

Neue sektorenübergreifende
Ansätze zur Versorgung
geriatrischer, pflegebedürftiger und
schwerkranker Menschen

**DIE
VERSORGUNGSLANDSCHAFT
PFLEGE**

Den Tatsachen ins Auge schauen...

- Die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland steigt von heute 2,4 Mio. auf gut 3 Mio. Menschen in 2020.
- Ein längeres Leben mit chronischen, auch malignen Erkrankungen ist möglich.
- Die Bevölkerungszahl sinkt, die Zahl der Erwerbstätigen ebenfalls, bei steigender Lebenserwartung.
- Die Zahl pflegebedürftiger, auch schwerkranker Singles in Ballungsgebieten steigt.
- Einwanderer werden pflegebedürftig.
- Die Forderung nach stärkerer Mobilität bei Berufstätigen führt zur räumlichen und zeitlichen Entfernung jüngerer Angehöriger von „ihren“ Pflegebedürftigen.

Nicht nur Kranken- und Pflegekasse zahlen, sondern auch die Kommunen.

Entwicklung der Kosten für Hilfe zur Pflege nach § 61ff SGB XII
in Euro pro Einwohner (nach den Zahlen des Landesamtes für DV und Statistik, Kreisstandardzahlen 2010, Düsseldorf 2010)

