

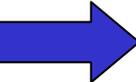
Möglichkeiten und Wege zur integrierenden Versorgung.

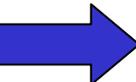
**Zukunftsfähige Unterstützungsarrangements
an Schnittstellen der Versorgung
für pflegebedürftige Menschen.**

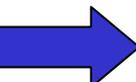
***8. Forum
des Norddeutschen Zentrums
zur Weiterentwicklung der Pflege
30.Okt. 2003***

**Dr. H.G.Güse
Güse mediConsult GmbH, Bremen**

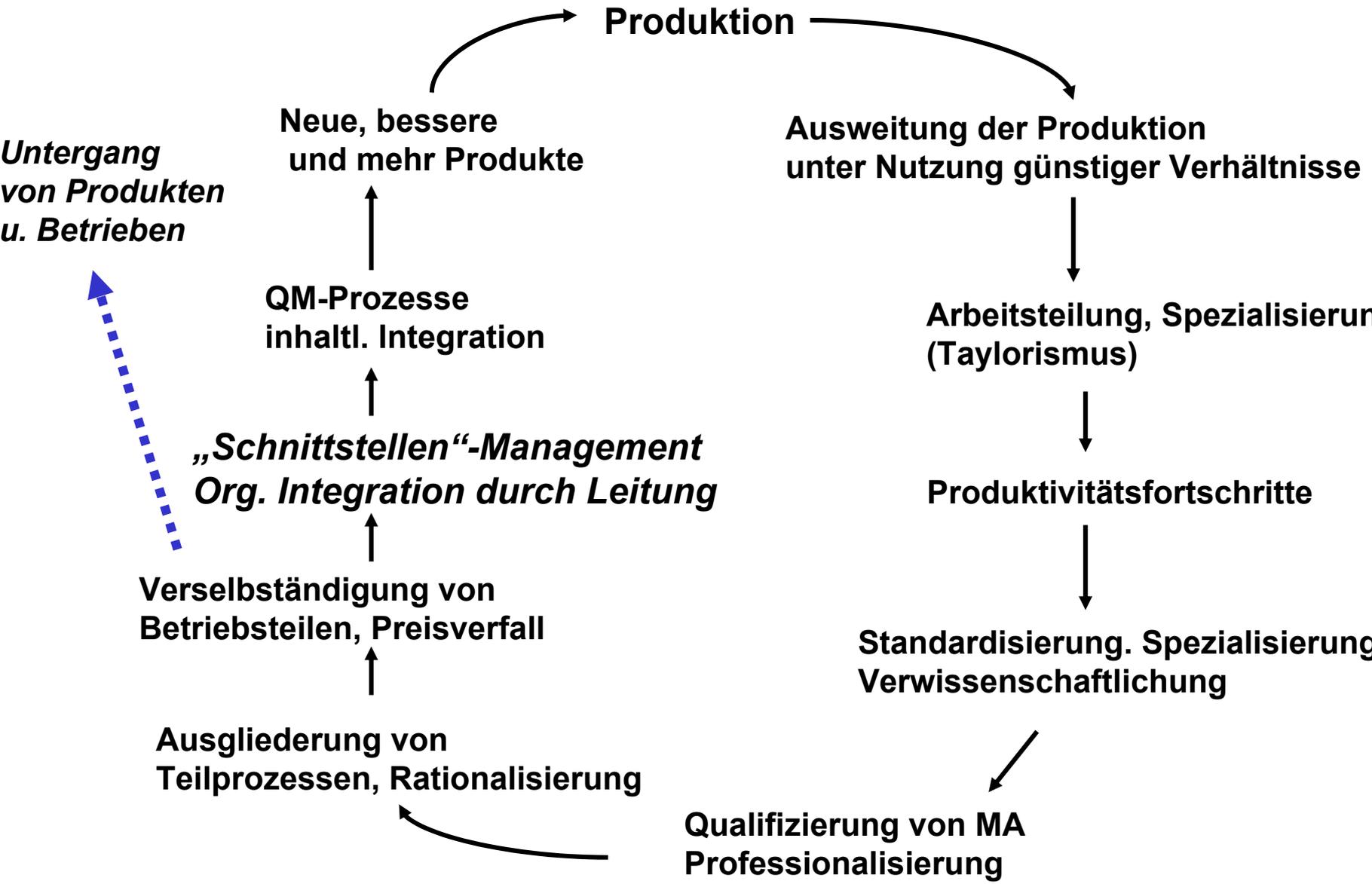
Interessen bei der Themenwahl:

