

DIE VERSORGUNG VON PFLEGEBEDÜRFTIGEN MENSCHEN WEITERENTWICKELN



ÄRZTE, ZAHNÄRZTE UND FREIE WOHLFAHRTSPFLEGE STELLEN SICH DEN GEMEINSAMEN HERAUSFORDERUNGEN

27. APRIL 2015 KBV BERLIN
HERBERT-LEWIN-PLATZ 2 | 10623 BERLIN



KZBV



Bundesarbeitsgemeinschaft

der Freien
Wohlfahrtspflege

DIE VERSORGUNG VON PFLEGEBEDÜRFTIGEN MENSCHEN WEITERENTWICKELN



ÄRZTE, ZAHNÄRZTE UND FREIE WOHLFAHRTSPFLEGE STELLEN SICH DEN GEMEINSAMEN HERAUSFORDERUNGEN

27. APRIL 2015 KBV BERLIN
HERBERT-LEWIN-PLATZ 2 | 10623 BERLIN



KZBV



Bundesarbeitsgemeinschaft

der Freien

Wohlfahrtspflege

VORWORT DER GASTGEBER

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei der gemeinsamen Tagung „Die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen weiterentwickeln – Ärzte, Zahnärzte und Freie Wohlfahrtspflege stellen sich den gemeinsamen Herausforderungen“ von Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) am 27. April 2015 in Berlin, haben wir uns intensiv mit der interprofessionellen Verbesserung der Versorgung von Pflegebedürftigen befasst.

Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen stellt die Gesellschaft vor große Herausforderungen. Anteil und Zahl älterer Menschen mit Pflegebedarf werden erheblich zunehmen. Die verlängerte Lebenserwartung ist verbunden mit einem vermehrten Auftreten von Multimorbidität, Mobilitätseinschränkungen und Demenz. Pflegebedürftige haben einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand als die Durchschnittsbevölkerung. Mit diesen demographischen Veränderungen sind Herausforderungen für die medizinische, zahnmedizinische und pflegerische Versorgung pflegebedürftiger Menschen verbunden.

Pflegebedürftige ältere Menschen verzichten nicht selten auf einen notwendigen Besuch bei einem niedergelassenen Arzt oder Zahnarzt, weil der Aufwand für sie zu groß oder gar nicht leistbar ist. Dies führt zu einer Unter- und Fehlversorgung einer Bevölkerungsgruppe, die aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen auf eine umfassende medizinische Versorgung angewiesen ist.

Unser aller Ziel ist es, den Pflegebedürftigen ein Leben im vertrauten häuslichen Umfeld solange wie möglich zu ermöglichen. Da, wo ältere Menschen auf Unterstützung angewiesen sind, sind die notwendigen Maßnahmen zu ergreifen. Soziale, pflegerische und ärztliche Leistungen müssen dazu eng aufeinander abgestimmt ineinander greifen.

Pflegebedürftigen ein gutes Leben zu ermöglichen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Unsere gemeinsame Tagung ist ein Anstoß in diese Richtung. Sie diente dazu, Impulse zu geben und Ideen zu generieren, wie wir die Gesundheit von pflegebedürftigen Menschen erhalten bzw. verbessern können. Gesellschaftlich geht es darum, für die Probleme dieser Patientengruppe zu sensibilisieren und das nötige Verständnis für eine bedarfsadäquate Versorgung zu schaffen. Vernetzte Lösungen kann es nur in enger Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen, den Pflegebedürftigen selbst und ihren Angehörigen geben. Komplexe gesellschaftliche Herausforderungen lassen sich nur durch gemeinsame Anstrengungen erfolgreich bewältigen. Dabei brauchen wir vor allem auch die Unterstützung der Politik durch geeignete gesetzliche Rahmenbedingungen.



(V.l.n.r.) Brigitte Döcker, Katrin Brand (Moderation), Dr. Wolfgang Eßer, Dipl.-Med. Regina Feldmann

Die bisherigen Gesetzesänderungen zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung zielen stark auf die Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen. Gezielte Verbesserungen in der ambulanten Versorgung für ältere pflegebedürftige Menschen sind aber ebenso dringend erforderlich. Die Leistungen der gesetzlichen Versicherungssysteme müssen deshalb an die veränderten Bedarfe und Strukturen angepasst werden.

Wir wollten mit unserer Veranstaltung auch den Bogen schlagen von der System- bis zur Praxisebene. Es ist unseren Referentinnen und Referenten zu verdanken, dass dies gelungen ist. Besonderer Dank geht an Herrn Dr. Orlowski für sein Grußwort und die politische Einordnung und Frau Prof. Dr. Kuhlmeier für ihren Überblicksvortrag, der gezeigt hat, welche Herausforderungen in der ärztlichen, zahnärztlichen und pflegerischen Versorgung auf uns zu kommen in einer älter werdenden Gesellschaft. Ein besonders herzlicher Dank geht auch an die Teilnehmer der Diskussion „Erfahrungen aus der Praxis“, bei dem die alltäglichen Probleme in der Versorgung sehr anschaulich dargestellt und engagiert interprofessionell diskutiert wurden. Mit dieser Dokumentation möchten wir das Gesagte festhalten und Ihnen die Möglichkeit bieten, die einzelnen Vorträge nachzulesen.

Berlin, im August 2015

Dipl.-Med. Regina Feldmann
Vorstand
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Dr. Wolfgang Eßer
Vorsitzender des Vorstandes
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

Brigitte Döcker
Vorstand der AWO
(für die BAGFW)

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort der Gastgeber	4
Inhaltsverzeichnis	6
1. Grußwort	8
Dr. Ulrich Orlowski, Leiter der Abteilung 2 im Bundesministerium für Gesundheit	
2. Die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen – Standortbestimmung und Herausforderung	10
Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeier, Direktorin des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité – Universitätsmedizin Berlin	
3. Moderiertes Gespräch: Erfahrungen aus der Praxis	30
• Dr. Annette Mainz-Perchalla, Neurologin und Psychiaterin, Berlin • Dr. Cornelius Haffner, Zahnarzt, München • Rita Reese, Pflegedienstleiterin, Hannover • Horst Weipert, wir pflegen, Potsdam	
4. Parallele Fachforen	34
4.1. Fachforum 1: Mobilität und medizinische Versorgung	34
4.2. Fachforum 2: Innovative Versorgungsformen	58
4.3. Fachforum 3: Kompetenz- und Wissenstransfer	88

5. Podiumsdiskussion	110
• Staatssekretär Karl-Josef Laumann, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege	
• Prof. Dr. Ursula Lehr, Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen	
• Gernot Kiefer, Vorstand GKV-Spitzenverband	
• Dipl.-Med. Regina Feldmann, Vorstand Kassenärztliche Bundesvereinigung	
• Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung	
• Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Präsident der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege	
6. Ausblick der Veranstalter	112
Anlage: Thesenpapier zur Veranstaltung	114

GRUSSWORT

DR. ULRICH ORLOWSKI,

LEITER DER ABTEILUNG 2 IM BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT

Einer der Vorzüge des deutschen Gesundheitswesens ist seine Zugänglichkeit. Durch die hohe Versorgungsdichte sind die Wartezeiten niedrig. In den weitaus meisten Städten und Regionen ist der Weg zum nächsten Arzt nicht weit. Patienten können ihren Arzt frei wählen, auch den Facharzt.

Doch für viele pflegebedürftige Menschen gelten diese Aussagen nur eingeschränkt. Verschiedene Studien zeigen, dass vor allem die Bewohner von Pflegeheimen deutlich seltener den Kontakt zu Fachärzten haben, als dies angesichts ihres Gesundheitszustands zu erwarten wäre. Gleichzeitig sind Heimbewohner häufiger als der Bevölkerungsdurchschnitt von Krankheiten betroffen, die typischerweise von Fachärzten behandelt werden.

Wir haben in Deutschland ein ausgezeichnetes ambulantes ärztliches Versorgungssystem. Aber ein hohes Alter und vor allem Pflegebedürftigkeit können seine Inanspruchnahme erheblich erschweren.

Das ambulante Versorgungssystem wird sich auf eine größer werdende Zahl von Patienten einstellen müssen, die eine Arztpraxis nur mit unverhältnismäßigem Aufwand oder gar nicht mehr aufsuchen kann. Aber auch und gerade sie müssen Zugang zur ambulanten medizinischen Versorgung haben.

Doch mehr „aufsuchende Versorgung“ ist nur ein Teil der Lösung. Eine gute Versorgung von pflegebedürftigen Menschen hängt auch vom Ineinandergreifen der ärztlichen und der pflegerischen Versorgung ab.

Besonders deutlich wird dies bei der zahnmedizinischen Versorgung. Auch regelmäßige Besuche von Zahnärzten in Heimen und ein Rechtsanspruch der Pflegebedürftigen auf zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen können – so wichtig sie auch sind – die tägliche Mundhygiene nicht ersetzen. Diese kann nur im Rahmen der pflegerischen Versorgung gewährleistet werden.

Dass der Erfolg medizinischer Maßnahmen von der Pflege abhängig ist, gilt auch in anderen Bereichen. Denken Sie etwa an die Gewährleistung einer regelmäßigen Medikamenteneinnahme, die für einen Großteil pflegebedürftiger Heimbewohner lebensnotwendig ist.

In den letzten Jahren hat der Gesetzgeber angefangen, die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen, damit Ärzte und Pflegekräfte den komplexen Anforderungen an die Versorgung pflegebedürftiger Menschen besser gerecht werden können. So wurden mit dem 2007 in Kraft getretenen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) Pflegekassen und zugelassene Pflegeeinrichtungen als Vertragspartner und Leistungserbringer in die Integrierte Versorgung einbezogen. Damit wurde die Rechtsgrundlage dafür geschaffen, die pflegerische und die ärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen stärker miteinander zu vernetzen.

Wichtig in diesem Zusammenhang sind auch die ebenfalls mit dem GKV-WSG eingeführten Vorschriften zur hausarztzentrierten Versorgung. In deren Rahmen können Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen

z.B. pauschale Zusatzvergütungen für die Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten miteinander vereinbaren. Seither sind auf Grundlage der genannten und anderer Vertragsoptionen etliche Modellprojekte für eine verbesserte medizinische Versorgung von pflegebedürftigen Menschen entstanden.

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) erhielten Pflegeheime die Möglichkeit, einzeln oder gemeinsam Kooperationsverträge mit niedergelassenen Haus- und Fachärzten abzuschließen. Um diese Kooperationsverträge zu einem wirksamen Instrument zur Verbesserung der Versorgung zu machen, sind verbindliche Kooperationsregeln zwischen Ärzten und Pflegekräften sowie definierte Qualitäts- und Versorgungsziele erforderlich.

Deshalb wurden KBV und GKV-Spitzenverband bzw. KZBV und GKV-Spitzenverband mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) dazu verpflichtet, Rahmenvereinbarungen über die kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische bzw. zahnärztliche und pflegerische Versorgung miteinander abzuschließen. Dies ist in beiden Bereichen im Benehmen mit den Trägern der Pflegeeinrichtungen sowie den Verbänden der Pflegeberufe geschehen.

Allerdings wird das Angebot der Kooperationsverträge bisher sehr unterschiedlich angenommen. Während es im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung zu einer großen Zahl von Vertragsabschlüssen gekommen ist, verläuft die Entwicklung im Bereich der ärztlichen Versorgung deutlich langsamer.

Wir haben uns deshalb dazu entschlossen, die Vorschrift weiterzuentwickeln. Der in der letzten Woche an das Kabinett übermittelte Entwurf für ein Hospiz- und Palliativgesetz sieht vor, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen künftig Kooperationsvereinbarungen mit Ärzten nicht mehr nur abschließen „können“, sondern diese abschließen „sollen“. Außerdem wollen wir die Regelung weiterentwickeln, nach der Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen zur Förderung der Kooperation zwischen ärztlicher und pflegerischer Versorgung zusätzliche Honorare auf Landesebene miteinander vereinbaren können. Wir wollen, dass Ärzte sicher sein können, dass der mit einem Kooperationsvertrag verbundene Kooperations- und Koordinationsaufwand auch tatsächlich vergütet wird.

Im zahnärztlichen Bereich gibt es solche garantierten Vergütungszuschläge bereits. Dies dürfte einer der Gründe sein, weshalb in diesem Bereich die Kooperationsverträge solch eine schnelle Verbreitung gefunden haben.

Angesichts des demografischen Wandels ist die Versorgung von Pflegebedürftigen zu einem der wichtigsten Themen der Gesundheitspolitik geworden. In den vergangenen Jahren hat der Gesetzgeber eine Vielzahl von Regelungen geschaffen, die zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen sollen.

Um weiter voranzukommen, wird es vieler Anstöße und Ideen bedürfen. Deshalb sind Veranstaltungen, wie die heutige, wichtig.

2 DIE VERSORGUNG VON PFLEGEBEDÜRFTIGEN MENSCHEN – STANDORTBESTIMMUNG UND HERAUSFORDERUNG

PROF. DR. ADELHEID KUHLMHEY,
DIREKTORIN DES INSTITUTS FÜR MEDIZINISCHE SOZIOLOGIE UND
REHABILITATIONSWISSENSCHAFT, CHARITÉ – UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Der demografische Wandel hat die Pflegebedürftigkeit in den Alltag der Menschen gebracht. Kein anderer Versorgungsbereich steht in einem so engen Zusammenhang zum Altern der Bevölkerung wie die Pflege.

Der Vortrag definiert die Pflegebedürftigkeit. Pflegebedürftigkeit ist ein Zustand höchster körperlicher, psychischer und sozialer Vulnerabilität, der dazu führt, dass der Lebensalltag dauernd nur mit fremder Hilfe aufrechterhalten werden kann. Es wird gezeigt, dass nicht nur die 2,5 Mio. Pflegebedürftigen selbst, sondern auch ihre Angehörigen vom Zustand des Versorgungssystems abhängig sind. Pflegenden Angehörigen sind meist selbst schon in einem höheren oder hohen Lebensalter und leiden vor allem an psychischen Folgen der Langzeitbetreuung.

Der Beitrag geht darüber hinaus auf die Versorgungswünsche der Frauen und Männer in Deutschland im Falle eines Pflegebedarfs ein und zeigt anhand repräsentativer Befragungen, dass die Mehrheit zu Hause versorgt werden möchte.

Der Vortrag kommt zu dem Schluss, dass in den Gesellschaften des langen Lebens immer mehr Menschen über lange Lebensabschnitte von der Hilfe und Pflege anderer abhängig sind und konstatiert, dass diese herausfordernde Situation nur über die Arbeit an zwei Säulen bewältigt werden kann: der Prävention und Rehabilitation von Pflegebedürftigkeit zur Vermeidung und Herauszögerung des Zustands und der Integration von Bausteinen der ärztlichen, zahnärztlichen, pflegerischen und sozialen Versorgung.

Alle, die alt werden wollen, sind herausgefordert, dieses neue Risiko Pflegebedürftigkeit anzunehmen und zu bewältigen. Alle, die sich professionell mit der Pflege befassen, müssen neue Versorgungsansätze entwickeln, innovative Dienstleistungen anbieten, die dazu beitragen, dass auch ein Leben mit Einbußen lebenswert ist und Selbstständigkeit so lange wie möglich erhalten werden kann. So ist die Gestaltung der Pflege im 21. Jahrhundert eine Aufgabe der Versorger und eine humanitäre Herausforderung für alternde Gesellschaften.

PRÄSENTATIONSFOLIEN ZUM VORTRAG VON
 PROF. DR. ADELHEID KUHLMEY, DIREKTORIN DES INSTITUTS FÜR MEDIZINISCHE SOZIOLOGIE
 UND REHABILITATIONSWISSENSCHAFT, CHARITÉ – UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN



Der demografische Wandel hat die Pflege (bedürftigkeit) zum Alltag gemacht!

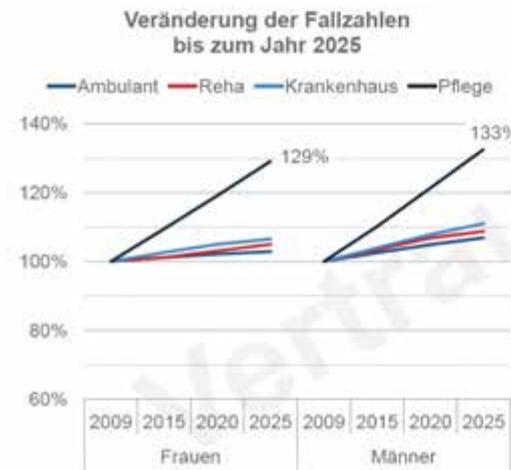
Pflegebedürftig zu sein - ist eine Form des Alterns!

1

CHARITÉ UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Der demografische Wandel beeinflusst die pflegerische Versorgung am stärksten

Veränderung der Fallzahlen bis zum Jahr 2025



Kategorie	2009	2015	2020	2025
Ambulant	100%	~105%	~110%	~115%
Reha	100%	~105%	~110%	~115%
Krankenhaus	100%	~105%	~110%	~115%
Pflege	100%	~110%	~115%	129% (Frauen) / 133% (Männer)

Ambulant
 Behandlungsfälle in der vertragsärztlichen Versorgung (ohne zahnärztliche und psychotherapeutische Versorgung)
 Datengrundlage: ADT-Panel Nordrhein

Krankenhaus/Reha
 Stationäre Aufnahmen
 Datengrundlage: Krankenhaus-, Vorsorge- und Reha-statistik NRW

Pflege
 Empfänger von Pflegeleistungen (Pflegegeld, Ambulant, Stationär)
 Datengrundlage: Pflegestatistik NRW

jeweils Status-Quo-Prognose

© 2011 Pflege AG

2

CHARITÉ UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Pflegebedürftige Menschen: Erfahrung nimmt zu!

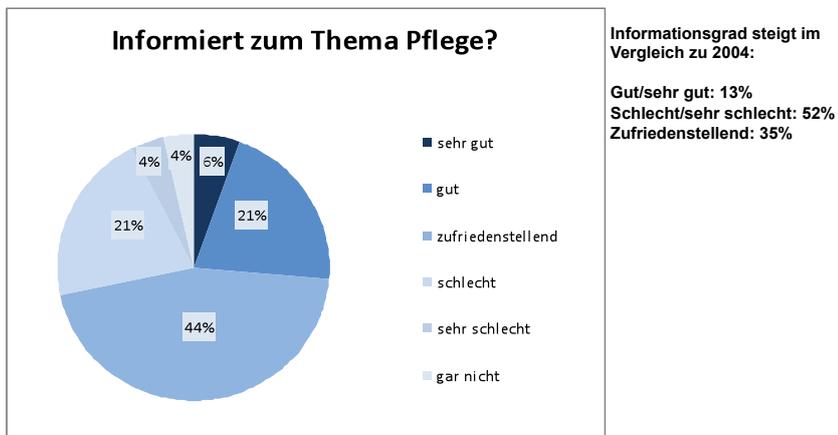


Abbildung: Informiertheit zum Thema Pflege

Quelle: Kuhlmei et al. 2013: Gesundheitsmonitor

3

Pflegebedürftige Menschen: Der Zustand

Was fordert die Versorgung heraus?



4

Pflegebedürftige Menschen: Der Zustand

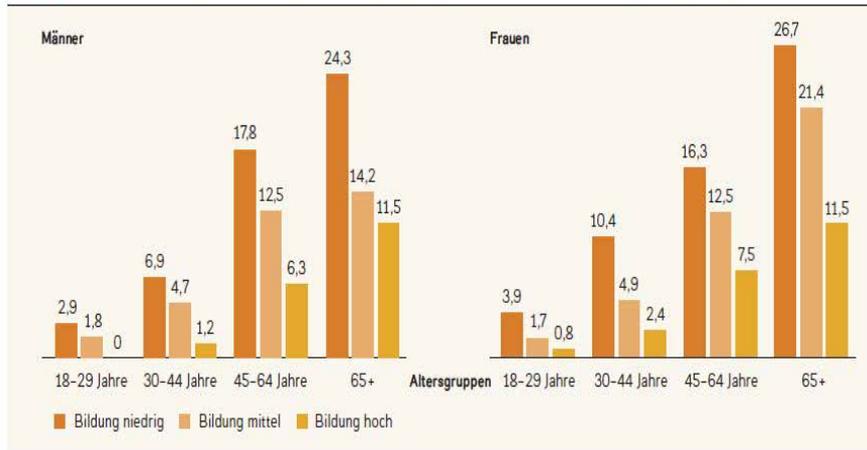
Pflegebedürftigkeit ist ein Zustand höchster körperlicher, psychischer und sozialer Vulnerabilität, der dazu führt, dass der Lebensalltag dauernd nur mit fremder Hilfe aufrecht erhalten werden kann.

