

HESSISCHER GESUNDHEITSPAKT 2.0

FÜR DIE JAHRE 2015 BIS 2018

zwischen

- Kassenärztliche Vereinigung Hessen,
- Landesärztekammer Hessen,
- Junge Hessische Allgemeinmedizin (HESA) e.V.,
- Hessische Krankenhausgesellschaft e.V.,
- Hessischer Apothekerverband e.V.,
- Landesapothekerkammer Hessen,
- Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e.V.,
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.-LG Hessen-
- Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen in Hessen,
- Hessischer Landkreistag,
- Hessischer Städtetag,
- Hessischer Städte- und Gemeindebund e.V.,
- Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt,
- Abteilung Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin der Philipps-Universität Marburg,

und

Hessische Landesregierung

Präambel

1. Initiativen zur Stärkung von sektorenübergreifenden Kooperationen

- a) Regionale Gesundheitsreporte bzw. Versorgungsatlanen als Datengrundlage für regionale Diskussions- und Gestaltungsprozesse
- b) Förderung von regionalen Gesundheitsnetzen bzw. von neuen sektorenübergreifenden Versorgungsformen
- c) Weiterentwicklung der regionalen Gesundheitskonferenzen
- d) Regionale Gestaltungsmöglichkeiten der öffentlichen Hand
- e) Delegation von ärztlichen Leistungen bzw. Zusammenspiel von Delegationskräften mit Pflegekräften der ambulanten Pflege und den ehrenamtlich Tätigen der Seniorenhilfe
- f) Berufsübergreifende Fortbildungen und wechselseitige Schulungen
- g) Kooperation von Alten- und Suchthilfe

2. Initiativen zur Sicherung der ärztlichen und pharmazeutischen Versorgung

- a) Stärkung der hausärztlichen und grundversorgenden fachärztlichen Versorgung in Gebieten mit einem regionalen Versorgungsbedarf
 - (1) Förderung der Famulatur
 - (2) Förderung ausgewählter Wahlfächer im Praktischen Jahr
 - (3) Förderung von zwei Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin
 - (4) Ansiedlungsförderung in (Fach-)Gebieten mit besonderem Versorgungsbedarf
 - (5) Hospitationsmodell
- b) Sicherstellung der medizinischen Versorgung in denprechstundenfreien Zeiten
- c) Abbau von Überversorgung
- d) Medikationsmanagement zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit
- e) Aufbau von Pendel- und Begleitdiensten

3. Initiativen zur Entwicklung und zum Ausbau von eHealth- und telemedizinischen Strukturen in Hessen

- a) Initiativen zum Auf- und Ausbau der Telematik-Infrastruktur
- b) Einführung des Interdisziplinären Versorgungsausweises (IVENA)
- c) Einsatzdokumentation im Rettungsdienst
(Notfall-Informations- und Dokumentations-Assistent)

4. Pflege zukunftsfest gestalten

- a) Pflegemonitor weiterentwickeln
- b) Fachkräftegewinnung
- c) Hessisches Geriatrie-Konzept
- d) Sicherung der pflegerischen Versorgung in ländlichen Regionen
- e) Unterstützung der häuslichen Pflege bzw. von pflegenden Angehörigen

5. Willkommens- und Anerkennungskultur gestalten - bessere gesundheitliche und pflegerische Versorgung von und durch Menschen mit Migrationshintergrund

- a) Verbesserung der Informationsbasis
- b) Interkulturelle Öffnung im Gesundheitsbereich
- c) Willkommenskultur und Integration für ausländische Gesundheits- und Pflege-Fachkräfte

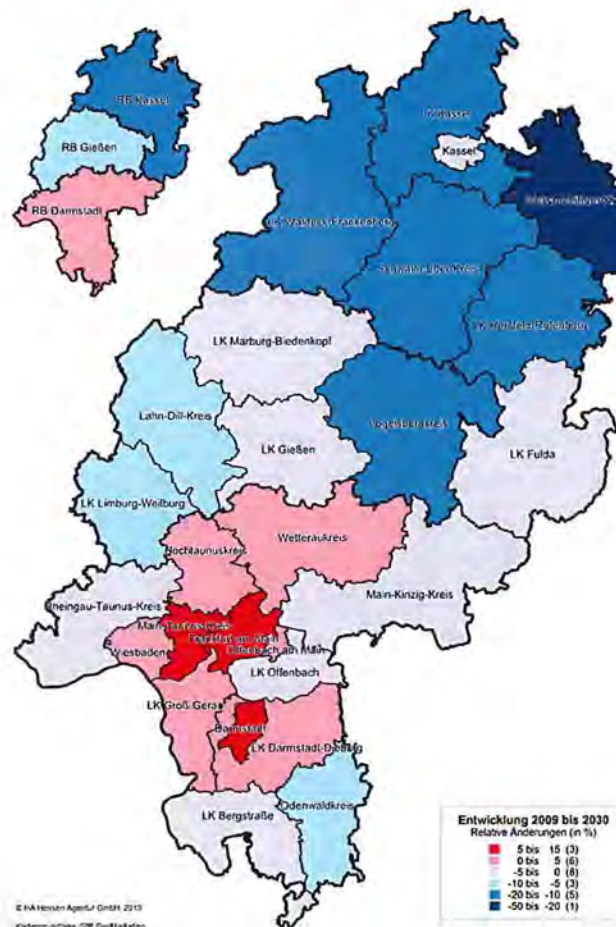
6. Zugang zum Gesundheits- und Pflegesystem für Menschen mit Behinderung

Präambel

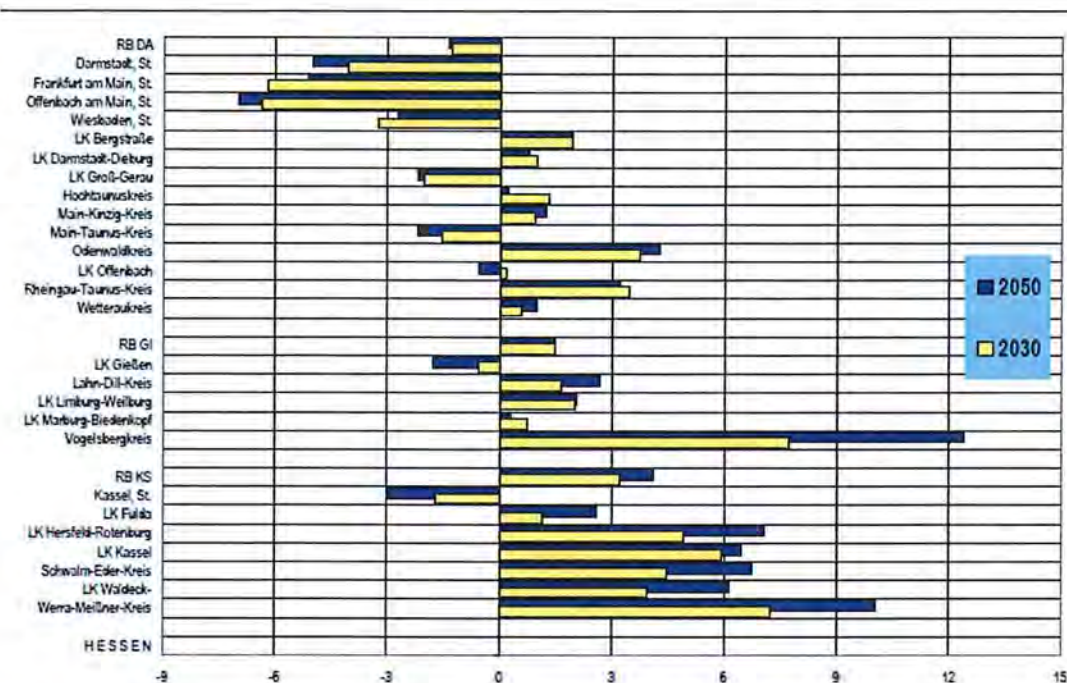
Der demografische Wandel wird sich in den hessischen Regionen in den kommenden Jahren sehr unterschiedlich auswirken:

In Südhessen wird in allen kreisfreien Städten und in den Landkreisen Main-Taunus, Groß-Gerau, Wetterau und Darmstadt-Dieburg die Bevölkerung bis zum Jahr 2030 weiter zunehmen. Den höchsten Bevölkerungszuwachs wird in dieser Zeit die Stadt Darmstadt mit 6,5% haben, gefolgt vom Main-Taunus-Kreis (+5%) und den Städten Frankfurt (+5%), Offenbach (+4%) und Wiesbaden (+3%). Dabei ist die positive Entwicklung in Offenbach weniger als in den anderen Regionen auf Wanderungsgewinne, sondern vor allem auf die junge Bevölkerungsstruktur dieser Stadt zurückzuführen. Mit einem Durchschnittsalter von 41,4 Jahren hat Offenbach die jüngste Bevölkerung aller hessischen Regionen.

