

# WZB

Wissenschaftszentrum Berlin  
für Sozialforschung

Forschungsgruppe Public Health



G\_win: Zukunftsberufe Gesundheit  
Bremen, 19.-20.11.2010

Veränderter  
Versorgungsbedarf  
braucht veränderte  
Qualifikationen

Dr. Susanne Kümpers

Forschungsbereich **Alter,  
Ungleichheit und Gesundheit**

# Inhalt

- Hintergrund:  
Ungleichheit der Gesundheitschancen, Demographie und sozialepidemiologische Entwicklung
- Komplexe Bedarfe > integrierte Versorgungsmodelle > Kooperation in der Versorgung
- Neue Arbeitsteilung, neue Aufgaben - welche Qualifikationen und Kompetenzen werden gebraucht?

## Gesundheit in reichen Gesellschaften

- Lebenserwartung steigt um ein bis 2 Jahre pro Dekade.
- Die älter werdende Bevölkerung wird im Durchschnitt immer gesünder älter.
- Ca. drei Viertel des Krankheits- und Sterbe geschehens erklären sich durch wenige große, chronische Erkrankungen.
- Die Gesundheitsgewinne der letzten Jahrzehnte sind zu einem kleineren Teil auf das Wirken der klinischen Medizin zurückzuführen.
- Die Gesundheitsgewinne sind stabil ungleich verteilt. Die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen nimmt in vielen Ländern weiter zu.
- Alte und neue Risikolagen nehmen zu (Arbeitslosigkeit, Migration, Armut etc.)

... erfordert Anstrengungen in der Prävention einerseits und zugangsfreundlicher integrierter Versorgung andererseits

## Compression of morbidity

- Wenn das Lebensalter beim Beginn chronischer Erkrankungen im Bevölkerungsdurchschnitt schneller steigt als die Lebenserwartung zunimmt, verringert sich der Anteil ‚kranker Jahre‘ an der Lebenszeit.

# Sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen

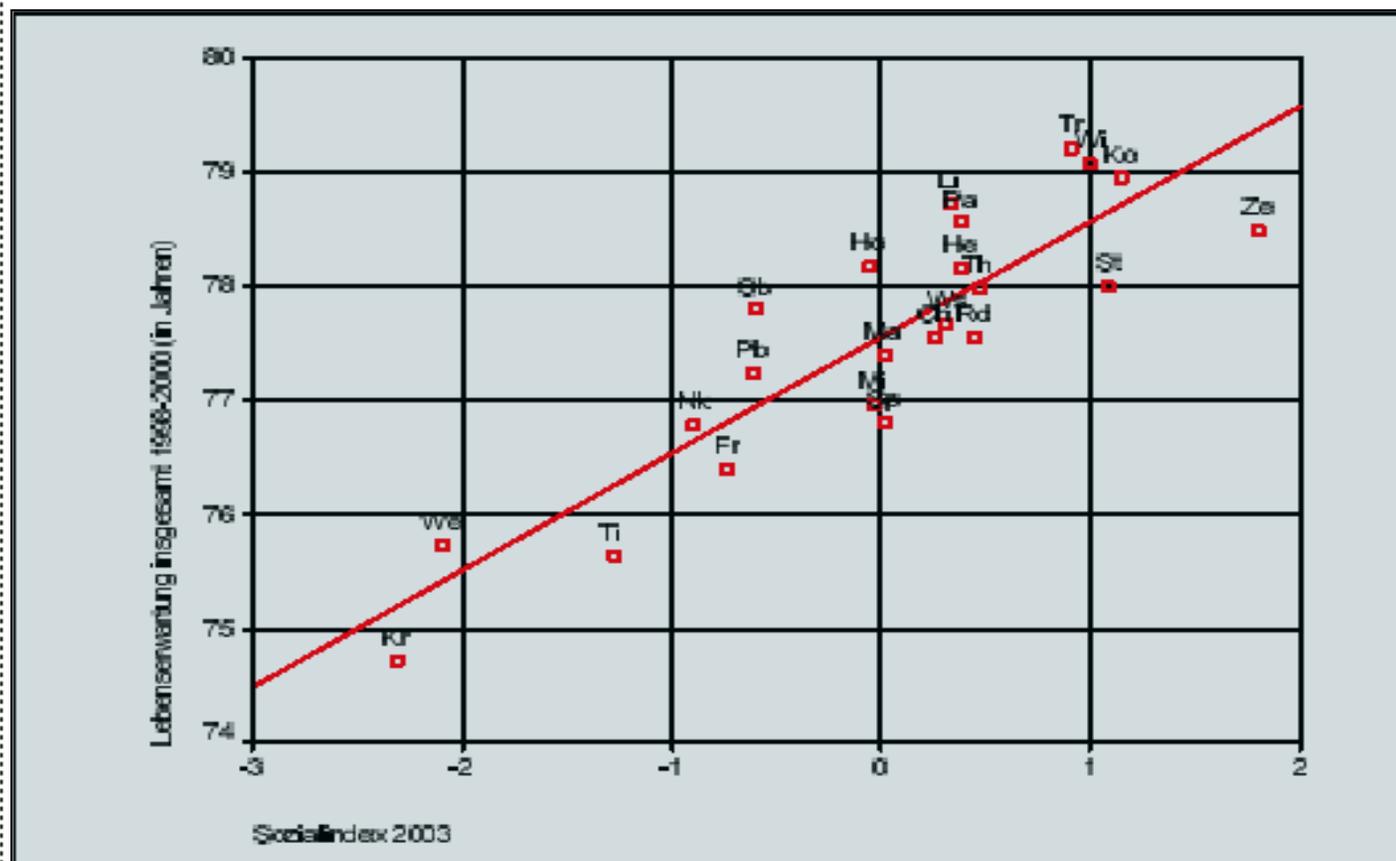
- bildet ein Kontinuum entlang der sozialen Stufenleiter – kein ‚Randgruppen‘- Problem
- ist die Folge von sozial ungleich verteilten Gesundheitsressourcen und -belastungen – sozialer Abstieg in Folge von Krankheit ist selten
- erklärt sich nur teilweise durch Unterschiede im Verhalten

