

Versorgungsstrukturen im Wandel – wie sehen zukünftige Versorgungsprozesse im Pflege- und Gesundheitssystem aus?

Prof. Dr. Doris Schaeffer

Universität Bielefeld

Fakultät für Gesundheitswissenschaften

AG6 Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft

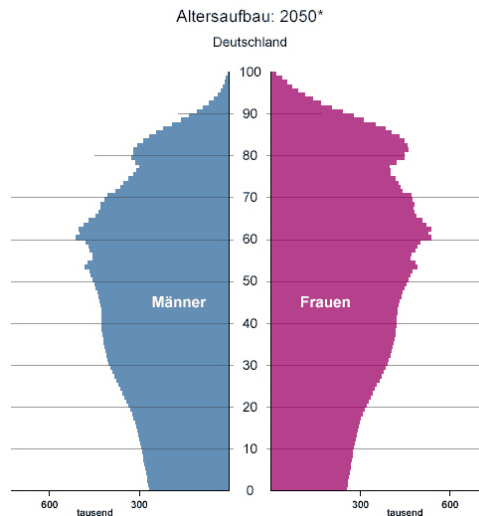


Tagung „Neue Denkansätze zur Nachwuchssicherung in künftigen Versorgungsstrukturen von Pflege und Gesundheit“
Meckenbeuren-Liebenau, 20. Februar 2013

Trend 1: Demografische Alterung – altersgerechte Versorgung

Demografische Struktur der Bevölkerung Deutschlands (nur früheres Bundesgebiet)

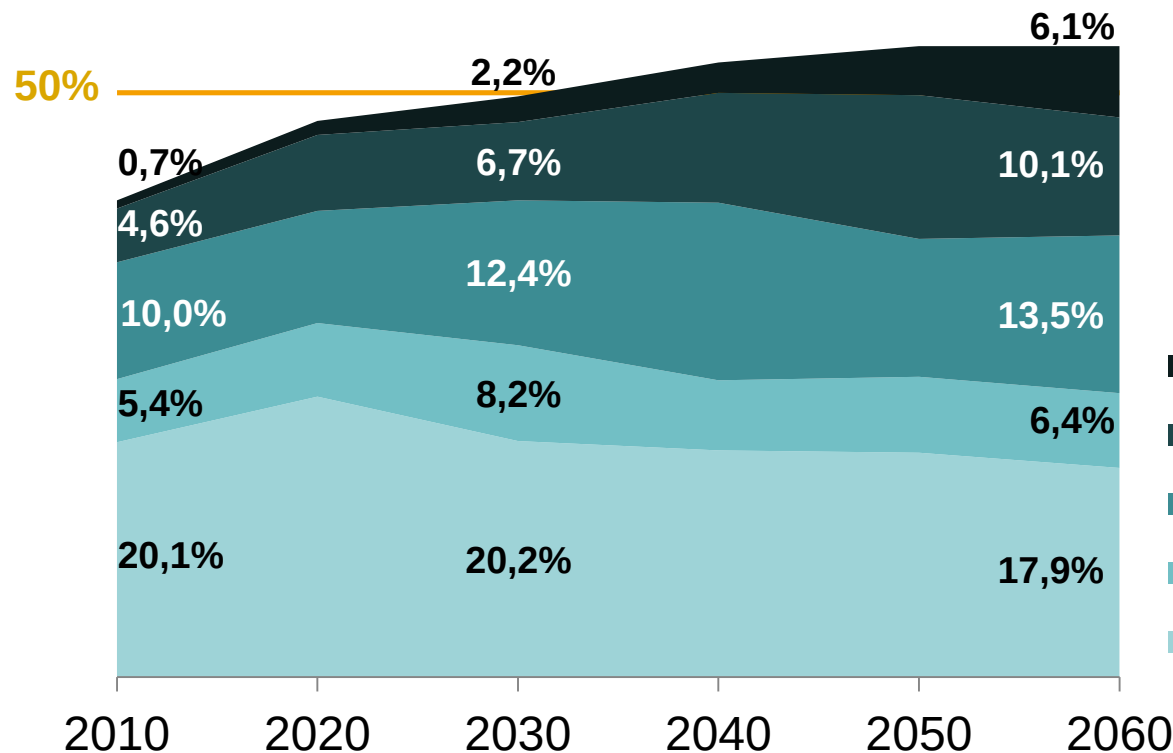
Steigerung zwischen 1952 und 2008



- **60-Jährige u. älter um 145% (Alte)**
- **85-90-Jährige um 870% (Hochbetagte)**
- **90 Jahre und älter um 1.880% (Höchstbetagte)**

