

Optimierung der ambulanten ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen der Altenhilfe

Stand: 19.06.2013

Handlungsempfehlungen der kommunalen
Gesundheitskonferenz und der Pflegekonferenz Münster,
verabschiedet am 19.06.2013

Mitglieder und Gäste der Projektgruppe

Adams, Christine	Sozialamt
Aldejohann, Gilbert	CDU
Dr. Becker, Ralf	Hausärzteverbund Münster e. V.
Dr. Bohn, Andreas	Ärztl. Leiter Rettungsdienst Feuerwehr
Dr. Dieckmann, Petra	Fraktion Bündnis 90/Die Grünen/GAL
Ganser, Beanka	SPD
Hansmann, Ingo	Sprecher Kath. Altenheime
Hendrichs, Jochen	Amtsapotheker
Kleinert, Sabine	AOK NORDWEST
Dr. Lohkamp, Frank	Kassenzahnärztliche Vereinigung WL
Magorsch, Anja	AG Altenheimleitungen MS und Umgebung
Prof. Menke, Marion	Katholische Hochschule NRW
Dr. Nierhoff, Rainer	Kassenärztliche Vereinigung WL
Oberfeld, Stefanie	Ärztelkammer WL
Reidick, Suzanne	Gerontopsychiatrische Beratungsstelle
Prof. Dr. Röttgers, Hanns Rüdiger	Fachhochschule Münster
Schofer, Martin	Kommunale Seniorenvertretung Münster
Dr. Schulze Kalthoff, Norbert	Amt für Gesundheit, Veterinär- und Lebensmittelangelegenheiten
Dr. Stephanblome, Sylvia	Arbeitskreis Alterszahnmedizin der Zahnärztekammer WL (ZÄKWL)
Uhlenbrock, Dietmar	FDP
Wagstaff, Barbara	Sachkundige Bürgerin, DIE LINKE
Wirbelauer, Arnd	AG Altenheimleitungen MS und Umgebung
Koordination und Redaktion Brigitte Kempe Amt für Gesundheit, Veterinär- und Lebensmittelangelegenheiten	Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz 48127 Münster Tel. 02 51/4 92-53 06 E-Mail: gesundheitskonferenz@stadt- muenster.de

Vorwort

Dem Statistischen Bundesamt zufolge werden etwa ein Drittel aller Pflegedürftigen in Deutschland in Pflegeheimen betreut. Ungefähr die Hälfte der Bewohner und Bewohnerinnen ist 85 Jahre und älter. Chronische Erkrankungen und Beeinträchtigungen durch Gesundheitsstörungen sind häufig und meist in Kombination vorhanden. Daraus folgt ein hoher medizinischer und pflegerischer Versorgungsbedarf.

Durch Novellierungen des fünften Sozialgesetzbuches versucht der Gesetzgeber seit einigen Jahren, durch die Möglichkeiten spezifischer Vertragsgestaltungen (§73), das Angebot integrierter Versorgungsformen (§140) oder die direkte Einstellung von Heimärzten (§119) eine adäquate Versorgung sicherzustellen. Verschiedene Studien haben jedoch gezeigt, dass die fachärztliche Versorgung unter dem statistischen Erwartungsniveau liegt (HTA-Bericht 125 des BMG, März 2013). Die Rückmeldungen aus den Pflegeeinrichtungen zeigen, dass dies in Münster nicht anders ist.

Die kommunale Gesundheits- und die kommunale Pflegekonferenz haben in einer gemeinsamen Sitzung im letzten Jahr eine Projektgruppe beauftragt, sich diesem Thema zu widmen und Handlungsempfehlungen für Münster auf den Weg zu bringen.

Der Projektgruppe gelang es mit viel Engagement und Offenheit in der Diskussion, die Problembereiche in der medizinischen Versorgung zu identifizieren. Es wurde aber auch deutlich, dass dem Handeln auf kommunaler Ebene enge Grenzen gesetzt sind. Im Spagat zwischen idealisierten aber unerfüllbaren Wunschvorstellungen und pessimistischem Nihilismus hat die Gruppe einige konkrete Arbeits- und Handlungsempfehlungen ausgearbeitet. Sie basieren ganz wesentlich auf dem gutem Willen und dem Wunsch aller Beteiligten, die Versorgungsqualität in den Pflegeeinrichtungen stetig zu verbessern.

