

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 Risikofaktoren 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

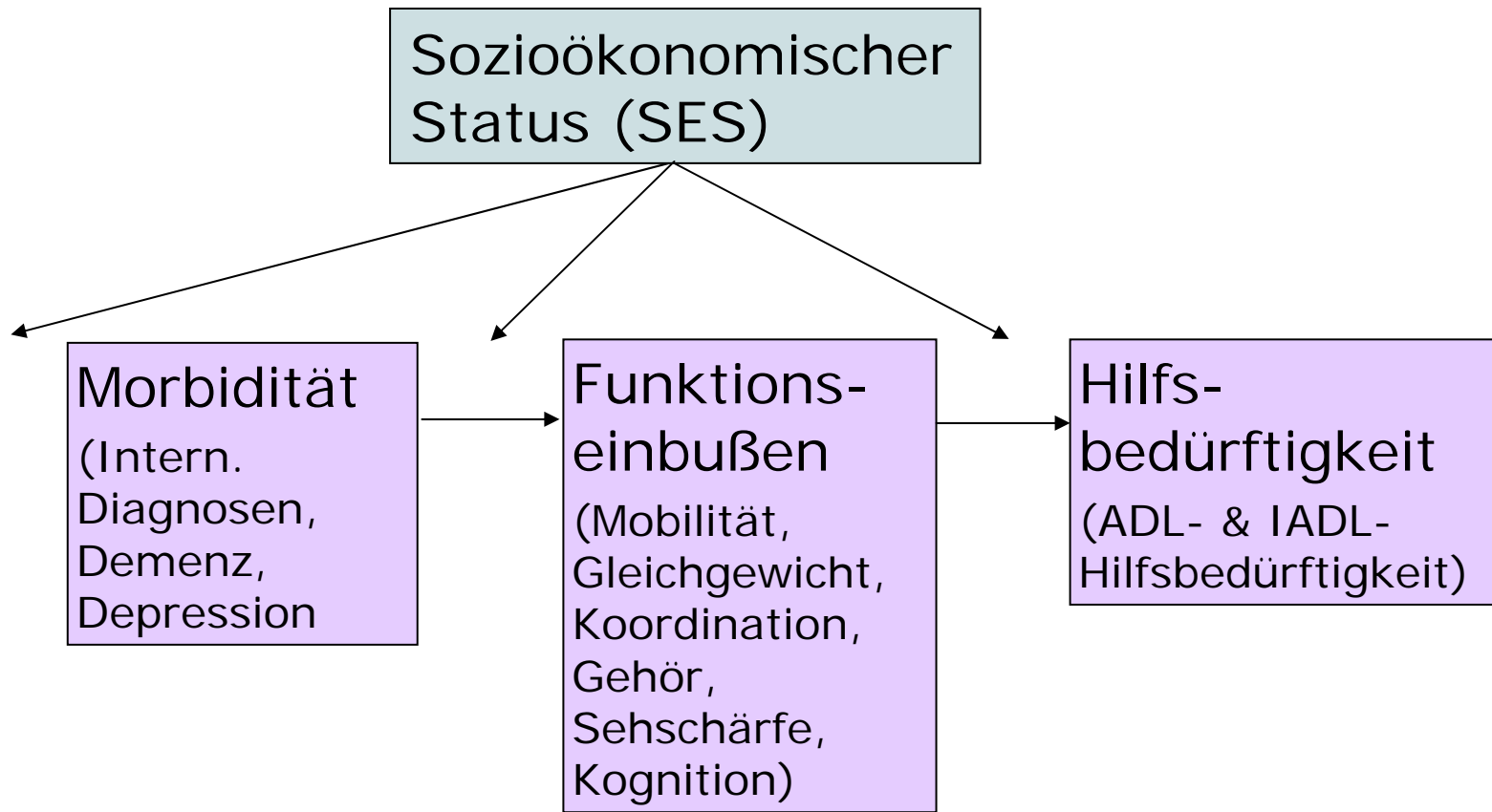
- auf dem Hintergrund von Lebenslaufkonzepten
- im Zusammenhang mit aktueller sozioökonomischer Lage – bis ins hohe Alter
- Sozioökonomische Lage: z.B. Einkommen im Wohnbezirk, Einkommen, Bildungsstatus, Vermögen und Hausbesitz
- Assoziationen mit Morbidität, Funktionsverlust, Mortalität

Unterschiede in Morbidität und Mortalität

	Lebenserwartung (ab Geburt)	Gesunde Lebenserwartung (ab Geburt)
Männer		
0 – 60 %	70,1 (- 10,8)	56,8 (- 14,3)
> 150 %	80,9 	71,1 
Frauen		
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?

