

Interprofessionalität in der Primärversorgung

Symposium am 20.09.2017 an der FH St. Pölten

ifh
st. pölten

Versorgungsstrukturen in Deutschland Wo sind die Schnittstellen aus Sicht der Pflege? Betrachtung und Visionen

Dr. scient. med. Klaus Schliz^{1,2,3}

¹Private Universität im Fürstentum Liechtenstein, Medizinisch-Wissenschaftliche Fakultät, Triesen

²INTERMED Nursing Medical Services – Anlauf- und Projektmanagement, Wangen

³INTERMED Krankenpflege-Altenpflege, Wangen



Versorgungsstrukturen in Deutschland Wo sind die Schnittstellen aus Sicht der Pflege? Betrachtung und Visionen

Dr. scient. med. Klaus Schliz^{1,2,3}

¹Private Universität im Fürstentum Liechtenstein, Medizinisch-Wissenschaftliche Fakultät, Triesen

²INTERMED Nursing Medical Services – Anlauf- und Projektmanagement, Wangen

³INTERMED Krankenpflege-Altenpflege, Wangen

Conflict of interest

Ein möglicher Interessenkonflikt im Sinne des International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, www.icmje.com) sowie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF, www.awmf.de) besteht, wenn ein Autor wirtschaftliche oder persönliche Verbindungen zu Unternehmen der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittel- oder Medizinproduktindustrie), kommerziell orientierten Auftragsinstituten oder Versicherungen hat, die von der Publikation seines Projektes positiv oder negativ betroffen sein könnten. Wirtschaftliche Verbindungen sind z.B. die Mitgliedschaft in Beratungsgremien, Beschäftigungsverhältnisse, Reisekostenunterstützungen, Honorare, Aktien- oder Anteilsbesitze, Forschungsunterstützungen oder andere Drittmittel. Persönliche Verbindungen liegen mitunter vor, wenn Verbindungen zu jemandem bestehen, dessen wirtschaftliche oder ideelle Belange durch den Artikel berührt werden (z.B. familiäre Verbindungen, Partnerschaften oder persönliche Beziehungen mit Vertretungsberechtigten eines gesundheitswirtschaftlichen Unternehmens). Auch bei Mitgliedern von Fachgesellschaften oder Berufsverbänden, die in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevant sind, sowie bei Mandatsträgern im Rahmen der Leitlinienentwicklung kann ein Interessenkonflikt bestehen. Auch Interessen – z.B. politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche – können einen Konflikt begründen.

kein Interessenkonflikt

Versorgungsstrukturen

- Krankenhäuser
- Medizinische Versorgungszentren (MVZ)
- Klinik Ambulanzen - Notaufnahmen
- Hospize
- Pflegeheime
- Betreute Wohnanlagen
- Senioren Wohngemeinschaften
- Selbsthilfegruppen

Versorgungsstrukturen

- Beratungshotline
- Sozial psychiatrischer Dienst
- Sozialdienste
- Pflegedienste
- Servicedienstleister
- Kurzzeitpflege
- Home Care Versorger (Sanitätshäuser)
- Krankentransport

Versorgungsstrukturen

- Dialyse
- Rettungsdienst
- Orthopädische Dienste
- Physiotherapeuten
- Masseur
- Ergotherapeuten
- Psychotherapeuten
- Heilpraktiker
- ...

Primärversorgung in Deutschland



Bericht
der Arbeitsgemeinschaft der Obersten
Landesgesundheitsbehörden
zur
Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung
in Deutschland

Die Primärversorgung in Deutschland
im Jahr 2020

These XXVI:

Für die Kooperation der Berufe innerhalb der Primärversorgung sind flache Team- und Hierarchiestrukturen erforderlich.

Flache Teamstrukturen und eine Abkopplung von funktionalen und hierarchischen Strukturen zwischen den Professionen entsprechen dem zukünftigen Versorgungsauftrag. Die Organisation des Behandlungsablaufes muss als Ganzes in den Mittelpunkt der gesundheitlichen Versorgung gestellt werden. Leitgedanke ist dabei die Orientierung am Ablauf der Behandlung der Patientinnen (Prozessorientierung), die sich nicht ausschließlich an den Tätigkeiten der Professionen orientiert, sondern die arbeitsteilige Beteiligung von Ärzteschaft und Gesundheitsfachberufen in einem wohnortnahen multiprofessionellen Team im Blick hat. Mögliche Modelle sind:

- Hausärztinnen arbeiten mit angestellten Pflegeexpertinnen, arztentlastenden „Gemeindeschwestern“ und weiteren Gesundheitsfachberufen wie z. B. Physiotherapeutinnen, Logopädinnen, Ergotherapeutinnen etc. zusammen.
- Tandempraxis: Medizin und Pflege arbeiten in eigener Verantwortung unter einem Dach.
- Multiprofessionelle Teams in der ambulanten Versorgung bzw. interdisziplinär arbeitende medizinische Zentren.
- Eigenständige Pflegedienste in Pflege- und Senioreneinrichtungen.

