



Gesundheits Helfer in Lippe

Regionales Versorgungskonzept Geriatrie (RVG)

Leopoldshöhe, 25. Juli 2012
Anja Rethmeier-Hanke MPH

Gliederung:

1. Was heißt Versorgung?
2. Warum Geriatrie?
3. Alterstaugliches Gesundheitssystem?
4. Herausforderungen
5. Projektinhalte/ Gesundheitshelferinnen
6. Wer kann teilnehmen, wer nimmt teil?
7. Was muss die Gesundheitshelferin können ?
8. Zusammenfassung und Ausblick: Was ist neu?

1. Was heißt Versorgung?

div., Beratungsangebote

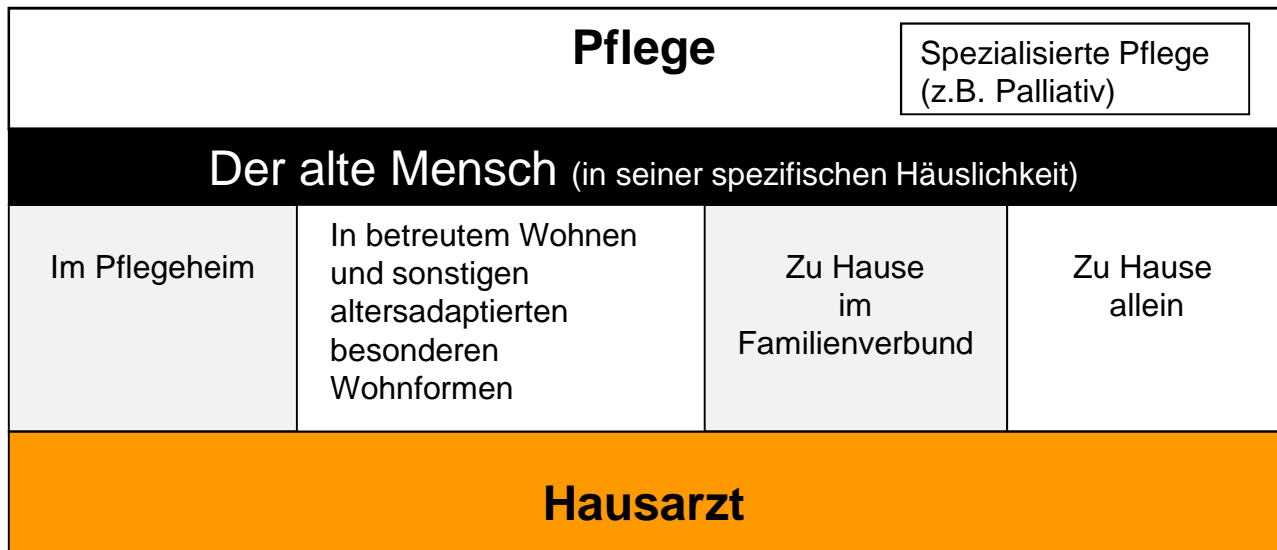
Rettungsdienste

Ärztlicher Notdienst

Notaufnahmen

Hospiz

- UC/Ortho
- Neurologie
- Innere spezial
- Urologie
- Klinik für Geriatrie
- Tagesklinik



Niedergelassene Fachärzte

Geriatr. Reha-Klinik

Ambulant geriatrische Reha

Mobile geriatrische Reha

Apotheken

Heil- und Hilfsmittelversorgung

- | | |
|---------------------------------------|----------------|
| Tagesklinik Gerontopsychiatrie | |
| GPZ | Klinik Spernau |

2. Warum Geriatrie?

Herausforderungen in der Versorgung älterer und alter Menschen

Chronische Erkrankungen und Multimorbidität

(ca. 70 % der über 65-jährigen weisen mindestens zwei chronische Erkrankungen auf)

Polypharmazie

35% der Männer und 40% der Frauen über 65 Jahren erhalten 9 und mehr Wirkstoffe in Dauertherapie

Pflegebedürftigkeit

Mischung komplexer medizinischer und sozialer Problemlagen

Warum Geriatrie?

Geriatrie ermöglicht die Abkehr von Fixierung auf einzelne Krankheitsentitäten

Geriatrie eröffnet dadurch eine andere Sicht auf den kranken Menschen und die Medizin

Es geht nicht um eine „Organreparatur“, sondern um ein **umfassendes Gesundheitsmanagement**

Ziel: Teilhabe und Selbständigkeit (also Lebensqualität) trotz Multimorbidität für einen möglichst noch langen Zeitraum sichern

Praxisbeispiel Geriatrie

Die 4 geriatrischen I's:

Immobilität

Instabilität (Sturzneigung & Schwindel)

Inkontinenz

Imzeibilität (Kognitive Defizite)

Führen oft zum 5. i: **Isolation**

3. Alterstaugliches Gesundheitssystem?



„Alters“-taugliches Gesundheitssystem?

- Multimorbide Menschen
- Segmentierte Versorgung
- Hang zur Spezialisierung
- Behandlung der Einzelerkrankungen steht im Vordergrund
- Episodenhafte Kontakte
- kaum Austausch der „Versorger“
- Sozialmedizinischer Fokus fehlt

4. Herausforderungen

- **Die Herausforderung:**

- Chronisch kranke
- multimorbide
- ältere Menschen

- **Das Thema:**

- Gestaltung medizinischer Versorgung

- **Die Thesen:**

- Aufbau eines sektorübergreifenden Versorgungskonzeptes
= Kontinuität in der Versorgungskette sichern und die hausärztliche Arbeit sinnvoll ergänzen

5. Projektinhalte/ Gesundheitshelferinnen

Gesundheitshelfer in Lippe

Gemeinsames Projekt von

- **Klinikum Lippe**
- **Ärztenez Lippe**

- **außerdem ZIG, Uni Bielefeld**

Laufzeit (Fördermittel 50% durch Land NRW) bis 2013, Projektpartner planen gemeinsame Fortsetzung