5

CHARITÉ UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Pflegebedürftige Menschen: Der Zustand

Abb. 4: Erhebliche krankheitsbedingte Einschränkungen in der Alltagsbewältigung nach Bildung, in %

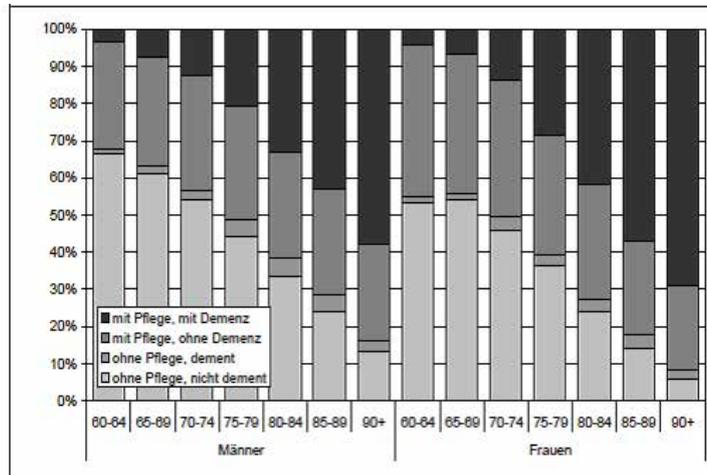


Datenbasis: GEDA 2009.

Datenreport 2011

CHARITÉ UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Pflegebedürftige Menschen: Der Zustand



Pflegebedürftige Menschen: Der Zustand

Infratest-Umfrage (12/2012): Jeder zweite Deutsche würde kostenlose Assistenz beim Freitod in Anspruch nehmen, um dem Schicksal der Pflegebedürftigkeit zu entgehen.

Erfasst wurde das Ausmaß der Angst vor einer Pflegebedürftigkeit (unabhängig von Grad und Ausmaß). 52 % der befragten Frauen und 48 % der Männer würden bei entsprechendem Zustand den assistierten Suizid wünschen. Die Zustimmung ist in der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen mit 63 % am höchsten.



Pflegebedürftige Menschen: Die Betroffenen

Wer wird in der Versorgung herausgefordert?

9

CHARITÉ UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

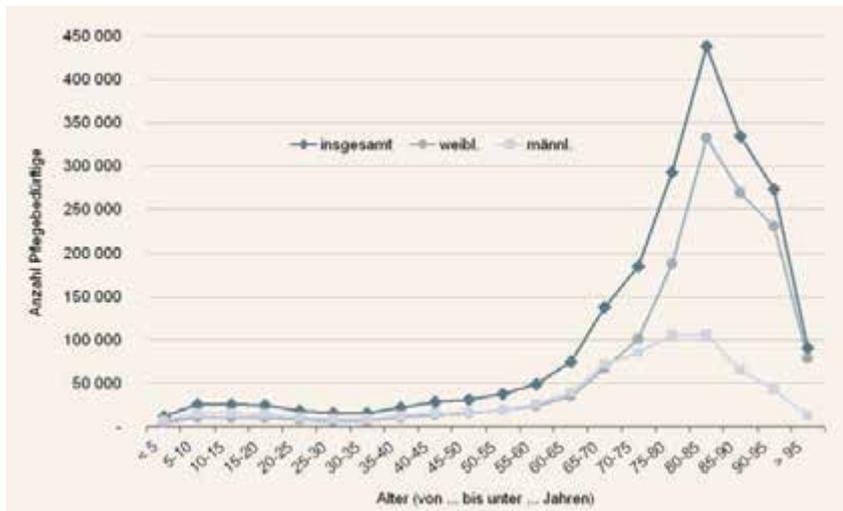
Pflegebedürftige Menschen: Die Betroffenen

- Im Dezember 2011 waren in Deutschland 2,5 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI).
- Davon waren 65 % weiblich und 35 % männlich.
- 1,37 Mio. der Pflegestufe 1
- 820.000 der Pflegestufe 2
- 300.000 der Pflegestufe 3

10

CHARITÉ UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Pflegebedürftige Menschen: Die Betroffenen



11

Pflegebedürftige Menschen: Die Betroffenen

67 % der Frauen und 47 % der Männer waren 2009 vor ihrem Versterben pflegebedürftig im Sinne des SGB XI.

Demnach ist fast jeder 2. Mann und $\frac{2}{3}$ der Frauen im Lebensverlauf pflegebedürftig.

Quelle: Rothgang et al.: Pflegereport 2010

12

Pflegebedürftige Menschen: Die Betroffenen

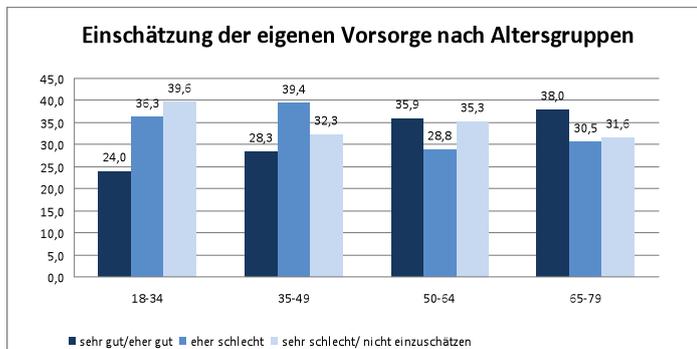


Abbildung: Einschätzung der eigenen Vorsorge nach Altersgruppen

Quelle: Kuhlmeiy et al. 2013: Gesundheitsmonitor

13

Pflegebedürftige Menschen: Die Betroffenen

ca. 4,2 Millionen privat Pflegende.

Quelle: Rothgang et al.: Pflegereport 2010

Pflegebedürftige Menschen: Die Betroffenen

ca. 4,2 Millionen privat Pflegende.

Quelle: Rothgang et al.: Pflegereport 2010

Pflegebedürftige Menschen: Die Betroffenen

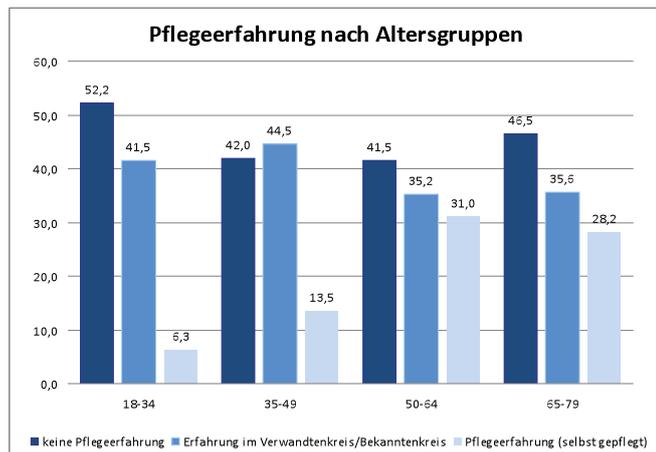
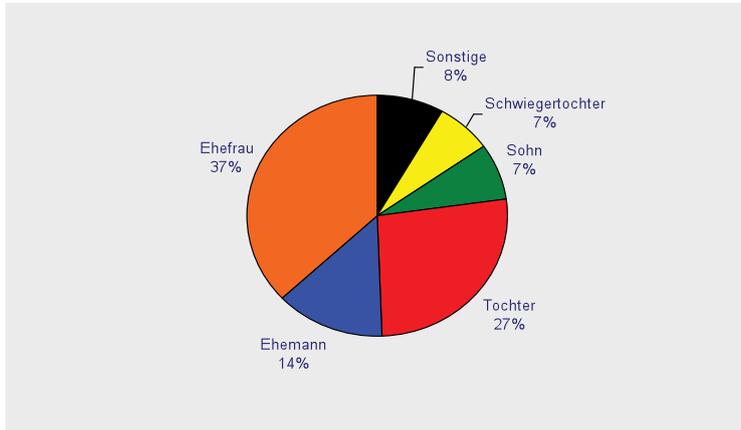


Abbildung 1: Pflegeerfahrung nach Altersgruppen

Quelle: Kuhlmei et al. 2013: Gesundheitsmonitor

Pflegebedürftige Menschen: Die Betroffenen



(N=241)

Pflegebedürftige Menschen: Die Betroffenen



Befragung durchgeführt von der Forschungsgruppe Wahlen

5.652 Befragte, davon sind 903 Befragte in der Pflege von Angehörigen aktiv

Pflegebedürftige Menschen: Die Betroffenen



19

Pflegebedürftige Menschen: Die Betroffenen Entscheidend: Versorgungsstruktur und -mix

- Bis 2025 Mangel an VZÄ/Pflege: 193.000 (SVR 2012)
- 2030 bleiben eine halbe Million Stellen für Vollzeitkräfte in der Pflege unbesetzt (Pflegerreport 2030 der Bertelsmann Stiftung, 2012)
- Bis 2050: 400.000 Pflegekräfte in Vollzeit mehr (bpa 2011)
- Bis zu 6.100 Ärztinnen und Ärzte könnten im Jahr 2025 fehlen, um das Versorgungsniveau des Jahres 2010 aufrechtzuerhalten/die ärztliche Versorgungslücke ist ambulant im hausärztlichen (-10 %), neurologisch/psychiatrischen (-27 %) und urologischen Bereich (-19 %) am größten (Prognos AG 2011)
- Es fehlen VZÄ/Ärzte bis 2020: 56.000 (SVR 2012)

20

Pflegebedürftige Menschen: Die Betroffenen

Wissenschaftsrat Empfehlungen zur hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen

Akademisierungsquote zwischen 10 und 20% eines Jahrgangs in den Pflege- und Therapieberufen

IST: Zuwachs an akademisch ausgebildeten Pflegekräften, Anteil bislang nur ca. 0,6%

Pflegende: 85% Frauenanteil

21



Pflegebedürftige Menschen: Die Versorgungswünsche

Wie wollen die Betroffenen versorgt werden?

22

Pflegebedürftige Menschen: Die Versorgungswünsche

Die Mehrheit der in Deutschland lebenden Frauen und Männer möchte im Falle des Eintretens einer Pflegebedürftigkeit zu Hause versorgt werden; alle größeren Befragungen bestätigen dies

(vgl. z.B. Deutscher Altenpflege-Monitor; 2006 Gesundheitsmonitor 2006 und 2013; COMPASS-Studie 2010)

Mit diesem Wunsch ist die Hoffnung verbunden, ein hohes Maß an Selbstständigkeit und Kontinuität im Leben im Hinblick auf vertraute Personen im bekannten Wohnumfeld bewahren zu können.

23

Pflegebedürftige Menschen: Die Versorgungswünsche

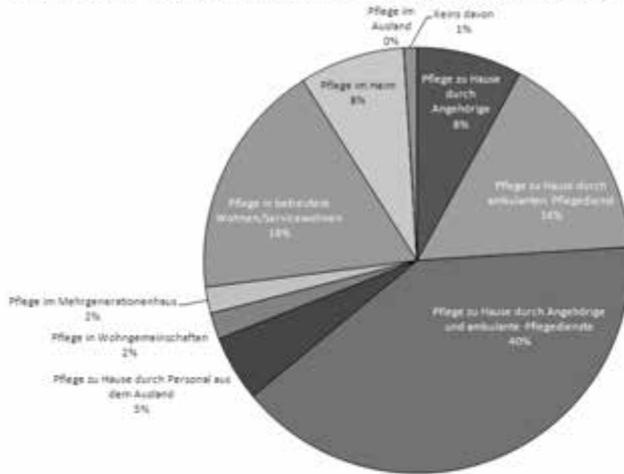
COMPASS-Studie - knapp 6.000 Personen
(>40 Jahre)

Wohn- und Versorgungsformen außerhalb der Häuslichkeit nach wie vor einen schweren Stand
- vgl. Abbildung

24

Pflegebedürftige Menschen: Die Versorgungswünsche

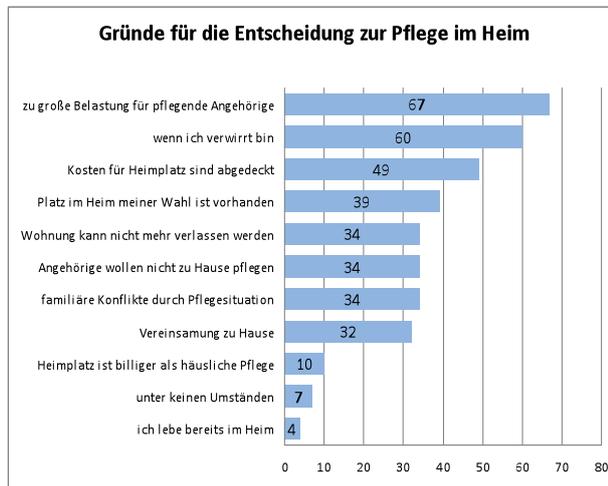
Von den Versicherten gewünschte Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit



25

Pflegebedürftige Menschen: Die Versorgungswünsche

Gründe für die Entscheidung zur Pflege im Heim



26



Pflegebedürftige Menschen:
Die Versorgungsrealität – eine Standortbestimmung

Wie sind die Betroffenen versorgt?

27

CHARITÉ UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Pflegebedürftige Menschen: Die Versorgungsrealität

1,76 Millionen Kinder, Jugendliche sowie (meist hochbetagte) Frauen und Männer werden zu Hause versorgt (70 %).

Durch Angehörige: 1,18 Millionen

Zusammen mit/durch ambulante Pflegedienste:
576.000 Pflegebedürftige

Quelle: Statistisches Bundesamt 2013: Pflegestatistik 2011

CHARITÉ UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Pflegebedürftige Menschen: Die Versorgungsrealität

In Deutschland sind derzeit nur 5,2 % der Seniorenhaushalte bzgl. des Zugangs und der Wohnungsnutzung barrierefrei.

Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen kritischen Wohnbedingungen und Pflegebedürftigkeitsrisiko sowie Institutionalierungsgefahr. (Kosten: Die Versorgung von Hochbetagten in Heimen verursacht knapp 5 % der jährlichen Krankheitskosten 11,4 Mrd. Euro.)

29

Pflegebedürftige Menschen: Die Versorgungsrealität

In Deutschland werden aktuell 743.000 pflegebedürftige Menschen in 12.400 Pflegeheimen von 661.000 Beschäftigten versorgt

Quelle: Büscher und Dorin 2014

Eine steigende Tendenz ist nicht zu übersehen: 2011 lebten 32% mehr Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen als 1999

Absolut: starker Anstieg der Nutzer stationärer Pflege (um rund 32%), weiterer Anstieg um ca. 50% bis 2030

Quelle: Statistisches Bundesamt 2013

30



Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen weiterentwickeln

33

Die Versorgung pflegebedürftige Menschen weiterentwickeln



Prognosen zur Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger (in Mio.)

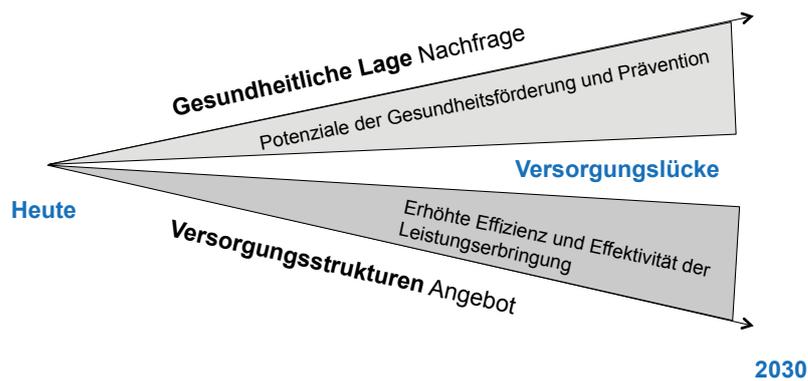
Quelle: SVR 2009

Jahr Prognose		Basisjahr	2010	2020	2030	2040	2050
Eigene Berechnung (SVR)	SQ ¹		2,38	2,86	3,28	3,77	4,35
	KT ²	2,24 (2007)	2,35	2,69	2,93	3,19	3,50
Rothgang (2001)	SQ	1,86 (2000)	2,13	2,47	2,71	2,98	-
	KT	1,85 (2000)	2,01	2,21	2,38	2,59	-
Statistisches Bundesamt (2008)	SQ		2,40	2,91	3,36	-	-
	KT	2,13 (2005)	2,30	2,68	2,95	-	-
Rürup (2003)	SQ	1,90 (2002)	-	-	3,10	3,40	-
Blinkert/Klie (2001)	SQ	1,81 (1998)	2,21	2,58	2,81	3,11	3,45
Dietz (2002)	SQ	1,82 (2000)	2,04	2,37	2,61	2,87	3,17
Ottvad (2003)	SQ	2,01 (2002)	-	-	3,11	-	4,00
Häcker/Raffelhüschen (2006)	SQ	1,93 (2004)	-	-	-	-	3,79
Häcker et al. 2005	SQ	1,97 (2005)	2,21	2,70	3,09	3,60	4,25

CHARITÉ UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen weiterentwickeln:

Prävention und Strukturentwicklungen können Pflegebedürftigkeit beeinflussen



CHARITÉ UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

3

MODERIERTES GESPRÄCH: ERFAHRUNGEN AUS DER PRAXIS

DR. ANNETTE MAINZ-PERCHALLA, NEUROLOGIN UND PSYCHIATERIN, BERLIN

DR. CORNELIUS HAFFNER, ZAHNARZT, MÜNCHEN

RITA REESE, PFLEGEDIENSTLEITERIN, HANNOVER

HORST WEIPERT, WIR PFLEGEN, POTSDAM

MODERATION: KATRIN BRAND, WDR

Die Politik hat in dieser Legislaturperiode verschiedene Gesetzgebungsverfahren auf den Weg gebracht, um die Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu verbessern. Was kommt davon bei den pflegebedürftigen Menschen an?

Aus der Sicht pflegender Angehöriger

Das erste Pflegestärkungsgesetz, das bereits in Kraft getreten ist, hat die Situation der pflegenden Angehörigen verbessert. So sind die Leistungen für Besucherinnen und Besucher von Tagespflegeeinrichtungen erweitert worden. Tagespflegeeinrichtungen leisten einen wichtigen Beitrag, um pflegende Angehörige zu entlasten und einer sozialen Isolation pflegebedürftiger Menschen entgegenzuwirken. Trotzdem muss die pflegerische und medizinische Infrastruktur insbesondere in ländlichen Regionen weiterentwickelt werden. Beispielsweise fehlen insbesondere in ländlichen Regionen Angebote zur unabhängigen Pflegeberatung. Aber auch Tagespflegeangebot stehen nicht flächendeckend zur Verfügung. Es ist eine wichtige Herausforderung für die Politik die Benachteiligung der ländlichen Regionen bei der pflegerischen und medizinischen Infrastruktur auszugleichen.

Gerade in der häuslichen Versorgung pflegebedürftiger Menschen kann es sinnvoll sein, alle Beteiligten an einen Tisch zu holen und die Situation im Sinne einer Pflegekonferenz zusammen mit dem pflegebedürftigen Menschen gemeinsam zu besprechen. Es stellt

sich die Frage, wer solche Pflegekonferenzen organisieren kann, so dass alle Beteiligten zu einanderkommen.

Technische Unterstützungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige werden noch viel zu wenig genutzt. Eine individuelle Versorgung mit geeigneten Hilfsmitteln kann den Pflegealltag erleichtern und insbesondere zur Selbständigkeit und Mobilität pflegebedürftiger Menschen beitragen. Vor allem im Sicherheitsbereich gibt es heute gute Unterstützungssysteme wie beispielsweise Orientierungssysteme oder eine automatisierte Regulierung von Elektrogeräten in der Häuslichkeit. Das Angebot verändert sich schnell und ist sehr komplex und unübersichtlich. Es fehlt oft an einer ausreichenden Finanzierung und an einer qualifizierten Beratung zu Angeboten und Einsatzmöglichkeiten.

Aus der Sicht stationärer Pflegeeinrichtungen

In den stationären Einrichtungen fehlen unverändert die erforderlichen Zeitressourcen für die Pflege und Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohnern. Bei Gesprächen mit pflegenden Angehörigen, die sich nach einem Pflegeplatz erkundigen, wird oft deren Überforderungs- und Überlastungssituation in der Pflege ihrer Angehörigen deutlich. Wir müssen gemeinsam darauf hinwirken, die Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern und damit auch deren Akzeptanz zu erhöhen.

In der konkreten Situation der stationären Pflegeeinrichtung in Hannover sind die augenärztliche und die orthopädische Versorgung eher schwierig. Bei den anderen medizinischen Fachrichtungen ist es gelungen Fachärzte für Hausbesuche in der stationären Einrichtung zu gewinnen. Die Bereitschaft zu ärztlichen Hausbesuchen in stationären Pflegeeinrichtungen steht oft im Kontext persönlicher Motivation, wie beispielsweise die eigenen pflegebedürftigen Eltern. Dort wo Besuche von Bewohnerinnen und Bewohnern in Praxen niedergelassener Ärzte erforderlich sind, stellt sich das Problem der Erreichbarkeit. Oft sind Praxen nicht rollstuhlgerecht zugänglich oder auch für gehbehinderte Menschen schwer zu erreichen.

Eine gute Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten und den pflegerischen Fachkräften in stationären Einrichtungen stellt hohe Anforderungen an die Qualifikation der examinierten Mitarbeitenden im Pflegedienst. Leider steht oft keine ausreichende Zeit für die medizinische Fortbildung des Personals zur Verfügung.