1 Einführung

Die Gesundheitsversorgung von älteren Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen wird immer wieder als verbesserungswürdig angesehen. Gerade Menschen, die in Pflegeheimen leben, benötigen eine gute medizinische Versorgung in ihrem Lebensumfeld. Durch den Ausbau der ambulanten Pflege werden Heimaufnahmen meist erst durch eine deutliche und nachhaltige Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgelöst (Schlaganfallfolgen, Immobilität nach Sturzereignis, fortschreitende Demenz u. ä.). Die Krankheitsbelastung von Menschen im Heim ist deutlich angestiegen.

Des Weiteren ist der Anteil von Heimbewohnerinnen und –bewohnern mit kognitiven Störungen in den letzten Jahren angestiegen. Gleichzeitig ist die Wohndauer erheblich kürzer geworden. Beides führt zu höheren Anforderungen an die menschliche, pflegerische und medizinische Betreuung und deren konzeptionelle Zusammenführung. Neue interdisziplinäre Ansätze einer kontinuierlichen medizinischen Versorgung multimorbider geriatrischer und gerontopsychiatrischer Bewohnerinnen und Bewohner sind erforderlich. Seniorenheime stehen in ihrer Rolle zwischen den Erwartungen einer optimierten medizinischen und pflegerischen Versorgung möglichst auf Krankenhausniveau und der Schaffung bzw. Wahrung von Wohn- und Lebensbedingungen „wie zu Hause“ vor einer oft unlösbaren Herausforderung.

Immer wieder hatte es in der Vergangenheit einzelne Hinweise auf Probleme gegeben. So hat sich z. B. am 17.03.2011 die Heimleitung eines Altenheims in Münster an die Kommission zur Förderung der Inklusion von Menschen mit Behinderungen (KIB) gewandt. Vorrangig wurde beklagt, dass vor allem Fachärzte (hier insbesondere nach Angaben der Pflegeeinrichtungen die Fachrichtungen Dermatologie und Chirurgie) nicht in die Einrichtungen kämen und daher unnötige Krankentransporte und Krankenhausaufenthalte veranlasst worden seien. Dies kann nur teilweise mit der Nutzung medizinischer Apparate erklärt werden, die für die Diagnostik und Behandlung benötigt werden, jedoch nicht vom Arzt mitgeführt werden können. Auch bzgl. der geriatrischen und gerontopsychiatrischen Kompetenz der Ärzte scheint es aus der Sicht mancher Heimbewohner/innen und Einrichtungen Verbesserungsbedarf zu geben.

Dabei ist bekannt, dass gerade für Heimbewohnerinnen und -bewohner angesichts der Multimorbidität und den häufig vorhandenen kognitiven Defiziten Krankenhausaufenthalte mit erhöhten Risiken und Belastungen verbunden sind.

In der gemeinsamen Sitzung von Gesundheitskonferenz und Pflegekonferenz am 16.11.2011 wurde beschlossen, in einer Projektgruppe nach Möglichkeiten zur Verbesserung der ambulanten ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen in Münster zu suchen.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer einigten sich auf das gemeinsame **Ziel:**

Die Erarbeitung von möglichst konkreten und in Münster umsetzbaren Handlungsempfehlungen, die die medizinische Versorgung und damit auch die Lebensqualität von Pflegeheimbewohnerinnen und –bewohnern im Rahmen der vorhandenen Rahmenbedingungen optimieren.

In der Diskussion wurden auch Teilziele formuliert:

- Verbesserung der Alltagskommunikation zwischen Arztpraxen und Altenheimen
- Vereinfachung bzw. Abschaffung der Praxisgebühr (inzwischen bundesweit abgeschafft)
- Verbesserung der Honorierung für Leistungen von Ärzten in Heimen
- Entlastung von bürokratischen Aufgaben für Altenheime
- Erhöhung der Möglichkeit zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten z. B. durch abgestimmte Behandlungspläne bei schweren Erkrankungen, deren Verlauf absehbar ist
- Vereinfachung der Gabe von Bedarfsmedikation durch die Aufhebung der gesetzlichen Pflicht zur bewohnerbezogenen Bevorratung
- Verbesserung der personellen Ausstattung von Altenheimen durch Anhebung des Orientierungswertes bzw. der Personalschlüssel (Berechnung der Anzahl der benötigten Pflegekräfte in Abhängigkeit von Bewohnerzahl und Pflegestufen) wegen veränderter Belegungssituation und Versorgungsbedarfe
- Verbesserung der Aus- und Fortbildung für Pflegefachkräfte und Ärzteschaft zu spezifisch geriatrischen und gerontopsychiatrischen Problemen
- Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit
- Verbesserung der Mund- und Zahngesundheit
- Reduktion des Schmerzaufkommens

Während der Beratungen der Projektgruppe hat der Bundesgesetzgeber mit der Änderung des § 119b Sozialgesetzbuch V durch das Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG) die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband verpflichtet, bis spätestens 30.09.2013 Anforderungen für eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen zu vereinbaren.

Der GKV-Spitzenverband und die **Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung** haben die Verhandlungen bereits abgeschlossen. Es wurde die bundeseinheitliche Regelung getroffen, dass die Krankenkassen ab 01.04.2013 Hausbesuche von Zahnärzten in Pflegeeinrichtungen bezahlen. Der Bewertungsausschuss Zahnärzte und Krankenkassen wird die genaue Beschreibung neuer Leistungen und ihre Honorierung vornehmen.

2 Hauptziel:

Die medizinische Versorgung und damit auch die Lebensqualität von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern in Münster ist im Rahmen der vorhandenen Rahmenbedingungen optimiert.

Um diese Handlungsempfehlungen zu erarbeiten, hat sich die Projektgruppe bemüht, alle Beteiligten an einen Tisch zu bringen. Über die Facharztinitiative Münster ist es leider nicht gelungen, einen Experten oder eine Expertin aus dem Bereich der Fachärzteschaft (mit Ausnahme der Zahnärzte) zur Mitarbeit zu bewegen.

Durch die Beteiligten wurden aus der jeweiligen Sicht verschiedene Schwerpunkte in

die Arbeit eingebracht, wo Verbesserungen erzielt werden müssten:

Die Kommunale Seniorenvertretung weist auf eine notwendige Einbeziehung der Betroffenen und Angehörigen hin.

Der Vertreter der niedergelassen Hausärzteschaft sieht in der Verbesserung von Koordination und Kooperation große Vorteile.

Die Vertreter der Altenpflegeeinrichtungen sind mit jedem kleinen Schritt zufrieden, der die Zusammenarbeit von Medizin und Pflege zum Wohle der Bewohnerschaft erleichtert.

Die Gerontopsychiatrische Beratungsstelle legt Wert darauf, dass bei gerontopsychiatrisch erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern (z. B. bei herausforderndem Verhalten) vor einer medikamentösen Versorgung grundsätzlich der psychosoziale Aspekt berücksichtigt wird.

Die Wissenschaft möchte gerne Forschungsprojekte durchführen, die bestehende Konzepte erproben und weiterentwickeln würden.

In den Handlungsempfehlungen konnten diese Aspekte aufgegriffen werden.

2.1 Integrierte Versorgungsverträge (IV-Verträge) oder Heimarztmodelle sichern die ambulante medizinische Versorgung in Pflegeheimen

IV-Verträge sind entwickelt worden als Steuerungsinstrument, um die medizinische Versorgung in stationären Altenpflegeeinrichtungen zu verbessern und gleichzeitig die Kosten zu senken. Diese Verträge müssen sich durch erzielte Einsparungen durch vermiedene Krankentransporte und Krankenhausaufenthalte selber tragen. Krankenhauseinweisungen von Heimbewohnern finden häufig am Wochenende oder abends statt, da zu den Zeiten keine Hausärzte zu erreichen sind, um eine gesundheitliche Krisensituation zu klären.