Leopoldshöhe 25.07.12

Lippe Altersnativ Versorgung managen

Regionales Versorgungskonzept Geriatrie „Gesundheitshelfer in Lippe“

- sektorübergreifendes Projekt
- Implementierung eines geriatrischen CM mit kontinuierlicher Begleitung über einen langen Zeitraum
- Zuweisung immer über den Hausarzt (Klinikarzt)
- Kooperation Haus-/Klinikärzte

Zentrale Punkte:

- **Hausärztliche Führung**
- **Kommunikation:** Berücksichtigung der Bedürfnisse und Lebenssituation (Case Management am Küchentisch)
- Informationen für eine **koordinierte** Versorgung
- **Kontinuität:** langfristige Begleitung

Was tun die Gesundheitshelferinnen?:

- **Versorgungssituation erfassen** (Vitalität, Selbständigkeit, Medikation,)
- **Hilfeplan erstellen**
- **Rückmeldung an den Hausarzt**, enge Abstimmung mit Haus-/Fachärzten
- Prävention von Gesundheitsrisiken (z.B. Sturzgefahren)
- Praktische Alltagstipps
- Beratung über spezielle Seniorenangebote in Lippe
- Beratung und Info zu Vorsorgevollmachten, Patientenverfügungen, Möglichkeiten bei Pflegebedürftigkeit, etc.
- Koordination und Vermittlung von Hilfeleistungen (Vermittlung von Kontaktdaten, Kontaktaufnahme, Terminkoordination)

6. Wer kann teilnehmen? Wer nimmt teil?

Wer kann teilnehmen?

- LipperInnen ab 70 Jahren (mit chron. Erkrankungen)
- sämtliche LipperInnen ab 80 Jahren
- Einschreibung immer über betreuenden Hausarzt (Facharzt) oder Klinikarzt im Klinikum Lippe
- Wohnsitz in Lippe

Wer nimmt teil?

- inzwischen knapp 600 Lipperinnen und Lipper
- 65% direkt aus der ambulanten Versorgung über Hausärzte eingeschrieben (63 verschiedene HA/FA schreiben ein)
- Klinikeinschreibungen hauptsächlich über die Geriatrie
- Patienten von 70 bis 101 Jahren, Durchschnittsalter 84 (2/3 Frauen)
- Überwiegende Mehrheit (70%) ohne Pflegestufe, aber bereits mit Einschränkungen in den instrumentellen Aktivitäten des tgl. Lebens
- Sehr hohes Sturzrisiko bei 80% der TN
- Typische Problemlagen bei Aufnahme: Immobilität, Mangelernährung, Exsikkose, unregelmäßige Medikamenteneinnahme, Vereinsamung, keine Hilfe im Notfall.

7. Was muss die Gesundheitshelferin können?

- Medizinisches Wissen (Abschätzung von Versorgungssituationen)
- Erfahrungen mit geriatrischen Patienten (ambulant und/oder stationär)
- guter Überblick bzgl. der vorhandenen Versorgungsstruktur in Lippe sowie der aktuellen Weiterentwicklungen
- „Netzwerkqualitäten“ des Gesundheitshelfers

8. Zusammenfassung & Ausblick: Was ist neu?

- langfristige, gesundheitliche Begleitung auch für Menschen ohne Pflegestufe, „Vorsorge vor dem Akutfall“
- sinnvolle Entlastung der hausärztlichen Tätigkeit („blinder Fleck“)
- bei stationären Aufenthalten im Klinikum Lippe: Besuch durch die Gesundheitshelfer . Kommunikation der häuslichen Situation an Pflegepersonal auf Station/ Sozialdienst (realistische Entlassungsplanung)
- Verknüpfung von medizinischer Versorgung und vorhandenen Beratungs- und Unterstützungsangeboten in der Kommune
- GH als Vertrauensperson, die nicht nur koordiniert, sondern gemeinsam mit dem Patienten Schwerpunkte setzt (Hilfeplan) und einen „kurzen Draht“ zum Hausarzt hat.



Vielen Dank für Ihr Interesse!

Krankenhauslandschaft im Wandel: die letzten 20 Jahre

Sowohl die Zahl der Krankenhäuser als auch die Zahl der Betten ist gesunken. Von 1991-2008 wurden 24,2% der Krankenhausbetten stillgelegt, (in NRW 23,3%)

Im gleichen Zeitraum sank die Zahl der Krankenhäuser um 13% (Schließungen, Fusionen)

Die Verweildauer ist von 14,6 auf 8,1 Tage gesunken (= 42%), die Zahl der Behandlungsfälle aber um 20% gestiegen

Der Anteil privater Kliniken hat sich verdoppelt (knapp 30% aller Kliniken sind derzeit in privaten Händen)

Im internationalen Vergleich verfügt Deutschland immer noch über eine hohe Bettendichte und vergleichsweise lange Verweildauer.

Die Finanzierungsproblematik im Gesundheitswesen ist eine Mischung verschiedenster gesellschaftlicher Probleme:

Ausgabensteigerung durch höhere Lebenserwartung (absolut und relativ) und medizinischen Fortschritt. Aber: älter heißt nicht automatisch kränker, Bevölkerung altert insgesamt gesünder

Einnahmeproblematik Anteil der Beschäftigten an der Gesamtbevölkerung sinkt, prekäre Beschäftigung und Leiharbeit steigen

Die Kassen haben also ein Einnahmeproblem und sind darauf bedacht, ihre Kosten im Rahmen zu halten

Krankenhausbehandlung ist besonders teuer: u. a. deshalb gilt die Devise :
ambulant vor stationär

Klientel im Krankenhaus ändert sich, und damit auch die Arbeitsbelastung

Stichtag 1.1.04 : Verpflichtung zur Abrechnung nach DRGs

*„Die deutschen Krankenhäuser stehen damit zu Beginn des 21. Jahrhunderts vor der einschneidendsten Reform ihrer Geschichte und vor dem weltweit vielleicht größtem Steuerungsexperiment im Krankenhauswesen überhaupt, denn wohl noch nie zuvor sollte eine derart umfassende Entgeltreform binnen derart kurzer Frist konzipiert und implementiert werden“
(Schöllkopf/Stapf-Fine **2002**).*

Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen hatten sich so schnell und rapide geändert, dass Krankenhäuser quasi gezwungen waren, ihre sämtlichen Strukturen und Organisationsprozesse zu überdenken und zu hinterfragen wenn sie wirtschaftlich überleben wollen.