Aus Sicht einer niedergelassenen Ärztin

In vielen stationären Einrichtungen ist die Situation durch eine hohe Fluktuation der Pflege-mitarbeiterinnen gekennzeichnet. Das erschwert eine konsistente neurologische und psychiatrische Behandlung. Ältere Menschen ziehen manchmal ins Pflegeheim um, obwohl ein Umzug durch eine geeignete Unterstützung und durch eine gute psychiatrische Betreuung zumindest hätte hinauszögert werden können. Manchmal lässt sich eine Krise mit einem vorübergehenden Aufenthalt in einer Kurzzeitpflege wieder stabilisieren. Diese Möglichkeiten werden aber nicht immer genutzt.

Bei Hausbesuchen erleben niedergelassene Ärzte oft eine sehr unübersichtliche soziale Situation, die durch sehr unterschiedliche Interessen der beteiligten Personen geprägt ist. Eine Klärung der Lebenssituation des pflegebedürftigen Menschen erfordert in manchen Fällen viel Engagement und einen hohen zeitlichen Aufwand.

Aus zahnärztlicher Sicht

Es bedarf besonderer Anstrengungen, pflegebedürftige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen mit einer zahnärztlichen Versorgung zu erreichen. Zwar kommen Zahnärzte in vielen Einrichtungen regelmäßig zur Visite, trotzdem hat die Zahngesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner nicht immer den erforderlichen Stellenwert. Vorrangiges Ziel der zahnärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen ist es, die Kauleistung zu erhalten und Zahnschmerzen zu vermeiden bzw. zu beseitigen. Erfahrungen machen immer wieder deutlich, dass sich eine gute Kooperation zwischen den behandelnden Zahnärzten und den pflegenden Mitarbeitenden positiv auf die Zahngesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner auswirkt. Auch Zahnärzte müssen sich in der universitären Ausbildung und durch entsprechende Fortbildungen auf die zunehmende Bedeutung der Zahngesundheit älterer Menschen einstellen.

Bewohnerinnen und Bewohner haben vor ihrem Umzug oft über lange Jahre kontinuierlich an der zahnärztlichen Versorgung teilge-

nommen. Nach dem Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung wird die Zahngesundheit oft vernachlässigt und es kommt in der Folge nicht selten zu schwerwiegenden Zahnerkrankungen.

In den letzten Jahren hat der Anteil eigener Zähne bei älteren Menschen deutlich zugenommen, so dass sich die Anforderungen an die Zahnpflege verändert haben. Pflegekräfte sind den Anforderungen, die sich aus der Zahngesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner ergeben, oft nicht gewachsen.

Die aufsuchende zahnärztliche Versorgung im ländlichen Raum hat sich in den letzten Jahren verbessert, sie unterscheidet sich aber immer noch von der Versorgungsdichte großstädtischer Regionen. Es gibt heute ausreichende technische Möglichkeiten für eine mobile zahnärztliche Versorgung. Der Gesetzgeber hat inzwischen die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die Mehraufwendungen zahnärztlicher Hausbesuche honoriert werden.

4 FACHFORUM 1: „MOBILITÄT UND MEDIZINISCHE VERSORGUNG“

MODERATION:

KAI FORTELKA, PRESSESPRECHER UND LEITER

DER ABTEILUNG PRESSE- UND ÖFFENTLICHKEITSARBEIT DER KZBV

Das Fachforum befasst sich insbesondere mit der Herausforderung, die durch die demographische Entwicklung und die damit verbundene Zunahme der Bedeutung von medizinischer, zahnmedizinischer und pflegerischer Versorgung von alten pflegebedürftigen Menschen entsteht. Stichworte in diesem Zusammenhang sind die Ausgestaltung bestehender ‚Komm-Bring-Strukturen‘ für einen verbesserten Zugang von pflegebedürftigen Menschen zu guter Pflege, die Ausgestaltung von bedarfsadäquater Versorgung, sowie die Bedingungen und der Umfang einer aufsuchenden Versorgung – mit all ihren Möglichkeiten, aber auch ihren Grenzen.

Um sich der Thematik aus verschiedenen Blickwinkeln zu nähern, bringen drei Gesprächspartner ihre Perspektive in den Workshop ein.

Dr. Wolfgang Eßer, der Vorsitzende des Vorstandes der KZBV, legt in seinem Impuls-Vortrag zunächst die demografischen und epidemiologischen Entwicklungen dar. Die Lebenserwartung steigt und mit dem steigenden Alter geht auch eine steigende Zahl der Pflegebedürftigen einher. Gleichzeitig wird die Bevölkerung in Deutschland schrumpfen. Städte werden wachsen und der ländliche Raum wird weiter an Bewohnern verlieren.

Der wichtigste Gradmesser für die Entwicklung der Mundgesundheit ist der sogenannte DMFT-Wert. DMFT steht für decayed, missing, filled teeth, also kariöse, fehlende und gefüllte Zähne. Je geringer dieser Wert ist, umso besser ist es um die Mundgesundheit bestellt. Bei den Kindern und Jugendlichen ist hier in den vergangenen zwei Jahrzehnten eine sehr po-

sitive Entwicklung zu verzeichnen. Bei den 12-Jährigen wurde mittlerweile ein Wert von 0,7 erreicht. Das bedeutet, dass im Durchschnitt weniger als ein Zahn pro Kind entweder kariös ist, fehlt oder eine Füllung hat. Das ist im internationalen Vergleich ein sehr guter Wert.

Auch bei den 65- bis 74-Jährigen zeigt sich eine leicht sinkende Tendenz, aber der DMFT-Wert ist weiterhin auf einem hohen Niveau. Erfreulich ist hier lediglich, dass die Zahl fehlender Zähne abnimmt zugunsten von Füllungen.

Die Herausforderung für die betroffene Patientengruppe besteht darin, dass der GKV-Katalog auf drei Annahmen basiert: Erstens, dass jeder Erwachsene selbstverantwortlich Mundhygiene betreiben kann. Zweitens, dass er aus eigener Kraft regelmäßig eine Zahnarztpraxis aufsuchen kann. Und drittens, dass ein Patient bei Untersuchung und Behandlung mit dem Zahnarzt kooperieren kann. Der Katalog basiert also auf dem Grundprinzip Eigenverantwortung.

Diese Systematik funktioniert für Erwachsene ohne Einschränkungen. Viele Pflegebedürftige erfüllen diese Voraussetzungen jedoch nicht oder zumindest nicht vollständig. Ihnen ist damit der Zugang zu bedarfsgerechten Leistungen versperrt. Das ist sozial ungerecht. Das Grundprinzip der Eigenverantwortung funktioniert hier nicht und muss durch solidarische Maßnahmen ausgeglichen werden. Für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung muss eine gesetzliche Anspruchsbasis auf bedarfsgerechte präventive Leistungen im SGB V verankert werden.

Daher wurde im gemeinsamen Konzept von KZBV, Bundeszahnärztekammer, sowie Wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbänden „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ deutlich gemacht, wie die bedarfsgerechte zahnmedizinische Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung aussehen sollte. Der Gesetzgeber hat den akuten Handlungsbedarf erkannt und mit dem Versorgungsstrukturgesetz und dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz erste Schritte zur Verbesserung der Situation unternommen. Ein Jahr nach dem Inkrafttreten am 1. April 2014 sind Ende März 2015 bundesweit bereits 2.033 Kooperationsverträge abgeschlossen. Damit wurde eine Abdeckung von 16,5 Prozent aller stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland erreicht. Das Versorgungsstärkungsgesetz bietet die Möglichkeit, weitere Bausteine des zahnärztlichen Versorgungskonzeptes in einem § 22a SGBV umzusetzen und Versorgungslücken zu schließen, indem Versicherte, die Instruktionen zur Mundhygiene nicht verstehen oder umsetzen können, besondere Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen erhalten.

Abschließend resümiert Dr. Eßer, dass die Maßnahmen zur zahnärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger auf politischer Ebene schon gut angelaufen sind. Es gibt jedoch noch zu wenige Informationen für die Betroffenen und ihre Angehörigen über die angebotenen Leistungen. Hier müssen auch die Kostenträger mehr tun.

Im Anschluss folgt das Co-Statement von Frau Dr. Wachsmuth-Uhrner. Sie war von 1992 bis 2005 in Praxisgemeinschaft mit ihrem Mann in Celle niedergelassen. Seit dem Jahr 2006 ist sie als beratende Ärztin bei der KVN in der Bezirksstelle Braunschweig angestellt. Diese Bezirksstelle war maßgeblich an den Planungen der Gesundheitsregion Wolfenbüttel beteiligt und hat dort das Projekt „Rollende Arztpraxis“ (RAP) entwickelt und begleitet.

Frau Dr. Wachsmuth-Uhrner hat sich bei der RAP als „fahrende Ärztin“ bis zum Ende des Projekts engagiert.

Auch sie betont den demographischen Wandel und den drohenden Ärztemangel in den ländlichen Regionen. Dieser führt zu einer Zunahme chronischer und multimorbider Krankheitsbilder. Die Behandlungsfrequenzen werden als Folge immer höher und der Umfang der Behandlungen älterer Patienten umfangreicher. Zudem besteht das Problem, dass die Anfahrtswege zwischen Arzt und Patient immer länger werden.

Die Idee des Leuchtturmprojektes „Rollende Arztpraxis“ war daher, die Erprobung einer ergänzenden, mobilen und wohnortnahen medizinischen Versorgung der v.a. älteren und morbiditen Bevölkerung im Landkreis Wolfenbüttel. Die Behandlung von chronisch erkrankten und älteren, wenig oder immobilen Patienten sollte damit verbessert werden. Diese Ziele wurden auch voll erreicht. Es bestand jedoch bei diesem Projekt nicht das Ziel, dass die Rollende Arztpraxis wirtschaftlich ausgerichtet sein soll, um sich selbst tragen zu können.

Zum Ende ihres Vortrages informiert Frau Dr. Wachsmuth-Uhrner über die Ausstattung der Rollenden Arztpraxis. Diese stellt dabei keinen Rettungswagen dar, sondern eine mobile Hausarztpraxis.

Der zweite Co-Referent, Herr Schulz, ist Sozial- und Sonderpädagoge und seit dem Jahr 2003 Heim- und Einrichtungsleiter im AWO Dorf Hasenberg, einer Einrichtung der stationären Seniorenbetreuung der AWO München. Seit Beginn seiner Tätigkeit begleitet er die Einrichtung beim Aus- und Umbau zu einem möglichst zeitgemäßen Pflegeheim. Unter einem Dach sind dort Pflegestationen, gerontopsychiatrische Wohngruppen und eine Station für Schwerstpflege beheimatet.

Pflegebedürftigkeit, Mobilitätseinschränkungen und Immobilität führen oft zu großen Herausforderungen, den Arzt oder eine Praxis aufsuchen zu können. Letztlich ergibt sich so häufig eine Fehl- bzw. Unterversorgung durch Ärzte. Der Altersdurchschnitt im AWO Dorf Hasenberg liegt ohne die 23 Plätze der Jungen Schwerstpflege bei fast 90 Jahren, dabei gibt es einen hohen Anteil an Pflegestufe 3 und Härtefällen. Der durchschnittliche Bewohner hat neun diagnostizierte Krankheiten und ein signifikant hoher Anteil an Bewohner besitzt keine Angehörigen oder Familienmitglieder, die sich um Arztbesuche kümmern können oder wollen.

Um dieser Situation entgegenzusteuern, befindet sich als Kooperationspartner eine Gemeinschaftspraxis im Haus. Die ärztliche Gemeinschaftspraxis besteht aus vier Ärzten mit Qualifikationen u.a. für Allgemeinmedizin, Psychotherapie sowie Palliativmedizin und Sportmedizin.

Als Alleinstellungsmerkmal befindet sich die Arztpraxis mit einer anderen Arztpraxis in der näheren Umgebung im Pflegenetz München Nord, welches das Seniorenheim an Wochenenden und Feiertagen in Bereitschaft ärztlich versorgt und betreut. Dies geschieht telefonisch oder persönlich. Durch die Versorgung der Gemeinschaftspraxis findet ein intensiver und regelmäßiger Patient-Arzt-Kontakt statt, der die Ansprüche einer „Komm-Bring-Struktur“ erfüllt.

Eine ähnliche Struktur gibt es vor Ort auch in der zahnärztlichen Versorgung mit dem „Teamwerk“ unter der Leitung von Dr. Cornelius Haffner. Zu Beginn war es dem Teamwerk nur möglich, Patienten der AOK im Rahmen des zahnärztlichen Präventivprogrammes zu betreuen. Seit Juni 2014 steht das Programm allen Bewohnern zu Verfügung. Die Teilnahme am Programm wird bei Einzug ins Heim über ein Formblatt geregelt.

Die Leistungen des Teamwerks enthalten die kostenlose Teilnahme am zahnärztlichen Präventionsprogramm für Zähne und Zahnersatz für alle Bewohner ohne Eigenbeteiligung oder Zuzahlung, eine regelmäßige Prophylaxebetreuung vor Ort auf der jeweiligen Station durch ein mobiles Präventionsteam von Teamwerk.

Bei der Behandlung im Heim erstellt das Teamwerk nach der Statuserhebung einen Behandlungsplan, der in der Einrichtung zu erfüllen ist. Ist dies nicht möglich, wird geprüft, ob der Patenzahnarzt den von Teamwerk erstellten Behandlungsplan erfüllen kann. Sollte dies auch nicht der Fall sein, wird der Bewohner zur zahnklinischen Behandlung in das Krankenhaus Harlaching/Schwabing transportiert.

Diese Beispiele aus der bedarfsadäquaten Versorgung für pflegebedürftige Personen zeigen, wie sich Synergienmöglichkeiten zu Partnern nutzen lassen. Die segmentierte Versorgung wird zu Gunsten von Verbänden aufgelöst und vermeidbare Krankenhauseinweisungen reduziert. Unerlässlich ist es, die Fähigkeiten der Fachkräfte in der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu stärken. Dies bedeutet die Weiter- und Fortbildung von medizinischem und pflegerischem Fachpersonal zu gewährleisten und geriatrischen Herausforderungen (Demenz, Multimorbidität, usw.) fachlich zu begegnen.

Auf die Statements folgen die Nachfragen an die Referenten.

Dr. Eßer berichtet in diesem Zusammenhang von Modellprojekten mit fahrenden Behandlungseinheiten im zahnärztlichen Bereich, die vor ähnliche Probleme mit Richtlinien gestellt sind, wie es Frau Dr. Wachsmuth-Uhrner geschildert hat. Die Durchsetzung solcher Projekte hängt generell stark vom Bedarf bzw. der Inanspruchnahme ab. Ländliche Regionen

bieten sich wesentlich stärker zur Umsetzung an als städtische. Die Ausübung solcher Versorgungsformen muss dabei so liberal wie möglich gestaltet sein und die finanziellen Ressourcen müssen gewährleistet sein. Insgesamt gibt es bei der Versorgung pflegebedürftiger Menschen keine Universallösung. In der Zukunft wäre es daher sogar denkbar, dass es beispielsweise Zahnärzte gibt, die eine ambulant aufsuchende Versorgung als Haupttätigkeit betreiben. Insgesamt darf laut Dr. Eßer ein Streit der Körperschaften nicht die Erprobung von Modellen verhindern. An erster Stelle sollte immer die Versorgung der Menschen stehen, dies erfordert auch ein innovatives Berufsrecht. Nur so werden die benötigten bedarfsadäquaten Strukturen geschaffen.

Wichtig ist es zudem, die unsachgemäße Trennung der Leistungen in SGB V und SGB XI aufzulösen. Die von der Politik geschaffenen zusätzlichen zahnärztlichen Leistungen für Pflegebedürftige setzen immer auch die Mitarbeit der Pflegekräfte voraus. Diese ist aber bisher ebenso wie die Finanzierung nur unzureichend geregelt.

In seinem Fazit sieht Dr. Eßer die Zahnmedizin in der Betreuung Pflegebedürftiger innerhalb eines Lernprozesses. Es ist entscheidend, Erfahrungen zu sammeln, diese zu evaluieren und selbstkritisch zu verbessern. Nur so können am Ende überzeugende Versorgungslösungen geschaffen werden.

Dr. Wachsmuth-Uhrner legt das Problem der Personalknappheit bei der Rollenden Arztpraxis dar. Der einzige Arzt an Bord muss alle Aufgaben übernehmen, wodurch sich nicht zuletzt ein zeitliches Problem ergibt. Aus diesem Grunde gibt es auch lediglich ein eingeschränktes Behandlungsangebot im Vergleich mit einer herkömmlichen Arztpraxis. Bei zukünftigen Modellen könnte dieser Engpass daher etwa durch eine zusätzliche Arzthelferin, die im Wagen mitfährt, abgemildert werden. Insgesamt sieht Dr. Wachsmuth-Uhrner in einer mobilen Arztpraxis, die an ein ärztliches Zentrum oder eine Gemeinde angedockt ist, vor allem im ländlichen Bereich mit seiner schrumpfenden Bevölkerung, einen guten Ansatz zur Lösung ärztlicher Versorgungsschwierigkeiten bei der Betreuung von Pflegebedürftigen. Abschließend betont sie die Wichtigkeit weitergehender Kooperationen von mobilen Versorgungseinheiten und Pflegeeinrichtungen. Diese müssten in Zukunft vor allem stärker strukturiert werden.

Auch Herr Schulz spricht sich in seinem Fazit noch einmal für die Erprobung unterschiedlicher Versorgungsmodelle aus und betont den Vorzug von bedarfsgerechten Lösungen gegenüber Universallösungen. Er lobt das bisherige Engagement der Beteiligten und die Bereitschaft, gemeinsam an Lösungen zu arbeiten.

PRÄSENTATIONSFOLIEN ZUM VORTRAG VON
DR. WOLFGANG EßER, VORSITZENDER DES VORSTANDES
DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG

KASSENZAHNÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

KZBV

» **Fachforum 1: Mobilität und medizinische Versorgung**

Dr. Wolfgang Eßer
Vorsitzender des Vorstandes der KZBV



27.04.2015 Tagung KBV, KZBV, BAGFW / Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes der KZBV 1

KASSENZAHNÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

KZBV

» **Demografische Entwicklung in Deutschland**

» **Steigende Lebenserwartung > steigende Zahl Pflegebedürftiger**

» **Bevölkerung schrumpft**

» **(Re-)Urbanisierung**

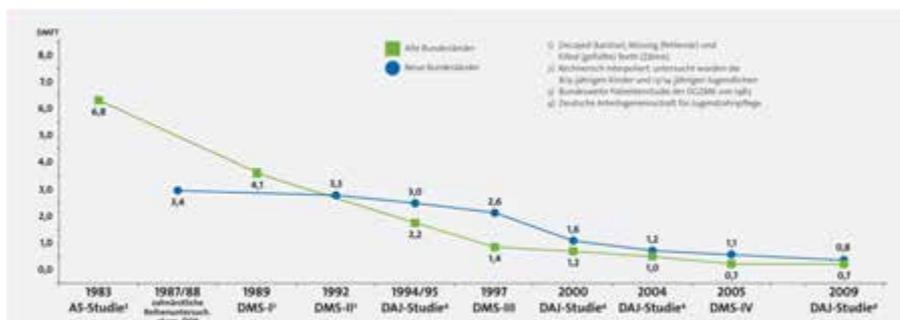
» **Herausforderungen für soziale Sicherungssysteme und Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens**

27.04.2015 Tagung KBV, KZBV, BAGFW / Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes der KZBV 2

» Entwicklung der Mundgesundheit in Deutschland

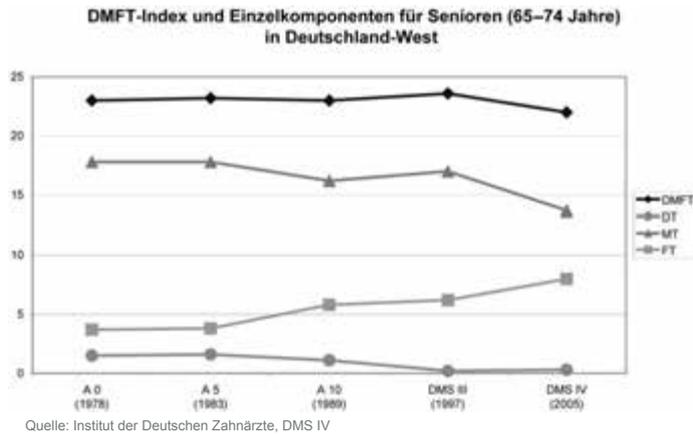
- » Erhebliche Verbesserung in letzten Jahrzehnten
- » International Spitzenreiter, v.a. bei Kindern und Jugendlichen
- » Paradigmenwechsel von der kurativen zur präventiven Zahnheilkunde

» Entwicklung des DMFT-Indexes bei den 12-Jährigen in Deutschland



Quelle: 1) Decayed (kariöse), Missing (fehlende) und Filled (gefüllte) Teeth (Zähne), 2) Rechnerisch interpoliert, untersucht wurden die 8/9-jährigen Kinder und 13/14-jährigen Jugendlichen 3) Bundesweite Patientenstudie der DGZMK von 1983, 4) Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege-DAJ