Ruhrgebiet

- 1998: 5,70
- 2003: 13,70
- 2008: 37,90

NRW gesamt

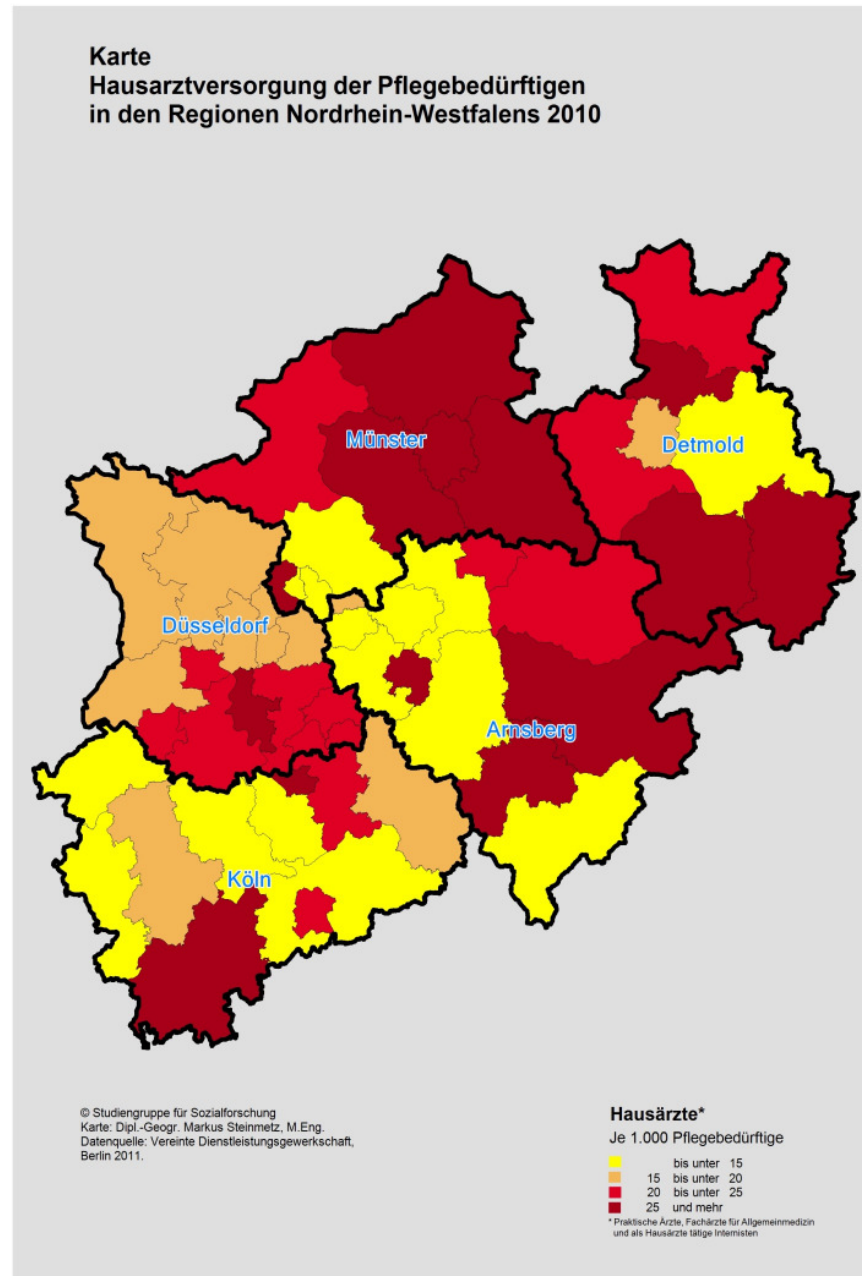
- 1998: 4,50
- 2003: 7,60
- 2008: 31,00

Ärzte sind auch nicht mehr da, wo sie mal waren...

- Im Krankenhausbereich sind gut 3000 Arztstellen in Deutschland nicht besetzt.
- Im öffentlichen Dienst fehlen etwa 2000 Ärzte.
- Im hausärztlichen Bereich fehlen 3000 Ärzte. Es gibt heute bereits zahlreiche unterversorgte Regionen.
- Es ist keine Lösung, den Nachbarländern die Ärzte wegzunehmen, die dort ebenfalls gebraucht werden.

Eins kommt
zum andern...

Dort, wo die
Sozialstruktur
sich
verschlechtert,
fehlen auch
ärztliche und
pflegerische
Versorgung.



Die Zahl der Pflegekräfte wächst nicht so wie die der Alten und Kranken

- **Ist – Zahl in Deutschland 2007:**
ca. 800.000 Pflegekräfte,
davon 50 – 70 % mit Fachausbildung,
das waren 1,8 der Erwerbstätigen im Land.
- **Errechneter Bedarf für das Jahr 2030:**
ca. 1.080.959 Pflegekräfte,
damit 2,5 bis 2,7 % der Erwerbstätigen.
- **Die Ausbildungszahlen entwickeln sich bisher nicht steigend, auch nicht bei den MFAs.**
- **In unseren Nachbarländern sieht es nicht besser aus.**

Die Versorgung von Palliativpatienten ist nicht gut...

- Obwohl die Richtlinie SAPV nun schon fast sieben Jahre alt ist, steht diese Versorgungsform immer noch nicht flächendeckend allen Versicherten zur Verfügung.
- Der § 132d SGB V gibt den Krankenkassen die Möglichkeit, relativ autonom Qualitätskriterien zu definieren.
- Hausärzte mit langjähriger Erfahrung in der Versorgung von Palliativpatienten sind in der Regel nicht ausreichend einbezogen, die „normale“ Pflege ebenfalls nicht.
- Die allgemeine Palliativversorgung findet sich nur in wenigen Verträgen wieder.
- Es findet zu viel stationäre Krankenhausbehandlung statt, weil die Sektoren und Versorgungsebenen nicht ausreichend kooperieren.

Erkenntnisse sind nicht neu...

- Koalitionsvertrag CDU/CSU und SPD vom 11. Nov. 2005:es wird geprüft, inwieweit nichtärztliche Heilberufe stärker , insbesondere in integrierte Versorgungskonzepte, einbezogen werden können...
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2007: ...nichtärztliche Gesundheitsberufe sollen stärker einbezogen werden, Pflege soll größere Handlungsautonomie erhalten...

Echte Reformen ließen bisher auf sich warten...

- Über - Fehl - und Unterversorgung besteht weiter.
- Es fehlen langfristig geltende Kalkulationen und Konzepte zur Sicherung der Gesundheitsfürsorge im Land.
- Das Pflege- Neuausrichtungsgesetz löste die Probleme in der Pflege nicht wirklich.

