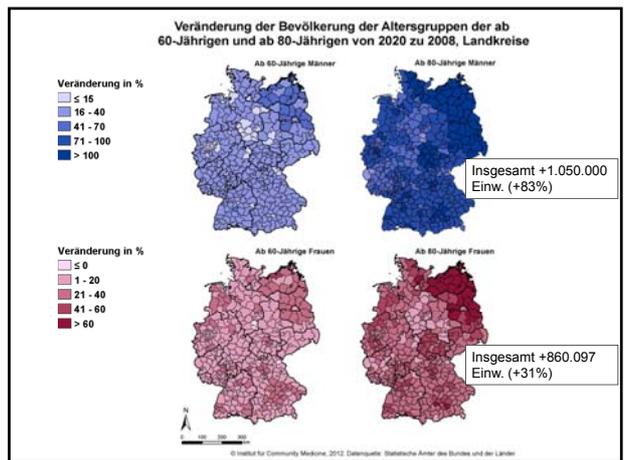
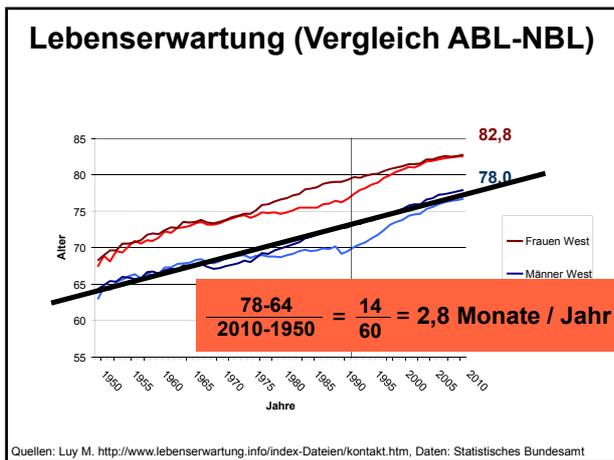
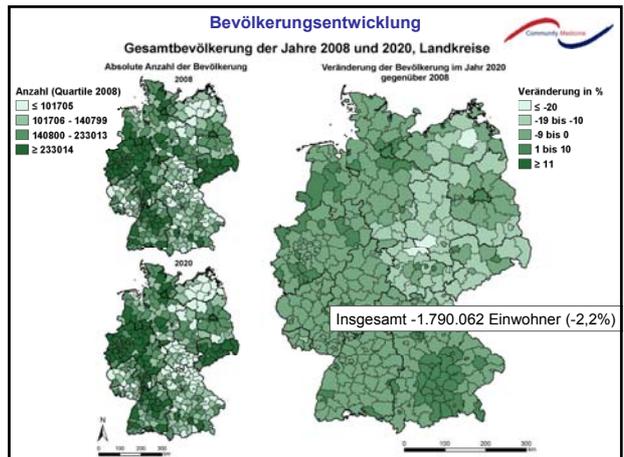




Krankheitslast und Versorgungssystem

Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, MPH
 Institut für Community Medicine,
 Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health
 Universitätsmedizin Greifswald

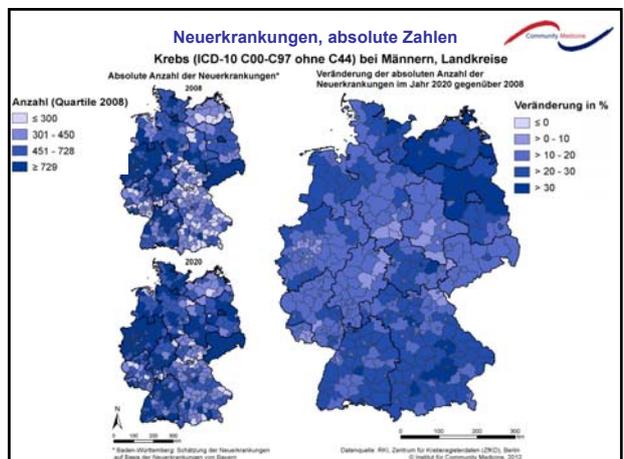
Symposium Reha 2020: Demographische Entwicklung, Freiburg, 01.02.2013

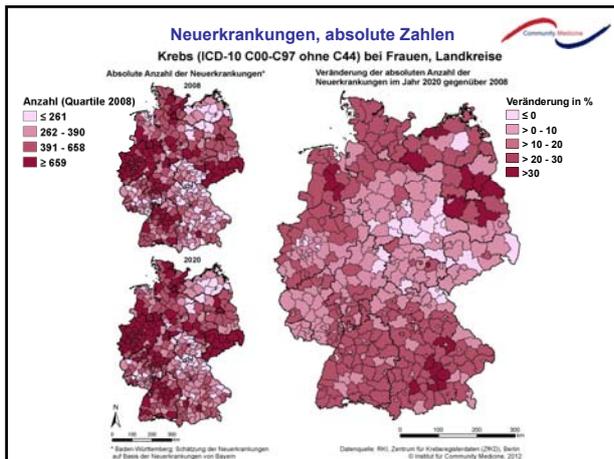



Versorgungsepidemiologische Auswirkungen des demografischen Wandels in Mecklenburg-Vorpommern

Hochrechnung der prävalenten bzw. inzidenten Fallzahlen altersassoziierter Erkrankungen in Mecklenburg-Vorpommern 2005 und 2020 sowie der prozentualen und absoluten Veränderung der Fallzahlen 2020 gegenüber 2005 basierend auf Bevölkerungsprognosen des Rostocker Zentrums und des Statistischen Amtes M-V

M-V	2005		2020	
	Fallzahlen	Fallzahlen	Fallzahlen	Veränderung
Basis: Bevölkerungsprognose Rostocker Zentrum				
Prävalenz				
Hypertonie	618 855	657 423	+ 6,2 % (+ 38 568)	
Diabetes	117 919	143 138	+ 21,4 % (+ 25 219)	
Myokardinfarkt	40 976	52 560	+ 28,3 % (+ 11 584)	
Schlaganfall	31 322	36 969	+ 18,0 % (+ 5 646)	
Osteoporose	66 629	79 636	+ 19,5 % (+ 13 006)	
Demenz	19 271	36 826	+ 91,1 % (+ 17 555)	
Inzidenz				
Krebs (Dickdarm)	728	953	+ 31,0 % (+ 225)	
Krebs gesamt	8 612	10 560	+ 22,6 % (+ 1 948)	





Prävalenz von Krankheiten in Deutschland 2007, 2030 und 2050 absolut und Veränderung in Prozent zu 2007

Erkrankung:	2007 (in Mio)	2030 (in Mio)	2050 (in Mio)
Sehbehinderungen	0,35	0,44 (+27%)	0,49 (+41%)
Osteoporose	8,3	10,2 (+23%)	10,4 (+26%)
Arthrose	13,6	15,6 (+15%)	14,9 (+9%)
Rheumatoide Arthritis	0,66	0,73 (+18%)	0,73 (+18%)
Chron. Rückenschmerzen	12,7	13,0 (+2%)	12,1 (-5%)
Diabetes mellitus	4,1-6,4	4,9-7,8 (+22%)	5,8-7,8 (+20% - +22%)
Schwerhörigkeit	8,8	10,8 (+23%)	11,2 (+28%)
Hypertonie	34,8	37,9 (+9%)	35,5 (+2%)
COPD	6,4	7,9 (+23%)	7,9 (+23%)
Demenz	1,1	1,6 (+51%)	2,2 (+104%)