Die AOK hat in Münster nur einen Marktanteil von ca. 25% der gesetzlich Krankenversicherten; das ist weniger als in vielen anderen Städten. In Münster gibt es 33 Heime mit insgesamt ca. 600 AOK-Versicherten, sodass die AOK es trotzdem als lohnend bewertet hat, in Münster den Versuch zu unternehmen, IV-Verträge mit den Heimen zu schließen. Letztendlich hat sie mit dem Hausärzteverbund Münster, dem Evangelischen Krankenhaus und 6 Pflegeeinrichtungen in Münster einen Integrierten Versorgungsvertrag geschlossen. Konkret sind damit nur 19 Versicherte in den Genuss der Vorteile einer solchen Vereinbarung gekommen. Erfahrungsgemäß steigt zwar das Image eines Heimes, wenn es sich an solchen Verträgen beteiligt, einen geldwerten Vorteil hat das Heim bisher aber nicht. Das trifft auch auf beteiligte Krankenhäuser zu. Bisher haben nur die beteiligten Hausärzte einen finanziellen Vorteil. Jeder beteiligte Arzt ist damit durchschnittlich für 3 Einrichtungen zuständig.

Die Evaluation verschiedener Kommunen, in denen schon seit längerem IV-Verträge laufen (z. B. Kreis Lippe und Witten), hat Vorteile für Bewohner und Angehörige ergeben, wie

- Verringerung der Zahl vermeidbarer Krankenhausaufenthalte
- Verbesserte Abstimmung der Medikation unter Beteiligung der Vertragsapotheker
- Ausübung eines Bereitschaftsdienstes durch altersmedizinisch erfahrene Ärztinnen und Ärzte

Aufgrund der relativ großen Anzahl an Heimen in Münster ist die Umsetzung des beschriebenen IV-Vertrages schwierig, da nur eine geringe Anzahl der Heimbewohner je Heim bei der AOK versichert ist. Der Aufwand ist daher nach Einschätzung der Heime zu hoch.

Die AOK hat allen anderen Krankenkassen angeboten, das Konzept für Münster zu übernehmen; es ist bisher noch von keiner angenommen worden. Der Abschluss eines IV-Vertrages zieht nach Auffassung der AOK einen überschaubaren bürokratischen Aufwand bei den Beteiligten nach sich. Die erforderlichen Erst-Beratungsgespräche mit Bewohnern und Angehörigen in den Pflegeheimen sind allerdings nach Meinung der Heime durch diese alleine nicht zu leisten. Hier bietet die AOK Unterstützung an.

Das gute Beispiel des IV-Vertrages zwischen dem Hausärzteverbund und der AOK sollte bekannter gemacht werden. Die bisherigen Verträge sollten ggf. so weiterentwickelt werden, dass der zusätzliche Aufwand für die Pflegeeinrichtungen reduziert werden kann und/oder ein finanzieller Ausgleich für den Mehraufwand gezahlt wird. Anschließend muss bei allen Altenpflegeheimen und Krankenkassen für eine Beteiligung geworben werden.

Ein Heimärztemodell, wie es beispielsweise in Lingen erfolgreich durchgeführt wird, wäre eine weitere Lösungsmöglichkeit. Dabei wird ein speziell weitergebildeter Arzt bei einem Praxisnetz in einer Teilzeitbeschäftigung angestellt und erbringt Leistungen in Form von Hausbesuchen in Vertragsheimen. Der Hausbesuch wird über die jeweilige Hausarztpraxis mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet.

Interessant ist auch ein österreichisches Modellprojekt, welches in der Landeshauptstadt Graz durchgeführt wurde. Dabei gelang es einem „mobilen geriatrischen Konsiliardienst“ die medizinische Versorgung von Heimbewohnern zu verbessern und Krankenhauseinweisungen signifikant zu verringern (Z Gerontol Geriatrie 2012-45:735-741)

Mögliche Lösung durch Verhandlungen mit den Ärzten im Stadtteil: Wer sich an der Versorgung von BewohnerInnen eines Altenheimes als Arzt beteiligen möchte, schließt einen Vertrag mit dem Altenheim und den anderen Ärzten aus dem Stadtteil. Dadurch wird eine Vertretung untereinander gewährleistet.

Neue Einrichtungen haben meistens bereits derartige Verträge geschlossen und bieten einige Ärzte für die Betreuung der BewohnerInnen an.