» **Entwicklung des DMFT-Indexes bei den 65- bis 74-Jährigen in Deutschland (West)**

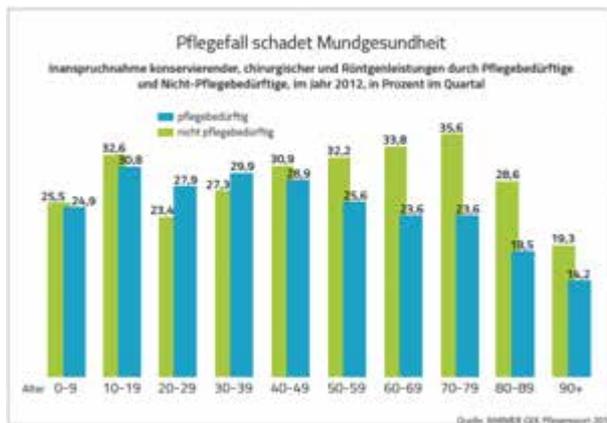


27.04.2015

Tagung KBV, KZBV, BAGFW / Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes der KZBV

5

» **Pflegebedürftige nehmen weniger zahnärztliche Leistungen in Anspruch**



27.04.2015

Tagung KBV, KZBV, BAGFW / Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes der KZBV

6

» GKV-Katalog basiert auf drei Annahmen:

- » Eigenverantwortliche Mundhygiene möglich
- » Regelmäßiger kontrollorientierter Besuch beim Zahnarzt aus eigener Kraft möglich
- » Kooperationsfähigkeit des Patienten während Untersuchung und Behandlung
 - Pflegebedürftige können diese Voraussetzungen nicht oder nur zum Teil erfüllen
 - Gesetzlicher Anspruch notwendig

» „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“

Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung



» Umgesetzte Verbesserung der aufsuchenden Versorgung

- » Versorgungsstrukturgesetz: § 87 2i SGB V: zusätzliche Leistungsposition für das Aufsuchen von Versicherten, die eine Pflegestufe haben, Eingliederungshilfe bekommen oder in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind und die Zahnarztpraxis nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können
- » Pflege-Neuausrichtungsgesetz: § 87 2j SGB V: zusätzliche Leistungsposition für das Aufsuchen von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen; Bedingung: Zahnarzt und Pflegeeinrichtung haben Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V geschlossen

» Umgesetzte Verbesserung der aufsuchenden Versorgung

- » Zahl der Besuche angestiegen:
 - 2012: 650.000
 - 2013: 725.000
 - 2014: 790.000
- » Kooperationsverträge im ersten Jahr (April 2014 bis Ende März 2015): 2.033 bundesweit (16,5 Prozent Abdeckung der stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland)

» **Versorgungsstärkungsgesetz im parlamentarischen Verfahren: Präventionsmanagement & Keine Honorarbegrenzung bei Behandlung in Narkose**

- » § 22a SGB: Versicherte, die eine Pflegestufe haben, Eingliederungshilfe bekommen oder in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind, haben Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Erhebung Mundgesundheitsstatus, Aufklärung über Mundhygiene und Maßnahmen zu deren Erhaltung, Erstellung eines Planes zur Mund- und Prothesenhygiene, Entfernung harter Zahnbeläge)
- » § 87b Abs. 2: keine Honorarbegrenzung im Verteilungsmaßstab für anästhesiologische Leistungen, die im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen Behandlungen von Patienten mit geistiger Behinderung oder schweren Störungen des Bewegungsablaufs

» **Fachforum 1: Mobilität und medizinische Versorgung**

Dr. Wolfgang Eßer

Vorsitzender des Vorstandes der KZBV



PRÄSENTATIONSFOLIEN ZUM VORTRAG VON
 DR. SILKE WACHSMUTH-UHRNER, FACHÄRZTIN FÜR ALLGEMEINMEDIZIN,
 „ROLLENDE ARZTPRAXIS“ DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG NIEDERSACHSEN




Rollende Arztpraxis

Pilotprojekt der Zukunftsregionen Gesundheit
 Landkreis Wolfenbüttel

Referent: Dr. med. Silke Wachsmuth-Uhrner
 Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
 Bezirksstelle Braunschweig

Datum: 27.04.2015.....

Warum ein mobiles Konzept?



Demographischer Wandel und drohender Ärztemangel in den ländlichen Regionen

↓

Zunahme chronischer und multimorbider Krankheitsbilder

↓

Behandlungsfrequenzen werden höher und Umfang der Behandlungen älterer Patienten immer umfangreicher

↓

Anfahrtswege zwischen Arzt und Patienten werden immer länger.

Lösungsmöglichkeiten:

Entlastung der Hausärzte durch Übernahme der Hausbesuche dadurch Schaffung freier Kapazitäten in der Praxis

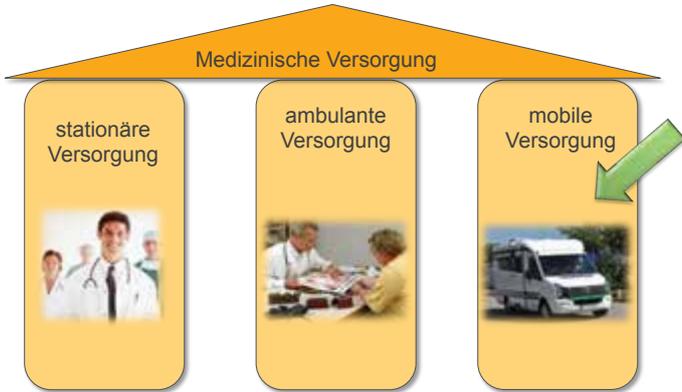
Anfahrt von Gemeinden, in denen oder deren unmittelbaren Umfeld kein Hausarzt tätig ist



2



Daher könnte so die medizinische Versorgung in der Zukunft aussehen:



Medizinische Versorgung

stationäre Versorgung ambulante Versorgung mobile Versorgung

 3



Das Leuchtturmprojekt Rollende Arztpraxis

Was war die Idee?



Was haben wir erreicht?

Erprobung einer ergänzenden, mobilen und wohnortnahen medizinischen Versorgung der v.a. älteren und morbidem Bevölkerung im Landkreis Wolfenbüttel

Verbesserung der Behandlung von chronisch erkrankten und älteren, wenig oder immobilen Patienten



Es war nie das Ziel, dass die Rollende Arztpraxis wirtschaftlich ausgerichtet ist, um sich selbst tragen zu können.

23.07.2015  4



Viele Partner, viele rechtliche Regelungen !

Rahmenvertrag
zwischen
Projektbeteiligten

• Betreuung der Rollenden
Arztpraxis
• Ausstattung des Fahrzeuges



Krankenkassen, Landkreis Wolfenbüttel,
Wolfsburg AG, TU Braunschweig und
Kassenärztliche Vereinigung Nds.



Strukturvertrag
nach
§ 73 a SGB V

• Teilnahme der Ärzte und
Versicherten
• Abrechnung der Leistungen



Primärkassen und die Barmer GEK



Testphase:
06.08.2013 bis 31.12.2014



5



In diesen Gemeinden übernimmt die Rollende Arztpraxis die medizinische Versorgung !

Flöthe



Cramme



Burgdorf





Dahlum



Winnig-
stedt





6

Wer behandelt in der Rollenden Arztpraxis?



Dr. med. Jürgen Bohlemann
Facharzt für Allgemeinmedizin



Dr. med. Silke Wachsmuth-Uhrner
Fachärztin für Allgemeinmedizin



Dr. med. Wolfgang Lautenschläger
Facharzt für Allgemeinmedizin

7

Die Rollende Arztpraxis ist kein Rettungswagen, sondern eine mobile Hausarztpraxis !



Allgemeine Ausstattung (weitere Ausbaustufen denkbar)

- Ausstattung einer hausärztlichen Ambulanz
- Sprechstundenbedarf einschl. typischer Gebrauchsartikel
- Sitz- und Liegegelegenheit

Technische Ausstattung

- Computer inkl. Druckereinheit
- KV-Kartenlesegerät
- Zertifizierte Praxissoftware
- Mobiler Internetanschluss / mobiles Intranet

Fahrzeugspezifika Volkswagen Crafter

- Komfortklimatisierung
- Nahezu barrierefreier Zugang



8



Alle Vertragspartner auf einen Blick !





www.rollende-arztpraxis.de

Aktuelle Informationen

über die Rollende Arztpraxis
Ärzte team
Sprechstunden
Partner
Fragen
Presse

11



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



12

PRÄSENTATIONSFOLIEN ZUM VORTRAG VON
CHRISTIAN SCHULZ,
LEITER AWO-DORF HASENBERGL, MÜNCHEN

AWO München Stadt

SENIOREN

AWO-Dorf Hasenberg München
Fachforum Mobilität und medizinische Versorgung
 Darstellung gelungener „Komm-Bring-Strukturen“ der ärztlichen
 Versorgung von Bewohnern



www.awo-muenchen.de

AWO München Stadt

SENIOREN

Lage AWO Dorf Hasenbergl



SENIOREN



Daten zur Gesamtanlage AWO-Dorf Hasenberg

- Baujahr 1980
- Nach mehreren Umbauten ein Heim mit insgesamt 169 vollstationären Plätzen
- Küche von SCM betrieben, die neben einigen externen Kindergärten, ASZ auch den Seniorenpark der AWO in Oberschleißheim beliefert
- Ärztliche Gemeinschaftspraxis mit 4 Ärzten
- Friseur
- Kultursaal
- Physikalische Therapie
- KITZ mit 60 Plätzen
- Cafeteria mit 50 Sitzplätzen und Terrasse



Balkon, Terrassen und Garten - viel Grün beim Draußensein

SENIOREN



Daten zum Pflegeheim AWO-Dorf Hasenberg

- 169 Bewohnerplätze aufgegliedert in insgesamt 8 Stationen
- 3 Pflegestationen: 96 Plätze
- 1 Junge Schwerstpflege Station: 23 Plätze
- 4 Geronto-Psychiatrische Wohngruppen: 50 Plätze
- Anzahl der Doppelzimmer: 53
- Anzahl der Einzelzimmer: 63

SENIOREN



Best Practise: Zwei Beispiele für Mobilität und medizinische Versorgung „Komm-Bring-Struktur“

- Pflegebedürftigkeit, Mobilitätseinschränkungen und Immobilität führen zu großen Herausforderungen den Arzt oder eine Praxis aufsuchen zu können → **Häufige Fehl- bzw. Unterversorgung durch Ärzte**
- Situation im AWO Dorf Hasenberg München:
 1. Altersdurchschnitt ohne die 23 Plätze der Jungen Schwerstpflege fast 90 Jahre
 2. Hoher Anteil an Pflegestufe 3 und Härtefälle
 3. Im Durchschnitt 9 diagnostizierte Krankheiten
 4. Signifikant hoher Anteil an Bewohnern, die keine Angehörige oder Familienmitglieder haben, die sich um Arztbesuche kümmern können oder wollen

SENIOREN



Kooperationspartner Gemeinschaftspraxis im Haus

- Ärztliche Gemeinschaftspraxis bestehend aus 4 Ärzten
- Qualifikation der Ärzte u.a.:
- Facharzt für Allgemeinmedizin
- Weiterbildung Psychotherapie sowie Palliativmedizin
- Sportmedizin

Ablauf der hausärztlichen Versorgung

- Ein Arzt betreut jeweils eine gerontopsychiatrische Wohngruppe und eine Pflegestation
- Pro Woche eine Arztvisite zusammen mit der Stationsleitung als Vorbereitung prüft das Pflegepersonal die Vollständigkeit der Medikation
- Durchführung der Arztvisite sowohl am Bewohner als auch am Computer
- Rezeptbuch wird anschließend vom Personal aus der Praxis geholt, auf Richtigkeit geprüft und Rezepte bzw. Verordnungen an entsprechende Stellen weitergeleitet

Ablauf der hausärztlichen Versorgung

- Einmal monatlich findet ein Fallgespräch mit gesamten Team und jeweils zuständigen Arzt statt
- Als Alleinstellungsmerkmal befindet sich unsere Arztpraxis mit einer anderen Arztpraxis in der näheren Umgebung im sogenannten Pflegenetz München Nord, welches das Seniorenheim an Wochenenden und Feiertagen in Bereitschaft ärztlich versorgt und betreut. Dies geschieht telefonisch oder persönlich
- Durch die Versorgung der Gemeinschaftspraxis findet ein intensiver und regelmäßiger Patient-Arzt-Kontakt statt, der die Ansprüche einer optimalen „Komm-Bring-Struktur“ komplett erfüllen

Kooperationspartner zahnärztliche Versorgung

- Teamwerk unter der Leitung von Dr. Cornelius Haffner
- Zu Beginn war es Teamwerk nur möglich Patienten der AOK im Rahmen des zahnärztlichen Präventivprogrammes zu betreuen
- Seit Juni 2014 steht das Programm allen Bewohnern zu Verfügung
- Teilnahme am Programm wird bei Einzug ins Heim über ein Formblatt geregelt

Ablauf der zahnärztlichen Versorgung

Folgende Leistungen werden angeboten:

- Kostenlose Teilnahme am zahnärztlichen Präventionsprogramm für Zähne und Zahnersatz für alle Bewohner/innen ohne Eigenbeteiligung oder Zuzahlung
- Regelmäßige Prophylaxebetreuung vor Ort auf der jeweiligen Station durch ein mobiles Präventionsteam von Teamwerk
- Anzahl der Termine bis zu 4x jährlich je nach Bedarf
- Unsere Einrichtung hat einen Ansprechpartner (Patenzahnarzt), der bei Behandlungsbedarf schnell eingreifen kann

Ablauf der zahnärztlichen Versorgung

Folgende Schritte sind bei der aufsuchenden zahnärztlichen Versorgung im Heim möglich:

- Teamwerk erstellt nach Statuserhebung einen Behandlungsplan, der in der Einrichtung zu erfüllen ist → ***Ist dies nicht möglich ?***
- Erfüllt der Patenzahnarzt den von Teamwerk erstellten Behandlungsplan → ***Ist dies nicht möglich ?***
- Transport des Bewohners zur zahnklinischen Behandlung in das Krankenhaus Harlaching / Schwabing

Handlungsschnelles und patientenfreundliches Konzept, welches auch hier zu einer vereinfachten „Komm-Bring-Struktur“ führt

Resümee des bedarfsadäquaten Zugangs ärztlicher Versorgung für pflegebedürftige Personen

Synergienmöglichkeiten zu Partnern nutzen:

- Segmentierte Versorgung zu Gunsten von Verbänden auflösen
- Reduzierung von vermeidbaren Krankenhauseinweisungen

→ **Gemeinschaftspraxis bzw. das Pflegenetz München Nord und Teamwerk**

SENIOREN 

Resümee des bedarfsadäquaten Zugangs ärztlicher Versorgung für pflegebedürftige Personen

Fähigkeiten der Fachkräfte in der medizinischen und pflegerischen Versorgung stärken:

- Weiter- und Fortbildung von medizinischen und pflegerischen Fachpersonal gewährleisten
- Geriatrischen Herausforderung (Demenz, Multimorbidität usw.) fachlich begegnen

→ Ausbildung Gerontofachkräfte, Entwicklung bzw. Fortschreibung von Konzepten und siehe Ausbildungsbandbreite Gemeinschaftspraxis

SENIOREN 

Resümee des bedarfsadäquaten Zugangs ärztlicher Versorgung für pflegebedürftige Personen

Bewährte Versorgung fördern und weiterentwickeln:

- Hausarzt hat in der Versorgung alternder Menschen eine Schlüsselfigur – Fachkräfte übernehmen häufig vom Hausarzt delegierte Aufgaben
- Damit ist die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Arzt als besonders wichtig einzustufen und sollte auch für die Pflege abrechenbar gemacht werden
- Gleichwohl dient dies auch zur Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals, die so eine ergebnisorientierte und zielführende Arbeit leisten können

Ausblick/Fazit

- Das AWO Dorf Hasenberg München befindet sich auf einem hohen Niveau der ärztlichen Versorgung unter Berücksichtigung mobilitätseingeschränkter Bewohner
- Unkomplizierte Regelung der „Komm-Bring-Struktur“ zwischen behandelnden Arzt und Bewohnern
- Dieses Niveau ist nur haltbar durch vorhandene Fachkräfte, motivierte Ärzte und ernsthaft erstellte und angewendete Konzepte

Kritische Anmerkung

- Anstrengungen seitens der AWO München einen niedergelassenen, von der AWO angestellten Arzt im Heim zu installieren wurden durch die KV verhindert
- Die überdeutliche Mehrzahl der Hausärzte kommen nicht in vollstationäre Einrichtungen
- Das gleiche gilt für Fachärzte

FACHFORUM 2: INNOVATIVE VERSORGUNGSFORMEN

MODERATION:

DR. EVA RICHTER-KUHLMANN,
DEUTSCHES ÄRZTEBLATT

Die Verlängerung der Lebenszeit und die Zunahme des Anteils älterer und alter Menschen erfordert Anpassungen auf allen Ebenen der Gesellschaft – das Gesundheitswesen ist hiervon in besonderer Weise betroffen. Die Tagung von KBV, KZBV und Freier Wohlfahrtspflege zeigte, dass zahlreiche Herausforderungen zu bewältigen sind, um zu einer bedarfs- und bedürfnisgerechten medizinischen und pflegerischen Versorgung für alle Generationen zu gelangen.

Die Teilnehmer waren sich jedoch einig: Ein bloßer Ausbau der ambulanten Versorgungsinfrastruktur nach dem Motto „Immer mehr des Gleichen“ wird die bestehenden Probleme nicht lösen. Vielmehr sind neue Modelle und Konzepte gefragt. Ist es notwendig, Leistungen unterschiedlicher Institutionen und Anbieter zu koordinieren, aufeinander abzustimmen und zu integrieren. Wie diese Kooperation aussehen könnte, diskutierten die Teilnehmer des Forums 2 „Innovative Versorgungsformen“.

Dabei wurde deutlich, dass das Ziel der Versorgung Pflegebedürftiger künftig primär der Erhalt einer angemessenen Lebensqualität und Selbständigkeit sein muss. Es gilt, den Eintritt von Gesundheits- und Funktionseinbußen wie auch von Pflegebedürftigkeit vorzubeugen oder diese zumindest zu verzögern. Die Diskussion zeigte, dass wir ein noch nicht ausgeschöpftes präventives Potenzial in dieser Hinsicht haben.

Impulsgeber Thomas Müller, Geschäftsführer der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, verwies auf die innovativen Ansätze in seiner Kassenärztlichen Vereinigung: 168

Fach- und Hausärzte in Ärztenetzen versorgten dort erfolgreich 1.800 Patienten in 70 Alten- und Pflegeheimen. „Die an dem Vertrag teilnehmenden Ärzte konnten durch aufeinander abgestimmte Leistungen und ein aktives Schnittstellenmanagement Qualität und Effizienz der Versorgung der Pflegeheimbewohner nachhaltig verbessern“, berichtete Müller. So hätten sich beispielsweise durch Visiten am Freitagnachmittag die Notfalldienst-Einsätze in den am Vertrag teilnehmenden Heimen reduziert. „Ziel muss es nun sein, diese Ansätze in die Regelversorgung zu übertragen“, sagte er.

Dr. Cornelius Haffner, Zahnarzt am Universitätsklinikum München, berichtete von dem teilweise verheerenden Zahnstatus von behinderten Patienten, weil eine regelmäßige Zahnpflege fehlt. Haffner startete vor Jahren deshalb mit Kollegen eine ambulante Zahnprävention für alte und behinderte Menschen, die selbst keinen Zahnarzt aufsuchen können. Mittlerweile hat sich aus „Teamwerk“ ein großes zahnmedizinisches Netzwerk für pflegebedürftige Menschen entwickelt.

Meinrad Edinger, Geschäftsführer Caritasverband Neckar-Odenwald-Kreis, berichtete von den generellen Problemen der Daseinsvorsorge im Neckar-Odenwald-Kreis, einer der strukturschwächsten Landkreise in Baden-Württemberg. Eine Cloudbasierte Softwareplattform soll hier eine audiovisuelle Verbindung und somit sozialen Kontakt ermöglichen. Primär soll sie zur Gewährleistung der hausärztlichen Versorgung eingesetzt werden. „Wird eine Fachkraft vor Ort benötigt, kann diese direkt eingesetzt oder über den Einsatzplan des Pflegedienstes der entspre-

chenden Tour der Fachkraft zugeschrieben werden“, erklärte Edinger.

Die diskutierten Beispiele zeigten, dass es noch einige Gesundheitsreserven gibt. Um diese zu heben, ist es dringend erforderlich, die bislang brachliegenden Kompetenzen der Gesundheitsprofessionen zu entwickeln. Dabei sind eine Vielzahl von Schnittstellen zu überwinden und neue Formen der Zusammenarbeit und der Arbeitsteilung zu erproben.