# Gesundheitschancen sind ungleich, abhängig von sozioökonomischen Lebensbedingungen

## Erforscht und nachgewiesen

- auf dem Hintergrund von Lebenslaufkonzepten
- im Zusammenhang mit aktueller sozioökonomischer Lage – bis ins hohe Alter
- Sozioökonomische Lage: z.B. Einkommen im Wohnbezirk, Einkommen, Bildungsstatus, Vermögen und Hausbesitz
- Assoziationen mit Morbidität, Funktionsverlust, Mortalität

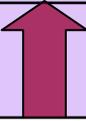
### Zusammenhang zwischen Lebenserwartung und dem Sozialindex in den Berliner Alt-Bezirken



Mi - Mitte, Ti - Tiergarten, We - Wedding, Fr - Friedrichshain, Kr - Kreuzberg, Pb - Prenzlauer Berg, Ws - Weißensee, Pa - Pankow, Ch - Charlottenburg, Wi - Wilmersdorf, Sp - Spandau, Ze - Zehlendorf, St - Steglitz, Sb - Schöneberg, Th - Tempelhof, Nk - Neukölln, Tr - Treptow, Kö - Köpenick, Ma - Marzahn, He - Hellersdorf, Li - Lichtenberg, Ho - Hohenschönhausen, Rd - Reinickendorf

