpunkt der Diskussion bildeten Überlegungen zu Fragen des Quartiersbegriffes und Strukturen der Quartiersarbeit. Ausgehend von den vorgegebenen Lösungsansätzen generierten sich in der Diskussion neue Strategien innerhalb des Bereiches:

Zugang zu Angeboten der Sozialhilfe bei Pflegebedürftigkeit:

Vor dem Hintergrund der Zielgruppe älterer Menschen wurde die Frage aufgeworfen, wie sich Zugangsmöglichkeiten verbessern ließen: Wie können Menschen, die hier Bedarfe zeigen (bspw. Personen mit Sucht- oder Drogenproblemen oder vorab nicht pflegeversicherte Menschen) im Quartier aufgefangen werden? Auch die Sicherung und Entwicklung von Orten zur Zusammenkunft und sozialen Teilhabe wurde besonders betont.

Aufsuchende Altenarbeit und Nachbarschaftshilfe:

Diese Art von Leistungsangeboten scheint im Bundesland Bremen noch unterversorgt zu sein. Aus Sicht der Teilnehmenden existieren zwar vielfältige Angebote, die aufsuchende Altenarbeit spielt dort aber allenfalls am Rande eine Rolle. Die Idee, ein pflegefachliches Screening in die aufsuchende Altenarbeit zu integrieren, wurde als nicht zielführend zur Erhöhung der Teilhabe älterer Menschen verworfen. Es gehe hier in erster Linie um die Einbindung älterer Menschen in das gesellschaftliche Leben und ihre Teilhabe daran, nicht aber um gesundheitlich versorgerische Aspekte im engeren Sinne. Hier wurde sogar eine "Überversorgung" durch Experten gesehen. Es gilt bei der Identifizierung von Rezipienten der aufsuchenden Altenarbeit (z.B. durch das postalische Anschreiben an Menschen bestimmter Altersklassen mit dem Angebot eines Hausbesuchs oder eines Beratungstermins, welches die Adressaten dazu auffordert, sich selbst als Zielgruppe entsprechender Angebote zu identifizieren) besonders Aspekte des Datenschutzes zu beachten. Dieser Bereich wurde jedoch nicht weiter von den Expertinnen ausgeführt.

Weiter wird ein Bedarf an Stärkung informeller Unterstützung durch Hilfeleistungen zwischen einander bekannten Personen benannt. Eine Konkretisierung erfolgte nicht. Gleiches gilt für mit der häufig eingeschränkten Mobilität von älteren Menschen verbundenen barrierefreien Zugangs- und Bewegungsmöglichkeiten im Kontext von Quartiersstrukturen.

Im Bereich der Quartiersarbeit steht perspektivisch weniger die Entwicklung neuer Angebote im Vordergrund, sondern weiterführende Überlegungen und Strategien sind gefordert, die darauf abzielen, Menschen gezielter auf die bestehenden Angebote aufmerksam zu machen und hinzuführen.

Überleitung aus der Akutversorgung in anschließende Strukturen:

Grundsätzlich scheinen ältere Patientinnen selbst die Problematiken bei der Überleitung seltener zu äußern. Dies geht aus von Patientenfürsprechern erhaltenen Rückmeldungen und Nachfragen von Patientinnen hervor. Im akutstationären Setting stünden für Patienten zumeist Situationen im Vordergrund, welche aus in der Akutversorgung erlebten kommunikativen Missverständnissen resultieren: nicht gehört werden, keine ausreichenden Informationen und/ oder Erklärungen erhalten etc.. Ein weiterer – im Rahmen des Workshops nicht näher beleuchteter – Ansatzpunkt bezog sich auf die Stärkung der Sozialdienste innerhalb der Kliniken. Möglichkeiten für Ansätze innerhalb der Kliniken wurden von den Experten insgesamt als durchaus gegeben betrachtet, jedoch nicht weiter konkretisiert. In jedem Falle soll in diesem Zusammenhang die Möglichkeit der mobilen Rehabilitation vermehrt zur Nutzung kommen.

Um Verständnis und Kooperation zwischen den Leistungserbringern unterschiedlicher Settings zu fördern und damit langfristig zu einer Optimierung der Zusammenarbeit und somit auch der Überleitungsprozesse beizutragen, scheinen Maßnahmen zur Förderung von settingübergreifenden Kontakten des Personals ein wichtiger Ansatzpunkt zu sein. Denkbar sind hier Hospitationen in Einrichtungen des jeweilig anderen Sektors sowie gemeinsame Fortbildungen für Mitarbeiterinnen teil- und vollstationärer ebenso wie ambulanter Einrichtungen, um eine Sensibilisierung für den jeweils anderen Versorgungssektor anzustreben.

Ein anderer Ansatz, die settingübergreifende Versorgung innerhalb und außerhalb von Krankenhäusern neu zu denken wurde darin gesehen, dass Pflegende, unabhängig davon, in welchem Arbeitssetting sie angesiedelt sind, die von ihnen versorgten Patientinnen innerhalb eines Stadtteils zwischen den Versorgungssettings begleiten, so dass ein fließendes System ohne institutionelle Grenzen besteht. Besonders im Hinblick auf die Versorgung von Menschen mit Demenz scheint diese Idee geeignet, die mit dem Wechsel aus der häuslichen in die stationäre Versorgung einhergehenden Stressoren durch Veränderung der Pflegebezugspersonen zu reduzieren.

Einigkeit bestand zusammenfassend unter den Teilnehmenden, dass weniger die Bündelung von Kompetenzen als zentrales Thema zu behandeln sei, sondern vielmehr Strategien zum Kompetenzerhalt und das Ermöglichen von Gestaltungs- und Einbringungsspielräumen innerhalb von Einrichtungen in allen Sektoren.

Entwicklung eines einheitlichen Instruments zur Informationsweitergabe bei der Überleitung:

Für die Überleitung aus dem akutstationären Bereich in die teil- und vollstationäre oder häusliche Versorgung und umgekehrt wird auch die Entwicklung eines entsprechenden Instruments als zielführend angesehen. Hier gilt es, die Weitergabe von Informationen verlustfrei und für alle Beteiligten verständlich zu gestalten. Denkbar ist ein settingübergreifender landesweiter Einsatz eines solchen Instrumentes.

Organisation bestehender Strukturen innerhalb des Quartiers

Einerseits stimmten die Experten dem Eindruck mangelnder zentraler Organisation der gesundheitsbezogenen Angebote zu. Andererseits scheint eine zentrale Anlauf- oder Kontaktstelle mit Vorsitzhoheit innerhalb des Quartiers nicht als Lösungsansatz wünschenswert. Hier sollten Bestrebungen vorangetrieben werden, die einen zugänglichen und nutzbaren Informationsfluss für die Adressaten von gesundheitsbezogenen Angeboten ermöglichen. Hier könnten die bestehenden Dienstleistungszentren sowie das Bürgerinnentelefon als Anlauf- und Kontaktstellen enger in den Blick genommen werden. Dabei stehen Fragen nach Möglichkeiten der Erhöhung des Bekanntheitsgrads und der Nutzung durch die Bevölkerung im Vordergrund.

4.2.3.2 Bereich (Medizinische) Angebote für vulnerable Gruppen

Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen:

Die Personengruppen „nicht versicherte und obdachlose Menschen sowie Migranten“ wurden nicht getrennt voneinander betrachtet. Zusammenfassend wurden die in diesem Bereich unter dem Begriff vorgeschlagenen Personengruppen nicht als Teil der Gruppe ältere Menschen wahrgenommen. Die Nutzer der erwähnten Angebote sind selten älter als 60 Jahre.

Für die Zielgruppe der älteren Migrantinnen wird prognostisch eine Veränderung der Zuwanderungs- und Altersstruktur erwartet, die zu einer wachsenden Relevanz dieser Zielgruppe beiträgt. Wurde die Gruppe der als Flüchtlinge nach Bremen kommenden Menschen in den vergangenen Jahren als „jung, männlich, gesund“ wahrgenommen, verstärkt sich nun zunehmend die Zuwanderung älterer Menschen mit physischen und psychischen Beeinträchtigungen. Hier ist zukünftig eine Verschiebung des Schwerpunkts der gesundheitlichen Versorgung anzunehmen.

Als zu bearbeitendes Thema steht die Frage nach zukünftig benötigten Kompetenzen besonders auch im akutstationären Setting im Vordergrund.

4.2.4 Qualifikation und Ausbildung

Im Themenschwerpunkt Qualifikation und Ausbildung wurden mehrere Vorschläge zur inhaltlichen Ausgestaltung von Lösungen eingebracht: Zum einen soll die Attraktivität der Pflegeausbildung gesteigert werden. Ein Ansatzpunkt hierfür können veränderte Vergütungsstrukturen darstellen, da die momentanen Verdienstmöglichkeiten vermehrt ein Hinderungsgrund für die Entscheidung einen Pflegeberuf zu ergreifen darzustellen scheinen. In diesem Zuge gewinnt auch eine stärkere Werte- und Zielorientierung an Relevanz. Abbildung 11 veranschaulicht die Gliederung des Themenschwerpunkts Qualifikation und Ausbildung nach aus den Ergebnissen der online-Umfragen identifizierten Bereichen und den damit verbundenen Ansatzpunkten für Lösungsstrategien. Dabei sind sowohl bereits perspektivisch konkretere Vorschläge (beispielsweise die Anerkennung von Berufsabschlüssen aus dem Ausland) als auch Begriffe aufgeführt, die in unterschiedlichen Formulierungen aus den Freitextantworten hervorgingen (beispielsweise Interkulturelle Kompetenzen).

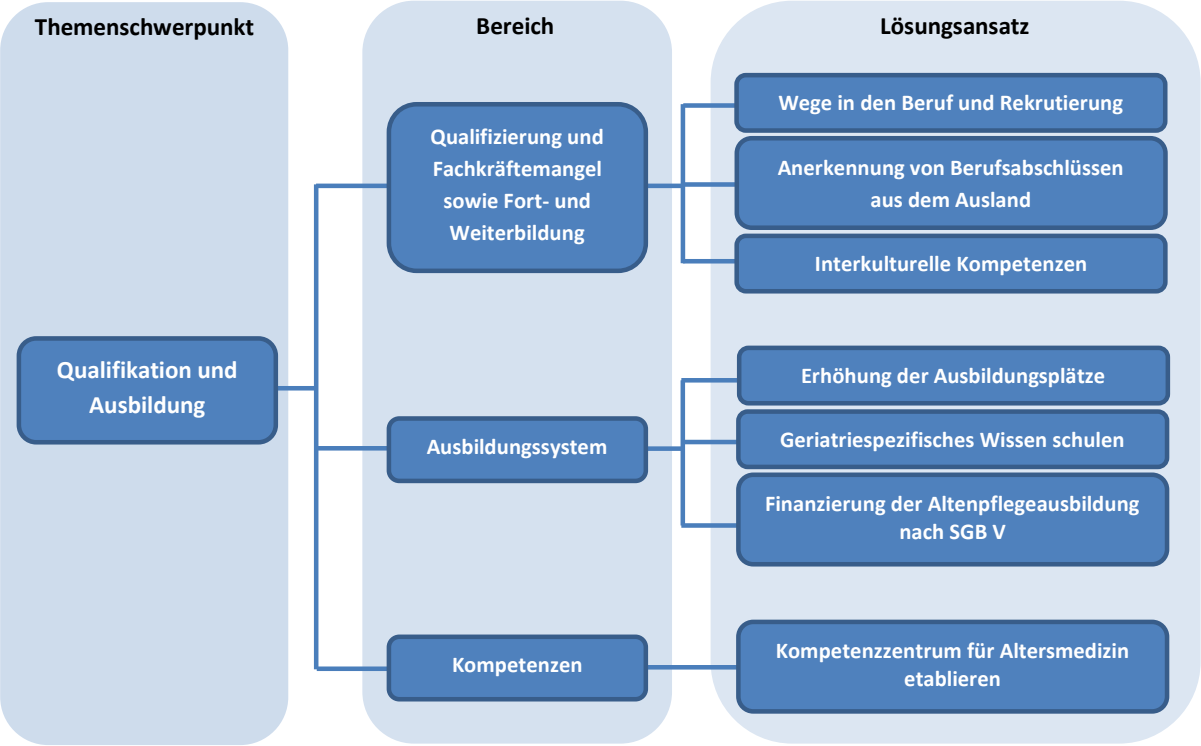


Abbildung 11: Übersicht über diskutierte Bereiche und Lösungsansätze, Workshop-Gruppe Qualifikation und Ausbildung.

4.2.4.1 Bereiche Qualifizierung und Fachkräftemangel sowie Fort- und Weiterbildung

Wege in den Beruf und Rekrutierung:

Betont wurde, dass bestehende Maßnahmen zur finanziellen Begleitung von bisher nur gering oder nicht qualifizierten Personen (wie bspw. das Programm WeGebAU[5]) stärker unterstützt bzw. neue Fördermöglichkeiten entwickelt werden sollten. Ein direkter Apell ging an dieser Stelle an das Bundesland Bremen, das als hauptverantwortlich für die Sicherung und Begleitung von Auszubildenden in den Pflegeberufen während der Ausbildung und in den Beruf hinein betrachtet wurde.

Auch wurde, wie zuvor beschrieben, die vermehrte Rekrutierung von im Ausland qualifizierten Pflegekräften nicht als adäquate Lösung für den Fachkräftemangel angesehen. Stattdessen steht eine generationsübergreifende Weitergabe sozialer und fachlicher Kompetenzen im Vordergrund. Generell sei es wichtig Kompetenz nicht nur zu entwickeln und zu erhalten, sondern Pflegekräften darüber hinaus auch Anerkennung zu verleihen. Daher müssten Strategien zur Entwicklung und Erhaltung von Kompetenzen in der Pflege entwickelt und in ein Anerkennungsprogramm überführt werden (hierzu gehört auch finanzielle Anerkennung). Die Aufforderung an die Institutionen besteht darin, ein passendes Altersmanagement für Mitarbeiter zu entwickeln, um ihnen eine Perspektive zu geben. Dies bedeutet u.a. auch, die unterschiedlichen Kompetenzen, die sich aus der vorhandenen Altersstruktur der Pflegekräfte ergeben - „jung – mittleren Alters – älter werdende – aus dem Beruf ausscheidende“ aktiv zu gestalten, damit sowohl die fachlichen als auch die sozialen Kompetenzen der älteren Pflegenden erhalten und an die Jüngeren weitergegeben werden können. So ließe sich ein Kompetenzerhalt innerhalb der Institutionen sichern.

Anerkennung von Berufsabschlüssen aus dem Ausland und Rolle interkultureller Kompetenzen:

Der Einbezug von Menschen aus anderen Ländern – sowohl als Fachpersonal als auch als Erbringer von Leistungen der pflegerischen Versorgung im familiären Umfeld – in die pflegerische Versorgung unter Nutzung interkultureller Kompetenzen der professionellen Pflegekräfte ist auch in Zukunft ein prominentes Thema. Zu berücksichtigen ist dabei, dass unterschiedliche Pflegephilosophien, je nach Herkunftsland, die Arbeit der Pflegenden prägen und charakterisieren. Altersbilder und kulturelle Hintergründe sollten bereits in der Ausbildung thematisiert werden.

Die Anerkennung von Berufsabschlüssen aus dem Ausland sollte keine alleinige Lösung für das bestehende Problem des Fachkräftemangels darstellen. Vielmehr ist ein Fokus auf vorhandene

[5] Das von der Bundesagentur für Arbeit geförderte Programm zur Weiterbildung Geringqualifizierter und beschäftigter älterer Arbeitnehmer in Unternehmen (WeGebAU) zielt mit einer Anschubfinanzierung auf die Förderung von geringqualifizierten älteren Beschäftigten in kleinen und mittleren Unternehmen ab.

personelle Ressourcen zu legen. Die Absenkung des Sprachniveaus, um Barrieren zur Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse abzubauen, scheint - besonders auf die mit der Versorgung von Menschen mit Demenz einhergehenden Anforderungen an die Fach-, Sozial-, Personal- und Methodenkompetenz der Pflegenden - nicht sinnvoll. Auch das Absenken des schulischen Niveaus als Zugangsvoraussetzung für die Aufnahme einer Pflegefachkraftausbildung sollte nicht die Hauptstrategien darstellen, um dem Fachkräftemangel zu begegnen. Angesichts der Komplexität hielt es die Gruppe nicht für sinnvoll, diesen Punkt als Lösungsstrategie weiter zu diskutieren.

4.2.4.2 Bereich Ausbildungssystem

Erhöhung der Ausbildungsplätze:

Dieser Lösungsansatz wurde nicht weiter konkretisiert, aber dennoch für zentral angesehen. Eine reine Erhöhung der Ausbildungsplätze ist (genau wie die Anerkennung von Berufsabschlüssen aus dem Ausland) allerdings als Maßnahme nicht ausreichend, wenn es darum geht, potenzielle Interessenten unter den Jugendlichen auch tatsächlich für den Beruf zu gewinnen.

Deshalb wurden Ideen eingebracht, wie das Ausbildungssystem zur Attraktivitätssteigerung beitragen kann. Ein wichtiger Punkt in diesem Zuge ist die bessere Schulung von Kompetenzen in der praktischen Arbeit durch geeignete Dozentinnen oder Lernbegleiter – dies führt zu einer höheren Wertschätzung der Auszubildenden „vor Ort“, verlangt allerdings auch eine hohe Flexibilität in der Ausgestaltung des Lernortes Praxis. Laut einem Teilnehmer sei ein individuelles Coaching in kleinen Gruppen bis hin zu 1:1 in der Ausbildung gewünscht. Dies steigert die Anerkennung.

Nicht zuletzt spielt auch die Identifikation mit dem Beruf eine große Rolle für die Qualität der geleisteten Arbeit. Weiter sind Autonomie und Selbstwirksamkeit der Pflegekräfte für die Identifikation mit dem eigenen Wirken wichtig. Jedoch sind eigene Entscheidungsbereiche für Pflegende besonders im Krankenhaus sehr eng gefasst.

Geriatriespezifisches Wissen schulen:

Bezüglich des Schulungsbedarfs an spezifischem geriatrischen Wissen sei laut Workshop-Gruppe der Nachholbedarf in den Krankenhäusern bereits erkannt und sich dessen zunehmend angenommen worden. Weiterhin wurde betont, dass ein gutes Konzept für gerontopsychiatrisches/ geriatrisches Wissen auch im Bereich der zentralen Notaufnahmen benötigt wird. Konsens bestand darin, dass eine Begriffsbestimmung über den Terminus *Geriatrie* zu kurz greift. Vielmehr solle von *Gerontologie* und *gerontologiespezifischem Wissen* als Ansatzpunkt für Qualifizierungs- und Schulungsmaßnahmen gesprochen und gedacht werden.

Ziel ist es, eine stärkere Identifikation der Pflegenden mit ihrer Arbeit im Fokus der Tätigkeit in einem geriatrischen/ gerontologischen Schwerpunkt zu erreichen. Da auch in den Reihen der Medizin selber Vorbehalte gegenüber der Geriatrie als eigenständige Fachrichtung im klinischen Kontext bestehen, gilt es, eine Anerkennung der Geriatrie als autonome Disziplin in Krankenhäusern zu bewirken. Daher solle eine Anerkennung der Geriatrie als eigenständige Disziplin besonders in Krankenhäusern bewirkt werden.

Zentral ist laut der Teilnehmenden für Institutionen bereichsorientiert und berufspraktisch herauszufinden, was in Bezug auf das Personal an spezifischem geriatrischen Qualifizierungs- und Fort- und Weiterbildungsangeboten benötigt wird. Dies sollte durch Befragungen der Mitarbeiter konkret eruiert werden und nicht ausschließlich auf Erfahrungswerten beruhen. Wenn ähnliche Problematiken oder Themengebiete in einzelnen Institutionen aufkommen ergeben sich an dieser Stelle institutionsübergreifende Themen für Fort-, Aus- und Weiterbildung.

Weiter sind Einsatzmöglichkeiten für akademisch ausgebildete Pflegekräfte zu schaffen: Diese werden als Experten für spezielle geriatrische Pflegethemen/ -Situationen mit Bezug zur Praxis gesehen.

5 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden besonders die von den Experten angesprochenen Lösungsstrategien näher betrachtet.

Die folgenden Unterkapitel beleuchten die in den Workshop-Gruppen konkretisierten Lösungsansätze vor dem Hintergrund von Referenzprojekten und deren Evaluation. Diese werden besonders dazu herangezogen, Überlegungen der Delphi-Studie aufzunehmen, um darüber hinaus gehende Modelle zu erweitern und Perspektiven für eine Umsetzung im Bundesland Bremen zu eröffnen.

5.1 Schnittstellen erfolgreich zusammenbringen – Modelle sektorübergreifender Kommunikation, Kooperation und Steuerung

Vor dem Hintergrund einer wachsenden Akteurs- und Angebotsvielfalt im Gesundheitswesen bedarf es einerseits für die Zielgruppe älterer Menschen eindeutig identifizierbarer und zugänglicher Informationen zu Angeboten der gesundheitlichen Versorgung. Andererseits gilt es, Parallelstrukturen und die Gefahr der Doppelerbringung von Leistungen zu kontrollieren und zu steuern. Verstärkend kommt hinzu, dass mit einer zunehmenden Arbeitsverdichtung im ambulanten und stationären Sektor besonders die Gestaltung von Überleitungsprozessen sowie die Umsetzung eines erfolgreichen Entlassmanagements eine Herausforderung für die beteiligten Berufsgruppen darstellt. Eine qualitativ hochwertige Versorgung scheitert – wie auch von den Experten beschrieben – oftmals an zergliederten Zuständigkeiten. Konzepte des Case- und Care-Managements sowie Fallkonferenzen scheinen geeignet, eine gelungene Zusammenarbeit der Schnittstellen in den Versorgungssektoren zu beeinflussen.

Fallkonferenzen: Modelle sektorenübergreifender Fallkonferenzen kommen in verschiedenen Städten und Bundesländern in Deutschland bereits zur Erprobung und Anwendung.

So hat etwa die Stadt Potsdam eine sektorenübergreifende Fallkonferenz als ein geeignetes Instrument zur Förderung interdisziplinärer Kommunikation entwickelt und erfolgreich eingesetzt (Binner et al. 2012, S. 17). Weitere Erfahrungen liefert das in der Stadt Cottbus durchgeführte Projekt zur Entwicklung einer gerontopsychiatrischen Verbundstruktur –aufgrund der Heterogenität der beteiligten Akteure und deren unterschiedlichen Interessen ließen sich Fallkonferenzen allerdings nicht dauerhaft etablieren (BFSFJ (Hrsg.) 2004, S. 43).

Case-Management: Die Überlegung, Strukturen für ein übergeordnetes Case-Management zu schaffen, wurde bundesweit bereits in mehreren Modellprojekten versuchsweise erprobt. Dabei

unterscheiden sich die einzelnen Komponenten der Ausgestaltung unter anderem über die Qualifikation der Case-Managerinnen, die eingesetzten Screening- und Assessmentinstrumente und den genutzten Dokumentationssystemen (BFSFJ (Hrsg.) 2004, S. 58). Der im Rahmen des Expertenworkshops formulierte Wunsch nach einer neutralen, nicht interessengeleiteten Stelle mit Aufgabe der Übernahme des Case-Managements sowohl begleitend im Alltag älterer Menschen als auch bei spezifischen gesundheitlichen und sozialen Problem- und Bedarfslagen, wird durch die von Case-Managerinnen zu vertretenden Rollen im Rahmen der Fallbegleitung begrenzt[6]. Ansätze für die Etablierung eines Case- und Care-Managements sind eher stadtteilbezogen zu suchen. Die Autoren des Abschlussberichtes zur wissenschaftlichen Begleitforschung zum Bundesmodellprogramm Altenhilfestrukturen der Zukunft (BFSFJ (Hrsg.) 2004, S. 63) halten nach Evaluation unterschiedlicher Konzepte des Case-Managements (darunter Case Management im Rahmen segmentübergreifender regionaler Netzwerke sowie als Einzelfallhilfe in Netzwerken) fest, dass von Einrichtungen mit einem interdisziplinären Team oder von Beratungsstellen mit direktem Patientinnenkontakt ausgehendes Case-Management leichter umsetzbar ist, als innerhalb eines umfassenden Netzwerks unterschiedlicher Akteure und Kooperationen.