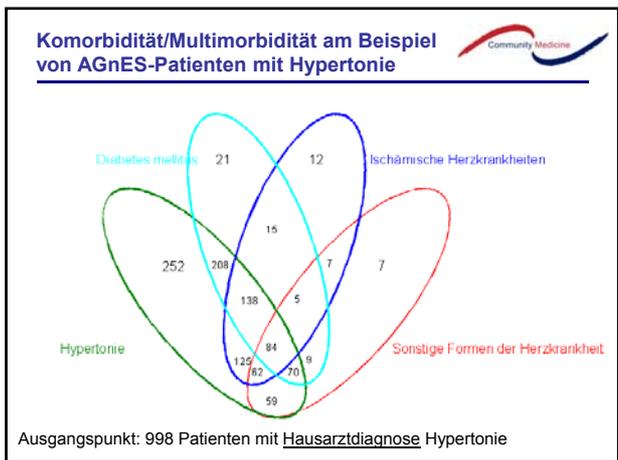
Quelle: Peters et al. Demografischer Wandel und Krankheitshäufigkeiten. Eine Projektion bis 2050. Bundesgesundheitsbl 2010, 53:417-426

Multimorbidität, AGnES: Diagnosen gesamt

Diagnose nach ICD 10	Anzahl Patienten*	%
Hypertonie	1113	78
Diabetes mellitus	741	52
Ischämische Herzkrankheiten	585	41
Sonstige Formen der Herzkrankheit	414	29
Arthrose	350	24
Stoffwechselstörungen	345	24
Zerebrovaskuläre Krankheiten	283	20
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	239	17
Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken ... und bestimmte Zustände, die die Multimorbidität beeinflussen	210	15

Multimorbidität:

- 95% der Patienten sind multimorbide
- durchschnittlich 6 Diagnosen, Range: 1-33 Diagnosen



Vorstoß für Rente mit 69

Wirtschaftswissenschaftler Wolfgang Franz kritisiert Seehofer's Kritik am Ruhestand mit 67.

Düsseldorf - Noch ist die überragende Kritik aus der CSU an der Rente mit 67 nicht verhallt, da wird bereits die Rente mit 69 gefordert. Der Chef des Wirtschafts-Sachverständigenrats, Wolfgang Franz, hält eine weitere schrittweise Anhebung der Altersgrenze für unvermeidbar. Er geht davon aus, dass die weiter steigende Lebenserwartung etwa ab 2045 ein ernstliches Rentendefizit auslösen wird. Die Rentenanstaltszahl von 08 Jahren und im Jahr 2060 von 09 Jahren erforderlich mache, sagte Franz. Ohne die weitere Verlagerung der Lebensarbeitszeit seien die Herausforderungen der alternden Gesellschaft finanziell nicht zu meistern. Zur Frage, ob es künftig genügend Arbeitsplätze für Ältere gibt, fügte er hinzu: Angesichts des hohen Fachkräftebedarfs dürften sich die Beschäftigungschancen Älterer in der Zukunft merklich verbessern.

Der CSU-Vorsitzende Horst Seehofer hatte am Wochenende moniert, es gebe bislang zu wenig Arbeitsmöglichkeiten für Ältere. Falls sich das nicht ändere, führe der spätere Rentenbeginn zu einer „faktischen Brutenkürzung“. Die Äußerungen haben eine neue Debatte über die längere Lebensarbeitszeit ausgelöst. Diakonien-Präsident Johannes Stockmeier forderte gestern eine realistische Diskussion über drohende Altersarmut. Die tatsächliche Härte der Altersversorgung der Zukunft müsse intensiver diskutiert werden, als es bisher der Fall war, sagte Stockmeier. SPD-Generalsekretärin Andrea Nahles nannte Seehofer's Kritik an der Rente mit 67 „schleierhaft“.

„Wona er es ernst meine, hätte er das Jahr 2011 nutzen müssen, um die schrittweise Anhebung des Rentenalters auf 67 ab dem 1. Januar 2012 in der Koalition zu verhindern“, sagte Nahles. In der Sache allerdings unterstützt sie den CSU-Chef. Es gebe derzeit zu wenig Chancen für Ältere auf dem Arbeitsmarkt.

Wer 1947 geboren wurde und daher in diesem Jahr 63 Jahre alt wird, muss einen Monat länger arbeiten. Für die folgenden Jahrgänge wird die Altersgrenze monatweise erhöht.

Oktober Zeitung 7.10.14, 4. Jah. von 2012, S. 1

Die Unabhängige für Mecklenburg-Vorpommern
OSTSEE ZEITUNG
 Greifswalder Zeitung

Schäuble lässt Rente mit 69 durchrechnen

Berlin – Zur Sicherung der Staatsfinanzen prüft die Bundesregierung laut einem Medienbericht, das Rentenmittelsalter um zwei auf 69 Jahre zu erhöhen. Dies geht aus dem bisher unveröffentlichten „Tragfähigkeitsbericht“ hervor, den Bundesfinanzminister Wolfgang Schäuble (CDU) noch in diesem Monat vorstellen will, berichtet das Nachrichtenmagazin „Focus“. Danach haben sich die Risiken für die dauerhafte Solidität der Staatsfinanzen spürbar erhöht. Der Bericht empfiehlt besonders den Abbau der strukturellen Erwerbslosigkeit, die Erhöhung der Zuwanderung sowie die „Verlängerung der Lebensarbeitszeit“. Seite 4

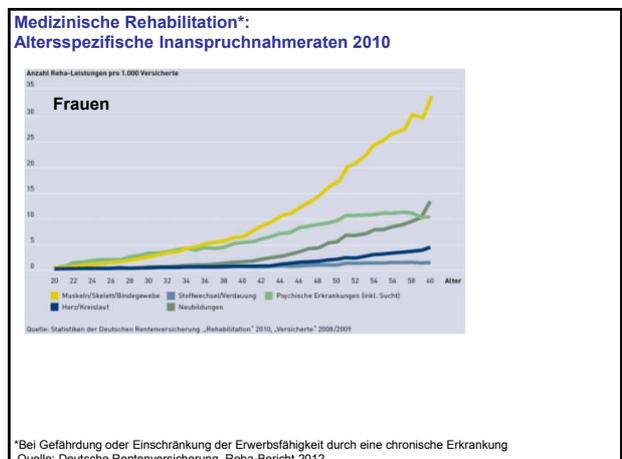
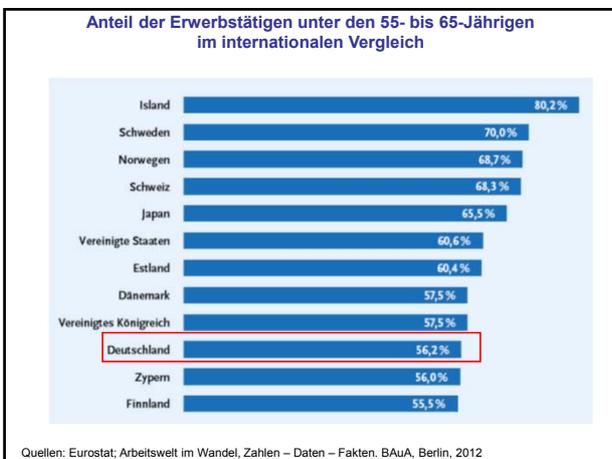
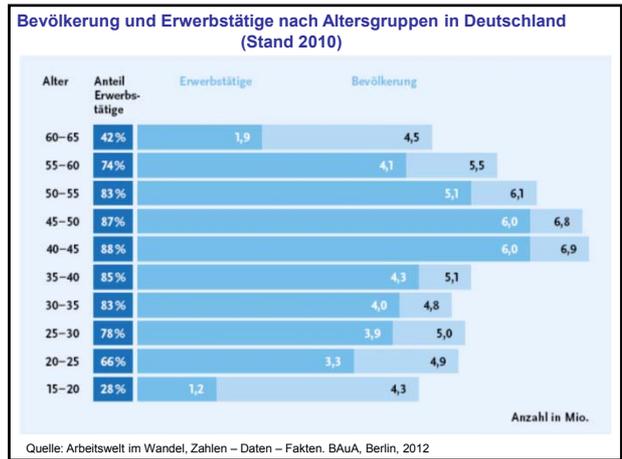
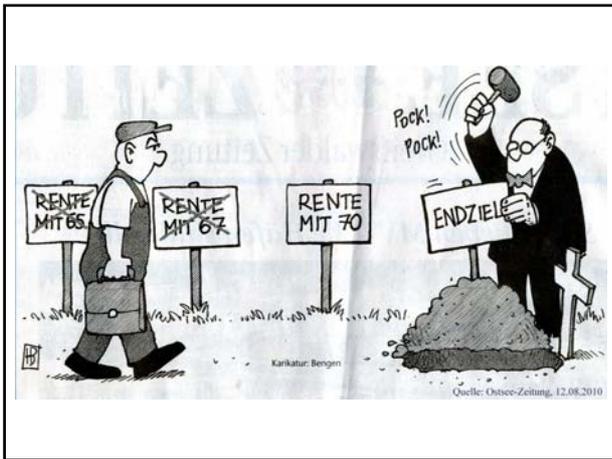
OSZ 2.11.2012
 OSZ 12.9.2011