Der Gesetzgeber gibt Gesetze...

- **§ 63 SGB V (Weiterentwicklung der Versorgung):**
Modellvorhaben können vorsehen, dass Angehörige der im Krankenpflegegesetz und im Altenpflegegesetz geregelten Berufe die Verordnung von Verbandmitteln und Pflegehilfsmitteln sowie die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Dauer vornehmen...., dass Physiotherapeuten...die Auswahl und die Dauer der physikalischen Therapie und die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen, ...können eine Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt..., auf Angehörige der im Krankenpflegegesetz (Altenpflegegesetz) geregelten Berufe vorsehen.
- Der **Gemeinsame Bundesausschuss** legt in Richtlinien fest, bei welchen Tätigkeiten eine Übertragung.....erfolgen kann.

Die Richtlinie des GBA

über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf
Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung
von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 SGB V

vom 20. Oktober 2011

- wurde vom BMG nicht beanstandet.
- enthält einen abschließenden Katalog von Leistungen.
- setzt im Einzelfall die ärztliche Diagnose und Indikationsstellung voraus.
- begrenzt die Befugnis zur selbständigen Ausübung von Heilkunde bei anderweitigen entgegenstehenden Entscheidungen eines Arztes...zur Vermeidung einer kontraindizierten Behandlung.
- ermöglicht Verordnungskompetenz für zu definierende Medizinprodukte , Pflegehilfsmittel und Heilmittel.
- fordert Verfahrensanweisungen für Behandlungspfade.
- vermeidet die Begriffe Substitution und Delegation
- bezieht sich auf einzelne Diagnosen und ist damit nicht umfassend, versucht dies durch eine tätigkeitsbezogene Liste von Leistungen auszugleichen.

Kleine Schritte mit kurzen Beinen...

- **Die Richtlinie des GBA löst Probleme der Gesundheitsversorgung alter Menschen kaum.**
- Modellvorhaben bei einer begrenzten Zahl von Diagnosen, eigene Ausbildungskataloge, nötiger Goodwill der Kostenträger, Zeitschiene, bürokratische Auflastungen.
- **Auch die Neuregelungen des schon bisher kraftlosen § 119b SGB V zur heimärztlichen Versorgung werden kaum Verbesserungen bringen.**
- Verbesserung der Heimarztbezahlung mit den Regelungen des Kollektivvertrages nicht in Sicht.
- Vor diesem Hintergrund ist die Verpflichtung der Träger von Pflegeeinrichtungen, ausreichende ärztliche Versorgung nachzuweisen, etwas seltsam.
- **Sektoren- und berufsübergreifende Kooperation wird nicht wirklich gefördert; die Regelungen sind eher geeignet, Kompetenzkämpfe neu zu entfachen und Verhinderungspraktiken zu generieren.**

Und, es wird auch noch gebremst...

Trotz der Nachwuchsproblematik bei Ärzten, MFAs und Pflegekräften finden sich immer noch Streitereien um Kompetenzen, Versorgungsbereiche, Leistungsinhalte, Leistungsverweigerung.

Einzelnen, und nicht vereint, wird versucht, Ziele zu erreichen.

So sind die ab 1. Oktober 2013 geltenden Anforderungen zur Delegation ärztlicher Leistungen an nicht ärztliche Mitarbeiter(innen) in der vertragsärztlichen Versorgung kaum wirklich hilfreich:

Der Landesausschuss muss bestehende oder drohende Unterversorgung festgestellt haben oder einen „zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf“.

Der Patient (Gott sei Dank nicht der Arzt) muss über 65 Jahre alt sein und mindestens an einer schwerwiegenden chronischen Krankheit.... leiden.

Mitarbeiter müssen ein Curriculum nachweisen.

KV muss genehmigen.

Erhöhung der Morbi GV in der Regel nicht vorgesehen...

Das Fazit ist doch eigentlich klar...

