



**KompetenzZentrum**  
Allgemeinmedizin Baden-Württemberg



---

UniversitätsKlinikum Heidelberg

## Regionale Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung in der Gesellschaft eines langen Lebens

Hannover, 26. September 2011

Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi, Dipl. Soz.  
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung,  
Universitätsklinikum Heidelberg  
[www.allgemeinmedizin.uni-hd.de](http://www.allgemeinmedizin.uni-hd.de)

AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung  
im Gesundheitswesen, Göttingen  
[www.aqua-institut.de](http://www.aqua-institut.de)



- Gesellschaft des Langen Lebens
- Herausforderungen
  - Chronische Erkrankungen
- Lösungsansätze
  - „Chronic-Care-Model“ als übergeordneter Rahmen
  - Strukturierte Behandlungsprogramme
  - Rezepte gegen den Ärztemangel
  - Massnahmen der Gemeindeebene
  - Professionalisierung der Gesundheitsberufe
  
- Ausblick

# „Glücksatlas“ des ZDF vom 20.9.2011



**Hamburg ist mit 7,38 die zufriedenste Region, Thüringen mit 6,45 die unzufriedenste. Das Gefälle zwischen den Regionen ist mit 0,93 Punkten beachtlich.**

**Quelle:** Eigene Berechnungen auf Basis des SOEP 2009 sowie Befragungsdaten des Instituts für Demoskopie Allensbach 2011.



0 = ganz und g  
unzufrieden  
10 = ganz und  
zufrieden



# Gesellschaft des Langen Lebens

---

- Aktuelle Lebenserwartung bei Geburt  
(Früheres Bundesgebiet)
  - Frauen: 82,6 Jahre  
Männer: 77,8 Jahre, 6 Monate
- Lebenserwartung heute 60-jähriger  
(Früheres Bundesgebiet)
  - Frauen: 24,9 Jahre
  - Männer: 21,3 Jahre
  - Hat in den letzten 3 Jahren um einen Monat zugenommen

Quelle: Statistisches Bundesamt, Sterbetafel 2008/10 vom 20.9.2011



- Warum werden wir in Zukunft mehr Ältere Menschen in der Gesellschaft haben?
  - “low fertility, low immigration, and long lives”

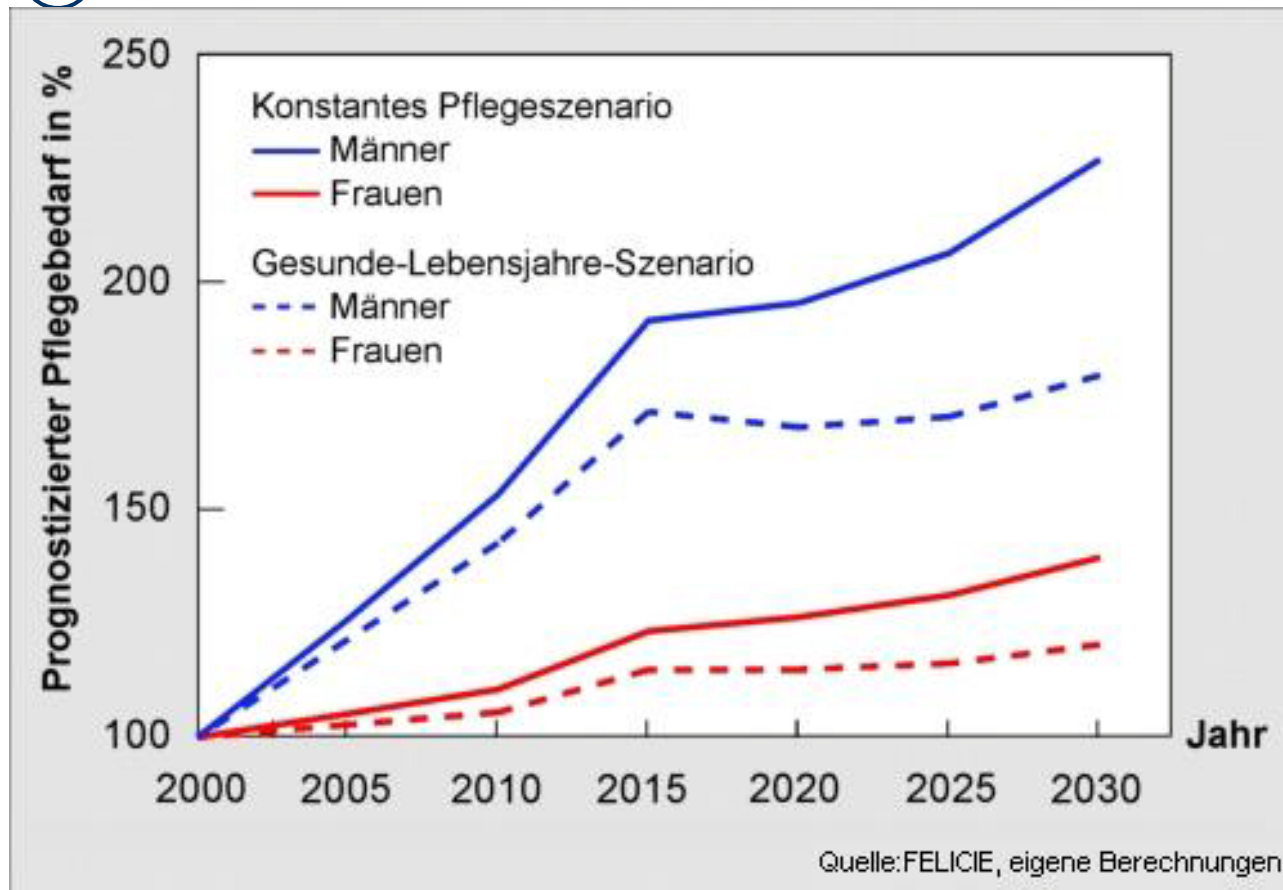
Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW: Ageing populations: the challenges ahead. The Lancet 2009, 374: 1196 – 1208