Rente mit 69: Beamte in MV sollen länger arbeiten dürfen

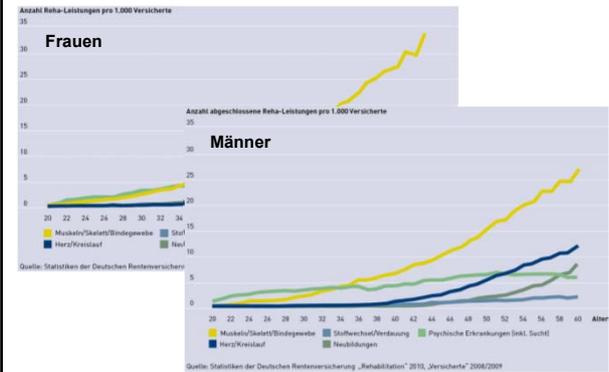
Landesregierung unterstützt Pläne von Bundesinnenminister Friedrich...

Rente erst mit 70?

Im Streit um die Rente mit 67 fordern jetzt Experten sogar einen Ruhestand ab 70. Alle Argumente - S. 2



**Medizinische Rehabilitation*:
Altersspezifische Inanspruchnahmeraten 2010**



*Bei Gefährdung oder Einschränkung der Erwerbsfähigkeit durch eine chronische Erkrankung
Quelle: Deutsche Rentenversicherung, Reha-Bericht 2012

Kein Nachwuchs: Firmen buhlen um die Alten

Geburtenkink und Abwanderung führen zu freien Stellen, Die Wirtschaft muss Anreize für ältere Mitarbeiter schaffen.

Hasenwinkel – Mecklenburg-Vorpommern verliert bis 2030 fast ein Drittel seiner Bevölkerung eine Million Erwerbstätigen und dies mit in der Wirtschaft des Landes zunehmend. Bis 2030 werden 300.000 junge Beschäftigte im Land keine abge-

len und das vorhandene Arbeitskräftepotenzial besser ausschöpfen“, mahnte Arbeitsministerin Manuela Schwesig (SPD). Diese Angabe zuzufügen, 300.000 junge Beschäftigte im Land keine abge-

schlossene Berufsausbildung. Diese Menschen gehen es berufstätig, tendiert zu qualifizieren und ihnen damit auch Möglichkeiten einer besseren Bezahlung zu eröffnen. Gute Erfahrungen mit zur Gesundheits-

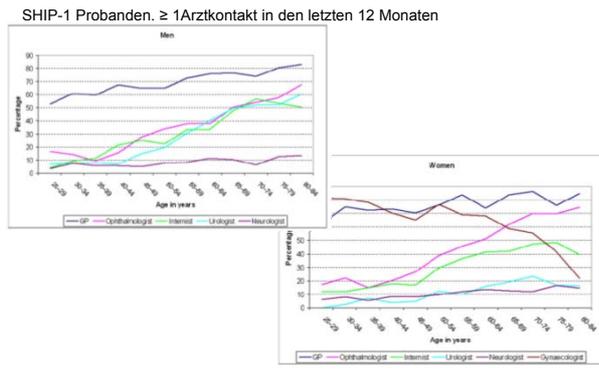
lung bei „Protekt Arbeitsverhältnisse machen krank“, sagte Schwesig. Sie kritisierte, dass die Bundesmittel für die Arbeitsmarktförderung reduziert. Plus MV würden damit 80 Millionen Euro weniger bereitstellen.



Gerhard Storzmann (49) arbeitet am Palletstand der Techno-Logistik in Golln (Ludwigslust-Parchim). Die Firma beschäftigt gezielt Ältere, 8-9-

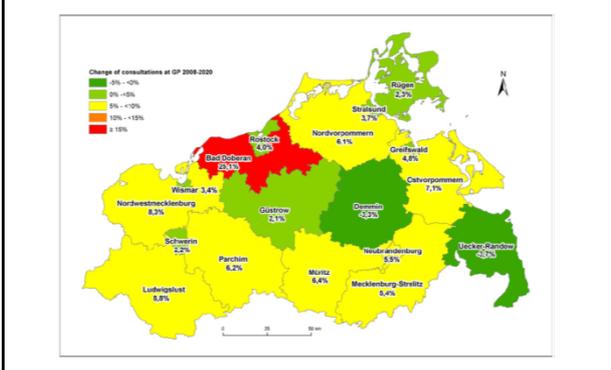
Um ihrem Fachkräftebedarf langfristig zu kommen, müssen die Firmen auch dafür sorgen, dass die Arbeitskraft ihrer älteren Mitarbeiter möglichst lange erhalten bleibt. „Große Konzerne leisten sich die umfangreiche Gesundheitsprogramme. Bei uns haben 60 Prozent der Firmen weniger als 20 Mitarbeiter. Die meisten: Hilfe und eine Anbindung an bestehende Angebote, zum Beispiel das Krankenkassen“, erläuterte die Ministerin. Sie kündigte den Einsatz von Gesundheitsberatern an. Im Herbst sollte das Programm starten. In dem Netzwerk sollen Arbeitnehmer, Gewerkschaften, Krankenkassen und Dienstleister zusammenarbeiten.