2.1.1 Handlungsempfehlungen

		An der Umsetzung Beteiligte
IV-Verträge	Die Gesundheitskonferenz fordert alle Krankenkassen auf, ihre Möglichkeiten zum Abschluss von IV-Verträgen mit allen Pflegeheimen zu nutzen. Dabei sind die zusätzlichen organisatorischen Belastungen für die Heime möglichst klein zu halten und/oder finanziell auszugleichen.	Krankenkassen, Altenheime, niedergelassene Ärzte

2.2 Fortbildungen/Weitergabe von Informationen

Der Austausch der beteiligten Berufsgruppen hat deutlich gemacht, dass jede Gruppe eine unterschiedliche Vorstellung von der Arbeit der anderen hat, was oft zu Missverständnissen und mangelnder Kooperationsbereitschaft führt. Ein verbesserter Austausch untereinander z. B. zwischen Pflegekräften und niedergelassener Ärzteschaft bzw. Praxispersonal ist erforderlich. Der umfasst neben der alltäglichen **Kommunikation** der verschiedenen Berufsgruppen die Etablierung regelmäßiger Gesprächskreise („Qualitätszirkel“) und auch die Teilnahme an gemeinsamen (integrierten) fachlichen Fortbildungen.

Ein besonderer Fortbildungsbedarf wird auch im Bereich der **Arzneimitteltherapiesicherheit** gesehen. Durch Hochaltrigkeit und Multimorbidität sind die Bewohner und Bewohnerinnen von stationären Pflegeeinrichtungen in hohem Maße gefährdet, durch ihre Medikation unerwünschte Nebenwirkungen zu erleiden. Nur durch ein gut informiertes Zusammenspiel aller Beteiligten können die Risiken minimiert werden. Auch die Landesgesundheitskonferenz NRW hat sich bereits ausführlich mit diesem Thema auseinandergesetzt und dazu am 22. November 2012 einen 27-seitigen Bericht herausgegeben. Zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Einrichtungen der Langzeitpflege werden u. a. folgende konkrete Umsetzungsempfehlungen gegeben:

- Die Akademien der Ärztekammern, die Apothekerkammern und die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie andere Bildungseinrichtungen bieten den verordnenden Ärztinnen und Ärzten, den heimversorgenden Apothekerinnen und Apothekern und Pflegefachkräften zum Medikationsprozess in Heimen und zu den pharmakotherapeutischen Besonderheiten älterer Patientinnen und Patienten vermehrt adäquate, auch berufsgruppenübergreifende Fort- und Weiterbildungsangebote an.
- Die heimversorgenden Apothekerinnen und Apotheker sowie die behandelnden Ärztinnen und Ärzte überprüfen regelmäßig die Medikation der Heimbewohnerinnen und -bewohner auf arzneimittelbezogene Probleme (z. B. Interaktionen, Überdosierungen, ungeeignete Arzneiformen).
- Die Pflegefachkräfte teilen die bei Heimbewohnerinnen und -bewohnern beobachteten Symptome, die potenziell von Arzneimitteln ausgelöst wurden, sowohl der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt als auch der heimversorgenden Apothekerin bzw. dem heimversorgenden Apotheker in strukturierter Form mit.
- Die an der Arzneimitteltherapie beteiligten Berufsgruppen treffen Vereinbarungen, bei welchen Fallkonstellationen regelmäßige Gespräche zur Arzneimitteltherapiesicherheit stattfinden. Es ist zu prüfen, ob und wie zukunftsweisende Modelle der Arzneimitteltherapiesicherheit in die Qualitätsprüfungen der Pflegeeinrichtungen einbezogen werden können.
- Die Beratung der Pflegefachkräfte durch heimversorgende Apotheken gem. §12a Apothekengesetz (ApoG) sollte praxisnah erfolgen und die Erfahrungen aus der Pflege sowie der Apotheken miteinander verknüpfen, z. B. durch Fallbesprechungen.

- Ärztinnen und Ärzte berücksichtigen bei der Verordnung die besonderen Probleme, die sich aus der Verordnung geteilter Tabletten ergeben können.
- In den Einrichtungen der Langzeitpflege soll darauf hingewirkt werden, dass ausreichend qualifiziertes Personal in diesen Bereichen der Versorgung zur Verfügung steht.

