



Verstärkte Kooperation in der regionalen Versorgung

- Lösungsansatz für die demographischen
Herausforderungen-

**Dr. Adina Dreier, M.Sc.
Dipl.-Pflegerin (FH)**

Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health
Universitätsmedizin Greifswald

Pflegekongress des Landkreises Vorpommern Greifswald

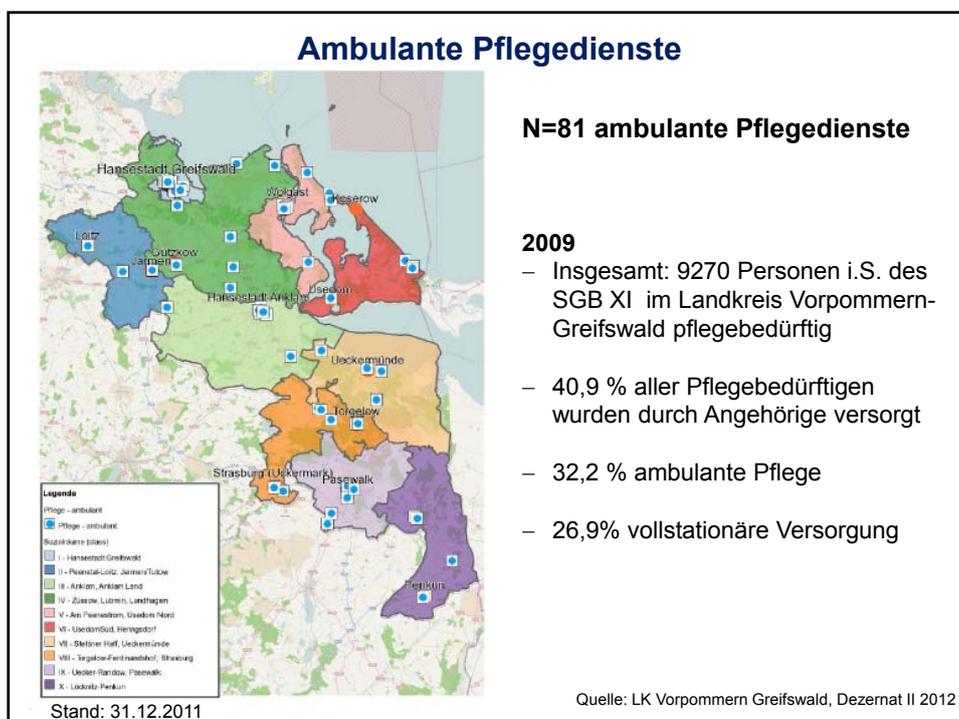
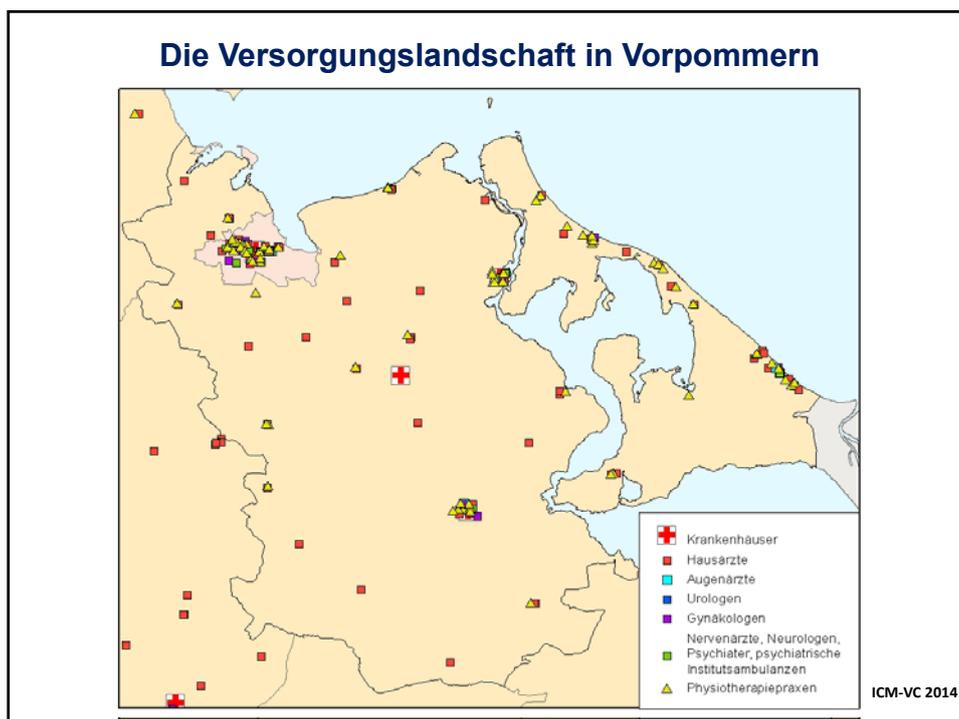
03.12.2014