In Mittelhessen wird hingegen ebenso wie in Nordhessen bis zum Jahr 2030 in allen Regionen die Bevölkerungszahl abnehmen. Zu den Regionen mit den stärksten Bevölkerungsverlusten zählen die peripher gelegenen Landkreise Werra-Meißner und Hersfeld-Rotenburg in Nordhessen sowie der Vogelsbergkreis in Mittelhessen. Unter Status-quo-Bedingungen fällt der Bevölkerungsrückgang im Werra-Meißner-Kreis dramatisch hoch aus. Im Vergleich zu heute wird die Einwohnerzahl bis zum Jahr 2050 um über 40% zurückgehen.



Im Jahr 2050 wird in Hessen ein Drittel der Bevölkerung 65 Jahre und älter sein. Im Jahr 2009 war es „nur“ ein Fünftel (20%). Der Alterungsprozess der Bevölkerung ist wiederum am stärksten in den eher peripher gelegenen Kreisen Hessens ausgeprägt: Im Vogelsbergkreis und im Werra-Meißner-Kreis werden dann weit über 40% aller Einwohner zu dieser Altersgruppe zählen.¹



Quelle: Berechnungen der Hessen Agentur.

Die aufgezeigten Trends haben maßgeblich Auswirkungen auf die gesundheitliche und pflegerische Infrastruktur in Hessen sowohl im Hinblick auf ein sich qualitativ und quantitativ wandelndes Nachfrageverhalten als auch auf das Alter und die Zusammensetzung der Angebotsseite.

Vor diesem Hintergrund schlossen die wesentlichen Akteure im Gesundheitswesen bereits im November 2011 einen Hessischen Pakt zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung (1. Hessischer Gesundheitspakt), mit dem ein Maßnahmenbündel zur Gestaltung dieses Strukturwandels in den Jahren 2012 bis 2014 gemeinsam umgesetzt wurde. Im Laufe des Jahres 2014 nahmen die Pakt-Partner eine Evaluierung der umgesetzten Maßnahmen vor, um aufbauend auf deren Ergebnisse eine Neubewertung der Versorgungssituation und der Notwendigkeit von weiteren Maßnahmen in den Jahren 2015 bis 2018 vorzunehmen.

Es besteht Konsens, dass eine weitere Zusammenarbeit zur Bewältigung der Demografie bedingten Herausforderungen und zur aktiven Gestaltung des Strukturwandels im Gesundheitswesen notwendig und sinnvoll ist, um auch in Zukunft eine hochwertige, flächendeckende und vor allem bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung sicherzustellen. Die Pakt-Partner beabsichtigen dabei, nicht nur die bisherige, erfolgreiche Zusammenarbeit fortzuführen, sondern auch neue inhaltliche Akzente zu

¹ Hessen Agentur: Bevölkerungsvorausschätzung für die hessischen Landkreise und kreisfreien Städte, Report Nr. 792, Wiesbaden 2010

setzen. Vor dem Hintergrund, dass es in einer alternden Gesellschaft immer mehr Patientinnen und Patienten mit chronischen und mehrfachen Erkrankungen geben wird, die ein paralleles Agieren von Gesundheits- und Pflegeberufen erforderlich macht, soll in einer Neuauflage des Hessischen Gesundheitspaktes die für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendige Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen unterstützt werden. Die Pakt-Partner verfolgen dabei das Ziel, sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen bzw. patientenorientierte Übergänge zwischen den Sektoren – wie es der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfiehlt – zu schaffen.

Vor diesem Hintergrund wurden gegenüber dem 1. Hessischen Gesundheitspakt der Hessische Apothekerverband e.V., die Landesapothekerkammer Hessen, die Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e.V. und die bpa-Landesgruppe Hessen weitere Pakt-Partner.

Die Partner dieser Vereinbarung verständigen sich, im Rahmen eines 2. Hessischen Gesundheitspaktes für die Jahre 2015 bis 2018 folgende Maßnahmen umzusetzen. Hierbei haben die Pakt-Partner bewusst den Themenschwerpunkt auf die Bewältigung der Auswirkungen des demografischen Wandels auf das Gesundheitswesen und die Pflege gesetzt.

1. Initiativen zur Stärkung von sektorenübergreifenden Kooperationen

a) Regionale Gesundheitsreporte bzw. Versorgungsatlanen als Datengrundlage für regionale Diskussions- und Gestaltungsprozesse

Der Strukturwandel im Gesundheitswesen und in der Pflege hat viele Ursachen und vollzieht sich regional sehr unterschiedlich. Um all die komplexen Trends frühzeitig erkennen zu können, erstellte das Hessische Ministerium für Soziales und Integration in einem ersten Schritt gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und dem Hessischen Apothekerverband e.V. Anfang des Jahres 2014 Regionale Gesundheitsreporte. Hiermit wurden bundesweit erstmalig auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte sektorenübergreifende Versorgungsanalysen und Entwicklungsszenarien bis zum Jahr 2020 für die Bereiche

- hausärztliche Versorgung,
- wohnortnahe fachärztliche Versorgung,
- Apotheken,
- Krankenhaus,
- Pflege und
- Demenz

vorgelegt. Sie zeigen künftige Handlungsfelder auf, um Versorgungsdefizite zu vermeiden und Angebote bedarfsgerecht weiter zu entwickeln. Sie schaffen somit eine geeignete Diskussionsgrundlage, um regionale Konzepte zur Weiterentwicklung der medizinischen und pflegerischen Infrastruktur gemeinsam mit den Akteuren des Gesundheitswesens und der Pflege zu erstellen und Anpassungsmaßnahmen umzusetzen.

Die Landesregierung beabsichtigt gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, der Hessischen Krankenhausgesellschaft e.V. und dem Hessischen Apothekerverband e.V. in einem nächsten Schritt, die Regionalen Gesundheitsreporte zu regionalen Versorgungsatlanen weiterzuentwickeln, um neben den bisherigen Prognosen zur Entwicklung der Versorgungsstrukturen (wie z.B. die Altersstruktur von Haus- und Fachärzten sowie von Apothekern, der Fachkräftebedarf in der Pflege) auch qualitative Aspekte zum Leistungsgeschehen analysieren zu können. Hierzu sollen insbesondere Fragen zur regionalen Entwicklung von häufig auftretenden Krankheitsbildern sowie Fragen zur Versorgungsqualität und zu den sektorenübergreifenden Versorgungsprozessen aufgenommen werden.

Ziel der Pakt-Partner ist, auf diese Weise mehr Transparenz in das regionale Leistungsgeschehen zu bringen und damit eine geeignete Grundlage sowohl für eigene planerische Aufgaben als auch für nachhaltige, regionale Diskussions- und Gestaltungsprozesse für eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen zu schaffen.

b) Förderung von regionalen Gesundheitsnetzen bzw. von neuen sektorenübergreifenden Versorgungsformen

Die aus den unterschiedlichsten Gründen absehbaren Verschiebungen des Morbiditätsspektrums erfordern zielgerichtete Veränderungen der bisherigen Strukturen im Gesundheitswesen. Neben einer stärkeren Patientenorientierung bei der Akutversorgung besteht die wohl wichtigste Aufgabe künftig in einer adäquaten Versorgung von chronisch und mehrfach erkrankten Patientinnen und Patienten in einer älter werdenden Bevölkerung.

In integrativer Hinsicht besteht die Aufgabe, ambulante und stationäre sowie pflegerische Behandlungsleistungen im Rahmen einer interdisziplinären Kooperation mit Präventionsmaßnahmen, der Rehabilitation, der Arzneimittel-Therapie und –Versorgung sowie mit Leistungen von sozialen Einrichtungen und Patientenorganisationen ziel- und funktionsgerecht zu verzahnen.

Damit auch künftig eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige medizinische, pharmazeutische und pflegerische Gesundheitsversorgung möglich ist, sind Lösungen notwendig, die sich aus der regionalen Entwicklung der Demografie und Morbidität der Bevölkerung ergeben. Es bedarf dementsprechend regionaler Konzepte zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung.

Das Land Hessen fördert daher den Auf- und Ausbau von regionalen Gesundheitsnetzen, die konzeptionell eine koordinierte, generationenspezifische und nach regionalen Gegebenheiten differenzierte Gesundheitsversorgung zum Ziel haben. Auf diese Weise sollen regions- und fachspezifische Ansätze im Dialog mit den relevanten Akteuren vor Ort erarbeitet und umgesetzt werden. Gleichzeitig kann ein strukturierter Gesundheitsdialog von der Landkreisebene über die regionalen Gesundheitskonferenzen bis zu den Gremien auf Landesebene nach dem SGB V (wie das Gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V) geführt werden.

Das Land Hessen förderte im Jahr 2014 innovative Ansätze zur Bewältigung des demografischen Wandels und des Strukturwandels im Gesundheitswesen in insgesamt neun Modellregionen mit insgesamt 700.000 Euro. Je nach Ausgangslage in der jeweiligen Modellregion wurden hierbei sowohl konzeptionelle Arbeiten als auch innovative, sektorenübergreifende Kooperationsformen finanziell unterstützt.

