

Neue Organisations- und Betriebsformen in der ambulanten Versorgung und die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und anderen Gesundheitsberufen

Dr. Grit Braeseke

Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft, Berlin

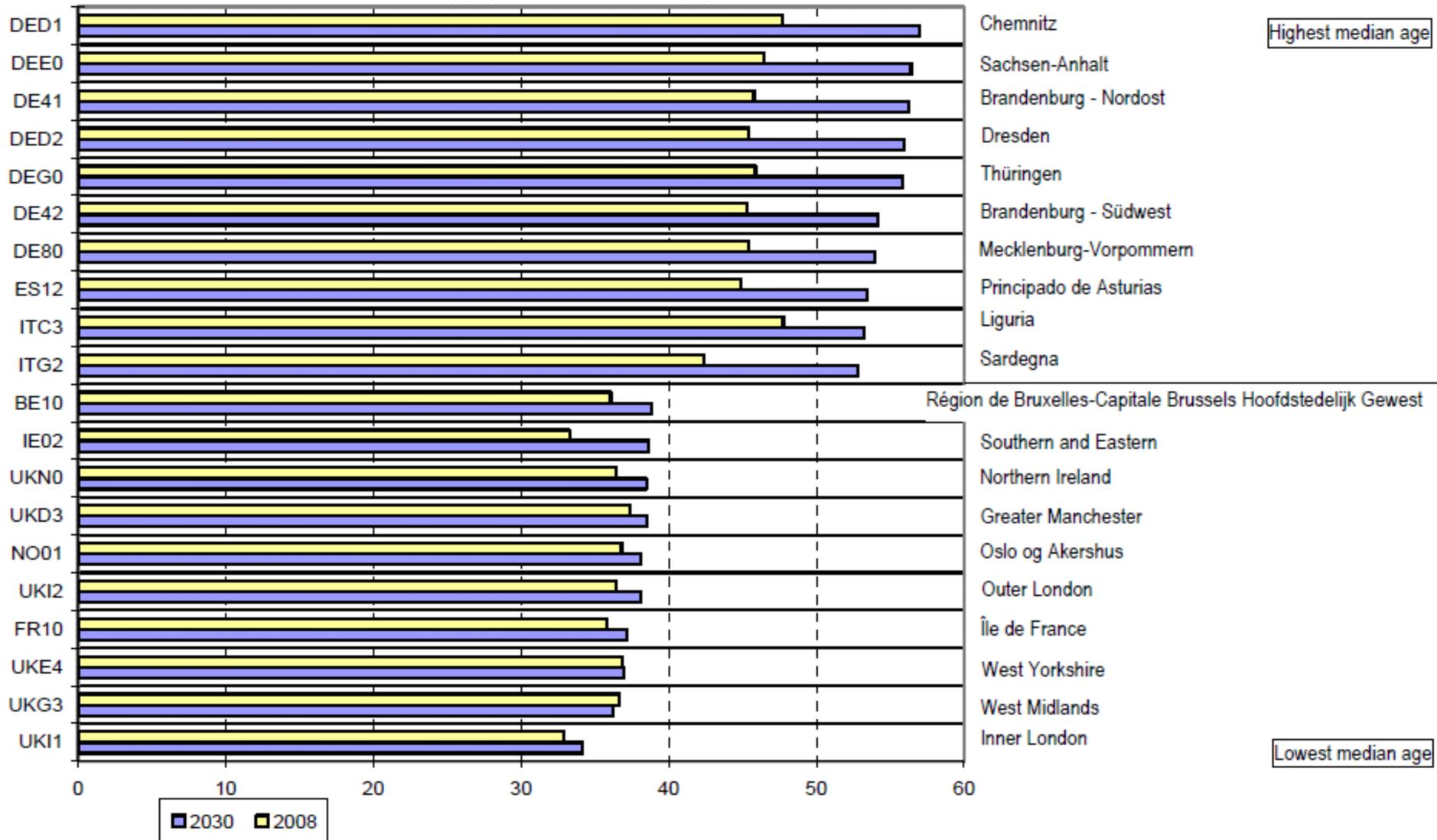


- Gegründet im Herbst 2007 auf Initiative der contec - Gesellschaft für Organisationsentwicklung mbH
- Sitz in Berlin-Mitte, Reinhardtstr. 31
- Website: www.iegus.eu

Aktuelle Projekte:

- Studie „Entwicklung der Angebotsstruktur der Beschäftigung sowie des Fachkräftebedarfs im nichtärztlichen Bereich der Gesundheitswirtschaft“ i. A. des BMWi (Partner: IAW Tübingen und WifOR Darmstadt)
- Studie „Unterstützung Pflegebedürftiger durch technische Assistenzsysteme“ im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums (Partner: VDI/VDE+IT GmbH)
- Evaluierung des Pilotprojektes „Fachkräftegewinnung für die Pflegewirtschaft“ mit Vietnam im Auftrag des Bundeswirtschaftsministeriums (Partner: BBJ, Siebold)
- EU-Projekt (DG SANCO) zur Ausbildung von Pflegehilfskräften (Netzwerk mit 15 EU-Ländern) (2010 – 2013)