Landkreis Vorpommern Greifswald

Bevölkerungsentwicklung 2015 bis 2020 nach den besonders pflegerelevanten Altersgruppen

Alterskohorten	Prognose 2015	Prognose 2020	Ist nach KULT 2011
65 - 69	13390	20108	11383
70 - 74	12634	12610	16898
75 - 79	14803	11158	12864
80 - 84	9693	11894	7675
85 - 89	5003	6472	3570
90 und mehr	2007	2907	1594
0 bis 90 und mehr	235347	229563	244207
Anteil 65+ Jährige an Gesamtbevölkerung	24,4%	28,4%	22,0 %

Quelle: Prognosedaten von Gertz- Gutsche- Rügenapp, Juni 2009 auf der Basis der aktuellen Landesprognose M-V für ehemals OVP und UER, Prognose der Statistikstelle Greifswald vom Mai 2010; Prognosen für die Ämter Peenetal/Loitz und Jarmen-Tutow der Stabstelle Integrierte Sozialplanung



Altersstruktur der Pflegekräfte



Altersstruktur der Pflegekräfte 1999-2009

	2001	2003	2005	2007	2009
Pflegepersonal insgesamt ¹	987	1.026	1.055	1.098	1.160
davon in %					
unter 35 Jahre	37,0	34,4	32,5	31,2	31,1
35 bis unter 50 Jahre	46,3	47,0	47,2	45,8	43,5
50 Jahre und älter	16,7	18,5	20,4	23,1	25,4

¹ Angaben in Tausend

Simon, Deutscher Pflegerat 2012

Pflegekräfte: Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen, Altenpfleger/-innen, Kranken- und Altenpflegehelfer/-innen, Pflegekräfte ohne Pflegeausbildung

Zusätzlicher Personalbedarf in M-V für den Zeitraum von 2011 bis 2020

- **Krankenhäuser:** +180 Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen
- **Ambulante Pflegedienste:** +578 Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, +553 Altenpfleger/-innen
- **Pflegeheime:** +679 Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, +927 Altenpfleger/-innen

SACHVERSTÄNDIGENRAT

zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
(2007)

Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer
Gesellschaft des längeren Lebens

„... Die flächendeckende Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung in ländlichen Räumen, insbesondere in den strukturschwachen Regionen der ostdeutschen Bundesländer bildet künftig eine zentrale Herausforderung der Gesundheitspolitik. ...“

Robert Bosch Stiftung 2013

„Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln“



... Aus der zunehmenden Komplexität auf Grund des veränderten Krankheitsspektrums (chronische Erkrankungen) entstehen neue Anforderungen an eine interprofessionelle Zusammenarbeit...

... eine Verbesserung ihrer Kooperation in der Gesundheitsversorgung ist Voraussetzung für die weitere Sicherung einer qualitativ guten Versorgung...

... Notwendig sind ... die berufsrechtliche Sicherung ... , die sozialrechtliche Verankerung eigenständiger Leistungserbringung verschiedener Gesundheitsberufe sowie die Klärung der haftungsrechtlichen Konsequenzen bei kooperativer Leistungserbringung...

... Dies erfordert eine Erweiterung des Leistungsspektrums der Gesundheitsberufe und eine Neudefinition der Berufsfelder, die eine Reorganisation der Berufsprofile (Kompetenzprofile) fordert...

SVR Gutachten 2014

„Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche“



... Forderung der Stärkung einer regionalen, wohnortnahen Versorgung...