Inanspruchnahme medizinischer Leistungen



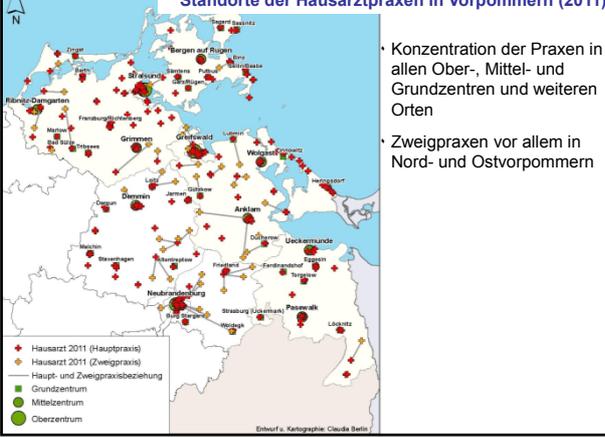
Siewert et al. Future outpatient health-care utilisation in an ageing population: projections up to the year 2020 based on the Study of Health in Pomerania (SHIP). J Public Health 2013

Entwicklung Anzahl der Arztkontakte, M-V 2008-2020



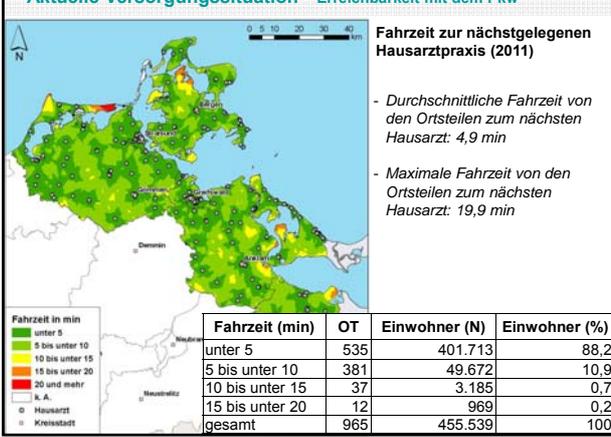
Siewert et al. Future outpatient health-care utilisation in an ageing population: projections up to the year 2020 based on the Study of Health in Pomerania (SHIP). J Public Health 2013

Standorte der Hausarztpraxen in Vorpommern (2011)

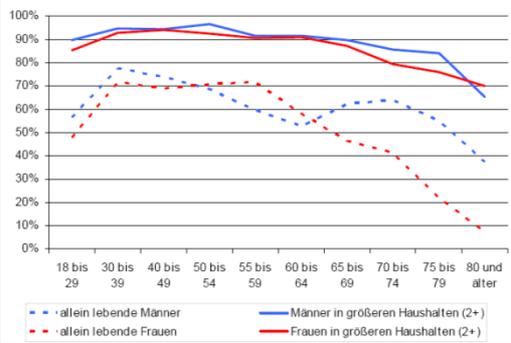


- Konzentration der Praxen in allen Ober-, Mittel- und Grundzentren und weiteren Orten
- Zweigpraxen vor allem in Nord- und Ostvorpommern

Aktuelle Versorgungssituation – Erreichbarkeit mit dem Pkw



Personen in Haushalten mit PKW nach Alter, Geschlecht und Haushaltsgröße



Quelle: ÖPNV: Planung für ältere Menschen. BMVBS 2010 S. 37

Line 344 Loitz - Gossow - Loitz

Liniennummer	Linienname	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
344	Loitz - Gossow - Loitz	1	1	1	1	1	1	1

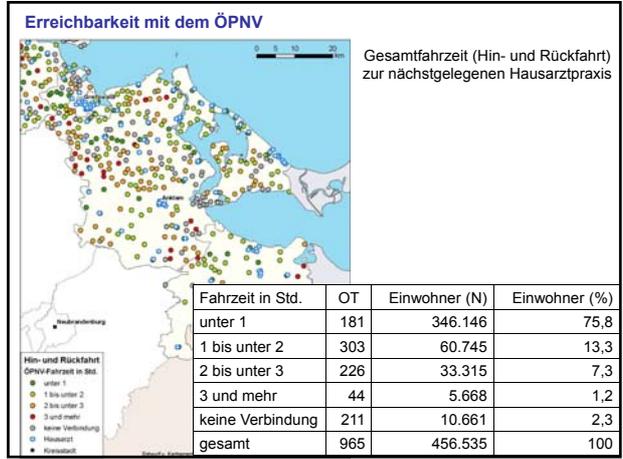
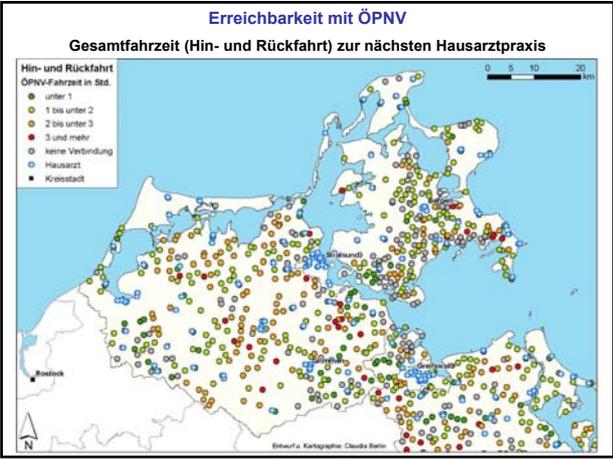
Liniennummer	Linienname	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
344	Loitz - Gossow - Loitz	1	1	1	1	1	1	1

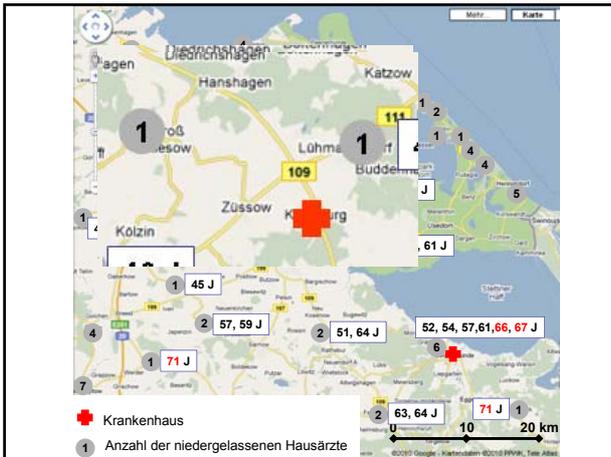


Modellrechnung: benötigte Zeit zur nächsten Hausarztpraxis mit ÖPNV

Annahmen:

- Wochentag: Dienstag (Schultag)
- Hinfahrt: zwischen 7 und 11 Uhr
- Rückfahrt: ab 12 Uhr bis 24 Uhr
- max. Fußwege:
 - Ortsmittelpunkt – Arztpraxis bzw. Klinik: max. 1000m
 - Ortsmittelpunkt – drei nächstgelegene Haltestellen: max. 1000m
 - zwischen den Haltestellen (Umsteigebereiche): max. 250m
 - Arztpraxis bzw. Klinik – drei nächstgelegene Haltestellen: 500m





AGnES:
Arztentlastende, Gemeindefnahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention

- ➔ Hausarztunterstützung durch qualifizierte PraxismitarbeiterInnen (Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, med. Fachangestellte, ArzthelferInnen)
- ➔ Basis: Delegation ärztlicher Tätigkeiten, insbesondere von Hausbesuchen

© Institut für Community Medicine, 2008

Deutsches Ärzteblatt 44

„Hausärzte wollen das nicht!“
 „Pat. akzeptieren das nicht!“
 „Schwestern/MFA können das nicht!“

Die Rückkehr der Gemeindegewestern

Deutsches Ärzteblatt, 3.11.2006

MALT-Lymphome: Strahlentherapie effizient und verträglich (Seite 2948)
 Krankenhäuser: Was die Gesundheitsreform konkret bringen wird (Seite 2907)

© ICM, EMAU

AGnES - Ausgewählte Ergebnisse I

- Anzahl der Patienten: 1.430
- Alter: durchschnittlich 78,6 Jahre
- Insgesamt 11.228 Hausbesuche

Systemische Effekte (Einschätzung Hausärzte, N=42) :

- 90,5%: „AGnES-Konzept **arztentlastend**“
- 88,0%: „AGnES **positiv für die Compliance** der Patienten“

Akzeptanz bei Patienten (N=667 Patienten)

- 94,3%: **AGnES übernimmt Hausbesuche** und spezielle Themen, der Hausarzt nur noch bei dringendem medizinischen Bedarf
- 98,7%: AGnES ist **kompetente Ansprechpartnerin** bei Gesundheitsfragen

van den Berg N et al. AGnES: Supporting General Practitioners With Qualified Medical Practice Personnel - Model Project Evaluation Regarding Quality and Acceptance. Dtsch Arztebl Int 2009, 106(1-2):3-9.