-  1. Optimierung der Versorgung / Betreuung pflegebedürftiger Menschen
= Umgehen mit komplexen gesundheitlichen u. sozialen Belastungen
= Umfassendes Problem des gesamten Gesundheits- u. Sozialwesens

-  2. Berufsperspektive der Pflegenden
= Suche nach zukunftsfähigen Tätigkeitsfeldern
im „Schnittstellen“-Management
(evtl. Suche nach Informationen über zukunftsweisende Modelle?)

-  3. Wunsch nach Überwindung der „Sektorisierung“
und bürokratisierter Arbeitsteilung,
nach Ganzheitlichkeit und freiem Arbeiten
= Wunsch der professionellen Experten

Prozess der „Sektorisierung“



Organisatorische Mängel als Ursachen von Behandlungsfehlern, Analyse gutachterlicher Begründungen für anerkannte Fehlervorwürfe

Verfahren vor Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern

aus: Gutachten des SVR für die Konz. Aktion i. GW , 2003, S. 316 f.

nach: RKI 2001 / Hansis 2001, Scheppokat u. Held 2002

Fehlerursachen	Anteil in %
<i>Ungenügende Absprachen / Koordination</i>	23
Davon : - zw. ambul. und stat. Versorgung	42
- zw. niedergel. Ärzten	58
Dokumentationsmängel	20
Übernahmeverschulden	13
Mangelhaftes Erkennen und Behandeln v. Komplikationen	10
Aufklärungsmängel	7
Hygienemängel	1
Notfallsituationen	0,7

Sektoren (und „Player“) im Gesundheits- und Sozialwesen

Versorgungssektoren (ambulant, teilstationär und stationär)

Versorgungsstufen (Grundversorgung, Spezialversorgung)

Versorgungsbereiche

(Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation, Sterbebegleitung)

Gesetzgeber und Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Kommunen)

Berufsgruppen (Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten, Sozialarbeiter, Seelsorge usw.)

Kostenträger, deren Unternehmen und gesetzlicher Rahmen

GKV (Krankenkassen und Leistungsrecht nach SGB V),

PKV (Krankenkassen und Leistungsrecht analog zu SGB V),

Gesetzl. und priv. Pflegeversicherung (SGB XI),

Rehabilitationsträger (SGB VI und IX),

Rentenversicherungsträger (SGB VI),

Sozialhilfeträger/ Kommunen (BSHG),

Unfallversicherungsträger (SGB VII)

MdK / MdS

Kommunen (ÖGD)

Bundeswehr, Polizei, staatliche Behörden (Beamtenrecht, freie Heilfürsorge) usw.

Leistungsanbieter und deren Träger

staatlich, frei-gemeinnützig, privat

(Krankenhäuser, ambulante Pflege, stationäre Pflege, Reha-Einrichtungen,

Hilfsmittel- und Heilmittelerbringer, Apotheken, Zahnärzte usw.)

Betroffene in unterschiedlichen Rollen

(Bürger, Versicherte, Nutzer des Systems, Professionelle Laien)

Kulturelle Autonomien (Religionen, Bevölkerungsgruppen)

Veränderungen des Krankheitspanoramas und der sozialen Probleme

- **Zunahme der Krankenhausfälle absolut**
- **Zunahme der „Krankenhausfälle“ mit chronischen Erkrankungen (Herzinsuffizienz statt KHK, Tumorerkrankungen, Skelett-/ Knochenerkrankungen)**
- **Zunahme der Krankenhaustage besonders bei älteren und alten PatientInnen (Tumor-, Atmungs-, Verdauungserkrankungen) (BKK-Statistik)**
- **Zunahme der neurologischen Alterserkrankungen**

- **Zunahme der Ein-Personen-Haushalte = Zunahme der Hilfebedürftigkeit**
- **Zunahme der (teuren) Heimplätze für Pflegebedürftige**
- **Rückkehr der Altersarmut**



Handlungsbedarf !

