



16. Landesgesundheitskonferenz NRW.

Entscheidung "Gesundheit im Alter" -
Anforderungen einer älter werdenden
Gesellschaft an das Gesundheitswesen.

November 2007



**Gesundheit im Alter:
Anforderungen einer älter werdenden Gesellschaft an das
Gesundheitswesen**

EntschlieÙung der 16. Landesgesundheitskonferenz

26.11.2007

Kurzfassung

- 1. Handlungsfeld: Prävention und Gesundheitsförderung**
 - 1.1 Prävention und Gesundheitsförderung ausbauen**
 - 1.2 Pflegende Angehörige unterstützen**
- 2. Handlungsfeld: Besondere Versorgungsformen und Bedarfslagen**
 - 2.1 Zusammenarbeit von Pflege- und Gesundheitskonferenzen forcieren**
 - 2.2 Kooperationen im Gesundheitswesen intensivieren**
 - 2.3 Wohnortnahe und flächendeckende ambulante geriatrische Versorgung sicherstellen**
 - 2.4 Krankenhausversorgung anpassen**
 - 2.5 Palliativmedizinische und -pflegerische Versorgung weiterentwickeln**
- 3. Handlungsfeld: Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe anpassen**
- 4. Handlungsfeld: Öffentlicher Gesundheitsdienst NRW**
 - 4.1 Medizinisch-soziale Versorgung älterer Menschen koordinieren**
 - 4.2 Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsinformationen ausweiten**
- 5. Handlungsfeld: „Gesundheit im Alter“ für den Gesundheitspreis NRW 2008 ausschreiben**

Präambel

Der demografische Wandel in Form eines zunehmenden Anteils älterer und hoch betagter Menschen an der Gesamtbevölkerung bedeutet eine große Herausforderung für das Gemeinwesen und die Menschen in Nordrhein-Westfalen. Die Frage nach „Gesundheit im Alter“ wird in den kommenden Jahren aber nicht nur für die älter werdenden Bürgerinnen und Bürger selbst, sondern für die gesamte Gesellschaft von zentraler Bedeutung sein. Höheres Alter ist nicht automatisch gleichbedeutend mit Krankheit, Leiden und Pflegebedürftigkeit, da auch die behinderungs- bzw. krankheitsfreie Lebenserwartung und damit der Anteil der gesunden unter den älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung tendenziell zunehmen wird. Die Eintrittswahrscheinlichkeit von Krankheiten und gesundheitlichen Problemen wächst allerdings mit steigendem Lebensalter. Verantwortungsvolle Lebensführung einerseits und adäquate medizinisch-soziale Versorgung sowie Präventions- und Rehabilitationsangebote andererseits können den individuellen Gesundheitszustand, die Lebensqualität und das Wohlbefinden im Alter nachgewiesenermaßen erheblich beeinflussen.

Der demografische Wandel hat veränderte Anforderungen an die sozialen Sicherungssysteme und das Gesundheitswesen zur Folge. Die rechtzeitige Vorbereitung auf zukünftige Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung ist eine vordringliche gesundheitspolitische Aufgabe, der die Landesgesundheitskonferenz mit dieser EntschlieÙung nachkommt. Eine wesentliche Herausforderung der Zukunft besteht in der Vermeidung und Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen, die einen hohen Hilfe- und Pflegebedarf zur Folge haben. Die Verbesserungspotentiale der Lebenssituation und die Möglichkeiten der Altersmedizin und spezifischen Rehabilitation werden bei älteren Menschen vielfach noch unterschätzt. Eine wesentliche Ursache dafür ist die große Bandbreite des individuellen Alterungsprozesses, die vom kalendarischen Alter nur unzureichend abgebildet wird.

Zu den dominanten Gesundheitsproblemen im höheren Lebensalter gehören chronische Krankheiten (insbesondere Herz-Kreislauf-Krankheiten, Stoffwechselerkrankungen, Muskel- und Skelettkrankheiten), Multimorbidität, Behinderungen und psychische Erkrankungen. Vor allem demenzielle Erkrankungen und depressive Störungen nehmen zu. Eine besondere Problematik stellen außerdem Suchtkrankheiten und hier insbesondere Medikamentenabhängigkeiten im Alter dar. Insgesamt wird die Bedeutung von Akuterkrankungen abnehmen und das Management komplexer chronischer Erkrankungen und der Multimorbidität an Bedeutung gewinnen. Von zentraler Bedeutung sind dabei die Erwartungen älterer und alter Menschen an eine selbstbestimmte Lebensführung und individuelle Lebensqualität. Vor diesem Hintergrund sollte der Zugang zu allen Beratungs- und Behandlungsangeboten barrierefrei gestaltet sein.

Die Gesundheitschancen sind in der Bevölkerung sozial bedingt ungleich verteilt. Gesundheitsbezogene Interventionen müssen folglich auch bei älteren Menschen die geschlechts- und schichtenorientierte Sichtweise berücksichtigen.

Eine Herausforderung an das Gesundheitssystem wird auch die Versorgung von älteren Menschen mit Zuwanderungsgeschichte sein. Diese Bevölkerungsgruppe wird in NRW aufgrund der früheren Zuwanderungswellen künftig stark anwachsen. Die Angebote der gesundheitlichen Versorgung werden von Zugewanderten oftmals nur bedingt in Anspruch genommen. Ursachen hierfür sind Sprachprobleme und unzureichende Informationen über das Gesundheitssystem und seine Leistungen, aber auch kulturelle und religiöse Aspekte, die eine unterschiedliche Wahrnehmung von Körper, Gesundheit und Krankheit und eine andere Haltung zu Therapie und Pflege bedeuten können. Der Abbau von Zugangsbarrieren zu den Versorgungsangeboten und ihre interkulturelle Öffnung ist eine Querschnittsaufgabe in allen Handlungsfeldern.