Ostdeutsche Regionen bald älteste Europäer



Highest median age

Lowest median age

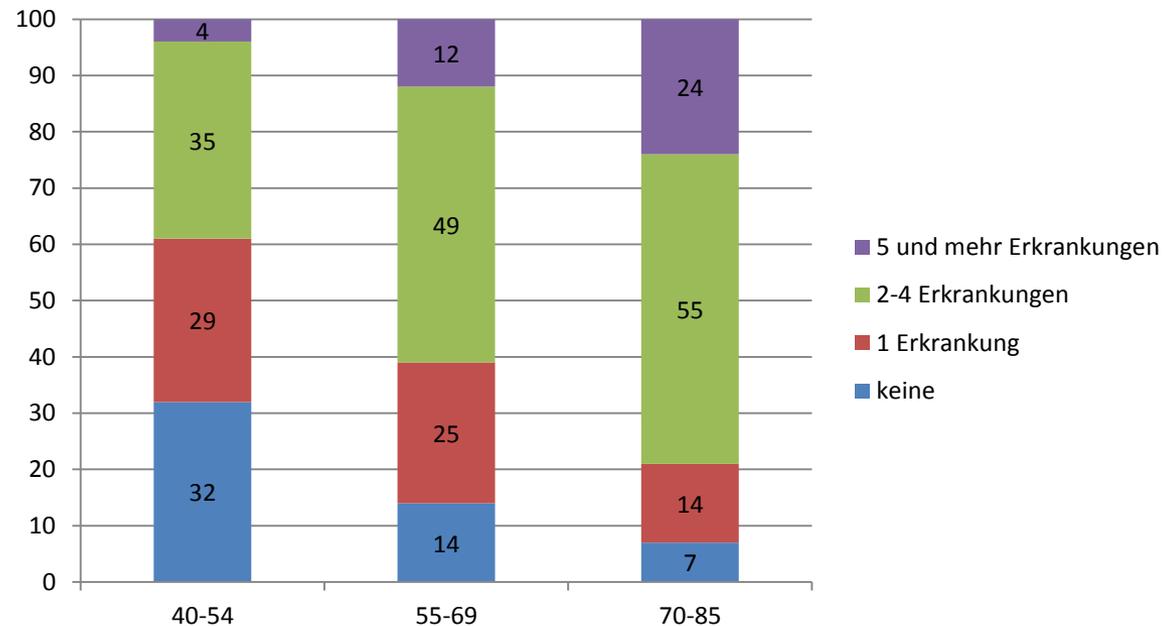
Source: Eurostat, regional EUROPOP2008

Ursachen für eine Veränderung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe

- Zunahme von Patienten mit chronischen Leiden und Multimorbidität
- Veränderte Bedürfnisse und Bedarfe der Patienten
- Regionale Versorgungsengpässe