... Angesichts des ... Anstiegs der Zahl Pflegebedürftiger und des ... Fachkräftemangels in der Pflege sind Versorgungskonzepte ... gefragt, die regional unterschiedlich ausfallen müssen, um ... drohende Unterversorgungserscheinungen zu vermeiden und eine bedarfsgerechte pflegerische Langzeitversorgung sicherstellen zu können...

... Die Versorgung sollte ... integriert, koordiniert, und in engem Zusammenwirken der beteiligten Gesundheitsprofessionen erfolgen...

... Eine bedarfsgerechte Versorgung ist auf neue, den veränderten Anforderungen und Aufgaben entsprechende Formen der Kooperation und einen anderen Professionenmix angewiesen...

- multiprofessionelle Versorgungskonzepte
- Neuzuschnitt und Neuverteilung von Aufgaben (Mediziner an andere Gesundheitsprofessionen)

Versorgungsstrukturgesetz I



Bundesgesetzblatt Jahrgang 2011 Teil I Nr. 70, ausgegeben zu Bonn am 28. Dezember 2011

Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)

Vom 22. Dezember 2011

zum 01.01.2012 in Kraft getreten

... verweist auf die flexible Arbeitsteilung zwischen
Mediziner*innen und nicht-medizinischen Gesundheitsberufen und
plädiert ausdrücklich für den Ausbau der Delegation
ärztlicher Tätigkeiten.

Versorgungsstrukturgesetz II



Konkretisierung der Versorgungsmaßnahmen

Ziel: Verhinderung einer medizinischen Unterversorgung in den ländlichen,
strukturschwachen Regionen

Delegation ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliche Berufsgruppen wird
erneut aufgegriffen:

- Delegation soll nicht nur auf unterversorgte Regionen und das
häusliche Umfeld beschränkt sein
- Vereinfachung der Beantragung von Modellvorhaben zur
Aufgabenübertragung im Sinne der Substitution

Modellprojekte im Rahmen der Aufgabenneuverteilung und Kooperation

AGnES:

Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention



Delegation hausärztlicher Tätigkeiten und Hausbesuche

Primäres Ziel:

Entlastung von Hausärzten in von hausärztlicher Unterversorgung bedrohten oder bereits unversorgten Regionen durch speziell qualifizierte Mitarbeiter des Praxisteam (Pflegefachkräfte, med. Fachangestellte, ArzhelferInnen)



Prospektive Implementationsstudien in 4 Bundesländern (2005-2008):

- Einzelpraxis (MV, SN),
- Gemeinschaftspraxis (MV, ST),
- Medizinisches Versorgungszentrum (BB),
- Zweigpraxis (SN),
- lokaler Hausärzterverbund (MV)

Voll- oder Teilzeitbeschäftigung der AGnES-Fachkräfte

Das Aufgabenfeld der AGnES



Hausbesuche/Patientenbetreuung in Delegation des Hausarztes:

- Unterstützendes Monitoring / diagnostische- und therapeutische Leistungserbringung auf Delegationsbasis
- Schulung und Betreuung der Patienten und der Angehörigen
- Prävention, z. B. Medikamentenkontrolle
- Geriatrisches Assessment
- Aufgaben in der Palliativmedizin
- Einsatz und Koordination von Telemedizin und TeleCare
- Kommunikation mit weiteren am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen sowie dem sozialen Umfeld des Patienten

© Institut für Community Medicine, Abt. VC 2008

AGnES - Ausgewählte Ergebnisse I



- Anzahl der Patienten: **1.430**
- Alter: durchschnittlich **78,6** Jahre
- 53 teilnehmende Ärzte, 40 AGnES-Fachkräfte
- Insgesamt **11.228** Hausbesuche
- >300 unterschiedliche delegierte Tätigkeiten
(~ 50% diagn. Parameter, ~ 35% Beratung, ~ 15% med. Tätigkeiten)

Systemische Effekte (Einschätzung Hausärzte, N=42) :

- **90,5%**: „AGnES-Konzept **arztentlastend**“
- **88,0%** : „AGnES **positiv für die Compliance** der Patienten“



© Institut für Community Medicine, Abt. VC 2008

AGnES - Ausgewählte Ergebnisse II



Akzeptanz bei Patienten (N=667 Patienten)