Daten aus: GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin 2010

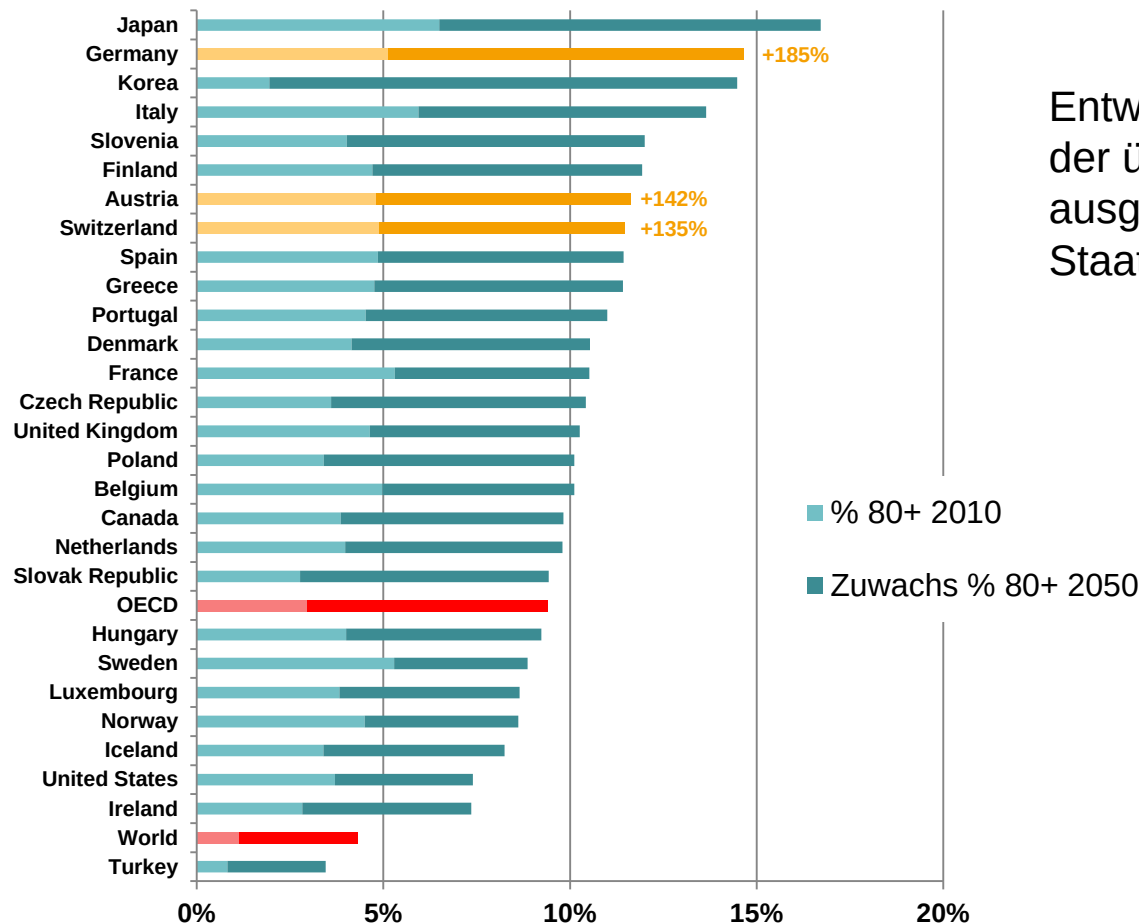
Trend 1: Demografische Alterung – altersgerechte Versorgung



Entwicklung des Anteils älterer Bevölkerungsgruppen an der Gesamtbevölkerung 2010 - 2060

- 90 J. und älter
- 80 - u. 90 J.
- 70 - u. 80 J.
- 65 - u. 70 J.
- 50 - u. 65 J.

Trend 1: Demografische Alterung – altersgerechte Versorgung



Trend 2: Zunahme chronischer Krankheiten – Versorgung chronischer Krankheit/Leben mit Chronizität