(2) Entwicklungen am Klinikum Lippe

(2) Entwicklungen am Klinikum Lippe:

2004: Schließung des Krankenhauses in Schötmar,
Anpassung der Bettenkapazität (vgl. Situation in Bielefeld)
Zentralisierung & Abbau von Doppelvorhaltungen (Konkurrenz der
beiden großen Standorte schmälern)
Spezialisierung und Ansiedlung neuer Leistungsbereiche z. B. Geriatrie,
Pneumologie
Einführung der Fachbereichsstruktur in 2005
Gründung von klinikübergreifenden Zentren (Brustzentrum etc.)

Außerdem: Neubaumaßnahmen, umfangreiche Modernisierungen im
Lemgoer Bettenhaus (2005 – 2009), Nordflügel DT
2011: Verlegung der Orthopädie nach Lemgo, Einweihung der
Familienklinik mit Tag der Offenen Tür

Klinikum Lippe GmbH

Gesamtübersicht

Grundversorgung in der Fläche

Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie,
Innere Medizin

Hochspezialisierte Medizin an den einzelnen Standorten

Chest Pain Unit, Stroke Unit

Interdisziplinäre Zentren

z. B. Brustzentrum, Darmzentrum



Klinikum Lippe GmbH

Gesamtübersicht

Einziges Klinik für den Kreis Lippe
mit 350.000 Einwohner

Eines der vielseitigsten kommunalen
Krankenhaus-Unternehmen der
Bundesrepublik



Klinikum Lippe GmbH

Gesamtübersicht

Abteilungen	29
Betten	1.400
Patienten	48.000 / Jahr
Mitarbeiterzahl:	2.700



Klinikum Lippe Detmold

Akademisches Lehrkrankenhaus der MHH (755 Betten)

Spezialisierung auf:

- Kardiologie
- Gastroenterologie
- Nephrologie
- Viszeralchirurgie
- Urologie
- Wirbelsäulenchirurgie
- Traumazentrum
- Pädiatrie
- Geburtshilfe



Klinikum Lippe Lemgo

Akademisches Lehrkrankenhaus der MHH (559 Betten)

Spezialisierung auf:

- Onkologie
- Pneumologie
- Thoraxchirurgie
- Endoprothetik
- Neurologie
- Geriatrie
- Gefäßchirurgie
- Plastische, Ästhetische und Handchirurgie



Klinikum Lippe Bad Salzufen

Akademisches Lehrkrankenhaus der MHH

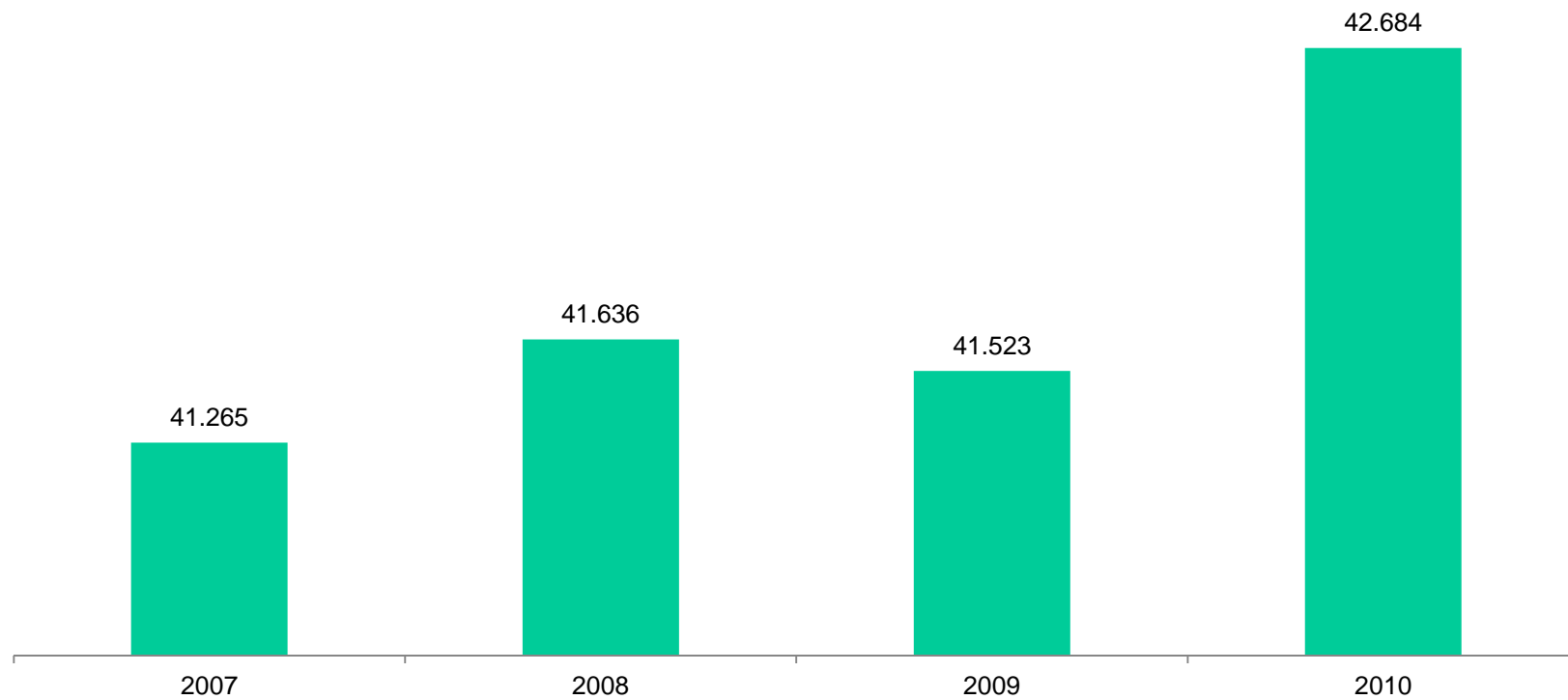
Ambulantes Gesundheitszentrum

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

- sichert die Versorgung in den Kreisen Lippe, Minden-Lübbecke, Herford und der Stadt Bielefeld
- 48 vollstationäre Betten
- 40 tagesklinische Plätze