“Die Kernfrage lautet: Ist eine längere Lebenserwartung von einer zeitlichen Verschiebung von funktionellen Beeinträchtigungen oder Behinderung begleitet?

Die Antwort ist noch offen, aber die Forschung weist darauf hin, dass Alterungsprozesse modifizierbar sind, und dass Menschen länger mit schweren Beeinträchtigungen leben.

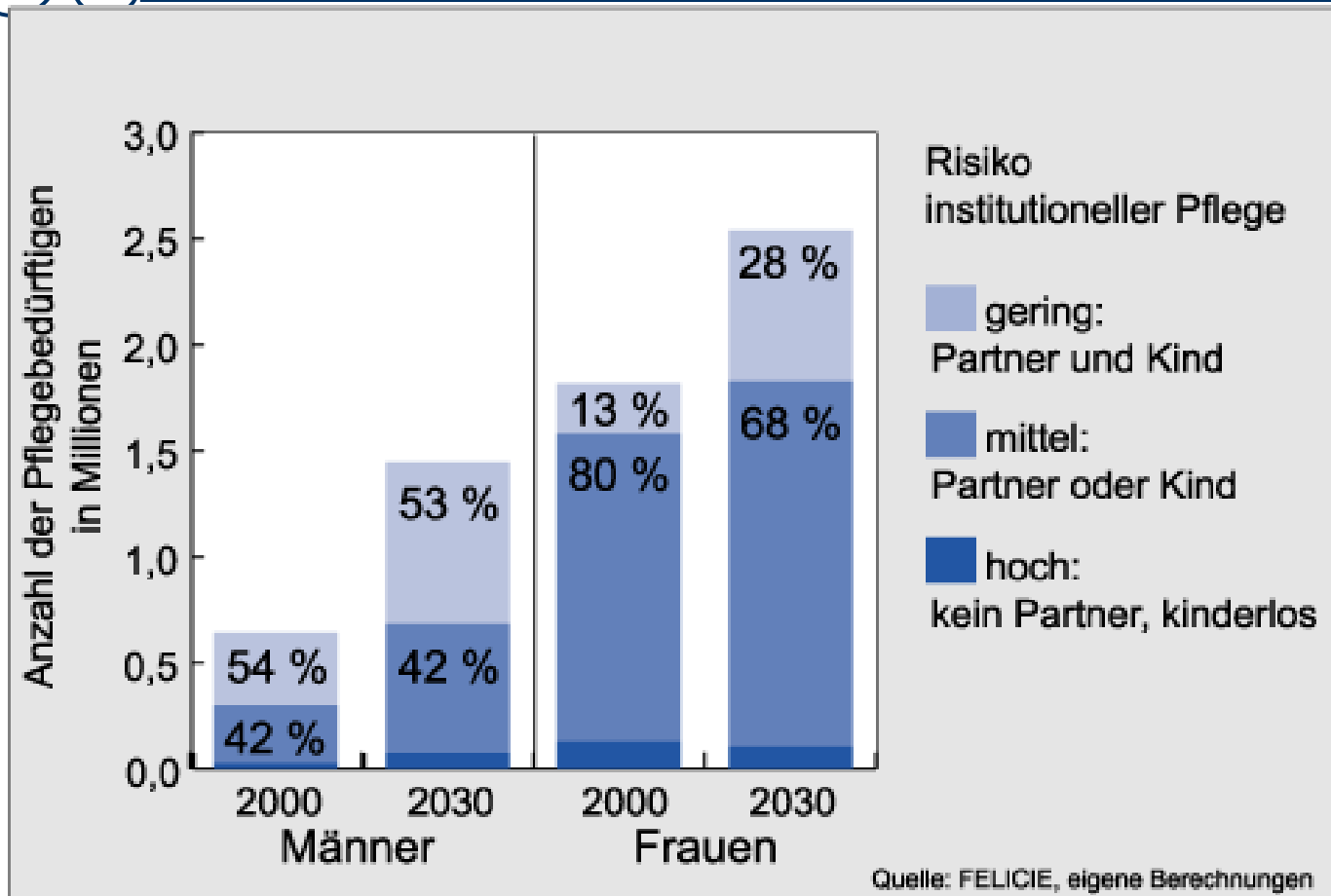
Dieser Befund, zusammen mit der technischen und medizinischen Entwicklung und der Umverteilung von Arbeit, wird unsere Chancen, die Herausforderungen, die eine alternde Bevölkerung mit sich bringt, beeinflussen” (eigene Übersetzung JS)