- **94,3%** : AGnES übernimmt Hausbesuche und spezielle Themen, der Hausarzt nur noch bei dringendem medizinischen Bedarf
- **98,7%** : AGnES ist **kompetente Ansprechpartnerin** bei Gesundheitsfragen

Medizinische Qualität (Bewertung durch den Hausarzt, N=657 Patienten):

„Die gemeinsame **medizinische Betreuung** des Patienten von Hausarzt und AGnES (auf Delegationsbasis) wies im bisherigen Projektzeitraum eine **vergleichbare Qualität** mit einer üblichen hausärztlichen Betreuung auf.“

- „stimme sehr zu“ (N=503) bzw. „stimme ziemlich zu“ (N=102) für **92,1%** der Pat.

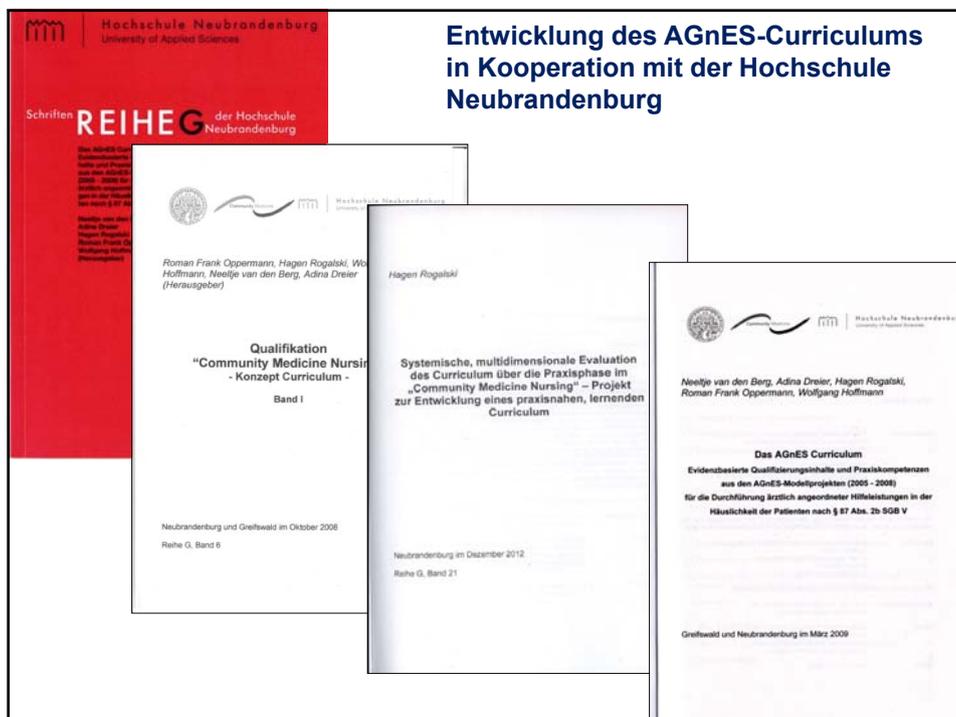
Lebensqualität (N=887 Patienten)