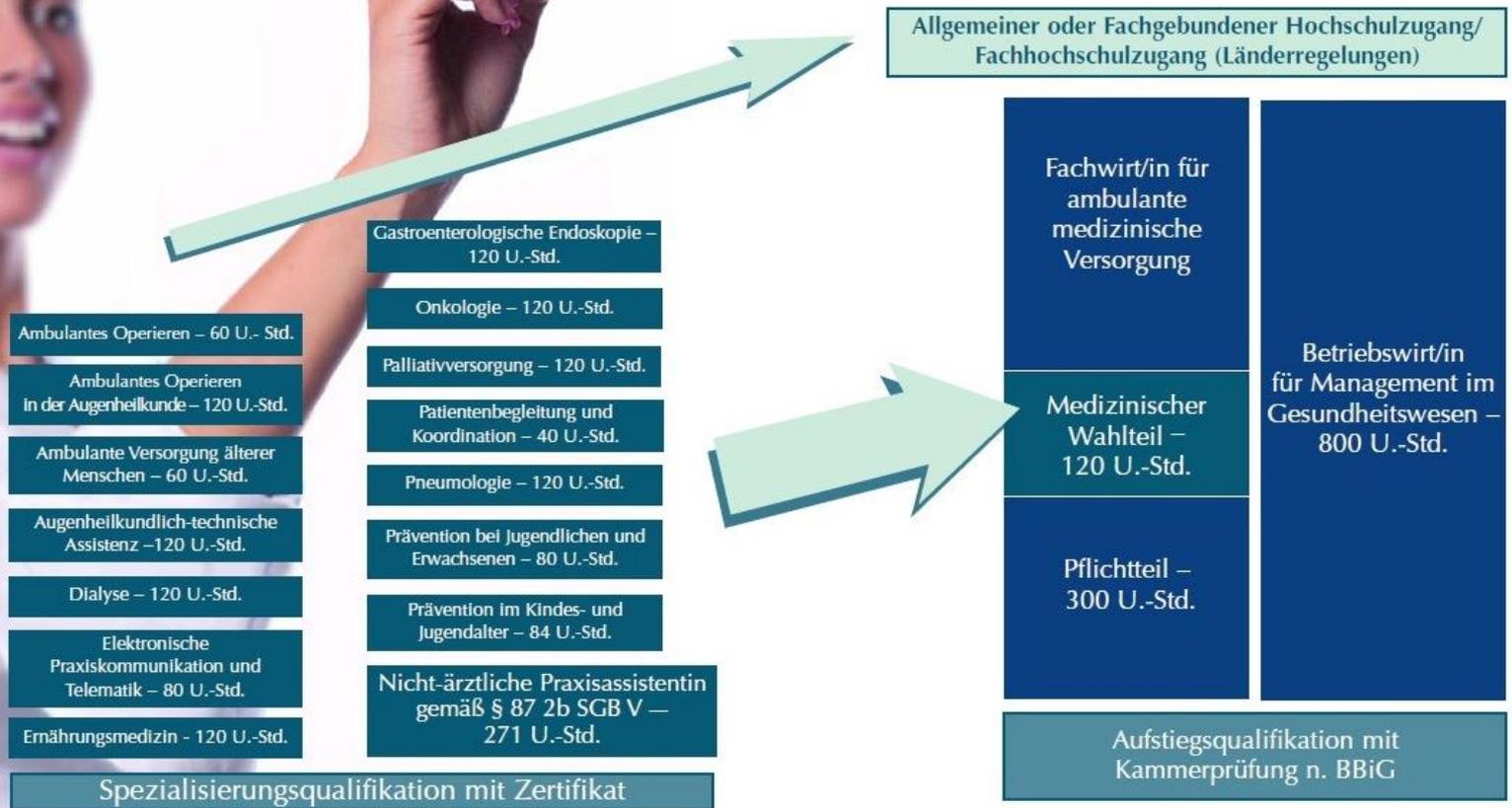
- Gewandelte Versorgungsstrukturen
- Spezialisierung
- Neue technische Möglichkeiten in Diagnostik und Therapie
- Akademisierung der Gesundheitsberufe

Morbidität nach Altersgruppen (Anteil in %, Quelle: DZA 2002)



Quelle: SVR 2007: 39.

Karrierewege der Medizinischen Fachangestellten



Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten mit Abschlussprüfung/Brief

www.fortbildung-mfa.de

Defizite der interprofessionellen Zusammenarbeit

- Die Verteilung der Tätigkeiten zwischen den Gesundheitsberufen entspricht nicht den demografischen Entwicklungen sowie den Veränderungen im Morbiditätsspektrum.
- Der Prozess der Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Pflegenden ist durch Rechtsunsicherheit gekennzeichnet.
- Die interprofessionelle Standardisierung von Arbeitsabläufen ist zu wenig ausgeprägt.
- Es besteht eine nicht immer effiziente Arztzentriertheit der Krankenversorgung (z. B. Wundbehandlung).
- Die Gesundheitsberufe werden in ihrer Ausbildung nicht adäquat auf die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen vorbereitet.

Herausforderungen der hausärztlichen Versorgung in Deutschland

Auf Basis eines internationalen Vergleichs

- Überdurchschnittliche Arztdichte bei zunehmender Fehlverteilung zwischen ländlichen und städtischen Regionen sowie zwischen hausärztlicher Grundversorgung und spezialisierter fachärztlicher Versorgung im ambulanten Bereich
- Hohe Behandlungsdichte je Arzt und vergleichsweise geringe Behandlungszeit je Patient
- Vergleichsweise geringe Nutzung von elektronischen Hilfsmitteln
- Hoher Verwaltungsaufwand (u. a. durch Organisation in Einzelpraxen)
- Verbesserungsfähige Kooperation und Koordination zwischen Schnittstellen
- Künftige Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Gebieten