# Pflegebedarf bis 2030



Selbst wenn man annimmt, dass der Gewinn an Lebensjahren Gewinn an guten (=gesunden) Lebensjahren bedeutet, wird der Pflegebedarf bei Frauen um ca. 20% und bei Männern um ca. 80% zunehmen

# Ambulante und institutionelle Pflege



Die Anzahl der Pflegebedürftigen wird steigen, aber das Risiko für institutionelle Pflege wird dabei sinken und die Bedeutung ambulanter Pflege wird zunehmen



# Zunahme Chronischer Erkrankungen

---

- Herz-Kreislauf
- Bewegungsapparat (insb. Gelenkerkrankungen)
- Krebs
  
- Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität)

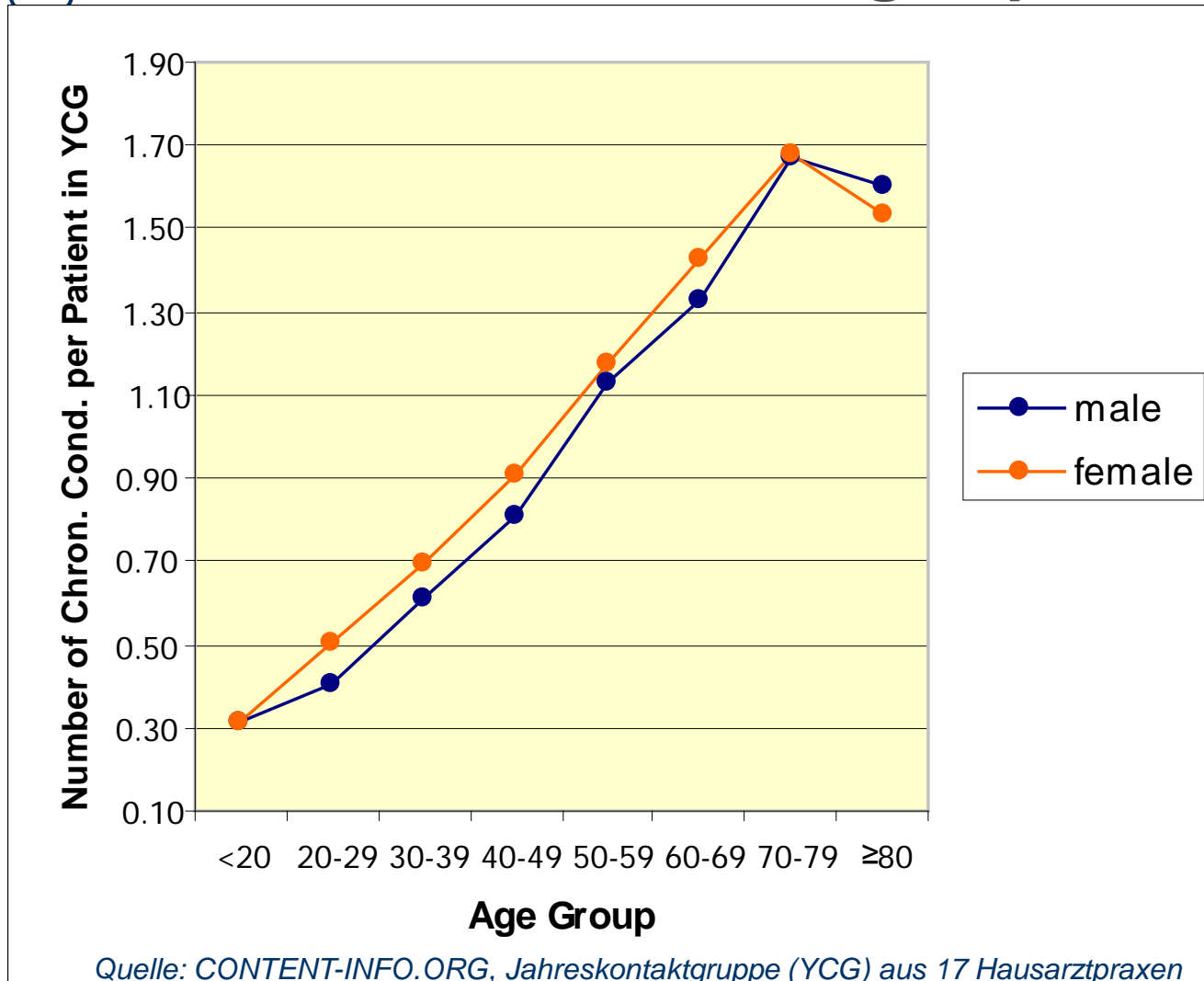




# Chronische Erkrankungen in Deutschland

- **43% der deutschen Bevölkerung:** mindestens eine chronische Erkrankung (*Schwartz et al. 1999*)
- **70% der über 65jährigen** (*Sachverständigenrat 2001*)
- **80% der Kosten** in der Gesetzlichen Krankenversicherung **durch 20% der Versicherten** mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen (*Bertelsmann Stiftung 2005*)