These XXVI:

Für die Kooperation der Berufe innerhalb der Primärversorgung sind flache Team- und Hierarchiestrukturen erforderlich.

Flache Teamstrukturen und eine Abkopplung von funktionalen und hierarchischen Strukturen zwischen den Professionen entsprechen dem zukünftigen Versorgungsauftrag. Die Organisation des Behandlungsablaufes muss als Ganzes in den Mittelpunkt der gesundheitlichen Versorgung gestellt werden. Leitgedanke ist dabei die Orientierung am Ablauf der Behandlung der Patientinnen (Prozessorientierung), die sich nicht ausschließlich an den Tätigkeiten der Professionen orientiert, sondern die arbeitsteilige Beteiligung von Ärzteschaft und Gesundheitsfachberufen in einem wohnortnahen multiprofessionellen Team im Blick hat. Mögliche Modelle sind:

- Hausärztinnen arbeiten mit angestellten Pflegeexpertinnen, arztentlastenden „Gemeindeschwestern“ und weiteren Gesundheitsfachberufen wie z. B. Physiotherapeutinnen, Logopädinnen, Ergotherapeutinnen etc. zusammen.
- Tandempraxis: Medizin und Pflege arbeiten in eigener Verantwortung unter einem Dach.
- Multiprofessionelle Teams in der ambulanten Versorgung bzw. interdisziplinär arbeitende medizinische Zentren.
- Eigenständige Pflegedienste in Pflege- und Senioreneinrichtungen.

Strukturen der Pflege in Deutschland

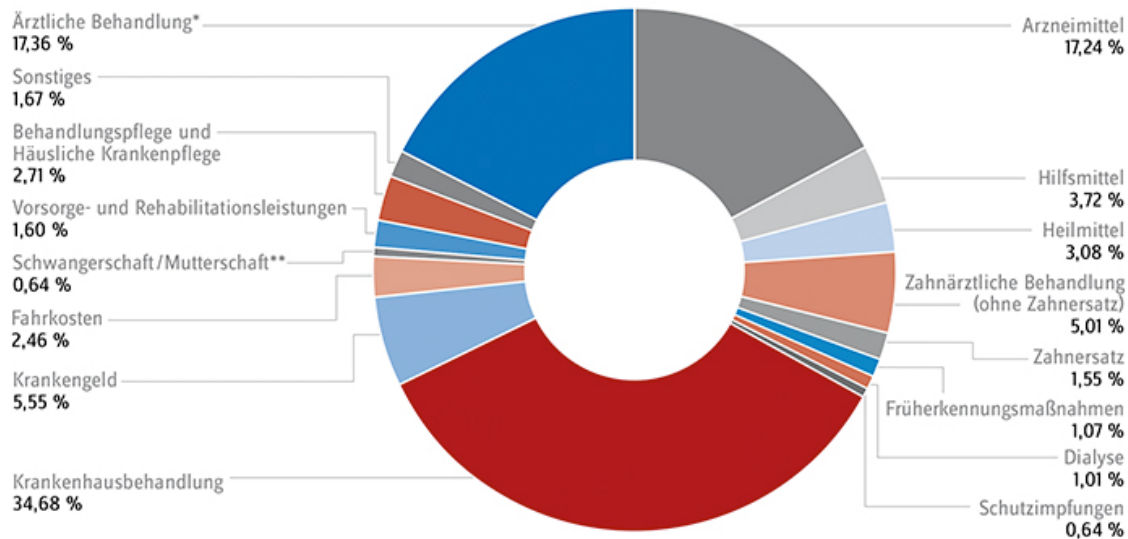
- Stationäre Krankenhauspflege
- Stationäre Langzeitpflege
- Ambulante Pflege

Kostenstrukturen der Pflege

- Sozialgesetzbuch V (Krankenversicherung)
- Sozialgesetzbuch XI (Pflegeversicherung)
- ...

SGB V - Krankenversicherung

Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2016 in Prozent



* Nicht berücksichtigt wurden die gezahlten Beträge für Früherkennung, Impfungen, ehemals Sonstige Hilfen und Dialyse-Sachkosten.