Beratung und Information: Die von den Pflegestützpunkten im Land Bremen geleistete Beratung stuften die Experten als nicht ausreichend ein und benannten die Notwendigkeit, Informationen zu bündeln und älteren Menschen einen zielgerichteten Zugang zu diesen Informationen zu verschaffen. Die von Rothgang et al. (2012) durchgeführte Evaluation der Pflegestützpunkte im Kontext weiterer Beratungsstellen im Land Bremen benennt als wichtigste Gründe für das Aufsuchen eines Pflegestützpunktes Fragen zu den Kriterien der Pflegeeinstufung, zu den Finanzierungsleistungen der Kranken- und Pflegekassen sowie zur Organisation der häuslichen Pflege. Wobei Fragen zu den Kriterien der Einstufung und zu den Kassenleistungen vorrangig durch Personen ohne Pflegestufe an die Beratung herangetragen werden (Rothgang et al. 2012, S. 56) und bei den Versorgungsformen Fragen zur Häuslichen Pflege (SGB V) vor den Angeboten Wohnen mit Service und stationärer Versorgung rangierten, während sich die Themen Medizinische Versorgung und Palliative Care (SGB V) wenig relevant zeigten (Rothgang et al 2012, S. 52). Für eine Bündelung und zielgerichtete Aufarbeitung von Informationen kommen die im Rahmen der Evaluation erfassten Gründe für die Kontaktaufnahme mit den Beratungseinrichtungen (Rothgang et al. 2012, S. 70) in

[6] Die von Ewers (1997, S. 315) beschriebene Zielrichtung eines Case-Managements, komplexe Bedarfslagen meist chronisch kranker Menschen durch individuelle und umfassende Versorgungsangebote quer zu den segmentierten Grenzen des Versorgungssystems zu beantworten, wird durch die mehr oder weniger deutliche Einnahme unterschiedlicher Rollen durch die Case-Managerinnen erreicht. Die Unterscheidung in anwaltschaftliche Interessenvertretung und Zugangskontrolle (Ewers 1997, S. 316) in den Funktionen Advocacy, Broker und Gate-Keeper beinhaltet jedoch variierende Anteile von Budgetkontrolle und -verwaltung – so in der Gate-Keeper-Funktion (Ewers 1997, S. 318). Dieser Umstand erschwert eine Umsetzung im Sinne der befragten Experten unter Einbindung einer übergeordneten, neutralen Stelle.

Frage. Hier lässt sich im Hinblick auf die weitere Betreibung der Pflegestützpunkte im Bundesland Bremen nach März 2016 ein Ansatzpunkt für die Weiterentwicklung und Optimierung des Informationsangebotes – beispielsweise im Rahmen des online Auftrittes der Pflegestützpunkte – ausmachen.

Schwieriger erscheint die Umsetzung einer Kopplung von Beratungs- und Informationsangeboten an die Verpflichtung der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung zu Aufklärung, Beratung und Auskunft im Sinne der §§ 13, 14 und 15 SGB I unter Einsatz eines regelhaften Anschreibens mit Anbindung an Aufklärungs- und Informationskampagnen zu anderen Themen[7].

Ein einheitliches Überleitungsinstrument für alle Sektoren: Ausgiebig und in mehr als einer Workshop-Gruppe wurde die Forderung nach einem einheitlichen Überleitungsinstrument unter Berücksichtigung des im ambulanten und (teil-) stationären Settings benötigten Anteils von zu erfassenden Informationen gestellt. Der Anspruch auf ein „Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche“ wird in § 11 Absatz 4 SGB V sowie durch die Änderung des § 39 Absatz 1 SGB V durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) mit dem Zusatz „Die Krankenhausbehandlung umfasst auch ein Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung“ verdeutlicht. Auch vor dem Hintergrund des durch das deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) entwickelten nationalen *Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege* (DNQP (Hrsg.) 2009) sind besonders die akutstationären Bereiche gefragt, Patientinnen an die nachversorgenden Eirichtungen unter Vermeidung von Versorgungsbrüchen durch einen optimierten Informationsaustausch zwischen den am Entlassungsprozess beteiligten Akteuren überzuleiten (DNQP (Hrsg.) 2009, S. 7). Bundesweit existieren in mehreren Städten Ansätze der Entwicklung und Implementierung eines einheitlichen Überleitungsinstrumentes. Exemplarisch kann der *Dresdner Überleitungsbogen* als relativ junges Instrument hervorgehoben werden. Mit dem Ziel, die Versorgungskontinuität in Bezug auf die Informationsweitergabe während der Überleitung über Sektorengrenzen hinweg zu sichern, entwickelte die Stadt Dresden ein Instrument, welches 2013 getestet wurde (Landeshauptstadt Dresden (Hrsg.) 2013). Ergänzt wird das Überleitungsinstrument durch einen Zusatzbogen für Patienten mit einer Demenz/ kognitiven Beeinträchtigung (Liedtke 2014). Dieser Zusatzbogen war

[7] Die Expertengruppe wies an dieser Stelle auch auf die gesetzliche Verpflichtung zur Information zum Thema Organspende hin. Diese Verpflichtung ist explizit in § 2 Absatz 1 des Transplantationsgesetzes (TPG) für die nach Landesrecht zuständigen Stellen und Bundesbehörden sowie die Krankenkassen bindend. Eine Anbindung weiterer Themen ist nicht vorgesehen und ohne Veränderungen innerhalb der Gesetzgebung nicht bindend verpflichtend umsetzbar.

dazu geeignet, Sachverhalte abzubilden, die in üblichen Überleitungsbögen nicht angesprochen werden (Liedtke 2014, S.23). Diese Erfahrungen zeigen, dass entsprechende Überleitungsinstrumente durchaus dazu geeignet sind, die Informationsqualität aus Sicht der anwendenden Akteure zu verbessern. Fraglich bleibt, ob und wie sich positive Effekte eines solchen Instrumentes auf Ebene der Versorgungsqualität abbilden.

5.2 Geriatrische Versorgung weiter denken

Bremen verfügt – im Gegensatz zu Bundesländern wie Rheinland-Pfalz oder Sachsen – nicht über ein umfassendes Geriatriekonzept. Die im Krankenhausrahmenplan des Landes Bremen beschriebene Ausrichtung der Geriatrie als Leistung im klinischen Sektor[8] erklärt die im „Leitfaden Geriatrie" festzustellende Vernachlässigung geriatrischer Einrichtungen im ambulanten Sektor. Eine qualitativ hochwertige Versorgung älterer Menschen berücksichtigt eine umfassende, sektorübergreifende Perspektive der beteiligten Leistungserbringer.

Etablierung eines Geriatriekonzepts: Vorgeschlagen wurde die Etablierung eines Geriatriekonzepts für das Bundesland Bremen auf Grundlage von bereits in mehreren Bundesländern bestehenden Konzepten. Hierbei sind jedoch Unterschiede in den Formen der geriatrischen Versorgung zwischen den Bundesländern zu berücksichtigen. Bei Überlegungen zur inhaltlichen Ausgestaltung eines Bremer Geriatriekonzeptes muss dem Anspruch Rechnung getragen werden, einerseits der geriatrischen Frührehabilitation einen höheren Stellenwert unter anderem durch das systematische Erfassen des Rehabilitationspotentials älterer Menschen bereits in Hausarztpraxen oder im Akutkrankenhaus einzuräumen und andererseits im Sinne Hilmers (2009) eine frühzeitige Einbindung von Geriaterinnen in den Behandlungsprozess älterer Menschen im ambulanten sowie stationären Versorgungssetting zu bewirken.

Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie: Derzeit ist die Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie in drei Bundesländern gegeben (Berlin, Brandenburg und Sachsen-Anhalt). In weiteren Bundesländern ist eine Weiterbildung im geriatrischen Bereich möglich. In Bremen ist der Bereich Geriatrie aktuell nicht als Schwerpunktbereich der Inneren Medizin in der Weiterbildungsordnung aufgenommen. Damit waren nach Pippel, Ernst & Lübke (2014, S. A1412 f.) am 31.12.2012 lediglich sieben von bundesweit 2082 Ärzten mit einer Zusatzweiterbildung Geriatrie in Bremen beruflich tätig. Somit entfielen 1,1 geriatrisch weitergebildete Ärztinnen auf 100.000 Einwohner. Bremen verfügt zusammenfassend über den

[8] In einigen Bundesländern wie Bremen und Hamburg wird ausschließlich Akutgeriatrie als Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V, in anderen wie Bayern oder Rheinland-Pfalz nach § 40 SGB V in der Form von Rehabilitationseinrichtungen umgesetzt.

geringsten Anteil geriatrisch weitergebildeter Ärzte im bundesweiten Vergleich. Um den Fokus auf die geriatrische Versorgung zu legen, wäre hier eine Überarbeitung der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer denkbar.

Gut fachärztlich versorgt im Pflegeheim: Mehrfach wurde weiter die als mangelhaft empfundenen fachärztliche Versorgung in Pflegeheimen sowie Strategien zu deren Verbesserung diskutiert[9]. Im Zuge des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) sind die vollstationären Pflegeeinrichtungen durch die Änderungen des § 114 SGB XI Absatz 1 seit dem 1. Januar 2014 dazu verpflichtet, die Landesverbände der Pflegekassen unmittelbar nach einer Regelprüfung über die Regelung der ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie der Arzneimittelversorgung in den Einrichtungen zu informieren. Insbesondere soll unter anderem auf den Abschluss und den Inhalt von Kooperationsverträgen oder die Einbindung der Einrichtung in Ärztenetze hingewiesen werden. Im Bundesland Bremen soll das Gesetz zur Sicherstellung der Rechte von Menschen mit Unterstützungs-, Pflege- und Betreuungsbedarf in unterstützenden Wohnformen Bremisches Wohn- und Betreuungsgesetz (BremWoBeG) die Bewohner mit Unterstützungsbedarf in unterstützenden Wohnformen bei der Wahrnehmung ihrer Interessen und Bedürfnisse unterstützen und sie vor Benachteiligungen, die sich aus der Verknüpfung des Wohnens mit Unterstützungsleistungen ergeben, schützen (vgl. § 1 Absatz 1 BremWoBeG). Die in § 12 BremWoBeG beschriebenen Anforderungen an die Pflege- und Betreuungseinrichtungen für die Erlaubnis des Betriebes nennen in Absatz 2 Punkt 4 insbesondere die Sicherung der ärztlichen, zahnärztlichen und sonstigen gesundheitlichen oder therapeutischen Betreuung. Im Sinne der Experten wäre hier ein Ansatzpunkt auf Landesebene gegeben, um die fachärztliche Betreuung explizit zu betonen und weiter den Nachweis von Maßnahmen zur Sicherstellung einer einrichtungsinternen oder einrichtungsangegliederten fachärztlichen Betreuung bindend zu fixieren.

[9] Im Schwerpunktthema des 2008 veröffentlichten BARMER GEK Pflegereports fassen Rothgang et al. (2008, S. 213) die Bewertung der ärztlichen Versorgungssituation in Pflegeheimen in Bezug zu unterschiedlichen medizinischen Fachdisziplinen zusammen: Heimbewohnerinnen haben – im Vergleich zu nicht-pflegebedürftigen Personen – weniger Kontakte zu Fachärzten aus den Bereichen Innere Medizin (teilweise signifikant), Augenheilkunde (signifikant), Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (nicht signifikant) und Orthopädie (signifikant) und mehr Kontakte zu Ärztinnen aus den Bereichen Allgemeinmedizin und Neurologie/ Psychiatrie (jeweils signifikant), Hautärzte (teilweise signifikant). Ähnliche viele Kontakte bestehen zu Ärzten der Bereiche Urologie/ Gynäkologie und Chirurgie. Die Daten des aktuellen Pflegereports (Rothgang et al. 2014) beleuchten im Schwerpunkt die zahnärztliche Versorgung der Bewohner und weisen auch in diesem Bereich signifikant weniger Arztkontakte im Vergleich zu nicht-pflegebedürftigen Menschen gleichen Alters, gleichen Geschlechts und gleicher Morbidität auf (Rothgang et al. 2014, S. 22).

5.3 Gemeinsam die Quatiersarbeit stärken

Der Forderung *ambulant vor stationär* gerecht zu werden bedeutet, die Entwicklung und Integration von Versorgungsangeboten und Strukturen im Quartier voranzutreiben. Hier erweist sich besonders für Personen aus vulnerablen Gruppen die Zugänglichkeit als erschwert.

Soziale Teilhabe fördern: Bei der Einbindung von älteren Menschen in Angebote der sozialen Teilhabe zeigen sich im Land Bremen schon einige Ansatzpunkte, die sich in der Praxis bewährt haben. Seit 2008 werden in der Stadt Bremen – erst als Modellprojekt und nun seit April 2013 im Regelangebot verankert – in drei Stadtteilen aufsuchende Hausbesuche durchgeführt. Diese sogenannten präventiven Hausbesuche haben zum einen das Ziel, die Teilhabe an der Gesellschaft zu fördern und zum anderen das Leben in der eigenen häuslichen Umgebung zu verlängern. Darüber hinaus soll auch die Lebensqualität der älteren Menschen durch die verschiedenen Akteure vor Ort verbessert werden. Im Jahr 2015 wird dieses Angebot auf weitere Städte ausgeweitet werden (SfSKJF (Hrsg.) 2014). Die in Bremen durchgeführte Evaluation (Habermann & Pielage 2011) gibt keine eindeutige Antwort auf die Frage, ob durch das Konzept der präventiven Hausbesuche die soziale Teilhabe älterer Menschen nachhaltig gesteigert werden kann.

5.4 Pflegeberufe für die Zukunft stärken – Kompetenz- und Fachkräftezuwachs

Vor der Herausforderung des mit dem demografischen Wandel einhergehenden veränderten Versorgungsbedarfs alter und chronisch kranker Menschen, drängen sich dringende Fragen zu den Berufsbildern und künftigen Ausbildungswegen sowie erforderlichen Qualifikationen der Gesundheitsfachberufe auf.

Fachkräftemangel als Hürde – Strategien der Nachwuchsgewinnung: Die oft geäußerte Annahme, eine Wertschätzung der beruflichen Tätigkeit Pflegender könne einfach durch finanzielle Anreize geschaffen werden, greift zu kurz. Die Aufgabe, den Pflegeberuf in seiner Attraktivität zu steigern liegt, laut den Experten in der Hand der Institutionen. Werden Studierende über die Relevanz ausgewählter Faktoren für ihre Berufswahl gefragt, fällt der Faktor „sicherer Arbeitsplatz“ auf Platz 1 gefolgt von „Selbstständigkeit, eigenverantwortliches Arbeiten“ (Ernst & Young (Hrsg.) 2009). Besonders letzterer Punkt könnte junge Menschen bei der Entscheidung gegen einen Beruf in der Pflege beeinflussen, da autonome Entscheidungen nur in begrenztem Rahmen von Pflegenden getroffen werden (besonders im klinischen Setting) und die Arbeit traditionell in hierarchischen Organisationsstrukturen verankert ist. Ein hoher Verdienst ist für Auszubildende laut Hentrich (2011) selten ein Grund für die Berufswahl im beruflichen Sektor „Gesundheit und Pflege“.

Setzt man voraus, dass eine starke Identifikation mit dem Beruf zu Verbesserungen in der Qualität pflegerischer und medizinischer Versorgung führt, so scheint hier bereits eine Grundlage geschaffen, auf der Strategien zur Mitarbeiterbindung und –rekrutierung aufbauen können. Einer Untersuchung zum Jobverhalten, Motivation und Arbeitsplatzzufriedenheit von Pflegekräften und Auszubildenden Gesundheits- und Krankenpflegerinnen zur Folge identifizieren sich 86% der Pflegekräfte in Krankenhäusern und 83% in Altenpflegeeinrichtungen mit ihrem Beruf (Buxel 2011, S.13).

Mehr Akademikerinnen in der direkten Pflege: Der positive Beitrag akademisch ausgebildeter Pflegekräfte zur Steigerung der Versorgungsqualität kann besonders für den klinischen Bereich als mittlerweile gesichert angesehen werden (vgl. Aiken et al. 2014). Der in Deutschland zu beobachtende Trend, akademisch ausgebildete Pflegende vermehrt in Positionen der Wissenschaft, Leitung und Lehre zu finden und noch nicht flächendeckend in der direkten Versorgung, lässt sich langfristig nur durch das Einbinden der Absolventinnen in patientennahe Tätigkeiten und Prozesse beikommen. Hierfür werden jedoch bundesweit Konzepte der Beschäftigung und Vergütung benötigt, die über erste Überlegungen einzelner Einrichtungen zu möglichen Tätigkeitsfeldern hinausgehen (vgl. Görres 2013, S. 43).

Attraktiv durch Kompetenzzuwachs: Kaum diskutiert wurden Überlegungen zur generalistischen Ausbildung der Pflegefachberufe. Deutlich wurde jedoch, dass sich Ausbildung und Qualifizierung als wesentlich erforderlich in allen Sektoren zeigt. Im Hinblick auf mit der Ausbildung zu erlangende Kompetenzen und sich bietende Wirkungsfelder, gewinnt eine Maßnahmenplanung im Rahmen einer Bremer Bildungsoffensive für die Gesundheitsfachberufe an Bedeutung.

Interkulturelle Kompetenzen nachhaltig fördern und Wissen weitergeben: Modellprojekte mit dem Ziel, interkulturelle Kompetenzen der Beschäftigten im Pflegebereich zu erhöhen, scheinen dann erfolgreich, wenn eine praxisnahe Wissensvermittlung unter Bezugnahme der Theorie auf die Lebenswelt der Pflegenden erfolgt (Multikulturelles Forum Lünen e.V. 2006, S. 31ff). Besondere Relevanz kommt hierbei auch der generationenübergreifenden Weitergabe von Kompetenzen zu. Nicht nur im Hinblick auf interkulturelle Kompetenzen, sondern im Sinne eines Wissenserhalts. Bremen verfügt bereits über Konzepte in diesem Bereich[10], die gegebenenfalls auf andere Einrichtungen übertragbar sind. Voraussetzung hierfür ist jedoch der Nachweis positiver Effekte, die mittels einer Evaluation des Projektes überprüft werden kann.

Mobil und flexibel – eine Fachpflegekraft für alle Settings: Um eine settingübergreifende Versorgung älterer Menschen zu gewährleisten, ist eine stadtteilbezogene Begleitung eines

[10] Siehe dazu beispielsweise das Modellprojekt „Demogra-fitte Pflege“ des Krankenhaus St.-Joseph-Stift (Krankenhaus St.-Joseph-Stift (Hrsg.) 2014).

Patienten durch eine Pflegekraft denkbar. In Deutschland werden bereits Projekte zur Begleitung älterer Menschen durch Ehrenamtliche durchgeführt, in denen ehrenamtlich Tätige auf Quartiersebene einen Beitrag zum Abbau der Schnittstellenproblematik leisten (Forschungsinstitut Geragogik 2014). An dieser Stelle wäre der Einsatz von professionellen Pflegekräften anstelle des Ehrenamtes auf Grund ihrer besonderen Expertise denkbar.

Deutlich wird in diesem Themenschwerpunkt die Relevanz eines zukunftsfähigen Strategiekonzeptes zu Fragen der Qualifikation der Gesundheitsfachberufe. Eine Bremer Bildungsoffensive in diesem Bereich kann als logische Konsequenz zur Bearbeitung der Problematik dienen.

5.5. Fazit der Diskussion

Zusammenfassend zeigt sich, dass für viele der von den Expertinnen eingebrachten Lösungsansätze sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene vergleichbare (Modell-) Projekte existieren, auf deren Erfahrungen und Vorgehensweisen bei der Realisierung von Lösungsstrategien für das Bundesland Bremen zurückgegriffen werden kann. Jedoch wurden viele dieser Projekte bislang nicht hinreichend – besonders im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf die tatsächliche Versorgungssituation älterer Menschen – evaluiert.

Für das Bundesland Bremen scheinen besonders die Vorschläge zur Entwicklung eines Geriatriekonzeptes, eines einheitlichen Überleitungsinstruments sowie einer Bildungsoffensive Gesundheitsfachberufe dazu geeignet, die mehrfach betonte zu fördernde Zusammenarbeit im Bereich des Schnittstellenmanagements zu optimieren und auf den Fachkräftemangel in den Pflegeberufen zu reagieren – und letztendlich einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssituation älterer Menschen zu leisten.

6 Stärken und Limitierungen der Studie

Besondere Stärke der Erhebung ist die systematische Befragung von Experten aus vielfältigen, an der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen im Bundesland Bremen beteiligten, Sektoren. Damit ist es gelungen, ein multiperspektivisches Abbild von Problembereichen zu zeichnen und beteiligten Akteuren gleichsam die Möglichkeit zu geben, Lösungsstrategien mitzugestalten. Der Komplexität der wenig spezifischen Fragestellungen der Studie kommt die gewählte Erhebungsmethode entgegen: Die Delphi-Befragung zur Ideenaggregation war dazu geeignet, den Expertinnen Raum für die Entwicklung eigener Ideen zu geben ohne vorab restriktiv die zu bearbeitenden Themenfelder einzubringen. Die Kombination aus qualitativen und quantitativen Daten sowie die Rückkopplung der Ergebnisse ermöglicht die strukturierte Erfassung des Expertenwissens und steigert die Konsensbildung innerhalb der befragten Gruppe während gleichermaßen allen Teilnehmenden die Möglichkeit eingeräumt wird, die Ergebnisse zu beeinflussen (Elmer et al. 2010, S. 122). Besonders in einem Feld, in dem es nicht vordergründig um die Erfassung des Expertinnenwissens zur Erzeugung von Projektionen, sondern zur Identifikation realer Bedarfslagen geht, stellt die Delphi-Methode einen geeigneten Forschungsansatz dar (Elmer et al. 2010, S. 122).

Obgleich spezielle, homogene Gruppen von Befragten, die vom Befragungsthema unmittelbar betroffen sind, eher zur Teilnahme bereit sind (Jackob, Schoen & Zerback 2009 (Hrsg.), S. 68), ergeben sich limitierende Faktoren in der Erhebung aus dem zu der Beantwortung der online-Befragung benötigten Zeitaufwand. Laut publizierter Erfahrungswerte ist in der ersten Erhebungswelle von Delphi-Studien von einem Rücklauf von 30 % auszugehen. Die vorliegende Studie liegt mit einer Rücklaufquote von 67,8% in der ersten Erhebungsphase demnach erheblich über der erwarteten Quote. Unter den verbliebenen Teilnehmern aus der ersten Befragung ist in den darauf folgenden Erhebungen von einem Rücklauf von 70-75 % auszugehen. Mit 50,8 % in der zweiten Erhebungswelle und 40,7 % Teilnahmequote in dem Expertinnenworkshop liegt diese Quote[11] unterhalb der erwarteten. Gründe hierfür können in der gewählten Thematik der Fragestellung oder dem Schwierigkeitsgrad und Umfang des Fragebogens liegen (Häder 2000, S. 12).

Einschränkend muss ebenfalls erwähnt werden, dass aufgrund des kurzen Umsetzungszeitraumes der Studie (vgl. Abbildung 5 auf Seite 28) der Pretest der Instrumente der online-Befragungen ausschließlich hinsichtlich Verständlichkeit und Komplexität der Inhalte erfolgte, jedoch keine inhaltliche Datenauswertung nachgeschaltet war. Auch die Teilnehmenden hatten aufgrund der kurzen Feldphasen der online-Befragungen wenig Zeit zur Verfügung, die Befragung abzuschließen.

[11] Diese Zahlen sind nicht zu verwechseln mit den auf Seite 34 aufgeführten Angaben zum Rücklauf der Studie. Die Angaben zum Rücklauf beziehen sich in allen drei präsentierten Erhebungsphasen auf die Grundgesamtheit der zur Teilnahme eingeladenen Personen (n=87).

Der Bitte einiger Personen, um eine Verlängerung der Feldphasen konnte nicht nachgekommen werden.

Aufgrund der unterschiedlichen Komplexität der Diskussionsverläufe in den Workshop-Gruppen kann nicht von einer konsistent einheitlichen Vorgehensweise der Moderation und schriftlichen Dokumentation ausgegangen werden. Da jedoch, ergänzend zu den Workshop-Protokollen, Tonbandaufnahmen sowie eine Fotodokumentation der Ergebnisse der Einzelgruppen vorlagen, ließen sich der Verlauf und die bearbeiteten Themen der Gruppen problemlos rekonstruieren.