Einig waren sich alle: Die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung wird künftig entscheidend davon abhängen, inwieweit es gelingt, zu einem produktiven Zusammenwirken zu gelangen.

PRÄSENTATIONSFOLIEN ZUM VORTRAG VON
THOMAS MÜLLER,
GESCHÄFTSFÜHRER DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG WESTFALEN-LIPPE



Fachforum: Innovative Versorgungsformen

Die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen weiterentwickeln

Berlin, 27. April 2015

Thomas Müller
Geschäftsführer KVWL
Zentralstab Unternehmensentwicklung



Im Dienst der Medizin.



Agenda



- 1
Überblick
- 2
Verbesserung der ärztlichen Pflegeheimversorgung
- 3
Arzneimitteltherapiesicherheit
- 4
Fazit

Seite: 2
4.0.0 - Thomas Müller
Im Dienst der Medizin.



Kassenärztliche
Vereinigung
Westfalen-Lippe

1

Überblick



Im Dienst der Medizin.



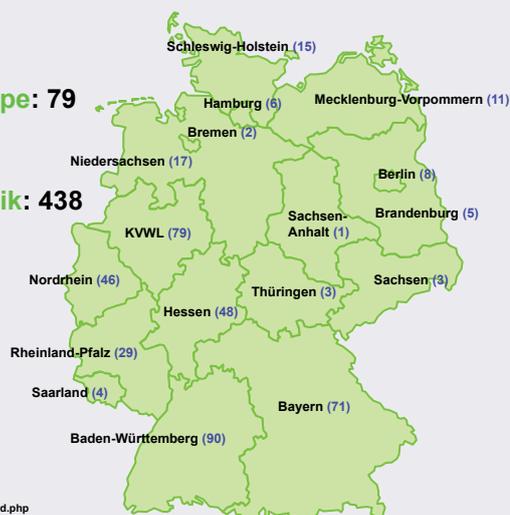
Kassenärztliche
Vereinigung
Westfalen-Lippe

Verteilung Ärztenetze BRD

Anzahl Ärztenetze in Westfalen-Lippe: 79
(Stand 08.2014)

Anzahl Ärztenetze gesamte Republik: 438
(Stand 08.2014)

Quelle: http://www.deutsche-aerztenetze.de/ueber_netze/liste_der_netze_in_deutschland.php



Land	Anzahl Ärztenetze
Schleswig-Holstein	15
Hamburg	6
Mecklenburg-Vorpommern	11
Bremen	2
Niedersachsen	17
Berlin	8
Brandenburg	5
Sachsen-Anhalt	1
Sachsen	3
Thüringen	3
Hessen	48
Rheinland-Pfalz	29
Saarland	4
Bayern	71
Baden-Württemberg	90
Nordrhein	46
KVWL	79

Seite: 4

4.0.0 - Thomas Müller

Im Dienst der Medizin.

Praxisnetze in Westfalen-Lippe



79 regionale Netze im Landesteil Westfalen-Lippe



* Die farblich markierten Flächen stellen nur die postalische Anschrift dar

Schwerpunktmodule



- **Arzneimittelmanagement / Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)**
- **Versorgung in Alten- und Pflegeheimen**
- **Wundmanagement**
- **Entlastende VersorgungsAssistenz (EVA)**
- **Depressionen**
- **Chronischer Rückenschmerz**
- **Stationersetzende operative Leistungen**
-
- **Strukturierter Arztbrief**
- **Elektronische Fallakte**
- **Strukturiertes Überleitungsmanagement**

2

Verbesserung der ärztlichen Pflegeheimversorgung



Im Dienst der Medizin.



Strukturanalyse

- „hohe“ stationäre Einweisungsquote zum Wochenende und bei „Schichtwechsel“
- hohe Krankentransportkosten
- geringe standardisierte Kommunikation zwischen Heim- und Arzt
- unklare Rollenverteilung
- keine „Zuordnung“ von Ärzten zu Heimen
- geringes Arzneimittel-Management
- etc.

Umsetzung Pflegeheimvertrag



Kassenärztliche
Vereinigung
Westfalen-Lippe



MGEPA-Regionen

- Bünde
- Lippe
- Marl
- Münster
- Unna

„Zusatz-Regionen“

- Bielefeld
- Rheine
- Siegen
- Steinfurt

Seite: 9

4.0.0 - Thomas Müller

Im Dienst der Medizin.

Zahlen zu den MGEPA-Regionen



Kassenärztliche
Vereinigung
Westfalen-Lippe

- Knapp 1.800 eingeschriebene Patienten seit dem 01.07.2014
- 168 am Vertrag beteiligte Haus- und Fachärzte
- Ca. 70 teilnehmende Pflegeheime

Die Zahlen gelten gesamt für die ursprünglichen Regionen

- Bünde
- Lippe
- Marl
- Münster
- Unna

Seite: 10

4.0.0 - Thomas Müller

Im Dienst der Medizin.

Ziel des Vertrages

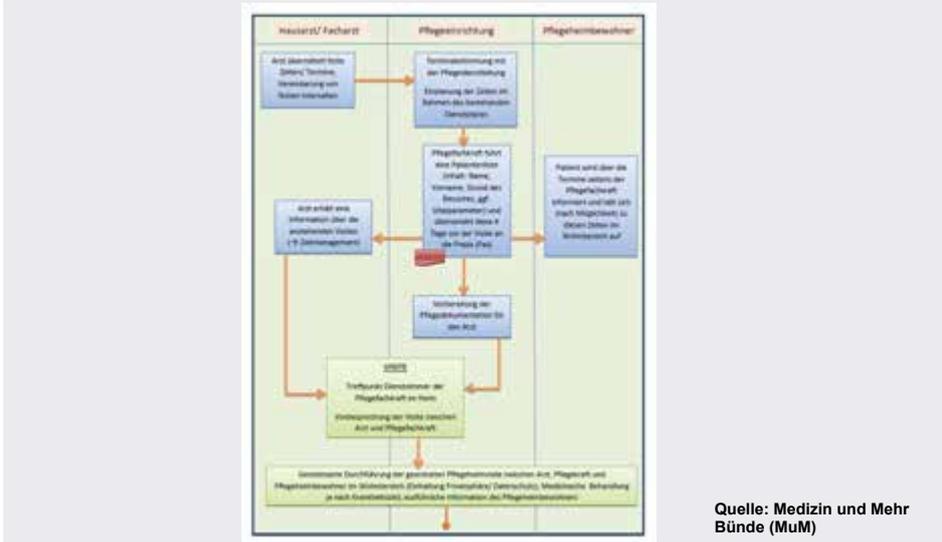
Die an dem Vertrag teilnehmenden Ärzte **verbessern** durch
aufeinander abgestimmte Leistungen und ein aktives
Schnittstellenmanagement **Qualität** und **Effizienz** der Versorgung von
Pflegeheimbewohnern nachhaltig.

Aufgaben der Ärzte

Obligatorische Aufgaben:

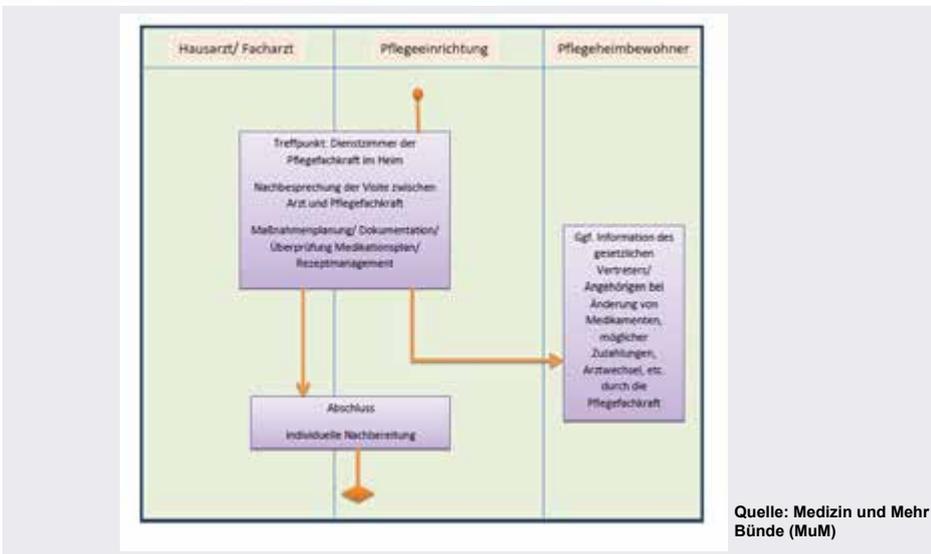
- Steuerung der medizinischen Versorgung innerhalb des Praxisnetzes
- Information der Patienten
- Dokumentation im Pflegeheim
- regelmäßige Heimbefuche**
- Vertretungsregelungen
- Maßnahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit
- Fortbildung
- Qualitätszirkel
- Identifizierung und Betreuung von Hochrisikopatienten
- Identifizierung und Einleitung von prophylaktischen Maßnahmen
- Quartalsgespräche
- Heimsprechstunde / nicht anlassbezogene Besuche

Beispiel: Ablauf Heimbesuche (I)



Quelle: Medizin und Mehr Bünde (MuM)

Beispiel: Ablauf Heimbesuche (II)



Quelle: Medizin und Mehr Bünde (MuM)

Aufgaben der Ärzte

Fakultative Aufgaben:

- **Bereitschaftsdienst der Vertragsärzte**
- **Dringende Besuche**
- **Einsatz von entlastenden VersorgungsAssistentinnen (EVA)**

Zwischenfazit „Pflegeheimvertrag“

- **Tendenz der Einschreibungen steigend**
- **Notfalldienst-Einsätze reduzieren sich in den am Vertrag teilnehmenden Heimen aufgrund des Pflegeheimvertrages**
- **Fallbesprechungen zwischen Heimen, Ärzten und EVA (Quartalsgespräche)**
- **EVA kümmert sich auch um Patienten in Heimen, welche nicht am Vertrag teilnehmen und weist auf Engpässe in der Patientenversorgung hin („Sprachrohr der Pflegeheime“)**

3

Arzneimitteltherapiesicherheit

Im Dienst der Medizin.

Vertragsinhalte

- **Patienten mit mind. 5 verschiedenen Wirkstoffen über 2 Quartale**
- **Keine Altersbeschränkung**
- **Einschreibung des Patienten**
- **Wenn erforderlich (telefonische) Fallkonferenz**
- **Zusatzvergütung für Haus- und Fachärzte**
- **Prüfung und Steuerung der Pharmakotherapie**
- **Evaluation**

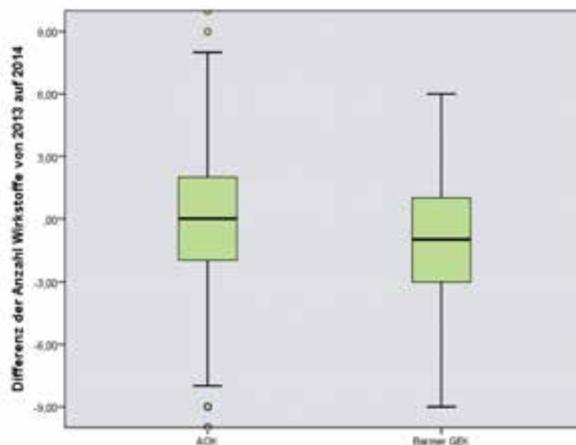
Interne Evaluation mit Rezeptdaten

Methoden/ Studiendesign

- **Interventionsgruppe: 101 eingeschriebene BarmerGEK-Patienten mit Polypharmazie**
- **Kontrollgruppe: 500 AOK-Patienten mit Polypharmazie (nicht eingeschrieben)**
- **Auswertungszeitraum: 1. Halbjahr 2013 vs. 1. Halbjahr 2014**
- **Untersuchte Merkmale: Anzahl Wirkstoffe (ATC-Codes), Verordnungsmenge (DDD), Verordnungskosten (Euro)**

Ergebnisse

Differenz der Anzahl der verordneten Wirkstoffe (ATC) vorher/nachher

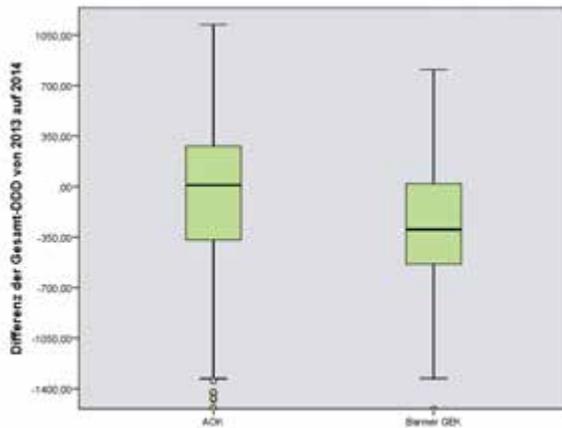


- **Klarer Lageunterschied der Boxen erkennbar**
- **Keine sichtbare systematische Veränderung bei den AOK Patienten**
- **Bei BarmerGEK-Patienten werden sichtbar weniger Wirkstoffe verordnet**

Ergebnisse



Differenz bei verordneten Tagesdosen (DDD) vorher/nachher

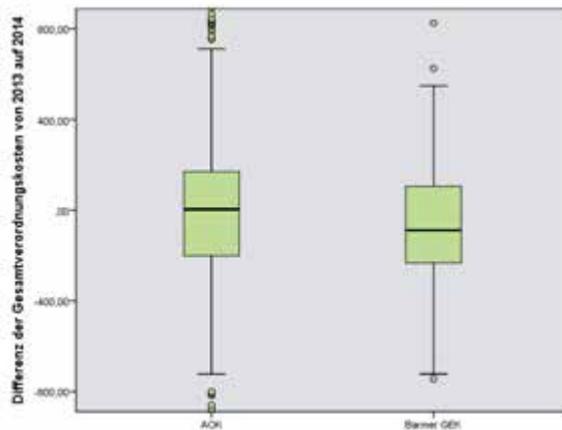


- Klarer Lageunterschied der Boxen erkennbar, besonders deutlich beim Median
- Sichtbare Reduktion der Gesamt-DDD bei den BarmerGEK-Patienten
- Hinweis: extreme Ausreißer werden nicht abgebildet

Ergebnisse



Differenz bei Verordnungs-kosten (Brutto in €) vorher/nachher



- Klarer Lageunterschied der Boxen erkennbar, besonders deutlich beim Median
- Sichtbare Kostenreduktion bei den BarmerGEK-Patienten
- Hinweis: extreme Ausreißer werden nicht abgebildet

Aufgaben der Ärzte

Fakultative Aufgaben:

- **Bereitschaftsdienst der Vertragsärzte**
- **Dringende Besuche**
- **Einsatz von entlastenden VersorgungsAssistentinnen (EVA)**

Zwischenfazit „Pflegeheimvertrag“

- **Tendenz der Einschreibungen steigend**
- **Notfalldienst-Einsätze reduzieren sich in den am Vertrag teilnehmenden Heimen aufgrund des Pflegeheimvertrages**
- **Fallbesprechungen zwischen Heimen, Ärzten und EVA (Quartalsgespräche)**
- **EVA kümmert sich auch um Patienten in Heimen, welche nicht am Vertrag teilnehmen und weist auf Engpässe in der Patientenversorgung hin („Sprachrohr der Pflegeheime“)**

3**Arzneimitteltherapiesicherheit**

Im Dienst der Medizin.

Vertragsinhalte

- **Patienten mit mind. 5 verschiedenen Wirkstoffen über 2 Quartale**
- **Keine Altersbeschränkung**
- **Einschreibung des Patienten**
- **Wenn erforderlich (telefonische) Fallkonferenz**
- **Zusatzvergütung für Haus- und Fachärzte**
- **Prüfung und Steuerung der Pharmakotherapie**
- **Evaluation**

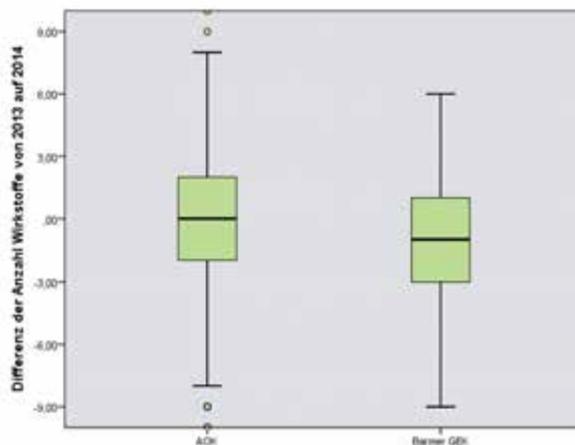
Interne Evaluation mit Rezeptdaten

Methoden/ Studiendesign

- **Interventionsgruppe: 101 eingeschriebene BarmerGEK-Patienten mit Polypharmazie**
- **Kontrollgruppe: 500 AOK-Patienten mit Polypharmazie (nicht eingeschrieben)**
- **Auswertungszeitraum: 1. Halbjahr 2013 vs. 1. Halbjahr 2014**
- **Untersuchte Merkmale: Anzahl Wirkstoffe (ATC-Codes), Verordnungsmenge (DDD), Verordnungskosten (Euro)**

Ergebnisse

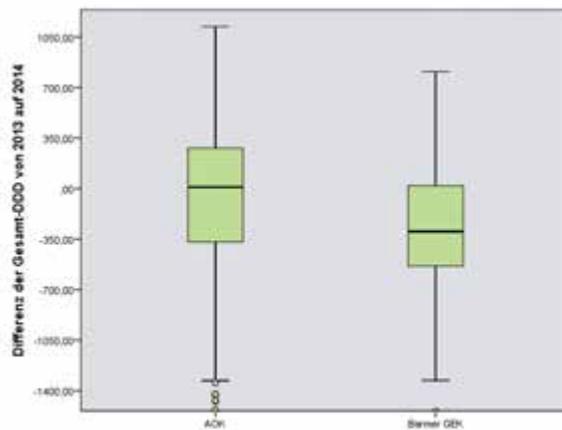
Differenz der Anzahl der verordneten Wirkstoffe (ATC) vorher/nachher



- **Klarer Lageunterschied der Boxen erkennbar**
- **Keine sichtbare systematische Veränderung bei den AOK Patienten**
- **Bei BarmerGEK-Patienten werden sichtbar weniger Wirkstoffe verordnet**

Ergebnisse

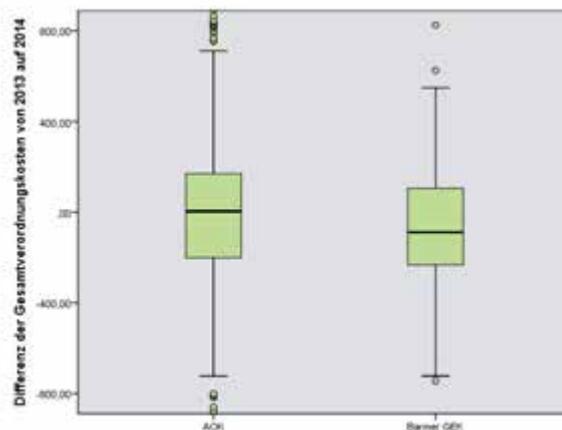
Differenz bei verordneten Tagesdosen (DDD) vorher/nachher



- Klarer Lageunterschied der Boxen erkennbar, besonders deutlich beim Median
- Sichtbare Reduktion der Gesamt-DDD bei den BarmerGEK-Patienten
- Hinweis: extreme Ausreißer werden nicht abgebildet

Ergebnisse

Differenz bei Verordnungskosten (Brutto in €) vorher/nachher



- Klarer Lageunterschied der Boxen erkennbar, besonders deutlich beim Median
- Sichtbare Kostenreduktion bei den BarmerGEK-Patienten
- Hinweis: extreme Ausreißer werden nicht abgebildet

Zusammenfassung der Ergebnisse

- Modul Polypharmazie zeigt bei allen untersuchten Parametern (Anzahl Wirkstoffe, Verordnungsmenge in DDD, Verordnungskosten in Euro) eine signifikante Reduktion
- Pro Patient und Halbjahr werden im Vergleich zur Kontrollgruppe ca. 92 Euro Verordnungskosten eingespart
- Weitere positive Effekte, z.B. Abnahme der potenziellen Interaktionen, Optimierung der AMTS, höhere Compliance und Verbesserung der Lebensqualität der Patienten sind anzunehmen
- Zusätzliche qualitative Erhebung (Fragebogen) zeigt hohe Akzeptanz des Programms bei den Patienten und den beteiligten Ärzten
- Durch weitere Auswertungen ist Nachhaltigkeit des Effektes zu zeigen

4

Ausblick





Ausblick

KVWL Kassenärztliche
Vereinigung
Westfalen-Lippe

- Intensive und regelmäßige Quartalsgespräche mit den Krankenkassen, Arztnetzen, Pflegeheimen, EVA, Krankenhäusern
- Detaillierte Prozessbeschreibungen
- Ziel: Übertragung in die Regelversorgung

KVWL Kassenärztliche
Vereinigung
Westfalen-Lippe

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**



Was sind für Sie innovative Versorgungsformen?