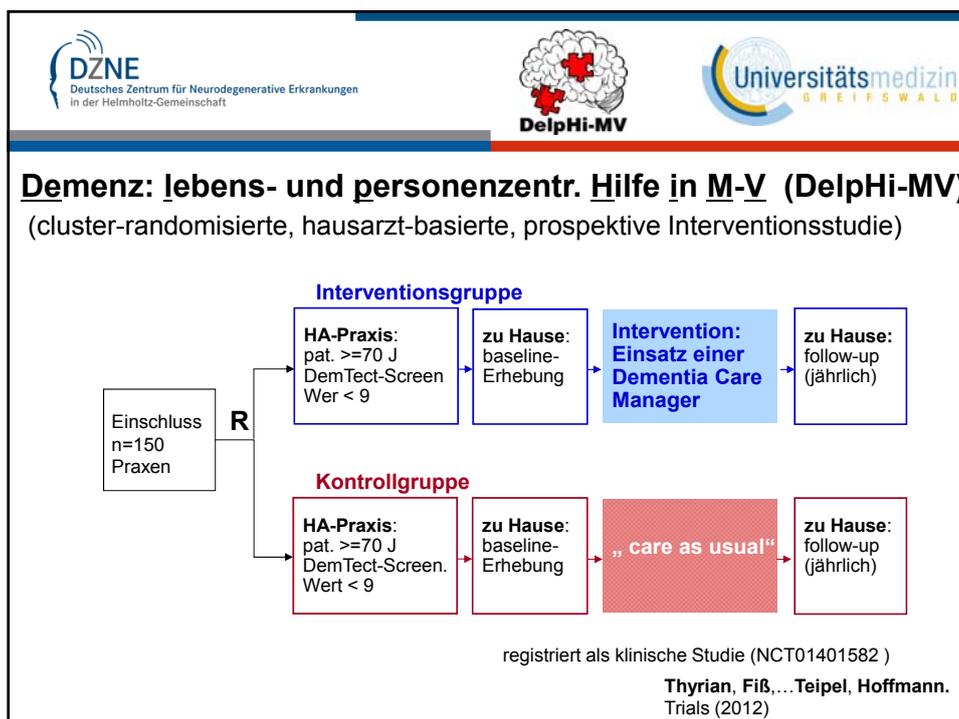
- Psychische Komponente: $\Delta 2,2$ ($p < 0.0001$)
→ Klinisch relevant
- Körperliche Komponente: $\Delta 0,5$ ($p = 0.057$)



© Institut für Community Medicine, Abt. VC 2008

Entwicklung des AGnES-Curriculums in Kooperation mit der Hochschule Neubrandenburg





DZNE
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen
in der Helmholtz-Gemeinschaft

Universitätsmedizin
GREIFSWALD

Ziel/primäres Outcome

Optimierung der Versorgung an Demenz erkrankter Menschen und deren Hauptpflegepersonen

(multidimensionales Outcome, operationalisiert anhand 5 Dimensionen)

1. Lebensqualität (QoL-AD; Logsdon et al. 2002).
2. Angehörigenbelastung (BIZA-D; Zank et al. 2006)
3. behaviorale und psychologische Symptome der Demenz; (NPI; Cummings 1997).
4. medizinische Behandlung mit Antidementiva und
5. Reduktion von "potential inappropriate medication (PIM)"

natürlich auch unter Berücksichtigung:

- Aktivitäten des täglichen Lebens
- kognitiver Status
- Soziale Unterstützung
- Gesundheitsstatus;
- Inanspruchnahme medizinischer Leistungen
- Medikamenteneinnahme

DZNE e. V. – Teilstandort Rostock / Greifswald

Seite 18



DZNE
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen
in der Helmholtz-Gemeinschaft



DelpHi-MV



Universitätsmedizin
GREIFSWALD

Optimale Versorgung in „DelpHi“

Handlungsfelder

1. Medikamentöse Behandlung und Versorgung
2. Ärztliche Diagnostik und Behandlung sowie nichtärztliche Betreuungsansätze
 - Pflegerische Behandlung und Versorgung
 - Sondertherapien (z.B. Physiotherapie, Ergo.)
 - Soziale Teilhabe
 - Sozialrechtliche Beratung und Unterstützung
 - Technische Assistenz/ Telemedizin
3. Unterstützung der Angehörigen bzw. Hauptversorgungsperson (z.B. Anleitung, Beratung, Entlastung, Schulung)








DZNE
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen
in der Helmholtz-Gemeinschaft



Universitätsmedizin
GREIFSWALD

Aktueller Stand (01.11.2014)

n=131 Hausärzte

n=5.888 Screenings

n=603 Probanden in der DelpHi-MV Studie
(Interventionsgruppe: 336, Kontrollgruppe: 172)

N=43 Probanden in der erweiterten Diagnosestudie am Standort
HRO

DZNE
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen
in der Helmholtz-Gemeinschaft