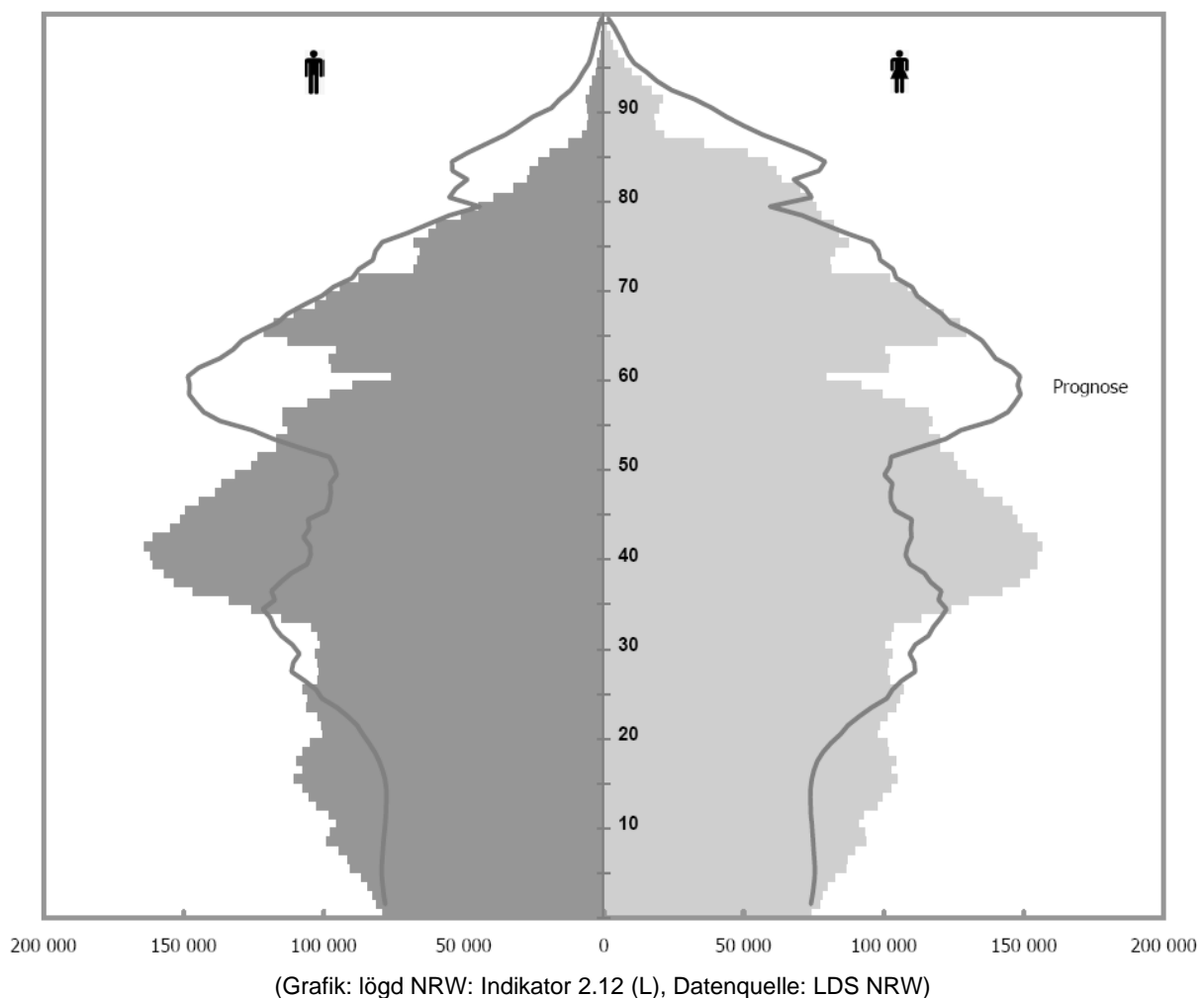
In Kenntnis dieser Ausgangslage spricht sich die Landesgesundheitskonferenz dafür aus, dass die gesundheitliche und pflegerische Versorgung älterer Menschen nicht aus Gründen des Alters, der Art der Erkrankung oder aus sonstigen wirtschaftlichen Erwägungen heraus eingeschränkt wird. Die Landesgesundheitskonferenz (LGK) hält es mit Blick auf ein zunehmend wettbewerblich geprägtes Gesundheitssystem für bedeutsam, evtl. entstehenden Folgewirkungen für die Versorgung älterer Menschen frühzeitig entgegen zu treten. In der dazu notwendigen Analyse kann die Versorgungsforschung in NRW in besonderer Weise Antworten liefern.

Mit der vorliegenden EntschlieÙung greift die LGK auch im Kontext der Gesundheitsziele NRW 2005 – 2010 prioritäre Handlungsfelder auf und gibt Umsetzungsempfehlungen. Die Gesundheit alter Menschen ist bereits bei der Verabschiedung der Gesundheitsziele NRW 2005 – 2010 explizit als ein Querschnittsthema benannt worden, das bei der Konkretisierung und Umsetzung aller NRW Gesundheitsziele zu berücksichtigen ist. Basierend auf dem Selbstverständnis der LGK verpflichten sich ihre Mitglieder, die Umsetzung der nachfolgenden konsensualen Handlungsempfehlungen aktiv voranzubringen.

Ausgangslage in Nordrhein-Westfalen

Die folgende Abbildung zeigt den aktuellen Bevölkerungsstand in NRW mit rund 18 Millionen Einwohnern und einer Prognose nach Altersstufen und Geschlecht für das Jahr 2025 auf. Aktuell ist die Einwohnerzahl in NRW bereits leicht rückläufig, da die Zahl der Geburten sinkt und die der Sterbefälle zunimmt. Diese Entwicklung wird sich fortsetzen und nach Vorausberechnungen des Landesamts für Datenverarbeitung und Statistik NRW (LDS) zu einem Bevölkerungsrückgang von fast drei Prozent bis zum Jahr 2025 führen¹. Im Anschluss wird sich der Bevölkerungsrückgang noch weiter verstärken.

Die Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen am 31.12.2005 und Prognose für 2025:



¹ LDS NRW (2006) (Hg.). Statistische Berichte: Vorausberechnung der Bevölkerung in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens 2005 – 2025/2050. Düsseldorf, August 2006.

In Zukunft wird sich die Tendenz fortsetzen, dass der Anteil der unter 20-Jährigen sowie der Anteil der 20- bis unter 65-Jährigen abnimmt während der Anteil der 65-Jährigen und Älteren stetig wächst. Der Anteil der unter 20-Jährigen wird dieser Prognose zufolge bis zum Jahr 2025 von 21,1 Prozent auf 17,5 Prozent sinken. Der Anteil der 65-Jährigen und Älteren an der Gesamtbevölkerung steigt nach den Vorausberechnungen von derzeit 18,7 Prozent bis zum Jahr 2050 auf 29,3 Prozent an. Demgegenüber wird sich die Anzahl der 80-Jährigen und Älteren von 2005 bis zum Jahr 2050 nahezu verdreifachen.