7 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die vorliegende Erhebung wurde vom Senator für Gesundheit im Bundesland Bremen in Auftrag gegeben und hatte zum Ziel, Experten zur gesundheitlichen Versorgung der älteren Bevölkerung im Lande Bremen zu befragen. Sowohl die Identifizierung von Problembereichen in der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen als auch die Beschreibung von Lösungsansätzen, waren Gegenstand der Untersuchung. Die von den Expertinnen im Verlauf der Studie angesprochenen Problembereiche und diskutierten Schwerpunktthemen verdeutlichen, dass klassische Probleme der Vernetzung und der Netzwerkarbeit in den Versorgungssektoren neben Fragen der qualitativen und quantitativen Steuerung des Fachkräftemangels in den Pflegeberufen übergreifende Herausforderungen bzw. Hürden bei der gelungenen Umsetzung einer hochwertigen Versorgung darstellen.

Die von den Expertinnen betonten, bereits existierenden Stärken des Bundeslandes Bremen (wie beispielsweise die bereits gute Erreichbarkeit und Vernetzung der Akteure) in der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen (siehe Kapitel 4.1, Seite 32) lassen erwarten, dass Bestrebungen zur Bearbeitung der im Rahmen dieser Studie identifizierten Problembereiche und Lösungsstrategien auf eine positive Grundhaltung der im Bundesland Bremen an der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen beteiligten Kooperationspartner treffen.

Besonders aus den im Rahmen der dritten Erhebungsphasen von den Expertinnen diskutierten Lösungsansätzen lassen sich Handlungsempfehlungen unter Berücksichtigung bereits realisierter Ansatzpunkte für die weitere Bearbeitung durch das Bundesland Bremen formulieren.

Fokussetzung auf das Thema Geriatrie:

Das Thema Geriatrie wurde und wird in Bremen auf unterschiedliche Wege angegangen:

- Der Planungsausschuss hat eine Arbeitsgruppe gebildet. Diese hat sich mit den Abgrenzungskriterien der geriatrischen Akutbehandlung, geriatrischen Frührehabilitation und der geriatrischen Rehabilitation beschäftigt. Es wurde inzwischen eine klärende Vereinbarung geschlossen.
- Das Gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V hat eine Arbeitsgruppe zur Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen bei der Überleitung von Patienten zwischen den Sektoren beauftragt. Diese Arbeitsgruppe hat erste Überleitungsbögen entwickelt und befindet sich gerade in der Prüfphase, ob spezielle Überleitungsbögen für Geriatrie-Patienten zusätzlich entwickelt werden sollen. Diese Patientengruppe unterscheidet sich im Vergleich zu anderen

Patienten durch mehrere Besonderheiten, welche in der Praxis wiederholt zu Problemen führen.

Es erscheint sinnvoll für den ambulanten Bereich im Lande Bremen eine gemeinsame Planung unter Berücksichtigung der stationären Angebote einzuleiten. Besonders sind ebenfalls Angebote für und der Einbezug von vulnerablen Gruppen in das Geriatriekonzept zu berücksichtigen. Das Thema sollte mit dem Ziel eines Gesamtpaketes weiter behandelt werden. Aufgrund der breiten Zusammensetzung des Gemeinsamen Landesgremiums, der hohen Fachexpertise sowie der Aufgabe des Gremiums (sektorübergreifende Fragestellungen), könnte das Gremium mit der Erarbeitung eines Geriatriekonzeptes für das Land Bremen beauftragt werden. Dabei kann an bisherige Konzeptideen angeknüpft werden.

Fokussetzung auf den Abbau von Schnittstellenproblematiken

- **Erstellung eines einheitlichen Überleitungsbogens**

  Für das Bundesland Bremen wird auf Grundlage der derzeit in den Einrichtungen der ambulanten, teilstationären und vollstationären geriatrischen und gerontologischen Versorgung verwendeten Überleitungsbögen, unter Berücksichtigung (inter-)national validierter Überleitungsinstrumente sowie unter Einbezug von Vertretern aller betroffenen Versorgungsgruppen und Organisationen empfohlen, ein Instrument für die sektorenübergreifende Überleitung von älteren Menschen zu schaffen. Als koordinierende Stelle ist die Ansiedlung in der Abteilung Gesundheit der senatorischen Behörde denkbar. Als Umsetzungszeitraum scheint ein Entwicklungs-, Implementierungs- und Evaluationsprojekt von fünf Jahren Dauer realisierbar. Darüber hinaus sollte eine weiterführende kontinuierliche Evaluation und Adaption des Instruments an zukünftige Veränderungen der Versorgungsstrukturen auf Landesebene angestrebt werden.

Übergeordnete Fokussetzung auf die Gesundheitsfachberufe:

- **Entwicklung einer Gesamtstrategie für eine Bremer Bildungsoffensive im Bereich der Gesundheitsfachberufe**

  Demografisch bedingte Versorgungsprobleme nehmen direkten Einfluss auf das Berufsbild und die zukünftigen Ausbildungswege der Gesundheitsfachberufe. Für das Land Bremen gilt es in der Zukunft sowohl den quantitativen Bedarf als auch den qualitativen Bedarf an Gesundheitsfachberufen, die den erhöhten Anforderungen genügen, zu decken.

  Die Frage der Qualifikation der Gesundheitsfachberufe hat zukünftig eine immer größere Priorität. Eine Bremer Gesamtstrategie für eine Bildungsoffensive umfasst folgende Umsetzungsschritte:

- Die strukturelle und inhaltliche Zusammenführung in eine gemeinsame generalistische Pflegeausbildung (Zusammenführung von Altenpflege und Krankenpflege).
- Die Identifikation und der Ausbau von spezifischen Fachweiterbildungen aufbauend und ergänzend zur generalistischen Fachkraft Pflege.
- Der Ausbau an Studienangeboten Bachelor /Masterstudiengängen im Bereich Pflege und Therapieberufe.
- Die Entwicklung und Etablierung neuer Berufe im Gesundheitswesen.
- Veränderung der Tätigkeitsprofile durch erweitere Handlungsautonomie für Pflege. Die Frage der neuen Aufgabenverteilung unter den Berufen insbesondere Ärzte und Gesundheitsfachberufe ist zunehmend bedeutend. Waren die Aufgaben bisher scheinbar eindeutig verteilt, so ergeben neue Schnittstellen, höhere Qualitätsansprüche und Überlegungen zu interprofessionellen Versorgungskonzepten neue Aufgabenstrukturen.
- Die Evaluation von Versorgungsteams mit Berufen differenzierter Qualifikationen (Pilotstationen mit Qualifikationsmix).
- Die Weiterentwicklung der Berufe in der Therapie- und Medizintechnik durch Einführung neuer Standorte und Ausbau der Studienmöglichkeiten.
- Die Förderung von Kompetenzzentren zu zentralen Versorgungsherausforderungen z.B. Demenz.

Um eine valide Bedarfsdeckung für die Gesundheitsfachberufe zu erreichen, plant das Land Bremen ein jährliches Branchenmonitoring durch den Aufbau einer onlinebasierten Datenbank zu Angebot und Nachfrage von Pflege(fach)kräften und Therapieberufen durchzuführen. Das Branchenmonitoring Pflege/Therapieberufe trägt einen wesentlichen Schritt zur Transparenz auf dem regionalen Markt in Bremen bei. Durch die gewählte Datenstruktur und die fortlaufende Aktualisierung kann Mismatch sowohl in quantitativer als auch qualitativer Hinsicht frühzeitig erkannt und durch entsprechende Gegenmaßnahmen behandelt werden.

Darüber hinaus ergeben sich aus den in den Workshop-Gruppen weiteren andiskutierten Themenfeldern Ansatzpunkte für ergänzende Empfehlungen. Diese sind dem Anhang N zu entnehmen.

Im Zusammenhang mit der Kooperation und Beteiligung bei der Ausgestaltung hier aufgezeigter Lösungsstrategien ist weiter von Bedeutung, in die sich anschließenden Schritten, die Zielgruppe einzubeziehen, auf die sich Interventionen, Konzepte und Kampagnen ausrichten: die älteren

Bürgerinnen und Bürger im Bundesland Bremen. Der Einbezug der Perspektive dieser Personen trägt dazu bei, dass Entwicklungs- und Erhebungsprozesse sich zielgerichteter an den Bedarfs- und Bedürfnislagen der älteren Menschen ausrichten und eine gelungenen Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung nachhaltiger unterstützen können.

Literatur- und Quellenverzeichnis

Aiken, L.H.; Sloane, D.M.; Bruyneel, L.; Van den Heede, K.; Griffiths, P.; Busse, R.; Diomidous, M.; Kinnunen, PJ.; Kózka, M.; Lesaffre, E.; McHugh, M.D.; Moreno-Casbas, M.T.; Rafferty, A.M.; Schwendimann, R.; Scott, P.A:; Tishelman, C.; van Achterberg, T. & Sermeus, W. (2014): Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. In: The Lancet. Vol 383, Nr. 9931, S. 1824 – 1830

Baltes-Götz, B. (2014): Online-Umfragen mit Enterprise Feedback Suite Survey 10.2. Zentrum für Informations-, Medien- und Kommunikationstechnologie (ZIMK) an der Universität Trier (Hrsg.), Trier
Verfügbar unter: http://www.uni-trier.de/fileadmin/urt/doku/efs/efsurvey.pdf [20.11.2014]

BFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2004): Altenhilfestrukturen der Zukunft. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Bundesmodellprogramm. Verfügbar unter: http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-altenhilfestrukturen-der-zukunft,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf [20.11.2014]

Binner, U.; Ortmann, K.; Zirnstein, J. & Zimmermann, R.B. (2012): Sektorenübergreifende Fallkonferenzen. Ein Beitrag zur Verbesserung der Versorgung und Unterstützung älterer Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt. In: Informationsdienst Altersfragen. Vol. 39, Nr. 6, S. 12 – 24

BMBF Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (2014): Gesundheit erhalten – Ältere Menschen, Berlin *Verfügbar unter:*
http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/aeltere-menschen.php [20.11.2014]

BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2014): Eine neue Kultur des Alterns - Altersbilder in der Gesellschaft. Erkenntnisse und Empfehlungen des Sechsten Altenberichts, Berlin *Verfügbar unter:*
http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/6.-Altenbericht-Eine-neue-Kultur-des-Alterns,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf [20.11.2014]

Bortz, J. & Döring, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4., überarbeitete Auflage. Springer Medizin Verlag, Heidelberg

Böhm, K; Tesch-Römer, C. & Ziese, T. (2009): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter. Robert Koch Institut, Berlin

BremWoBG Gesetz zur Sicherstellung der Rechte von Menschen mit Unterstützungs-, Pflege- und Betreuungsbedarf in unterstützenden Wohnformen-Bremisches Wohn- und Betreuungsgesetz. Verkündungsstand: 13.08.2014, in Kraft ab: 13.12.2011.

Bundesärztekammer (Hrsg.) (2011): Beschlussprotokoll des 114. Deutschen Ärztetags. TOP II Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland – ein zukunftweisendes Konzept, Kiel vom 31.05.-03.06.2011 *Verfügbar unter:* http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/114Beschlussprotokoll20110704.pdf [20.11.2014]

Buxel, H. (2011): Jobverhalten, Motivation und Arbeitsplatzzufriedenheit von Pflegepersonal und Auszubildenden in Pflegeberufen: Ergebnisse dreier empirischer Untersuchungen und Implikationen für das Personalmanagement und –marketing von Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen. Vortrag in Münster, Januar 2011. *Verfügbar unter:* https://www.fh-muenster.de/fb8/downloads/buxel/2011_Studie_Zufriedenheit_Pflegepersonal.pdf [25.11.2014]

DNQP Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2009): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 1. Aktualisierung 2009. Auszug aus der abschließenden Veröffentlichung einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Hochschule Osnabrück, Osnabrück

Elmer, F.; Seifert, I.; Kreibich, H. & Thieken, A.H. (2010): A Delphi Method Expert Survey to Derive Standards for Flood Damage Data Collection. In: Risk Analysis, Vol. 30, Nr. 1

Ernst & Young GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (Hrsg.) (2009): Studenten in Deutschland 2009 Was sie bewegt. Wohin sie wollen. O. V,. o. O. *Verfügbar unter:* http://blog.recrutainment.de/wp-content/uploads/2009/09/Studentenstudie_2009.pdf [25.11.2014]

Eurostat (Hrsg.) (2014): Europäische Kommission > Eurostat > Gesundheit > Gesundheitszustand und –faktoren > Daten > Haupttabellen. Gesunde Lebensjahre und Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren, nach Geschlecht (tsdph220).
Verfügbar unter
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/health_status_determinants/data/main_tables [20.11.2014]

Ewers, M. (1997): Case Management in der klinischen Versorgung. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft. Vol. 5, Nr. 4, S. 309 – 322

Forschungsinstitut Geragogik (2014): Patientenbegleitung. *Verfügbar unter*: http://www.fogera.de/patientenbegleitung/ [25.11.2014]

GKV-VStG Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz) vom 22. Dezember 2011. *Verfügbar unter:* http://www.bgbl.de/banzxaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&bk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//*%255B@attr_id=%2527bgbl111s2983.pdf%2527%255D#__bgbl__%2F%2F*[%40attr_id%3D%27bgbl111s2983.pdf%27]__1417438272661 [25.11.2014]

Görres, S. (2013): Orientierungsrahmen: Gesellschaftliche Veränderungen, Trends und Bedarfe. In: Robert Bosch Stiftung (hrsg.)(2013): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und perspektiven – eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. o.V, Stuttgart

Häder, M. (2000): Die Expertenauswahl bei Delphi-Befragungen. ZUMA How-to-Reihe, Nr. 5 *Verfügbar unter:* http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/howto/how-to5mh.pdf [20.11.2014]

Häder, M. (2014): Delphi-Befragungen. Ein Arbeitsbuch. 3. Auflage. Springer VS, Wiesbaden

Hentrich, K. (2011): Einflussfaktoren auf die Berufswahlentscheidung Jugendlicher an der ersten Schwelle. Eine theoretische und empirische Analyse. In: Frommberger, D. (Hrsg.), Magdeburger Schriften zur Berufs- und Wirtschaftspädagogik, Heft 1, Jg. 2011. Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. *Verfügbar unter:* http://www.ibbp.uni-magdeburg.de/inibbp_media/downloads/bp/Heft1_2011.pdf [25.11.2014]

Hibbeler, B. (2011): Ärztliche Versorgung alter Menschen: Reale Probleme und viel Polemik In: Deutsches Ärzteblatt; 108(1-2). Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.), Köln

Hilmer, T. (2009): Älter werden ist unser aller Zukunft. In: Bremer Ärzte Journal; 9(62), S. 4. Ärztekammer und Kassenärztlichen Vereinigung (Hrsg.), Bremen
Verfügbar unter:
https://www.aekhb.de/data/mediapool/baej_09_09_gesamt.pdf [20.11.2014]

Jackob, N.; Schoen, H. & Zerback, T. (Hrsg.) (2009): Sozialforschung im Internet. 1. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden

Knipper, M. & Bilgin, Y. (2009): Migration und Gesundheit. Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. (Hrsg.), o.V., Sankt Augustin/Berlin

Kompetenz-Centrum Geriatrie beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nord (Hrsg.) (2014): INFO - Service des KCG – geriatrische Versorgungsstrukturen in Deutschland. *Verfügbar unter:* http://www.kcgeriatrie.de/strukturen.htm [20.11.2014]

Krankenhaus St.-Joseph-Stift Bremen (Hrsg.) (2014): Das Projekt demogra-fitte Pflege im St. Joseph-Stift. *Verfügbar unter:* http://www.sjs-bremen.de/de/pflege-begleitung/pflegedirektion/projekt-demogra-fitte-pflege-im-st-joseph-stift.html [25.11.2014]

Landeshauptstadt Dresden (Hrsg.) (2013): Dresdner Überleitungsbogen geht in die Testphase. Pressemitteilung vom 18.07.2013.
Verfügbar unter: http://www.dresden.de/de/02/035/01/2013/07/pm_086.php [25.11.2013]

Liedtke, P. (2014): Ergebnisse der Evaluation des Zusatzbogens für Patienten mit einer Demenz / kognitiven Beeinträchtigung. Präsentation gehalten am 26. März 2014 - Informationsveranstaltung zum Dresdner Überleitungsbogen im Stadtmuseum auf der Wilsdruffer Straße. *Verfügbar unter:* http://www.dresden.de/de/03/senioren/pflege/pflegenetz-dresden.php [25.11.2014]

Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Beltz, Weinheim (u.a.)

Multikulturelles Forum Lünen e.V. (2006): Entwicklung interkultureller Handlungskompetenzen von Kranken- und Altenpflegepersonal. Ergebnisse des Modellprojektes und Dokumentation.
Verfügbar unter:
http://www.multikulti-
forum.de/fileadmin/user_upload/Download_PDF/Interkulturelle_Handlungskompetenzen_-_Dokumentation.pdf [letzter Zugriff 25.11.2014]

Nowossadeck, S. & Nowossadeck, E. (2011): Krankheitsspektrum und Sterblichkeit im Alter. Report Altersdaten 1-2/2011. Deutsches Zentrum für Altersfragen: Berlin *Verfügbar unter: http://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/GeroStat_Report_Altersdaten_Heft_1-2_2011_PW.pdf* [20.11.2014]

Nowossadeck, E. (2012): Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. Robert Koch-Institut (Hrsg.), GBE Kompakt 3(2), Berlin
Verfügbar unter:
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2012_2_Demografischer_Wandel_Alterung.pdf?__blob=publicationFile [20.11.2014]

Pippel, K.; Ernst, F. & Lübke, N. (2014): Weiter Bedarf an geriatrischem Nachwuchs. Vor allem im hausärztlichen Bereich werden Zusatzqualifikationen immer notwendiger. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 111, Heft 33–34, S. A1412 – A1413
Verfügbar unter:
http://www.aerzteblatt.de/pdf/111/33/a1412.pdf [20.11.2014]

PNG Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz – PNG) Vom 23. Oktober 2012.
Verfügbar unter:
http://www.bgbl.de/banzxaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&bk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//*%255B@attr_id=%2527bgbl112s2246.pdf%2527%255D#__bgbl__%2F%2F*[%40attr_id%3D%27bgbl112s2246.pdf%27]__1417448363159 [28.11.2014]

Reiche, R. (2011): Demografie: Zwei weitere Szenarien. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 108, Heft 42, S. A2227
Verfügbar unter:
http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=110448 [20.11.2014]

Rothgang, H.; Borchert, L.; Müller, R. & Unger, R. (2008): GEK-Pflegereport 2008. Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 66, Berlin
Verfügbar unter:
http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Infothek/Studien-und-Reports/GEK-Schriftenreihe-Gesundheitsanalyse/Pflege/PDF-Pflegereport-2008,property=Data.pdf [01.12.2014]

Rothgang, H.; Bohns, S.; Bauknecht, M.; Sauer, S.; Baumkötter, A.; Naber, H.; Francie, P. & de Vasconcelos, D. (2012): Evaluation der Pflegestützpunkte im Kontext weiterer Beratungsstellen im Land Bremen gefördert durch Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales. Abschlussbericht.
Verfügbar unter:
http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCkQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.zes.uni-bremen.de%2Flib%2Fdownload.php%3Ffile%3D6d8643291b.pdf%26filename%3D2012_05_30%2520Abschlussbericht%2520zur%2520Evaluation%2520der%2520Bremer%2520Pflegesttzpunkte%2520-bf-

.26106.pdf&ei=1kd8VIHLL4fWapHmgvAB&usg=AFQjCNG7YSKxKpjvCZuACNpVEEPWPINxBQ&sig2=JmAmjueH9gUwjmk7LAXcPQ&bvm=bv.80642063,d.d2s [25.11.2014]

Rothgang, H.; Müller, R.; Mundhenk, R. & Unger, R. (2014): BARMER GEK Pflegereport. Schwerpunkt: Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 29, Berlin.
Verfügbar unter:
http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Aktuelle-Pressemitteilungen/141125-Pflegereport/PDF-Pflegereport-2014,property=Data.pdf [01.12.2014]

Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit (Hrsg.) (2011): Krankenhausrahmenplan 2010 – 2015 Land Bremen. *Verfügbar unter*:
http://www.krankenhauswegweiser.bremen.de/sixcms/media.php/13/LKPL_2010_2015.pdf [04.02.2014]

SGB I Das Erste Buch Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil – (Artikel I des Gesetzes vom 11. Dezember 1975, BGBl. I S. 3015), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3836) geändert worden ist. *Verfügbar unter*: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_1/ [25.11.2014]

SGB V Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. August 2014 (BGBl. I S. 1346) geändert worden ist. . *Verfügbar unter:* http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/BJNR024820988.html#BJNR024820988BJNG000100328 [25.11.2014]

SGB XI Das Elfte Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist. *Verfügbar unter:* http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/BJNR101500994.html#BJNR101500994BJNG000100307 [25.11.2014]

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2011) (Hrsg.): Demografischer Wandel in Deutschland. Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern. Heft 1, Wiesbaden
Verfügbar unter:
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungsHaushaltsentwicklung5871101119004.pdf?__blob=publicationFile [20.11.2014]

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2014): Gesundheit. Ausgaben 2012. Fachserie 12, Reihe 7.1.1., 2012. Wiesbaden
Verfügbar unter:
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/AusgabenGesundheitPDF_2120711.pdf?__blob=publicationFile [20.11.2014]

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2014a): Krankenhausfälle nach Altersgruppen 2012 in Millionen. Startseite > Zahlen & Fakten > Gesellschaft & Staat > Gesundheit > Krankenhäuser > Grafiken.
Verfügbar unter:
https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Krankenhaeuser.html [20.11.2014]

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2014b): Krankenhausfälle nach Altersgruppen 2012 in Millionen. Startseite > Zahlen & Fakten > Gesellschaft & Staat > Gesundheit > Krankenhäuser > Grafiken.
Verfügbar unter:
https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Krankenhaeuser.html [20.11.2014]

Statistisches Bundesamt (2011) (Hrsg.): Im Blickpunkt: Ältere Menschen in Deutschland und der EU; Wiesbaden
Verfügbar unter:
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/BlickpunktAeltereMenschen1021221119004.pdf?__blob=publicationFile [20.11.2014]

Statistisches Landesamt Bremen (Hrsg.) (2014): Bremen in Zahlen. *Verfügbar unter:* http://www.statistik.bremen.de/sixcms/media.php/13/biz14_pdfa.pdf [20.11.2014]

Stier-Jarmer, M.; Pientka, L. & Stucki, G. (2002): Frührehabilitation in der Geriatrie. In: Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin, Vol. 12; Nr. 4, S. 190 – 202. *Verfügbar unter:* http://www.dgpmr.de/attachments/054_Fr%C3%BChrehabilitation%20in%20der%20Geriatrie.pdf [01.12.2014]

TPG Transplantationsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2206), das zuletzt durch Artikel 5d des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) geändert worden ist. *Verfügbar unter:* http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/tpg/gesamt.pdf [25.11.2014]

UNHCR United Nations High Commissioner for Refugees (Hrsg.) (1953): Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28. Juli 1951 verkündet mit Gesetz vom 01.09.1953 (BGB. II S.

559), in Kraft getreten am 22.04.1954 gemäß Bekanntmachung des Bundesministers des Auswärtigen vom 25.04.1954 (BGB 1. II S. 619)

Vorgrimler, D. & Wübben, D. (2003): Die Delphi-Methode und ihre Eignung als Prognoseinstrument. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Wirtschaft und Statistik. 08/ 2003. S. 763 – 774

Anhang

A. Methodisches Vorgehen

B. Anschreiben

C. E-Mail-Einladung zur Teilnahme an der Erhebung am 23.06.2014

D. E-Mail-Erinnerungsschreiben für die Teilnahme an der Erhebung am 30.06.2014

E. E-Mail-Einladung zur Teilnahme an der Erhebung am 28.07.2014

F. E-Mail-Erinnerungsschreiben für die Teilnahme an der Erhebung am 11.08.2014

G. Fragebogen erste online-Befragung

H. Fragebogen zweite online-Befragung

I. Auswertungskategorien Freitextantworten

J. Ergebnisse Relevanz- und Kompetenzabfragen

K. Einladung zur Teilnahme am Workshop

L. Materialien Workshop

M. Übersicht nicht thematisierte Lösungsansätze

N. Weiterführende Lösungsansätze

A.) Methodisches Vorgehen

Das Verfahren der Delphi-Methode hat als Form der hochstrukturierten Gruppenkommunikation die Erarbeitung von Lösungen für komplexe Problemlagen zum Ziel (Bortz & Döring 2006, S. 261) und weist folgende charakteristischen Merkmale auf (Häder 2014, S. 25; Vorgrimler & Wübben 2003, S. 765):

- Verwendung eines formalisierten Fragebogens,
- Befragung von Experten,
- Anonymität der Einzelantworten,
- Ermittlung einer statistischen Gruppenantwort,
- kontrollierte Rückkoppelung (Feedback) und
- (mehrfache) Wiederholung der Befragung.