# Mit dem Alter steigt die Anzahl chron. Erkrankungen pro Patient



# Problembereiche in der Versorgung chronisch Kranker

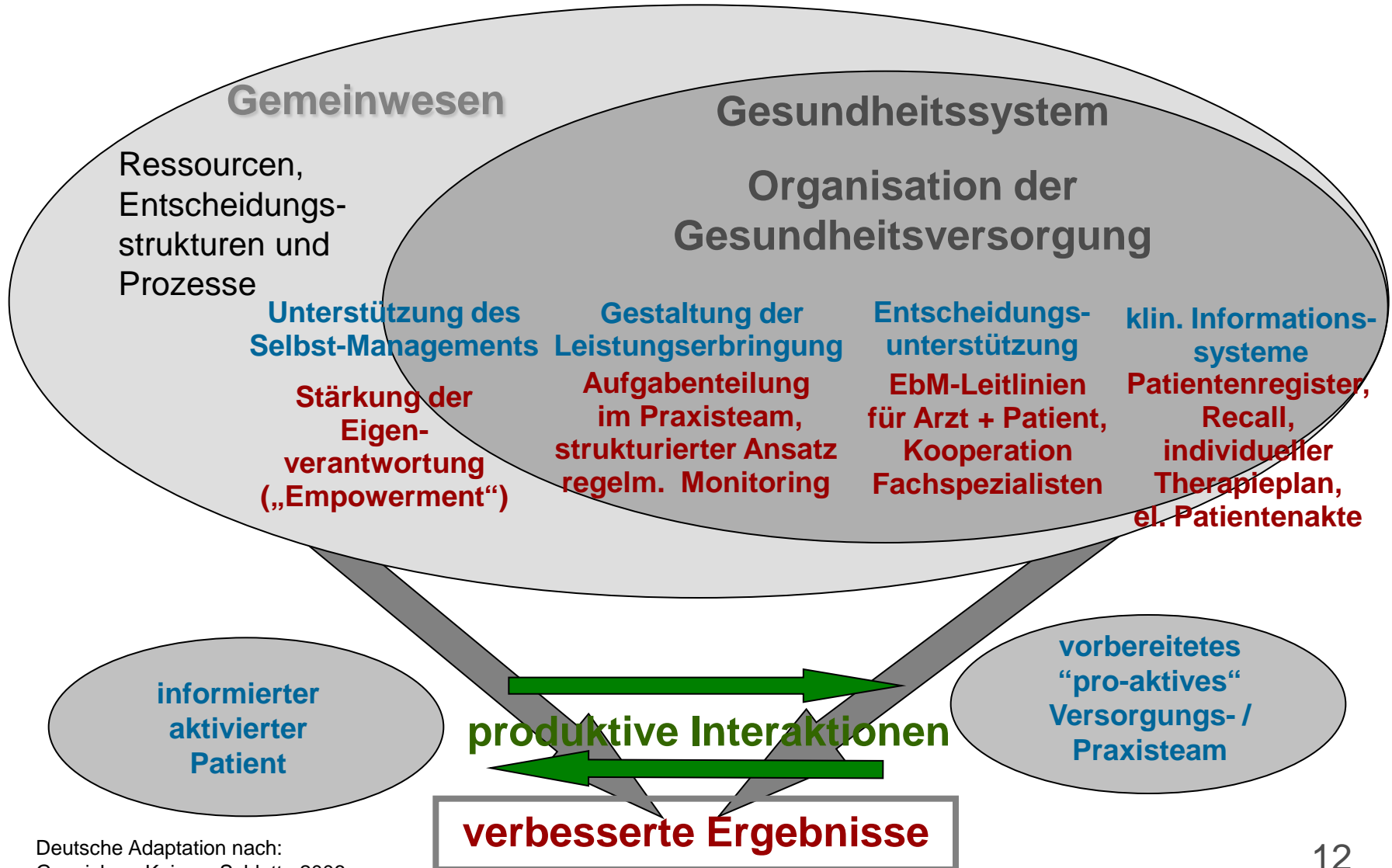


- Frühzeitiges Erkennen (und vermeiden) von Chronifizierung
- Selbstverantwortung und Selbstmanagement der Patienten
- Aktive Planung und Steuerung des Versorgungsprozesses
- Schnittstellen zwischen Versorgungsebenen
- Konsequente Prioritätensetzung (Berücksichtigung von Multimorbidität, Co-Morbidität, Polymedikation) und risikoadjustierte Umsetzung wirksamer Therapie



# Chronic Care-Model (CCM)

(nach Wagner et al. 2001) —





# Disease-Management-Programme

---

- Insgesamt eine deutlich bessere Umsetzung von Chronic Care Elementen bei Patienten im DMP vs. Patienten, die nicht im DMP sind.
- Patienten im DMP werden deutlich intensiver motivierend und evidenzbasiert beraten (5A-Konzept) als Patienten, die nicht im DMP sind.
- „DMPs are recognized by patients as care that is more structured and that reflects the core elements of the CCM and evidence-based counselling to a larger extend than usual care.“
- Szecsenyi J, Rosemann T, Joos S, Peters-Klimm F, Miksch A: German disease-management programs are appropriate to restructure care according to the Chronic Care Model. An evaluation with the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACI-5A) instrument. Diabetes Care 2008



# Wer soll das alles machen?

---

- Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen absehbar, insbesondere in der Pflege
- Ärztemangel, insbesondere bei Hausärzten
- Vielfältige Ursachen:
  - Versäulte Ausbildungssysteme
  - Wenig attraktive Arbeitsplätze, wenig Aufstiegschancen, geringe Akademisierung der Gesundheitsberufe
  - Geringe Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit



- Welche Aufgaben bei der Versorgung chronisch Kranker können von anderen Teammitgliedern (außer dem Hausarzt) erledigt werden?
- Welche Vorteile kann dies haben?
- Wie wirkt sich dies auf die Rollenverteilung in der Praxis aus?