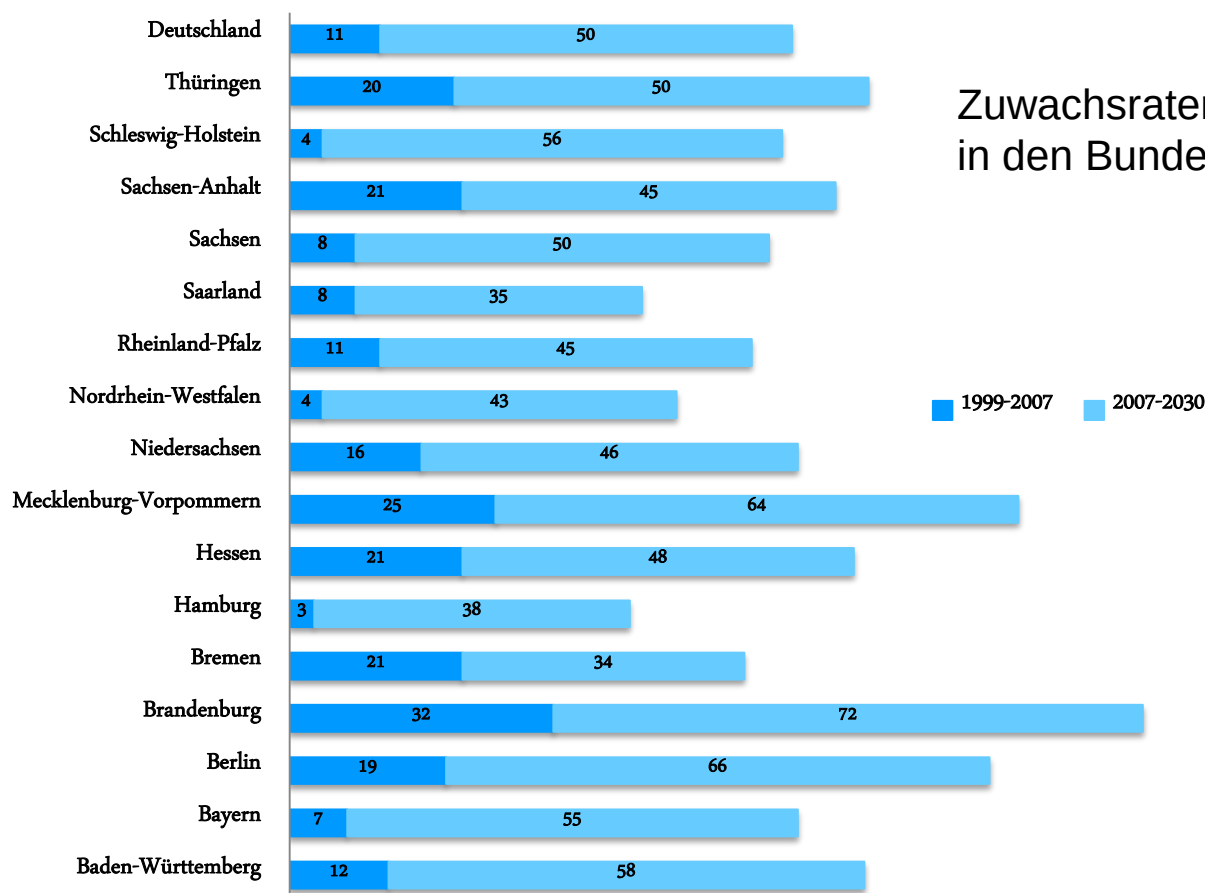
Zunahme der Zahl Pflegebedürftiger von derzeit 2,5 Mio. auf **4,55 Mio.** bis 2050

Wandel des Krankheitspanoramas

Absolute Zahlen	2007	2050	
Demenz	1,1 Millionen	2,2 Millionen	+104%
Herzinfarkt	313.000	548.000	+75%
Schlaganfall	186.000	301.000	+62%
Krebs insgesamt	461.000	588.000	+27%
Brustkrebs	59.000	59.000	+/- 0%
Prostatakrebs	63.000	88.000	+ 39%
Diabetes Mellitus	4,1 bis 6,4 Mill.	5,8 bis 7,8 Mill.	+22%

weltweit
115 Mio.

Trend 2: Zunahme chronischer Krankheiten – Versorgung chronischer Krankheit/Leben mit Chronizität



Quelle: Pflegestatistik
1999-2007; Stat. Ämter 2010
(Status quo Szenario)