Ergänzend zu diesen, allen Typen von Delphi-Befragungen gemeinsamen Merkmalen, zeichnen sich Typ 1 Delphi-Befragungen zur Ideenaggregation durch ihre qualitative Ausrichtung sowie den geringen Anteil an Operationalisierung aus. Offene Fragen werden an ein Experten-Panel herangetragen, dessen Auswahl auf Grundlage individueller Expertise erfolgt (Häder 2014, S. 37).

Die Berücksichtigung der genannten Merkmale sowie der hohe zu erwartende Anteil qualitativer Daten bestimmte die Planung und Umsetzung der im Folgenden beschriebenen Erhebungs- und Auswertungsschritte.

Verlauf der Studie

Der ersten online-Befragung mit einer Feldphase vom 23.06.2014 bis zum 04.07.2014 folgte nach Auswertung qualitativer und quantitativer Daten eine erneute online-Befragung. Die zweite Befragung beinhaltete die Rückkoppelung der Ergebnisse aus der ersten Erhebung und wurde in einer Feldphase vom 28.07.2014 bis zum 15.08.2014 durchgeführt. Nach der erneuten Auswertung schloss die Erhebungsphase am 01.10.2014 mit einem Workshop ab, in welchem die Experten die Gelegenheit wahrnahmen, die Ergebnisse der zweiten Erhebungsphase zu diskutieren und vertiefend Lösungsstrategien für identifizierte Problembereiche zu erarbeiten.

Auswahl der Expertinnen und Experten im Land Bremen

Die Auswahl und der Einschluss geeigneter Expertinnen in die Erhebungsphasen orientierte sich für die Bestimmung der möglichen verfügbaren Grundgesamtheit zunächst an den Versorgungssettings des SGB V.

Es kamen Personen in Frage, die in den Bereichen ambulant akut (bspw. niedergelassenen Hausärzte), stationär akut (Krankenhäuser), ambulante und stationäre Rehabilitation, ambulante Pflege (Pflegedienste), stationäre Pflege (Pflegeheime), Selbsthilfe und Interessensvertretung (bspw. Patientenfürsprecherinnen, Landesseniorenbeauftragte) in Führungsposition tätig sind oder über ausgewiesene Expertise verfügen sowie Personen, die in Führungspositionen auf Seiten der Leistungsträger oder in der Politik/ Öffentlichkeit/ Verwaltung (wie Krankenkassen, Gesundheitsämter, senatorische Behörden) tätig sind.

Eine auf Grundlage einer Internetrecherche erstellte Übersicht aller in Frage kommenden Institutionen und Personen wurde im nächsten Schritt durch das Studienteam auf Expertise und Zuständigkeiten für die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen im Bundesland Bremen hin geprüft. Im Vordergrund standen im klinischen und im akut ambulanten Bereich dabei Fachabteilungen/ -bereiche, in denen vorwiegend ältere Menschen behandelt werden.

Ausgeschlossen wurden Personen, die in Kliniken mit primär psychiatrischer Ausrichtung sowie in Belegkliniken tätig sind.

Letztendlich umfasste das Experten-Panel 87 Personen, welche personalisiert postalisch vor Beginn der Erhebung über das Forschungsvorhaben informiert und durch den Senator für Gesundheit im Bundesland Bremen um Unterstützung der Studie gebeten wurden (siehe Anhang A *Anschreiben*).

Die Einladungen zur Teilnahme an den online-Befragungen erfolgten jeweils personalisiert elektronisch per E-Mail, bevor erneut postalisch personalisiert über die Gelegenheit zur Teilnahme am Workshop informiert und eingeladen wurde (siehe dazu Anhänge B und D *E-Mail-Einladung zur Teilnahme an der Erhebung am 23.06.2014* und *E-Mail-Einladung zur Teilnahme an der Erhebung am 28.07.2014* sowie Anhang J *Einladung zur Teilnahme am Work*shop).

Erstellung der Erhebungsinstrumente

Die online-Befragungen erfolgten mittels elektronischer Fragebögen unter Verwendung der Software Enterprise Feedback Suite (EFS) Survey 10.3. Neben der Unterstützung vielfältiger Fragetypen und -formate sind besonders die Maßnahmen zum Datenschutz als Vorzüge der Software zu betonen: der Datentransport erfolgt mit SSL-Verschlüsselung und die Verwahrung der Daten erfolgt sicher in einem vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) zertifizierten Rechenzentrum nach ISO 27001. Weiter werden im Modus Anonyme Umfrage keine IP-Adressen der Teilnehmenden gespeichert (Baltes-Götz 2014, S. 7). Das Programm erlaubt eine Unterbrechung der Befragung sowie das Fortschreiten im Fragebogen, ohne zur Antwort verpflichtet zu sein.

Erhebungsinstrument I online-Befragung

In der ersten Erhebungsphase stand besonders die Identifikation von Problembereichen in der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen im Bundesland Bremen im Vordergrund. Im Unterschied zu anderen Erhebungen ergeben sich für Delphi-Befragungen eigene Anforderungen an die eingesetzten Erhebungsinstrumente: Üblicherweise werden kaum personenbezogene Angaben erfasst (Häder 2014, S. 140), jedoch empfiehlt es sich, aufgrund der teilweise komplexen Natur der zu bewertenden Sachverhalte und Themen so genannte subjektive Kompetenzfragen zur Einschätzung des Sachverstandes der teilnehmenden Expertinnen einzubinden. Neben der Möglichkeit, Antworten ohne ausreichenden Sachverstand zu vermeiden signalisieren Kompetenzfragen den Teilnehmenden, dass es sich bei ihren Antworten lediglich um Schätzungen handelt (Häder 2014, S. 133).

Der für diese Studie entwickelte Fragebogen (siehe Anhang F *Fragebogen erste online-Befragung*) enthielt neben einführenden Fragen zum Tätigkeitsfeld (Sektor) der Befragten und zu Schnittstellen mit anderen Sektoren des Gesundheitswesens Fragen zur Einschätzung der Angemessenheit der Versorgung, zur Entwicklung der Nachfrage nach Angeboten der gesundheitlichen Versorgung für ältere Menschen, zu verstärkt zu fördernden Angeboten für ältere Menschen, zu den größten Problemen bei der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen, zu kurz-, mittel- und langfristig zu bearbeitenden Problembereichen und zu Stärken des Bundeslandes Bremen in der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen.

Dabei kamen sowohl geschlossene Fragen (Einfach- oder Mehrfachauswahl) als auch offene Fragen mit Freitexteingaben zum Einsatz. Jeder Fragenkomplex schloss mit der Bewertung der Relevanz der bearbeiteten Frage für den von der teilnehmenden Person vertretenen Versorgungssektors sowie der Angabe zur Häufigkeit der Auseinandersetzung mit der Thematik der Frage (Antwortoptionen reichten dabei von “Meine MitarbeiterInnen und ich beschäftigen uns intensiv mit dieser Thematik, sie ist Inhalt unserer täglichen Arbeit” bis “Weder meine MitarbeiterInnen noch ich beschäftigen uns intensiv mit dieser Thematik” auf einer vierstufigen Skala).

Ein Pretest des Fragebogens hinsichtlich Verständlichkeit, Handhabung, Aufbau und benötigter Bearbeitungszeit erfolgte vor Beginn der Feldphase durch fünf nicht an der Studie beteiligte Personen (eine Führungskraft der ambulanten pflegerischen Versorgung, eine Führungskraft der stationären pflegerischen Versorgung, ein Altenpfleger, eine Pflegepädagogin und eine Fachkraft im Bereich User Experience).

Erhebungsinstrument II online-Befragung

In der zweiten Erhebungsphase sollten - neben einer Rückkoppelung der Ergebnisse aus der ersten Erhebungsphase - besonders zuvor gemachte Angaben konkretisiert sowie Lösungsstrategien in Ansätzen entwickelt werden.

Hierzu enthielt der aus den Ergebnissen der ersten Erhebungsphase (siehe dazu Kapitel 4.1 *Ergebnisse der ersten und zweiten online-Befragung*) entwickelte Fragebogen (siehe Anhang G *Fragebogen zweite online-Befragung*) vor allem Aufforderungen, sich nach Ansicht einer grafischen Aufbereitung der ersten Ergebnisse auf ausgewählte Themenbereiche zu konzentrieren und je nach Expertise und eigenen Ideen Lösungsstrategien zu beschreiben oder Problembereiche konkreter zu definieren.

Zum Einsatz kamen sowohl geschlossene (Einfach- oder Mehrfachauswahl, Priorisierungen und Rankinglisten) als auch offene Fragen mit Möglichkeit zur umfassenden Beantwortung durch Freitexteingabe. Die Abfrage der subjektiven Kompetenz sowie der individuell zu bewertenden Relevanz entfiel in dieser Befragungsrunde.

Auch dieses Erhebungsinstrument wurde vor Beginn der Feldphase einem Pretest unterzogen.

Konzeption und Umsetzung des Workshops

Als dritter Erhebungszeitpunkt beendete der am 01.10.2014 durchgeführte Expertenworkshop die Erhebungsphasen. Ausgehend von den Ergebnissen der ersten und zweiten Erhebungsphase wurden zunächst vier Themenkomplexe (*Schnittstellenmanagement*, *Quartier*, *Geriatrische Versorgung, Qualifikation und Ausbildung*) identifiziert, welche dem Expertinnen-Panel unter Verwendung diskussionsleitender Fragen zur weiteren Bearbeitung zur Verfügung gestellt wurden (siehe Anhang K *Materialien Workshop*).

Die Teilnehmenden erhielten zu Beginn des Workshops Gelegenheit, sich mit den zu diskutierenden Themen vertraut zu machen und sich Interessengeleitet einer von vier Kleingruppen zuzuordnen. Nach einer Kurzpräsentation zu Aufbau, Verlauf und ersten Ergebnissen der Studie moderierte je ein Mitglied des Studienteams eine Kleingruppendiskussion von 75minütiger Dauer. Dabei hatten die Teilnehmenden Gelegenheit, die präsentierten Lösungsvorschläge zu beurteilen und zu ergänzen sowie weiter zu konkretisieren, welche Settings, Institutionen oder Personen für eine Realisierung des Vorschlags mit einzubeziehen wären. Weiter überlegten die Teilnehmenden, wo Verantwortlichkeiten anzusiedeln wären und wie, sofern ein Vorschlag bestimmte Zielgruppen ansprach, sich diese erreichen ließen. Als Schwerpunkt diente für alle Vorschläge die Frage nach der inhaltlichen Ausgestaltung des Lösungsansatzes.

Erhebung und Auswertung qualitativer Daten

Qualitative Daten wurden sowohl im Rahmen beider Wellen der online-Befragung (dort ergaben sie sich aus den Freitextantworten der Teilnehmenden) als auch während des Workshops erhoben. Dabei wurden die Kleingruppendiskussionen mittels eines Tonbandgerätes digital aufgezeichnet sowie ergänzend durch eine nicht an der Studie beteiligte Person ein strukturiertes Gesprächsprotokoll ausgefüllt.

Die Freitextantworten der online-Befragung wurden anhand des Verfahrens der qualitativen Inhaltsanalyse mittels induktiver Kategorienbildung und Zusammenfassung nach Mayring (2010, S. 67ff.) unter Einsatz von Textverarbeitungsprogrammen (WORD/ OPEN OFFICE) und der Software MAXQDA zur computergestützten Textinterpretation ausgewertet.

Die Inhaltsanalyse verfolgt als ein systematisches, regel- und theoriegeleitetes Verfahren zur Analyse fixierter Kommunikation das Ziel, Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen (Mayring 2010, S. 13). Indem das Verfahren einem vorab konkret festgelegten Ablaufmodell in der Analyse folgt, wird ein systematisches, regelgeleitetes Vorgehen bewahrt (Mayring 2010, S. 49). Die im Forschungsprojekt erhobenen Daten wurden im Sinne einer Kontingenzanalyse durch induktive Kategorienbildung und Zusammenfassung ausgewertet.

Die nachfolgende Tabelle fasst die Selektionskriterien für die Kategorienbildung zusammen. Dabei legt das Thema der Kategorienbildung (als Selektionskriterium) fest, welches Material als Ausgangspunkt der Kategoriendefinition dienen soll (Mayring 2010, S. 84). Ausgehend von der Fragestellung des Projektes wurden allen Antworten der Teilnehmenden berücksichtigt, die einen der aufgeführten Aspekte ansprachen.

Tabelle: Selektionskriterien für die induktive Kategorienbildung.

Selektionskriterien erste Erhebung	Selektionskriterien zweite Erhebung

Aussagen in den Freitextantworten zu…
• Überversorgung
• Angemessenee Versorgung
• Unterversorgung
• Steigender Nachfrage
• Sinkender Nachfrage
• Unveränderter Nachfrage
• Förderungsbedarf von Angeboten
• Problembereichen
• Problembearbeitung
  ○ kurzfristig
  ○ mittelfristig
  ○ langfristig
• Stärken in der Versorgung
	Aussagen in den Freitextantworten zu…
	• Überleitung stationär zu ambulant
	• Handlungsbedarfen in den Bereichen
	  ○ Ambulant
	  ○ Langzeitpflege
	  ○ Akutversorgung
	  ○ Stationäre und ambulante Rehabilitation_
	  ○ Palliative Versorgung und Hospizangebote
	  ○ Angebote für vulnerable Gruppen
	  ○ Finanzielle Unterstützung GK, PK, MDK
	  ○ Fachärztemangel
	  ○ Fachkräftemangel Pflege
	  ○ Menschen mit Demenz
	• Stellungnahmen
	  ○ Aktive Angebote, Bring-Strukturen
	  ○ Innovative Wohnformen
	  ○ Berufsgruppe Pflege
	  ○ Beratungsangebote
	  ○ Demenzversorgung
	  ○ Geriatrische Versorgung, Therapie, Reha
	  ○ Gesundheitsförderung, Prävention
	  ○ Förderung gesellschaftliche Teilhabe
	  ○ Personal
	  ○ Pflegende Angehörige
	  ○ Sektorenübergreifende Versorgung
	  ○ Stationäre Langzeitversorgung
	  ○ Gesetzgebung/ Finanzierung
	  ○ Vernetzung
	• Problembearbeitung
	  ○ kurzfristig
	  ○ mittelfristig
	  ○ langfristig

Nach Bestimmung der Selektionskriterien wurden die einzelnen Freitextantworten Zeile für Zeile durchgearbeitet und bei erfülltem Selektionskriterium die jeweilige Kategorie als Kurzsatz formuliert. Weitere Sätze wurden durch Subsumption oder Bilden einer neuen Kategorie zugeordnet. Das sich daraus ergebende Kategoriensystem wurde einer Revision unterzogen, bevor die endgültigen Auswertungskategorien festgelegt wurden. Die 36 ermittelten Auswertungskategorien (siehe Anhang H *Auswertungskategorien Freitextantworten*) bildeten den Ausgangspunkt für die sich anschließende Zusammenfassung der Antworten der ersten online-Befragung. Siehe dazu auch Kapitel 4. 1 *Ergebnisse der ersten und zweiten online-Befragung*.

Je zwei Fragen der ersten Erhebungswelle und deren Antworten wurden von einem Mitglied des Studienteams ausgewertet. Um eine Intercodereliabilität zu gewährleisten, wurden die den Selektionskriterien zugeordneten Textstellen durch ein zweites Mitglied des Studienteams überprüft bzw. gegengelesen. Die Freitextangaben der zweiten Erhebungswelle wurden ebenfalls nach der

oben beschriebenen Methodik ausgewertet. Mit einem Re-Test zur Gewährleistung der Reliabilität wurden die Makrooperatoren unabhängig durch zwei verschiedene Mitglieder des Studienteams überprüft.

Das entstandene Kategoriensystem wurde auf Grundlage der Ergebnisse der zweiten online-Befragung einer Revision in Bezug auf notwendige Ergänzungen unterzogen. Ergänzungen wurden nicht vorgenommen.

Die jeweiligen Ergebnisse wurden in einer Teamsitzung vorgestellt, diskutiert und als Grundlage für die zweite Erhebungswelle bzw. für den Expertenworkshop genutzt.

Die Tonbandaufzeichnungen der Kleingruppendiskussion des Expertinnenworkshops wurden von einem Mitglied des Studienteams mit den Gesprächsprotokollen abgeglichen, bevor eine Zusammenfassung der Ergebnisse erfolgte.

Erhebung und Auswertung quantitativer Daten

Quantitative Daten wurden im Rahmen beider Wellen der online-Befragung erhoben. Die Auswertung erfolgte deskriptiv statistisch nach Häufigkeiten und durch Bildung von Mittelwerten und Spannweiten unter Verwendung von Microsoft EXCEL 2013.

Datenschutz und Ethik

Grundlage für den Umgang mit den Teilnehmenden und deren Schutz der Persönlichkeit bildeten die Datenschutzbestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie das Bremische Datenschutzgesetz (BremDSG).

Daten lagen sowohl in digitaler als auch in Papierform vor. Dabei handelte es sich um die Kontaktdaten der teilnehmenden Personen im Experten-Panel und um Befragungs- und Interviewdaten (Daten aus der ersten und zweiten Erhebungsphase sowie Audiodateien und Transkripte der Gruppendiskussionen des Workshops). Personenbezogene Daten wie Name, Kontaktadresse und berufliche Position im Betrieb wurden getrennt von den digitalen Daten aufbewahrt und nicht im PC oder auf externen Speichermedien hinterlegt, sondern nur handschriftlich dokumentiert. Die Aufbewahrung erfolgt in einem abschließbaren Schrank getrennt von den Interviewdaten. Originaldaten werden nach Veröffentlichung der Ergebnisse mit der Software ERASER 6.0.10 sicher gelöscht. Die online-Befragung war im Erhebungsprogramm als anonyme Umfrage gekennzeichnet: eine Speicherung von IP-Adressen oder anderen personenbezogenen Daten, welche einen Rückschluss auf die Identität der teilnehmenden Personen erlauben, fand nicht statt. Personenbezogene Daten wie Name, Alter, Geschlecht, berufliche

Position wurden nicht erhoben. Die Teilnahme an allen Erhebungswellen erfolgte freiwillig: alle eingeladenen Personen erhielten vor Beginn der Erhebung ein Informationsschreiben in welchem Auftraggeber, Fragestellungen und Zielsetzung, Erhebungsmethode und Studienverlauf beschrieben wurden (siehe Anhang B *Anschreiben*). Zur Teilnahme am Workshop wurde gesondert postalisch informiert und eingeladen (siehe Anhang J *Einladung zur Teilnahme am Workshop*). Keine der zu beantwortenden Fragen war in der online-Befragung als Pflichtfrage deklariert, um so die Freiwilligkeit der Beantwortung zu gewähren.

Bei der Rückkoppelung der Ergebnisse wurde auf die Wahrung der Anonymität der Einzelantworten geachtet. Antworten, die nur einmalig von Personen mit direktem Bezug zu deren Wirkungsfeld getätigt wurden, dienten nicht als Grundlage für Zitate oder Ankerbeispiele im Rahmen der Präsentation während des Workshops oder in Ergebnisdarstellung gegenüber dem Auftraggeber.

B.) Anschreiben

Der Senator für Gesundheit

Freie Hansestadt Bremen

Der Senator für Gesundheit, Bahnhofsplatz 29, 28195 Bremen

Siehe Verteiler

Auskunft erteilt
Silke Stroth

Zimmer 10.13

T (0421) 361-93 28
F (0421) 496-93 28

silke.stroth@gesundheit.bremen.de

www.gesundheit.bremen.de

Datum und Zeichen
Ihres Schreibens

Mein Zeichen:
(bitte bei Antwort angeben)
4

Bremen, 30. Mai 2014

Online-Befragung zur gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen im Land Bremen

Sehr geehrte Damen und Herren,

heute wende ich mich mit einem besonderen Anliegen an Sie.

Als Senator für Gesundheit hat für mich die gesundheitliche Versorgung der älteren Menschen im Land Bremen besonders im Hinblick auf ambulante und stationäre Versorgungsstrukturen, aber auch auf die akutmedizinische, rehabilitative, geriatrische sowie psychosoziale Betreuung nach SGB V einen zentralen Stellenwert.

Hintergrund ist, dass im Bundesland Bremen, laut Statistischem Landesamt Bremen (2013), der Anteil der über 65-jährigen Bevölkerung bei über 21 Prozent liegt und sich somit leicht über dem Bundesdurchschnitt von etwa 20 Prozent bewegt. Zudem sind in der Bundesrepublik Deutschland mehr als die Hälfte aller Menschen ab 65 Jahren an mindestens einer chronischen Krankheit erkrankt. Durch die derzeitigen Prognosen zur demografischen Entwicklung ist davon auszugehen, dass sich der Anteil 65-jähriger und älterer Personen an der Gesamtbevölkerung erhöhen und damit auch die Anzahl der Menschen mit chronischen Erkrankungen steigen wird. Für diese gesamtgesellschaftliche Entwicklung sind Auswirkungen auf Bundes- und auf Länderebene zu erwarten.

Um eine langfristige, qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung älterer Menschen im Bundesland Bremen zu sichern, habe ich das Institut für Public Health und Pflegeforschung unter Leitung von Prof. Görres gebeten, eine Erhebung in allen Gesundheitseinrichtungen im Land Bremen durchzuführen. Die Erhebung hat das Ziel, durch Befragung der Expertinnen und Experten in den Versorgungseinrichtungen wichtige Problembereiche in der gesundheitlichen Versorgungssituation der älteren Bevölkerung ab 65 Jahren des Bundeslandes Bremen zu identifizieren. Zudem soll ermittelt werden, welche Lösungsmöglichkeiten gesehen werden und ob sich aus den Lösungsmöglichkeiten nachhaltige Strategien generieren lassen.

Die erste Online-Befragung erfolgt im Juni 2014. Nach inhaltsanalytischer Auswertung haben Sie Gelegenheit, in einer zweiten Befragung zu den generierten Ergebnissen Stellung zu nehmen. Ein abschließender Workshop, zu dem wir Sie im September 2014 einladen werden, gibt Ihnen die Gelegenheit, gemeinsam über Lösungsoptionen zu diskutieren.

Um eine möglichst umfassende ExpertInnenbefragung zu garantieren, bitte ich Sie herzlich, an der Online-Befragung des IPP teilzunehmen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Hermann Schulte-Sasse

C.) E-Mail-Einladung zur Teilnahme an der Erhebung am 23.06.2014

Betreff: Befragung von Expertinnen und Experten zur gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen im Bundesland Bremen

Sehr geehrte Frau XY,

vor einigen Tagen haben Sie vom Senator für Gesundheit der Freien Hansestadt Bremen ein Schreiben erhalten. Darin wurden Sie gebeten, das Projekt „Bewertung der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen im Land Bremen“ durch die Teilnahme an einer Online-Befragung zu unterstützen. Sie und Ihre Einrichtung sind in Abstimmung mit der senatorischen Behörde für Gesundheit ausgewählt worden, an dieser Studie nach dem Vorgehen der Delphi-Methode teilzunehmen. Heute beginnen wir mit der Befragung und möchten uns schon einmal sehr für Ihre Teilnahmebereitschaft bedanken.

Die durch den Senator für Gesundheit initiierte Erhebung findet in Gesundheitseinrichtungen im Land Bremen statt und verfolgt das Ziel, durch Befragung von Expertinnen und Experten, in den Versorgungssektoren wichtige Problembereiche in der gesundheitlichen Versorgungssituation der älteren Bevölkerung ab 65 Jahren zu identifizieren. Das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen ermittelt unter meiner Leitung auch, welche Lösungsmöglichkeiten gesehen werden und ob sich aus diesen Lösungsmöglichkeiten nachhaltige Strategien generieren lassen.

Aus dieser ersten Online-Befragung von Expertinnen und Experten zur Ermittlung bestehender Problemfelder geht nach inhaltsanalytischer Auswertung eine zweite Befragung hervor, in welcher Sie Gelegenheit erhalten, die anonymen Antworten aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer einzusehen und dazu Stellung zu nehmen. Abschließend besteht die Möglichkeit, im September 2014 im Rahmen eines Workshops gemeinsam mit dem Senator für Gesundheit über Lösungsoptionen zu diskutieren.