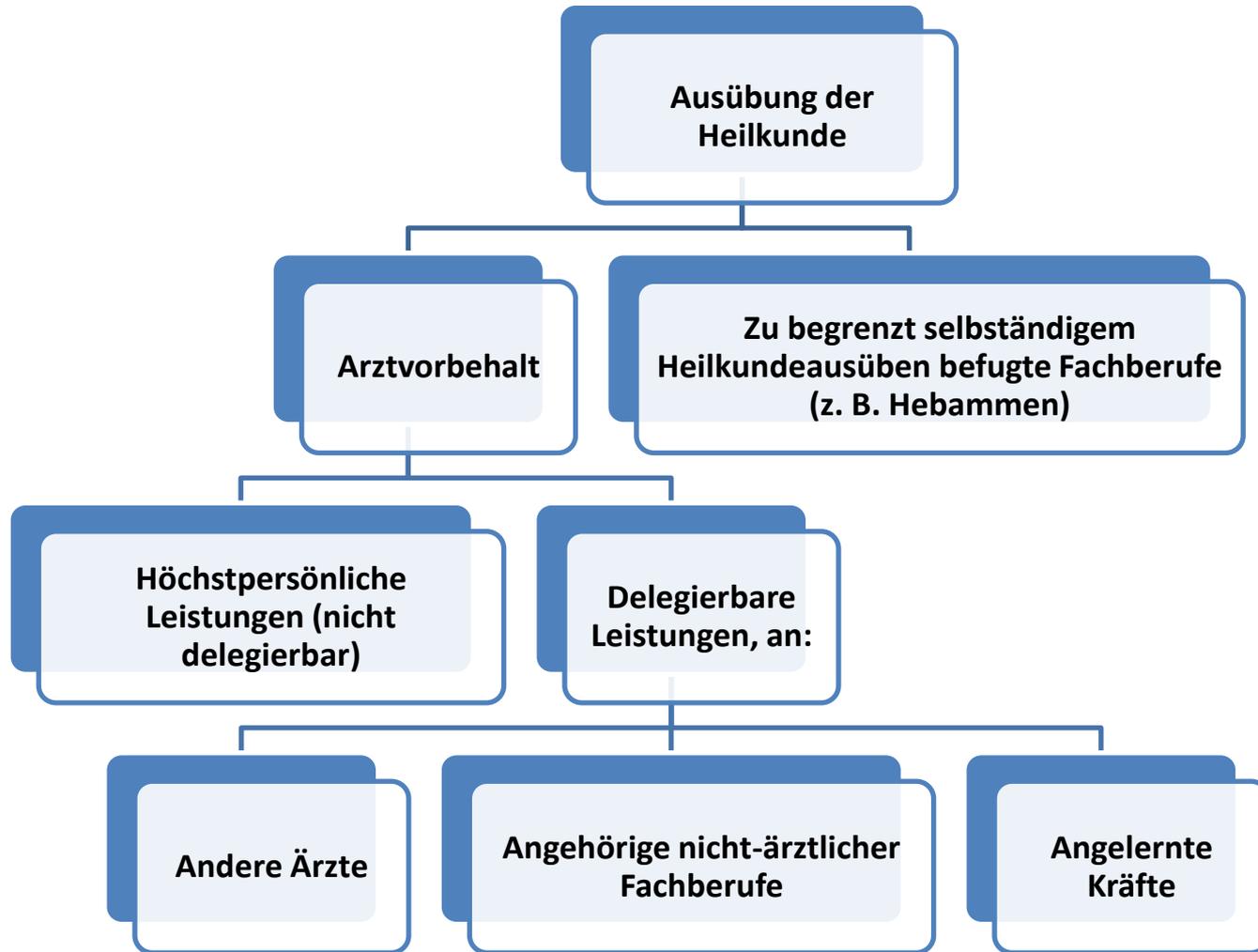
Empfehlungen des Sachverständigenrates

1. Delegation
ärztlicher Aufgaben
an nicht-ärztliches
Personal

2. Modellprojekte
zum Neuzuschnitt der
Aufgabenverteilung

3. Breitere Einführung
einer größeren
Eigenständigkeit
einzelner
Gesundheitsberufe

Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen



Konkrete Beispiele der Delegation

Wundversorgung:

- Die Versorgung unkomplizierter Wunden ist delegierbar.
- Die Versorgung komplizierter und sekundär heilender Wunden ist ebenfalls delegierbar, aber:
 - nur nach Festlegung des patientenspezifischen Vorgehens durch den Arzt und
 - anschließender ärztlicher Überwachung in regelmäßigen Intervallen.