# ○ ○ Sichtweisen auf Übernahme neuer Rollen

---

- „Die Patienten zu informieren, dass ist mein Job. Das erwarten die Patienten auch. Sie würden nie akzeptieren, dass die Arzthelferin ihnen sagt, was mit ihnen los ist“ (*HA 17*)
- „Patienten fragen mich oft: Kennen sie jemanden, der positive Erfahrungen mit diesem oder jenem hat...manchmal frage ich mich, warum sie nicht den Doktor fragen, es sieht manchmal so aus, als wenn sie sich schämen, den Arzt zu fragen, besonders die Älteren“ (*Med. Fachangestellte*)
- „Nun, manchmal frage ich die Helferin, ob sie was weiß, was anderen Patienten schon geholfen hat, ´ne Salbe oder so, eben was der Doktor vielleicht nicht aufschreiben darf“ (*Patient 3*)



# Praxisbasiertes Telefonmonitoring/

## ○○ Case-Management

- Geschulte MFA/Arzthelferin
- Klare Struktur, Kriterien und Aufgaben (Monitoring Liste),
- Nutzung des bestehenden Vertrauensverhältnisses zu Patienten. Kenntnis von Familie und Umfeld
  - Aktivierung der Patienten
  - Arztentlastung
  - Verbesserung der Versorgung
- Vgl. Rosemann et al. 2007, Peters-Klimm et al. 2009, Freund et al. 2010



•Foto : BMBF/PT DLR Gesundheitsforschung  
•(Arzthelferin mit ArtMol Monitoring-Liste)

# Arthrose-Monitoring-Liste

Datum des Telefonats/Zeitpunkt \_\_\_\_\_

Name des Patienten und Nummer \_\_\_\_\_

Name der Case Managerin \_\_\_\_\_

Information  
unverzüglich an  
Arzt

Bericht an Arzt

Unauffällig

1. Wie ist Ihr aktueller Schmerz im Vergleich zum Vormonat?

- Wesentlich geringer +
- Etwas geringer +
- Gleich +
- Stärker +
- Sehr viel stärker +

—  
—  
—  
—  
+

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Erinnern Sie sich an eine Situation, die einen extremen Schmerz auslöste. Wie war der Schmerz dabei im Vergleich zum Vormonat?

- Wesentlich geringer +
- Etwas geringer +
- Gleich +
- Stärker +
- Sehr viel stärker +

—  
—  
—  
—  
+

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wie war die durchschnittliche Schmerzintensität im Vergleich zum Vormonat?

- Wesentlich geringer +
- Etwas geringer +
- Gleich +
- Stärker +
- Sehr viel stärker +

—  
—  
—  
—  
+

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Die Lösung des Landarztproblems:  
Die Landbevölkerung greift zur Selbsthilfe

# Erwartungen der künftigen Ärztegengeneration

---

Online-Umfrage unter 1299 Medizinstudierenden in Baden-Württemberg im Februar 2010

Es ist mir (sehr) wichtig...

- ... Familie und Beruf vereinbaren zu können (90%)
- ... meinen Beruf auch in Teilzeit ausüben zu können (55%)
- ... meine Arbeitszeit flexibel gestalten zu können (55%)
- ... geregelte Arbeitszeiten zu haben (55%)

•Götz K, Miksch A, Hermann K, Loh A, Kiolbassa K, Joos S, Steinhäuser J. Berufswunsch „planungssicherer Arbeitsplatz“ - Ergebnisse einer Online-Befragung unter Medizinstudierenden. Dtsch Med Wochenschr 2011; 136: 253–257



# Niederlassung als Hausarzt

---

- Worauf kommt es jungen Ärztinnen und Ärzten an, wenn sie sich entscheiden, sich als Hausarzt niederzulassen?
  - Rahmenbedingungen für Familie und Lebenspartner (Kindergarten, Schule, Arbeitsplatz für Partner, etc.)
  - Lebensqualität im Umfeld
  - Finanzielle Bedingungen (Einkommenshöhe und Unterstützung bei Investitionen)
  - Berufliche Verpflichtungen (Bereitschaftsdienste und Verwaltungsaufwand)
  - Berufliche Kooperationsmöglichkeiten



# Bürgermeisterbefragung BaWü 2011

---

- Befragung aller Bürgermeister in Baden-Württemberg, unterstützt durch Gemeindetag
- N=698 (Rücklaufquote 63%)
- Gemeindestruktur:  
89% ländlich, 56% < 5.000 Einwohner
- Welche Maßnahmen kann Ihre Gemeinde ergreifen, um für junge Mediziner attraktiv zu sein?