Direkt an der Umfrage teilnehmen können Sie, wenn Sie auf diesen Link

http://ww3.unipark.de/uc/Delphi-Studie_IPP_Bremen/

klicken.

Sollten Sie nicht auf die Umfrage geleitet werden, kopieren Sie bitte den Link und fügen ihn in die URL-Zeile Ihres Internetbrowsers ein.

Die Umfrage läuft über das Programm EFS Survey 10.2 und ist selbstverständlich anonym.

Vielen Dank für Ihre wertvolle Mitarbeit. Sollten Sie im Vorfeld Fragen haben, sind wir gerne bereit, Ihnen diese zu beantworten.

D.) E-Mail-Erinnerungsschreiben für die Teilnahme an der Erhebung am 30.06.2014

Betreff: Erinnerung - Befragung von Expertinnen und Experten zur gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen im Bundesland Bremen

Sehr geehrter Herr XY,

vor gut einer Woche wurden Sie im Rahmen eines Forschungsprojektes am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen um Ihre Unterstützung und Meinung zur gesundheitlichen Versorgungssituation älterer Menschen im Bundesland Bremen gebeten.

Denjenigen von Ihnen, die sich bereits an der Umfrage beteiligt haben, möchten wir an dieser Stelle ein herzliches Dankeschön aussprechen.

Eine hohe Beteiligung trägt dazu bei, besonders aussagekräftige Ergebnisse zu erzielen.

Diejenigen von Ihnen, die bislang noch nicht teilgenommen haben, bitte ich darum, die Gelegenheit zu nutzen, an der Umfrage teilzunehmen.

Aus den bereits abgeschlossenen Teilnahmen geht hervor, dass Sie sich mindestens eine halbe Stunde Zeit für die Beantwortung der Fragen nehmen sollten.

Haben Sie schon einmal mit der Bearbeitung begonnen und haben diese abgebrochen, so können Sie die Bearbeitung jederzeit wieder aufnehmen. Sie haben auch die Möglichkeit, einzelne Fragen durch das ‚Weiter' Feld zu überspringen.

Zu der Umfrage gelangen Sie, wenn Sie auf diesen Link

http://ww3.unipark.de/uc/Delphi-Studie_IPP_Bremen/

klicken.

Sollten Sie nicht auf die Umfrage geleitet werden, kopieren Sie bitte den Link und fügen ihn in die URL-Zeile Ihres Internetbrowsers ein.

E.) E-Mail-Einladung zur Teilnahme an der Erhebung am 28.07.2014

Betreff: Befragung von Expertinnen und Experten zur gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen im Bundesland Bremen

Sehr geehrte Frau XY,

vor einigen Wochen wurden Sie vom Senator für Gesundheit der Freien Hansestadt Bremen in einem Schreiben darum gebeten, das Projekt „Bewertung der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen im Land Bremen“ mit Ihrem Expertenwissen zu unterstützen. Durch Ihre Teilnahme an der darauf folgenden Online-Befragung gaben Sie uns, dem Projektteam am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen, die Gelegenheit, mit Hilfe inhaltsanalytischer Auswertungsmethoden wissenswerte und wichtige Informationen aus Ihren Antworten zu generieren und diese in einem 2. Fragebogen aufzubereiten.

Für Ihre Bereitschaft danken wir Ihnen an dieser Stelle sehr.

Viele von Ihnen haben umfangreich Problemlagen und perspektivische Lösungsstrategien genannt. Dabei haben Sie besonders oft auch Aspekte im Bereich des SGB XI beschrieben. Diese werden dem Senator für Gesundheit übermittelt.

Nun bitten wir Sie um Ihre Teilnahme an der zweiten Erhebungswelle. Diese konzentriert sich eher auf die Ergebnisse zu Aspekten des SGB V, wobei jedoch Schnittmengen zum SGB XI bestehen bleiben. Sie erhalten die Gelegenheit, einen Eindruck von den Antworten der Expertinnen und Experten zu bekommen und erste Projektergebnisse zu begutachten sowie die Möglichkeit zur Stellungnahme. Die Umfrage gestaltet sich umfangreicher als die erste Erhebung, daher planen Sie bitte in etwa 30 Minuten für die Bearbeitung ein. Die Teilnahme ist bis zum Abend des 15.08.2014 möglich.

Direkt an der Umfrage teilnehmen können Sie, wenn Sie auf diesen Link

http://ww3.unipark.de/uc/Delphi-Studie_IPP_Bremen_2

klicken.

Sollten Sie nicht auf die Umfrage geleitet werden, kopieren Sie bitte den Link und fügen ihn in die URL-Zeile Ihres Internetbrowsers ein. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, die Befragung abzubrechen. Sollten Sie sich jedoch schon einmal durchklicken wollen, bitten wir Sie die Erhebung nicht abzuschließen, da Sie sonst als fehlender Wert interpretiert wird. Dies bedeutet: wenn Sie das Feedback zu den Ergebnissen der genannten **Stärken in der Versorgung** sehen, können Sie nur noch von dieser Seite aus zurückwechseln. Die Folgeseite beendet die Befragung.

Die Umfrage läuft über das Programm EFS Survey 10.3 und ist selbstverständlich anonym.

Nochmals vielen Dank für Ihre Mitarbeit. Sollten Sie weitere Fragen haben, sind wir gerne bereit, Ihnen diese zu beantworten.

F.) E-Mail-Erinnerungsschreiben für die Teilnahme an der Erhebung am 11.08.2014

Betreff: Erinnerung - Befragung von Expertinnen und Experten zur gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen im Bundesland Bremen

Sehr geehrter Herr XY,

vor 14 Tagen hatte ich Sie als Mitglied des ExpertInnen-Panels im Rahmen eines Forschungsprojektes am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen um Ihre Unterstützung und Meinung zur gesundheitlichen Versorgungssituation älterer Menschen im Bundesland Bremen gebeten.

Denjenigen von Ihnen, die sich bereits an der zweiten Erhebungswelle dieser Delphi-Befragung beteiligt haben, an dieser Stelle ein herzliches Dankeschön.

Diejenigen von Ihnen, die bislang noch nicht teilgenommen haben, bitte ich darum, die letzte Gelegenheit zu nutzen, an der Umfrage teilzunehmen.

Zu der Umfrage gelangen Sie, wenn Sie auf diesen Link

http://ww3.unipark.de/uc/Delphi-Studie_IPP_Bremen_2

klicken.

Sollten Sie nicht auf die Umfrage geleitet werden, kopieren Sie bitte den Link und fügen ihn in die URL-Zeile Ihres Internetbrowsers ein.

Eine Teilnahme ist noch bis zum 15.08.2014 möglich.

Vielen Dank für Ihre Mühe

G.) Fragebogen der ersten online-Befragung

Freie Hansestadt Bremen

ipp bremen
Institut für Public Health und Pflegeforschung
Universität Bremen

10%

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihre Bereitschaft, an der Befragung zur gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen im Bundesland Bremen mitzuwirken. Die Teilnahme ist bis zum 04.07.2014 möglich.

Heute bitten wir Sie, insgesamt neun Fragen zu beantworten. Ab der dritten Frage wird ergänzend um eine standardmäßige Einschätzung zur Relevanz der jeweiligen Frage für Ihr Tätigkeitsfeld sowie zur Bedeutung des Themas der Frage im Rahmen Ihrer täglichen Arbeit/ Tätigkeit gefragt.

Bei den Fragen mit einer offenen Antwortmöglichkeit (3-9) sind Sie als Expertin oder Experte besonders aufgefordert, Ihre Einschätzung als Freitext zu formulieren - um möglichst differenzierte und aussagekräftige Ergebnisse zu erzielen.

Bitte wechseln Sie jeweils über das Feld *weiter* auf die nächste Seite der Umfrage.
Das Programm bietet Ihnen die Möglichkeit, einzelne Fragen nicht zu beantworten. Bitte nutzen Sie in diesen Fällen die Antwortoption *Keine Angabe* und/ oder wählen dann das Feld *weiter*.

Die Studie unterliegt strengen Datenschutzbestimmungen und Ihre Teilnahme ist selbstverständlich anonym.
Personenbezogene Daten wie Ihr Name, Ihr Alter oder Ihre genaue Tätigkeit werden nicht erhoben.
Die E-Mail Adressen Ihrer Einrichtung sind nicht mit der Online-Befragung gekoppelt, ein Rückschluss auf Ihre Person durch das Befragungsprogramm ist nicht möglich. Den Schutz Ihrer in der Umfrage gemachten Angaben gewährleistet das Zertifikat des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI). Wenn Sie mehr über die Vorkehrungen zur Sicherung der erhobenen Angaben erfahren möchten, können Sie dies auf der Webseite des Anbieters QuestBack unter http://www.questback.com/datenschutz-datensicherheit

Nach Abschluss dieser Befragungsrunde haben Sie in wenigen Wochen die Gelegenheit, einen Einblick in die Angaben aller Umfrageteilnehmer und -teilnehmerinnen zu erhalten und dazu Stellung zu nehmen.

Prof. Dr. Stefan Görres
Institut für Public Health und Pflegeforschung
Universität Bremen
Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften
Grazer Str. 4
28359 Bremen
Telefon: 0421 - 218 - 68900
www.ipp.uni.bremen.de

Weiter

Abbrechen

Freie Hansestadt Bremen

ipp bremen
Institut für Public Health und Pflegeforschung
Universität Bremen

20%

Welchem der folgenden Sektoren können Sie sich im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit am ehesten zuordnen?
Mehrfachnennungen sind möglich.

- [ ] Prävention und Gesundheitsförderung
- [ ] Ambulante pflegerische Versorgung
- [ ] Ambulante ärztliche Versorgung
- [ ] Stationäre pflegerische Versorgung
- [ ] Stationäre Akutversorgung (Krankenhausversorgung)
- [ ] Rehabilitative Versorgung
- [ ] Informelle Hilfe und Selbsthilfe
- [ ] Einem anderen als den genannten, nämlich
- [ ] keine Angabe

Mit welchen anderen Leistungserbringern/ Sektoren kommen Sie bei der Erfüllung Ihrer beruflichen Aufgaben in Berührung?
Mehrfachnennungen sind möglich.

- [ ] Prävention und Gesundheitsförderung
- [ ] Ambulante pflegerische Versorgung
- [ ] Ambulante ärztliche Versorgung
- [ ] Stationäre pflegerische Versorgung
- [ ] Stationäre Akutversorgung (Krankenhausversorgung)
- [ ] Rehabilitative Versorgung
- [ ] Palliative Versorgung
- [ ] Informelle Hilfe und Selbsthilfe
- [ ] Mit anderen als den genannten, nämlich
- [ ] keine Angabe

30%

Wie beurteilen Sie die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen im Land Bremen in dem von Ihnen angegebenen Sektor?

Der Sektor ist

- ( ) unterversorgt
- ( ) angemessen versorgt
- ( ) überversorgt
- ( ) keine Angabe

Bitte begründen Sie Ihre Antwort stichpunktartig.

Wie relevant ist diese Frage für den von Ihnen vertretenen Sektor?

gar nicht relevant					sehr relevant

Bitte geben Sie an, wie häufig Sie sich mit der Thematik der Frage auseinandersetzen.

- ( ) Meine MitarbeiterInnen und ich beschäftigen uns intensiv mit dieser Thematik, sie ist Inhalt unserer täglichen Arbeit
- ( ) Ausschließlich ich beschäftige mich intensiv mit dieser Thematik, sie ist Inhalt meiner täglichen Arbeit/ oder ich beschäftige mich aus eigenem Interesse damit
- ( ) Ausschließlich meine MitarbeiterInnen beschäftigen sich intensiv mit dieser Thematik, sie ist Inhalt ihrer täglichen Arbeit
- ( ) Weder meine MitarbeiterInnen noch ich beschäftigen uns intensiv mit dieser Thematik
- ( ) keine Angabe

40%

Wie wird sich Ihrer Ansicht nach die Nachfrage nach Angeboten der gesundheitlichen Versorgung für ältere Menschen im Land Bremen für den von Ihnen genannten Sektor entwickeln?

Eventuell kann es hilfreich sein, bei Ihren Überlegungen auch das von Ihnen beobachtete Nachfrageverhalten von Angeboten der gesundheitlichen Versorgung für ältere Menschen innerhalb Ihres Sektors während der letzten Jahre mit einzubeziehen.

Die Nachfrage

- wird eher steigen
- wird eher sinken
- bleibt unverändert
- keine Angabe

Bitte begründen Sie Ihre Antwort stichpunktartig.

Wie relevant ist diese Frage für den von Ihnen vertretenen Sektor?

gar nicht relevant					sehr relevant

Bitte geben Sie an, wie häufig Sie sich mit der Thematik der Frage auseinandersetzen.

- Meine MitarbeiterInnen und ich beschäftigen uns intensiv mit dieser Thematik, sie ist Inhalt unserer täglichen Arbeit
- Ausschließlich ich beschäftige mich intensiv mit dieser Thematik, sie ist Inhalt meiner täglichen Arbeit/ oder ich beschäftige mich aus eigenem Interesse damit
- Ausschließlich meine MitarbeiterInnen beschäftigen sich intensiv mit dieser Thematik, sie ist Inhalt ihrer täglichen Arbeit
- Weder meine MitarbeiterInnen noch ich beschäftigen uns intensiv mit dieser Thematik
- keine Angabe

50%

Wenn Sie nun - über Ihren eigenen Sektor hinaus - an alle Sektoren denken, in denen gesundheitliche Versorgung erbracht wird, welche Angebote der gesundheitlichen Versorgung für ältere Menschen im Land Bremen sollten aus Ihrer Sicht zukünftig verstärkt gefördert werden?

Wie relevant ist diese Frage für den von Ihnen vertretenen Sektor?

gar nicht relevant					sehr relevant

Bitte geben Sie an, wie häufig Sie sich mit der Thematik der Frage auseinandersetzen.

- Meine MitarbeiterInnen und ich beschäftigen uns intensiv mit dieser Thematik, sie ist Inhalt unserer täglichen Arbeit
- Ausschließlich ich beschäftige mich intensiv mit dieser Thematik, sie ist Inhalt meiner täglichen Arbeit/ oder ich beschäftige mich aus eigenem Interesse damit
- Ausschließlich meine MitarbeiterInnen beschäftigen sich intensiv mit dieser Thematik, sie ist Inhalt ihrer täglichen Arbeit
- Weder meine MitarbeiterInnen noch ich beschäftigen uns intensiv mit dieser Thematik
- keine Angabe

60%

Was sind Ihrer Einschätzung nach die größten Probleme bei der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen im Land Bremen?

Wie relevant ist diese Frage für den von Ihnen vertretenen Sektor?

gar nicht relevant	○	○	○	○	○	**sehr relevant**

Bitte geben Sie an, wie häufig Sie sich mit der Thematik der Frage auseinandersetzen.

- ○ Meine MitarbeiterInnen und ich beschäftigen uns intensiv mit dieser Thematik, sie ist Inhalt unserer täglichen Arbeit
- ○ Ausschließlich ich beschäftige mich intensiv mit dieser Thematik, sie ist Inhalt meiner täglichen Arbeit/ oder ich beschäftige mich aus eigenem Interesse damit
- ○ Ausschließlich meine MitarbeiterInnen beschäftigen sich intensiv mit dieser Thematik, sie ist Inhalt ihrer täglichen Arbeit
- ○ Weder meine MitarbeiterInnen noch ich beschäftigen uns intensiv mit dieser Thematik
- ○ keine Angabe

70%

Welcher Problembereich sollte aus Ihrer Sicht kurzfristig in Angriff genommen werden?

Welcher Problembereich sollte aus Ihrer Sicht mittelfristig in Angriff genommen werden?

Welcher Problembereich sollte aus Ihrer Sicht langfristig in Angriff genommen werden?

Sie haben verschiedene Probleme als kurz-, mittel- oder langfristig in Angriff zu nehmen eingestuft.
Bitte bewerten Sie die Relevanz der kurz-, mittel- oder langfristig zu bearbeitenden Probleme für den von Ihnen vertretenen Sektor.

	gar nicht relevant				sehr relevant
als kurzfristig zu bearbeiten eingestufte Probleme	○	○	○	○	○
als mittelfristig zu bearbeiten eingestufte Probleme	○	○	○	○	○
als langfristig zu bearbeiten eingestufte Probleme	○	○	○	○	○

Bitte geben Sie an, wie häufig Sie sich mit der Thematik der Frage auseinandersetzen.

- ○ Meine MitarbeiterInnen und ich beschäftigen uns intensiv mit dieser Thematik, sie ist Inhalt unserer täglichen Arbeit
- ○ Ausschließlich ich beschäftige mich intensiv mit dieser Thematik, sie ist Inhalt meiner täglichen Arbeit/ oder ich beschäftige mich aus eigenem Interesse damit
- ○ Ausschließlich meine MitarbeiterInnen beschäftigen sich intensiv mit dieser Thematik, sie ist Inhalt ihrer täglichen Arbeit
- ○ Weder meine MitarbeiterInnen noch ich beschäftigen uns intensiv mit dieser Thematik
- ○ keine Angabe

80%

Was sind Ihrer Einschätzung nach die größten Stärken des Landes Bremen bei der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen?

Wie relevant ist diese Frage für den von Ihnen vertretenen Sektor?

gar nicht relevant					sehr relevant

Bitte geben Sie an, wie häufig Sie sich mit der Thematik der Frage auseinandersetzen.

- Meine MitarbeiterInnen und ich beschäftigen uns intensiv mit dieser Thematik, sie ist Inhalt unserer täglichen Arbeit
- Ausschließlich ich beschäftige mich intensiv mit dieser Thematik, sie ist Inhalt meiner täglichen Arbeit/ oder ich beschäftige mich aus eigenem Interesse damit
- Ausschließlich meine MitarbeiterInnen beschäftigen sich intensiv mit dieser Thematik, sie ist Inhalt ihrer täglichen Arbeit
- Weder meine MitarbeiterInnen noch ich beschäftigen uns intensiv mit dieser Thematik
- keine Angabe

90%

Gibt es sonst noch etwas zu dem Thema gesundheitliche Versorgung älterer Menschen, dass Ihnen wichtig ist und das Sie uns mitteilen möchten?

Freie Hansestadt Bremen

ipp bremen
Institut für Public Health und Pflegeforschung
Universität Bremen

100%

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme.

Prof. Dr. Stefan Görres
Institut für Publich Health und Pflegeforschung
Universität Bremen

H.) Fragebogen der zweiten online-Erhebung

Freie
Hansestadt
Bremen

ipp bremen
Institut für Public Health
und Pflegeforschung
Universität Bremen

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihre Bereitschaft, an der zweiten Befragung zur gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen im Bundesland Bremen mitzuwirken.

Heute erhalten Sie Einblick in die Ergebnisse der ersten Befragung und bekommen die Möglichkeit, zu diesen Ergebnissen Stellung zu nehmen und einzelne Bereiche zu priorisieren.

Bei den Fragen mit einer offenen Antwortmöglichkeit sind Sie diesmal als Expertin oder Experte besonders aufgefordert, Ihre Einschätzung als Freitext zu formulieren. Dabei bitten wir Sie, möglichst konkret und differenziert Lösungsansätze und potenzielle Einflussnahme des Bundeslandes Bremen aus Ihrer Sicht zu beschreiben.

Bitte wechseln Sie jeweils über das Feld *weiter* auf die nächste Seite der Umfrage. Das Programm bietet Ihnen die Möglichkeit, einzelne Fragen nicht zu beantworten. Bitte nutzen Sie in diesen Fällen die Antwortoption *Keine Angabe* und wählen dann das Feld *weiter*.

Die Studie unterliegt strengen Datenschutzbestimmungen und Ihre Teilnahme ist selbstverständlich anonym, auch werden keine personenbezogenen Daten erhoben.
Die E-Mail Adressen Ihrer Einrichtung sind nicht mit der Online-Befragung gekoppelt, ein Rückschluss auf Ihre Person durch das Befragungsprogramm ist nicht möglich.

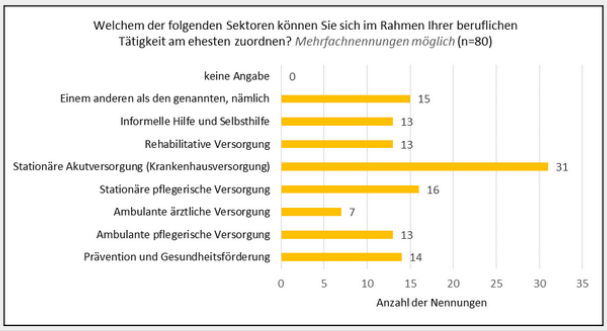
Nach Abschluss der zweiten Befragungsrunde haben Sie Ende September die Gelegenheit, Lösungsansätze zu identifizierten Problembereichen zu diskutieren. Bitte halten Sie sich hierfür schon einmal den Nachmittag des 30.09.2014 frei. Genaue Informationen zum Veranstaltungsort und Zeitrahmen werden Ihnen noch bekannt gegeben.

Prof. Dr. Stefan Görres
Institut für Public Health und Pflegeforschung
Universität Bremen
Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften
Grazer Str. 4
28359 Bremen
Telefon: 0421 - 218 - 68900
www.ipp.uni.bremen.de

Weiter

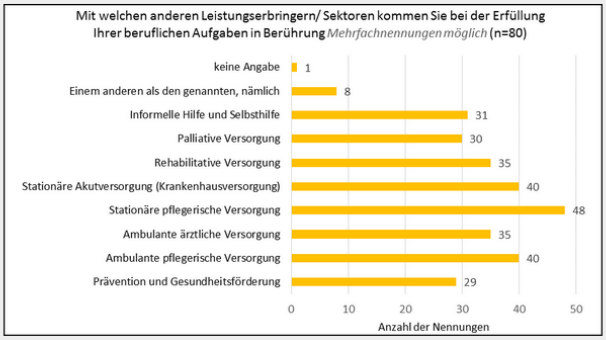
Feedback zu den Ergebnissen

In der ersten Erhebung haben 80 Personen eine Aussage dazu getroffen, in welchem Sektor sie tätig sind.
In der unten stehenden Grafik ist erkennbar, dass die meisten teilnehmenden Expertinnen und Experten (n=31) sich der stationären Akutversorgung zuordnen.



Feedback zu den Ergebnissen

Ebenfalls haben 80 Personen angegeben, mit welchen anderen Sektoren sie bei der Erfüllung ihrer beruflichen Aufgaben in Berührung kommen.
Die größte Schnittmenge (n=48) besteht im ExpertInnen-Panel in der stationären pflegerischen Versorgung.

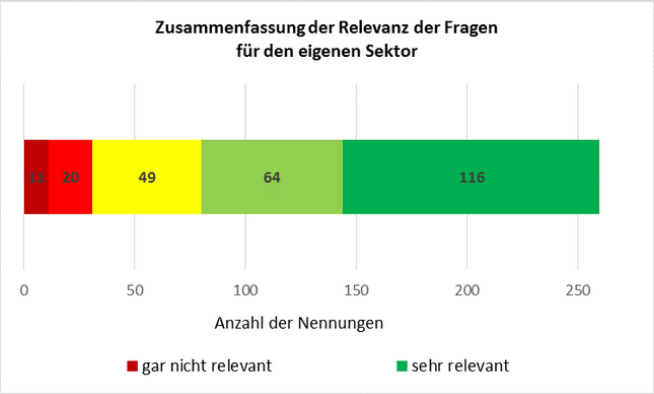


Welcher der folgenden Sektoren entspricht am ehesten Ihrer beruflichen Tätigkeit?
Bitte entscheiden Sie sich in dieser Erhebung für einen Sektor.