Die Veränderungen in der Altersstruktur und Bevölkerungsentwicklung werden voraussichtlich in den kreisfreien Städten und Kreisen in NRW sehr unterschiedlich verlaufen. Entgegen dem Landestrend ergibt sich in der Vorausberechnung bis 2025 in sechs kreisfreien Städten und zwölf Kreisen ein Bevölkerungswachstum. Das ist überwiegend auf positive Wanderungssalden zurückzuführen. Die stärksten prozentualen Zunahmen in der Bevölkerung werden in Aachen (+9,6%), in Bonn (+9,5%), im Rhein-Sieg-Kreis (+8,9%) und in Köln (+8,4%) erwartet. Dagegen wird in 17 kreisfreien Städten und 19 Kreisen die Bevölkerungsgröße zurückgehen. Mit den größten prozentualen Abnahmen wird in Gelsenkirchen (-16,3%), in Hagen (-15,2%), im Hochsauerlandkreis (-12,8%) und in Remscheid (-12,2%) gerechnet. Auf eine Verschiebung in der Altersstruktur zum höheren Lebensalter hin müssen sich jedoch alle kreisfreien Städte und Kreise vorbereiten. Die Alterung der Bevölkerung wird aber in verschiedenen Ausprägungen und Dynamiken stattfinden. Sie lässt sich gut am Altenquotienten (Zahl der 65-jährigen und Älteren im Verhältnis zur Zahl der 20- bis unter 65-Jährigen) ablesen. Dieser Altenquotient wird sich in den kreisfreien Städten von 31,6 im Jahr 2005 auf voraussichtlich 37,1 im Jahr 2025 und in den Kreisen noch stärker von 30,8 auf 42,5 erhöhen. Nach den Prognosen wird im Jahr 2025 die kreisfreie Stadt Köln den niedrigsten Altenquotienten in NRW mit einem Wert von 29,5 und die kreisfreie Stadt Mülheim an der Ruhr dagegen den höchsten mit 49,0 aufweisen. Daten und interaktive Karten können für alle Kreise und kreisfreien Städte in NRW den Indikatoren zur demografischen Struktur und Entwicklung der Bevölkerung entnommen werden, die das Iögd im Rahmen des „Indikatorensatzes für die Gesundheitsberichterstattung in NRW“ im Internet bereitstellt². Die prognostizierten Unterschiede in der Bevölkerungsentwicklung erfordern regionalspezifische Lösungen in der Gesundheitsplanung.

² Der Indikator 2.12 Bevölkerungsprognose, Jugendquotient, Altenquotient liefert auf der Ebene der 54 Kreise und kreisfreien Städte detaillierte Daten u.a. zur Entwicklung des Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung auf der Basis der Bevölkerungsprognose des Statistischen Landesamtes für das Jahr 2025. Der Indikator liegt auch als interaktive Karte vor:

<http://www.loegd.nrw.de/gesundheitberichterstattung/gesundheitsindikatoren/odata/02/02-12-00.html>

Der Indikator 2.3_02 Lebensbaumgrafiken 1980-2025 zeigt anhand animierter Bevölkerungspyramiden auf anschauliche Weise die aktuelle und zukünftige Bevölkerungsentwicklung in allen Altersgruppen kleinräumig für die 54 Kreise und kreisfreien Städte:

<http://www.loegd.nrw.de/gesundheitberichterstattung/gesundheitsindikatoren/odata/02/html/0200302052005.html>

1. Handlungsfeld: Prävention und Gesundheitsförderung

1.1 *Prävention und Gesundheitsförderung ausbauen*

Begründung: Gesundes Altern ist als eine lebenslange Aufgabe zu begreifen. Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung können dazu beitragen, eine hohe Lebensqualität und Selbstständigkeit bis ins hohe Alter zu erhalten, in dem sie die gesundheitlichen Belastungen und Risiken der Menschen reduzieren oder die Gesundheitsressourcen erhöhen. Sie zielen darauf, Krankheiten zu verhüten bzw. frühzeitig zu entdecken, aber auch ihr Fortschreiten zu begrenzen. Genauso wichtig ist es aber auch, z.B. durch rehabilitative Maßnahmen im Sinne der Sekundär- und Tertiärprävention, den Umgang mit gesundheitlichen Defiziten zu erlernen und chronische Erkrankungen zu bewältigen. Maßnahmen zur Prävention können und müssen die spezifischen Bedürfnisse aller Altersgruppen berücksichtigen. Mit zielgruppenspezifischer Prävention wird eigenverantwortliches Handeln in allen Lebenslagen sowie Altersgruppen gefördert. So ist ein frühzeitiges Erlernen gesundheitsfördernder Verhaltensweisen für die Prägung des Gesundheitsbewusstseins (insbesondere bei Kindern und Jugendlichen) von Bedeutung. Ältere Menschen sind u.a. durch ihr Interesse an Maßnahmen zum Erhalt der Lebensqualität zu erreichen. Psychische Faktoren sind auch hier von entscheidendem Einfluss, da sie bei der Bewältigung körperlicher sowie sozialer Veränderungen und Einschränkungen eine unterstützende und stabilisierende Rolle spielen können. Die persönliche Autonomie, die Bindung an persönliche Ziele sowie ein emotionales Wohlbefinden werden als sehr bedeutsam für die subjektive Lebensqualität erachtet.

Viele Forschungsergebnisse der letzten Jahre konnten zeigen, dass der Mobilität älterer Menschen eine wesentliche prognostische Bedeutung für Mortalität, Pflegeabhängigkeit und Lebensqualität zukommt. Ebenso konnte gezeigt werden, dass durch geeignete Maßnahmen die Beweglichkeit älterer Menschen bis ins hohe Alter erhalten oder verbessert werden kann. Darum sollte die Förderung des Erhalts der Mobilität älterer Menschen einen weiteren Schwerpunkt der Aktivitäten darstellen.

Ein weiterer wichtiger Faktor zur Verbesserung der Lebensqualität älterer Menschen ist der Erhalt der eigenen Zähne bis ins hohe Alter. Dies belegt die Mundgesundheitsstudie IV des Instituts der Deutschen Zahnärzte.

Umsetzungsempfehlung: Die LGK empfiehlt, die Präventionsangebote und -strukturen für die Zielgruppe der älteren Menschen auszuweiten und die Potenziale von Gesundheitsförderung sowie primärer, sekundärer und tertiärer Prävention konsequent zu nutzen. Prävention und Gesundheitsförderung müssen prinzipiell frühzeitig einsetzen und kontinuierlich durchgeführt werden. Die Präventionsträger sollten regelmäßig den Bedarf entsprechender Ange-

bote für ältere Menschen als Bestandteil der Leistungsprüfung ermitteln und ihre Präventionsstrategien daran anpassen. Einen trägerübergreifenden Handlungsansatz bilden für Nordrhein-Westfalen Landesinitiativen im Rahmen des Präventionskonzepts NRW. Als gutes Beispiel ist die Landesinitiative „Sturzprävention bei Senioren“ zu nennen. Sie trägt der erheblichen Bedeutung von sturzbedingten schweren Verletzungen wie Hüftfrakturen Rechnung und entwickelt umsetzbare Konzepte zu deren Vermeidung. Die LGK empfiehlt, diese Initiative weiter auszubauen und in die Fläche zu bringen.

Schwere Parodontalerkrankungen bei Erwachsenen und insbesondere bei Senioren bedürfen der besonderen Beobachtung. Zusammenhänge zwischen Parodontopathien und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, Lungenerkrankungen und Magen-Darm-Störungen sind bekannt. Regelmäßige präventive und therapeutische Maßnahmen zur Förderung der Zahngesundheit sind daher erforderlich. Bei Pflegepatienten ist eine von dritter Seite unterstützte Oralhygiene nötig.