Die Hessische Landesregierung beabsichtigt die Bildung von regionalen Gesundheitsnetzen in den Jahren 2015 bis 2018 sowohl finanziell durch die Fortführung des entsprechenden Förderprogramms als auch durch die beratenden Dienstleistungen der im Hessischen Ministerium für Soziales und Integration angesiedelten Servicestelle „Regionale Gesundheitsnetze“ zu unterstützen. Dies bedeutet: Die im Jahr 2014 begonnenen Förderprojekte werden wie in den Fördervereinbarungen angekündigt in 2015 fortgeführt. Für die Förderung ab dem Jahr 2016 wird im Jahr 2015 eine Förder-Richtlinie erlassen und über einen Wettbewerb der Regionen neue Förder-Regionen und Projekte zur Erprobung von innovativen, sektorenübergreifenden Versorgungsformen ausgesucht.

c) Weiterentwicklung der regionalen Gesundheitskonferenzen

Die Landesregierung möchte eine strukturierte Diskussion über sektorenübergreifende Versorgungsfragen als Bottom-Up-Prozess von der Landkreisebene über die regionalen Gesundheitskonferenzen bis hin zu den Landesgremien nach dem SGB V organisieren.

Aus Sicht der Pakt-Partner sind die etablierten sechs regionalen Gesundheitskonferenzen nach § 21 HKHG sinnvoll, den notwendigen sektorenübergreifenden Dialog der Akteure zu unterstützen. Im Rahmen eines von der Landesregierung initiierten Erfahrungsaustauschs wurde deutlich, dass der Aufgabenzuschnitt und dem folgend die Besetzung der regionalen Gesundheitskonferenzen neu gestaltet werden sollen. Im Juli 2014 konstituierte sich ein Arbeitsausschuss des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V, der Vorschläge für eine Weiterentwicklung dieser Gremien erarbeitet. Die dort mit den Akteuren des Gesundheitswesens gefundenen Arbeitsergebnisse wird die Landesregierung bei der vorgesehenen gesetzlichen Anpassung berücksichtigen.

d) Regionale Gestaltungsmöglichkeiten der öffentlichen Hand

Da sich der demografische Wandel landesweit nicht gleichmäßig, sondern regional und lokal differenziert vollzieht, sind Strukturveränderungen notwendig, die sich aus der regionalen Entwicklung der Demografie und Morbidität der Bevölkerung ergeben. Es bedarf dementsprechend regionaler Konzepte zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung. Dabei sind die Leistungsbereiche der Gesundheitsversorgung nach dem SGB V (Krankenhäuser, ambulante Versorgung), die Leistungsbereiche der Altenpflege (ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen nach dem SGB XI) und die Bereiche der Versorgung von Behinderten und Sozialhilfeempfängern im Seniorenalter (Hilfen zur Pflege SGB XII, Behindertenrecht SGB IX) stärker als bisher auf der regionalen Ebene zu vernetzen.

Die Landkreise und kreisfreien Städte sind seit Jahrzehnten wichtige Akteure im Gesundheitswesen. Sie sind Sicherstellungsverantwortliche für die Krankenhausversorgung, Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, des Rettungsdienstes sowie von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Verstärkt wirken Kommunen, Landkreise und kreisfreien Städte auch bei der Planung und Sicherung der ambulanten medizinischen Versorgung mit.

Viele Landkreise haben bereits regionale Diskussionskreise mit den Akteuren des Gesundheitswesens und der Pflege, u.a. in Form von lokalen Gesundheitskonferenzen, etabliert, in denen die regionale Entwicklung der Demografie und Morbidität erörtert und konkrete Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen vereinbart werden. Auf diese Weise sollen regions- und fachspezifische Ansätze im Dialog mit den relevanten Akteuren vor Ort erarbeitet und umgesetzt werden. Diese koordinierende und vermittelnde Rolle der Landkreise und der kreisfreien Städte soll möglichst flächendeckend – auch mit Hilfe des Förder-Programms „Bildung regionaler Gesundheitsnetze“ des Landes – ausgebaut werden. Zudem sollen unter Berücksichtigung ihrer Leistungsfähigkeit die Landkreise, kreisfreien Städte und Gemeinden die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung unterstützen,

indem sie insbesondere in strukturschwachen Regionen attraktive Rahmenbedingungen für den ärztlichen und nicht-ärztlichen Fachkräftenachwuchs schaffen.

Bei den regionalen Diskussionsprozessen kommt verstärkt die Frage auf, ob und inwiefern die öffentliche Hand (Kommunen, Landkreise, Land) neue Versorgungsstrukturen finanziell subventioniert oder gar eigene Gesundheitseinrichtungen mit angestellten Ärztinnen und Ärzten selbst betreibt.

§ 105 Abs. 5 SGB V sieht die Möglichkeit vor, dass Kommunen mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung in begründeten Ausnahmefällen Arztsitze aufkaufen und eigene Einrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten betreiben können. Ein begründeter Ausnahmefall kann insbesondere dann vorliegen, wenn eine Versorgung auf andere Weise – durch die Kassenärztliche Vereinigung – nicht sichergestellt werden kann. Diese Voraussetzung für einen solchen Ausnahmefall wird derzeit regelhaft von den Pakt-Partnern nicht gesehen.

Der Entwurf für ein GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sieht zudem in § 95 Abs. 1a SGB V – neu – vor, dass Kommunen medizinische Versorgungszentren gründen können. Auch hier stellt der Gesetzgeber in § 103 Abs. 4c Satz 3 SGB V klar, dass Kommunen im Verfahren zur Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes gegenüber den übrigen ärztlichen Bewerbern nachrangig zu berücksichtigen sind.

Nach Einschätzung der Pakt-Partner wird die Gründung von neuen Organisationsstrukturen innerhalb der ambulanten ärztlichen Versorgung im Wesentlichen durch die Marktsituation in der Region und durch die bundesrechtlichen Anreize, die z.B. durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz und das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz gesetzt werden, beeinflusst. Die Landkreise und kreisfreien Städte werden die Schaffung von attraktiven Rahmenbedingungen für solche neuen Kooperationsformen unterstützen.

Zudem kann die öffentliche Hand bei der Schaffung von neuen, sektorenübergreifenden Versorgungseinheiten, wie es der Sachverständigenrat empfiehlt, vielfältige Unterstützungsleistungen erbringen, um die medizinische Versorgung in einer Region zu verbessern und zukunftsfähig zu gestalten. Auf regionaler Ebene existieren bereits vielfältige Kooperationen zwischen der ambulant tätigen Ärzteschaft und Krankenhäusern z.B. in kommunaler Trägerschaft. Um die vom Sachverständigenrat empfohlenen sektorenübergreifenden Kooperationen zu lokalen Gesundheitszentren weiterzuentwickeln, bedarf es einer gemeinsamen Anstrengung aller Beteiligten. Hierbei ist aber darauf zu achten, dass die bewährten Verantwortlichkeiten bestehen bleiben. Das Land wird innovative, sektorenübergreifende Versorgungsformen über das Programm „Bildung regionaler Gesundheitsnetze“ finanziell fördern.

e) Delegation von ärztlichen Leistungen bzw. Zusammenspiel von Delegationskräften mit Pflegekräften der ambulanten Pflege und den ehrenamtlich Tätigen der Seniorenhilfe

Im Rahmen des 1. Hessischen Gesundheitspaktes hatten sich die Pakt-Partner im Jahr 2011 darauf verständigt, drei Delegationsmodelle (Nichtärztliche Praxisassistentin (NäPa) nach dem Curriculum der Bundesärztekammer, AGnES, VERAH) in Hessen zu erproben und zu evaluieren.

Mittlerweile beinhalten die meisten hessischen Selektivverträge zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V einen Vergütungszuschlag für die Betreuung chronisch kranker Patientinnen und Patienten durch sogenannte VERAHS (VersorgungsAssistentin in der hausärztlichen Praxis), zudem ist die Vergütung delegationsfähiger Leistungen, die von medizinischen Fachangestellten mit Zusatzqualifikation als NäPa erbracht werden, in die ambulante Regelversorgung aufgenommen worden, so dass die Erprobung weiterer Delegationsmodelle keinen Sinn mehr macht.

Da zu den Leistungen der Delegationskräfte insbesondere die Betreuung chronisch Kranker durch ein interdisziplinäres, niederschwelliges, patientenorientiertes Case-Management zur Koordination und Kommunikation gehört, trat in manchen hessischen Regionen die Frage der inhaltlichen Abstimmung der Tätigkeitsfelder und der Kooperation der von den Hausärztinnen und Hausärzten eingesetzten Delegationskräfte mit den Aufgaben der Pflegestützpunkte, der Pflegekräfte von ambulanten Pflegediensten und der ehrenamtlichen Seniorenhilfen auf. Beispielsweise wird im Landkreis Hersfeld-Rotenburg seit dem Jahr 2014 ein vom Bund und dem Land Hessen gefördertes Modellvorhaben „Erprobung neuer Wege in der ärztlichen Versorgung und Seniorenversorgung“ durchgeführt, das der Frage nachgeht, wie die Effizienz und Leistungsfähigkeit des vorhandenen (ärztlichen und psychosozialen) Helfernetzwerks erhöht werden kann.