Hausbesuche:

- sind an entsprechend qualifizierte nichtärztliche angestellte Mitarbeiter delegierbar (§ 87 Abs. 2b SGB V), Arzt muss Patienten selbst untersucht haben!
- In Betracht kommen der Therapie dienende Maßnahmen wie Wundpflege, Verbandwechsel, subcutane und intra-muskuläre Injektionen, Diagnostik unterstützende Maßnahmen (z. B. Blutdruckmessung, Demenztest)
- Qualifikation: Abschluss MFA oder Krankenpflege + 3jährige Berufspraxis + Zusatzqualifikation (190 – 270 Stunden je nach Berufspraxis)

Konkrete Beispiele der Delegation

Heimversorgung:

- Die zum Thema Hausbesuch genannten Voraussetzungen gelten analog – es können für Heimbewohner auch pflegerische Leistungen oder die Medikamentengabe angeordnet und auf Personen delegiert werden, die nicht beim Arzt angestellt sind.
- Der Arzt muss sich der notwendigen Qualifikation der ausführenden Person(en) vergewissern – mindestens Prüfung der entsprechenden Ausbildung/Berufsabschluss!
- Für die ordnungsgemäße Durchführung der Leistung selbst ist der Arzt nicht verantwortlich, sondern die Einrichtung.
- Hat der Arzt begründeten Zweifel, dass die angeordnete Leistung ordnungsgemäß ausgeführt wird (z. B. aufgrund früherer Erfahrungen mit einer bestimmten Fachkraft oder aufgrund von Berichten von Heimbewohnern und Angehörigen), MUSS er von einer Delegation absehen und die Leistung selbst erbringen oder durch eigene Mitarbeiter erbringen lassen.

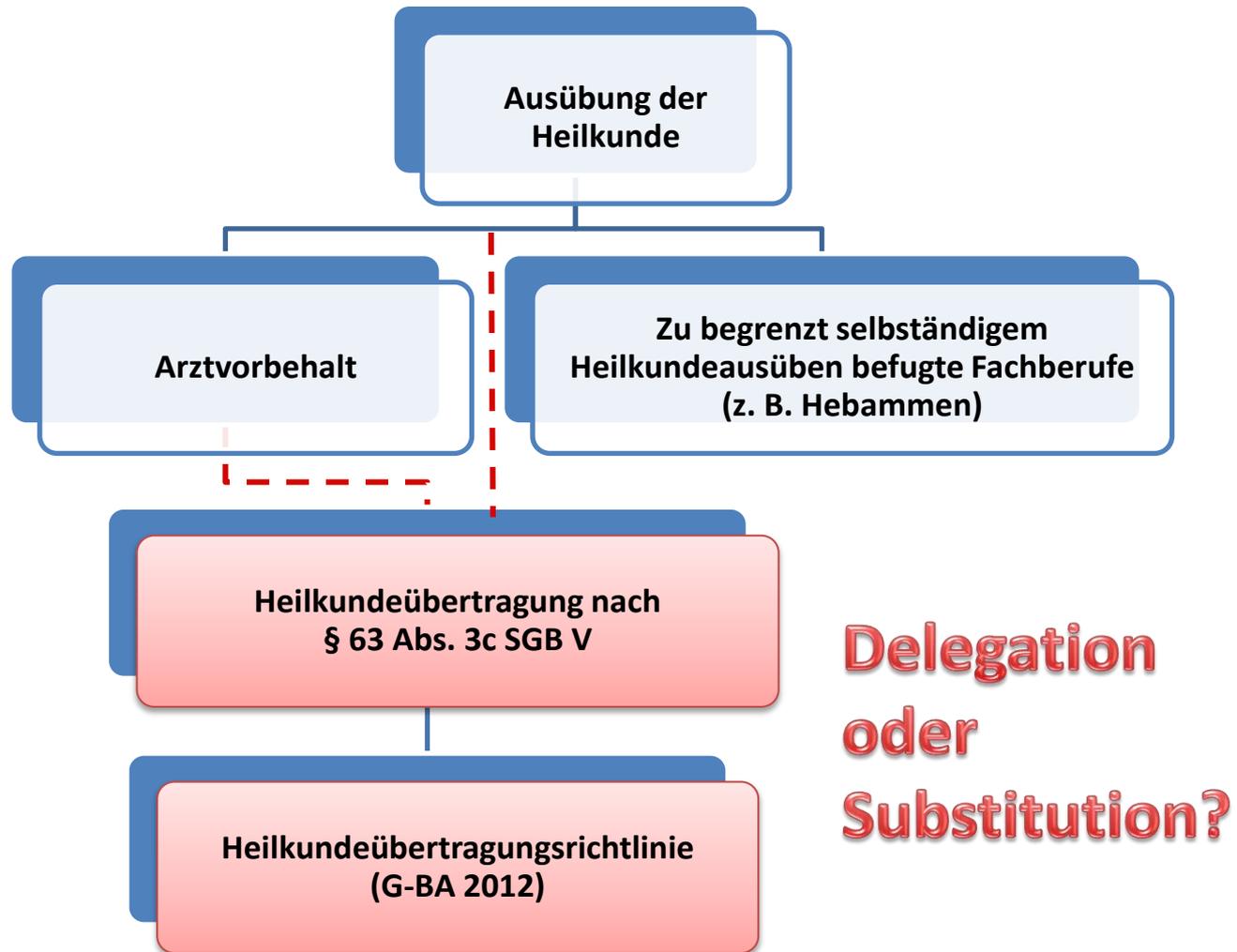
Heilkundeübertragung nach § 63 Abs. 3c SGB V (2008)