DRG Fälle KLG



	KLD				KLL			LI	KLS
FB I	Kardio- -logie	Nephro- -logie			Pneu- mono- -logie	Neuro- -logie			
FB II	Gastro- entero- -logie				Onko- -logie	Strah- len- the- -rapie	Geria- -trie		TK- GE
FB III	Viszeral- -chir.	Urologie			Allge- mein- -chir.	Gefäß- -chir.			
FB IV	Unfall- -chir.	Derma- -tologie	Neuro- -chir.	Beleger	Ortho- -pädie	Hand- -chir.			
FB V	Pädia- -trie	Entbin- -dung	Gynäko- -logie			Seno- -logie			KJP
MSB I	Anästhesie / OP / ZNA / Intensiv								
MSB II	Labor / Radiologie / Pathologie / Nuklearmedizin								

Anzahl der Gesamtbeschäftigten:

Ca.2700

davon:

345	Ärzte
1205	Pflegedienst
266	Funktionsdienst (OP, ZNA)
143	Verwaltung
38	Technischer Dienst
424	Medizinisch technischer Dienst
68	klinisches Hauspersonal
108	Wirtschaftsdienst
15	Ausbildungsstätten
107	sonstiges Personal

Der größte Ausbildungsbetrieb in Lippe

Ausbildung in folgenden Berufen:

Kranken- und Kinderkrankenpflege

Physiotherapeuten

MTLA – Schule

Bürokauffrau/mann,

medizinische Fachangestellte

Pharmazeutisch –Kaufmännische-Angestellte (PKA)

Bauzeichner/in

(3) Künftige Herausforderungen

Künftige Herausforderungen (I)

Kapazitätenplanung unter Berücksichtigung einer älter werdenden Gesellschaft

Gewinnung von Nachwuchskräften (Pflegedienst, Arztdienst, therapeutische Berufe)

Alternde Belegschaften

Künftige Herausforderungen (II)

Strikte Trennung amb./ stat. abbauen, nirgendwo so ausgeprägt wie in Deutschland. Mehr Geld in das System (so wie jetzt vorhanden) ist nicht die Lösung

Die „Mär“ vom Ärztemangel (Haus- u. Fachärzte): zwischen 1998 und 2008 Anstieg der Vertragsärzte um 6,9% es ist ein Verteilungsproblem!

Stärkung der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit (wer macht was?, im stationären Bereich schon viele positive Beispiele)

Weitere Annäherung von stationärer und ambulanter Versorgung als Lösung

Aufrechterhaltung der ambulanten medizinischen Versorgung in der Fläche ohne Klinikunterstützung nicht zu gewährleisten (insbesondere fachärztliche Versorgung)

Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit auch in der ambulanten Versorgung (Beispiel Schwester Agnes in Brandenburg)

Ansiedlung von Facharztzentren in Kliniknähe, gemeinsame Nutzung von Gerätschaften/ Räumlichkeiten und kürzere Wege für Patienten

Aber:

Umsetzung oft langwierig, da historisch komplett unterschiedlich gewachsene Systeme!

Praxisbeispiel Geriatrie (I)

Was ist Geriatrie?

Geriatrie ist ein Querschnittsfach aus allgemeiner und spezieller Innerer Medizin, Neurologie, (Urologie), Orthopädie, Unfallchirurgie, Psychiatrie und Psychosomatik

Unsere stark spezialisierte Medizin ist auf komplexe Belange älterer, multimorbider Patienten nicht ausreichend vorbereitet

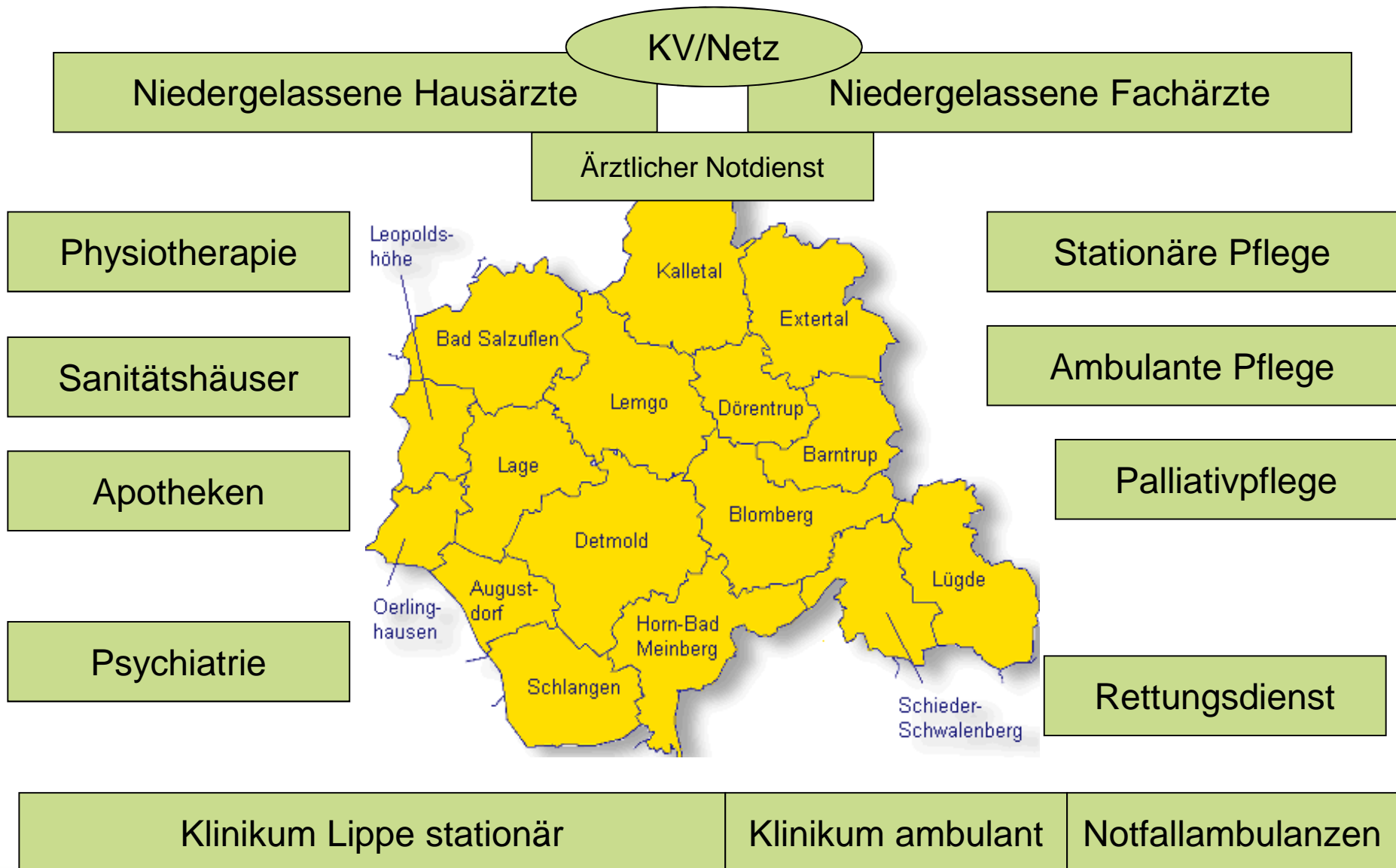
Notwendigkeit einer Spezialdisziplin, die sich neben den physischen auch mit den psychischen, funktionellen und sozialen Aspekten der Erkrankungen und Problemlagen befasst