Angesichts des Fachkräftemangels in der Pflege und der vorhandenen und noch zu erwartenden Unterversorgung im ärztlichen, insbesondere dem hausärztlichen Bereich ist die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung nur durch eine effiziente und rationale Kooperation der Sektoren möglich. Neue und notwendige Ansätze solcher Kooperation dürfen weder durch den Versuch des Bewahrens althergebrachter Besitzstände noch durch überzogene, medizinisch nicht begründbare Kompetenzforderungen verhindert werden. Auch dürfen sie nicht der Beliebigkeit und Beweglichkeit der Kostenträger unterworfen werden.

Vor allem deshalb, weil alle Vorbehalte und Hinderungsgründe vorwiegend pekuniär begründet sind.

Neue sektorenübergreifende Gesundheitskonzepte am Beispiel der Versorgungslandschaft Pflege

- **Kooperation von der Laienebene bis zum Spezialisten, zur Fachklinik. Auf Augenhöhe.**
- **Berücksichtigung individueller Möglichkeiten und Lebensziele der Patienten anstatt überholter rein messwertorientierter Behandlungspfade.**
- **Beachtung von Ko- und Multimorbidität.**
- **Innovative Lösungsansätze.**
- **Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven.**

Der Mensch und seine individuellen Möglichkeiten und Lebensziele stehen im Mittelpunkt der Versorgungslandschaft Pflege

<p>1. Eingangsdiagnostik Anamnese sowie Erhebung RSA-Diagnose</p>	<p>3. Prüfung der individuell erreichbaren Zielwerte: 1. Hinauszögerung bzw. Vermeidung des Eintritts von Pflegebedürftigkeit bei bestehendem Pflegerisiko 2. Reduktion des aktuellen Pflegebedarfs 3. Erhaltung des Pflegezustandes (Bezug: Hilfebedarf bei nachfolgenden Kriterien: Körperpflege, Ernährung, Mobilität, Hauswirtschaftliche Versorgung, eingeschränkte Alltagskompetenz**)</p>	<p>5. Gründe für die fehlende Zielwert- erreichung*** (Hinderungsfaktoren) A. Persönliches und familiäres Umfeld B. Berufliches und schulisches Umfeld C. Soziales Umfeld D. Weitere Faktoren</p> <p>Einstufung mittels Addition (1 Punkt je betroffener Gruppe)</p> <p>6.</p>		
	<p>4. Zielwerterreichung innerhalb von 3 Monaten:</p>	<p>Summe der ermittelten Hinderungsfaktoren</p>		
<p>2. Eine RSA-Diagnose*</p>	<p>Ja -> Weiterbehandlung beim HA Nein -> Überprüfung Hinderungsfaktoren</p>	<p>0 Keine Über- bzw. Einweisung bzw. zusätzl. Therapieschritte erforderlich</p>	<p>1-2 Über- bzw. Einweisung bzw. Anpassung der Therapie erwägen</p>	<p>3-4 Über- bzw. Einweisung bzw. Anpassung der Therapie dringend geboten</p> <p>7.</p>
<p>Zwei RSA-Diagnosen* bzw. tiefere Codierung (vierstellig)</p>	<p>Ja -> Weiterbehandlung beim HA Nein -> Überprüfung Hinderungsfaktoren</p>	<p>Keine Über- bzw. Einweisung bzw. zusätzl. Therapieschritte erforderlich</p>	<p>Über- bzw. Einweisung bzw. Anpassung der Therapie erwägen</p>	<p>Über- bzw. Einweisung bzw. Anpassung der Therapie dringend geboten</p>
<p>Mehr als zwei RSA-Diagnosen* bzw. tiefere Codierung (vierstellig)</p>	<p>Ja -> Weiterbehandlung beim HA Nein -> Überprüfung Hinderungsfaktoren</p>	<p>Keine Über- bzw. Einweisung bzw. zusätzl. Therapieschritte erforderlich</p>	<p>Über- bzw. Einweisung bzw. Anpassung der Therapie erwägen</p>	<p>Über- bzw. Einweisung bzw. Anpassung der Therapie dringend geboten</p>