PRÄSENTATIONSFOLIEN ZUM VORTRAG VON
DR. CORNELIUS HAFFNER,
ZAHNARZT AM UNIVERSITÄTSKLINIKUM MÜNCHEN

Zahnmedizin
für
Pflegebedürftige
das
Duale
Konzept



OA Dr. Cornelius Haffner - KUM Klinikum der Universität München

- Pilot_{phase}
- Modell_{phase}
- Zukunft

○ das Duale Konzept

Pilot_{phase}

2002-2005

- Umfrage
- wiederkehrende zahnärztliche Prävention in 9 ausgewählten Pflegeeinrichtungen in München
 - das **Duale** Konzept



81 %
Mundpflege
dramatisch
schlecht

risikoabhängig
3 Termine pro Jahr

○ **76 %**
Mundpflege und Mundgesundheit
ganz erheblich verbessert

○ wesentlich seltener
akute Schmerzen

○ **70 %**
weniger Zähne entfernt

○ das **Duale** Konzept

Modell_{phase} 2005-2014

1 Prävention

2 Therapie

o das **Duale** Konzept

Modell_{phase}

1



regelmäßige **Fort- und Weiterbildung** von Pflegekräften im Bereich der **zahnmedizinischen Prophylaxe**

o das **Duale** Konzept



4

Modellphase

1



o das Duale Konzept

The image shows dental equipment. On the left is a yellow handpiece holder with several white handpieces. In the center is a large, complex dental unit with various tubes and a control panel. On the right is a smaller, white control unit with a blue dial and a black handpiece.

Modellphase

2



**dezentrale,
zahnmedizinische
Behandlung**
durch Patenzahnärzte

o das Duale Konzept

The image shows a small, green and white car with 'Teamwerk' branding on the side. The text 'dezentrale, zahnmedizinische Behandlung durch Patenzahnärzte' is written in a bold, black font, slanted upwards to the right.

Modellphase

2



zahnärztliche Sanierung
interdisziplinär
eingebunden in einem
Kompetenzzentrum

o das **Duale** Konzept

Modellfinanzierung

1

Modellvorhaben
§ 63ff SGB V AOK Bayern

2

Abrechnung Praxis
Modellvorhaben
§ 63ff SGB V AOK Bayern

o das **Duale** Konzept

Modellphase Auswirkungen

○ mehr Lebensqualität

- für den Pflegebedürftigen
- weniger Schmerzen
- besser Kauen
- keine Belastung des Immunsystems
- weniger Mundgeruch

○ weniger Stress

für Angehörige
und Pflege

○ weniger Kosten

○ das Duale Konzept



Modellphase Einspareffekt

Kosten **Referenzzeitraum**
IV. 2004-III. 2005

309.626,6 €

Kosten **Zeitraum Modell**
II. 2006-I. 2007

242.630,4 €

22%

Die Gesamtkosten ergeben sich aus den zahnmedizinischen Kosten im Umfeld der betreuten Patienten (zahnärztliche Behandlung (KCH, Prothetik) Transport Zahnarzt, Narkosekosten)

○ das Duale Konzept

Zukunft

- Routine statt Anforderung
- Primärprävention sichern
- Regelung Pflege
„ambulant“

VORTRAG VON MEINRAD EDINGER, GESCHÄFTSFÜHRER CARITASVERBAND NECKAR-ODENWALD-KREIS

Der Neckar-Odenwald-Kreis ist einer der strukturschwächsten Landkreise in Baden-Württemberg. Im Bereich der Daseinsvorsorge gibt es teilweise große Probleme. Die durchschnittliche Größe einer Kommune liegt bei ca. 4.500 Einwohnern in 3-5 Teilorten.

Der „Edeka“ ist nur in einem Teilort, Schulen werden mittelfristig geschlossen, Kindergärten/gruppen ebenfalls. Öffentlicher Nahverkehr existiert zumindest in den Schulferien nicht mehr, ansonsten 1-3 Busverbindungen am Tag. Ärztedichte außerhalb der Mittelzentren Mosbach und Buchen 1:2.000 bis mittelfristig (5-7 Jahren) 1:4-5.000.

Versorgungskonzept

Eine Cloudbasierte Softwareplattform die audiovisuelle Verbindung ermöglicht um sozialen Kontakt aufrechterhalten zu können, Informationen auszutauschen ggfs. Lebensmittelversorgung aufrechtzuerhalten oder als „Notfallsystem“ mit dem ambulanten Pflegedienst in Verbindung zu stehen.

Primärer Einsatz zur Gewährleistung der hausärztlichen Versorgung. Der „Teledok“ kann ggfs. (wenn 24 Std. besetzt) jederzeit einen audiovisuellen Kontakt herstellen wobei alle Patientendaten parallel auf dem Bildschirm zur Verfügung stehen. Der Patient ist „live“ in Echtzeit gegenüber. Die Software bietet das e-Rezept, die Apothekensoftware (wodurch das Medikament geblistert am nächsten Tag bundesweit im Briefkasten ist), die Verordnung häuslicher Krankenpflege, Wunddokumentation, Lagerungsplanerstellung für den Angehörigen, Pflegedienstsoftware etc.

Wird eine Fachkraft vor Ort benötigt, kann diese direkt „eingesetzt“ oder über den Einsatzplan des Pflegedienstes der entsprechenden Tour der Fachkraft zugeschrieben werden. Der ambulante Pflegedienst ist mit derselben Software ausgestattet, sodass alle am Gesundheitsprozess Beteiligten zeitgleich über dieselben notwendigen Daten verfügen (digitale Patienten/Pflegeakte). Jeder Schritt ist in diesem System verschlüsselt.

4

FACHFORUM 3: KOMPETENZ- UND WISSENSTRANSFER

MODERATION:

DR. GERHARD TIMM, GESCHÄFTSFÜHRER DER BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE

Das Fachforum sollte sich mit der Frage auseinandersetzen, welche Anforderungen an die Ausbildung und die berufsbegleitenden Qualifikationen gestellt werden, wie die Zusammenarbeit der Fachberufe gestaltet und weiterentwickelt werden kann. Es soll hierbei, insbesondere mit Blick auf den ländlichen Raum, erörtert werden, welche Anforderungen sich daraus an die Kompetenzen und Aufgaben der verschiedenen Gesundheitsfachberufe ergeben.

In ihrem einleitenden Referat berichtete Frau Prof. Dr. Kerstin Hämel von Versorgungsmodellen in ländlichen und strukturschwachen Regionen, die sie Finnland und Kanada besucht hat. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, der Abwanderung der Bevölkerung aus strukturschwachen Räumen in prosperierende Zentren und der daraus resultierenden besonderen Problematik strukturschwacher Räume, erläuterte Frau Professorin Hämel, die Versorgungssysteme in den beiden angesprochenen Ländern. Vor dem Hintergrund der in Deutschland ausgeprägten hausärztlichen Versorgung durch niedergelassene Hausärzte und ein differenziertes ambulantes Facharztsystem bei gleichzeitiger starker sektoraler Trennung vom übrigen Versorgungssystem, sind die Erfahrungen in diesen Ländern von besonderem Interesse. Der Ansatz dort liegt auf der Konzentration der Versorgung in sogenannten „Primärversorgungszentren“ mit multiprofessioneller Ausrichtung. Dort sind neben Mediziner, Psychologen, Apothekern auch Pflegekräfte und Sozialarbeiter beschäftigt. Dies ermöglicht ein breites Leistungsprofil auch im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Die Ausrichtung dieser Versorgungszentren

erfolgt bedarfsorientiert und unterscheidet sich daher von Standort zu Standort. Zentral ist jedoch die datengestützte integrierte Versorgung mit einem umfassenden Leistungsangebot. Für eine erfolgreiche Arbeit in diesen Zentren ist eine teamorientierte Herangehensweise erforderlich. Evaluierungen haben gezeigt, dass sich der Gesundheitsstatus der Bevölkerung, infolge der Einführung einer solchen umfassenden Primärversorgung verbessert hat, dass die gesundheitliche Ungleichheit verringert werden konnte und dass das Hospitalisierungsrisiko gesunken ist.

Multiprofessionalität und „Arbeiten auf gleicher Augenhöhe“ der verschiedenen Gesundheitsberufe sind ebenfalls zentrale Erfolgsvoraussetzungen.

In ihrem ergänzenden Kurzstatement erläuterte Frau Prof. Dr. Ina Nitschke den speziellen Aspekt der Mund- und Zahngesundheit bei pflegebedürftigen Menschen. Dabei stellte sie zunächst die erheblichen Defizite dar, die sich im Hinblick auf eine angemessene alterszahnmedizinische Betreuung für ältere bzw. pflegebedürftige Menschen in Deutschland ergeben. Zum einen nimmt die Frequenz der Zahnarztbesuche mit zunehmendem Alter ab zum anderen seien aber auch entsprechende Angebote nicht in ausreichendem Maße verfügbar. Für eine stärker präventionsorientierte Zahnmedizin fehlen auch entsprechende Regelungen in der Ausbildung in den Weiterbildungsordnungen aber auch in den Vergütungsregelungen. So gebe es unter den 150 zahnmedizinischen Lehrstühlen in Deutschland keinen einzigen für Seniorenzahnmedizin. In geriatrische Versorgungskonzepte sei die Zahnmedizin in der Regel nicht einbezo-

gen. Als Fazit hält Frau Professorin Nitschke die Etablierung von Netzwerken fest, die auf der Basis gegenseitiger Akzeptanz, Wertschätzung und Unterstützung eine gemeinsame Aus-, Fort- und Weiterbildung stärken soll mit dem Ziel, interdisziplinäre Gesundheitsversorgungskonzepte zu entwickeln und in die Praxis umzusetzen.

In seinem Kurzstatement macht Herr Dr. Bernhard Gibis von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zunächst deutlich, dass die Übertragbarkeit, insbesondere der Modelle die Frau Professorin Hämel vorgestellt hat, nur begrenzt gegeben sei. Es seien gleichwohl gute Beispiele im Sinne des Aufbaus eines Instrumentenkastens. Er gibt zu bedenken, dass für den Kompetenztransfer ein Wissens- und Erfahrungstransfer vorausgesetzt werden müsse, für den es in Deutschland keinen entsprechenden Qualifikationsrahmen gebe. Notwendig sei die Entwicklung einer interprofessionellen Wissensbasis z. B. durch die Entwicklung interprofessioneller Leitlinien oder die Idee eines „Health Campus“. Er konstatiert als Erfahrung aus vielen ähnlichen Projekten, dass es darauf ankäme, alle Beteiligten mitzunehmen und gemeinsam an Lösungen zu arbeiten.

In der anschließenden Diskussion kommt das hohe Bewusstsein aller Beteiligten zum Ausdruck im Hinblick auf die Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen neue Wege zu gehen. Hier sei noch viel Potential für Innovationen und Strukturveränderungen. Wichtig sei ein Grundstock an gemeinsamen Qualifikationen, der die Zusammenarbeit erleichtern würde. Es sei aber auch wichtig, in Bezug auf die knappen Ressourcen „Zeit“ und „Geld“ Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine patientenorientierte Versorgung in der Kompetenz und Zuwendung zentrale Rollen spielten, überhaupt zu gewährleisten.

Es wird auch die gemeinsame Forderung nach mehr Zusammenarbeit in gemischten Teams zum Ausdruck gebracht. In diesem Zusammenhang sollten die Versorgungsstrukturen, im Sinne eines Abbaus der Sektorengrenzen, überdacht werden.

Es bestand Einvernehmen, dass diese Veranstaltung nicht das Ende einer Debatte, sondern der Beginn einer weiterführenden Diskussion sein müsse.

PRÄSENTATIONSFOLIEN ZUM VORTRAG VON
 PROF. DR. KERSTIN HÄMEL,
 UNIVERSITÄT BIELEFELD, FAKULTÄT FÜR GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN



Fakultät für Gesundheitswissenschaften
School of Public Health



Institut für Gesundheits- und
Pflegerwissenschaft

Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen

Anregungen aus Finnland und Kanada

Prof. Dr. Kerstin Hämel
 Universität Bielefeld
 Fakultät für Gesundheitswissenschaften
 AG6 Versorgungsforschung/Pflegerwissenschaft

Die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen weiterentwickeln
 Gemeinsame Tagung KBV, KZBV, BAGFW e.V.

Fachforum Kompetenz- und Wissenstransfer
 Berlin, 27. April 2015

1 / 2015



Fakultät für Gesundheitswissenschaften
School of Public Health



Institut für Gesundheits- und
Pflegerwissenschaft

Prof. Dr. Doris Schaeffer
Prof. Dr. Kerstin Hämel
 Universität Bielefeld
 Fakultät für Gesundheitswissenschaften
 AG6 Versorgungsforschung/Pflegerwissenschaft

Prof. Dr. Michael Ewers
 Charité Universitätsmedizin Berlin
 CC1 – Human- und Gesundheitswissenschaften
 Institut für Gesundheits- und Pflegerwissenschaft

Schaeffer, D./ Hämel, K. /Ewers, M. (2015): Versorgungsmodelle für
 ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und
 Kanada. Weinheim: Beltz Juventa



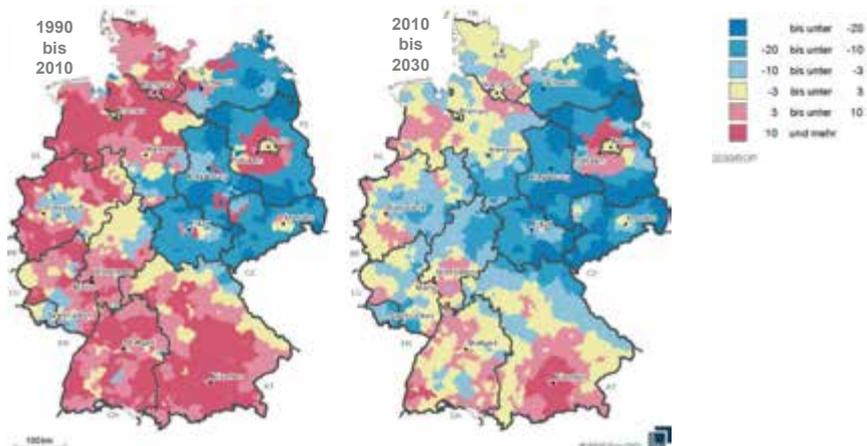
2 / 2015

Problemhintergrund

- Demografischer und epidemiologischer Wandel in regional unterschiedlicher Ausprägung und Dynamik
- Wachsende Bedeutung komplexer Problemlagen, die eine multiprofessionelle, integrierte und kontinuierliche Versorgung erfordern
- Abwanderung der Bevölkerung aus strukturschwachen Räumen in prosperierende Zentren. Folge: Infrastrukturabbau und Ausdünnung familialer & informeller Unterstützungspotentiale
- Zunehmender Fachkräftemangel besonders in ländlichen Regionen – speziell in der (Allgemein-)Medizin und Pflege
- Geringere Dichte, mangelnde Ausdifferenzierung und schwerere Erreichbarkeit der Versorgung in abgelegenen, strukturschwachen Regionen

3 / 2015

Kleinräumige Bevölkerungsdynamik in Vergangenheit und Zukunft



4 / 2015



Fakultät für Gesundheitswissenschaften
School of Public Health



Institut für Gesundheits- und
Pflegerwissenschaft

Fachkräfteentwicklung in der Pflege

2025 fehlen voraussichtlich 112.000
Fachkräfte in der Pflege (Afentakis/Mayer 2010)

Erheblicher Zuwachs an Beschäftigten

- ambulante Pflege +58%, stationäre Versorgung +125%) aber: vor allem Teilzeitstellen und geringfügige Beschäftigung

Seit 2011 laut Daten der BA Fachkräftemangel:

- leichter Angebotsüberhang bei Hilfskräften, dagegen fehlen aber vor allem ausgebildete Pflegefachkräfte

Wachsender Bedarf an akademisch ausgebildeten Pflegekräften (aktuell nur ca. 0,6% / Forderung des WR 10%-20%)



5 / 2015



Fakultät für Gesundheitswissenschaften
School of Public Health



Institut für Gesundheits- und
Pflegerwissenschaft

Forderungen

Gefragt sind neue Versorgungsmodelle, die

- auf den Bedarf von (älteren) Menschen mit langfristigen und komplexen Gesundheitsproblemen sowie Pflegebedürftigkeit abgestimmt sind
- die besonderen Herausforderungen in ländlichen und strukturschwachen Regionen gezielt beantworten
- eine umfassende, qualitativ hochwertige Gesundheits- und Sozialversorgung auch unter erschwerten Bedingungen gewährleisten
- die Fachkräfteentwicklung berücksichtigen und die Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsprofessionen neu ausrichten



SVR – Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung in Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Bern: Huber

6 / 2015

Projektrahmen DIVER

- Regional differenzierte Versorgung – eine international vergleichende Analyse ländlicher Versorgungsmodelle
- Ziel: transferierbare Modelle für ländliche und / oder strukturschwache Regionen identifizieren
- Anschlussfähige Aufbereitung der Erkenntnisse zur Anregung der hiesigen Diskussion (Lesebuch / Itinerar)
- Ausgewählte Länder: Kanada und Finnland (ähnliche Problemlagen, stark ländlich geprägt)
- Förderung durch die Robert Bosch Stiftung
- Projektlaufzeit: 04 / 2012 bis 03 / 2014

7 / 2015

Primärversorgung

Deutschland

- überwiegend auf hausärztliche Versorgung konzentriert (monoprofessionell)
- differenziertes ambulantes Facharztsystem
- starke sektorale Trennung vom übrigen Versorgungssystem

Finnland, Kanada (und viele andere Länder)

- Primärversorgungszentren mit multiprofessioneller Ausrichtung (Medizin, Pflege, Therapieberufe, Apotheker, Soziale Arbeit, Psychologie, etc.)
- breites Leistungsprofil (Gesundheitsförderung, Prävention, Diagnose, Therapie, soziale, rehabilitative, edukative Leistungen) = integrierte Versorgung
- Datengestütztes, geplantes und koordiniertes Vorgehen
- Ressourcenbündelung und teamorientierte Arbeitsweisen

8 / 2015



Fakultät für Gesundheitswissenschaften
School of Public Health



Institut für Gesundheits- und
Pflegerwissenschaften

Integrierte lokale Primärversorgungszentren

- Bündelung zahlreicher Dienste der Gesundheits- und Sozialversorgung unter einem Dach
- Ausrichtung des Angebots am regional spezifischen Bedarf (speziell vulnerabler Populationen)
- Umfassende Versorgung: Gesundheitsförderung und Prävention sowie Information, Beratung und Anleitung (Eduktion) haben große Bedeutung
- Koordination und Kooperation sowie Vorhaltung umfassender integrierter Versorgungsangebote (eine Anlaufstelle)
- Multiprofessioneller Zugriff mit anderem Professionenmix, flachen Hierarchien und gemeinsamer Verantwortungsteilung: bedeutsame Rolle der generalistischen Pflege (General Nursing)
- Einbeziehung des regionalen / kommunalen Umfeldes in die Trägerschaft und den Betrieb der lokalen Gesundheitszentren, Zusammenarbeit mit Seniorenverbänden, Schulen, etc.

Kommunale Gesundheitszentren (Finnland)

Community Health Centres (Ontario)

Family Health Centres (Ontario)




9 / 2015



Fakultät für Gesundheitswissenschaften
School of Public Health



Institut für Gesundheits- und
Pflegerwissenschaften

Primary Care

(Expert Panel on effective ways of investing in Health, Juli 2014)

„...the provision of universally accessible, integrated, **person-centred, comprehensive** health and community services, provided by a **team of professionals** accountable for **addressing a large majority of personal health needs**.

These services are delivered in a sustained **partnership with patients and informal care givers**, in the context of family and community and play a central role in the overall **coordination and continuity of peoples care**“

Starke, umfassende Primärversorgung:

- besserer Gesundheitsstatus der Bevölkerung
- Verringerung von gesundheitlicher Ungleichheit
- sinkendes Hospitalisierungsrisiko

10 / 2015

Primärversorgung ↔ Home Care: Finnland (Süd Karelien)

- Home Care Units als Strukturbildner der ambulanten Versorgung pflegebedürftiger Menschen, mit dezentralen, kleinräumigen Basisteams (Personal Nurse & Practical Nurses).
- Personal Nurse verantwortet diagnostische und therapeutische Aufgaben, Monitoring der Gesundheits- und Versorgungssituation, Organisation und Koordination der häuslichen Versorgung (Primary Nursing).
- Kooperation und Koordination: soziale/haushaltsnahe Dienste, Gesundheitszentrum, Krankenhaus
- Arzt im Gesundheitszentrum ist fester Ansprechpartner der Pflege und zugleich Hausarzt der Klienten.
- Stabilisierung der häuslichen Situation in akuten Krisenphasen: multiprofessionelles Acute Home Care Team.