Der Gesundheitszustand im Alter wird auch stark durch die vorangegangenen Lebens- und Arbeitsbedingungen determiniert. Mit steigendem Renteneintrittsalter nimmt z.B. die Bedeutung der altersgerechten Ausgestaltung des Arbeitsplatzes und die des betrieblichen Gesundheitsmanagements für ältere Beschäftigte zu. Daher wird an dieser Stelle auf die weitergehenden Umsetzungsempfehlungen der früheren Landesgesundheitskonferenzen von 2006 zur „Erhaltung und Schaffung von Beschäftigungsverhältnissen gesundheitlich eingeschränkter Menschen“ und von 2005 zur „Weiterentwicklung und Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung in Nordrhein-Westfalen“ verwiesen.

1.2 Pflegende Angehörige unterstützen

Begründung: Die Aufrechterhaltung eines selbstbestimmten und als zufriedenstellend empfundenen Lebens in der gewohnten Umgebung ist Wunsch der meisten älteren Menschen. Professionelle Hilfen zur Bewältigung des Alltags setzen in der Regel erst dann ein, wenn alle Möglichkeiten der Selbstversorgung ausgeschöpft sind. Ein Großteil der chronisch kranken und pflegebedürftigen älteren Menschen wird nach wie vor von Familienangehörigen im eigenen häuslichen Umfeld betreut. Die Pflegepersonen sind zumeist weiblich. Ihre Förderung, Qualifizierung, Unterstützung und Entlastung wird zunehmend wichtiger, um eine adäquate Versorgung der Pflegebedürftigen nachhaltig sicherzustellen. Vielfach ist diese Pflegeleistung mit hohen physischen, psychischen und sozialen Belastungen verbunden. Die Grenzen der seelischen und körperlichen Belastbarkeit werden bei Angehörigen ohne Hilfestellung schnell erreicht. Dieses trifft vor allem für die zunehmende Zahl demenziell erkrank-

ter Menschen zu. Hinzu kommt, dass die Wohnverhältnisse häufig aus Unkenntnis nicht den Bedürfnissen der Pflege adäquat angepasst und mit Hilfsmitteln ausgestattet werden. Pflegepersonen tragen durch die Belastungssituation selbst ein höheres Risiko, krank zu werden.

Umsetzungsempfehlung: Die pflegenden Angehörigen brauchen eine stärkere Unterstützung und Beratung durch das soziale, pflegerische und medizinische Versorgungssystem. Für die zunehmend selbst älteren pflegenden Angehörigen ist das Angebot entlastender Maßnahmen wie die Unterbringung der Pflegebedürftigen in einer Kurzzeitpflege, Betreuungsangebote, Gesprächskreise, Pflegekurse etc. weiter auszubauen. Bei der Versorgung durch Angehörige besteht ein Bedarf an Fortbildung, um die Gefahr der Überlastung zu mindern und das Verständnis für das Krankheitsbild zu erweitern. Die Bedürfnisse von betreuenden sowie pflegenden Angehörigen sind stärker in der Entwicklung von Angeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung einzubeziehen. Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheit pflegender Angehöriger wie z.B. Kursangebote „Rückenschule mit speziellem Hebe- und Tragetraining“ sollten verstärkt angeboten werden.

Die LGK empfiehlt, die über die Demenz-Servicezentren geförderten Modellprojektansätze des Landes und der Pflegekassen aufzugreifen und die Hilfsangebote möglichst auch auf andere relevante Krankheitsgruppen zu übertragen (vgl. auch 4.1). Zu den geförderten Modellprojekten zählen:

- Trägerübergreifende Einrichtung von Betreuungsgruppen für Demenzkranke und zur Entlastung pflegender Angehöriger (BEAtE) in Düsseldorf,
- Gerontopsychiatrisches Netzwerk Niederrhein,
- Seniorenbegleitung für Demenzkranke,
- „Stundenweise“ – Pflegenden Angehörige sollen durch ausgebildete Ehrenamtliche stundenweise entlastet werden,
- Bildungsmaßnahme zur „Assistentin im Betreuungs- und Haushaltsbereich“,
- Schulung für Ehrenamtliche/Versorger in FED und FUD (Familienentlastende und -unterstützende Dienste),
- Alt & Jung – Gewinnung und Betreuung von Ehrenamtlichen in der Altenhilfe zur Ergänzung ambulanter Angebote durch alltagsorientierte Hilfen und
- Nachbarschaftshilfe für pflegebedürftige Menschen mit erheblichem Betreuungsbedarf in Bielefeld-Dornberg.

Selbsthilfegruppen von pflegenden Angehörigen bieten darüber hinaus hilfreiche Unterstützung im Umgang mit spezifischen Krankheitsbildern (Alzheimer, Parkinson). Projekte wie „Handeln statt Misshandeln“ (Bonn) und die bei der Landesseniorenvertretung angesiedelte

Landesstelle für pflegende Angehörige „NaHe“ (Nachbarschaft und Ehrenamt) bilden eine Grundlage für den Informationsaustausch und die praktische Unterstützung.

2. Handlungsfeld: Besondere Versorgungsformen und Bedarfslagen

2.1 *Zusammenarbeit von Pflege- und Gesundheitskonferenzen forcieren*

Begründung: Die Intensivierung der Zusammenarbeit der Akteure aus den kommunalen Gesundheitskonferenzen und den kommunalen Pflegekonferenzen kann die Voraussetzungen für die Optimierung der gesundheitlichen Versorgung in den Kreisen und kreisfreien Städten, insbesondere an den Schnittstellen zwischen pflegerischer und gesundheitlicher Versorgung, erheblich verbessern. Gerade die gemeinsame Entwicklung und Umsetzung wohnortnaher Angebote ermöglicht die Berücksichtigung des regionalspezifischen Bedarfs, die Einbeziehung bereits vorhandener Ressourcen und ihre bedarfsgerechte Ergänzung. Dabei ist das Ziel, die Struktur des Angebots der Einrichtungen sowie Dienste der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in der Weise zu vernetzen, dass älteren Menschen an ihren Wohnorten ein auf ihre konkrete Lebenssituation ausgerichtetes Hilfeangebot zur Verfügung steht.

Umsetzungsempfehlung: Die Gesundheitskonferenzen und ihre Arbeitsgruppen können zur Entwicklung und Abstimmung von Handlungskonzepten sowohl auf Landes- als auch auf kommunaler Ebene genutzt werden. Insbesondere an den Schnittstellen zwischen gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung sollte die Kooperation zwischen Gesundheits- und Pflegekonferenzen intensiviert werden. Erfolgreich (z. B. im Rahmen der örtlichen Koordination) umgesetzte Kooperationskonzepte sollten bekannt gemacht und weiter entwickelt werden. Von besonderer Bedeutung für diesen Prozess ist die konkrete Umsetzung der im Landespflegegesetz formulierten Anforderungen an die Beratung Pflegebedürftiger sowie ihrer Angehörigen in den Kreisen und kreisfreien Städten. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass Beratungs- und Versorgungsangebote für ältere und hoch betagte Menschen möglichst niedrigschwellig konzipiert werden und etablierte „Komm-Strukturen“ durch „aufsuchende Informations- und Beratungsangebote“ ergänzt werden. Aufsuchende Angebote sind insbesondere für die Entwicklung eines an den Bedürfnissen allein lebender (und von Isolation bedrohter) älterer Menschen orientierten Hilfearrangements von außerordentlicher Bedeutung (case-management).