„Modellvorhaben können eine Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um **selbständige Ausübung von Heilkunde** handelt und für die die Angehörigen der im Krankenpflegegesetz geregelten Berufe auf Grund einer Ausbildung nach § 4 Abs. 7 des Krankenpflegegesetzes qualifiziert sind, auf diese vorsehen.“

Verabschiedung Heilkundeübertragungsrichtlinie des G-BA 2012:

- Übernahme fachlicher, wirtschaftlicher und rechtlicher Verantwortung durch qualifizierte Alten- und Krankenpfleger,
- **aber:** Indikations- und Diagnosestellung bleiben in ärztlicher Hand
- abschließender Katalog übertragungsfähiger ärztlicher Tätigkeiten nach diagnosebezogener Versorgungskonzepten (Diabetes mellitus, Hypertonus, Chronische Wunden, Demenz) resp. nach prozedurenbezogenen Einzeltätigkeiten (z. B. Infusionstherapie/Injektionen)
- Festlegung von diagnose- resp. prozedurenbezogenen Qualifikationserfordernissen für Pflegefachkräfte
- Ergänzende Empfehlungen / Vorgaben zu Regelungsbestandteilen der Modellvorhaben

Heilkundeübertragung nach § 63 Abs. 3c SGB V (2008)



Ausgestaltung von Modellen zur Übertragung von Heilkunde

Generelle Bestimmungen für Modellprojekte nach § 63 (3c) SGB V:

- Voraussetzung: aktive Beteiligung einer Gesetzlichen Krankenkasse, weitere Partner sind spezialisierte Pflegefachpersonen und niedergelassene Ärzte sowie Bildungsträger, unabhängige Sachverständige zur wiss. Begleitung und Evaluation
- Erfordernis: Satzungsänderung der Krankenkasse (z. B. bei Überweisung an andere Behandler)! (schriftliche Information an alle Mitglieder und Sonderkündigungsrecht)
- Teilnahme ist für Ärzte und Versicherte freiwillig
- Prüfung des Curriculums durch BMG (im Benehmen mit BMFSFJ) – Qualifizierung für Modellvorhaben kann nur als Teil der Ausbildung erfolgen!
- Finanzierung des Modells: entweder über gesondertes Modellbudget oder aus Mitteln der KVen – eigenes Liquidationsrecht für speziell qualifizierte Pflegefachpersonen für die übertragenen Leistungen

Modell zum Bereich Chronische Wunden (2014)

Ausgangslage:

- erschwerter Zugang der Patienten mit chronischen Wunden zu einer spezialisierten Behandlung
- Mangelnde Aufklärung – mangelnde Adhärenz – nicht ausreichende Therapie!
- bürokratische Formalitäten der Beantragung und eine fehlende Finanzierung der Leistungen der Pflegeexpert/in Wunden – deren Finanzierung erfolgt über den Produktverkauf!
- Mustermodell für die Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden in der ambulanten Versorgung
- Begrenzung der Modelle ergibt sich aus fehlender Einbeziehung des Arzneimittelrechts – Möglichkeit der Verordnung von Wundpräparaten durch speziell ausgebildete Pflegefachpersonen wünschenswert!

Modell zum Bereich Chronische Wunden (2014)

Projektphase	Akteur	Beschreibung
Initiales Assessment	Niedergelassener Arzt	Initiale Diagnose und Indikationsstellung – Überweisung an Pflegeexperte/in Wunden (PEW)
Differential Assessment	Pflegeexperte/in Wunden	Aufnahme aktueller Wundstatus, bisherige Maßnahmen und Wundmaterial, Erfassung Lebenssituation, Beratung zu Selbstpflege, Druckentlastung, Ernährung
	PEW	Analyse bezgl. weiterführender Diagnostik, ggfls. Überweisung an Fachdisziplin Festlegung des Behandlungszieles mit Patienten und Pflegefachpersonen, Erstellung Therapiemodifikation und Kopie an Arzt
Therapieplanung	PEW	Diagnose, Therapie/Verbandmaterial, Verbandintervall sowie vorläufiger Therapiezeitraum (max. 4 Wochen), Monitoringtermine, Materialbestellung (Apotheke)

Modell zum Bereich Chronische Wunden (2014)

Projektphase	Akteur	Beschreibung
Umsetzung Therapie	PEW und Pflegefachperson	PEW legt ersten Verband an, Anleitung Pflege und Dokumentation
	Pflegefachperson	Ausführung der Wundbehandlung wie verordnet und Dokumentation
	PEW	Vor Ablauf von 4 Wochen wird die Wundbehandlung evaluiert und angepasst – Folgeverordnung falls erforderlich, Monitoring und Evaluation, ggfls. weitere Diagnostik in Rücksprache mit dem Arzt
Evaluation Prozessqualität	PEW	Bei Wundverschluss Erstellung des Abschlussberichts an den betreuenden Arzt.