Die Pakt-Partner vereinbaren, die Frage des Zusammenspiels von Delegationskräften mit Pflegekräften der ambulanten Pflege und den ehrenamtlich Tätigen der Seniorenhilfe vertiefend erörtern zu wollen mit dem Ziel, das Leistungsspektrum der einzelnen Hilfeangebote auch anhand der Erfahrungen aus dem Modellprojekt des Landkreises Hersfeld-Rotenburg zu prüfen, etwaige Doppelstrukturen abbauen zu helfen und somit effiziente Versorgungsstrukturen schaffen zu wollen. Hierbei soll der Steuerungsausschuss nach dem Hessischen Rahmenvertrag für die Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte in Hessen eingebunden werden.

Weiterhin finanzierte die Hessische Landesregierung in den Jahren 2013 und 2014 die Evaluation folgender Delegationsmodelle:

➤ Projekt „Gemeindeschwestern Muschenheim“ in Lich

Seit Februar 2012 besteht für die Bürgerinnen und Bürger des Licher Stadtteils Muschenheim ein besonderes kommunales Gesundheitsangebot: Zwei Gemeinde-

schwwestern (Krankenschwester, medizinische Fachangestellte) bieten 3x pro Woche eine Sprechstunde im Kommunikationszentrum der Stadt an, bei Bedarf zusätzliche Hausbesuche. In enger Kooperation mit den Hausärztinnen und Hausärzten überwachen sie den Gesundheitszustand und die Medikamenteneinnahme und dokumentieren die Befunde in einem Gesundheits-Checkheft. Abweichungen von den eingetragenen Zielwerten werden sofort an die Hausärztin oder den Hausarzt übermittelt und ggf. ein Arztbesuch vereinbart. Diese Delegationsleistungen werden durch Präventionsleistungen und sozialbetreuerische Angebote, wie z.B. Demenzberatung, Hockergymnastik, Medikamentencheck, gemeinsamer Mittagstisch und Ernährungsberatung, komplettiert. Das Projekt wurde schrittweise auf die Licher Stadtteile Bettenhausen, Birklar, Eberstadt und Kloster Arnsburg ausgedehnt. Gleichzeitig wurde die Befunderhebung systematisiert und die Übertragung der Daten an die Hausärztin/ den Hausarzt verbessert.

➤ **Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen im Odenwaldkreis**

Unter den betreuenden Ärztinnen und Ärzten wurden verbindliche Regelungen und Standards bezüglich der regelmäßigen Visiten sowie der Notfallversorgung vereinbart. Die Abläufe und Dokumentation wurden abgestimmt und vereinheitlicht. Terminierungen und Informationstransfer erfolgen über eine WEB-basierte Termin- und Dokumentationssoftware. Ebenfalls wurde über eine WEB-basierte Software die Versorgung mit Medikamenten, Heil- und Pflegemittel gesteuert. Verordnungen können direkt aus der Praxis über ein Rechtemanagement angepasst bzw. freigegeben werden. Durch den gemeinsamen Zugriff auf einen immer aktuellen Medikationsplan können Über- und Fehlmedikation vermieden werden. Die Apotheke kann nach Absprache Aufgaben im Bereich Arzneimittelinteraktionen und Nebenwirkungen übernehmen.

Die Pakt-Partner werden die hierbei gewonnenen Evaluationsergebnisse auswerten und aufgrund dessen die Thematik der Delegation von ärztlichen Leistungen erneut gemeinsam erörtern.

f) Berufsübergreifende Fortbildungen und wechselseitige Schulungen

Es soll nach Themen gesucht werden, die als interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltungen geeignet sind. Zumindest sollte ein Austausch zwischen den Organisationen über die angebotenen Veranstaltungen stattfinden, um diejenigen zu identifizieren, die bereits jetzt professionsübergreifend geöffnet werden könnten.

g) Kooperation von Alten- und Suchthilfe

Suchterkrankungen im Alter sind ein unterschätztes und meist unerkanntes Phänomen. Sie konfrontieren die Praxis sowohl der Suchthilfe als auch der Altenarbeit und Pflege zunehmend mit deutlichen Problemlagen. Alkohol und die Einnahme psychoaktiver Medika-

mente sind ursächlich für die Entstehung von Sucht und Abhängigkeit bei alten Menschen. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird die Zahl älterer Menschen, die von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit betroffen sind, in den nächsten Jahren voraussichtlich zunehmen. An die Altersproblematik angepasste Therapiekonzepte und Hilfsangebote sind bisher erst in Ansätzen vorhanden, obwohl internationale Studien den guten Erfolg therapeutischer Interventionen belegen. Die Pakt-Partner vereinbaren, die Frage der Förderung einer strukturierten Zusammenarbeit zwischen Alten- und Suchthilfe vertiefend zu erörtern mit dem Ziel, die Kompetenzen der Akteure im Gesundheitswesen zu diesem Thema zu erweitern und ein abgestimmtes Handeln zu erreichen. Der Bedarf an gemeinsamen Fortbildungen für die Fachkräfte in der Alten- und Suchthilfe sowie der Erweiterung von Curricula soll überprüft werden.

2. Initiativen zur Sicherung der ärztlichen und pharmazeutischen Versorgung

a) Stärkung der hausärztlichen und grundversorgenden fachärztlichen Versorgung in Gebieten mit einem regionalen Versorgungsbedarf

Das Land Hessen, die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen in Hessen vereinbaren, die ambulante vertragsärztliche Versorgung in Gebieten mit einem regionalen Versorgungsbedarf durch folgende Maßnahmen zu stützen und stärken:

(1) Förderung der Famulatur

Die Famulatur bei Medizinstudenten in Deutschland dauert vier Monate, davon muss verpflichtend ein Monat in einer Arztpraxis oder ambulanten Einrichtung und ab den Staatsexamensprüfungen 2015 in einer Hausarztpraxis absolviert werden. Zusätzlich muss ein Monat wahlweise in einer Praxis, einer Ambulanz oder einem Krankenhaus absolviert werden.

Um schon frühzeitig – vor dem Zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung – Anreize für die Beschäftigung mit einer Tätigkeit im ambulanten Sektor zu setzen, wird das Land Medizin-Studentinnen und –Studenten der hessischen Universitäten für die Zeit der Famulatur in einer hessischen Lehrpraxis auf dem Land mit monatlich bis zu 600 Euro finanziell unterstützen.

Das Land stellt hierfür insgesamt 200.000 Euro jährlich zur Verfügung. Das Nähere hierzu bestimmt das Land in einer Förder-Richtlinie.

(2) Förderung ausgewählter Wahlfächer im Praktischen Jahr

Als Anreiz für angehende Ärztinnen und Ärzte, frühzeitig und intensiv Erfahrungen mit einer Tätigkeit in der ambulanten Versorgung zu sammeln, können Medizin-Studentinnen und –Studenten an hessischen Universitäten, die sich im Rahmen des

Praktischen Jahres für das „Wahlfach Allgemeinmedizin, Pädiatrie oder ein Wahlfach der allgemeinen fachärztlichen Versorgungsebene“ in akademischen Lehrpraxen entscheiden, von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ein Stipendium in Höhe von 600 Euro monatlich, max. 2.400 Euro erhalten. Die finanziellen Mittel stellen die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen in Hessen aus den Mitteln des Strukturfonds nach § 105 SGB V zur Verfügung.

Das Nähere hierzu regeln die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen in Hessen in einer Förder- Richtlinie. Das Land wird prüfen, ob ergänzend in besonderen Fällen eine anteilige Übernahme von Übernachtungs- und Fahrkosten erfolgen kann.

(3) Förderung von zwei Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die beiden Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin wurden im Jahr 2012 im Rahmen des 1. Hessischen Gesundheitspaktes gegründet und seitdem vom Land mit 150.000 Euro jährlich unterstützt. Ziel ist, die Organisation der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin besser zu koordinieren, dadurch die Dauer der Weiterbildung zu verkürzen, die inhaltliche Ausgestaltung der Weiterbildung zu verbessern und somit das Fach Allgemeinmedizin für junge Medizin-Studierende und Ärzte in Weiterbildung Allgemeinmedizin attraktiver zu gestalten.

Durch die Einbindung der beiden Lehrstühle erhalten Medizin-Studierende schon in den obligatorischen Blockpraktika und auch im Praktischen Jahr Gelegenheit, die hausärztliche Tätigkeit an den akademischen Lehrpraxen aus nächster Nähe kennenzulernen. Mit speziellen Landarztprogrammen, wie z.B. die Landarztpartie des Landkreises Fulda und des Vogelsbergkreises, wird versucht, bereits im Studium den Nachwuchs für eine spätere hausärztliche Tätigkeit im ländlichen Raum zu motivieren. Denn alle Studien zeigen, die Entscheidung für eine Facharzt-Weiterbildung wird bereits früh während des Studiums getroffen.