- Prävention und Gesundheitsförderung
- Ambulante pflegerische Versorgung
- Ambulante ärztliche Versorgung
- Stationäre pflegerische Versorgung
- Stationäre Akutversorgung (Krankenhaus)
- Rehabilitative Versorgung
- Palliative Versorgung
- Informelle Hilfe und Selbsthilfe
- Einem anderen als den genannten, nämlich
- keine Angabe

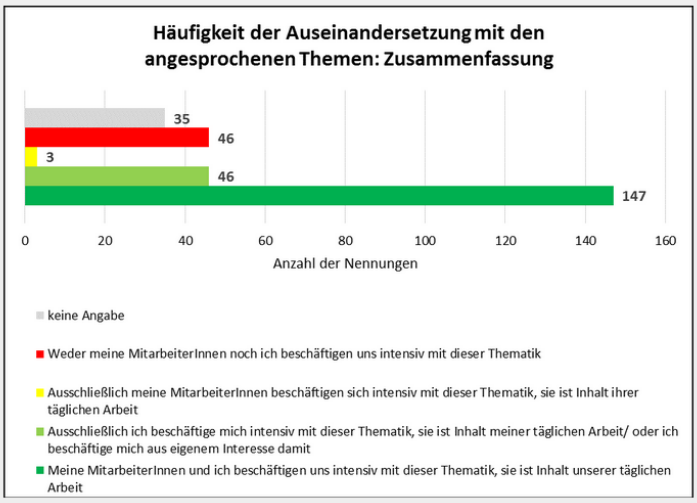
Feedback zu den Ergebnissen

In der ersten Erhebung wurden insgesamt fünf Fragen von den Expertinnen und Experten hinsichtlich Ihrer Relevanz für den von Ihnen vertretenen Sektor bewertet.
Die Frage "Wie relevant ist diese Frage für den von Ihnen vertretenen Sektor?" fand sich jeweils im Anschluss entsprechender Einzelfragen.
Sie sehen hier eine Zusammenfassung der Ergebnisse dieser Relevanzbewertung. Obwohl einzelne Fragen für einige Personen weniger oder gar nicht relevant waren, bewertete der überwiegende Anteil die Fragen als für sich relevant bis sehr relevant.



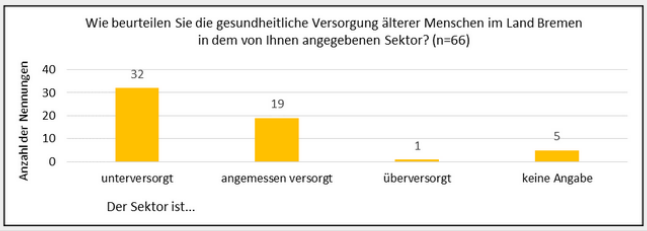
Feedback zu den Ergebnissen

Bei insgesamt sechs Fragen wurden die Expertinnen und Experten im Anschluss an die entsprechenden Fragen gebeten, anzugeben, wie häufig sie sich mit der Thematik der Frage auseinandersetzen. Sie sehen hier eine Zusammenfassung der Häufigkeiten der Antworten. Deutlich wird, dass für die Mehrheit der befragten Personen die Auseinandersetzung mit Fragen der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen Bestandteil ihrer täglichen Arbeit ist, obgleich einige der Fragen nicht für alle teilnehmenden Expertinnen und Experten gleichermaßen im Rahmen ihrer Tätigkeit relevant sind.



Feedback zu den Ergebnissen

In der ersten Erhebung wurde eine Einschätzung zur Angemessenheit der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen im eigenen Sektor der Expertinnen und Experten vorgenommen.
Die meisten der Befragten bewerteten die gesundheitliche Versorgungssituation als unterversorgt (n=32) oder angemessen versorgt (n=19).



Zusammenfassend ließen sich in der ersten Befragungswelle eine ganze Reihe von Bereichen als unterversorgt identifizieren.
Wählen Sie zunächst drei Bereiche aus, die Ihrer Meinung nach die höchste Priorität besitzen.
Wählen Sie nach nach dem Kriterium aus, welche Bereiche die größten Chancen einer Verbesserung durch Aktivitäten auf Landesebene bieten.

- ☐ Überleitung von stationärer zu ambulanter Versorgung
- ☐ Ambulanter Bereich
- ☐ Langzeitpflege
- ☐ Akutversorgung
- ☐ Stationäre und ambulante Rehabilitation
- ☐ Palliative Versorgung und Hospizangebote
- ☐ Angebote für vulnerable Zielgruppen und sozial Schwächere
- ☐ Finanzielle Unterstützung (Kranken- und Pflegekassen, MDK)
- ☐ Fachärztemangel
- ☐ Fachkräftemangel in der Pflege
- ☐ Menschen mit Demenz
- ☐ keine Angabe

Exemplarisch:

Für den Bereich Überleitung von stationärer zu ambulanter Versorgung ergaben sich aus den Antworten bereits konkrete Hinweise auf spezifischen Handlungsbedarf:

- **Überleitung bei fehlenden finanziellen Mitteln des Patienten**
- **Kapazitäten der poststationären (Kurzzeit-)Pflegeplätze**

Sollten Sie Anregungen, Meinungen oder Ergänzungen zu den genannten Punkten haben, konkretisieren Sie diese.
Sollten Sie in der ersten Erhebung einen dieser Bereiche genannt haben, nutzen Sie die Gelegenheit um Ihre Gedanken zu konkretisieren.

Für den Bereich Stationäre und ambulante Rehabilitation ergaben sich aus den Antworten bereits konkrete Hinweise auf spezifischen Handlungsbedarf:

- **Mobile geriatrische Rehabilitation**
- **Frührehabilitation**

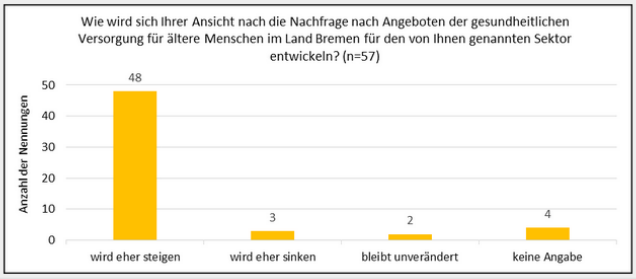
Sollten Sie Anregungen, Meinungen oder Ergänzungen zu den genannten Punkten haben, konkretisieren Sie diese.
Sollten Sie in der ersten Erhebung einen dieser Bereiche genannt haben, nutzen Sie die Gelegenheit um Ihre Gedanken zu konkretisieren.

Für den Bereich Fachkräftemangel in der Pflege ergaben sich aus den Antworten keine konkreteren Hinweise auf spezifischen Handlungsbedarf oder Handlungsoptionen.

Sollten Sie Anregungen, Meinungen oder Ergänzungen zu den genannten Punkten haben, konkretisieren Sie diese.
Sollten Sie in der ersten Erhebung diesen Bereich genannt haben, nutzen Sie die Gelegenheit um Ihre Gedanken zu konkretisieren.

Feedback zu den Ergebnissen

Aus den Antworten der Frage nach der Entwicklung der Nachfrage in der ersten Erhebung nach Angeboten im Bundesland Bremen, lässt sich aus der ersten Umfrage eine deutliche Tendenz zu einer steigenden Nachfrage erkennen (n=48).



Im Folgenden sehen Sie eine Auswahl der von den Expertinnen und Experten genannten Gründe für eine steigende, sinkende oder unveränderte Nachfrage nach Angeboten der gesundheitlichen Versorgung im Bundesland Bremen.
Ist das Bundesland Bremen aus Ihrer Sicht darauf...

	sehr gut vorbereitet	eher gut vorbereitet	teilweise vorbereitet	eher nicht vorbereitet	gar nicht vorbereitet	keine Angabe
Fachkräftemangel	○	○	○	○	○	○
Zunahme Multimorbidität	○	○	○	○	○	○
Zunahme geriatrischer Erkrankungen	○	○	○	○	○	○
Zunahme onkologischer Erkrankungen	○	○	○	○	○	○
Zunahme NutzerInnenansprüche	○	○	○	○	○	○
Zunehmende Angebote im Bereich des SGB V	○	○	○	○	○	○
Zunahme der Pflegebedürftigkeit	○	○	○	○	○	○
Anpassung der SGB V Leistungen an die demographische Entwicklung	○	○	○	○	○	○
Zunahme vulnerabler Gruppen	○	○	○	○	○	○
Zunahme Erkrankungen des dementiellen Formenkreises	○	○	○	○	○	○
Zunahme psychischer/ psychiatrischer Erkrankungen	○	○	○	○	○	○
Zunahme alleinlebender älterer Menschen	○	○	○	○	○	○

In der ersten Befragungswelle haben Sie einige Angebote identifiziert, die im Bundesland Bremen stärker gefördert werden sollten. Wählen Sie zunächst drei Bereiche aus, die Ihrer Meinung nach die höchste Priorität der Förderung besitzen.

- [ ] Aktive/ aufsuchende Angebote und Bring-Strukturen
- [ ] Innovative Wohn-/ Versorgungsformen
- [ ] Berufsgruppe Pflege
- [x] Beratungsangebote
- [ ] Demenzversorgung
- [ ] Geriatrische Versorgung, Therapie und Rehabilitation
- [ ] Gesundheitsförderung und Prävention
- [x] Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe älterer Menschen
- [ ] Medizinische Versorgung
- [ ] Niedrigschwellige Angebote
- [ ] Palliative Versorgung
- [ ] Pflege- und Betreuungsangebote
- [ ] Personal
- [ ] Pflegende Angehörige
- [x] Sektorenübergreifende Versorgung
- [ ] Stationäre Langzeitversorgung
- [ ] Tagespflege
- [ ] Therapeutische Angebote
- [ ] Gesetzgebung und Finanzierung
- [ ] Vernetzung
- [ ] keine Angabe

Exemplarisch:

Folgende zu fördernde Angebote haben sich aus der ersten Befragung für den Bereich Beratungsangebote ergeben:

- **Hilfe zur Selbsthilfe**
- **Ausweitung der Pflichten der finanzierenden Institutionen**
- **Ausbau von Dienstleistungszentren zu zentralen Beratungsstellen**

Sollten Sie Anregungen, Meinungen oder Ergänzungen zu den genannten Punkten haben, konkretisieren Sie diese.
Sollten Sie in der ersten Erhebung einen dieser Bereiche genannt haben, nutzen Sie die Gelegenheit um Ihre Gedanken zu konkretisieren.

Für den Bereich Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe älterer Menschen wurden in der ersten Erhebung keine weiteren spezifischen Ansätze oder Ideen benannt.

Sollten Sie Anregungen, Meinungen oder Ergänzungen zu den genannten Punkten haben, konkretisieren Sie diese.
Sollten Sie in der ersten Erhebung diesen Bereich genannt haben, nutzen Sie die Gelegenheit um Ihre Gedanken zu konkretisieren.

Folgende zu fördernde Angebote haben sich aus der ersten Befragung für den Bereich Sektorenübergreifende Versorgung ergeben:

- **Case-Management**
- **Nachversorgende Systeme**
- **Entlassungsmanagement**
- **Klärung der Verantwortlichkeiten**
- **Überwindung von Grenzen**
- **Verbesserung der Versorgung bei vorrübergehendem Pflegebedarf**

Sollten Sie Anregungen, Meinungen oder Ergänzungen zu den genannten Punkten haben, konkretisieren Sie diese.
Sollten Sie in der ersten Erhebung einen dieser Bereiche genannt haben, nutzen Sie die Gelegenheit um Ihre Gedanken zu konkretisieren.

Feedback zu den Ergebnissen

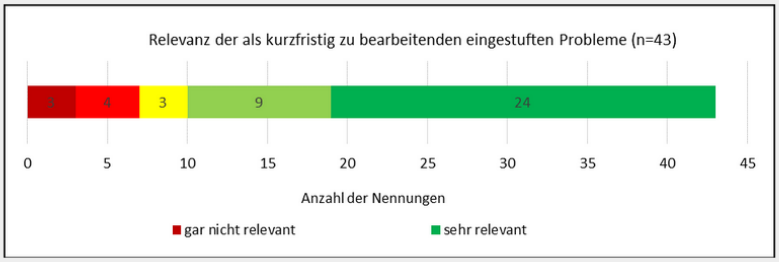
Folgend sehen Sie eine Zusammenfassung der von den befragten Expertinnen und Experten gegebenen Antworten auf kurz-, mittel- oder langfristig zu bearbeitende Problembereiche.

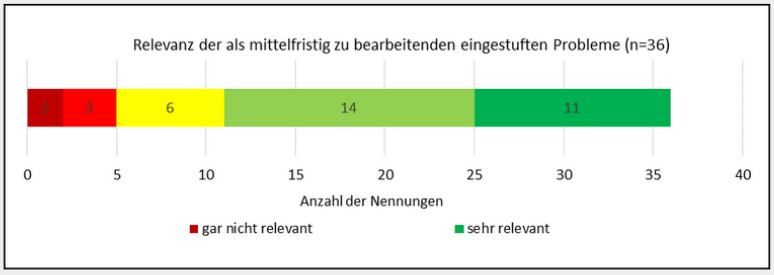
Problembereiche, die aus Sicht des ExpertInnen-Panels kurz-, mittel- oder langfristig zu bearbeiten sind

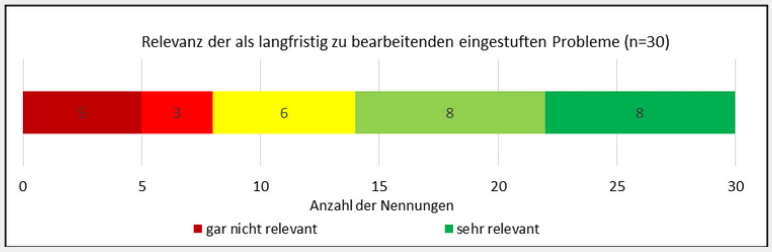
Kurzfristig	Mittelfristig	Langfristig
Allgemein • Ausbau des ambulanten Sektors • Stärkere Etablierung geriatrischer Versorgung auf allen Sektoren • Erweiterung von Demenzversorgung- und Unterstützungssystemen • Schließen von medizinischen und pflegerischen Versorgungslücken	**Vernetzung** • Regionale Verbundstrukturen • Kooperation zw. Sektoren • Schaffung geriatrischer Strukturen • Abbau Schnittstellenproblematik	**Versorgung** • Schnittstellenmanagement • Geriatrische Fachärzte und Heimärzte • Quartiersnahe Versorgung • Weiterbildungs- und Qualifizierungsprogramme • Bessere Ausstattung in Krankenhäusern • Ausweitung des Leistungsspektrums ambulanter Pflegedienste
Finanzierung • Entkopplung der Pflegeleistungen vom SGB XI • Ausweitung des Leistungskatalogs der GKV im Hinblick auf ältere Menschen • Einführen von Pauschalbeiträgen in der Pflegeversicherung • Bereitstellung finanzieller Mittel zur pflegerischen Versorgung	**Finanzierung** • Vereinfachte Abrechnungs- und Finanzierungsmöglichkeiten • Ausweitung der Kassenleistungen • Seniorengerechtes Wohnen	
Bund und Länder • Ausbau der Infrastruktur der Versorgung • Pflegequalität neu definieren • Erweiterung von Ausbildungsplätze und Überführung in Duales System • Einführung einer pflegerischen Selbstverwaltung • Absenkung der Fachkraftquote • Überarbeitung des Pflegeversicherungsgesetzes • Erweiterung des Maßnahmenkatalogs ambulante Pflege • Schaffen eines vergütungsrelevanten Leistungskatalogs für vollstationäre Versorgung		**Bund & Länder** • Bereitstellung finanzieller Mittel für Krankenhäuser • Leistungsausweitung der Krankenkassen (SGB V)

Feedback zu den Ergebnissen

Ebenfalls wurde die Relevanz der einzelnen Problembereiche für den eigenen Sektor der Expertinnen und Experten abgefragt. Die Antworten gliederten sich dabei in die kurz-, mittel- oder langfristig zu bearbeitenden Bereiche. Sie sehen hier die Zusammenfassung der Bewertung.







Nun sind Sie gebeten, Lösungsstrategien mitzugestalten. Wählen Sie aus der Liste der aufgeführten kurzfristig zu bearbeitenden Bereiche, denjenigen aus für den Sie eine konkrete Idee für Vorgehensweisen und Ansätze der Bearbeitung haben.
Bitte entscheiden Sie sich nur für einen der genannten Bereiche.

- Ausbau des ambulanten Sektors
- Stärkere Etablierung sektorübergreifender geriatrischer Versorgung
- Erweiterung von Demenzversorgungs- und Unterstützungssystemen
- Ausweitung des Leistungskatalogs des SGB V
- Infrastruktur der Versorgung
- Erweiterung der Ausbildungsplätze und Einführung in ein Duales System
- keine Angabe

Erläutern Sie Ihre Idee zur Bearbeitung möglichst differenziert. Berücksichtigen Sie dabei, wie Ihr Lösungsvorschlag explizit vom Bundesland Bremen umgesetzt werden kann.
Hilfreich sind Anmerkungen, die möglichst konkret beschreiben.
Sollten Sie beispielsweise die Verbesserung von Konzepten der geriatrischen Versorgung vorschlagen, wäre darzulegen wie spezifische Konzepte oder Strukturen inhaltlich gestaltet sein müssen oder welche Akteure zu beteiligen wären, um Ihren Lösungsansatz zu verwirklichen.

Wählen Sie aus der Liste der aufgeführten mittelfristig zu bearbeitenden Bereiche, denjenigen aus für den Sie eine konkrete Idee für Vorgehensweisen und Ansätze der Bearbeitung haben.
Bitte entscheiden Sie sich nur für einen der genannten Bereiche.

- Vereinfachung Abrechnungs- und Finanzierungsmöglichkeiten
- Ausweitungen der Kassenleistungen
- Seniorengerechtes Wohnen
- Regionale Verbundstrukturen
- Schaffung geriatrischer Stukturen
- Kooperation zwischen den Sektoren
- Abbau der Schnittstellenproblematik
- keine Angabe

Erläutern Sie Ihre Idee zur Bearbeitung möglichst differenziert. Berücksichtigen Sie dabei, wie Ihr Lösungsvorschlag explizit vom Bundesland Bremen umgesetzt werden kann.
Hilfreich sind Anmerkungen, die möglichst konkret beschreiben.
Sollten Sie beispielsweise die Verbesserung von Konzepten der geriatrischen Versorgung vorschlagen, wäre darzulegen wie spezifische Konzepte oder Strukturen inhaltlich gestaltet sein müssen oder welche Akteure zu beteiligen wären, um Ihren Lösungsansatz zu verwirklichen.

Wählen Sie aus der Liste der aufgeführten langfristig zu bearbeitenden Bereiche, denjenigen aus für den Sie eine konkrete Idee für Vorgehensweisen und Ansätze der Bearbeitung haben.
Bitte entscheiden Sie sich nur für einen der genannten Bereiche.

- Schnittstellenmanagement
- Geriatrische Fach- und Heimärzte
- Quartiersnahe Versorgung
- Weiterbildungs- und Qualifizierungsprogramme
- Bessere Ausstattung in Krankenhäusern
- Ausweitung des Leistungsspektrums ambulanter Pflegedienste
- Sozialgesetzgebung
- Finanzielle Mittel der Krankenhäuser
- Leistungsausweitung der Krankenhäuser
- keine Angabe

Erläutern Sie Ihre Idee zur Bearbeitung möglichst differenziert. Berücksichtigen Sie dabei, wie Ihr Lösungsvorschlag explizit vom Bundesland Bremen umgesetzt werden kann.
Hilfreich sind Anmerkungen, die möglichst konkret beschreiben.
Sollten Sie beispielsweise die Verbesserung von Konzepten der geriatrischen Versorgung vorschlagen, wäre darzulegen wie spezifische Konzepte oder Strukturen inhaltlich gestaltet sein müssen oder welche Akteure zu beteiligen wären, um Ihren Lösungsansatz zu verwirklichen.

Aus den Antworten der ersten Befragung ließen sich einige Problembereiche definieren.
Auf den folgenden Seiten sehen Sie jeweils einen dieser Problembereiche mit von den Expertinnen und Experten genannten dazugehörigen Unterpunkten.
Sie erhalten neben dem Feedback zu den Ergebnissen die Gelegenheit, eine Priorisierung im Hinblick auf die größten Chancen einer erfolgreichen Bearbeitung des Problembereichs durch das Bundesland Bremen beziehungsweise der senatorischen Behörde für Gesundheit vorzunehmen.

Exemplarisch:

Aus den Antworten der ersten Befragung wurde der Problembereich Menschen mit Demenz durch folgende Aspekte konkretisiert:
Markieren Sie den Aspekt, der Ihrer Meinung nach die größten Chancen einer erfolgreichen Bearbeitung durch das Bundesland Bremen beziehungsweise der senatorischen Behörde für Gesundheit bietet.

- Versorgungslücken stationärer Versorgung
- Versorgungslücken ambulanter Versorgung
- Fehlende Versorgungskonzepte
- Kompetenzdefizite der Leistungserbringer
- Möglichkeiten frühzeitiger Diagnostizierung
- keine Angabe

Aus den Antworten der ersten Befragung wurde der Problembereich Personal durch folgende Aspekte konkretisiert:
Markieren Sie den Aspekt, der Ihrer Meinung nach die größten Chancen einer erfolgreichen Bearbeitung durch das Bundesland Bremen beziehungsweise der senatorischen Behörde für Gesundheit bietet.

- Fachkräftemangel (Pflege und angrenzende Bereiche)
- Nicht Einhalten der Fachkraftquote
- Deprofessionalisierungstendenzen
- Fehlende Ausbildungsplätze
- Defizitäre Anerkennung von im Ausland erworbenen Berufsabschlüssen
- Qualifikationsdefizite
- Personalbemessung nicht praxistauglich
- keine Angabe

Aus den Antworten der ersten Befragung wurde der Problembereich Schnittstellen durch folgende Aspekte konkretisiert:
Markieren Sie den Aspekt, der Ihrer Meinung nach die größten Chancen einer erfolgreichen Bearbeitung durch das Bundesland Bremen beziehungsweise der senatorischen Behörde für Gesundheit bietet.

- Fehlende sektorübergreifende Modelle
- Unzureichende Zusammenarbeit der Akteure
- Versorgungseinbrüche durch Überleitungen
- Sogenannte Drehtüreffekte
- keine Angabe

Aus den Antworten der ersten Befragung wurde der Problembereich soziale Aspekte durch folgende Aspekte konkretisiert:
Markieren Sie den Aspekt, der Ihrer Meinung nach die größten Chancen einer erfolgreichen Bearbeitung durch das Bundesland Bremen beziehungsweise der senatorischen Behörde für Gesundheit bietet.

- Vereinsamung
- Altersarmut
- Zugangsschwierigkeiten ausgewählter Personengruppen (MigrantInnen, sozial Schwächere) zu Angeboten
- Abnahme familiales Pflegepotential
- keine Angabe

In der ersten Befragungswelle wurden die unten stehenden Bereiche als die relevantesten Problembereiche benannt.
Welcher Bereich sollte Ihrer Meinung nach vom Bundesland Bremen die größte Priorität erfahren?
Bringen Sie die Bereiche in die entsprechende Reihenfolge (der oberste Begriff erfährt die höchste Beachtung).
Klicken Sie dazu auf den gewünschten Begriff, halten Sie die linke Maustaste gedrückt und ziehen Sie dann den Begriff in die leere Fläche auf der rechten Bildseite.
Sie können die Reihenfolge der ausgewählten Begriffe auf die selbe Weise in Ihrer Liste verändern, indem Sie den ausgewählten Begriff beliebig nach oben oder unten verschieben.

- Menschen mit Demenz
- Gesundheitspolitik
- Finanzierung
- Personal
- Versorgungsdefizite
- Schnittstellenproblematik
- Soziale Aspekte
- Akutstationäre Versorgung in Krankenhäusern
- Ambulante Versorgung
- Stationäre Langzeitpflege
- Medizinische Behandlungen

In dieser Befragung liegt der Fokus auf den oben genannten Bereichen. Die in der ersten Erhebung befragten Expertinnen und Experten gaben jedoch weitere Bereiche an, die der Senatorischen Behörde für Gesundheit am Ende des Projekts zur Verfügung gestellt werden.

Feedback zu den Ergebnissen

Durch die Antworten des Expertinnen- und Experten-Panels ließen sich zusammenfassend folgende Stärken der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen im Bundesland Bremen identifizieren:

Benannte Stärken
• gute - geriatrische Akutversorgung - Kooperation - Vernetzung - Kommunikation - Erreichbarkeit der Angebote • kurze Wege • überschaubare Strukturen • Angebotsvielfalt • hohe Versorgungsqualität • hohe Expertenquote • Präsenz von Alternativen und Wahlmöglichkeiten • Unterstützung durch die Politik • Pionier in der Etablierung der Pflegewissenschaft

Die benannten Stärken werden im Eperten-Workshop aufgegriffen und Ihnen an dieser Stelle lediglich präsentiert.
Um die Umfrage abzuschließen, klicken Sie ein letztes Mal auf das Feld 'Weiter'.

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme.