Übertragung von Tätigkeiten auf die Pflege – internationale Beispiele



Viele OECD-Länder suchen nach Wegen, die Effizienz der Leistungserbringung in der Gesundheitsversorgung mittels eines Neuzuschnitts der Rollen und Verantwortlichkeiten von Pflegefachkräften zu erhöhen (Advanced Practice Nurses APN) – besonders der ambulante Bereich steht im Mittelpunkt.

- Die Länder befinden sich in unterschiedlichen Stadien der Umsetzung erweiterter Aufgaben für die Pflege.
- Bereits seit den 60er Jahren finden sich Ansätze in den USA, Kanada und UK - zunächst im ambulanten Sektor, mittlerweile aber auch im Krankenhaus. Andere Länder beginnen gerade damit, die Rolle von Pflegekräften zu erweitern.
- Die Reorganisation der Gesundheitsversorgung beschränkt sich vielerorts nicht auf neue Rollen für Pflegeberufe – es entstehen sowohl gänzlich neue Berufsbilder (z. B. Physician Assistants) und es werden auch die Aufgabenbereiche anderer Gesundheitsberufe (Therapeuten) überdacht.

Gründe für die Übertragung von Tätigkeiten auf die Pflege

- In den meisten Ländern geht es um einen verbesserten Zugang zur ambulanten Versorgung im Zusammenhang mit einem Engpass bei den Ärzten.
- Als weiterer Grund für die Förderung erweiterter Rollen für Pflegefachkräfte wird die Verbesserung der Qualität der Versorgung angegeben – z. B. durch Bereitstellung zusätzlicher Folgebehandlungen und Beratungen für Patienten mit chronischen Erkrankungen im ambulanten Bereich und zusätzlicher Qualitätsinitiativen in Krankenhäusern.
- Das Argument der Kostendämpfung wird nur in einigen Ländern (zusätzlich) angegeben. Einerseits könnten durch die Aufgabenübertragung unmittelbar Arbeitskosten reduziert werden, aber auch langfristig kann eine verbesserte Qualität der Gesundheitsversorgung Kosten reduzieren (weniger Krankenhausaufenthalte und Komplikationen etc.).
- Weiterhin wird die Erweiterung der Aufgabenbereiche der Pflege als Instrument zur Verbesserung des Berufsimages gesehen und damit als Maßnahme gegen den Fachkräftemangel.

APN-Beispiele aus Skandinavien (Finnland und Schweden)

- In Schweden und Finnland haben Pflegekräfte weitreichendere Kompetenzen als in Deutschland:
- Studienabschluss Bachelor of Nursing (4 Jahre) – Befähigung zur unabhängigen und eigenverantwortlichen Tätigkeit in der Pflege, 3jährige Ausbildung für Pflegehilfskräfte
- Übernahme von Aufgaben, die in D den Ärzten vorbehalten sind:
 - Triage in der Notaufnahme von Krankenhäusern
 - erste Ansprechperson in Gesundheitszentren, Entscheidung über Einschaltung des Arztes
 - Pflegepraxen in ländlichen und abgelegenen Regionen mit e-Konsultationsunterstützung durch Ärzte
 - Betreuung von Chronikern (Diabetes-, Herz-Kreislauf-Nurse)
- Schweden: eigenständige Verordnung von Medikamenten (Liste mit Indikationen mit den jeweils von entsprechend qualifizierten Pflegekräften verschreibbaren Arzneimitteln)



Auswirkungen von APN

- Der Anteil der APN an allen Pflegefachkräften ist auch in Ländern mit langer Tradition sehr gering (USA 2008: 9 %, Kanada < 2 % - stark steigend)!
- Evaluationen in den USA, Kanada, UK und Finnland haben gezeigt, dass der Zugang zu Gesundheitsleistungen verbessert werden kann und sich Wartezeiten verringern.
- Es lässt sich auch nachweisen, dass APN in der Lage sind, die selbe Qualität der Versorgung sicherzustellen wie die Ärzte für jene Aufgaben, die ihnen übertragen wurden (z. B. Routine-Folgebehandlungen bei chronisch Kranken, Erstkontakt zu Patienten mit leichten Erkrankungen) – vorausgesetzt, die Fachkräfte erhielten vorab entsprechende Schulungen.
- Die meisten Befragungen ergaben ein hohe Patientenzufriedenheit bei APN-Dienstleistungen und in vielen Fällen auch eine höhere Zufriedenheit als bei gleichen Leistungen der Ärzte. Das scheint darauf zurückzuführen zu sein, dass APN mehr Zeit für Beratung und Schulung aufwenden.
- Zur Auswirkung auf die Ergebnisqualität gibt es nur wenige Untersuchungen, die jedoch keinerlei negative Effekte nachweisen konnten.