11 / 2015

Fazit

- Umfassende, multiprofessionelle Primärversorgung, die wohnortnah einen Großteil des Versorgungsbedarfs der ländlichen Bevölkerung abdeckt (Basisversorgung).
- Kooperative und koordinierte Arbeitsweise in multiprofessionellen Teams ermöglicht die Beantwortung eines breiten Bedarfsspektrums und komplexer Problemlagen.
- Kontinuierliche Versorgung bei chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit durch Einschreibemodelle, feste Ansprechpartner und enge Abstimmung im Team.
- Potentiale der Pflege und der therapeutischen Gesundheitsberufe werden aktiv genutzt (anderer Professionenmix, andere Qualifizierungen).
- Gleichermaßen individuen- und populationsorientierte Interventionen inklusive Gesundheitsförderung / Prävention.
- Datengestützte, populationsorientierte regionale Versorgungsplanung („from data to concept“) und systematische Implementation von Versorgungsinnovationen.

Schaeffer D, Hämel K, Ewers M (2015):
 Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada.
 Weinheim: Beltz-Juventa



12 / 2015



Fakultät für Gesundheitswissenschaften
School of Public Health



Institut für Gesundheits- und
Pflegerwissenschaften

Kontakt

Prof. Dr. Kerstin Hämel
Prof. Dr. Doris Schaeffer

Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
AG6 Versorgungsforschung/Pflegerwissenschaften
Universitätsstr. 25
33615 Bielefeld

kerstin.haemel@uni-bielefeld.de
doris.schaeffer@uni-bielefeld.de

Prof. Dr. Michael Ewers

Charité Universitätsmedizin Berlin
CC1 – Human- und Gesundheitswissenschaften
Institut für Gesundheits- und Pflegerwissenschaften
CVK – Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

m.ewers@charite.de

PRÄSENTATIONSFOLIEN ZUM VORTRAG VON
 PROF. DR. INA NITSCHKE,
 PRÄSIDENTIN DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR ALTERSZAHNMEDIZIN E.V.

Prof. Dr. Ina Nitschke, MPH

Fachforum 3:
 Kompetenz- und
 Wissenstransfer

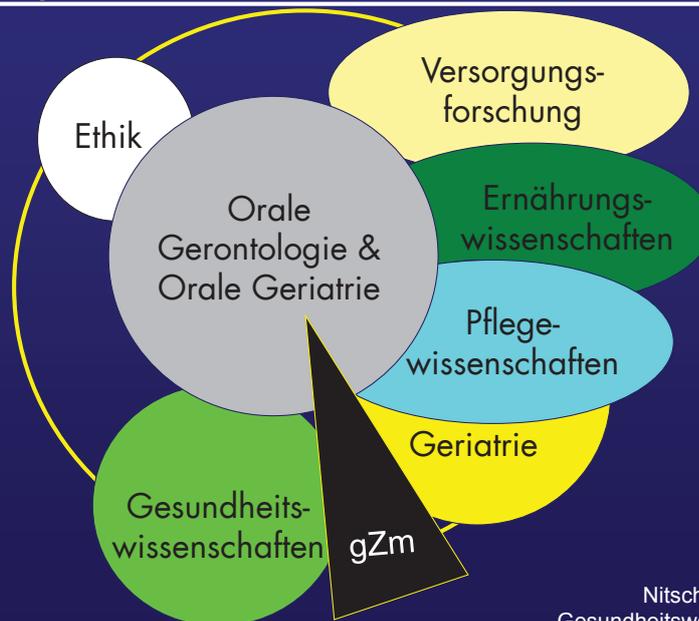


Wünsche beim Eintritt in den Ruhestand



- gesund bleiben
 - mobil bleiben
 - keine Schmerzen
- gutes Aussehen
- sicher kauen können
- gut sprechen können
- kein Mundgeruch
- Zahnersatz soll perfekt sein

Interdisziplinarität der Seniorenzahnmedizin



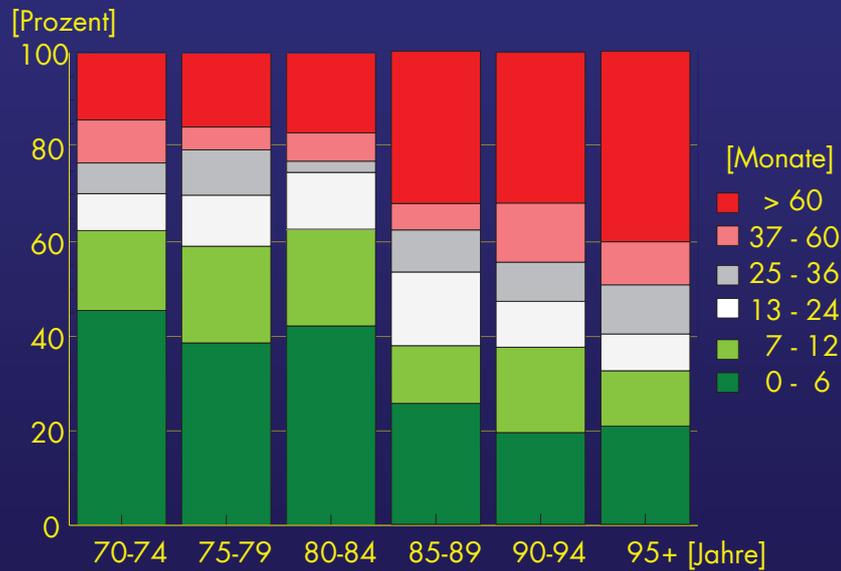
Nitschke I. et al.
Gesundheitswesen 2007

Mittlere Kontaktrate in den letzten 12 Monaten

Alter	Zahnarzt	Arzt
20 – 29	2,8	3,4
30 – 39	2,9	3,5
40 – 49	2,7	4,2
50 – 59	2,7	5,1
60 – 69	2,4	7,4
70 +	1,7	9,3

Born et al. Gesundheitswesen 2006

Zeitspanne zum letzten Zahnarztbesuch T1



Nitschke I, Müller F, Hopfenmüller: Gerodontology 2005

Gesundheitsversorgung

- Makroebene

- Gesetzgebung
- Politiker

- Mesoebene

- Krankenkassen
- Verbände

- Mikroebene

- Patient – Arzt/Zahnarzt - Pflegeperson

Mesoebene: Anreizsystem

Bevölkerung (ILSE-Studie)

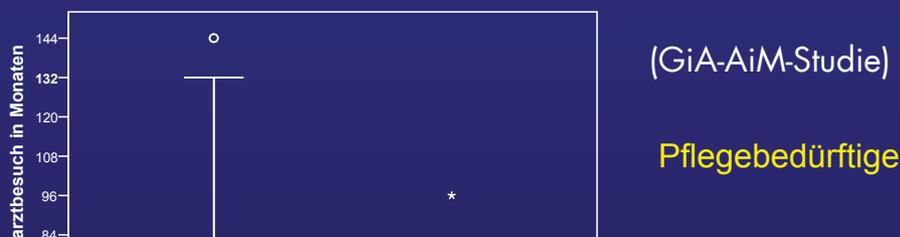
- 91,3 % der 184 ST besitzen ein Bonusheft (n = 168)
 - 81,9 % Heidelberg
 - 99,0 % Leipzig

Stationär Pflegebedürftige (GiA-AiM-Studie)

- 18,6 % der 242 ST besitzen ein Bonusheft (n = 45)
 - 5,3 % Berlin
 - 18,1 % Nordrhein- Westfalen
 - 32,9 % Sachsen

(Chi- Quadrat-Test $p < 0,01$)

Bonusheft und zahnmed. Inanspruchnahme



Mikroebene:
interdisziplinäre Versorgungsmodelle

Makro- und Mesoebene:
Schaffung von Chancengleichheit bei der
medizinischen und pflegerischen Versorgung

Bor

Makroebene: Forderung an die Politik

Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter
Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen



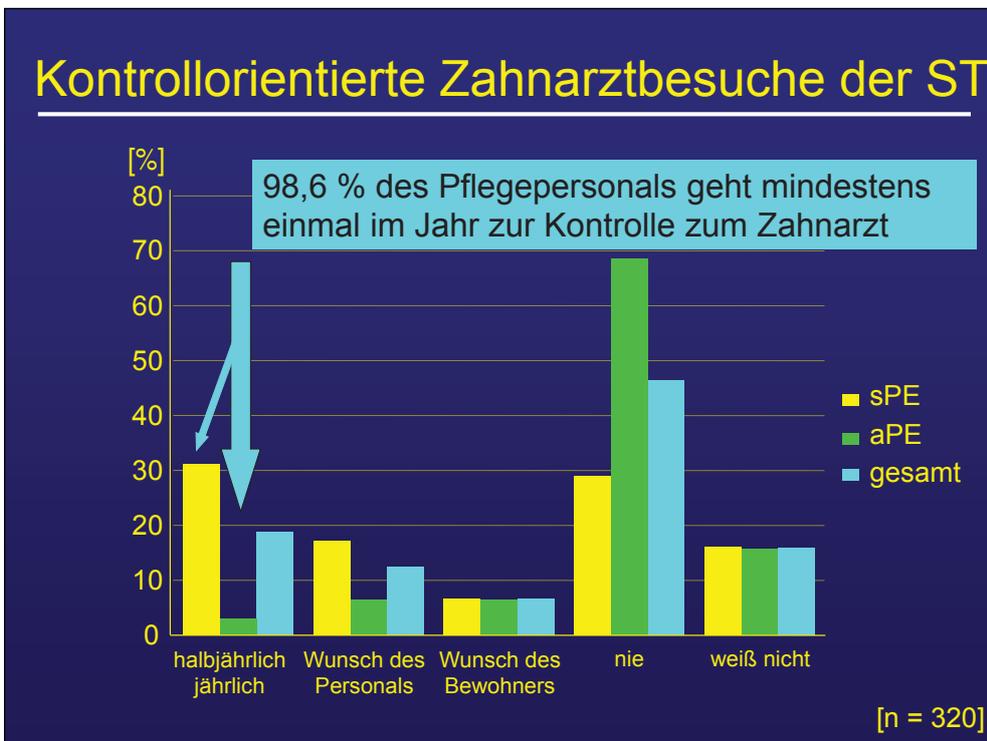
KZBV 

Präventionsorientierte Zahnmedizin






Kontrollorientierte Zahnarztbesuche der ST



Wissen zur Mundgesundheit

Begriff „Individualprophylaxe“

- 45 % kennen den Begriff
- 12 % nehmen sie in Anspruch

Fortbildung „Mundgesundheit“

- 6,9 % der Einrichtungen bilden zur Mundgesundheit aus. [n = 103]
- 12,5 % des Pflegepersonal hat kein Interesse

Majdani, Nitschke et al 2005 [n = 320]

Fachforum 3: Kompetenz- und Wissenstransfer

- Ausbildungssituation
 - Zahnmedizin
 - Medizin
 - Pflege
- Fort- und Weiterbildung
 - Zahnmedizin
 - Medizin
 - Pflege

Aus- Fort- und Weiterbildung

Für wen ?

- Pflegepersonal
- Ärzte
- Angehörige
- Lehrer



Gesund im Alter – auch im Mund

Makroebene:
Gesetze zur Bildung

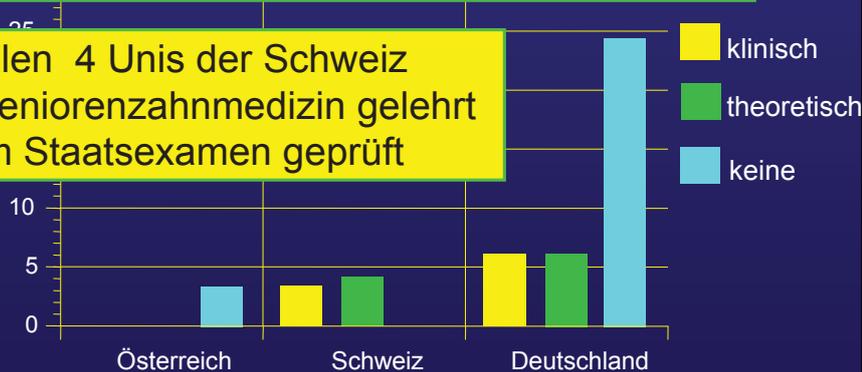
Mesoebene:
Aus-, Fort- und Weiterbildungskonzepte

Prägraduale Ausbildung

[Universitäten]

- über 150 zahnmed. Lehrstühle in Deutschland
 - keiner für Seniorenzahnmedizin

- an allen 4 Unis der Schweiz
 - Seniorenzahnmedizin gelehrt
 - im Staatsexamen geprüft



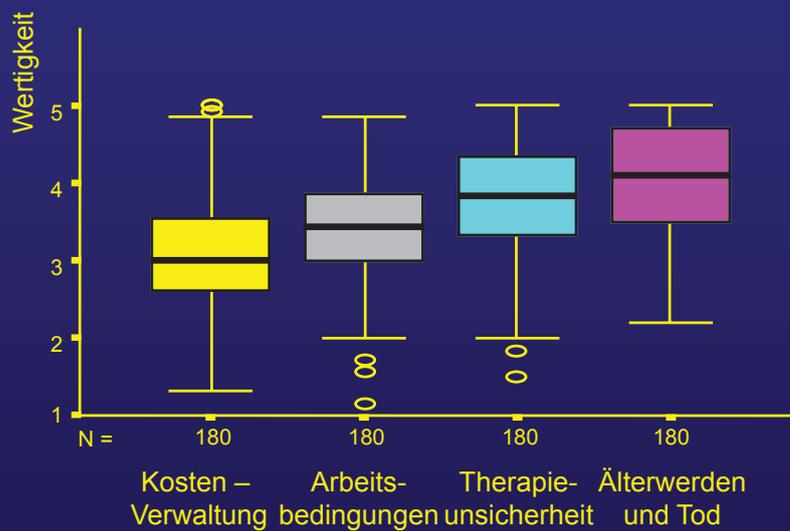
Nitschke et al. Gerodontology (2009)

Zahnmedizinische funktionelle Kapazität

BS	ambulant [%]	stationär [%]
1	26,0	19,1
2	20,8	12,8
3	33,7	41,5
4	19,5	26,6

Majdani, Nitschke et al 2005

Konfrontation mit Älterwerden und Tod



Nitschke I, Ilgner A, Müller F: Gerodontology, 2005

Mobiles Zahnarzt-Team für immobile Patienten



Zürich: mobiDent™



- ausladen und installieren
60 - 90 min
- Mobile Zahnklinik:
3 Behandlungseinheiten
Röntgen
Autoclave
Schnell-Sterilisation
weitere Gegenstände



Hygiene am Arbeitsplatz wie in jeder anderen Zahnarztpraxis

Zukunftsperspektive für alle Betagte

..... und welches Konzept
haben wir für die ambulant Pflegebedürftigen?

Meso- und Mikroebene:
Geriatrische Versorgungskonzepte
unter Einbezug der Zahnmedizin

Fazit : Netzwerke etablieren

- interdisziplinäre Gesundheitsversorgungskonzepte
- gemeinsame Aus-, Fort- und Weiterbildung stärken
- gegenseitige:
 - Akzeptanz
 - Wertschätzung
 - Unterstützung

PRÄSENTATIONSFOLIEN ZUM VORTRAG VON DR. BERNHARD GIBIS, DEZERNENT, LEITER DES GESCHÄFTSBEREICHES „SICHERSTELLUNG UND VERSORGUNGSSTRUKTUR“ DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG



KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Workshop Kompetenz- und Wissenstransfer

Statement Dr.B.Gibis, KBV

Berlin, 27.4.15

Gemeinsame Tagung KBV, KZBV und BAGFW ■ 27.04.2015 ■ 2 

Megatrends

- Demographischer Wandel (u.a. Stadtwachstum, veränderte Lebensverhältnisse, Alterung)
- Fachkräftemangel
- Doppelter (inverser!) Bedeutungswandel der Grundversorgung

Vorgestellte Ansätze

- Gute Beispiele im Sinne für den Aufbau eines Instrumentenkastens, Übertragbarkeit nicht 1:1 gegeben
- Kompetenztransfer setzt (zeitlichen) Wissens- und Erfahrungstransfer voraus
 - Qualifikationsrahmen für ähnliche Projekte in Deutschland noch zu schaffen
 - Interprofessionelle Wissensbasis muss entwickelt werden, z.B.
 - Interprofessionelle Leitlinien
 - Idee des Health Campus
 - Cave: Planung und Steuerung haben Grenzen
 - Wichtige Erfahrung aus vielen Projekten: Beteiligte mitnehmen und nicht abhängen

Potenzielle Stellschrauben

- VSG: 140a ff neu
- Pflegeberufegesetz
- Innovationsfonds des GBA

»Wir arbeiten für Ihr Leben gern.« www.ihre-aerzte.de

Gemeinsame Tagung KBV, KZBV und BAGFW ■ 27.04.2015 ■ 3 



»Ich bin eine von 150.000 Haus- und Fachärzten und Psychotherapeuten Deutschlands. Ich arbeite für Ihr Leben gern.«

Frankfurt, 10.04.2015
Die Gesundheit ist das Wichtigste.
Krankheit und Arztbesuch vermeiden.

www.ihre-aerzte.de

Die Haus- und Fachärzte
Wir arbeiten für Ihr Leben gern.

»Wir arbeiten für Ihr Leben gern.« www.ihre-aerzte.de

PODIUMSDISKUSSION

STAATSSSEKRETÄR KARL-JOSEF LAUMANN, BEAUFTRAGTER DER BUNDESREGIERUNG FÜR DIE BELANGE DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN SOWIE BEVOLLMÄCHTIGTER FÜR PFLEGE
PROF. DR. URSULA LEHR,
 VORSITZENDE DER BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER SENIOREN-ORGANISATIONEN
GERNOT KIEFER,
 VORSTAND GKV-SPITZENVERBAND
DIPL.-MED. REGINA FELDMANN,
 VORSTAND KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG
DR. WOLFGANG ESSER,
 VORSITZENDER DES VORSTANDES DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG
PROF. DR. ROLF ROSENBROCK,
 PRÄSIDENT DER BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE
 MODERATION: **KATRIN BRAND, WDR**

Zur Eröffnung der Podiumsdiskussion erläuterte Herr Laumann, dass die Versorgung pflegebedürftiger Menschen auch stark von der hausärztlichen Versorgung abhängt. Und da gäbe es in vielen Regionen das Problem, dass es zu wenige Hausärzte gibt und deshalb die Sicherstellung gefährdet ist. Die Hochschulen brächten einfach zu wenige Hausärzte hervor. Das sei ein riesiges Problem in der Versorgung Hochbetagter. Darüber hinaus bewege sich die haus-, fach- und zahnärztliche Versorgung hochbetagter und pflegebedürftiger Menschen seit einigen Jahren in die richtige Richtung. In jedem Falle ist und bleibe es jedoch grundlegend, den Bedarf festzustellen, bevor über die Finanzierung und Umsetzung gesprochen werden kann.

Frau Prof. Lehr erklärte, dass wir wie beim Start der Pflegeversicherung vor 20 Jahren auch heute bei der Versorgung pflegebedürftiger Menschen gleichermaßen zwei grundlegende Prinzipien verfolgen müssen: Ambulant vor stationär und Rehabilitation vor Pflege. Wir müssten uns nicht nur fragen, wie wir

Pflegebedürftigkeit generell vermeiden können, sondern auch, was getan werden kann, damit Menschen nicht von der Pflegestufe 1 in die 2 in die 3 rutschen. Erhaltung der Gesundheit müsse vor Rehabilitation stehen.

Herr Kiefer betonte, dass der Aufschwung der Debatte zur besseren medizinischen Versorgung pflegebedürftiger Menschen in den letzten Jahren bemerkenswert und richtig gewesen sei. In diesem Kontext würde man im Austausch insbesondere mit Ärzten den erfreulichen Trendwechsel erfahren, dass auch den Themen Delegation und Substitution nicht rigoros ablehnend gegenüber gestanden wird.

Herr Prof. Rosenbrock führte aus, dass wir die aktuelle Situation, in der es in der ärztlichen und pflegerischen Versorgung vor allem an Zeit und Geld mangelt, nicht durch hektische Lösungen überwinden könnten. Stattdessen sei es geboten, die Sozialraumorientierung, das heißt insbesondere auch die Einbindung der Communities, aufzuwerten.

Frau Feldmann wies darauf hin, dass Hausärzte eine tragende Säule der Versorgung im deutschen Gesundheitssystem seien. Wenn diese wegbräche, würde auch eine tragende Säule der Gesundheitsversorgung Pflegebedürftiger wegbrechen. Es müsse deshalb absolute Priorität haben, schon an den medizinischen Fakultäten auf die Probleme hinzuweisen, die durch den gesellschaftlichen und demografischen Wandel in der Versorgung Hochbetagter entstehen.

Herr Dr. Eßer hob hervor, dass Zahn- und Mundkrankungen in den meisten Fällen durch Prävention zu vermeiden seien. Es sei deshalb relevant, die Prävention nicht mit dem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit abbrechen zu lassen, sondern Bedarfe entsprechend auch für pflegebedürftige Menschen in den Leistungskatalog aufzunehmen. Bis Ende März 2015 wurden bundesweit 2.033 Verträge zwischen Zahnärzten und Pflegeeinrichtungen nach Paragraph 119b SGB V abgeschlossen. Die Fälle der aufsuchenden Versorgung seien innerhalb von zwei Jahren um 30% gestiegen. Grundlage für diese erfreuliche Entwicklung war ein Versorgungskonzept der Zahnärzteschaft.