Die Kompetenzzentren sind insbesondere zuständig für die Gestaltung eines Weiterbildungskollegs Allgemeinmedizin, bestehend aus einem Seminar- und Mentoring-Programm, um junge Ärzte während ihrer allgemeinmedizinischen Weiterbildung fachlich, organisatorisch und persönlich zu unterstützen. Zur Sicherstellung der hohen Qualität des Weiterbildungskollegs werden Dozenten- und Mentoren-Schulungen angeboten. Des Weiteren bieten die Kompetenzzentren Beratung für Studierende und interessierte junge Ärzte an und konzipieren ein Train the Trainer-Programm für Weiterbilder.

In Zusammenarbeit mit der Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin Hessen konnten seit dem Jahr 2012 insgesamt 20 Weiterbildungsverbünde gegründet werden,

weitere 12 Weiterbildungsverbünde sind in Gründung. Insgesamt konnten 46 hessische Kliniken und über 200 allgemeinmedizinische Praxen hierfür gewonnen werden.

Das Land Hessen erklärt sich bereit, seine Finanzierungszusage aufgrund der zunehmenden Anzahl von zu schulenden Weiterbildern und der zunehmenden Zahl von zu betreuenden Ärzten in Weiterbildung um 100.000 Euro jährlich auf insgesamt 250.000 Euro jährlich zu erhöhen. Das Nähere regeln Fördervereinbarungen des Landes mit den beiden Kompetenzzentren.

(4) Ansiedlungsförderung in (Fach-)Gebieten mit besonderem Versorgungsbedarf

Nach Evaluation der bisherigen Förderung vereinbaren die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen in Hessen, die bisherigen Förderkriterien zu überarbeiten mit dem Ziel, das Verwaltungsverfahren deutlich zu vereinfachen und die Zielgenauigkeit dieses Förderinstruments zu erhöhen. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen in Hessen stellen hierfür Mittel des Strukturfonds nach § 105 SGB V zur Verfügung.

(5) Hospitationsmodell

Im Rahmen eines Modellprojekts planen die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen in Hessen und die Hessische Krankenhausgesellschaft e.V. für einen ausgewählten Kreis von Ärztinnen und Ärzten in fachspezifischer Weiterbildung im Krankenhaus zu prüfen, ob sich durch eine 4-wöchige Hospitation in einer akademischen Lehrpraxis die weiteren Wege noch beeinflussen lassen.

Ziel ist es, den Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit zu eröffnen, eine hausärztliche Tätigkeit näher kennen zu lernen. Parallel soll ihnen die Möglichkeit gegeben werden, an den Angeboten der Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin teilzunehmen. Angestrebt wird, einen möglichen Wechsel ohne Verlust von Weiterbildungszeiten zu ermöglichen. Das Nähere regeln die oben genannten Partner in einer Projektbeschreibung; das Hospitationsmodell soll auf freiwilliger Basis in kleinem Rahmen erprobt und bewertet werden. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen in Hessen stellen hierfür Mittel des Strukturfonds nach § 105 SGB V zur Verfügung.

b) Sicherstellung der medizinischen Versorgung in denprechstundenfreien Zeiten

Die Pakt-Partner sind sich einig, dass die Frage der Sicherstellung der medizinischen Versorgung in sprechstundenfreien Zeiten gemeinsam weiter vertiefend erörtert werden soll. Ziel dieser Gespräche ist, vor dem Hintergrund des sich wandelnden Inanspruchnahme-Verhaltens von Patientinnen und Patienten eine sektorenübergreifend abgestimmte medizinische Versorgung zu organisieren, die sich an der Dringlichkeit der Behandlung orientiert und den Ärztlichen Bereitschaftsdienst, den Rettungsdienst und die Notfallambulanzen von

Krankenhäusern einbindet. Hierbei soll auch die besondere Situation von Pflegebedürftigen berücksichtigt werden.

c) Abbau von Überversorgung

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sieht vor, dass die gesetzlichen Vorgaben zum Abbau von Überversorgung durch den Ankauf von Arztpraxen von einer „Kann“- in eine „Soll“-Regelung überführt werden. Damit haben die Mitglieder des Zulassungsausschusses künftig darüber zu befinden, ob ein Praxissitz in einem gesperrten Gebiet zur Neubesetzung ausgeschrieben wird oder nicht. Betroffen von der Regelung sind lediglich selbständig tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten; MVZ und angestellte Ärztinnen und Ärzte sind davon ausgenommen. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen in Hessen werden die Auswirkungen der Neuregelung beobachten, bewerten und sich auf geeignete Maßnahmen verständigen.

d) Medikationsmanagement zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit

Medikationsmanagement ist eine interdisziplinäre Aufgabe, die im ersten Schritt eine strukturierte Analyse der Gesamtmedikation inklusive der Selbstmedikation einer Patientin bzw. eines Patienten beinhaltet. Ziel ist eine fortlaufende und dauerhafte Verbesserung der Arzneimitteltherapie sowie eine Reduzierung von Arzneimittelrisiken. Die Pakt-Partner unterstützen hierbei Kooperationen der Beteiligten.

Seit Sommer 2014 wird das von der Apothekerkammer Nordrhein entwickelte System ATHINA in Hessen erprobt. ATHINA steht für Arzneimitteltherapiesicherheit in Apotheken. Ziel des Projekts ist es, mögliche Dosierungsfehler, Interaktionen und eventuell auftretende Nebenwirkungen der unterschiedlichen, vom Patienten eingenommenen Arzneimittel aufzudecken. Ab dem Jahr 2015 wird das Projekt aus der Pilotphase in die flächendeckende Fortbildung für Apotheker überführt. Um die Leistungserbringer über dieses Projekt zu informieren, ist von der Landesapothekerkammer Hessen angedacht, im Rahmen ihrer Fortbildungen Informationsveranstaltungen für interessierte Ärzte anzugliedern.

Der zweite Schritt des Medikationsmanagements ist die Erstellung eines Medikationsplans. Dieser wird in Zukunft eine größere Bedeutung erlangen, wenn er, wie im Gesetz für die sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (sog. eHealth-Gesetz des Bundes) geplant, ab 01. Oktober 2016 zwingend für Patientinnen und Patienten vorgeschrieben wird, die mindestens fünf verordnete Arzneimittel anwenden.

e) Aufbau von Pendel- und Begleitdiensten

Pendel- und Begleitdienste können helfen, den Zugang zur medizinischen Versorgung zu erleichtern bzw. diese bei immobilen Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Mit solchen meist ehrenamtlichen Diensten werden die Lebensqualität und die selbstbestimmte Mobilität von Seniorinnen und Senioren verbessert. Dies gilt insbesondere für den ländlichen

Raum. Das Land und die kommunalen Spitzenverbände möchten daher die bereits im 1. Hessischen Gesundheitspakt vereinbarte Unterstützung solcher Initiativen fortführen.

3. Initiativen zur Entwicklung und zum Ausbau von eHealth- und telemedizinischen Strukturen in Hessen

a) Initiativen zum Auf- und Ausbau der Telematik-Infrastruktur

Bei dem bundesweiten Aufbau der Telematik-Infrastruktur ist Hessen keine Modellregion. Trotzdem haben sich in vielen hessischen Gebieten verschiedene lokale Akteure des Gesundheitswesens zusammengetan, um über eine elektronische Kommunikation die sektorenübergreifende Zusammenarbeit zu verbessern.

Um diese regionalen Initiativen zu analysieren und evtl. daraus überregionale Lösungen zu entwickeln, gründete das Hessische Ministerium für Soziales und Integration im April 2013 einen eHealth-Beirat, der sich aus Vertretungen der Berufskammern, der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, der Hessischen Krankenhausgesellschaft e.V., der Verbände der Träger von Pflegeeinrichtungen, der Technischen Hochschule Mittelhessen, der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen in Hessen sowie des Hessischen Datenschutzbeauftragten zusammensetzt.

Gemeinsam mit den Akteuren des Gesundheitswesens und der Pflege wurde die Entwicklung moderner Informations- und Telekommunikations-Technologien erörtert, die die sektorenübergreifende Kooperation der Gesundheits- und Pflegeberufe fördern und somit die Qualität der Versorgung optimieren helfen. Auf diese Weise soll das hessische Gesundheitswesen auch auf die vom Bund für 2016 geplante Einführung der neuen Telematik-Infrastruktur vorbereitet werden. Aus diesem Grund wurde die „gematik“ als Mitglied des eHealth-Beirats Hessen eingeladen.