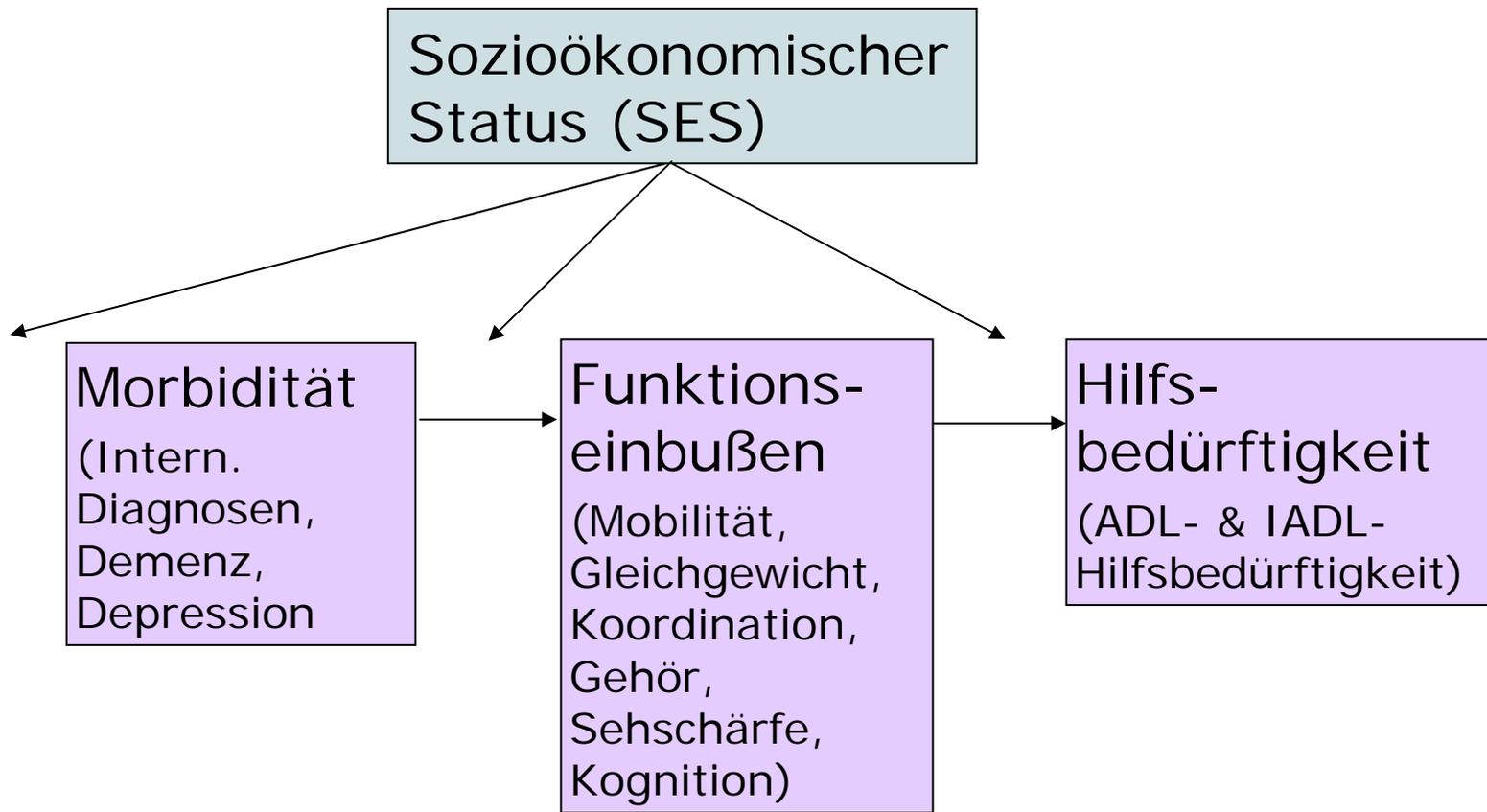
(Datenquelle / Berechnung und Darstellung: SenGesSozV - II A -)

## Unterschiede in Morbidität und Mortalität

	Lebenserwartung (ab Geburt)	Gesunde Lebenserwartung (ab Geburt)
<b>Männer</b>		
0 – 60 %	70,1 (- 10,8)	56,8 (- 14,3)
> 150 %	80,9 	71,1 
<b>Frauen</b>		
0 – 60 %	76,9 (- 8,4)	60,8 (- 9,2)
> 150 %	85,3 	71,0 

Quelle: Lampert et al., 2007

# Entwicklung von Krankheit und Behinderung im Alter



## Schlechte Gesundheitschancen bedeuten:

- Signifikant früherer Eintritt chronischer Erkrankungen und Behinderungen
  - Frühere Einschränkungen der Mobilität durch gesundheitliche und finanzielle Einschränkungen
  - Je nach Zielgruppe erschwerte Zugänge zum Versorgungssystem
  - Eingeschränkte Partizipations- und Gestaltungschancen (bes. für die Kompensation von Systemmängeln)
- ... bei zunehmenden Unterschieden zwischen Arm und Reich und zunehmender Altersarmut

## Wofür steht integrierte Versorgung (integrated care)?

- Definition:  
ein kohärenter und koordinierter Prozess, bestehend aus Gesundheits-, Pflege- und Sozialdienstleistungen, durch verschiedene Organisationen und Professionen (Medizin, Pflege, soziale Dienste) geplant, organisiert und durchgeführt
- Eine Reaktion auf – durch epidemiologische und demografische Entwicklungen – veränderte Bedarfe von Patienten
- Eine Antwort auf fortschreitende Differenzierung und Spezialisierung in den Versorgungssystemen