Betrachtungsebenen: Pathologie & Einschränkung

Vermischung medizinischer und sozialer Problemlagen in der Geriatrie sehr häufig

Handlungsansätze müssen sich also grundlegend von denen in der organzentrierten Medizin unterscheiden

Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit ist in der Geriatrie kein leeres Wort

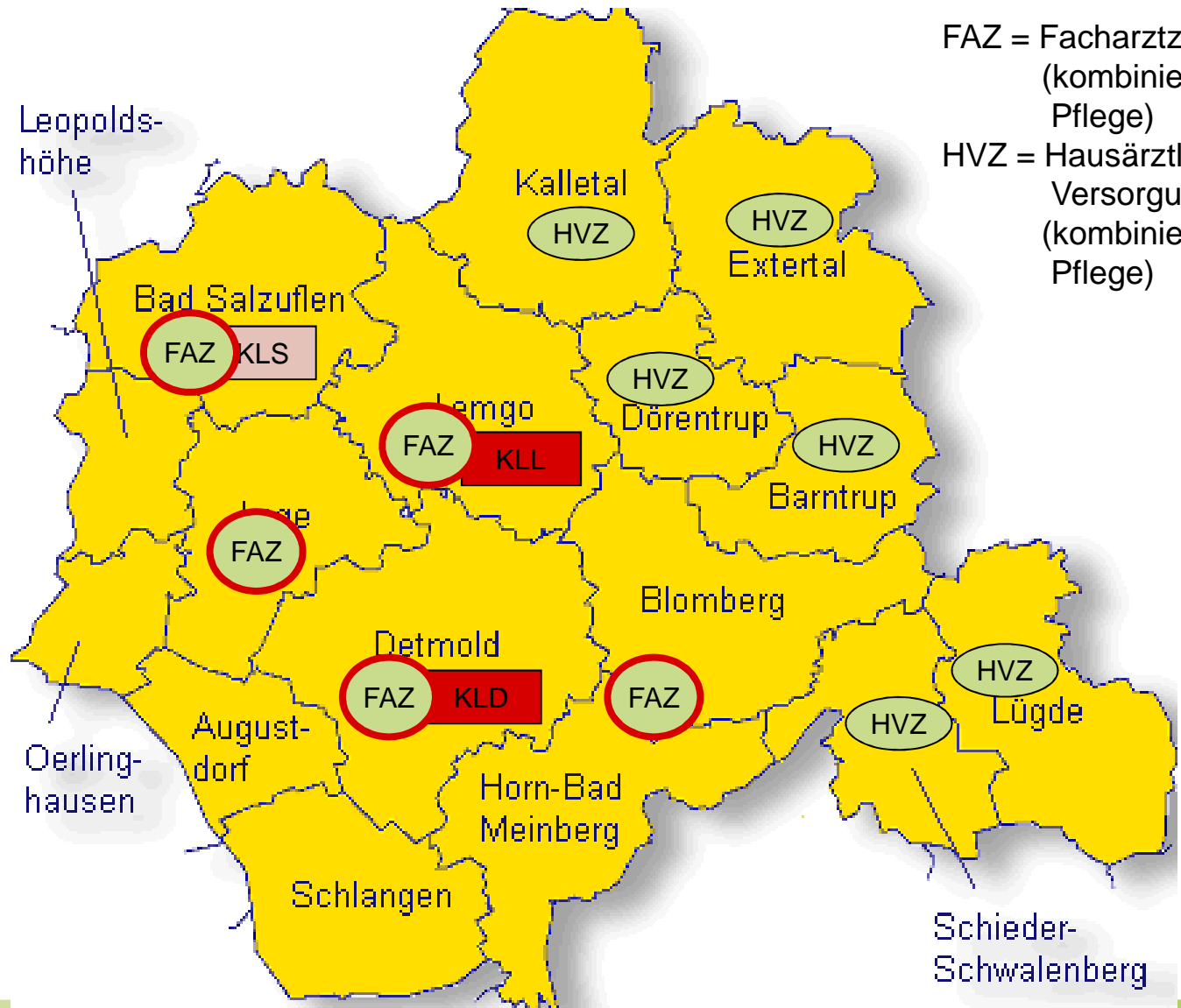


„Sinnvolle Strukturen in 5 Schritten“

1. Klare Gliederung der ärztlichen Versorgung nach Spezialisierungsgrad:
 - o Hausärzte
 - o Fachärzte
 - Kliniknahe Fachärzte
 - Sonstige niedergelassene Fachärzte
 - Fachärzte im Klinikum
2. Schaffung neuer Organisationsformen (Einzelpraxis nicht mehr zeitgemäß)
 - Kooperation horizontal und vertikal
 - Vernetzung mit Pflege
 - Attraktivität für junge Ärzte
 - Beispiel: Hausarztpraxis in Lemgo-Brake