**Je komplexer der Versorgungsbedarf ist,
je mehr Experten, Kostenträger, Institutionen
an der Versorgung/ Betreuung beteiligt sind,
umso notwendiger ist die Integration, das Schnittstellenmanagement.**

...besonders notwendig bei pflegebedürftigen PatientInnen/ KlientInnen

aber:

„Pflegebedürftig“ – Begriff ist durch das SGB XI besetzt!

Welche Leistungen sieht das SGB XI vor?

und: Werden damit alle pflegebedürftigen Zustände erfaßt?

- Systematischer Widerspruch zur Alltagspraxis! -

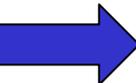
Folgen des mangelnden Schnittstellenmanagements zwischen SGB V und SGB XI (vgl. SVR-Gutachten 2003)

- **Vernachlässigung der geriatrischen Rehabilitation**
- **Starrer Umgang mit Kurzzeitpflege und anderen Angeboten nachstationärer Betreuung**
- **Verschiebungen notwendiger Leistungen zwischen den Rechtskreisen Akutversorgung und Rehabilitation**
- **Mangelhafte Anreize für Leistungserbringer und Patienten zur aktivierenden Pflege und Steigerung der Selbständigkeit**
- **Abgrenzung zur Behandlungspflege auf Kosten der PatientInnen**
- **Mangel an unabhängiger Beratung und Information**



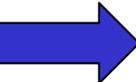
Handlungsbedarf !

Veränderung der Rolle des Krankenhauses



Strikte Devise:

Ambulant vor stationär!



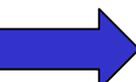
Ziele der Krankenhauspolitik:

**Spezialisierung, Rationalisierung, Standardisierung,
Reduktion der Aktivitäten auf den Behandlungsauftrag!**

**Einschränkung des Versorgungsauftrags,
Verweildauerverkürzung!**

Einführung moderner Management- und Produktionstechniken

**Vernetzung, Kooperation, Technisierung,
Aufbau von Ambulanzen und Kompetenzzentren,
Abbau der stationären Einrichtungen**



Pflegebedürftige Menschen

bringen den Krankenhausbetrieb der Zukunft in Verlegenheit!

Cave: Drehtür!

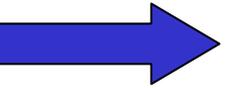


Handlungsbedarf !

- Es gibt keinen Gesamtverantwortlichen für Prozesse.
(vgl. Diskussion um die Gatekeeperfunktion des Hausarztes
- Soll es überhaupt einen Experten der Experten geben?)
- Die Kostenträger möchten die Fäden in den Händen halten!
- Die „Player“ warten auf den Gesetzgeber und auf zusätzliche Erlöse!
- Bisher stehen Beweise aus, dass besseres Schnittstellenmanagement auch bessere Ergebnisse zeitigt!
- Die bessere Strategie für Pflegebedürftige wäre (theoretisch) ein individuelles Care- und Case-Management.
 - = Eingehen auf
 - episodenhaft verstärkte Multimorbidität,
 - soziale, mentale und psychische Beeinträchtigungen,
 - Probleme der Kommunikation und Motivation.

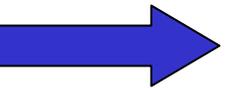
Dies paßt aber nicht zu den aktuellen Strategien der Standardisierung und Rationalisierung!

Bietet das neue GMG eine Lösung?



Einerseits:

- mehr Bürokratisierung
- mehr Verlagerung auf Selbstbeteiligung
- mehr Behinderung der Inanspruchnahmen
- mehr Abgrenzung der Sektoren
- mehr medizinisch-rationelle Logik
- Ärzte bleiben die Steuerleute des Systems



Andererseits:

- den Empfehlungen des SVR wird gefolgt
- Experimenten (Modellen, Integr. Versorgung usw.) wird mehr Entfaltungsmöglichkeit und ein Budget geboten! (= Zukunftsfähigkeit???)