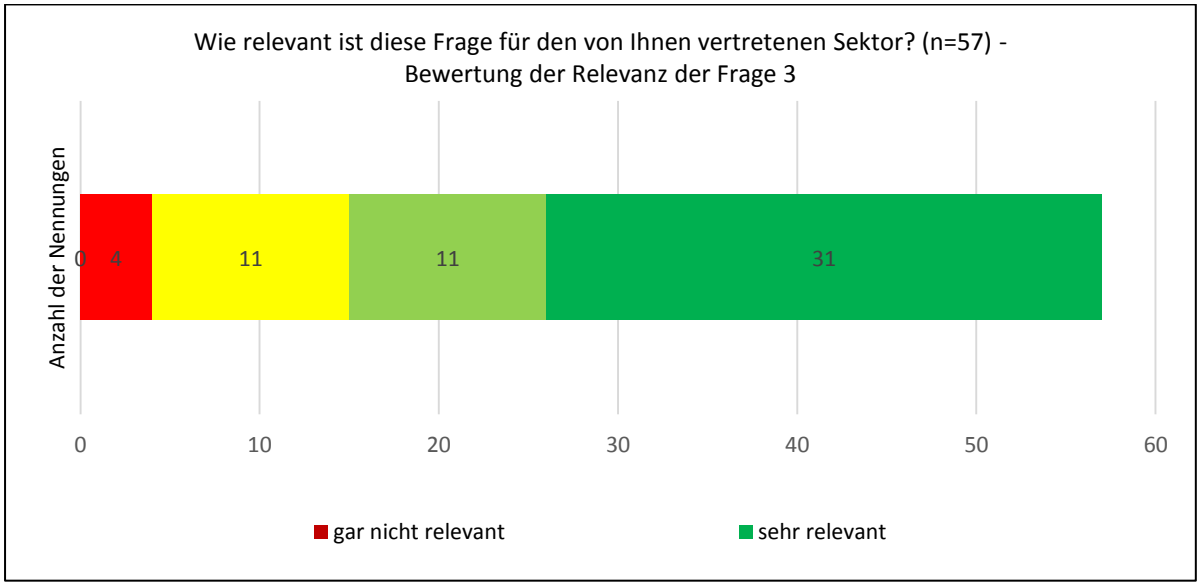
Prof. Dr. Stefan Görres
Institut für Publich Health und Pflegeforschung
Universität Bremen

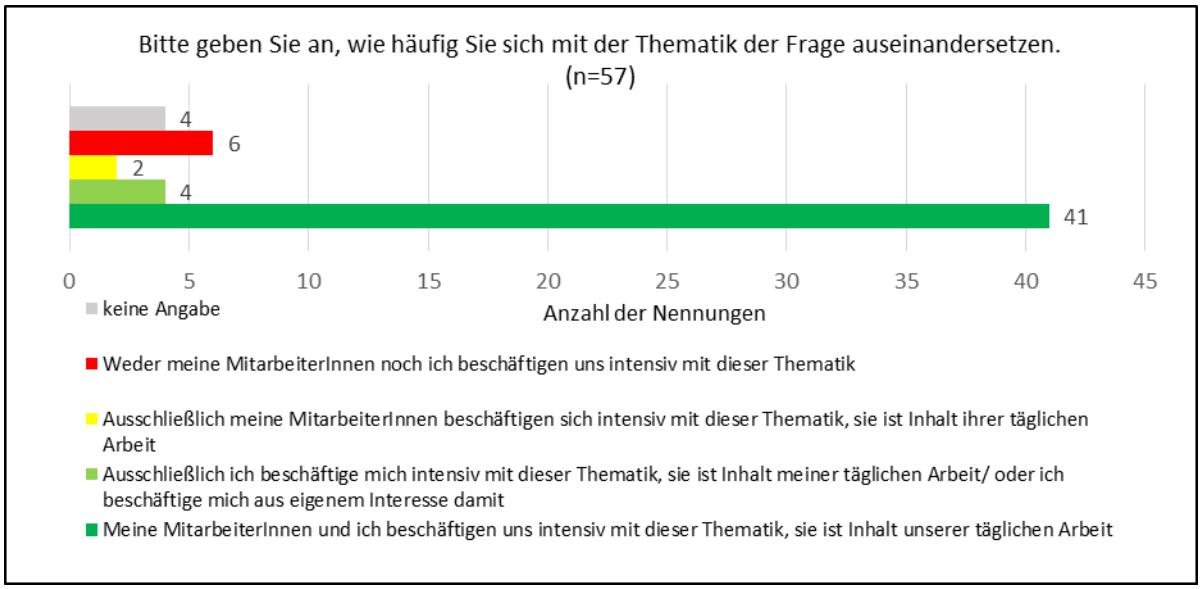
I) Auswertungskategorien Freitextantworten

36 Auswertungskategorien		
Überleitung von stationärer zu ambulanter Versorgung	Akutversorgung	Angebote für vulnerable Gruppen und sozial Schwächere
Ambulante Versorgung	Stationäre und ambulante Rehabilitation	Finanzielle Unterstützung seitens Kranken- und Pflegekassen, MDK
Stationäre Langzeitversorgung	Palliativversorgung und Hospizangebote	Fachärztemangel
Fachkräftemangel in der Pflege	Menschen mit Demenz	Aktive/ aufsuchende Angebote und Bring-Strukturen
Innovative Wohn-/ Versorgungsformen	Berufsgruppe Pflege	Beratungsangebote
Versorgungskonzepte für Menschen mit Demenz	Geriatrische Versorgung, Therapie und Rehabilitation	Gesundheitsförderung und Prävention
Medizinische Versorgung	Niedrigschwellige Angebote	Pflege- und Betreuungsangebote
Personal	Pflegende Angehörige	Sektorenübergreifende Versorgung
Stationäre Langzeitversorgung	Tagespflege	Therapeutische Angebote
Gesetzgebung und Finanzierung	Vernetzung	Probleme allgemein
Gesundheitspolitik	Medizinische Behandlungen	Schnittstellenprobleamtik
Versorgungsdefizite allgemein	Soziale Aspekte	Teilhabe

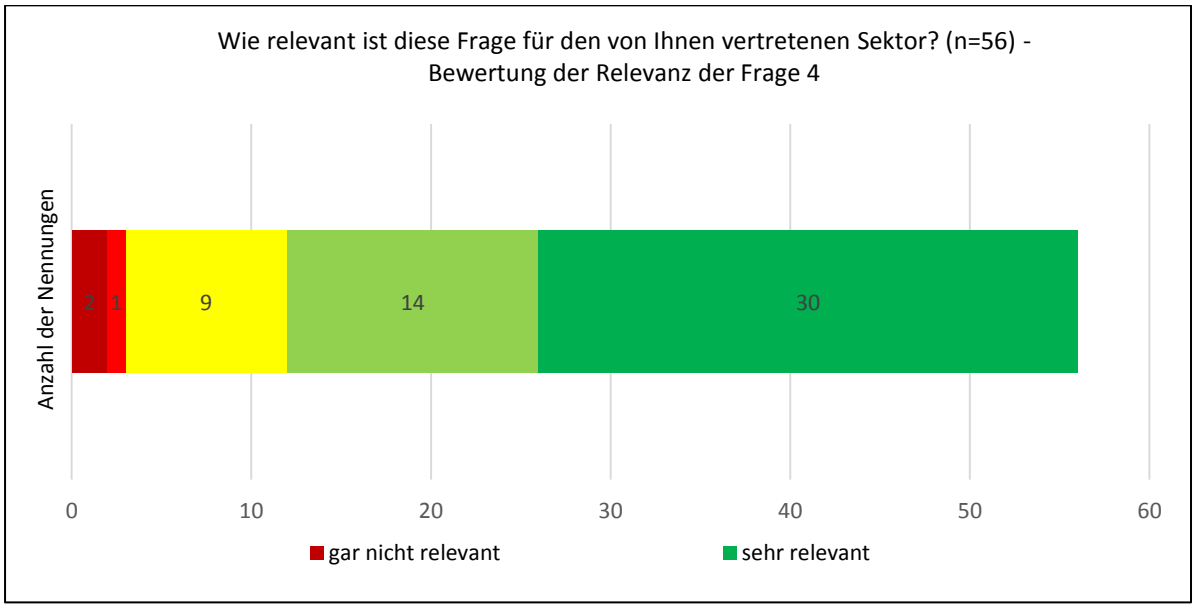
J.) Ergebnisse Relevanz- und Kompetenzabfragen

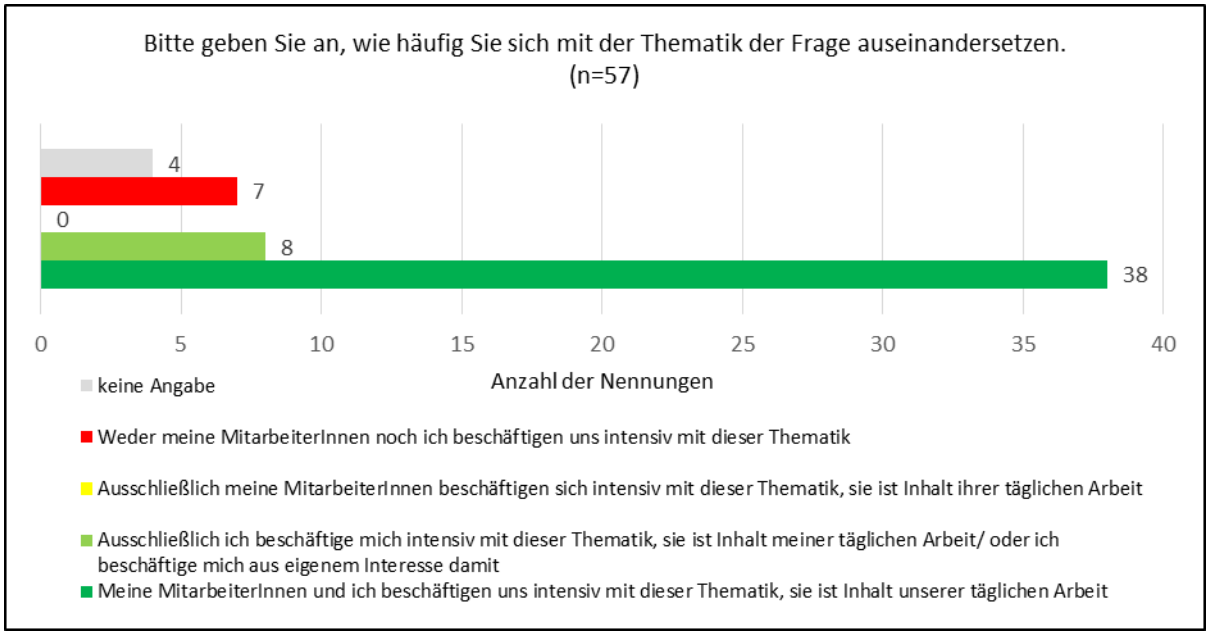
Frage 3: Wie beurteilen Sie die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen im Land Bremen in dem von Ihnen angegebenen Sektor?



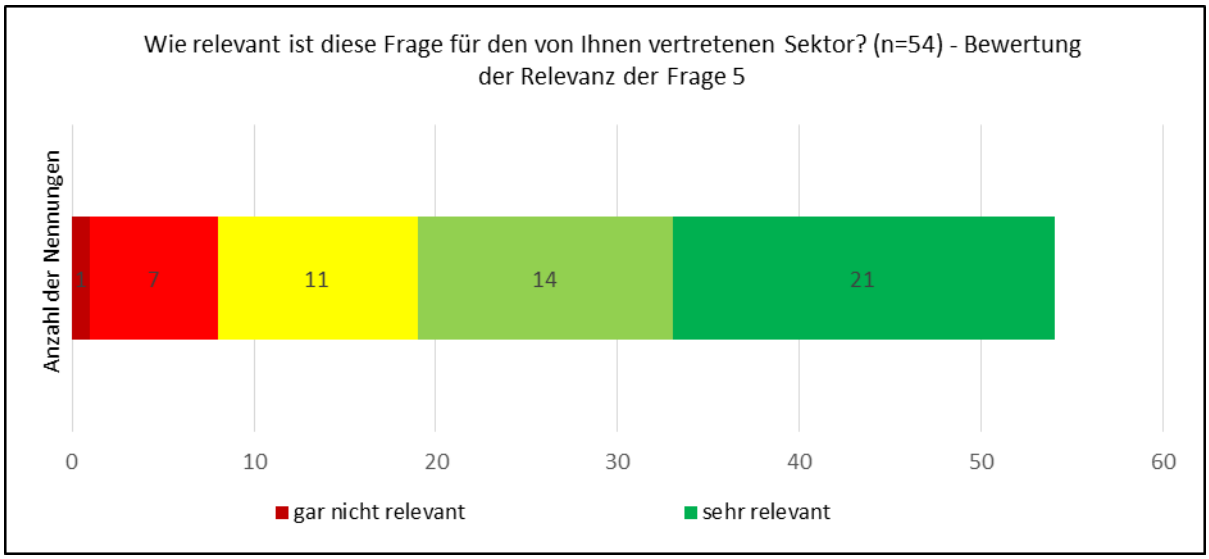


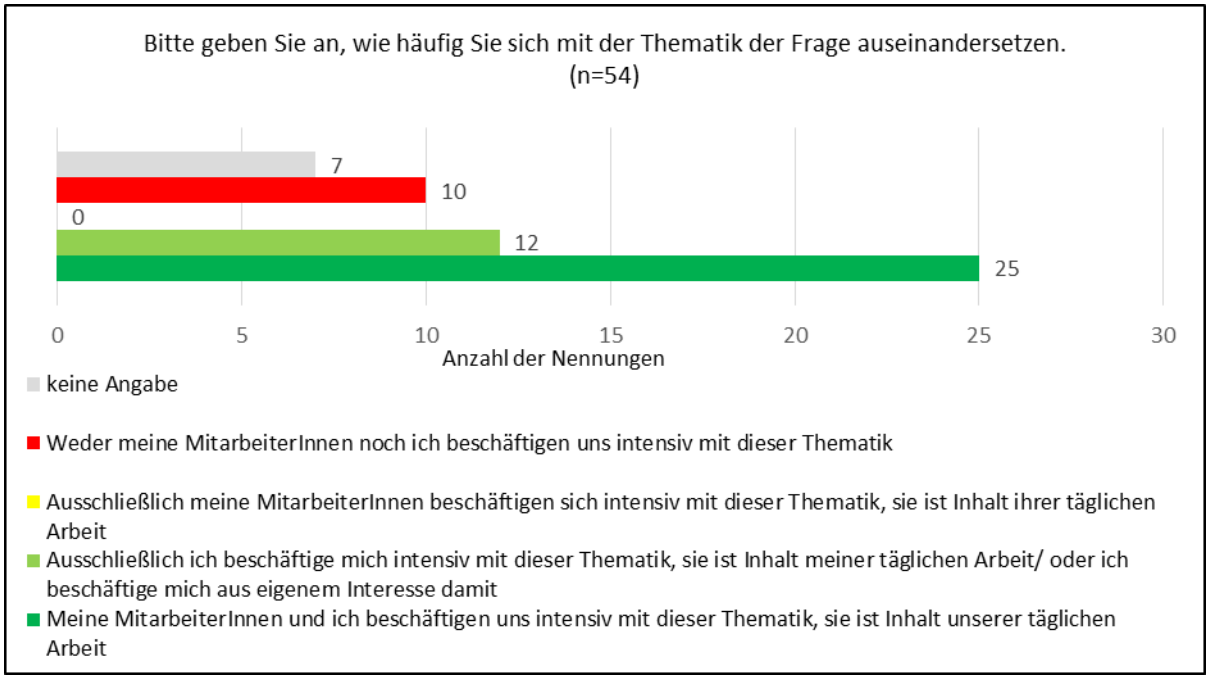
Frage 4: Wie wird sich Ihrer Ansicht nach die Nachfrage nach Angeboten der gesundheitlichen Versorgung für ältere Menschen im Land Bremen für den von Ihnen genannten Sektor entwickeln?

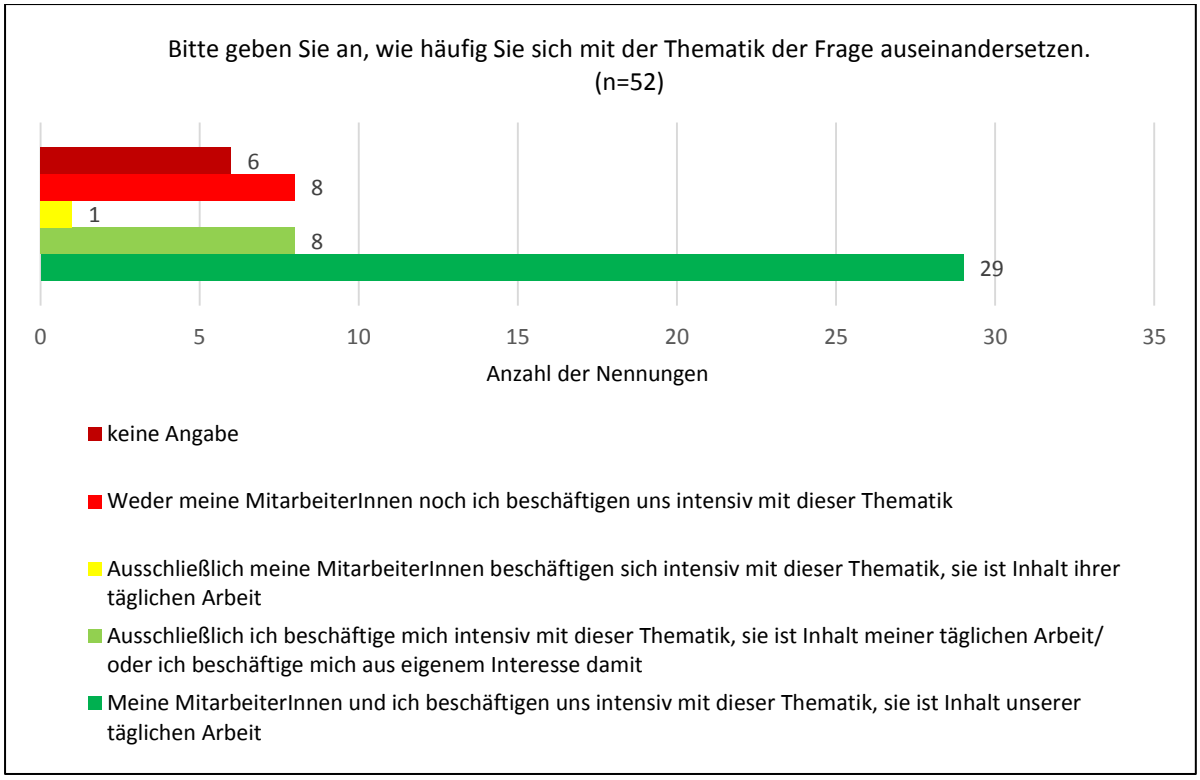




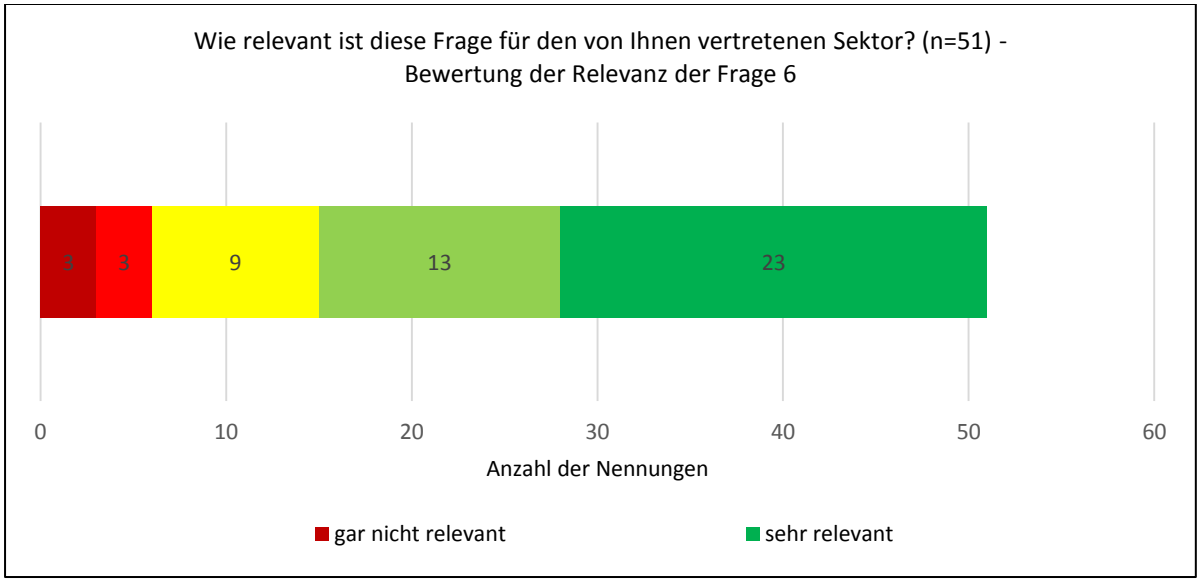
Frage 5: Wenn Sie nun - über Ihren eigenen Sektor hinaus - an alle Sektoren denken, in denen gesundheitliche Versorgung erbracht wird, welche Angebote der gesundheitlichen Versorgung für ältere Menschen im Land Bremen sollten aus Ihrer Sicht zukünftig verstärkt gefördert werden?

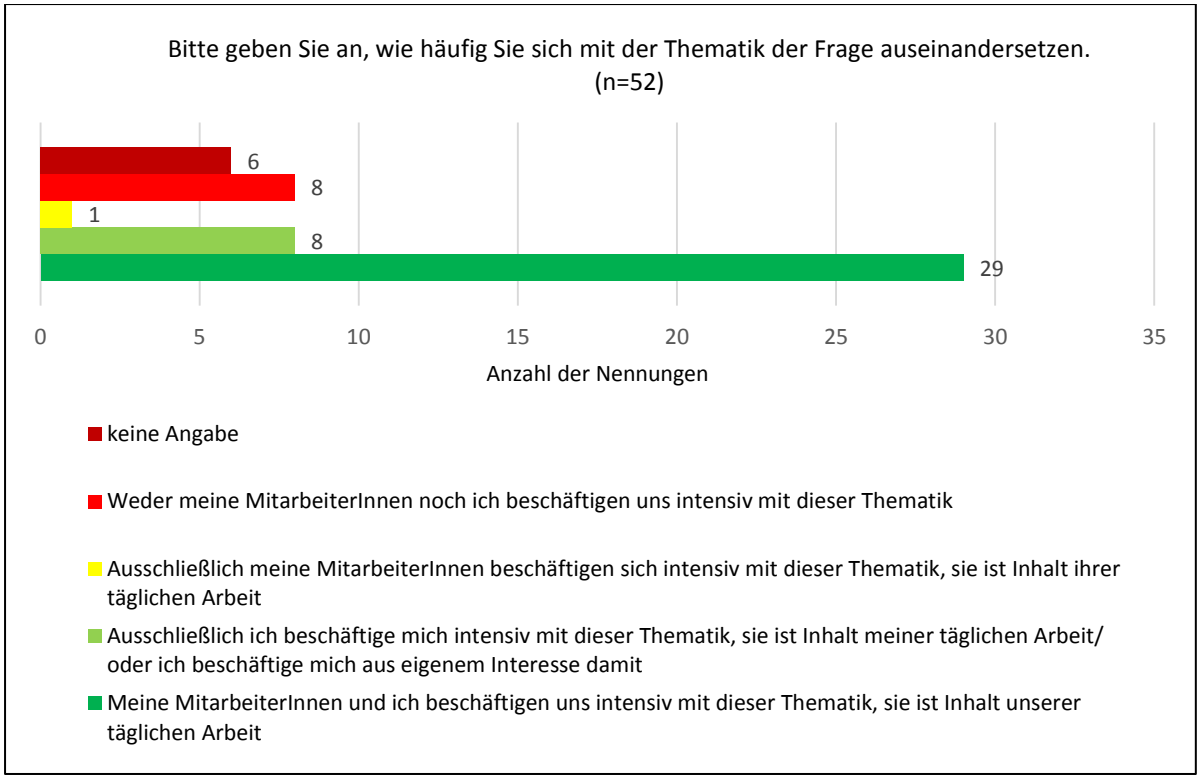




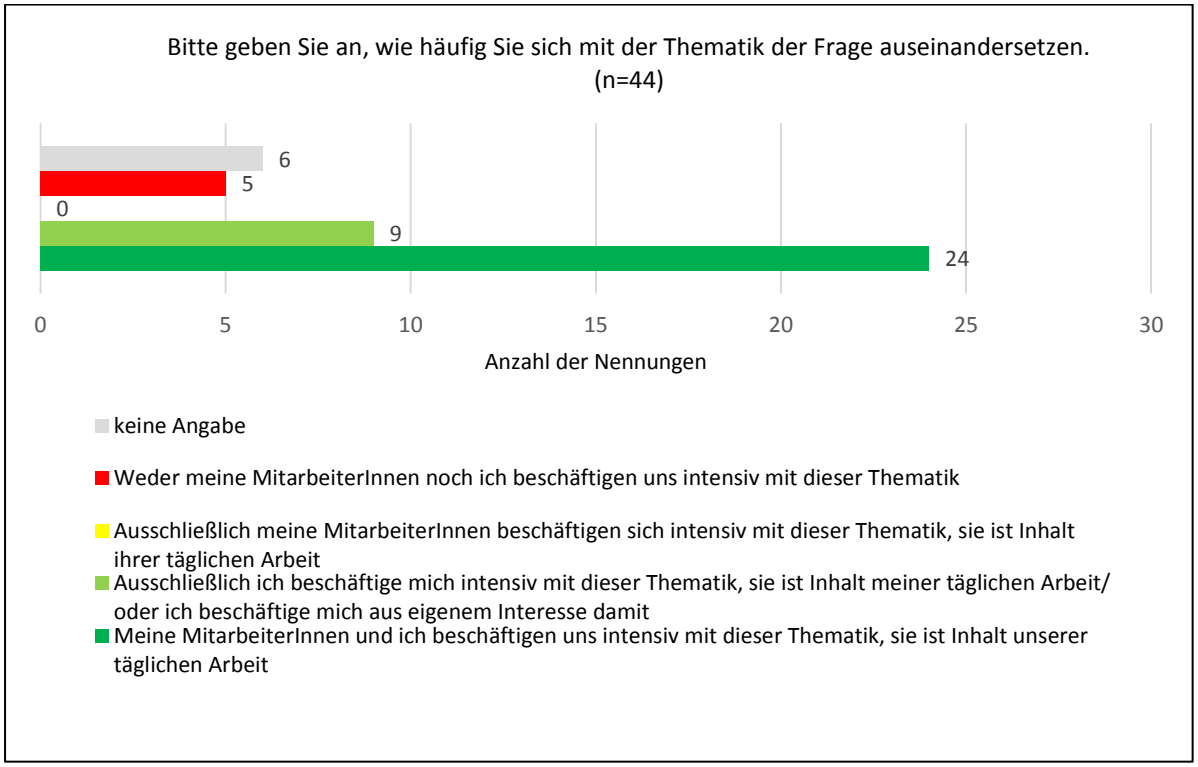


Frage 6: Was sind Ihrer Einschätzung nach die größten Probleme bei der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen im Land Bremen?