Ein zwischen den Akteuren der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sowie der Altenhilfe abgestimmtes und auf die individuellen Bedürfnisse Rat suchender älterer Men-

schen ausgerichtetes Beratungsangebot erleichtert auch die Information und Beratung über Rehabilitationschancen. Dabei sollte auch bei der Entwicklung funktionierender wohnortnaher Netzwerke geriatrischer Rehabilitation auf bereits vorhandenen Strukturen aufgebaut werden. In Anlehnung an das umfassende Projekt der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz werden als Maßnahmenbündel folgende und ähnliche Angebote für NRW empfohlen:

- Informationen über örtliche Versorgungsangebote sowie Hilfestellung zur Inanspruchnahme,
- Anleitung zum Einsatz von Hilfsmitteln und Möglichkeiten der Wohnraumanpassung,
- sozialrechtliche Beratung,
- Hilfestellung bei Aufstellung eines Rehabilitations-, Betreuungs- oder Pflegeplanes,
- begleitende psychosoziale Beratung, auch von Angehörigen und anderen Personen,
- Überprüfung von ungeklärten Notsituationen,
- Fortbildungsveranstaltungen zu Themen der Altersmedizin und Rehabilitation und
- Aufbau und/ oder begleitende Beratung von Laieninitiativen und Selbsthilfe.

2.2 Kooperationen im Gesundheitswesen intensivieren

Begründung: Aufgrund der zunehmenden Singularisierung und fehlenden familiären Strukturen wird ein dichtes sowie abgestimmtes Netz der professionellen Leistungserbringer immer wichtiger. Insbesondere in Gemeinden mit schwächer ausgeprägten Strukturen der Familien- und Nachbarschaftshilfe stellt der steigende Anteil an Menschen mit Hilfebedarf eine große Herausforderung dar. Mangelnde Integration, Kooperation und Koordination sind Schwachstellen unseres segmentierten Gesundheitssystems, unter denen insbesondere multimorbide ältere Menschen leiden. So können beispielsweise chronische somatische Erkrankungen, akute körperliche oder psychische Erkrankungen bei einem Patienten gleichzeitig auftreten. Sie werden vielfach in unterschiedlichen Versorgungsbereichen behandelt, z.B. beim Hausarzt, beim Facharzt (Internist oder Psychiater), beim psychologischen Psychotherapeuten oder im Krankenhaus mit spezialisierten Abteilungen/ Angeboten (z.B. Geriatrie oder Psychiatrie). Notwendig ist daher - z.B. aufgrund unterschiedlicher Medikation – eine sachgerechte Abstimmung zwischen den behandelnden Institutionen und Disziplinen. Multiprofessionelle und integrative Behandlungs- und Betreuungskonzepte können die Selbständigkeit sowie Selbstbestimmung der Patienten sehr unterstützen. Sie können darüber hinaus stationäre Aufenthalte durch die Optimierung der ambulanten Behandlungsprozesse und eine Fehlallokation von älteren Patienten in nicht spezialisierten Fachabteilungen vermeiden helfen.

Umsetzungsempfehlung: In Verbindung mit der zunehmenden Entwicklung von Versorgungsnetzen sind die Übergänge in der Gesundheitsversorgung älterer Menschen vor allem zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten sowie ambulanten Diensten regelhafter und fachlich abgestimmter zu organisieren. Den Hausärzten kommt hier eine besondere Lotsenfunktion zu (vgl. 2.3). Die LGK spricht sich in Umsetzung des § 11 SBG V für ein strukturiertes Versorgungsmanagement zur nahtlosen Überleitung von Patienten vom stationären in den häuslichen Bereich aus. Die Leistungserbringer haben mit Unterstützung der Kostenträger Verantwortung für eine sachgerechte Anschlussversorgung und für eine gegenseitige Übermittlung der notwendigen Informationen. Das Versorgungsmanagement sollte eine umfassende Aufklärung von zu entlassenden Patienten und Angehörigen über ihre zukünftigen Lebensbedingungen, notwendige Pflege und Versorgung sowie vorhandene Angebote enthalten. Ebenso wichtig ist die Verbreitung des Wissens um die Behandlung altersspezifischer Erkrankungen und Probleme.

Die LGK plädiert daher für ein verbessertes Schnittstellenmanagement vor allem

- zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens,
- zwischen Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen und Pflegeheimen,
- zwischen Hausärzten und Fachärzten, insbesondere bei der Behandlung von schweren chronischen Krankheiten,
- an der Nahtstelle zwischen Akutbehandlung und Pflege,
- zwischen niedergelassenen Apothekern und therapievorgebenden Ärzten,
- zwischen den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung in den unterschiedlichen Leistungsbereichen und
- zwischen dem Gesundheitswesen und der Altenhilfe.

Als wegweisend empfiehlt die LGK z.B. den ambitionierten Ansatz des Modellprojekts „Patientenüberleitung in Essen“, das von der Essener Pflege- sowie der Gesundheitskonferenz initiiert wurde, zur Verbreitung in allen nordrhein-westfälischen Kreisen und kreisfreien Städten. Nachahmenswerte Beispiele guter Praxis sind auch das „Regionale Netzwerk Pflege“ im Kreis Aachen, das im Rahmen von INQA (www.inqa-pflege.de) initiiert wird und das „Netzwerk Gesunder Niederrhein“, das zum Ziel hat, gemeinsame Fragestellungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung sowie Prävention zu bearbeiten. Durch eine engere interkommunale Zusammenarbeit im öffentlichen Gesundheitsdienst werden Ressourcen gebündelt und Synergieeffekte genutzt, um gemeinsam Public Health-Programme durchzuführen, die einzelne Kommunen ansonsten nicht erbringen könnten.

Integrierte Angebote, die ambulante, vor- und nachstationäre, teilstationäre, stationäre und rehabilitative Versorgungs- und Behandlungskonzepte einschließen, werden an Bedeutung

gewinnen. Dies erfordert eine enge Verzahnung und Arbeitsteilung zwischen Medizin und Pflege sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich. Einen wichtigen Ansatzpunkt zur Verbesserung der Behandlung insbesondere chronisch Kranker bieten Verträge der integrierten Versorgung nach §§ 140 a ff SGB V. Strukturiert, bevölkerungsbezogen und flächendeckend konzipiert, eröffnet dieses Instrument in der Geriatrie große Chancen für kooperative Behandlungs- und Betreuungsformen. Integrierte Versorgungsangebote können z.B. durch

- Vermeidung unnötiger diagnostischer und therapeutischer Abläufe durch interdisziplinäre Planung von Diagnostik und Therapie,
- Vermeidung unnötiger vollstationärer Krankenhausaufenthalte und
- rationale, evidenzbasierte, an Wirtschaftlichkeitskriterien orientierte Arzneimittelabgabe

zu einer effektiveren sowie effizienteren Versorgung und letztlich auch zur Verbesserung der Lebensqualität insbesondere chronisch kranker älterer Menschen führen.