Gesetzliche Grundlagen integrierender Versorgung

SGB V (1997-2000)

Modellvorhaben

- Strukturmodelle
 - Leistungsmodelle
- §§ 63-64

Strukturverträge

§ 73 a

Integrierte Versorgung

§§ 140 a-h

Gesetzliche Grundlagen integrierender Versorgung

SGB V (2003)

Modellvorh.

- Strukturmod.
 - Leistungsmod.
- §§ 63-64

Struktur- verträge

§ 73 a

Hausarztzentr.Vers.

§ 73 b

Mediz. Versorgungszentren

§ 95

Krankenh.- ambulanzen

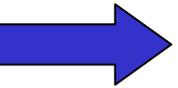
§ 116 b

DMP

§ 137 f

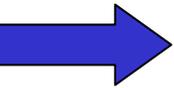
Integrierte Versorgung

§§ 140 a-d



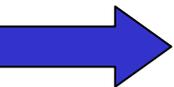
Gemeindeorientierte Vernetzung:

umfassendes, aufeinander abgestimmtes Angebot
verschiedener Unterstützungs- und Dienstleistungen ,
z.B. Informations- u. Beratungszentralen, Gesundheitskonferenzen



Institutionenorientierte Vernetzung:

von einer Institution – zumeist Krankenhaus- ausgehend:
z.B. Pflegeüberleitung



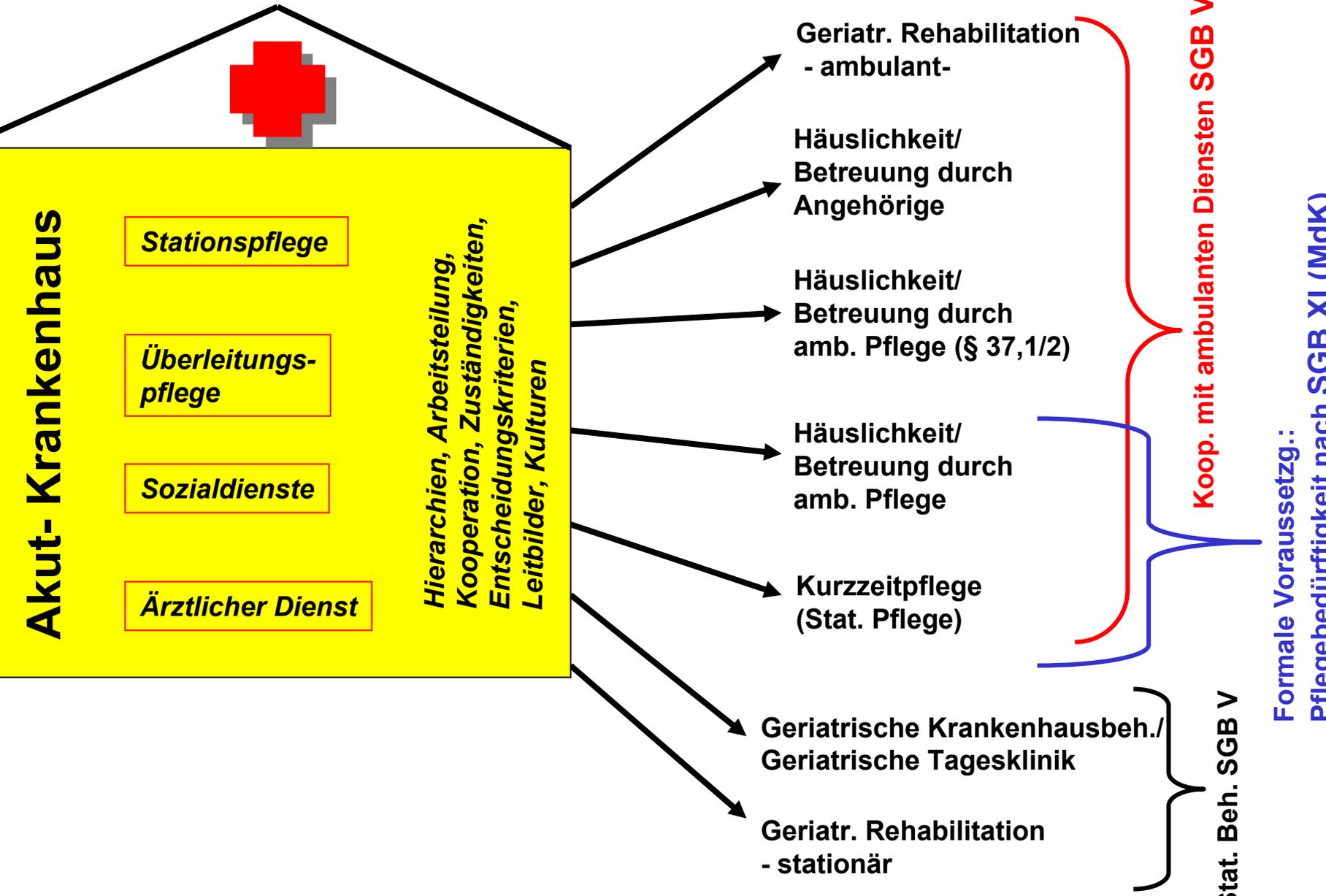
Zielgruppenorientierte Vernetzung:

z.B. Versorgung von Schlaganfall-, Demenz- und
gerontopsychiatrisch Kranken,
anbieterzentrierte Rehabilitationskonzepte,
umfassende Betreuung von Tumorkranken,
Hospital at home

Voraussetzung bei der nachhaltigen Umsetzung von Integrationsprojekten

- Konzept beruht auf einer realistischen Bedarfsanalyse
- Interesse und Finanzierung der großen Player vorhanden
(Kommune, KV, Krankenhäuser, Kranken- und Pflegekassen)
- Rechtliche (= finanzielle) Basis für die Finanzierung
- Interesse wesentlicher Beteiligter
(Ärztegruppen, Therapeuten, Pflegeverbände)
- Engagement eines stabilen Kernteams
- Klare Aufgaben- und, Zielbeschreibung, Management

Überleitung zur nachstationären Behandlung/ Betreuung



Zusammenfassung



Integration ist schwierig!



**Zukunftsfähige Integration ist noch schwieriger,
denn dabei geht es ums Geld!**



**Integration der Versorgung / Betreuung Pflegebedürftiger
ist am schwierigsten!**



Handlungsbedarf ist in höchstem Maße gegeben!



**Es gibt viele Modelle und Versuche,
es gibt viele Möglichkeiten an anderen zu lernen!**



**Man wird bei der Umsetzung dieser Modelle mit den
Ärzten kooperieren müssen!
Aber: Ohne den Pflegebereich wird es nicht gehen!**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

**Mail- Adresse:
info@guese-mediconsult.de**

Patientensicht:

Welche Faktoren machen ein „gutes“ Krankenhaus aus?

(Zusammengefaßte Ergebnisse mehrerer PatientInnen-Befragungen)

1. Zufriedenstellendes medizinisches Ergebnis
2. Zuwendung v.a. vom Pflegepersonal
3. Information durch Ärzte über die Erkrankung
- 4. Information/ Betreuung der Angehörigen**
5. Gute Kooperation zwischen den Berufsgruppen im KH
6. Gute Organisation der Abläufe
- 7. Information über die notwendige Nachbehandlung**
 - Worauf muss ich achten?
 - Wann können die Alltagsaktivitäten wieder aufgenommen werden?
 - Warnsignale für Verschlechterung?
 - Medikamente?
 - Kooperation mit dem/r nachbehandelnden Arzt/Ärztin
- 8. Vermittlung der nachstationären Weiterbehandlung**
 - Reha, KZP, amb. Pflege, stat. Pflege, Sozialdienst,
9. Beteiligung / Mitbestimmung / „shared decision making“
10. Erreichbarkeit des KH
11. Hotelqualitäten (Zimmer, Essen, Ruhe, Sauberkeit)