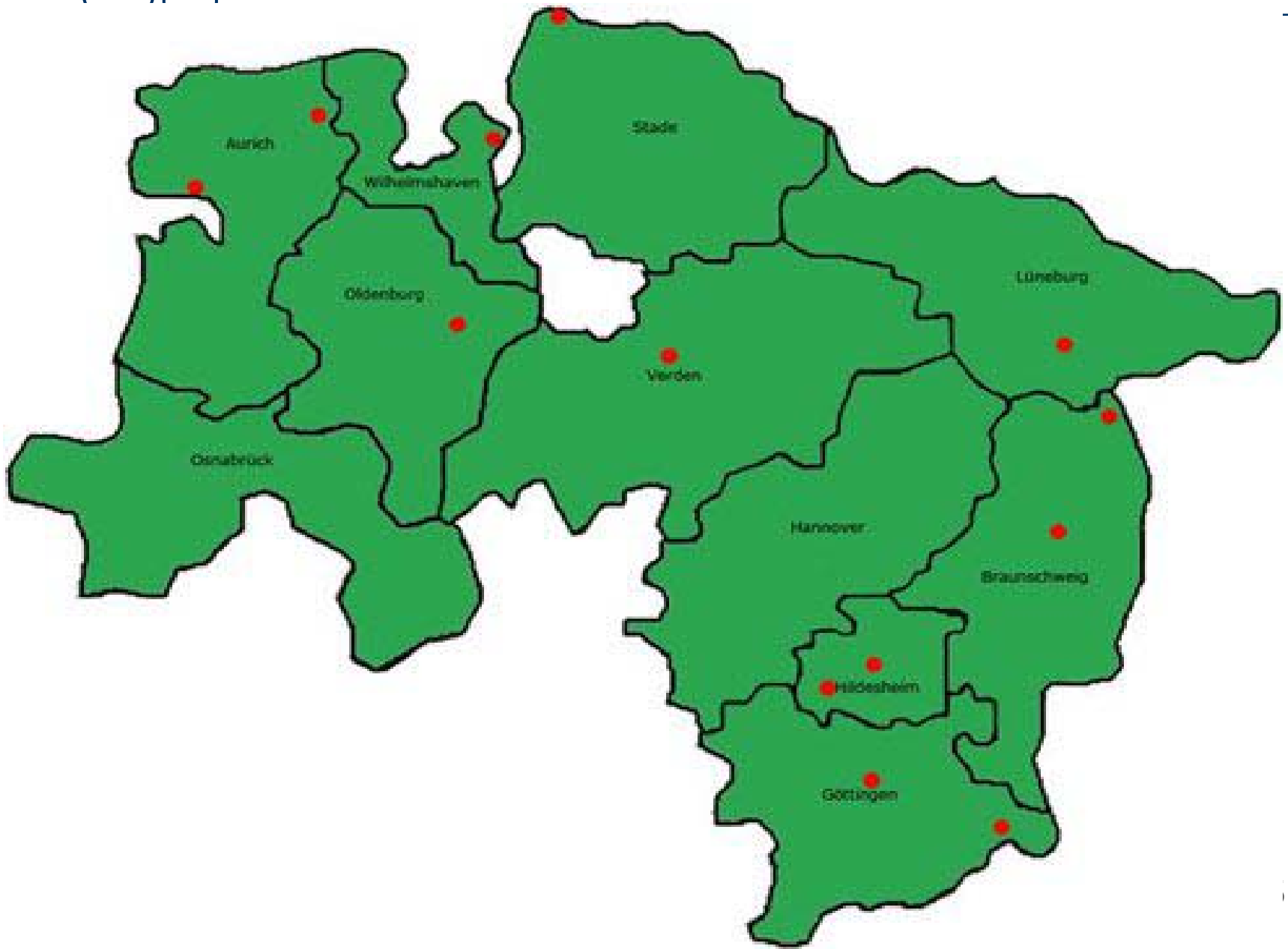
# Ergebnisse



Zur Publikation eingereicht, deshalb hier nicht dargestellt



# Verbundweiterbildung







- Weiterbildungszeiten für Hausärzte oft zu lang, (durchschnittlich 7 Jahre nach Abschluss des Studiums), zu unattraktiv, viele Hürden im Alltag der jungen ÄrztInnen
- **Rezepte**
  - Regionale Verbände (in Nds. Im Aufbau)
  - Koordinierungsstelle (in Nds. vorhanden)
  - **Curriculare Begleitung und Professionalisierung in Weiterbildungsgruppen**