## Veränderungsprozesse im Kontext von Versorgung

- Veränderte Patientenbedürfnisse
- Veränderte Versorgungsbedarfe
- Medizinischer Fortschritt
- Akademisierung der Gesundheitsberufe
- Gewandelte Versorgungsstrukturen (Komplexität, Ökonomisierung)
- Versorgungsengpässe

# Ziele interprofessioneller und interorganisationeller Kooperation

- Koordination komplexer Versorgungsprozesse
- Vermeidung von Versorgungslücken und Dopplungen
- Sicherstellung von Qualität und Kompetenz im Versorgungsverlauf
- Wissenstransfer, Kompetenzerweiterung
- Effizienz: bestmöglicher Einsatz vorhandener Ressourcen

## Integrierte Versorgung - Nachteile der Desintegration

- Diskontinuität der Behandlung, Betreuung und der Verantwortlichkeit für den Patienten
- Belastung des Patienten mit unnötiger Diagnostik
- Unterbrechung der Therapie mit der damit einhergehenden Gefahr des Wirkungsverlustes
- Informationsdefizite
- Nicht optimal aufeinander abgestimmte Behandlungen
- Unzureichende oder fehlende Nachsorge

## Barrieren gegen Kooperation und Integration (SVR 2007)

- Rechtsunsicherheiten
- Überholte Verteilung der Tätigkeiten
- Arztzentriertheit der Krankenversorgung
- Kaum interprofessionelle Standards
- Ausbildungen bereiten nicht auf Kooperation vor
- Fehlende Standardisierung führt zu großen Unterschieden in den lokalen Absprachen/Delegationen

## Traditionen: Wenig gewachsene Kooperation

- Historisch gewachsen: Fokus auf Einzelepisoden
- Historisch gewachsen: Einzelanbieter (Ärzte und Therapeuten)
- Professionskulturen: Ärzte und Nicht-Ärzte ....
- Ökonomische und gesundheitspolitische Aktualisierungen (Einzelabrechnung, keine Vergütung des Koordinierungsaufwands, weiter schwindende Gebietszuständigkeiten)

## Jeder ist Case Manager! - ?

*„Die eigentlichen Case Manager sind doch die Angehörigen.“ (pflegende Angehörige)*

*„Oft bin ich bei ältere Pflegebedürftigen die Einzige, die den ganzen Verlauf im Auge hat, die Fachärzte machen schon lange keine Hausbesuche mehr.“ (Hausärztin)*

*„Oft sind wir es, die den Patienten in seiner häuslichen Umgebung am besten kennen, wir haben dann auch viele Koordinationsaufgaben zu den Ärzten etc“ (ambulanter Pflegedienst)*

- Jeder steuert – keiner steuert
- Konkurrenz um neues Profil „Case Manager“, v.a. Pflege – Sozialarbeit - Hausärzte