Herr Kiefer pflichtete bei, dass die Informations- und Beratungsverpflichtung der Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten zu Themen der Pflege in der Praxis verbessert

werden könne. Dazu benötige es jedoch keine neuen Gesetze oder Normen, sondern den Willen zur praktischen Umsetzung.

Frau Feldmann wünschte sich, dass mehr Krankenkassen dazu bereit wären, Modellprojekte, etwa zu pflegenden Angehörigen, mutiger aufzugreifen und sie flächendeckend einzusetzen. Gleichzeitig müsse uns bewusst bleiben, dass diese laufend evaluiert werden müssen und nicht von heute auf morgen alle umsetzbar sind.

Herr Laumann wies darauf hin, dass regionale Modellprojekte gut seien, wenn man sie als etwas zum Ausprobieren begreift – aber am Ende bräuchten wir klare Ansätze. Der Sozialstaat brauche Strukturen und nicht nur Modelle. Verschiedene medizinische Kooperationen müssten auf regionaler Ebene organisiert werden. Das Zusammengehen und Zusammenarbeiten von Kommunen, Pflegeversicherung, Krankenkassen, regionalen gesetzlichen Vorschriften und anderen Akteuren müsse auf dieser Ebene passieren, dabei dürfe niemand ausgelassen werden.

In der Zusammenfassung führten die Veranstalter aus, dass wir viel erreicht hätten, wenn wir solche Veranstaltungen als Startpunkte betrachten, um Ansätze und Modelle weiterzuentwickeln.



(v.l.n.r.) Dr. Wolfgang Eßer, Prof. Dr. Ursula Lehr, Karl-Josef Laumann, Dipl.-Med. Regina Feldmann, Gernot Kiefer, Prof. Dr. Rolf Rosenbrock

6

AUSBLICK DER VERANSTALTER

Wir freuen uns, dass unsere Veranstaltung so großen Anklang bei Vertretern aus Politik, Selbstverwaltung und den Gesundheitsberufen gefunden hat. Die Rückmeldungen auf unsere Tagung waren durchweg positiv. Unsere Gäste und wir haben nicht nur die Ist-Situation analysiert, sondern auch viel über bewährte Praxis-Beispiele erfahren und Wege zu einem stärkeren kooperativen und vernetzten Handeln diskutiert und aufgezeigt. Die Diskussionen haben gezeigt, dass es vor allem darum gehen muss, die Arbeit an den Schnittstellen der verschiedenen Leistungserbringer zu verbessern.

Die Behandlung multimorbider pflegebedürftiger Menschen erfordert ein abgestimmtes interdisziplinäres Konzept der medizinisch-kurativen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung. Vor diesem Hintergrund bedarf es eines besseren Schnittstellenmanagements zwischen den Leistungen nach dem SGB V und dem SGB XI. Die Veränderungen, die sich aus dem demographischen Wandel ergeben, erfordern neue Kompetenzen aller an der Versorgung beteiligten Gesundheitsfachberufe. Teamarbeit, besondere Kenntnisse der Geriatrie und die wechselseitige, patientenzentrierte Unterstützung aller Fachberufe sind konsequent in die Ausbildung zu integrieren. Der neue Innovationsfonds gibt uns einmal mehr die Möglichkeit, Modellprojekte umzusetzen. Wir wünschen uns jedoch mehr Mut von der Politik, erfolgreiche Modellprojekte im Anschluss aber auch in die flächendeckende Versorgung zu überführen.

In der medizinischen Versorgung pflegebedürftiger Menschen muss der Hausarzt auch in Zukunft die ihm heute schon zukommende

Schlüsselrolle bewahren. Dazu muss die Attraktivität von Hausbesuchen für niedergelassene Ärzte erhöht werden – wie es bei den Zahnärzten bereits erfolgreich umgesetzt wurde. Hier werden mit dem Hospiz- und Palliativgesetz die richtigen Weichen für die haus- und fachärztliche Versorgung vom Gesetzgeber gestellt. Gleichzeitig sind „Komm-Bring-Strukturen“ zur Verbesserung des Zugangs zur ärztlichen Versorgung auch für pflegebedürftige ältere Menschen auszubauen bzw. zu erproben. Eine engere Verzahnung und Teamorientierung der verschiedenen gesundheitsbezogenen Fachberufe und der unterschiedlichen Leistungserbringer ermöglicht es, insbesondere in ländlichen Räumen, Versorgungsengpässe zu überwinden. Auch der Einsatz technischer Unterstützungssysteme aus dem Bereich der Telemedizin und Telecare ist in der Praxis noch zu wenig erprobt und etabliert. Diese Potenziale müssen für eine Verbesserung der pflegerischen und medizinischen Versorgung besser genutzt werden.

Grundvoraussetzung für eine zuverlässige und qualitativ hochwertige wohnortnahe ärztliche und pflegerische Versorgung sind angemessene Rahmenbedingungen. Hierzu zählen neben den notwendigen personellen und organisatorischen Strukturen auch die damit verbundenen finanziellen Ressourcen.

Die Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Versorgung im Gesundheitswesen einschließlich der pflegerischen Versorgung müssen nahtloser gestaltet werden. Auch bei auftretender Pflegebedürftigkeit muss eine (zahn-)ärztliche Betreuungskontinuität gewahrt bleiben. Die Mundgesundheit älterer

und pflegebedürftiger Menschen muss gezielt verbessert werden. Denn eine schlechte Zahn- und Mundgesundheit hat gerade bei pflegebedürftigen Menschen gravierende Folgen für ihre Allgemeingesundheit.

Um dem vorzubeugen, dürfen wir auch bei pflegebedürftigen Menschen den Präventionsgedanken nicht außer Acht lassen. Wir müssen Prävention konsequenter durch das ganze Leben hinweg durchdeklinieren. Prävention schützt vor Krankheit und zunehmender Pflegebedürftigkeit. Daher müssen ärztliche, zahnärztliche und pflegfachliche Expertise bei der Entwicklung der nationalen Präventionsstrategie eng eingebunden werden.

Die demografischen und gesellschaftlichen Veränderungen führen zu einem wachsenden palliativen Betreuungsbedarf in der häusli-

chen und stationären Versorgung. Ziel muss es sein, dass die Menschen so weit wie möglich dort schmerzfrei und in Würde sterben können, wo sie zuletzt gelebt haben, sei es in der Häuslichkeit oder im Pflegeheim.

Wir sind allen Referenten und Teilnehmern dankbar für die Impulse und Diskussionen während der Tagung. Aus der Veranstaltung nehmen wir mit, dass im Sinne der Patienten eine noch engere Kooperation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen, Pflegebedürftigen und Angehörigen notwendig ist. Wir hoffen, mit unserer Veranstaltung einen Beitrag geleistet zu haben, die interprofessionelle Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe weiter zu stärken.

THESENPAPIER ZUR VERANSTALTUNG

Vorbemerkung/Hintergrund

Anteil und absolute Zahl älterer Menschen mit Pflegebedarf werden durch den demographischen Veränderungsprozess in den nächsten Jahren weiter zunehmen. Die erhöhte Lebenserwartung ist verbunden mit einem vermehrten Auftreten von Multimorbidität, Mobilitätseinschränkungen und Demenz. Mit den demographischen Veränderungen sind Herausforderungen für die medizinische, zahnmedizinische und pflegerische Versorgung älterer pflegebedürftiger Menschen verbunden.

Ziel ist dabei, ein Leben im vertrauten häuslichen Umfeld solange wie möglich zu gewährleisten. Da, wo ältere Menschen dafür auf Unterstützung angewiesen sind, sind geeignete subsidiäre Maßnahmen zu ergreifen. Soziale, pflegerische und ärztliche Leistungen müssen dazu eng aufeinander abgestimmt ineinander greifen. Hierbei ist auch die besondere Situation der pflegenden Angehörigen mit in den Blick zu nehmen. Ist eine zufriedenstellende Lebensführung in der eigenen Häuslichkeit auch mit Unterstützung nicht mehr möglich, besteht das Angebot einer wohnortnahen Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung.

Wegen eingeschränkter Mobilität und wegen einer erforderlichen Begleitung sind viele pflegebedürftige Menschen auf ärztliche und zahnärztliche Hausbesuche angewiesen. Für pflegebedürftige Menschen bedeutet der Transport zu einer ambulanten Behandlung oft eine unzumutbare Belastung, die unterhalb der Pflegestufe 2 auch mit erheblichen Kosten verbunden ist. Pflegebedürftige ältere

Menschen verzichten nicht selten auf einen notwendigen Besuch bei einem niedergelassenen Arzt oder wenden sich am Wochenende an den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst bzw. den Rettungsdienst. Dies führt zu einer Unter- und Fehlversorgung einer Bevölkerungsgruppe, die aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen auf eine umfassende medizinische Versorgung angewiesen ist.

Die bisherigen Gesetzesänderungen zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung zielen einseitig auf die Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen. Gezielte Versorgungsverbesserungen für ältere pflegebedürftige Menschen außerhalb von Einrichtungen sind jedoch ebenso dringend erforderlich.

Die Leistungen der gesetzlichen Versicherungssysteme müssen deshalb an die veränderten Bedarfe und Strukturen angepasst werden.

Kooperationspotenziale erkennen und fördern

Die Behandlung multimorbider pflegebedürftiger Menschen erfordert ein abgestimmtes interdisziplinäres Konzept der medizinisch-kurativen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln. Die Angehörigen der unterschiedlichen Gesundheitsfachberufe wirken in aller Regel mit einer hohen intrinsischen Motivation mit hohem Verantwortungsbewusstsein in der ambulanten Versorgung zusammen und sind an einer guten Patientenversorgung interessiert. Das bewährte und kooperative Zusammenwirken unterschiedlicher Professionen im Gesund-

heitsbereich sollte weiter ausgestaltet werden. Konzepte integrierter Versorgung müssen ausgebaut und praxisgerechter gestaltet werden. Zahnmedizinisch werden pflegebedürftige Menschen bis auf wenige Ausnahmen durch freiberuflich tätige Zahnärztinnen und Zahnärzte versorgt. Nennenswerte Schnittmengen mit der ambulant ärztlichen und der stationären Versorgung gibt es nicht. In der ärztlichen Versorgung pflegebedürftiger Menschen im Pflegeheim haben sich Praxisnetze und Praxisverbände bewährt. Sie tragen durch eine arbeitsteilige Versorgung außerhalb der Sprechzeiten und durch eine bessere Organisation des Notdienstes zu einer Reduzierung von vermeidbaren Krankenhauseinweisungen bei. Die Potenziale von Praxisnetzen und Praxisverbänden müssen stärker ausgeschöpft werden. Kooperative Versorgungsformen sowohl in der Praxis selbst als auch in Praxisverbänden sollten vor allem in ländlichen Strukturen in enger Vernetzung mit den lokalen Krankenhäusern weiterentwickelt werden und stärker an die Stelle der segmentierten Versorgung treten.

Kompetenzen der Fachkräfte in der medizinischen und pflegerischen Versorgung stärken. Die Veränderungen, die sich aus dem demographischen Wandel ergeben, erfordern neue Kompetenzen aller an der Versorgung beteiligten Gesundheitsfachberufe. Teamarbeit, besondere Kenntnisse der Geriatrie und die wechselseitige, patientenzentrierte Unterstützung aller Fachberufe sind konsequent in die Qualifikationsprofile sowohl in der Ausbildung als auch in der berufsbegleitenden Qualifikation zu integrieren. Auch die Pflegeberufe haben sich in den letzten Jahren zunehmend qualifiziert und diversifiziert. Die durch den Gesetzgeber beabsichtigte gemeinsame Pflegeausbildung wird die Kompetenzen der Pflegekräfte stärken und die Ausbildung an die zukünftigen sozialen, pflegerischen und medizinischen Anforderungen anpassen. Ein nach Kompetenzen gestuftes

Modell der Ausbildung einschließlich der akademischen Pflegeausbildung vermittelt ein diversifiziertes Kompetenzprofil, das zu einer Erweiterung der Befugnisse und der eigenverantwortlichen Entscheidungskompetenzen genutzt werden kann. Das ermöglicht unbürokratische und verkürzte Versorgungswege für die Patientinnen und Patienten. Gleichermaßen sind geriatrische Kenntnisse und Fertigkeiten in die Curricula der ärztlichen Aus- und Weiterbildung aufzunehmen. Entsprechende Ansätze werden im Nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) und in der Reform der (Muster-)Weiterbildungsordnung für Ärzte verfolgt.

Bewährte Versorgung fördern und weiterentwickeln

Die freie Arztwahl ist ein konstitutives Element der medizinischen Versorgung, das es auch in Zukunft zu bewahren gilt. In der medizinischen Versorgung pflegebedürftiger Menschen muss der Hausarzt auch in Zukunft die ihm heute schon zukommende Schlüsselrolle bewahren. Dies gilt sowohl für die Versorgung älterer Menschen in ihrer eigenen Häuslichkeit als auch in stationären Pflegeeinrichtungen. Die hausärztliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen in den stationären Pflegeeinrichtungen hat sich bewährt und ist auf der Grundlage schon bestehender Kooperationsvereinbarungen auszubauen. Sofern Kooperationsverträge nach § 119b SGB V geschlossen werden, sind sowohl für den ärztlichen als auch für den pflegerischen Mehraufwand der Koordination verpflichtende Vergütungszuschläge zu vereinbaren. Schon heute übernehmen Pflegekräfte vielfältig ärztliche delegierte Aufgaben, ohne dass Haftungsfragen eindeutig und zuverlässig geklärt sind. Die Delegation ärztlicher Leistungen an Angehörige anderer Gesundheitsberufe muss zudem im Leistungskatalog der Krankenversicherung und in der Refinanzierung der Leistungserbringung eine angemessene

sene Berücksichtigung finden. Des Weiteren ist zu prüfen, welche Aufgabenbereiche unter welchen Rahmenbedingungen künftig auch von den Pflegefachpersonen zu übernehmen sind. Grundvoraussetzung für eine zuverlässige und qualitativ hochwertige wohnortnahe ärztliche und pflegerische Versorgung sind angemessene Rahmenbedingungen. Hierzu zählen neben den notwendigen personellen und organisatorischen Strukturen auch die damit verbundenen finanziellen Ressourcen.

Mundgesundheit älterer pflegebedürftiger Menschen verbessern

Die Mundgesundheit älterer und pflegebedürftiger Menschen muss gezielt verbessert werden. Pflegebedürftige Menschen haben häufig Schwierigkeiten, ihre tägliche Mund- und Zahnhygiene ausreichend und selbständig durchzuführen, insbesondere, wenn sie motorisch oder kognitiv eingeschränkt sind. Bei der zahnärztlichen Untersuchung und Behandlung sind sie oft nicht kooperationsfähig. Eine schlechte Zahn- und Mundgesundheit hat gerade bei pflegebedürftigen Menschen gravierende Folgen für ihre Allgemeingesundheit. Der Gesetzgeber muss daher Rahmenbedingungen für einen besseren Zugang zur zahnärztlichen Versorgung und insbesondere für eine präventionsorientierte Zahngesundheit für pflegebedürftige Menschen schaffen. Die Versorgung von Patienten mit Demenz kann bei akuten zahnmedizinischen Problemen oft nur unter Narkose erfolgen. Hier ist eine gesetzliche Regelung notwendig, die sicherstellt, dass erforderliche Narkosen von den Krankenkassen außerhalb der Gesamtvergütung vergütet werden. Die Möglichkeiten zur aufsuchenden Versorgung in der eigenen Häuslichkeit und der Versorgung in Pflegeeinrichtungen sind auszubauen, zu fördern und breit zu kommunizieren. Auch bei auftretender Pflegebedürftigkeit muss eine zahnärztliche Betreuungskontinuität gewahrt bleiben.

Innovative, wohnortnahe Versorgungsmodelle fördern sowie die Attraktivität des Hausbesuchs erhöhen

Die haus- und fachärztliche Versorgung bildet den Kernbereich der medizinischen Versorgung. Sie muss unabhängig vom jeweiligen Wohnort gewährleistet werden. Für ältere pflegebedürftige Menschen stellen Hausbesuche ein wesentliches Element der medizinischen Behandlung dar und sie müssen im Bedarfsfall ein Anrecht auf den zeitnahen Besuch ihres Arztes am Wohnort haben. Dazu muss die Attraktivität von Hausbesuchen für niedergelassene Ärzte erhöht werden. Gleichzeitig sind „Komm-Bring-Strukturen“ zur Verbesserung des Zugangs zur ärztlichen Versorgung auch für pflegebedürftige ältere Menschen auszubauen bzw. zu erproben.

Mehr Zeit für Behandlung

Die Entlastung von Ärzten und Pflegekräften von administrativen Aufgaben setzt Zeit für die Behandlung von Patienten frei und kann einen Beitrag zur Überwindung des pflegerischen und ärztlichen Fachkräftemangels leisten. Maßnahmen zur Entbürokratisierung, wie sie beispielsweise durch den Normenkontrollrat identifiziert wurden, sind deshalb konsequent aufzugreifen. Entlastende Momente sind auch von der Nutzung intelligenter telemedizinischer Instrumente zu erwarten. In anderen europäischen Ländern, in denen für die Versorgung von Patienten ebenfalls größere Distanzen zu überwinden sind, wie in Skandinavien, haben sich offenbar telemedizinische Strukturen und Telecare bewährt. Auch in Deutschland sollte die mobile gesundheitliche Versorgung durch den gezielten Einsatz von Instrumentarien der Telemedizin und Telecare weiterentwickelt werden. Die technischen Voraussetzungen für eine telematische Unterstützung der gesundheitlichen Versorgung müssen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen

werden. Auf den positiven Erfahrungen aus Modellprojekten ist aufzubauen.

**Drehtüreffekte vermeiden:
Sektorengrenzen ambulanter und
stationärer Versorgung überwinden**

Die sektorierte Gesundheitsversorgung ist vielfältig durch Effizienzverluste gekennzeichnet, die sich für Patienten als inakzeptable und schwer nachvollziehbare Versorgungsbrüche äußern. Dies betrifft sowohl die ärztliche als auch pflegerische Versorgung älterer Menschen. Durch die Vernetzung der Sektoren und durch Synergieeffekte ergeben sich Einsparpotentiale, die es zu nutzen gilt. Hierzu gehört insbesondere die enge gegenseitige patientenbezogene Abstimmung niedergelassener Ärzte, ambulanter Pflegedienste, stationärer Pflegeeinrichtungen und der Krankenhäuser. Die Rolle von Krankenhausambulanzen muss dabei neu bewertet und auf diejenigen Funktionen konzentriert werden, die eine Verbesserung der Versorgung älterer Menschen erwarten lassen. Drehtüreffekte der Versorgung sowie unnötige und belastende Krankenseinweisungen sind dabei zu vermeiden. Die Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Versorgung im Gesundheitswesen einschließlich der pflegerischen Versorgung müssen nahtlos gestaltet werden. Das institutionelle Überleitungsma-

nagement muss entsprechend weiterentwickelt werden und neben der Überleitung in den vertragsärztlichen Bereich vor allem auch die pflegerische Versorgung und die Rehabilitationspotenziale schon vor der Entlassung aus dem Krankenhaus gezielt einbeziehen.

Palliativversorgung ausbauen

Die demografischen und gesellschaftlichen Veränderungen führen zu einem wachsenden palliativen Betreuungsbedarf in der häuslichen und stationären Versorgung. Ziel muss es sein, dass die Menschen so weit wie möglich dort schmerzfrei und in Würde sterben können, wo sie zuletzt gelebt haben, sei es in der Häuslichkeit oder im Pflegeheim. Dazu ist die allgemeine Palliativversorgung, wie im Eckpunktepapier zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung ausgeführt, auszubauen, mit dem Ziel der Etablierung einer hospizlich-palliativen Kultur in allen Versorgungsbereichen. Eine bedarfsgerechte medizinische und pflegerische Begleitung muss für Menschen mit palliativem Versorgungsbedarf sowohl im ambulanten als auch im stationären Kontext zur Verfügung stehen. Dem hohen zeitlichen Mehraufwand und dem intensiven Einsatz von ärztlichem und medizinischem Personal in den letzten Lebensstagen ist auch in der Honorierung angemessen Rechnung zu tragen.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Bundesarbeitsgemeinschaft der
Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) e.V.
Geschäftsstelle Berlin
Oranienburger Strasse 13-14
10178 Berlin
www.bagfw.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
www.kbv.de

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
Berliner Vertretung
Behrenstraße 42, 10117 Berlin
www.kzbv.de

Redaktion:

Klaus Balke (KBV)
Manfred Carrier (Diakonie/BAGFW)
Sebastian Draeger (KZBV)
Dr. Elisabeth Fix (Caritas/BAGFW)
Elfi Schmidt-Garrecht (KZBV)

Layout:

atelier wieneritsch

Fotos:

Jozef Sedmák/Shotshop
Alexandra Bukowski/KBV

August 2015