Universitätsmedizin
GREIFSWALD

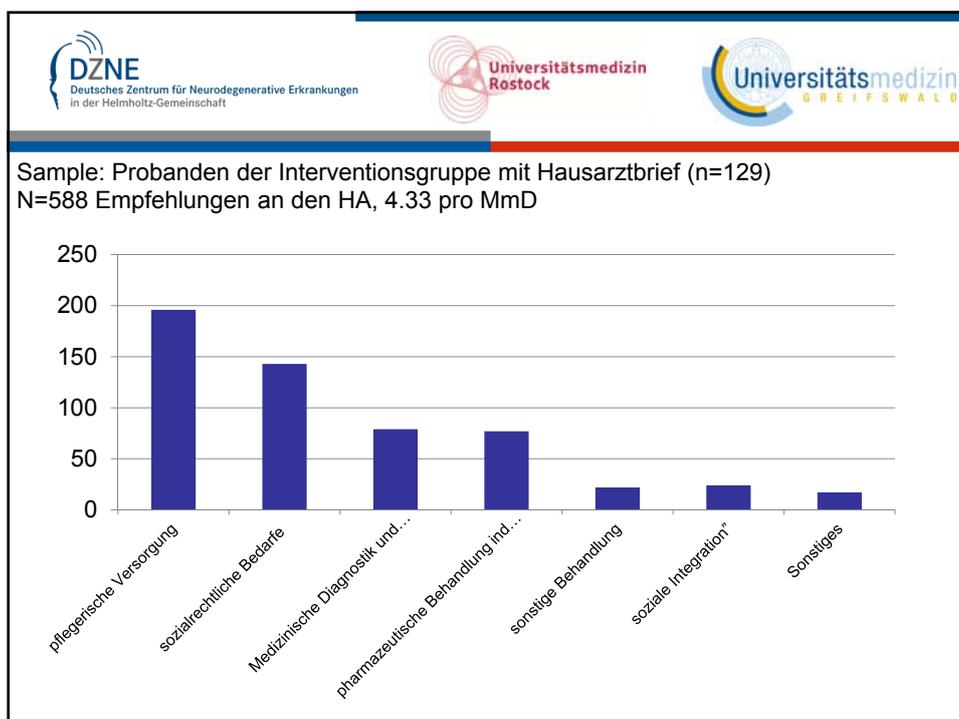
Handlungsempfehlungen

- I. Allgemeine und Sozialrechtliche Empfehlungen
- II. Empfehlungen zur pflegerischen Betreuung
- III. Empfehlungen zum weiteren Vorgehen





DZNE e. V. – Teilstandort Rostock / Greifswald Seite 21



		
Sample: Probanden der Interventionsgruppe (15.10.2013)		
Handlungsfeld „sozialrechtliche Empfehlungen“		
Empfehlung Hausarzt	DCM	HA
Vorsorgevollmacht einrichten	44%	56%
Patientenverfügung einrichten	40%	60%
Betreuungsverfügung einrichten	39%	61%
Nutzung Angehörigengruppe / Angehörigen- schulung	44%	56%
Beratung zur Demenz	29%	71%
Sozialrechtliche Beratung	46%	54%
Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung	13%	88%

		
Sample: Probanden der Interventionsgruppe (15.10.2013)		
Handlungsfeld „pflegerische Maßnahmen“		
Empfehlung Hausarzt	DCM	HA
Beantragung Pflegestufe	42%	58%
Monitoring Ernährung	---	100%
Ambulante Pflege	70%	30%
Widerspruch Pflegestufenbeantragung	44%	56%
Beantragung Schwerbehinderung	38%	62%
Pflegehilfsmittel	42%	58%
Fahrdienst organisieren	100%	---
...		





Sample: Probanden der Interventionsgruppe (15.10.2013)

Handlungsfeld „Empfehlungen zum weiteren Vorgehen“

Empfehlung Hausarzt	DCM	HA
Monitoring Mobilität/Sturz (N=43)	19%	81%
Geriatrische Reha (N=40)	---	100%
Diagnoseprüfung Demenz (N=34)	---	100%
Überweisung Facharzt Neurologie (N=27)	---	100%
Überweisung Facharzt Psychiatrie (N=24)	---	100%
Erstellung Medikamentenplan (N=21)	---	100%
Medikationsprüfung (N=19)	---	100%
...		