„Sinnvolle Strukturen in 5 Schritten“

3. Differenzierung auch der pflegerischen Angebote
 - Analog Ärzte: allgemeine und spezialisierte Pflege
 - Übertragung der Erfahrungen aus den Kliniken
 - „spezialisierte Versorgung nicht den Sanitätshäusern überlassen“!
4. Zusammenwachsen von ärztlicher und pflegerischer Versorgung
 - Übertragung der Erfahrungen aus den Kliniken in den ambulanten Bereich
 - Berufsgruppenübergreifende Teambildung erforderlich (siehe Palliativdienst)
 - Abgrenzung der Institutionen voneinander nicht mehr zeitgemäß
5. Ärzte und Pflege konzentrieren sich auf ihre Kernaufgaben, Assistenzberufe (Servicekräfte, MFA, EVA) werden einbezogen
 - Allerdings: schwierige Abgrenzungsprobleme



FAZ = Facharztzentren
(kombiniert mit spez. Pflege)

HVZ = Hausärztliche Versorgungszentren
(kombiniert mit allg. Pflege)

Projektadressaten:

Stationär

- Klinikum Lippe
- GPZ/Spornau
- Pflegeeinrichtungen
- Reha-Einrichtungen

Ambulant

- Hausärzte
- Fachärzte
- Pflegedienste
- Apotheken
- Rehadienste



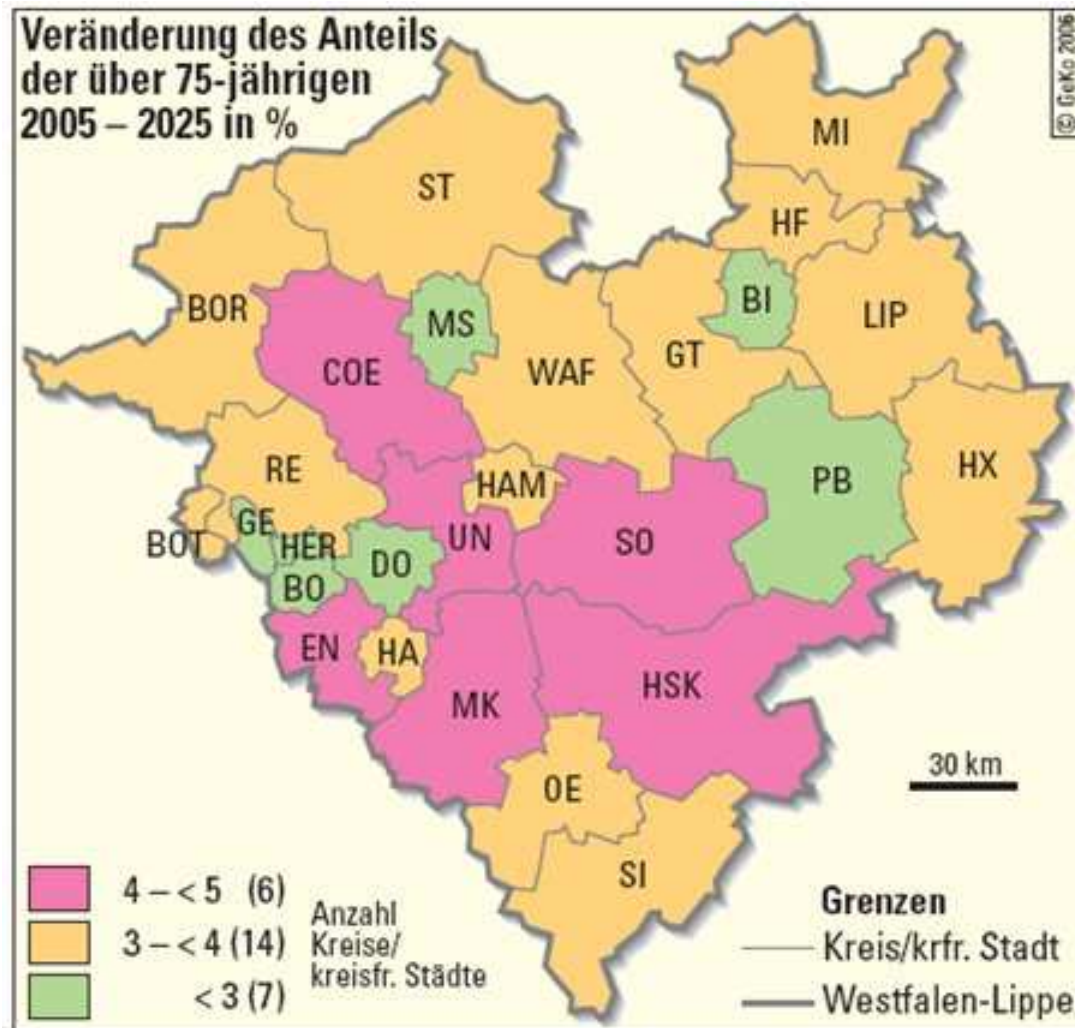
Case Manager

Leistungsempfänger

- Patient
- Angehörige

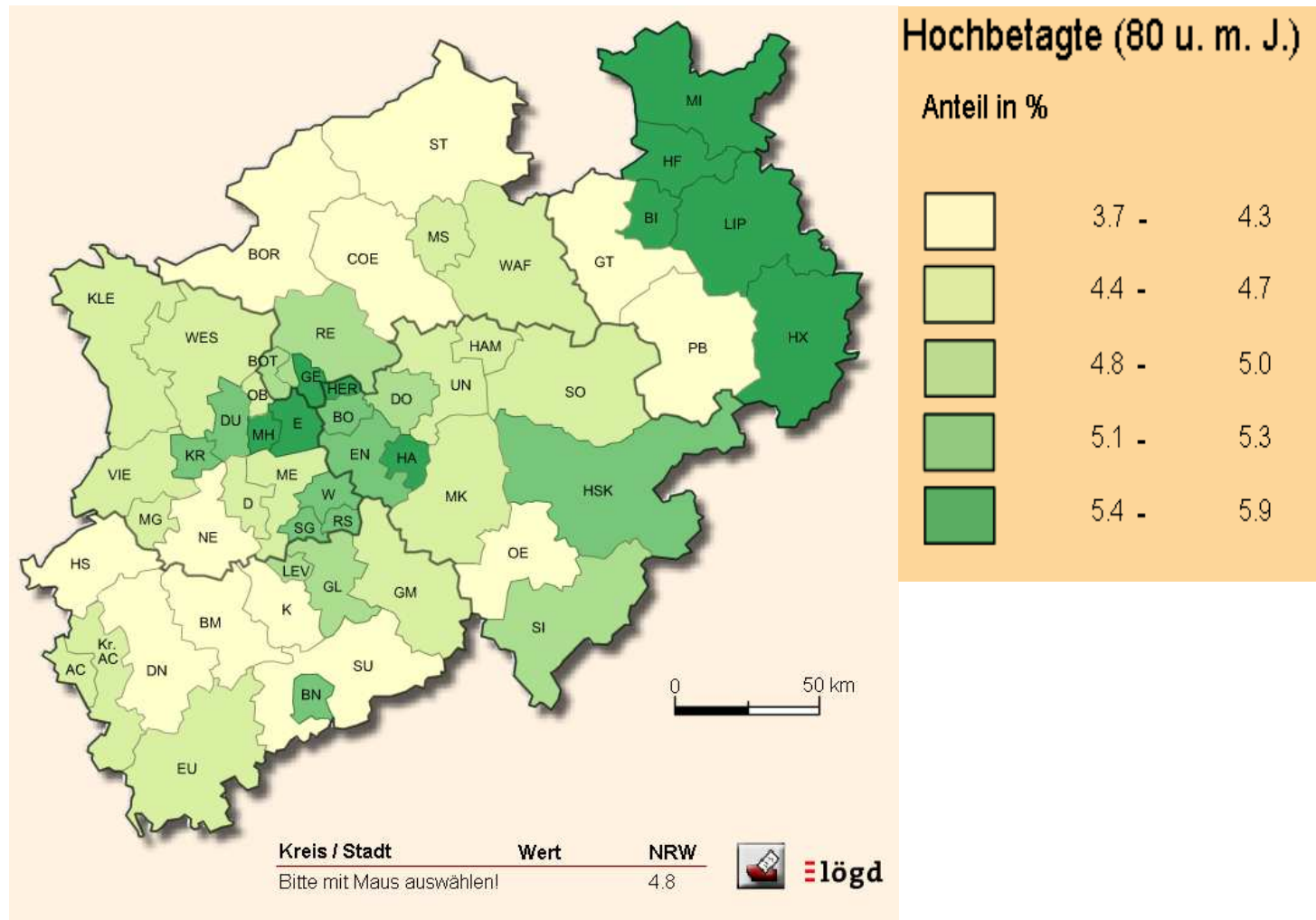
Kostenträger

Demografischer Wandel: Zunahme Älterer (75 Jahre und älter)



- Zunahme des Anteils der über 75-jährigen um 3-4% in Minden-Lübbecke, Herford, Lippe, Höxter und Gütersloh
- Dagegen liegen die größeren Städte wie Paderborn und Bielefeld mit einer Veränderung des Anteils von unter 3% unter dem Landesdurchschnitt von 3,6%