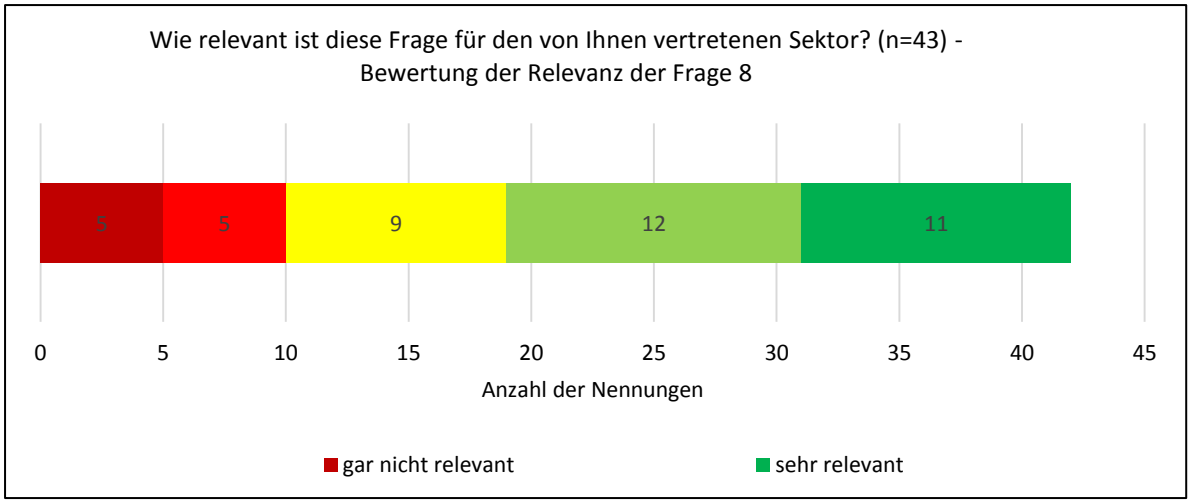


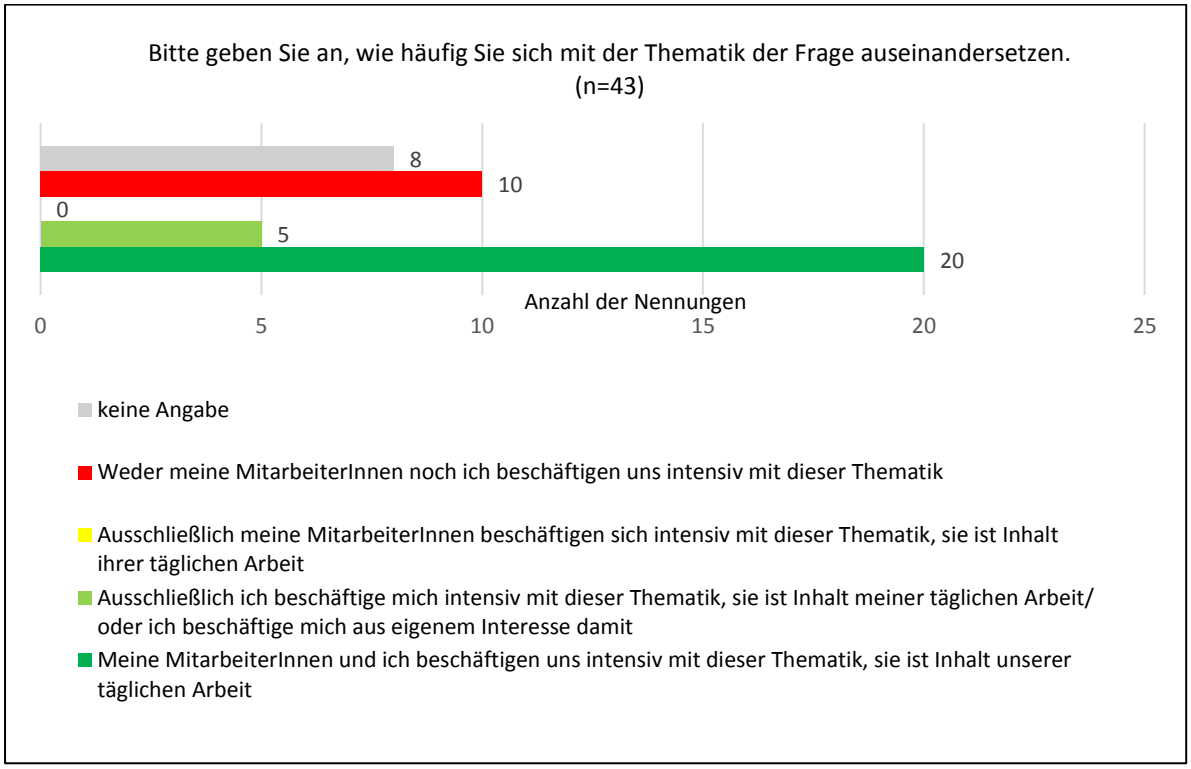


Frage 7: Sie haben verschiedene Probleme als kurz-, mittel- oder langfristig in Angriff zu nehmen eingestuft. Bitte bewerten Sie die Relevanz der kurz-, mittel- oder langfristig zu bearbeitenden Probleme für den von Ihnen vertretenen Sektor.



Frage 8: Was sind Ihrer Einschätzung nach die größten Stärken des Landes Bremen bei der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen?





K.) Einladung zur Teilnahme am Workshop

Universität Bremen

Universität Bremen · **ipp bremen** · Postfach 33 04 40 · 28334 Bremen

ipp bremen
Institut für Public Health und Pflegeforschung
Universität Bremen

Institut für Public Health und Pflegeforschung

Prof. Dr.
Stefan Görres
Mitglied im Direktorium

Fachbereich 11
Human- und Gesundheitswissenschaften

Grazer Str. 4
Raum A2070
28359 Bremen

Telefon (0421) 218 – 68900/68901
Fax (0421) 218 - 68938
eMail sgoerres@uni-bremen.de
www www.uni-bremen.de

Ihr Zeichen: Ihre Nachricht vom: Unser Zeichen: Datum: 08.12.14

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit laden wir Sie ganz herzlich zu unserem Workshop im Rahmen des Forschungsprojektes

„Gesundheitliche Versorgung älterer Menschen im Land Bremen“,

das vom Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen im Auftrag des Senators für Gesundheit des Landes Bremen durchgeführt wird, ein. Wie bereits per Email Anfang des Monats angekündigt findet der Workshop

am 01. Oktober 2014
in dem Zeitraum von 14:00 bis ca. 17:30 Uhr
in der Grazer Str. 2a (HS 0100) statt.

Wir stellen uns einen Workshop vor, in dem Sie als Experte/in mit anderen Expert/innen aus den unterschiedlichen Sektoren der Gesundheitsversorgung ausgewählte Lösungsstrategien zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen diskutieren und entwickeln.

Der Ablauf des Workshops wird im Detail wie folgt aussehen:

Zeitraum/Uhrzeit	**Aktion**
14:00 – 14:15	Begrüßung (Gesundheitssenatorische Behörde und IPP)
14:15 – 14:45	Skizzierung der Ergebnisse aus den beiden Delphi-Befragungen
14:45 – 16:30	Arbeitsphase der Teams (Entwicklung von Strategien)
16:30 – 17:15	Vorstellung, Diskussion der Strategien und Konsensfindung
17:15 – 17:30	Schlussworte und Verabschiedung

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme als Experte/in an diesem Workshop und wir bitten Sie um Ihre **verbindliche Anmeldung per E-Mail an sstiefler@uni-bremen.de bis zum 24. September 2014**

Mit freundlichen Grüßen
Prof. Dr. Stefan Görres

Direktorium
Prof. Dr. Stefan Görres
Prof. Dr. Gabriele Bolte
Prof. Dr. Ansgar Gerhardus

Ipp-Geschäftsstelle:
Heike Mertesacker MPH
(Wissenschaftliche Koordination)

(Sekretariat / Verwaltung)
Telefon (0421) 218 – 68980/-68880
eMail health@uni-bremen.de
www www.ipp.uni-bremen.de

Universität Bremen

So finden Sie zum Workshop:

Lageplan

Bitte beachten Sie auf dem Gelände der Universität die Hinweisschilder **Workshop Forschungsprojekt Gesundheitliche Versorgung älterer Menschen im Land Bremen**

Anfahrt

Anfahrt mit Öffentlichen Verkehrsmitteln

Mit der Straßenbahn ab Hauptbahnhof
Fahren Sie mit der Straßenbahn Linie 6 (Richtung Universität) bis zur Haltestelle "Berufsbildungswerk". Von der Haltestelle sind es noch ca. 10 min Fußweg: Rechts in die Kremser Straße, dann links in die Mary-Astell-Straße (der Vorfahrstr. folgen) abbiegen. Laufen Sie bis zum Ende (Buswendeplatz), dort rechts abbiegen in die Spittaler Straße, am Autohaus vorbei, links in die Grazer Straße einbiegen.

Mit der Straßenbahn ab Flughafen
Mit der Straßenbahn Linie 6 (Richtung Universität) bis zur Haltestelle "Berufsbildungswerk". Fußweg von der Haltestelle: siehe Beschreibung ab Hauptbahnhof.

Mit dem Bus
Buslinie 22 – Endhaltestelle Spittaler Str.

L.) Materialien Workshop

Workshop A „Schnittstellenmanagement“ im Forschungsprojekt *Gesundheitliche Versorgung älterer Menschen im Land Bremen*
01.10.2014
Moderation Fadua El Bouazzaoui

ipp bremen
Institut für Public Health und Pflegeforschung
Universität Bremen

Aus den Antworten des ExpertInnen-Panels der ersten und zweiten Erhebungswelle ließen sich die folgenden Lösungsvorschläge herauslesen. Viele der Vorschläge wurden innerhalb der Befragung nicht näher spezifiziert, sind jedoch als Ideenimpulse hier mit aufgeführt.

Aufbau von Kommunikationsstrukturen • Fallkonferenzen • Qualitätszirkel • Case-Management • EDV-Plattform (Intranet, Gesundheitsnetz) • Verpflichtung der Behörden Informationen in leichter Sprache anzubieten, Empfehlung für Verbände
Kooperation • Regionale geriatrische Versorgungsverbünde (bestehend aus einer geriatrischen Klinik im Zentrum, sowie beteiligten Einrichtungen der Versorgungsregion wie nicht geriatrische Krankenhausabteilungen, Hausärzte, Pflegedienste, Seniorenheime, Therapeuten) • Ausbau Kooperation stationärer Fach- u. Hausärzte (HA) • Sektorenübergreifende Arbeitsgruppen etablieren (nicht näher definiert) • Kompetenzzentrum für Altersmedizin etablieren
Steuerung • Steuerung durch Internetplattform über Case-Management (alle Settings) • Entwicklung einer Steuerungseinheit zur Verwaltung eines Gesamtbudgets um finanzielle Mittel in regionale Verbundsysteme lenkt
Ärztliche Versorgung • Hausärzte behandeln auch stationäre Patienten • Hausarztzentrierte Versorgung
Aufsuchende Beratung • Beratungseinrichtungen: Angebot regelmäßiger, offener Besuchstermine an definierten Treffpunkten
Überleitung • Psychiatrischer Bereich: Implementierung eines Teams, welches während der stationären Phase den ambulanten Bereich miteinbezieht und in beiden Bereichen arbeitet

Workshop A „Schnittstellenmanagement“ im Forschungsprojekt *Gesundheitliche Versorgung älterer Menschen im Land Bremen*
01.10.2014
Moderation Fadua El Bouazzaoui

ipp bremen
Institut für Public Health und Pflegeforschung
Universität Bremen

Diskussionsleitende Fragen für den Workshop:

- Wie beurteilen Sie die genannten Vorschläge? Gibt es aus Ihrer Sicht Ergänzungen?
- Welche Settings, Institutionen oder Personen sind einzubeziehen, um den Vorschlag zu realisieren?
- Wo sollten Verantwortlichkeiten angesiedelt sein?
- Sofern der Vorschlag bestimmte Zielgruppen anspricht, haben Sie Ideen dazu, wie sich diese erreichen lassen?

Schwerpunktfrage: Wie könnte eine inhaltliche Ausgestaltung des Vorschlags aussehen?

Workshop B „Geriatrische Versorgung“ im Forschungsprojekt *Gesundheitliche Versorgung älterer Menschen im Land Bremen*
01.10.2014
Moderation Susanne Stiefler

ippbremen
Institut für Public Health und Pflegeforschung
Universität Bremen

Aus den Antworten des ExpertInnen-Panels der ersten und zweiten Erhebungswelle ließen sich die folgenden Lösungsvorschläge herauslesen. Viele der Vorschläge wurden innerhalb der Befragung nicht näher spezifiziert, sind jedoch als Ideenimpulse hier mit aufgeführt.

Sicherung akutgeriatrischer Versorgung • Zuweisungsmöglichkeiten durch Hausärzte • Geriatrische Tageskliniken • Geriatrisches Screening • Konsiliardienste für alle Kliniken anbieten
Ärztliche Versorgung und Geriatrie • Festes (fach-)ärztliches Personal in Altenpflegeeinrichtungen beschäftigen • Geriatrie als Schwerpunkt der Inneren Medizin aufnehmen
Ausbau von Leistungen • Ausbau stufenweiser Wiedereingliederung durch teilstationäre Leistungen oder Tageskliniken
Kompetenzzentrum • Kompetenzzentrum für Altersmedizin etablieren
Landeszielplanung • ExpertInnengremium zur gemeinsamen Bestimmung: wie sollen sich Versorgungsstrukturen entwickeln?

Diskussionsleitende Fragen für den Workshop:

- Wie beurteilen Sie die genannten Vorschläge? Gibt es aus Ihrer Sicht Ergänzungen?
- Welche Settings, Institutionen oder Personen sind einzubeziehen, um den Vorschlag zu realisieren?
- Wo sollten Verantwortlichkeiten angesiedelt sein?
- Sofern der Vorschlag bestimmte Zielgruppen anspricht, haben Sie Ideen dazu, wie sich diese erreichen lassen?

Schwerpunktfrage: Wie könnte eine inhaltliche Ausgestaltung des Vorschlags aussehen?

Workshop C „Quartier“ im Forschungsprojekt *Gesundheitliche Versorgung älterer Menschen im Land Bremen*
01.10.2014
Moderation Sabine Blom

Institut für Public Health und Pflegeforschung
Universität Bremen

Aus den Antworten des ExpertInnen-Panels der ersten und zweiten Erhebungswelle ließen sich die folgenden Lösungsvorschläge herauslesen. Viele der Vorschläge wurden innerhalb der Befragung nicht näher spezifiziert, sind jedoch als Ideenimpulse hier mit aufgeführt.

Quartiersarbeit • Entwicklung von Konzepten • Qualitätssicherung durch Community Health Nurses • Street Working • Stadtteilbezogene Unterstützung durch Ehrenamt
Seniorengenossenschaften • Prospektives Erwerben der Betreuungszuwendung, Gründung und Planung durch Kulturzentren und Seniorentreffpunkte • Stadtteilbezogene Ansprechpartner für die Organisation • Übergreifende Verwaltung durch Buchhaltung
(Medizinische) Angebote für vulnerable Gruppen • Nicht-versicherte Menschen • Obdachlose • MigrantInnen • Humanitäre Sprechstunde des Gesundheitsamts bedarfsgerecht ausweiten: Integration von EU-BürgerInnen in die Regelversorgung, Gesundheitsamt als med. Gate-Keeper • Einrichtung von Bring-Strukturen • Zuwendung für Altenhilfeeinrichtungen (bezogen auf den Anteil an der Altenbevölkerung im Stadtteil: in einem Stadtteil mit 15 % Anteil Migrantinnen/-en an der Bevölkerung 60+ auch 15 % der Zuwendungen an spezifische Angebote/Ansprache dieser Zielgruppe gebunden werden)

Workshop C „Quartier“ im Forschungsprojekt *Gesundheitliche Versorgung älterer Menschen im Land Bremen*
01.10.2014
Moderation Sabine Blom

ipp bremen
Institut für Public Health und Pflegeforschung
Universität Bremen

Diskussionsleitende Fragen für den Workshop:

- Wie beurteilen Sie die genannten Vorschläge? Gibt es aus Ihrer Sicht Ergänzungen?
- Welche Settings, Institutionen oder Personen sind einzubeziehen, um den Vorschlag zu realisieren?
- Wo sollten Verantwortlichkeiten angesiedelt sein?
- Sofern der Vorschlag bestimmte Zielgruppen anspricht, haben Sie Ideen dazu, wie sich diese erreichen lassen?
-

Schwerpunktfrage: Wie könnte eine inhaltliche Ausgestaltung des Vorschlags aussehen?

Workshop D „Qualifikation und Ausbildung“ im Forschungsprojekt *Gesundheitliche Versorgung älterer Menschen im Land Bremen*
01.10.2014
Moderation Kathrin Seibert

ipp bremen
Institut für Public Health und Pflegeforschung
Universität Bremen

Aus den Antworten des ExpertInnen-Panels der ersten und zweiten Erhebungswelle ließen sich die folgenden Lösungsvorschläge herauslesen. Viele der Vorschläge wurden innerhalb der Befragung nicht näher spezifiziert, sind jedoch als Ideenimpulse hier mit aufgeführt.

Qualifizierung und Fachkräftemangel • Anerkennung von Berufsabschlüssen aus dem Ausland (Absenkung des Sprachniveaus)
Fort- und Weiterbildung (Zielgruppe nicht näher definiert) • Interkulturelle Kompetenzen • Geriatriespezifisches Wissen schulen
Ausbildungssystem (nicht näher definiert) • Erhöhung der Ausbildungsplätze • Finanzierung der Altenpflegeausbildung nach SGB V: bestimmter Beitrag je nach Pflegestufe und Leistung
Kompetenzen bündeln • Kompetenzzentrum für Altersmedizin etablieren

Diskussionsleitende Fragen für den Workshop:

- Wie beurteilen Sie die genannten Vorschläge? Gibt es aus Ihrer Sicht Ergänzungen?
- Welche Settings, Institutionen oder Personen sind einzubeziehen, um den Vorschlag zu realisieren?
- Wo sollten Verantwortlichkeiten angesiedelt sein?
- Sofern der Vorschlag bestimmte Zielgruppen anspricht, haben Sie Ideen dazu, wie sich diese erreichen lassen?

Schwerpunktfrage: Wie könnte eine inhaltliche Ausgestaltung des Vorschlags aussehen?

M.) Übersicht nicht thematisierte Lösungsansätze

Themenschwerpunkt	Nicht weiter diskutierte Ansatzpunkte für die Erarbeitung von Lösungsstrategien
Schnittstellenmanagement	**Bereich Aufbau von Kommunikationsstrukturen** • Verpflichtung der Behörden Informationen in leichter Sprache anzubieten **Bereich Kooperation** • Regionale geriatrische Versorgungsverbünde • Ausbau Kooperation stationärer Fach- u. Hausärzte • Kompetenzzentrum für Altersmedizin etablieren **Bereich Steuerung** • Setingübergreifende Steuerung durch Internetplattform über Case-Management **Bereich ärztliche Versorgung** • Hausarztzentrierte Versorgung **Bereich Überleitung** • Implementierung eines sektorenübergreifenden Teams im psychiatrischen Bereich
Geriatrische Versorgung	**Bereich Sicherung akutstationärer Versorgung** • Geriatrische Tageskliniken • Geriatrisches Screening • Konsiliardienste für alle Kliniken anbieten **Bereich Ausbau von Leistungen** • Ausbau einer stufenweisen Wiedereingliederung durch teilstationäre Leistungen oder Tageskliniken **Bereich Landeszielplanung** • ExpertInnengremium zur gemeinsamen Bestimmung der Entwicklung von Versorgungsstrukturen
Quartier	**Bereich Seniorengenossenschaften** • Prospektives Erwerben der Betreuungszuwendung • Stadtteilbezogene Ansprechpartner für die Organisation • Übergreifende Veraltung durch Buchhaltung **Bereich (medizinische) Angebote für vulnerable Gruppen** • Humanitäre Sprechstunde des Gesundheitsamts ausweiten • Einrichtung von Bring-Strukturen • Zuwendungen für Altenhilfeeinrichtungen
Qualifikation und Ausbildung	**Bereich Ausbildungssystem** • Finanzierung der Altenpflegeausbildung nach SGB V **Bereich Kompetenzen** • Kompetenzzentrum für Altersmedizin etablieren

N.) Weiterführende Lösungsansätze

Weiterführende Lösungsansätze	
Entwicklung von Strategien zur Personalgewinnung, -bindung, -entwicklung und Vermittlung von Wertschätzung und Anerkennung	Politisch gesteuerte Aktivitäten auf Landesebene scheinen nur eingeschränkt, sinnvoll, am ehesten und in Form von langfristig angelegten Kampagnen oder der finanziellen Unterstützung von innerbetrieblichen Projekten zur Erfassung der Bedarfslagen und zur Umsetzung innovativer Ideen der Mitarbeiterbindung, -förderung und –gewinnung, sinnvoll.
Verbesserung der fachärztlichen Versorgung in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege	Langfristige Anpassung des §12 Absatz 2 Punkt 4 BremWoBeG zur Sicherstellung einer einrichtungsinternen oder einrichtungsangegliederten fachärztlichen Betreuung nachgewiesen.
Überarbeitung der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer	Aufnahme der Geriatrie als Schwerpunktbereich der Inneren Medizin.
Überprüfung von Konzepten	Zur sektorenübergreifenden Begleitung von Menschen mit Demenz.
	Zur sektorenübergreifenden Datenspeicherung und des Datenaustauschs.
	Zu Strategien zur Steigerung der Kenntnis älterer Menschen über bestehende Angebote der gesundheitlichen Versorgung und Unterstützungsmöglichkeiten im Quartier.