2.3 Wohnortnahe und flächendeckende ambulante geriatrische Versorgung sicherstellen

Begründung: Der medizinische Fortschritt hat die Möglichkeit der ambulanten Versorgung alter und chronisch kranker Menschen kontinuierlich verbessert. Von entscheidender Bedeutung ist dabei, die „richtige“ Behandlung zur „richtigen“ Zeit am „richtigen“ Ort zu gewährleisten. Zahlreiche Untersuchungen belegen die gesundheitlich stabilisierende Funktion, die das häusliche Umfeld und die gewohnte soziale Umgebung bei alten Menschen erfüllt. Sie brauchen und schätzen nicht zuletzt den Kontakt zu ihrem vertrauten Hausarzt, der sie oftmals in verschiedenen Lebensphasen über viele Jahre begleitet hat.

Vor dem Hintergrund der bestehenden Defizite bei der interdisziplinären sowie intersektoralen Kooperation kommt dem Hausarzt eine besondere Integrations- und Lotsenfunktion zu. Er ist dabei auf eine enge Kooperation und Rückkoppelung mit den ambulant tätigen Gebietsärzten, den behandelnden Ärzten in der Klinik sowie der Pflege und anderen Heilberufen angewiesen (vgl. 2.2).

In diesem Zusammenhang stellt auch die Behandlung mit Arzneimitteln hohe Anforderungen an den behandelnden Arzt. Neben der im Alter in der Regel höheren Anzahl verordneter Medikamente besteht bei älteren Menschen eine besondere Bereitschaft, im Rahmen der Selbstmedikation zusätzliche Medikamente einzunehmen. Das Risiko unerwünschter Arz-

neimittelnebenwirkungen steigt damit überproportional an. Die Erarbeitung von Empfehlungen für die Arzneimitteltherapie im Alter durch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft wird ausdrücklich begrüßt.

Aufgabe der behandelnden Ärzte ist zudem die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs und die Einleitung weiterer Schritte. Zum Erhalt von Mobilität und Selbständigkeit älterer multimorbider Patienten bedarf es einer qualifizierten Rehabilitation. Dabei gilt es, Präventions- und Rehabilitationspotentiale älterer sowie alter Patienten intensiver und systematischer als bislang zu nutzen. Entsprechend dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ und angesichts des verbreiteten Wunsches älterer sowie alter Menschen nach einer Versorgung im vertrauten häuslichen Umfeld sind alle Möglichkeiten einer abgestuften geriatrischen Rehabilitation zu nutzen.

Entscheidend für eine qualitätsgesicherte ambulante geriatrische Versorgung wird sein, dass die Voraussetzungen für den Erhalt einer flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung auch in Zukunft erhalten bleiben. Vereinzelt gibt es bereits heute in ländlichen Gebieten Engpässe in der hausärztlichen Versorgung, die sich aufgrund der Altersstruktur der Hausärzte in den kommenden Jahren verschärfen werden. Medizinische Versorgungszentren sowie überörtliche Gemeinschaftspraxen sind unter dem Aspekt der kooperativen ärztlichen Berufsausbildung grundsätzlich positiv zu bewerten. Nach den bisherigen Erfahrungen wird sie jedoch fast ausschließlich in Städten und Ballungszentren etabliert und begünstigen damit die räumliche Konzentration der Versorgung.

Umsetzungsempfehlung: Die LGK empfiehlt,

- den Ausbau integrativer Versorgungsansätze für ältere Menschen mit dem Ziel einer bevölkerungsbezogenen flächendeckenden Versorgung,
- den Ausbau der geriatrischen Rehabilitation sowie die Etablierung von Standards integrierter Versorgungsabläufe unter Beachtung des Grundsatzes ambulant vor stationär,
- Engpässen in der hausärztlichen Versorgung, insb. im ländlichen Raum, frühzeitig entgegen zu wirken.

2.4 Krankenhausversorgung anpassen

Begründung: Die stationäre Krankenhausversorgung ist ein wichtiger Bestandteil der medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Der Bedarf an stationären Versorgungsleistungen

wird wesentlich durch die sich kontinuierlich verändernden Rahmenbedingungen beeinflusst. Krankenhausversorgung und -planung müssen sich diesen Veränderungen anpassen.

Einfluss auf die stationäre Versorgung haben neben der demografischen Entwicklung der medizinische, der medizintechnische und der pharmakologische Fortschritt, die ärztliche und pflegerische Leistungsfähigkeit, die Struktur des Gesundheitswesens sowie die Entwicklung der Krankheitskosten und deren Finanzierungsgrundlagen.

Durch die demografische Entwicklung und den damit verbundenen Anstieg der Zahl älterer Menschen werden die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen und die Zahl der Behandlungsfälle älterer Menschen in den Krankenhäusern deutlich zunehmen. Die Zahl der Behandlungstage kann sich dadurch ebenfalls wesentlich erhöhen. Auch der Umfang des Pflegeaufwands von Patienten in den Krankenhäusern wird zunehmen.

Eine stationäre Behandlung älterer Menschen erfolgt vor allem wegen chronisch-degenerativer Erkrankungen, Herz-Kreislauf- und Tumorerkrankungen sowie Erkrankungen des Nervensystems. Vielfach leiden ältere und alte Patienten darüber hinaus unter psychischen Erkrankungen wie Depression oder an Demenzerkrankungen.

Für ältere Patienten ist typisch, dass die Krankheitsbilder von mehreren, gleichzeitig nebeneinander auftretenden Erkrankungen bestimmt werden, die sich wechselseitig bedingen können und eine hohe Pflege- und Behandlungsexpertise erfordern.

Die durch den demografischen Wandel bedingte Zunahme alter, multimorbider und chronisch kranker Patienten stellt die Krankenhäuser vor deutlich veränderte Anforderungen an die Versorgung und Behandlung dieser Patienten.

Vor allem bei Aufnahmen in somatischen Fachabteilungen werden Demenz als Nebenerkrankung und die besonderen Probleme einer Multimorbidität häufig noch zu wenig beachtet. Für eine adäquate Versorgung werden entsprechende Rahmenbedingungen benötigt.

Viele ältere Patienten befinden sich in ihrer letzten Lebensphase im Krankenhaus und versterben häufig auch dort. Hier gilt es, durch entsprechende Versorgungsstrukturen und -formen Unter- und Fehlversorgung vorzubeugen und bedarfsgerechte Angebote vorzuhalten. Neben medizinischen und pflegerischen Aspekten ist insbesondere dem Wunsch der meisten Menschen, die sich dem Lebensende nähern, zu Hause sterben zu können, Rechnung zu tragen (vgl. 2.5).