Demografischer Wandel: Anteil Hochbetagter



Quelle: LIGA NRW

Leopoldshöhe 25.07.12

Der Kreis Lippe im Vergleich

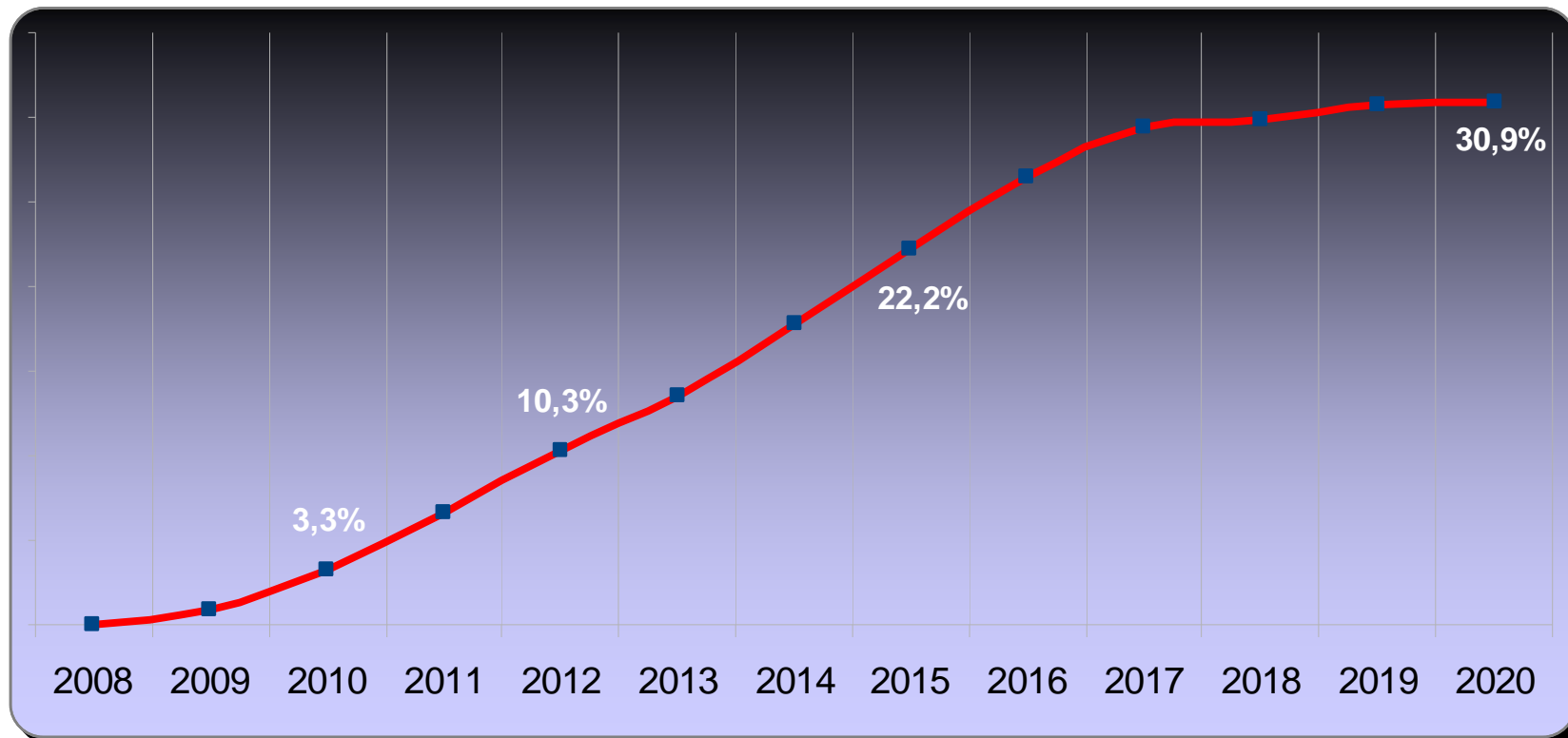

**Kassenärztliche
Vereinigung
Westfalen-Lippe**

	Bevölkerung 2008	Bevölkerung 2020	Bevölkerung 2008-2020 (absolut)	Bevölkerung 2008-2020 (in %)	> 55 Jahre (2008)	> 55 Jahre (2020)
NRW	17.996.621	17.668.201	-328.420	-1,82	31,24 %	37,59
RB Detmold	2.059.198	2.002.759	-56.439	-2,74	30,36 %	37,35
Kreis Lippe	357.582	336.966	-20.616	-5,77	32,27 %	39,70

	Bevölkerung 2008	Bevölkerung 2030	Bevölkerung 2008-2030 (absolut)	Bevölkerung 2008-2030 (in %)	> 55 Jahre (2008)	> 55 Jahre (2030)
NRW	17.996.621	17.332.322	-664.299	-3,70 %	31,24 %	41,77 %
RB Detmold	2.059.198	1.944.158	-115.040	-5,59 %	30,36 %	42,19 %
Kreis Lippe	357.582	319.419	-38.163	-10,67 %	32,27 %	44,64 %

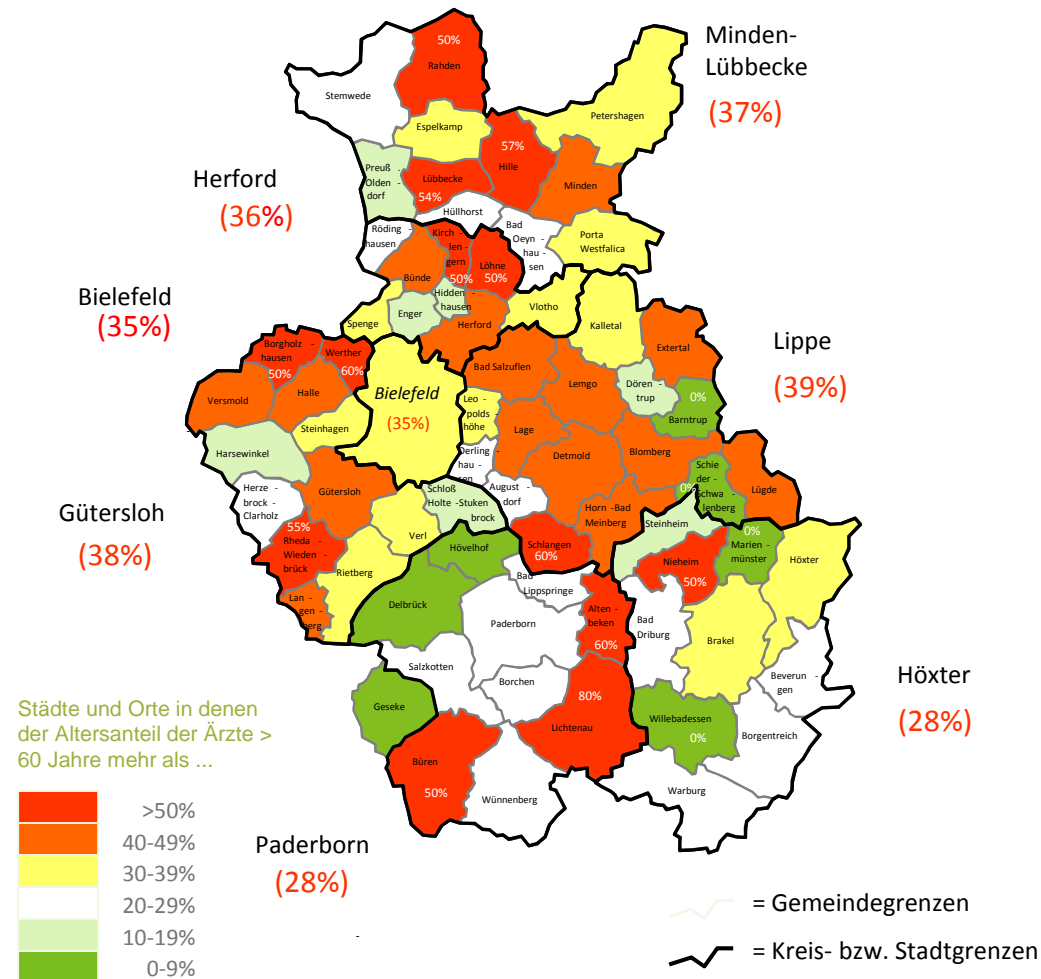
(Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen, 2009)

Entwicklung der 75 Jahre und Älteren in Lippe



Quelle: Landesamt für Datenstatistik NRW

Veränderte Versorgungsstrukturen: Hausärztliche Versorgung 2013



- Anteil der Ärzte, die älter 60 Jahre und älter sind, an den Hausärzten gesamt; Stand 2013

Notwendig

Fokussierung auf die Betreuungsstruktur

Versorgungsprozess muss gestaltet werden

Sektorübergreifende Versorgung

Konkrete Vereinbarungen an den Schnittstellen

Interdisziplinäre Zusammenarbeit der
Gesundheitsberufe

Klinikum Lippe-Lemgo