# Teamspieler oder Einzelkämpfer?

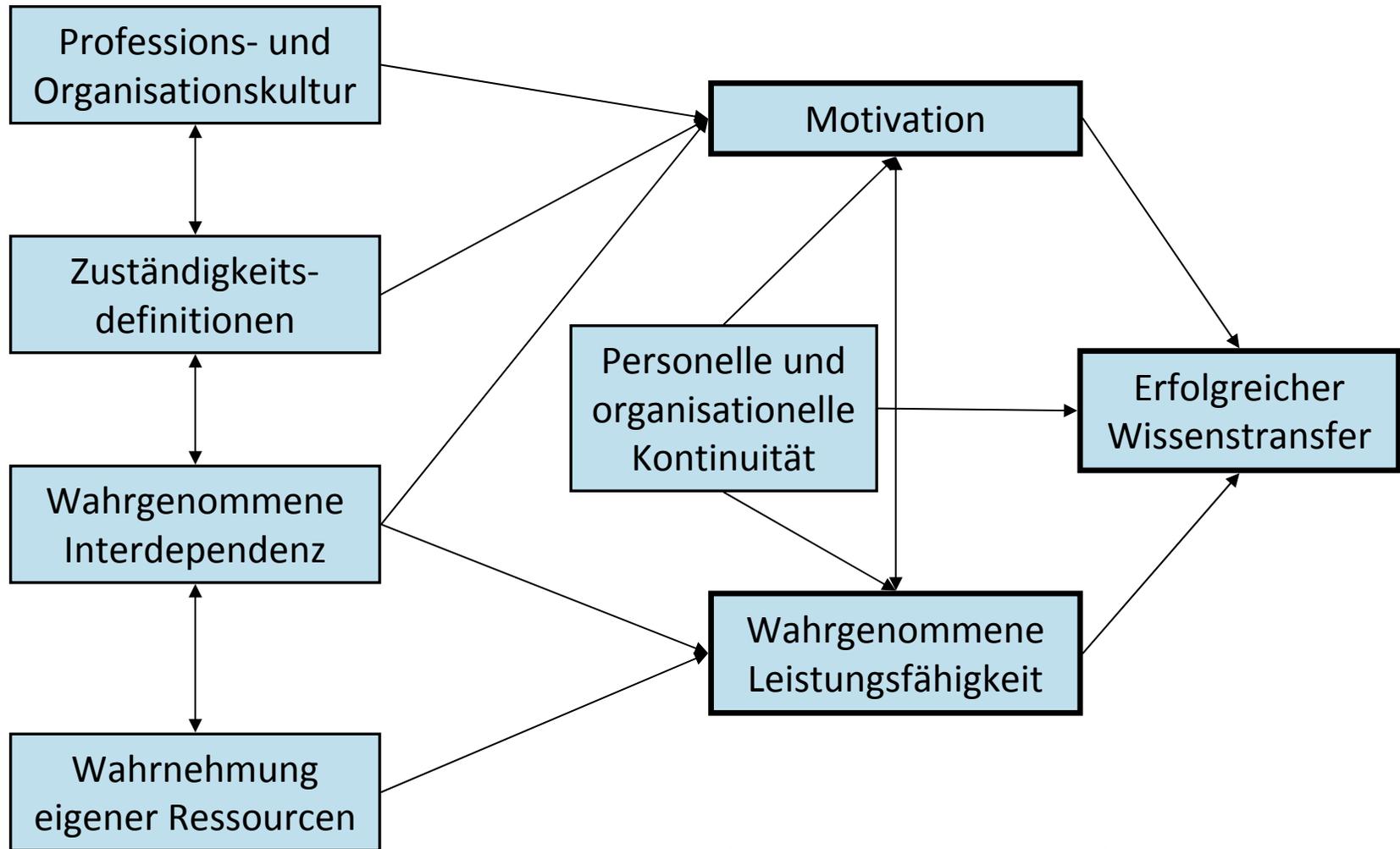
## Kooperationsaufgaben in komplexen Zusammenhängen

- Interprofessionelle Kooperation
- Interorganisationelle Kooperation (Überweisungsmodi, Informationsfluss, Aufgabenverteilung)
- Case Management
- Wissenstransfer (meist: Spezialisten an Generalisten)
- Versorgungspfade (interdisziplinäre Leitlinien)
- Implementierung: lokal und spezifisch

## Hintergrund für Kooperation: Gesamt- oder Partikularbezug?

- Im Fokus: die eigene Dienstleistung oder der gesamte Versorgungspfad?
- Generalisten, Spezialisten – und Netzwerker
- Nicht selten brisant: Wissenstransfer
- Voraussetzung: lokale Versorgungsnetzwerke

## Wissenstransfer – Erfolgsbedingungen in lokalen Versorgungsnetzwerken



(Quelle: Kümpers et al., 2006)

## Neue Aufgaben(verteilung) – neue Kompetenzen?

- Delegation – Substitution
- Beteiligung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe an Feststellung, Heilung und Linderung von Krankheiten (SVR 2007)
- Beratende, edukative, organisatorische und präventive Aufgaben für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe
- Kooperation mit / Unterstützung von nicht-professionellen Beteiligten
- ‚Diversity-Kompetenz‘

# Professionalisierung & Akademisierung

- Abstimmung unterschiedlicher Ausbildungsniveaus innerhalb von Tätigkeitsfeldern
- Akademisierung: Entwicklung und Integration von Pflegewissenschaften, Logopädie, Physio- und Ergotherapie und Hebammenwesen
- „Partielle Überlappung von Ausbildungsinhalten und –abschnitten“ der Gesundheitsprofessionen (SVR 2007)
- Interprofessionelle Leitlinien

## Perspektiven:

Welche Bedingungen, Menschen und Qualifikationen braucht zukunftsorientierte Versorgung?

- Unterstützung von professionsübergreifenden Strukturen und Einstellungen
- Stärkung der Profile und Kompetenzen nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe
- Entwicklungsunterstützung für lokale Netzwerkstrukturen für professionelle und informelle Akteure
- Berücksichtigung vielfältiger Zielgruppen

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

[kuempers@wzb.eu](mailto:kuempers@wzb.eu)