Alle diese Entwicklungen müssen in der Krankenhausplanung sowie im Hinblick auf die Ausgestaltung des Leistungsspektrums der einzelnen Krankenhäuser, z. B. durch ortsnahe Angebote von geriatrischen Fachabteilungen berücksichtigt werden. Benötigt wird hier eine nach klaren Kriterien strukturierte Versorgungslandschaft, die es ermöglicht, multimorbide psychisch kranke ältere Patienten möglichst schnell und effektiv nach altersmedizinischen Konzepten zu behandeln.

Umsetzungsempfehlung: Die stationäre Versorgung soll geriatrische Fragestellungen stärker in den Blick nehmen.

Die LGK rät zur

- Interdisziplinarität und sektorübergreifenden Versorgung,
- verstärkten Einrichtung geriatrischer Fachabteilungen und Berücksichtigung gerontopsychiatrischer Bedarfe,
- Einführung interdisziplinärer Fallkonferenzen,
- vermehrten Nutzung geriatrischer und gerontopsychiatrischer Konsile (bzw. Liaisondienste),
- besseren Abstimmung der Medikation zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen,
- vermehrten Beschäftigung geriatrisch ausgebildeter Ärzte in Krankenhäusern und
- Steigerung der Qualität aller Professionen durch verstärkte Fortbildungsangebote.

2.5 Palliativmedizinische und -pflegerische Versorgung weiterentwickeln

Begründung: Patientinnen und Patienten mit progredienten, nicht heilbaren und weit fortgeschrittenen Erkrankungen leiden häufig unter starken Schmerzen und anderen Begleitscheinungen wie Übelkeit, Atemnot oder Verwirrtheit. Die Lebensqualität dieser Menschen kann zudem durch psychische sowie soziale Belastungen stark beeinträchtigt werden.

Für ein an den spezifischen Bedürfnissen schwer Kranker ausgerichtetes Versorgungsangebot und dessen Vernetzung werden derzeit die Grundlagen gelegt.

Nach § 37 SGB V erhalten die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem 1. April 2007 einen eigenständigen Anspruch auf eine „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“. Die Konkretisierung des Leistungsinhalts erfolgt noch durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der die Richtlinien unter Berücksichtigung der Leistungsmöglichkeiten der ambulanten Leistungsanbieter festsetzt.

Umsetzungsempfehlung: Die palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung ist in NRW sowohl in quantitativer wie auch qualitativer Hinsicht weiter auszubauen. Im Sinne des „Rahmenprogramms zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in NRW“ sind die Strukturen sowie die Versorgungsabläufe weiter zu optimieren und multidisziplinäre Netzwerke zu bilden. Für eine optimale, den Bedürfnissen schwerstkranker und sterbender Menschen entsprechende Palliativversorgung kommt es in besonderer Weise auf die Organisation integrativer Versorgungsabläufe, auf die Vernetzung ambulanter und stationärer Hospiz- und Palliativeinrichtungen sowie auf ein abgestimmtes Zusammenwirken ärztlicher, pflegerischer, psychosozialer und seelsorgerischer Betreuung, Behandlung und Begleitung an. Wichtig ist vor allem die Kooperation von Haus- und Fachärzten, qualifizierten Palliativärzten, ambulanten palliativpflegerischen Diensten und ambulanten Hospizdiensten sowie weiteren Akteuren und Einrichtungen wie stationäre Hospize, Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser in einem regionalen, multiprofessionellen Netzwerk. Diesen Erfordernissen entsprechen die aktuellen Landesaktivitäten; sie bilden eine gute Ausgangslage für die Umsetzung des § 37b SGB V mit der spezialisierten palliativmedizinischen Versorgung. Die Bundesebene ist bei der Ausgestaltung zu unterstützen.

Außerdem ist das ehrenamtliche Engagement der Hospizbewegung in der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung besonders zu fördern.

Einen wichtigen Schritt zur Verbesserung der ambulanten palliativmedizinischen sowie –pflegerischen Versorgung sieht die LGK in den Palliativverträgen, die die Vertragspartner mit dem Ziel der Umsetzung des NRW-Rahmenprogramms geschlossen haben. Die LGK empfiehlt den weiteren bedarfsgerechten Ausbau der vorhandenen ambulanten palliativmedizinischen und –pflegerischen Versorgung auf der Basis dieses Rahmenprogramms.

3. Handlungsfeld: Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe anpassen

Begründung: Die Qualifikationen der Leistungserbringer haben einen entscheidenden Einfluss auf die Prozess- und Ergebnisqualität in der Versorgung. Die Angehörigen der Gesundheitsberufe haben sich in Zukunft verstärkt auf den spezifischen Umgang mit bestimmten Patientengruppen wie demenzkranken alten Menschen einzustellen. Aufgrund der beschriebenen Entwicklungen wird die Anzahl dieser Fälle in der Routineversorgung stark ansteigen. Der Kenntnisstand über altersbedingte Erkrankungen, frühzeitige Diagnostik und altersgerechte Behandlungskonzepte wird für die Gesundheitsberufe in Zukunft von großer Bedeutung sein. Ein großer Stellenwert kommt auch der Medikationssicherheit im Alter zu, um unerwünschte Arzneimittelwirkungen zu vermeiden (vgl. 2.3). Ein geeigneter Schritt in die richtige Richtung ist die Aufnahme „Geriatrische Pharmazie“ in die Weiterbildungsordnungen der Apothekerkammern.

Umsetzungsempfehlung: Die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe ist an die Erfordernisse geriatrischer sowie gerontopsychiatrischer Behandlung und Rehabilitation anzupassen. Die geriatrischen und gerontopsychiatrischen Kompetenzen sind in allen versorgungsrelevanten Berufen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich zu stärken. Neben den Ärzten kommt besonders den Pflegekräften eine Schlüsselfunktion zu. Das Pflegepersonal ist neben gerontopsychiatrischen Inhalten auch dahingehend stärker zu qualifizieren, klinische Symptome der Arzneimitteltherapie und zahnmedizinische Belange bei pflegebedürftigen älteren Menschen erkennen zu können. Die bestehenden Curricula der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den verschiedenen Gesundheitsberufen sollten in diesem Sinne überprüft und weiterentwickelt werden. Dabei sind außerdem verstärkt interkulturelle Inhalte aufzunehmen.

Beispiele wie das „Regionale Netzwerk Pflege“ in Aachen zeigen, dass im Zusammenspiel verschiedener Akteure die Pflegekräfte vor Ort erreicht werden können. So gehören Maßnahmen zur Verbesserung der Problemlösungskompetenz und Erweiterung der Handlungsfähigkeit sowie praktische Angebote zur Gesundheitsförderung zum Angebot des Netzwerkes für Pflegekräfte.