AGnES - Ausgewählte Ergebnisse II

Medizinische Qualität (Bewertung durch den Hausarzt, N=657 Patienten):
 „Die gemeinsame **medizinische Betreuung** des Patienten von Hausarzt und AGnES (auf Delegationsbasis) wies im bisherigen Projektzeitraum eine **vergleichbare Qualität** mit einer üblichen hausärztlichen Betreuung auf.“

- „stimme sehr zu“ (N=503) bzw. „stimme ziemlich zu“ (N=102) für **92,1%** der Pat.

Lebensqualität (N=887 Patienten)

- Psychische Komponente: $\Delta 2,2$ ($p < 0.0001$)
 → Klinisch relevant
- Körperliche Komponente: $\Delta 0,5$ ($p = 0.057$)

van den Berg N et al. AGnES: Supporting General Practitioners With Qualified Medical Practice Personnel - Model Project Evaluation Regarding Quality and Acceptance. Dtsch Arztebl Int 2009, 106(1-2):3-9.

Ärzte Zeitung, 29.11.2007

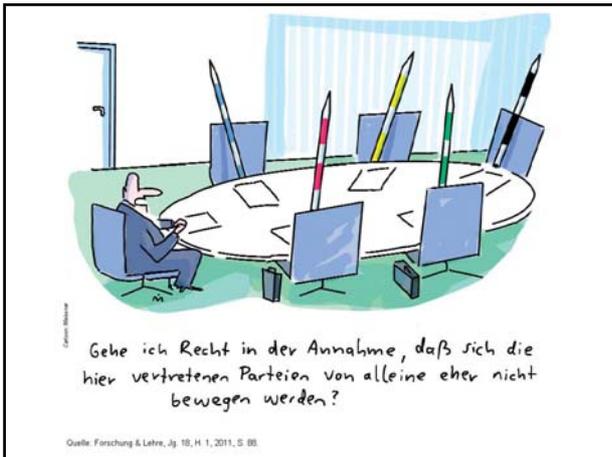
Ärzte in Brandenburg sehen "Schwester Agnes" als gefährlichen Irrweg

Kammer rügt Modellprojekte als "antiquiert"

COTTBUS/DAHLEWITZ (ami). Eine Neuausrichtung des Gemeindegewestern-Modells fordert die Ärztekammer Brandenburg. Dabei üben die Kammerdelegierten deutliche Kritik am aktuellen Modellprojekt in Brandenburg.

Die Kammer warnt in einer Resolution vor einer nostalgischen Verklärung der Gemeindegewestern. Die öffentliche Diskussion sei geprägt durch eine "unrealistische, idealisierte und antiquierte Vorstellung", mit der eine Fehlentwicklung riskiert werde.

Die Resolution wendet sich dagegen, dass in der ambulanten Versorgung eine so genannte dritte Säule zusätzlich zu Pflegediensten und niedergelassenen Ärzten durch "akademisierte Heilberufe" geschaffen werden soll. Das könne den Qualitätsstandard in der ambulanten Versorgung gefährden, so die Kammerdelegierten.



DEUTSCHER BUNDESTAG Ausschussdrucksache 16(11)936neu
 Ausschuss für Arbeit und Soziales 5. März 2008, 16. Wahlperiode
Änderungsanträge der Fraktionen CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)
 - Drucksache 16/7439 - S. 20

Begründung:
 ...
Berufsrechtlich setzt eine ärztliche Behandlung nicht zwingend die persönliche Anwesenheit des Arztes voraus. Ärztliche Aufgaben können durchaus auf nichtärztliches medizinisches Personal delegiert werden (z.B. Pflegefachkräfte), wenn dieses Personal für die Ausübung der Tätigkeit ausreichend qualifiziert ist.
 ...
Ein Beispiel für die beschriebene Delegation ärztlicher Leistungen auf nichtärztliches medizinisches Personal ist das seit 2005 in den neuen Bundesländern durchgeführte Modellprojekt der Gemeindegewerkschwester „AGnES“ (AGnES = Arztlastentende, Gemeindegewerkschwester, E-Healthgestützte, Systematische Intervention). Die Gemeindegewerkschwester besucht „als verlängerter Arm“ nach Anweisung des Hausarztes (Delegation) die Versicherten in ihrer Häuslichkeit und wird insbesondere vorbeugend, beratend, betreuend und therapieüberwachend tätig. Der Arzt ist bei dieser Tätigkeit nicht persönlich anwesend. Die Pflegefachkraft steht jedoch bei Durchführung der Tätigkeiten in zum Beispiel telemedizinischem Kontakt mit dem Arzt, der auf diesem Wege seiner Überwachungspflicht nachkommt.

Translation

Aus der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit vom 12.3.2008 (Drucksache 16/8525), in Kraft getreten 1.7.2008

8a. Dem § 87 Abs. 2b wird folgender Satz angefügt:

„Bis spätestens zum 31. Oktober 2008 ist mit Wirkung zum 1. Januar 2009 eine Regelung zu treffen, nach der ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen nach § 28 Abs. 1 Satz 2, die in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden, vergütet werden.“

§28 Abs. 1 Satz 2: Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist.

© ICM EMAU 2008

Arztentlastung - dafür gibt's viele Bewerber

Hausärzte werden zu einem knappen Gut. Entlastung ist gefragt. Doch wer soll es richten? AGnES, Verah oder doch Pflegekräfte?
Auch GEK will Einsatz der Mopras testen

Mobile Praxisassistentinnen / AOK hat bereits Erfahrung
Magdeburgerinnen auf Hausbesuch
 Die GEK und ihr Vertragspartner (KVOA), setzen dabei auf die Fortbildung zur "Entlastenden Versorgungsassistentin" in Nordrhein-Westfalen

Die Versorgungsassistentin "VERAH"
 teilt bei Hausbesuchen im Arzt nicht ersetzen", sagt Ina ...
 ...
Kostenfreie Qualifizierungsangebote für Delegation ärztlicher Leistungen
BÄK: Neue Fortbildung für Medizinische Fachangestellte
 Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung"

Internisten setzen auf "Schwester Agnes"
 ...
In Niedersachsen soll VERAH nun MoNi
 ...

POLITIK

NICHTÄRZTLICHE PRAXISASSISTENTIN

Die Versorgung im Team sichern

Die medizinische Versorgung älterer Menschen zu Hause werden künftig die niedergelassenen Ärzte allein nicht mehr leisten können. Sie werden mehr Aufgaben an ihr Fachpersonal delegieren müssen.