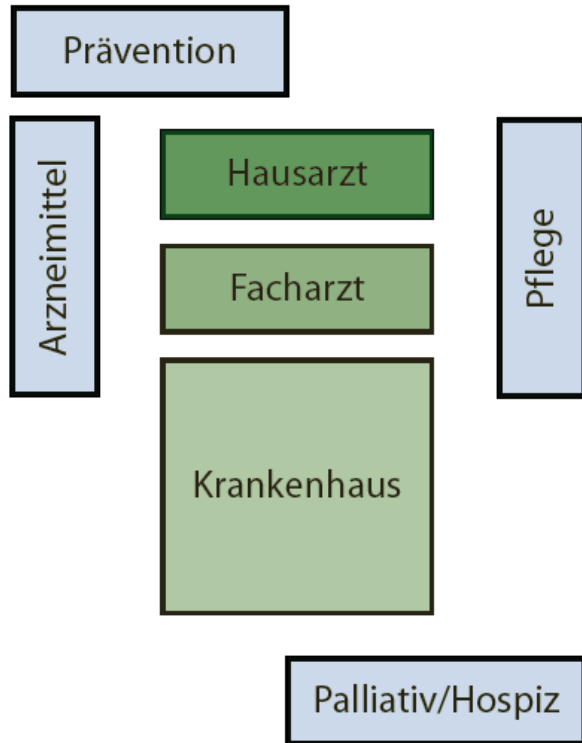
- Zukunftskonzept einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen



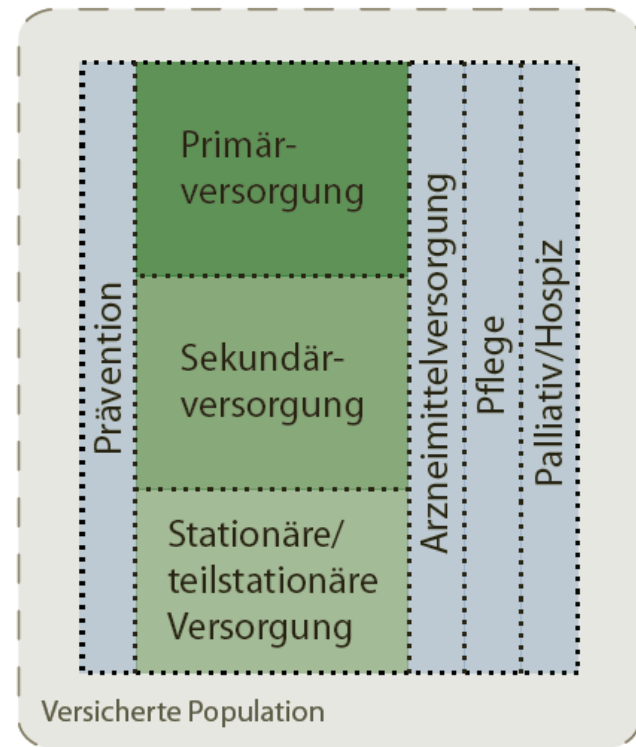
- Einstellung auf **demographischen Wandel**,
- Stärkung von **Nachhaltigkeit und Prävention**
- **Reduktion unnötiger Kontakte/Arbeitsbelastungen**
- Überwindung ineffizienter sektoraler Konkurrenz und **bessere Koordination**
- **Bedarfsgerechte Struktur der Leistungserbringer**
  
- Für den **Nachwuchs attraktive Arbeitsbedingungen**

# Empfehlungen des SVR

Traditionelles System  
Anbieter- und sektororientiert



Zukunftskonzept  
Populationsorientiert und sektorübergreifend





# Team, Gesundheitsberufe

---

- Mehr chronisch Kranke, multimorbide Patienten und dringend notwendige Stärkung der Prävention erfordern neue Formen der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Gesundheitsberufen in Krankenhäusern und Praxen sowie mit ambulanten Diensten.
- Aufbau gemeindebasierter Palliative Care-Teams insbesondere im ländlichen Raum
- Gesundheitsversorgung der Zukunft ist eine interprofessionelle Teamleistung.



- Aktivierung der Patienten (Schulung, Selbstverantwortung)
- Strukturierung der Versorgung durch Disease- und Case-Management
- Proaktive Steuerung
- Berücksichtigung von Ko- und Multimorbidität
- Betonung von Teamansatz und **sektorenübergreifender Kooperation**
- Neue Rollen für Ärzte und Nicht-Ärztliche Berufsgruppen



# Danke für Ihre Aufmerksamkeit

---

- [joachim.szecsenyi@med.uni-heidelberg.de](mailto:joachim.szecsenyi@med.uni-heidelberg.de)
- [Joachim.szecsenyi@aqua-institut.de](mailto:Joachim.szecsenyi@aqua-institut.de)