- enge Kooperation zwischen dem Hausarzt und der DCM
- Empfehlungen schwerpunktmäßig: sozialrechtliche Beratung, pflegerischen Versorgung und Diagnoseüberprüfung
- Häufig delegierte Aufgaben: sozialrechtliche Beratung, Einrichtung einer Vorsorgevollmacht und Beantragung einer Pflegestufe
- Empfehlungen zur Diagnostik, Überweisungen und Medikamenten werden am wenigsten delegiert







DZNE
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen
in der Helmholtz-Gemeinschaft



Universitätsmedizin
GREIFSWALD

Qualifikation

Originalien und Übersichten

Bundesgesundheitsbl 2013 · 56:1398–1409
DOI 10.1007/s00103-013-1796-0
Online publiziert: 26. August 2013
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

A. Dreier¹ · W. Hoffmann^{1,2}
¹ Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health, Universitätsmedizin Greifswald
² Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen, Standort Rostock/Greifswald

Dementia Care Manager für Patienten mit Demenz

Ermittlung des Anforderungsprofils und der Qualifizierungsinhalte für Pflegefachpersonen in der DelpHi-MV-Studie

Dreier & Hoffmann (2013)
Bundesgesundheitsblatt, 56:1398-1409



Dreier, Thyrian, Hoffmann (2011)
Pflege & Gesellschaft, 16 (1), 53-64





Modellprojekte zur heilkundlichen Übertragung von ärztlichen Aufgaben an Pflegefachpersonen

Modellprojekte zur heilkundlichen Übertragung von ärztlichen Aufgaben an Pflegefachpersonen



**Bis zu einer möglichen Übernahme der neuen Versorgungsform
in die Regelversorgung ist es noch ein weiter Weg:**

- Curriculum muss entwickelt werden → Geplant sind fünf
Qualifizierungen (je Indikationen)
 Wer und Wie soll diese entwickelt werden???
- Ist eine Qualifizierung???
- Vertragspartner für die auf fünf Jahre angesetzten Modellvorhaben
müssen gefunden werden
- Umsetzung der Modellversuche
- Evaluation der Modellversuche müssen entwickelt und umgesetzt
werden:
 - bei positiver Begutachtung Übergang in der Regelversorgung



**Aufgabeneuverteilung
Statements der Pflege und der Medizin**

Pflege



Zu den Vorteilen zählen u.a.:

- eine mögliche Arbeitsentlastung
- die potentielle Verbesserung der Versorgungsqualität
- die Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufes
- zusätzliche Karrieremöglichkeiten
- die Förderung der eigenen Kompetenzen
- die Stärkung des Teamgedankens sowie
- die potentielle Reduzierung der Kosten im Gesundheitswesen

Potentielle Nachteile:

- Koordinations- und Kommunikationsfehler,
- die Entstehung von zusätzlichen Schnittstellen in der Versorgung
- als auch die Rechtsunsicherheit

Pflege II



- GB-A Richtlinie schafft eine rechtliche Grundlage, um die Kompetenz von Pflegefachpersonen hinsichtlich der Versorgung von chronisch erkrankten Patienten zu verbessern
- G-BA Richtlinie ist ein erster Schritt in der fachgerechten Zuordnung von Zuständigkeiten
- Leistungen, die bislang der Pflege zugeordnet waren, werden mit der G-BA Richtlinie unter Arztvorbehalt gestellt und
- es bleibt unklar, wie die heilkundliche Aufgabenübernahme in die pflegebezogenen Handlungsabläufe im Praxisalltag integriert werden sollen
- Weiterentwicklung des Substitutionsansatzes

Medizin



- Grundsätzlich befürworten Mediziner Aufgabenneuverteilung i. S. der Delegation
- Ablehnung der heilkundlichen Aufgabenübertragung
- Tätigkeitsbereiche wie: Diagnosestellung, Indikation, Therapieentscheidung und -planung sollten nach Ansicht der Bundesärztekammer (BÄK) nicht an Pflegefachpersonen übertragen werden

Vorteile der Delegation:

- Verstärkung der teamorientierten Zusammenarbeit
- Entlastung des Arztes
- Entwicklung von berufsübergreifenden Versorgungskonzepten

Medizin II



Nachteile der Substitution:

- Gefahr der Verschlechterung der medizinischen Versorgung,
- Gefahr der Aufsplitterung der Patientenversorgung in einen ärztlichen und einen nichtärztlichen Versorgungsbereich
- Schaffung neuer Schnittstellen in der Versorgung
- Gefahr des Verlustes von Informationen sowie
- Erhöhung des Bedarfs an Koordination in der Versorgung