Spezifische Kenntnisse über gerontopsychiatrische Krankheitsbilder werden bei den pflegerischen Fachkräften und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten vorausgesetzt, um eine verstehende Diagnostik und einen adäquaten Umgang mit den Bewohnern und Bewohnerinnen zu entwickeln.

Die Ärztekammer Westfalen hat kürzlich angekündigt, im „Jahr der Demenz 2014“ zahlreiche Veranstaltungen zum Thema „Demenz“ gezielt für Ärztinnen und Ärzte sowie die „umgebenden Strukturen im Gesundheitswesen“ anzubieten. Dabei sollen zahlreiche Kooperationspartner wie die Kassenärztliche Vereinigung, die Hausärzteverbände, die Fachärzte und Krankenhäuser mit einbezogen werden.

2.2.1 Handlungsempfehlungen

Aus den Diskussionen entwickelten sich folgende Handlungsempfehlungen:

		An der Umsetzung Beteiligte
Initiierung eines Forschungsprojektes durch die Katholische Hochschule NRW und die Fachhochschule Münster	<p>Ein Drittmittelprojekt soll seitens der am AK beteiligten Wissenschaftler/innen entwickelt und beantragt werden:</p> <p>Das von Bundes- und Landesministeriums für Gesundheit und GKV-Spitzenverband geförderte Modellprojekt "Referenzmodelle zur qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege" hat u. a. ein praxiserprobtes und evaluiertes Rahmenkonzept für Pflegeeinrichtungen zur "Kooperation mit niedergelassenen Ärzten" veröffentlicht (Infos dazu unter www.mgepa-nrw.de, Suchwort "Referenzmodelle"; pdf-Datei: Referenzmodelle 5). Dies soll Grundlage für ein wissenschaftlich begleitetes Projekt für die Initiierung, Gestaltung/Konzeption, Erprobung und Evaluation einer verbesserten, stadtteilorientierten Zusammenarbeit von stationären Pflegeeinrichtungen und niedergelassenen Ärzten/innen in Münster sein. Das Projekt hat u. a. zum Ziel, eine verbesserte ärztliche Versorgung von Bewohnern/innen durch eine systematische, konzeptionell grundlegende und verbindliche Kooperation der beteiligten Berufsgruppen (Ärzterschaft, Praxisteams, Pflegekräfte und andere Mitarbeiter/innen in Pflegeeinrichtungen) zu erreichen. Eine Refinanzierung des Aufwands dieser stadtteilorientierten und interdisziplinären Arbeitsgruppen für die Ärzteschaft und Pflegeeinrichtungen ist dabei ebenso vorgesehen wie die Refinanzierung der wissenschaftlichen Begleitung.</p>	<p>KatHO NRW, FH Münster, niedergelassene Ärzterschaft, Altenheime, Gesundheitsamt</p>

		An der Umsetzung Beteiligte
Förderung von Fort- und Weiterbildungen:		
Erhöhung der Arzneimittelanwendungssicherheit	Schaffung eines Angebotes zur Weiterbildung zur „Medikationsbeauftragten Pflegefachkraft“	Pflegesschulen und sonstige Fort- und Weiterbildungsstellen, Pflegefachkräfte
Stärkung der geriatrischen und gerontopsychiatrischen Kompetenz bei Ärzteschaft und Pflegekräften	Integrierte geriatrische und gerontopsychiatrische Fortbildungsangebote	Ärzte- und Apothekerkammer, Hochschulen, Pflegeschulen, Gerontopsychiatrische Beratungsstelle
Verbesserung der Mund- und Zahngesundheit von Heimbewohnerinnen und -bewohnern	Fortbildungsangebote für Pflegekräfte	Niedergelassene Zahnärzte, Zahnärztekammer, Pflegekräfte
Förderung der alterspharmazeutischen Kompetenz in den Apotheken	Weiterbildung „Geriatrische Pharmazie“ für Apothekerinnen und Apotheker	Apothekerkammer, Apothekerschaft
Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit und Vereinfachung der Verfahrensabläufe durch Einsatz neuer technischer Möglichkeiten	Ärzte- und Apothekerschaft sollten aufgefordert werden, neue Computer-Programme wie z. B. ordermed.net zu nutzen, die die Rezept- und Medikamentenbestellung vereinfachen.	Gesundheitsamt
	Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte sollte unterstützt werden, da damit die notwendigen Informationen über Vorerkrankungen und Medikamentenverordnungen allen Beteiligten bekannt wären.	Alle Beteiligten