Greifen hier, ein Händschütteln dort – auf dem Fußweg durch die Innenstadt von Dorsten zum nächsten Patienten trifft die Medizinische Fachangestellte (MFA) Kirsten Rademacher auf viele bekannte Gesichter. Rademacher gehört zur Gruppe von zehn Medizinistinnen. Dabei achtet sie besonders auf mögliche Unfallstellen und Stolperfallen in der Wohnung. Über die Notwendigkeit eines geriatrischen Screenings oder eines Demenztests entscheidet in der Dorstener Gemeinschaftspraxis der Arzt. „Ich kläre immer alles mit dem ...“

Quelle: Dtsch Arztebl 2012; 109(11), 16.03.2012

AGnES Medikamentenreview: potentielle Wechselwirkungen (pDDI)

- Computergestütztes umfassendes, standardisiertes Medikamentenreview
- Dokumentation aller rezeptpflichtigen und freiverkäuflichen Medikamente einschließlich Dosierung, Einnahmezeitpunkt und Lagerung
- Erhebung Adhärenz und Nebenwirkungen
- In enger Kooperation mit Stammapotheker

Ergebnisse:

- N=779 Patienten, durchschnittlich 6,8 Wirkstoffe (SD = 3,3)
- 80,4% Patienten (N=626) mit ≥ 1 pDDI
- 58,3% Patienten (N=454) ≥ 1 mittelschwere oder schwere pDDI
- 26,4% der pDDI: Beteiligung freiverkäufliche Medikamente
- Determinanten (moderate oder ernste pDDI): Anzahl der Wirkstoffe (OR 1,48 / Wirkstoff) Endokrine, Ernährungs- oder metabolische Erkrankung (OR 1,52) Muskel-Skelett-Erkrankungen (OR 1,74)

Hoffmann W, van den Berg N, Thyrian JR, Fiss T. Frequency and determinants of potential drug-drug interactions in an elderly population receiving regular home visits by GPs - results of the home medication review in the AGnES-studies. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 2011; 20(12):1311-1318.

AGnES

Medikamente: Adhärenz, Nebenwirkungen

Ergebnisse für 414 Patienten mit ≥ 2 Anamnesen

- **Vergessen sie gelegentlich ein Medikament?**
Projektanfang 8,3% \rightarrow Projektende 3,7% ($p < 0,001^*$)
- **Verzichten Sie manchmal ganz bewusst auf ein Medikament?**
Projektanfang 5,2% \rightarrow Projektende 1,2% ($p < 0,05^*$)
- **Medikamentenliste vorhanden:**
Projektanfang 75,3% \rightarrow Projektende 90,5% ($p < 0,001^{**}$)
- **Erhalten Sie Unterstützung bei der Vorbereitung und Einnahme Ihrer Medikamente?**
Projektanfang 69,9% \rightarrow Projektende 80% ($p < 0,001^{**}$)
- **Hatten Sie in den letzten 3 Monaten Probleme mit Nebenwirkungen?**
Projektanfang 5,8% \rightarrow Projektende 4,8% ($p < 0,001^*$)



FIG T et al. Detection of drug related problems in an interdisciplinary health care model for rural areas in Germany. Pharmacy World and Science 2010 Oct;32(5):566-74

Das Modul Sturzprophylaxe: Präventive Maßnahmen zur Verhinderung von Stürzen in der Häuslichkeit

Ziele:

- Identifikation von Sturzrisiken in der Häuslichkeit
- Analyse der Umsetzung der Beseitigungsvorschläge und Empfehlungen

Inhalte:

- strukturierte Ermittlung krankheitsbedingter Risikofaktoren für Stürze
- Ermittlung der alltäglichen Mobilität (Timed up&go- Test nach Podsiadlo & Richardson, 1991)
- Wohnungsbegehung zur Ermittlung potentieller Gefahrenquellen
- patientenspezifischer Empfehlungen zur Sturzvorbeugung
- Überprüfung der Umsetzung der Empfehlungen sowie der Beseitigung der vorgefundenen Sturzgefahrenquellen in Folgebesuchen



Das Modul Sturzprophylaxe: Teilnehmer und ermittelte krankheitsbedingte Risikofaktoren

Teilnehmer:

- 547 Patienten, durchschnittlich 79.7 Jahre alt (SD=7.9, Range=38-98 J), 75.5% Frauen
- davon: 510 Patienten mit Wohnungsbegehung
- 450 Patienten mit Timed up&go-Test (Erfassung der Alltagsmobilität)

Ermittelte krankheitsbedingte Risikofaktoren für Stürze:

- Anzahl krankheitsbedingte Sturzrisikofaktoren ≥ 1 : 85.2% (N=466, MW=2, Range 1-4)
- davon: 71.7% (N=334) Balance- und Gangstörungen
- 67.8% (N=316) positive Sturzanamnese
- 61.4% (N=286) mit erhöhtem Sturzrisiko assoziierte Erkrankungen
- 24.3% (N=113) vorhandener eingeschränkter Visus*

*dazu zählen u.a. eine nicht optimal angepasste Brille/ Kontaktlinsen, ein eingeschränktes Gesichtsfeld

Das Modul Sturzprophylaxe: Alltägliche Mobilität (Timed up&go-Test nach Podsiadlo & Richardson, 1991)

Ermittelte alltägliche Mobilität (Timed up&go- Test), N=450:

- Gehgeschwindigkeit unter 10 Sekunden (Patienten in alltäglicher Mobilität vollständig unabhängig): 2.9% (N=13)
- Gehgeschwindigkeit zwischen 11-19 Sekunden (Patienten mit Mobilitätseinschränkung, in der Regel jedoch ohne funktionelle Auswirkung): 38.9% (N=175)
- Gehgeschwindigkeit zwischen 20-29 Sekunden (Patienten mit Mobilitätseinschränkung, die funktionelle Auswirkungen haben kann (Grauzone)): 32.9% (N=148)
- Gehgeschwindigkeit über 30 Sekunden (Patienten mit ausgeprägter Mobilitätseinschränkung): 25.3% (N=114)



Abbildung aus Hager, 2004

Das Modul Sturzprophylaxe: Patientenspezifische Empfehlungen zur Sturzvorbeugung (N=547 Patienten, 89.9% mit mind. 1 – 8 Empfehlungen)

Empfehlungen zur Sturzvorbeugung (Mehrfachnennungen möglich)	gesamt ausgesprochen	
	N	
Festes Schuhwerk tragen	369	
Ausreichende Flüssigkeitsaufnahme	346	
Gehhilfen benutzen	323	
Kraft- und Balanceübungen durchführen	167	
Notrufsystem verwenden	107	
Augenarzt/ Optiker aufsuchen	105	
Hüftprotektoren tragen	24	
Sturzmelder verwenden	17	
Sonstige Empfehlungen	33	
Gesamt	1491	

* bei N=69 Patienten war eine Überprüfung der Umsetzung nicht möglich

Das Modul Sturzprophylaxe: Wohnungsbegehung – Identifikation und Beseitigung potentieller Sturzquellen (N=510 Patienten, 76.5% mit mind. 1 – 14 Sturzquellen)