Medizin III



Berufsmonitoring Medizinstudenten 2. Welle (2014) (n=10.314)

- 50,6% der Medizinstudierenden geben an, dass eine Aufgabenneuverteilung von Pflege und Medizin begrüßen
- 21,6% lehnen den Neuzuschnitt ab
- 27,5% haben sich bislang nicht mit der Aufgabenneuverteilung auseinandergesetzt

Quelle: Jacob 2014: 12



Aufgabenneuverteilung und verstärkte Kooperation – Konsequenzen für die pflegerische Ausbildung –

Konsequenzen für die Pflegeausbildung



Wissenschaftsrat
2012



Empfehlungen zu
hochschulischen
Qualifikationen für das
Gesundheitswesen

... das in komplexen Aufgabenbereichen der Pflege, der Therapieberufe und der Geburtshilfe tätige Fachpersonal künftig an Hochschulen auszubilden. ...

Stand der akademischen Pflegeausbildung



- Deutschlandweit eine Vielzahl an Studienangebote in der Pflege
 - Wissenschaft, Management, Pädagogik
- Qualifizierung für die Tätigkeiten am Patientenbett → Duale Studienangebote (N=38) Stand 15.10.2013 → Tendenz steigend
- Entwicklung neuer Qualifikationskonzepte

Bildungsclusterstudie Greifswald/Neubrandenburg



Gemeinsames Lernen von Pflege- und Medizinstudierenden

Medizinstudierende

1. Semester Medizin, Oktober bis
Dezember 2013

Pflegestudierende

1. Semester B.Sc. Pflege-
wissenschaft/Pflegemanagement;
B.Sc. Pflegepädagogik
November 2013

Gemeinsames Lernen von Medizin und Pflege



1. Allgemeine Wissensvermittlung

Vorlesung: Kartographische Methoden in der Epi und CM

(Dr. Neeltje van den Berg - Versorgungsepidemiologie und
Community Health des Instituts für Community Medicine)

2. Ganzheitliche Versorgung von Volkskrankheiten

Tutorien Community Medicine II

(Dr. Adina Dreier - Abteilung Versorgungsepidemiologie und
Community Health des Instituts für Community Medicine)

3. Gemeinsames Erlernen von Fähigkeiten und Fertigkeiten

SP Training im Lehr- und Lernzentrum UMG

(Prof. Reiner Rettig - Lehrdekan UMG)

4. Gemeinsames Arbeiten: Pflegende arbeiten gleichberechtigt mit Ärzten im Team

Ausbildungsstation, z.B. Palliativ- medizin

(Ulrike Heß, Peter Hingst – Praxisanleitung Pflege und
Pflegevorstand UMG)



Inhaltliche Schwerpunktsetzung des Strategiepapiers



- (1) Demographische Entwicklungen, Versorgungsbedarfe und -ziele in Mecklenburg-Vorpommern (M-V)
- (2) Personalentwicklung und Personalbedarf in Medizin und Pflege in M-V
- (3) Gemeinsames Lernen von Medizin- und Pflegestudierenden
- (4) Interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Pflege und Medizin – neue Stellenprofile für Pflegefachpersonen
- (5) Finanzierungsmöglichkeiten interprofessionell ausgebildeter Medizin- und Pflegestudierender



Regionale Versorgung



Aufrechterhaltung der pflegerischen und medizinischen Versorgung in ländlichen Regionen: Innovative, flexible **regionale Versorgungsmodelle** und eine **verbesserte Kooperation** der Professionen

Kompensation von Aufgaben und Funktionalitäten durch

- Kooperationen zwischen Leistungserbringern auch sektor- und berufsgruppenübergreifend
 - Sektorübergreifende Behandlungspfade, (Sekundär)Prävention, Reha
 - Arbeitsteilung: Delegation, Substitution
 - Telemedizinische Module
- **Qualifikationen:** für neue Aufgaben und neue Berufsbilder im Gesundheitswesen und verstärktes gemeinsames Lernen von Pflege und Medizin, vertikale Durchlässigkeit
- **Flexible, regionale Finanzierungsmodelle (Budgetmodell)**
- **Stärkung der Pflege- und Versorgungsforschung:** Entwicklung, Implementation und Evaluation innovativer Versorgungskonzepte