Daneben wurde in einer Projektgruppe des eHealth-Beirats inhaltliche Standards für eine elektronische Kommunikation bei der Krankenhaus-Aufnahme und –Entlassung von pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten erarbeitet. Derzeit wird auf fachlicher Ebene geprüft, ob hierbei die in NRW bereits gefundenen technischen Lösungen der eFallakte bzw. des ePflegeberichts geeignet sind, die in Hessen definierten fachlichen Anforderungen an eine elektronische Kommunikation bei der Krankenhaus-Aufnahme und –Entlassung zu erfüllen. Wichtig bei solchen Prozessen ist, dass sich die elektronischen Lösungen nicht an dem technisch Machbaren orientieren, sondern an dem Mehrwert für die Versorgung von Patienten. Daher waren in Hessen alle maßgeblichen Verbände des Gesundheitswesens und der Pflege bei der Erarbeitung der fachlichen Anforderungen an solche IT-Anwendungen aktiv beteiligt.

Zudem ist die Bedeutung des Datenschutzes hervorzuheben. Es muss sichergestellt sein, dass bei der Datenübermittlung die gültigen Datenschutzbestimmungen (insbesondere die Einver-

ständniserklärung des Patienten) und die aktuell gültigen Sicherheitsstandards berücksichtigt werden.

b) Einführung des Interdisziplinären Versorgungsausweises (IVENA)

Von Seiten des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration wird die Einführung des webbasierten Interdisziplinären Versorgungsnachweises (IVENA) unterstützt. Er ist eine Anwendung, mit der sich die Träger der präklinischen und klinischen Patientenversorgung bereits im Rettungswagen in Echtzeit über die aktuellen Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten der Krankenhäuser informieren können. Die Anwendung ermöglicht eine überregionale Zusammenarbeit und bietet eine umfassende Ressourcenübersicht über die Behandlungs- bzw. Versorgungskapazitäten der Krankenhäuser. Sie erlaubt einen schnellen Austausch zwischen den Krankenhäusern, den Zentralen Leitstellen für den Rettungsdienst, den Gesundheitsbehörden oder auch anderen medizinischen Diensten, wie dem Ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung oder niedergelassenen Ärzten. Dieser wertvolle Informationsvorsprung ermöglicht, verletzte und/oder erkrankte Patienten rasch in die ihren Verletzungen oder Erkrankungen entsprechend geeigneten Krankenhäuser zu überführen, in denen sie behandelt werden können.

Die Träger des Rettungsdienstes beabsichtigen, IVENA zeitnah flächendeckend einzuführen.

**c) Einsatzdokumentation im Rettungsdienst
(Notfall-Informations- und Dokumentations-Assistent)**

Der Umfang und die Bedeutung der Einsatzdokumentation im Rettungsdienst haben in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Es wird inzwischen eine Vielzahl an Daten für unterschiedliche Zwecke erfasst und ausgewertet, wobei zum Leidwesen der Betroffenen häufig auch Medienbrüche und Mehrfacherfassungen erfolgen. Neben dem medizinischen Einsatzprotokoll sind dies zusätzliche papiergebundene oder am PC einzugebende Nachweise für QM-Zwecke (wie z.B. Meldungen über unerwünschte Medikamentennebenwirkungen, Fahrzeug-Check, Hygienetransportprotokolle, Materialnachweise, Fahrtennachweise).

Die Entwicklungen und Erfahrungen in anderen Bundesländern bei der Einführung und Umsetzung solcher Systeme sollen beobachtet werden.

4. Pflege zukunftsfest gestalten

a) Pflegemonitor weiterentwickeln

Angeichts des demografischen Wandels ist die Fachkräftenachwuchssicherung in der Altenpflege ein besonderer Schwerpunkt der Hessischen Landesregierung. Die Landesregierung hat die Bedeutung der Fachkräftesicherung in der Altenpflege bereits früh erkannt und in den Jahren 2003 bis 2006 mit dem Hessischen Pflegemonitor ein wissenschaftlich valides und repräsentatives Monitoring für den Arbeitsmarkt der Alten- und Krankenpflege, kooperativ

mit allen relevanten Akteuren der Aus-, Fort- und Weiterbildung, entwickeln lassen und seit 2007 in den Dauerbetrieb überführt. Die Weiterentwicklung des Hessischen Pflegemonitors geschieht kontinuierlich; mit der nächsten – fünften – Erhebungswelle wird das System auf ein sog. GIS-System (Geo-Informationssystem) umgestellt werden, das einen besseren Zugang zu den regionalspezifischen Daten des Pflegemonitors ermöglicht.

Mit dem Hessischen Pflegemonitor steht ein zuverlässiges Instrument zur Verfügung, das es ermöglicht, allen Akteuren auf unterschiedlichen Ebenen und Zuständigkeiten einen Überblick über die aktuelle Situation auf dem Arbeitsmarkt für Pflegefachkräfte zu geben, sowie verlässlich Auskunft darüber zu geben, wie hoch der Erweiterungsbedarf an Fachkräften in den kommenden Jahren sein wird (www.hessischer-pflegemonitor.de)

Die Fachkraftlücke ist bei den dreijährig ausgebildeten Altenpflegefachkräften im Vergleich zum Jahr 2010 zwar leicht zurückgegangen, aber bleibt insgesamt auf hohem Niveau bestehen. Nur den erheblichen Anstrengungen im Ausbildungsbereich ist es zu verdanken, dass dennoch das Gesamtangebot mit 1.597 Köpfen höher war als im Jahr 2010 (1.473 Köpfe Gesamtangebot), und damit so hoch wie noch nie. Aufgrund der weiter hohen Nachfrage kommt es dennoch auch künftig zu einer Unterdeckung, die ohne entsprechende Anstrengungen im Ausbildungsbereich höher ausgefallen wäre.

Erfreulich ist die Entwicklung für die einjährige Qualifikation zur Altenpflegehelferin bzw. zum Altenpflegehelfer. Auch hier besteht zwar weiterhin eine Lücke, die jedoch um rund die Hälfte in zwei Jahren reduziert werden konnte. Auch hier zeigt sich, dass es den erheblichen Anstrengungen im Ausbildungsbereich zu verdanken ist, dass dennoch das Gesamtangebot (vermittelbare Arbeitslose und Absolventen) insgesamt mit 1.013 Köpfen höher ist als im Jahr 2010 (623 Köpfe Gesamtangebot), und damit so hoch wie noch nie.

Doch gerade der Blick in die Zukunft zeigt die bestehenden großen Herausforderungen:

Für die Fachkräfte Altenpflege (dreijährig) ergab die fortgeschriebene Vorausschätzung für die kommenden Jahre einen demografisch bedingten Erweiterungsbedarf des Beschäftigtenbestands (in Vollzeitäquivalenten VZÄ) an 1.200 Altenpflegern/-innen für 2020, 2.679 Altenpflegern/-innen für 2025 und 4.009 Altenpflegern/-innen für 2030. Dies ist im Prognose-Zeitraum bis 2030 ein Demografie bedingter Zuwachs des Beschäftigtenbestands um 37%.

Der demografische Wandel wirkt auch auf die Angebotsseite, denn die Belegschaften in der Pflege werden wie die Bevölkerung insgesamt ebenfalls immer älter. Mit der letzten Datenfortschreibung des Pflegemonitors wurde erstmalig der altersbedingte Ersatzbedarf errechnet. Diese Kräfte müssen wieder ersetzt werden, um den Beschäftigtenbestand konstant zu halten; darüber hinaus muss der ausgewiesene demografisch bedingte Erweiterungsbedarf zusätzlich generiert werden, wenn die bisherigen Versorgungsquoten fortgeschrieben werden sollen. Es besteht ein erheblicher altersbedingter Ersatzbedarf für Altenpflegefachkräfte im ambulanten und stationären Versorgungssektor: von den 10.895 (VZÄ) Altenpflegern/-innen (Bestand 2011) müssen 2.498 bis zum Jahr 2020, 4.724 bis zum Jahr 2025

und 6.695 bis zum Jahr 2030 ersetzt werden. Dies entspricht einem altersbedingten Ersatzbedarf von 61% im Prognose-Zeitraum bis 2030. In keiner hessischen Gebietskörperschaft liegt der Wert unter 49%.

Die bisherigen Auswertungen wurden durch Regionaldossiers ergänzt, die die wichtigsten Kennzahlen (Versorgungsstruktur, Beschäftigtenbestand in der Pflege nach SGB XI, Erweiterungsbedarfe) für jede hessische Gebietskörperschaft übersichtlich zusammenstellt. Mit der für das Jahr 2015 anstehenden Aktualisierung der Datenbestände soll die Aufbereitung der Datenbestände ab der nächsten Erhebungswelle insgesamt auf ein sogenanntes GIS-System (Geo-Informationen-System) umgestellt werden, damit ein schnellerer Zugang zu den regionalspezifischen Daten möglich ist.