* 80 RSA-Diagnosen nach RSAV

** nach § 14 (4) und § 43 a des Sozialgesetzbuches XI

*** Indikatoren für Gruppen, s. Folie ff.

Ziele der Versorgungslandschaft Pflege

- Präventives Handeln zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit bzw. Hinausschieben des Eintritts derselben.
- Verminderung des Hilfebedarfs bzw. Verhinderung einer Verschlechterung des Status quo.
- Einbeziehung des Pflegebedürftigen selbst so wie seiner Umgebung.
- Berücksichtigung von Lebensqualität und individuellen Lebenszielen.
- Koordination der Arbeit aller Beteiligten in gegenseitigem Respekt.
- Hebung von wirtschaftlichen Reserven (Krankenhausbehandlung, Arznei und Medizinprodukte, Transportkosten, Physiotherapie und Reha.)
- Verbesserung des Zeitmanagements der an der Versorgung Beteiligten unter Vermeidung unnötiger Bürokratie.
- Die so frei werdende Zeit steht wieder dem pflegebedürftigen Menschen selbst und auch den Pflegekräften, Ärzten und Angehörigen zur Verfügung.
- **All dies ist nur möglich durch eine konsequente und auf einander abgestimmte Sektoren übergreifende Kooperation.**

Vermeidung von Krankenhausfällen

- Verbesserung der gegenseitigen Erreichbarkeit zwischen Pflegekräften und Ärzten sowie der Spezialstrukturen.
- Geregelter Bereitschaftsdienst der bei diesen Patienten tätigen Ärzte, vor allem der Hausärzte.
- Koordinierung von Visiten- und Urlaubszeiten.
- Voraus planendes Krisenmanagement für akut gefährdete Patienten, präventive Visiten vor Wochenenden.
- Gemeinsame Fortbildung, Fallkonferenzen.
- Vernetzung mit den übrigen an der Versorgung Beteiligten wie etwa den Hospizdiensten, Sozialarbeitern, der Physiotherapie, Reha, der Apotheken, dem stationären Sektor, der SAPV.
- Stärkere Einbeziehung des Umfeldes der Patienten.

Facharztbehandlung in der Pflege

- Viele fachärztliche Untersuchungen und Behandlungen sind in der Häuslichkeit bzw. in der Pflegeeinrichtung durchführbar.
- Notwendig sind ein der Würde des Menschen angemessener Rahmen und eine private, geschützte Atmosphäre.
- Zur Erreichung der Versorgungsziele ist es **notwendig**, Fachärzte einzubeziehen.
- Möglichkeiten der Telemedizin müssen endlich genutzt werden.

Arzneitherapie, Hilfsmittel etc.

- Bei ambulant oder stationär Pflegebedürftigen sind oft mehrere oder viele Ärzte tätig.
- Häufig wird ein multimorbider Mensch von mehreren Ärzten behandelt, die nicht miteinander sprechen oder sich nicht einmal kennen, die Einer nicht und nichts vom Andern wissen.
- Ein verbessertes Medikationsmanagement in kollegialer Absprache unter Vermeidung nicht notwendiger und ggf. schädlicher Polypharmazie ist ein Grundbestandteil des kooperativen Versorgungskonzeptes.

Gefordert sind Taten und nicht nur Worte

- Förderung neuer sektorenübergreifender Versorgungsmodelle nicht nur über Modellvorhaben, sondern verstärkt durch Selektivverträge mit einer Laufzeit, welche Evaluation ermöglicht.
- Einbeziehung aller Versorgungsebenen und medizinischen Berufsgruppen.
- Gesetzliche Verankerung bei positiver Evaluation , dann als Versorgungsform, auf welche die Patienten einen Anspruch haben.
- Ach ja, es kostet zunächst auch etwas Geld...

*„Wenn Du etwas machst,
wie Du es vor zehn Jahren gemacht hast,
dann sind die Chancen recht groß,
dass Du es falsch machst“.*

Charles Kettering, US – amerikanischer Ingenieur

Danke, dass Sie mir zugehört haben.