** ohne stationäre Entbindung

Summen können rundungsbedingt abweichen.

Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik KJ 1

Kostenverteilung

- Stationäre Krankenhauspflege (SGB V)
- Stationäre Langzeitpflege (SGB XI)
- Ambulante Pflege (SGB V, SGB XI, ...)

Gesetzlicher Rahmen

- Krankenhausvermeidungspflege:
 - statt Krankenhausaufenthalt (GP, BP, HV)
 - zur Sicherung der ärztlichen Behandlung
- Vorgaben der Krankenhausgesellschaft
- Heimbaumindestverordnung
- Heimgesetze, Heimaufsicht, MDK
- Rahmenverträge

Vernetzung beginnt in den Köpfen



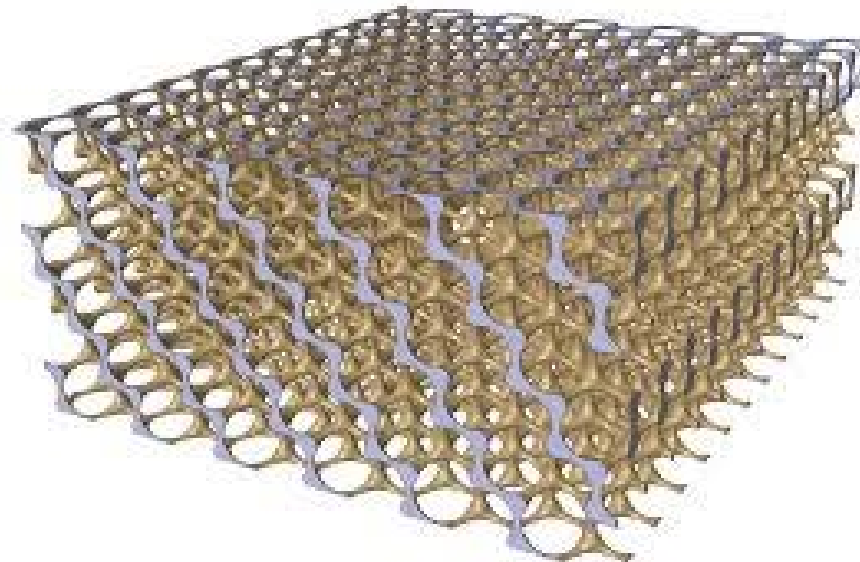
Eindimensionalität – Versorgung ohne Netzwerk



Zweidimensionalität – horizontale Vernetzung

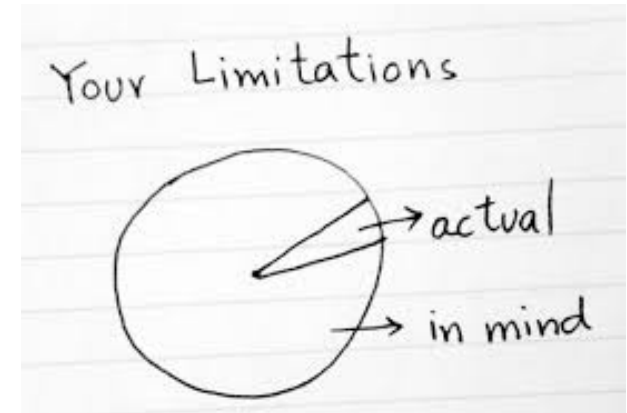


Dreidimensionalität – Durchlässigkeit auch vertikal



Limitationen:

- Datenschutz
- Fehlende Digitalisierung
- Anreiz für Strukturqualität
- Aufsichtsbehörden (Heimaufsichten, MDK ...)
- Gesetzliche Regularien (Antikorruptionsgesetz)
- Eigene Komfortzone



Lösung - Visionen:



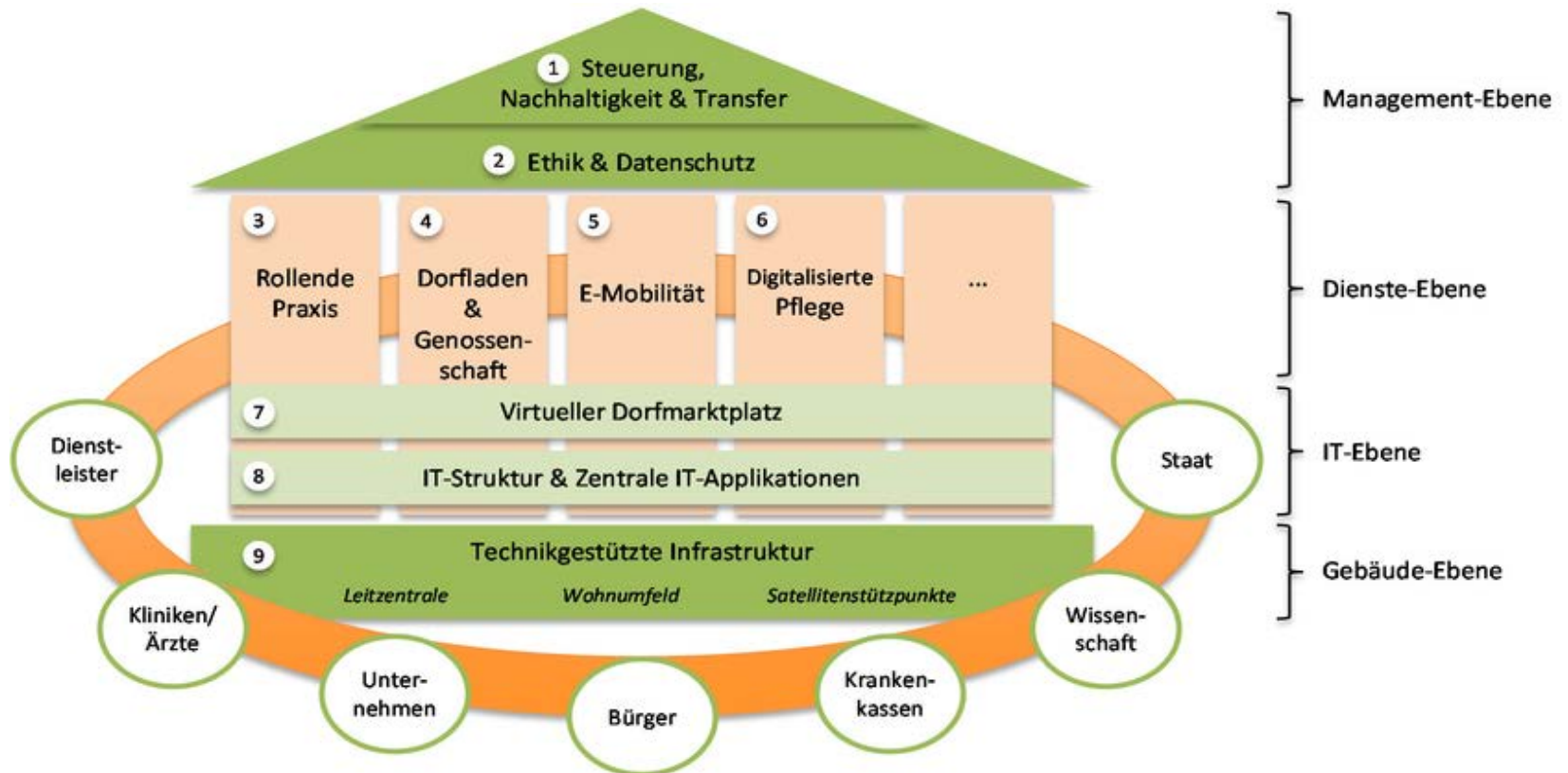
- ✓ Keine Trennung zwischen stationär und ambulant
- ✓ Auflösung fachspezifischer Finanzierungstöpfe
- ✓ Entbürokratisierung
- ✓ Innovationsförderung- und Finanzierung
- ✓ Anreiz für Fachkräftequalifikation
- ✓ Anreiz für Ergebnisqualität

Lösung - Visionen:



- ✓ eHealth-Gesetz professionsübergreifend
- ✓ Gesetzl. Regelung zum Entlassmanagement
- ✓ Quartiersversorgung
- ✓ Generalistische Pflegeausbildung und Akademisierung der Pflege
- ✓ Kleinstaaterei beenden – keine kommunale Bedarfssteuerung
- ✓ Keine Einschränkung der freiberuflichen Pflege

Versorgungsstruktur der Zukunft



https://www.researchgate.net/publication/302442992_IKT_als_Enabler_fur_soziale_Innovationen_in_Smart_Rural_Areas_-_Das_Alter_im_landlichen_Raum_hat_Zukunft

Interprofessionalität in der Primärversorgung

Symposium am 20.09.2017 an der FH St. Pölten

fh
st. pölten



Fragen ?

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Dr. Klaus Schliz

k.schliz@intermed.team