Die Landesregierung wird den Hessischen Pflegemonitor fortführen, denn er hat sich auf allen Ebenen als System bewährt und dient zur Planung und Steuerung der Ausbildungskapazitäten in den Altenpflegeberufen.

b) Fachkräftegewinnung

Zur Gewinnung gut ausgebildeter und qualifizierter Fachkräfte hat die Landesregierung in den vergangenen Jahren viel getan, und wird dies auch künftig mit großer Nachhaltigkeit tun.

Die Landesregierung hat in der Vergangenheit, als Bildungsgutscheine der Arbeitsverwaltung oder der Jobcenter nur noch zweijährig förderfähig waren, die Finanzierung der schulischen Anteile der Ausbildung im dritten Weiterbildungsjahr und damit die Gesamtfinanzierung der Maßnahmen sichergestellt.

Im Sommer 2012 hat die Landesregierung durch eine Änderung der Altenpflegeverordnung die Deckelung der landesfinanzierten Ausbildungsplätze zum Schuljahr 2012/2013 aufgehoben. Damit wird sichergestellt, dass jede bzw. jeder Auszubildende, die bzw. der über einen praktischen Ausbildungsplatz verfügt, einen Schulplatz erhält. Damit hat die Landesregierung ein klares Signal gegen den Fachkräftemangel in den Altenpflegeberufen gesetzt. Mit der im Dezember 2012 in Kraft getretenen weiteren Änderung der Altenpflegeverordnung wurde auch die Schulkostenerstattung der Altenpflegeschulen verbessert. Der Gesamtansatz für die Erstattung der Schulkosten erreichte 2013 mit Ausgaben in Höhe von rund 20 Mio. € den bisher höchsten Stand.

Die Entwicklung der Ausbildungszahlen spricht für sich. Mit einem Bestand von 5.266 Auszubildenden (Stichtag: 01.10.13) in den beiden Ausbildungsgängen Altenpflege und Altenpflegehilfe wurde nach einer kontinuierlichen Erhöhung der Ausbildungszahlen seit 2007 in Hessen ein historischer Höchststand erreicht. Korrespondierend mit dem wachsenden Fachkräftebedarf im Altenpflegebereich konnte die Anzahl der Abschlussprüfungen bei der Altenpflegeausbildung enorm erhöht werden. Zwischen 2007 bis 2013 sind die Prüfungen um ca. 30% auf über 2.000 angewachsen. Insgesamt konnten im Jahr 2013 2.046 Erlaubnisse zur

Führung der Berufsbezeichnung „Altenpflegerin/Altenpfleger“ bzw. „Altenpflegehelferin/Altenpflegehelfer“ erteilt werden.

Das Land Hessen beteiligt sich auch an der „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ des Bundes, mit dem Ziel, den bereits eingeleiteten Wandlungsprozess im Berufs- und Beschäftigungsbereich der Altenpflege durch ein umfassendes Maßnahmenpaket weiter voranzubringen. Die Hessische Landesregierung setzt sich nachhaltig dafür ein, dass jährlich die Ausbildungszahlen (Schulplätze) um 10% gesteigert werden.

Neben der Anwerbung von Fachkräften aus dem europäischen und außereuropäischen Ausland und neben der Sicherstellung der Erstausbildung und der Gewinnung neuer Zielgruppen für die Ausbildung (z.B. Migranten und Männer) bedarf es insbesondere verstärkter Aktivitäten im Bereich der beruflichen Fort- und Weiterbildung von un- und angelernten, in der Pflege bereits langjährig tätigen Pflegehelfern zu Pflegefachkräften. Die Landesregierung begrüßt deshalb ausdrücklich die mit der Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege verbundene Möglichkeit der Arbeitsverwaltung, die berufliche Fort- und Weiterbildung von ungelernten Hilfskräften berufsbegleitend dreijährig fördern zu können. Die Landesregierung hat darüber hinaus mit mehreren ESF-finanzierten Projekten (AiQuA, Aufwärts in der Altenpflege) berufsbegleitende Weiterbildungskonzepte für langjährig in der Pflege erfahrene Helfer erfolgreich erprobt und umgesetzt.

Die Landesregierung wird an der staatlichen Finanzierung der Altenpflegeschulen auf dem bisherigen Niveau festhalten.

c) Hessisches Geriatrie-Konzept

Die Landesregierung wird am Hessischen Geriatriekonzept mit seinem ganzheitlichen, fallbezogenen Ansatz festhalten. Die erforderlichen Anpassungen werden im Rahmen der Beratungen über einen neuen Krankenhausplan diskutiert werden.

d) Sicherung der pflegerischen Versorgung in ländlichen Regionen

Die Frage einer flächendeckenden Versorgung ländlicher Regionen stellt sich nicht nur für Arztpraxen und Apotheken, sondern grundsätzlich auch für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen. Die Pakt-Partner beabsichtigen, die pflegerischen Versorgungsstrukturen zu analysieren und dabei etwaige Versorgungslücken und Problemlagen zu identifizieren.

e) Unterstützung der häuslichen Pflege bzw. von pflegenden Angehörigen

Hessen ist bundesweit Spitzenreiter in der Erbringung der häuslichen Pflege allein durch Angehörige. Gleichzeitig sind pflegende Angehörige gefährdet, selbst krank und pflegebedürftig zu werden und damit als Hauptpflegepersonen auszufallen bzw. selbst Unterstützung zu benötigen. Um die Angehörigenpflege als wichtiges Element der medizinischen und pflegerischen Versorgungsstruktur so gut wie möglich zu erhalten, werden die Pakt-Partner überprüfen, welche Angebote der gesundheitlichen Prävention, Entlastung und

Rehabilitation für pflegende Angehörige bereits zur Verfügung stehen und wo Ergänzungen notwendig sind. Eine bessere Übersicht über diese Angebote würde den verschiedenen Akteuren eine Beratung der pflegenden Angehörigen zugleich vereinfachen.

5. Willkommens- und Anerkennungskultur gestalten - bessere gesundheitliche und pflegerische Versorgung von und durch Menschen mit Migrationshintergrund

Von den 6,03 Millionen Einwohnern Hessens im Jahr 2013 hatten 1,62 Millionen Personen einen Migrationshintergrund - dies sind 26,9 % der Gesamtbevölkerung. Bereits 47,6% der Kinder unter sechs Jahren haben einen Migrationshintergrund, bei den Kindern und Jugendlichen von sechs bis unter 18 Jahren sind es 40,9%.

Gesundheit und Krankheit stehen in einem direkten Zusammenhang mit Bildung, finanziellen Ressourcen und sozialer Eingebundenheit der Menschen. So hängt insbesondere die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen stark von der sozialen Situation der Eltern ab und nicht vom Migrationshintergrund. Mit Blick auf den zunehmenden Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund sind demzufolge Investitionen in Gesundheitsförderung und -prävention sowie in eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund eine Investition in die gesellschaftliche Zukunft Hessens.

Verstärkt werden diese Zugangshindernisse durch oftmals fehlende Sprachkenntnisse. Weitere Folgen kommunikativer Probleme und kultureller Unwissenheit sind Fehldiagnosen, Endlosdiagnosen und Überversorgung. Migrationssensibilität auf der Angebotsseite des Gesundheitswesens und gesundheitliche Aufklärung in der migrantischen Bevölkerung können diese Zusammenhänge im öffentlichen Gesundheitswesen Schritt für Schritt im Sinne einer gelebten Willkommens- und Anerkennungskultur verändern.

a) Verbesserung der Informationsbasis

Menschen mit Migrationshintergrund nutzen häufiger als die übrige Bevölkerung die Notfallambulanz und gleichzeitig seltener Präventionsangebote. Diese Situation lässt darauf schließen, dass sie zu wenige Informationen über das Gesundheitssystem haben und sich dadurch ihr Zugang erschwert. Verstärkt werden diese Zugangshindernisse durch oftmals fehlende oder unzureichende Sprachkenntnisse.

Die Pakt-Partner sehen ein Mittel, bestehende Informationsdefizite abzubauen, in der Herausgabe von zielgruppenadäquaten Broschüren und in der Erstellung von elektronischen Informationsplattformen, ggfs. in den Herkunftssprachen der Patientinnen und Patienten. Auf die Verwendung einfacher Sprache sollte dabei geachtet werden.

Die Landesregierung setzt sich darüber hinaus dafür ein, dass im Rahmen der Novellierung des Präventionsgesetzes Präventionsmittel für die Erstellung von migrantenspezifischen Broschüren eingesetzt werden können.