Gefahrenquellen für Stürze in der Häuslichkeit (Mehrfachnennungen möglich)	gesamt vorgefunden		gesamt behoben*	
	N		N	%
Lose Teppiche/ Läufer/ Matten	453		171	37.8
Zu enge Möbelaufstellung	132		20	15.2
Fehlende Haltegriffe/ Geländer	131		38	29.0
Fehlende Duschhocker	86		34	39.5
Fehlende rutschfeste Matten im Wannen-/ Duschbereich	85		36	42.4
Ungeeignete Aufbewahrung von Alltagsgegenständen	43		15	34.9
Ungeeignete Beleuchtung	38		20	52.6
Lose Kabel	38		24	63.2
Verwendung riskanter Hilfsmittel	16		9	56.3
Sonstige Risikofaktoren	183		25	13.7
Gesamt	1205		392	30.3

* bei N=527 Patienten war eine Überprüfung der Umsetzung nicht möglich

Juristische Aspekte der Delegation an nichtärztlichen Mitarbeitern mit relevanter Ausbildung

Allgemeine Delegationsvoraussetzungen*:

- Feststellung der formalen Qualifikation durch den Arzt
- Stichprobenartige Überprüfung der Qualität der Leistungen durch den Arzt
- Delegation außerhalb der Rufweite:
- ... eine Abwesenheit des Arztes kann um so eher hingenommen werden je höher Kenntnisstand und Erfahrung des Mitarbeiters in Bezug auf die delegierte Leistung sind ...

Juristische Prüfung der Delegationsfähigkeit:**

- Viele delegierte Tätigkeiten erfordern zwingend eine zusätzliche Qualifizierung
- Höherer Qualifizierungsbedarf für MFA im Vergleich zu Pflegekräften
- delegierbares Leistungsspektrum (fast nur) abhängig von der Qualifikation

Quellen:
* BÄK und KBV. Persönliche Leistungserbringung - Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen. 29.08.2008
** van den Berg et al. Überführung des AGnES-Konzeptes in die Regelversorgung: Juristische Bewertung, Vergütung, Qualifizierung. Das Gesundheitswesen 2010; 72:295-292.

Entwicklung des AGnES-Curriculums mit der Hochschule Neubrandenburg

SchriftenREIHE G der Hochschule Neubrandenburg

Roman Frank Oppermann, Hagen Rogalski, Wolfgang Hoffmann, Nadja van den Berg, Adina Dreier (Herausgeber)

Qualifikation "Community Medicine Nursing" - Konzept Curriculum - Band I

Neubrandenburg und Greifswald im Oktober 2008
Reihe G, Band 6

Nadja van den Berg, Hagen Rogalski, Roman Frank Oppermann, Wolfgang Hoffmann

Das AGnES Curriculum
Entwicklungsprozess und Praxisimplikationen aus dem AGnES-Multifunktion (2006 - 2008) für die Durchführung in stichwortartigem Rahmen in der Häuslichkeit der Patienten nach § 17 Abs. 1a SGB V

Greifswald und Neubrandenburg im März 2009

Wie geht es weiter ?

Dreier A, Rogalski H, Oppermann RF, Terschüren C, van den Berg N, Hoffmann W. A curriculum for nurses in Germany undertaking medically-delegated tasks in primary care. Journal of Advanced Nursing 2010, 66(3), 635-644.

In Press:
Systemische, multidimensionale Evaluation des Curriculum über die Praxisphase im „Community Medicine Nursing“-Projekt zur Entwicklung eines praxisnahen, lernenden Curriculum (Diss. H. Rogalski)

Weiterentwicklung im Bereich Telemedizin:
Kraft M, Van den Berg N, Kraft K, Lerch M, Hoffmann W. Telemedicine in malnourished patients. Maturitas 2012

Weiterentwicklung im Bereich Demenz:
Ambulante Betreuungsmanager für Patienten mit Demenz: Ermittlung des Anforderungsprofils, des Qualifikationsbedarfes und der Qualifizierungsinhalte im allgemein-medizinischen Versorgungskontext in einer Modellregion Mecklenburg-Vorpommern (A. Dreier)

Wie g

Pressemittteilung

Die ersten beiden Pflegewissenschaftler haben an der Universitätsmedizin Greifswald promoviert
Constanze Steinke Pressearbeit
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
12.06.2012 11:52

Wissenschaftliche Kooperation zwischen Pflege und Medizin ist zukunftsweisend

Die Akademisierung der pflegerischen Profession ist derzeit ein hochaktuelles Thema. Angesichts der demographischen Entwicklung in Deutschland und der daraus resultierenden Bedarfe innovativer Qualifikations- und Versorgungsansätze entstanden erstmalig in der 55-jährigen Geschichte der Greifswalder Universitätsmedizin pflegewissenschaftlich geprägte Doktorarbeiten.

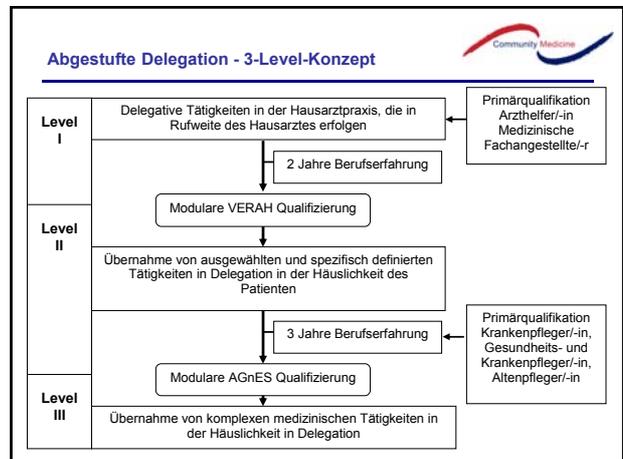
Ich hoffe, dass diese beiden erfolgreich abgeschlossenen Arbeiten ein Vorbild für weitere Dissertationsprojekte aus dem pflegewissenschaftlichen Bereich in der Medizin sind“, sagte der Greifswalder Dekan Prof. Wolfgang Hoffmann stolz. Er erachtet die Kooperation zwischen der Pflege und der Medizin als zukunftsweisend und unter den künftig zu erwartenden Versorgungsproblematiken als unumgänglich.