Übertragung von Tätigkeiten auf die Pflege

Empfehlung des Sachverständigenrates: International z. T. sehr weitreichende Modelle wie Advanced Practice Nurses (Nurse Practitioner) sind zu prüfen!

Pflege sollte künftig eigenständig

- pflegerische Bedarfe einschätzen,
- Interventionen durchführen,
- Resultate der pflegerischen Versorgung verantworten,
- Pflegebedarfsartikel verordnen sowie
- zeitlich begrenzt bestimmte Medikamentengruppen verordnen.

Zur Sicherung der Qualität der Berufsausübung empfiehlt der Rat die Einführung von Berufsausweisen für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe. Er berechtigt zur Ausübung bestimmter Tätigkeiten und legitimiert, auf elektronische Patientendaten zuzugreifen.

Damit wäre der Heilberufsausweis ein Schritt zur Etablierung der Pflege und anderer Gesundheitsberufe als autonome Gesundheitsberufe mit anerkannten Kompetenzen und geregelter Selbstkontrolle.

Modellversuch im Bereich der Physiotherapie

- Krankenkassen sollen modellhaft erproben, wie unter veränderten Bedingungen die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der physiotherapeutischen Versorgung verbessert werden kann.
- Erprobt wird eine Versorgungssituation, in der die Physiotherapeuten auf Basis der vertragsärztlichen Diagnose eigenverantwortlich das Heilmittel, die Verordnungsmenge sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen.
- Modellversuch seitens der IKK Brandenburg und Berlin mit dem Verband für Physikalische Therapie (VPT) 2011 bis 2015, Evaluation Prof. J. Rübiger, Alice-Salomon-Hochschule
- Der Arzt stellt eine sog. Blankoverordnung aus und der Physiotherapeut entscheidet über die Therapie.



Modellversuch im Bereich der Physiotherapie

- Hat der Arzt eine Therapieentscheidung getroffen, kann der Physiotherapeut auch davon abweichen.
- Teilnahme: 30 Praxen und 230 Patienten (2014), im Sommer 2015 waren es bereits 60 Praxen und über 300 Patienten
- Voraussetzung für Physiotherapeuten: abgeschlossene Ausbildung, entsprechende Fortbildungen, die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung, eine Zulassung gemäß § 124 SGB V sowie eine dreijährige Berufserfahrung.
- PT trauen sich die Befunderhebung und die Heilmittelauswahl zu. Das Therapieziel wird in der Mehrzahl der Fälle erreicht, Patienten sind länger oder ganz schmerzfrei. PT kombinieren mehr und andere Therapiearten miteinander und es zeigt sich eine hohe Patientenzufriedenheit
- Einführung einer Erprobungsregelung (2014 – 2015) durch die IKK BB: neue Vergütungsposition für die physiotherapeutische Befunderhebung im Rahmen der Erstverordnung (Vergütung: 13,00 Euro) – verlängert bis 06/2016!

- Eine Befragung von Versicherten der BARMER GEK (Gesundheitsmonitor 4/2013) ergab, dass
 - die Akzeptanz der Übertragung von Heilkunde maßgeblich von Vorerfahrungen beeinflusst wird: wurden bereits positive Erfahrungen gemacht, stehen Patienten der Übertragung wohlwollend gegenüber,
 - je dünner die Versorgungsdichte desto höher die Akzeptanz: eine wohnortnahe Versorgung genießt hohe Priorität.
- Neue Formen der Kooperation und Arbeitsteilung sind – speziell in ländlichen Regionen – unerlässlich (SVR 2014).
- Unterstützend sind interprofessionelle Formen des Lernens zu fördern: Ergebnisse der sog. Bildungscluster-Studie Greifswald „Medizin/Pflege“ (2013 – 2015) zeigen, dass durch das streckenweise gemeinsame Lernen das Verständnis für die andere Berufsgruppe wächst und die Versorgung in ländlichen Regionen verbessert werden kann.
- Wenn Berufsschranken gelockert würden, könne der Arzt entlastet werden und bei Pflegekräften wird mit der Übernahmen von mehr Verantwortung die Berufszufriedenheit steigen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Für Rückfragen steht Ihnen zur Verfügung:

Dr. Grit Braeseke

Wissenschaftliche Leiterin

IEGUS - Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH

Reinhardtstr. 31

D-10117 Berlin

Fon: +49 30/9831222-4, Fax: +49 30/9831222-5

Internet: **www.iegus.eu**