Wichtige Multiplikatoren zur Information von Migrantinnen und Migranten sind sog. Gesundheitslotsen. Die Landesregierung fördert den Einsatz von Integrations-Lotsinnen und -Lotsen in Kommunen durch das Landesprogramm WIR. Durch eine lokale Schwerpunktsetzung bei den Integrationslotsen zum Themenbereich Gesundheit und der Entwicklung exemplarischer Module für die Ausbildung könnten wieder verstärkt Gesundheitslotsen in den Kommunen zum Einsatz kommen, die ebenfalls über Gesundheitsthemen informieren können.

b) Interkulturelle Öffnung im Gesundheitsbereich

Statt separate Strukturen für die Information und Betreuung von Migrantinnen und Migranten zu schaffen, halten die Pakt-Partner eine interkulturelle Öffnung von Gesundheits- und Pflege-Einrichtungen für zielführender. Best-Practice-Beispiele zeigen, dass hierfür die Bestellung von Integrationsbeauftragten und multiprofessionelle Arbeitskreise wesentliche Bausteine sind. Ein wichtiger Bereich ist auch die Fortbildung von ärztlichem und nicht ärztlichem Personal in interkultureller Kommunikation, um Missverständnisse und Fehlbehandlungen zu vermeiden.

Die Pakt-Partner prüfen die Möglichkeit der Erstellung von berufsbegleitenden Online-Angeboten für entsprechende Fortbildungen. Perspektivisch wird es für sinnvoll erachtet, dass die Frage der interkulturellen Öffnung integraler Bestandteil der Studien-, Ausbildungs- und Fortbildungsordnungen wird. Als kurzfristig umzusetzende Maßnahme zeigen Best-Practice-Beispiele, dass insbesondere kurze Inhouse-Fortbildungen gut angenommen werden.

Zur Verbesserung der Kommunikation mit Migrantinnen und Migranten hat sich in der Praxis in größeren Einrichtungen gezeigt, dass Übersetzungen durch fremdsprachenkundiges medizinisches Personal, das speziell geschult wurde, am geeignetsten erscheinen. Spezielle Serviceangebote wie die Einrichtung eines „Raums der Stille“ zur Ausübung der jeweiligen Religion haben sich in der Praxis bewährt.

Die Pakt-Partner begrüßen zudem eine dezentrale Erörterung der Frage der interkulturellen Öffnung mit den regionalen Akteuren des Gesundheitswesens und der Pflege. Die in den Landkreisen bereits bestehenden regionalen Diskussionskreise mit den Akteuren des Gesundheitswesens und der Pflege, z.B. die lokalen Gesundheitskonferenzen, könnten aufgrund der spezifischen Bedürfnisse vor Ort die Koordinatorinnen und Koordinatoren des Landesprogramms WIR themenspezifisch einbeziehen, um regionale Initiativen zur interkulturellen Öffnung und zur Implementierung einer Willkommens- und Anerkennungskultur zu entwickeln.

Auf Landesebene könnte das Gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V genutzt werden, sich über gemeinsame Projekte, gesetzliche Initiativen auszutauschen und gemeinsame Aktivitäten zu planen.

c) Willkommenskultur und Integration für ausländische Gesundheits- und Pflege-Fachkräfte

Die Personalsituation im Gesundheits- und Pflegebereich ist zunehmend durch Zuwanderung ausländischer Fachkräfte geprägt. Daraus resultieren vielfältige Herausforderungen an die Gewährleistung der Gesundheitsversorgung wie der Patientensicherheit und die Integration gleichermaßen.

Eine Schlüsselrolle im Hinblick auf den Patientenschutz und eine menschenwürdige Betreuung kommt der notwendigen Sprachkompetenz zuwandernden medizinischen wie pflegerischen Fachpersonals zu. Das Land setzt die 2014 durch die GMK beschlossenen Eckpunkte zur Überprüfung der für die Berufsausübung erforderlichen Deutschkenntnisse in den akademischen Heilberufen um.

Die Pakt-Partner unterstreichen in diesem Kontext die besondere Bedeutung der Etablierung einer Willkommenskultur für zuwandernde Fachkräfte aus dem Ausland. Diese bereitet nicht nur einer erfolgreichen Integration in Beruf und Gesellschaft den Weg, sondern leistet zugleich einen wertvollen Beitrag zum Erhalt der Attraktivität Hessens als Arbeits- und Lebensstandort und dient damit zugleich der Sicherung der Fachkräftebasis. Hierzu können etwa Informationsangebote der Arbeitgeber zu allen relevanten Arbeits- und Lebensbereichen zählen, auch die Unterstützung bei Behördengängen, der Förderung und Vermittlung von Sprachkursen, der Wohnungsvermittlung oder der Kinderbetreuung.

Eine weitere Erfolgsstrategie kann darin liegen, die Vielfalt von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als Ressource anzuerkennen und gewinnbringend einzusetzen. Die Kompetenzen zugewanderter Fachkräfte können gezielt etwa auch bei der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund eingesetzt werden. Die Charta der Vielfalt, der das Land Hessen bereits am 01. Februar 2011 beitrug, ist eine Initiative, die sich für die Wertschätzung und Nutzung von Vielfalt in Organisationen einsetzt, diese vernetzt und bei der Umsetzung eines Vielfaltsmanagements unterstützt. Die Pakt-Partner begrüßen die Berücksichtigung der Ziele der Charta der Vielfalt durch die Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen in Hessen.

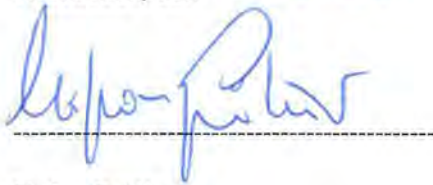
6. Zugang zum Gesundheits- und Pflegesystem für Menschen mit Behinderung

Im System der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung steht jedem Versicherten der gleiche Zugang zu allen notwendigen Leistungen zu, unabhängig von Alter, sexueller Identität, Herkunft und Einkommen. Gleichwohl leben auch in Hessen Menschen, deren Zugang zum Gesundheitssystem und dessen Inanspruchnahme aus unterschiedlichen Gründen erschwert ist und die deshalb nur eingeschränkt an der gesundheitlichen Regelversorgung teilhaben können. Der demografische Wandel kann diese Situation verschärfen. Menschen mit Behinderung und chronischen Krankheiten sind eine Zielgruppe, für die das gegenwärtige System der Gesundheitsversorgung in Deutschland noch Zugangsbarrieren aufweist. Die Pakt-Partner setzen sich dafür ein, die Angebote der medizinischen, gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung für Menschen mit Behinderung zu stärken und damit deren Teilhabe an den weiterzuentwickelnden

Versorgungsstrukturen zu gewährleisten. Mögliche konkrete Maßnahmen dazu sollen im Verlaufe des Paktes gesammelt und auf ihre Realisierbarkeit überprüft werden.

Wiesbaden, den

23.03.2015



Stefan Grüttner
Hessischer Staatsminister
Hessisches Ministerium für Soziales und Integration



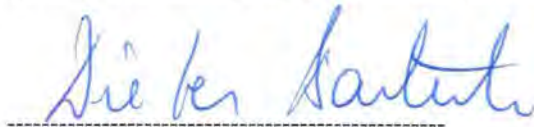
Frank Dastych
Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsident der Landesärztekammer Hessen



Corinna Kertel
Vorstandsvorsitzende, Junge Hessische Allgemeinmedizin (HESA) e.V.



Dieter Bartsch
Präsident der Hessischen Krankenhausgesellschaft e.V.

Dr. Detlef Weidemann
Vorsitzender des Hessischen Apothekerverbandes e.V.

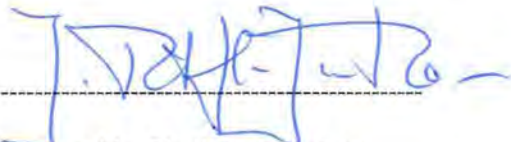




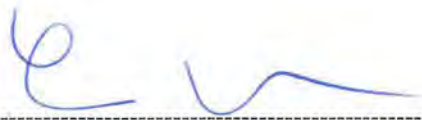
Ursula Funke
Präsidentin der Landesapothekerkammer Hessen



Thomas Przibilla
Vorstandsvorsitzender der Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e.V.



Hans-Joachim Rindfleisch-Jantzon
Vorstandsvorsitzender der bpa-Landesgruppe Hessen e.V.



Claudia Ackermann, Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
im Namen der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen in Hessen



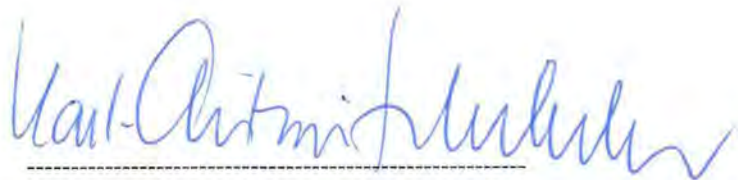
Priv.-Doz. Dr. habil. Jan Hilligardt
Direktor, Hessischer Landkreistag



Dr. Jürgen Dieter
Direktor, Hessischer Städtetag



Karl-Heinz Schäfer
Präsident,
Hessischer Städte- und Gemeindebund e.V.



Karl-Christian Schelzke
Geschäftsführender Direktor,
Hessischer Städte- und Gemeindebund e.V.



Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Robert Sader
Studiendekan Klinik, Fachbereich Medizin der Goethe-Universität Frankfurt



Prof. Dr. med. Erika Baum
Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin,
Philipps-Universität Marburg