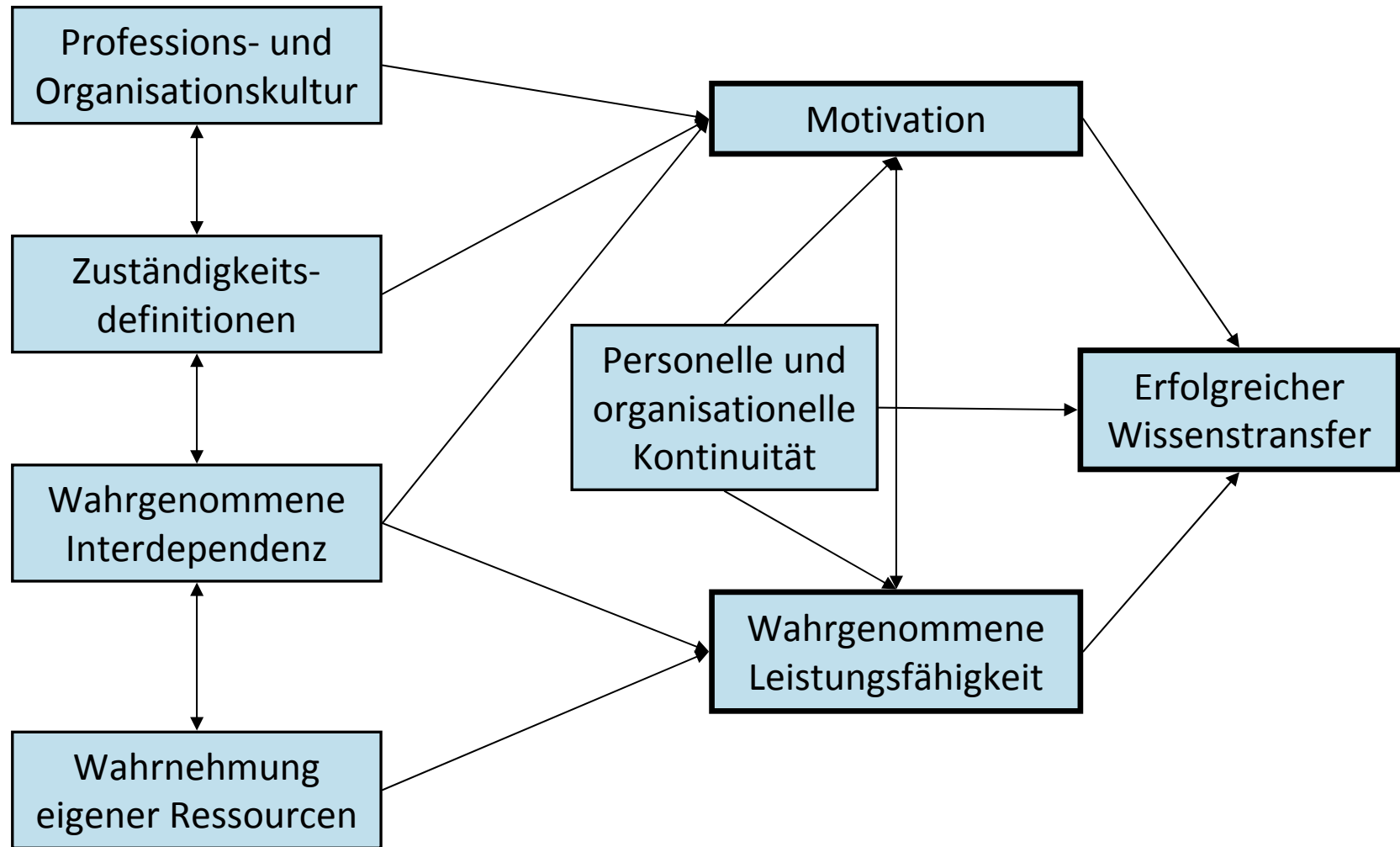
Kooperationsaufgaben in komplexen Zusammenhängen

- 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