4. Handlungsfeld: Öffentlicher Gesundheitsdienst NRW

4.1 Medizinisch-soziale Versorgung älterer Menschen koordinieren

Begründung: Die steigenden Anforderungen einer älter werdenden Gesellschaft bedeuten auch für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) eine wachsende Herausforderung. Dieser hat als „dritte Säule“ des Gesundheitswesens einen gesetzlichen Mitwirkungs- und Koordinationsauftrag für Prävention sowie Gesundheitsförderung. Das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (ÖGDG) verpflichtet die Unteren Gesundheitsbehörden, die „Koordination insbesondere der medizinisch-sozialen Versorgung älterer Menschen“ als eigenständige Aufgabe wahrzunehmen (§23 ÖGDG).

Umsetzungsempfehlung: Der ÖGD wird in Zukunft mit einer stärkeren Bedeutung des gesetzlichen Koordinationsauftrages der medizinisch-sozialen Versorgung älterer Menschen konfrontiert. Um sich dementsprechend einzubringen, kommen in Abhängigkeit vom spezifischen Bedarf der Zielgruppen und vorhandenen Ressourcen wohnortnahe Konzepte in Betracht, zu denen dann jeweils Praxiserfahrungen zu sammeln wären. Dabei ist auch auf die soziale Chancengleichheit für die Nutzung solcher Angebote zu achten. Der Aufbau örtlicher Servicestellen zur Klärung von Versorgungsbedarfen sowie Vermittlung notwendiger Hilfen kann hier einen wichtigen Beitrag leisten.

Als positives Beispiel auf Landesebene ist die Landesinitiative Demenz-Service Nordrhein-Westfalen zu nennen, die als gemeinsame Plattform durch verschiedene Angebote die Versorgung demenziell Erkrankter verbessern und pflegende Angehörige unterstützen will (vgl. auch 1.2).

4.2 Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsinformationen ausweiten

Begründung: Die Gesundheitsberichterstattung enthält periodische Berichte über den Gesundheitszustand der Bevölkerung, bedeutsame Gesundheitsrisiken, erreichte oder angestrebte Strukturmerkmale, Präventions- und Versorgungsziele, Ressourceneinsatz sowie Leistungen und Ergebnisse des Gesundheitswesens. Sie liefert die Basis für gesundheitspolitische Entscheidungen auf Landes- und auch auf kommunaler Ebene. Mittlerweile stehen eine Vielzahl von Datenquellen zur gesundheitlichen Lage und Versorgung älterer Menschen in NRW zur Verfügung. Routinestatistiken des Gesundheitswesens wie Krankenhausdiagnostik, Statistiken zur Pflegeversicherung, Lebenserwartung und Todesursachenstatistik

liegen nach Altersgruppen bis hin zur Altersgruppe „85 bzw. 90 Jahre und älter“ sowohl auf Landes- als auch auf kommunaler Ebene vor. Im „Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder“ werden Indikatoren zur gesundheitlichen Lage wie auch zur Versorgungssituation älterer Menschen (ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen für chronisch Kranke etc.) aufbereitet und jährlich fortgeschrieben.

Neben der Gesundheitsberichterstattung ist ein Ausbau von Aufklärungs- und Beratungsangeboten für die Bevölkerung notwendig, damit Informationslücken über die sogenannten „Alterserkrankungen“, aber auch über die unterschiedlichen Versorgungsformen, geschlossen werden können. Diese Gesundheitsinformationen müssen adressatengerecht aufbereitet und vermittelt sowie einfach zugänglich sein.

Umsetzungsempfehlung: Die durch den demografischen Wandel steigenden Anforderungen an die gesundheitliche sowie pflegerische Versorgung erfordern verbesserte Planungs- und Steuerungsinformationen. Eine systematische Gesundheitsberichterstattung sollte konzeptionell nicht nur Informations- und Orientierungsfunktion bieten, sondern in Hinblick auf die oben genannten gesundheitsrelevanten Themen die Kooperation fördern, Akteure motivieren und zu Aktivitäten anregen sowie die Öffentlichkeit informieren.

Die LGK befürwortet die konsequente Fortsetzung der begonnenen Schwerpunktberichterstattung in Form von Sonderberichten für das Land NRW. Auch die Kommunen sind aufgerufen, die Gesundheitsberichterstattung - soweit noch notwendig - auszubauen. Darüber hinaus sollten die vom Iögd vorgehaltenen Daten zur Häufigkeit bestimmter Erkrankungen in den verschiedenen Altersgruppen und die Bevölkerungsprognose des LDS genutzt werden, um die durch den demographischen Wandel zu erwartenden Zunahmen von Alterserkrankungen wie z.B. Demenzerkrankungen oder Hüftfrakturen – auch auf kommunaler Ebene – in erster Näherung für die Zukunft abzuschätzen. Mithilfe von Daten telefonischer Gesundheitsbefragungen wird es künftig möglich sein, die sogenannte „gesunde Lebenserwartung“, ergänzend zur „mittleren Lebenserwartung“ für NRW zu berechnen und anhand dieser Indikatoren wichtige Hinweise zur Entwicklung der Lebensqualität im Alter zu geben.

Die LGK hält es für notwendig, das von ihr initiierte Netzwerk Patientenberatung NRW weiterzuentwickeln, um Informations- und Beratungsangebote für Bürgerinnen und Bürger niedrigschwellig, zielgruppenadäquat sowie themengenau zugänglich zu machen.

5. Handlungsfeld: „Gesundheit im Alter“ für den Gesundheitspreis NRW 2008 ausschreiben

Begründung: Die Landesinitiative „Gesundes Land NRW“ zeigt neue Ansätze der gesundheitlichen Versorgung auf, macht sie medial bekannt und vergibt Preisgelder. Herausragende Projekte werden mit dem Gesundheitspreis NRW durch den Gesundheitsminister des Landes NRW ausgezeichnet. Dadurch werden positive Effekte für die Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen ausgelöst: Viel versprechende Projekte regen zur Nachahmung an und fördern zugleich die Entwicklung neuer, kreativer Ideen sowie die Netzwerkbildung der Akteure im Gesundheitswesen. Die Ansprechpartner und relevante Projektinformationen werden über die Internetangebote www.gesundheitspreis.nrw.de bzw. die Projektdatenbank www.infoportal-praevention.nrw.de zum Abruf online bereitgestellt.

Umsetzungsempfehlung: Die LGK schlägt vor, die Ausschreibung 2008 zum Wettbewerb „Gesundes Land Nordrhein-Westfalen – Innovative Projekte im Gesundheitswesen“ unter das Schwerpunktthema „Gesundheit im Alter“ zu stellen. Alle Akteure und Projektträger sind aufgerufen, für ihre Projekte guter Praxis einen Antrag auf Aufnahme in die Landesinitiative „Gesundes Land NRW“ und zum Gesundheitspreis NRW zu stellen.