		An der Umsetzung Beteiligte
Maßnahmen zur Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit	Regelmäßige zahnärztliche Sprechstunden bzw. Visiten unter Nutzung mobiler Behandlungseinheiten in Pflegeeinrichtungen	Niedergelassene Zahnärzte, Altenheime
	Inanspruchnahme der „Seniorenbeauftragten“ und „Beratungszahnärzte“ der Zahnärztekammer WL (ZÄKWL) zur systemischen Beratung der Pflegeeinrichtungen	Zahnärztekammer, Altenheime
Verringerung des Schmerzaufkommens in Pflegeeinrichtungen	Verstetigung der Ziele und Maßnahmen des Projektes „Schmerzfreie Stadt Münster“:	Niedergelassene Ärzte, Altenheime, Projekt „Schmerzfreie Stadt MS“ Vertragsapotheker
Quartiersbezogene Öffnung des Qualitätsmanagements	Regelmäßige Qualitätszirkel zur medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung unter Beteiligung aller betroffenen Berufsgruppen, ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer, Bewohner- und Angehörigenvertreterinnen und –vertreter sollten eingerichtet werden.	Initiierung durch interessierte Altenheime ggf. im Rahmen eines geförderten Modellprojektes (s.o.)

		An der Umsetzung Beteiligte
Fortbildung für Fachkräfte und Ärzteschaft zum Umgang mit herausforderndem Verhalten	<p>Fortbildungen für Pflegekräfte und Ärzteschaft zu gerontopsychiatrischen Fragestellungen sollten genutzt werden, um Kenntnisse zu gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern zu erweitern und einen verstehenden und stützenden Umgang mit den erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern zu entwickeln.</p> <p>Die Rahmenempfehlungen des Bundesministeriums (ISSN 1862-1600) zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe sollten bekannt sein. www.bmg.bund.de</p> <p>Hausärzte sollten die Praxisleitlinien zu den Themen Demenz / Depressionen / Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten kennen. Sie sind unter www.demenz-leitlinie.de von der deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin zu finden.</p> <p>Hausärzte sollten frühzeitig Fachärzte in die Behandlung einbeziehen.</p>	Altenheime, Akademie für ärztliche Fortbildung, Gerontopsychiatrische Beratungsstelle
Verstehende Diagnostik vor pharmakologischer Behandlung	<p>Vor dem Einsatz von Psychopharmaka bei Verhaltenssymptomen soll ein psychopathologischer Befund erhoben werden. Die medizinischen, personen- und umgebungsbezogenen Bedingungsfaktoren müssen identifiziert und soweit möglich behandelt bzw. modifiziert werden (Quelle: http://www.dggpp.de/documents/s3-leitlinie-demenz-kf.pdf).</p>	Akademie für ärztliche Fortbildung, Gerontopsychiatrische Beratungsstelle
Interdisziplinäre Fallkonferenzen	<p>Regelmäßige interdisziplinäre Fallkonferenzen, auch unter Mitwirkung der Angehörigen und gesetzlichen Betreuer, sollten dazu beitragen, herausforderndes Verhalten bei Heimbewohnern z.B. Aggressionen, Apathie oder Weglauftendenzen zu verstehen und adäquat zu handeln. So können ggf. Medikamentengaben bei Unruhe, Aggressionen, Apathie überflüssig werden.</p>	Interessierte Altenheime, Angehörigenvertreter, Heimbeirat, behandelnde Ärzte, Gerontopsychiatrische Beratungsstelle

		An der Umsetzung Beteiligte
Einbeziehung der Angehörigen und gesetzlichen Betreuer	Angehörige und gesetzliche Betreuer/innen sollten konsequenter als bislang in die Diagnostik und Therapie einbezogen werden. Sie haben vertiefte Kenntnisse über die Biografie der Bewohnerinnen und Bewohner, die für eine differenzierte Diagnostik und Behandlung hilfreich sein können.	Interessierte Beteiligte, sowie Betreuungsstelle der Stadt Münster