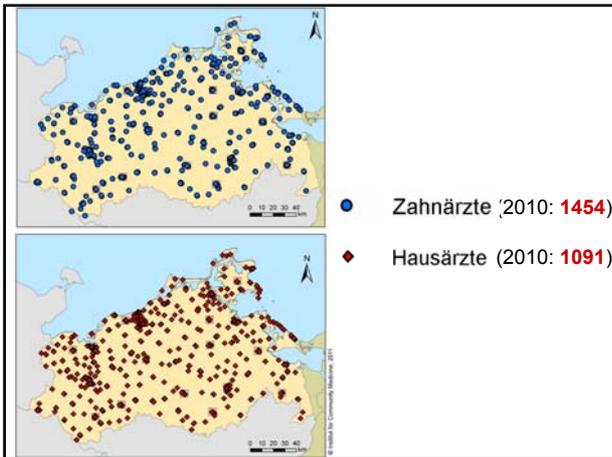
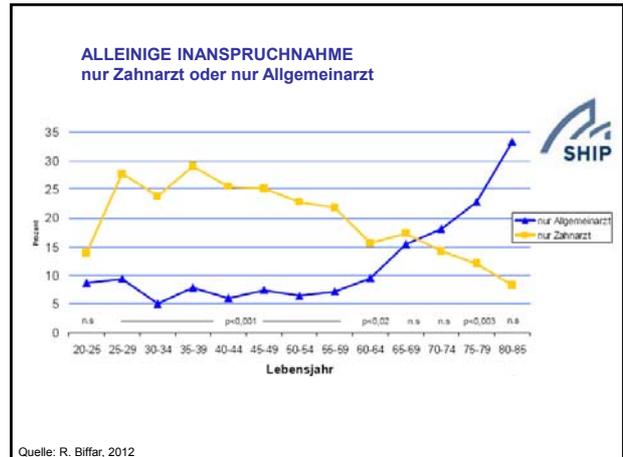
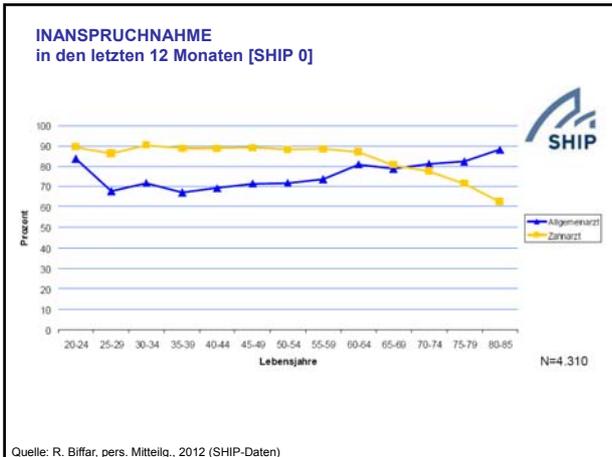
Auch der Neubrandenburger Dekan, Prof. Roman Frank Oppermann, unterstützt die gemeinsame Forschung beider Professionen. Darüber hinaus betont er, dass mit Blick auf die künftigen Versorgungsentwicklungen bedarfsgerechte Qualifizierungsprojekte notwendig sind. Dies schließt die akademische Aus- und Weiterbildung ein, die nach Ansicht von Oppermann und Hoffmann nur in Kooperation zwischen Medizin und Pflegewissenschaft erfolgreich entwickelt, erprobt, evaluiert und letztlich in das Gesundheitssystem übernommen werden können. Die Arbeiten von Dreier und Rogalski haben hier einen Grundstein gelegt, auf den es aufzubauen gilt.

Dr. rer. med. Adina Dreier
Foto: UMG

Abgestufte Delegation 3-Level-Konzept	Beschreibung	Beispieltätigkeiten
I	Delegierte Tätigkeiten in der Hausarztpraxis (Rufweite)	- Gewichtsmessung - Körpergrößemessung - Impfung - Peak Flow Messung
II	Ausgewählte und spezifisch definierte Tätigkeiten in der Häuslichkeit des Patienten	- Blutdruckmessung - Blutzuckermessung - Pulsmessung - Verbandsanlege und -Wechsel - Blutentnahme
III	Selbständige Übernahme von komplexen Tätigkeiten in der Häuslichkeit	- Spritzen (subkutan, intramuskulär) - Darmentleerung - Blasenentleerung (Einmalkatheter) - Beurteilung Versorgungssituation (medizinisch, pflegerisch, sozial) - Initiierung der Beantragung einer Pflegestufe - Durchführung von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen (z.B. Dekubitusprophylaxe, Sturzprophylaxe) - Beratungstätigkeiten (z.B. Medikamente, Ernährung, Beantragung von Hilfen)

Hoffmann W, van den Berg N, Dreier A. Qualifikationskonzept für eine abgestufte Delegation medizinischer Tätigkeiten an nichtärztliche Berufsgruppen - das „Greifswalder 3-Level-Modell“. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2010; 53:100-106.





Konsequenz: Mehr Medizin für Zahnmediziner

Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de

Approbationsordnung für Zahnärzte

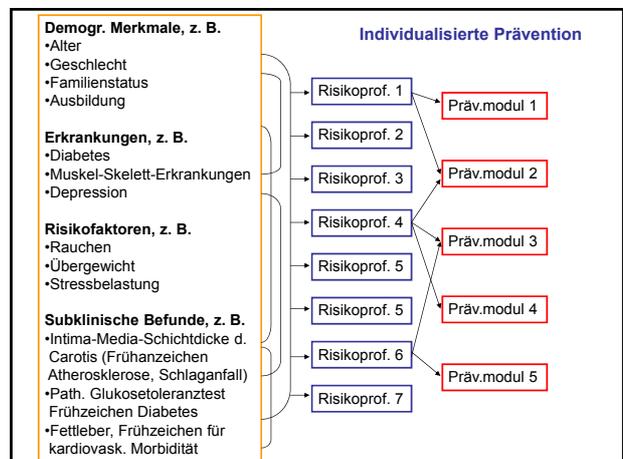
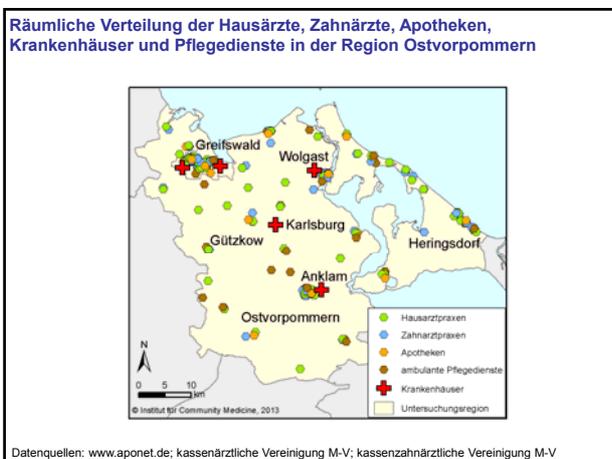
ZÄPrO
Ausfertigungsdatum: 26.01.1955
Volltext:
Approbationsordnung für Zahnärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2123-2, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 34 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist

Stand: Zuletzt geändert durch Art. 34 G v. 6.12.2011 I 2515

Fußnote
(*** Textnachweis Geltung ab: 1.9.1973 ***)

Überschrift: IdF d. Art. 1 Nr. 1 V v. 17.12.1986 I 2524 mWv 24.12.1986 im Saarland eingeführt durch V v. 26.8.1957 I 1255 mWv 1.9.1957

Eingangsformel
Auf Grund des § 2 Abs. 3 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde vom 31. März 1952



Fazit und Ausblick

Aufrechterhaltung der med. Versorgung in ländlichen Regionen:

- Delegationsmodelle: Sinnvolle Verteilung der Aufgaben und Kompetenzen zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen und Sektoren.
- Kompensation von gefährdeten Aufgaben und Funktionalitäten, z. B.
 - Aufgaben im ambulanten Bereich werden durch Kliniken unterstützt
 - Unterstützung von kleineren Häusern durch Facharztkompetenz (Klinik und/oder KV-Ärzte)
 - Einzelpraxen, medizinische Versorgungszentren, Kliniken kooperieren in regionalen Behandlungspfaden
 - Integration Telemedizinischer Funktionalitäten
- Gute Akzeptanz bei den Patienten, weniger gute bei der Selbstverwaltung...

Voraussetzungen

Qualifikation für neue Aufgaben und neue Berufsbilder im Gesundheitswesen
 valide Qualitätsmessung am Patienten mit Steuerungswirkung
 Abbau (berufs-)rechtlicher Hürden
 entschlossenes politisches Handeln

Fazit und Ausblick

Ziel
 Umfassende, integrierte, angepasste (Bedarfe, Ressourcen) regionale Versorgung.



Quelle: www.designkrefeld.de/jungblog/?tag=innovati