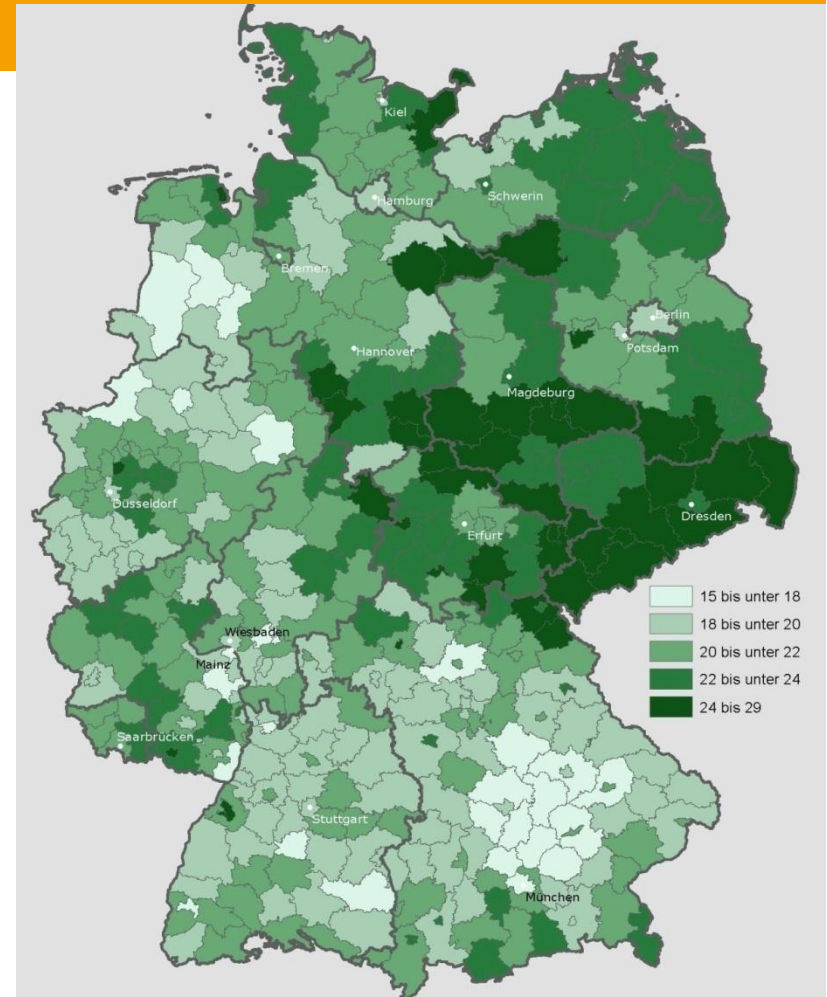
Trend 1: Demografische Alterung – altersgerechte Versorgung

Regionale Unterschiede:

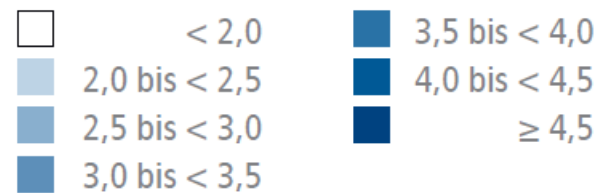
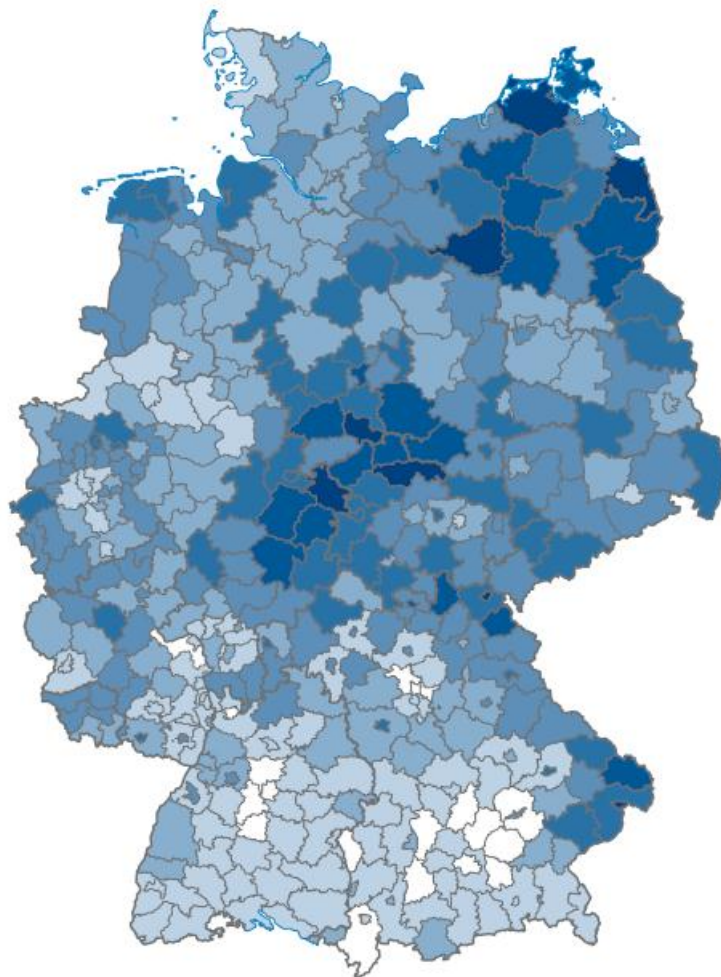
Anteil der über 65-Jährigen schwankt stark zwischen 15% und 29%

Trend:

- Ostdeutschland besonders stark betroffen
- kein einheitliches Bild bei den ländlichen Gebieten



Anteile Pflegebedürftiger an der Bevölkerung, 2009, in %



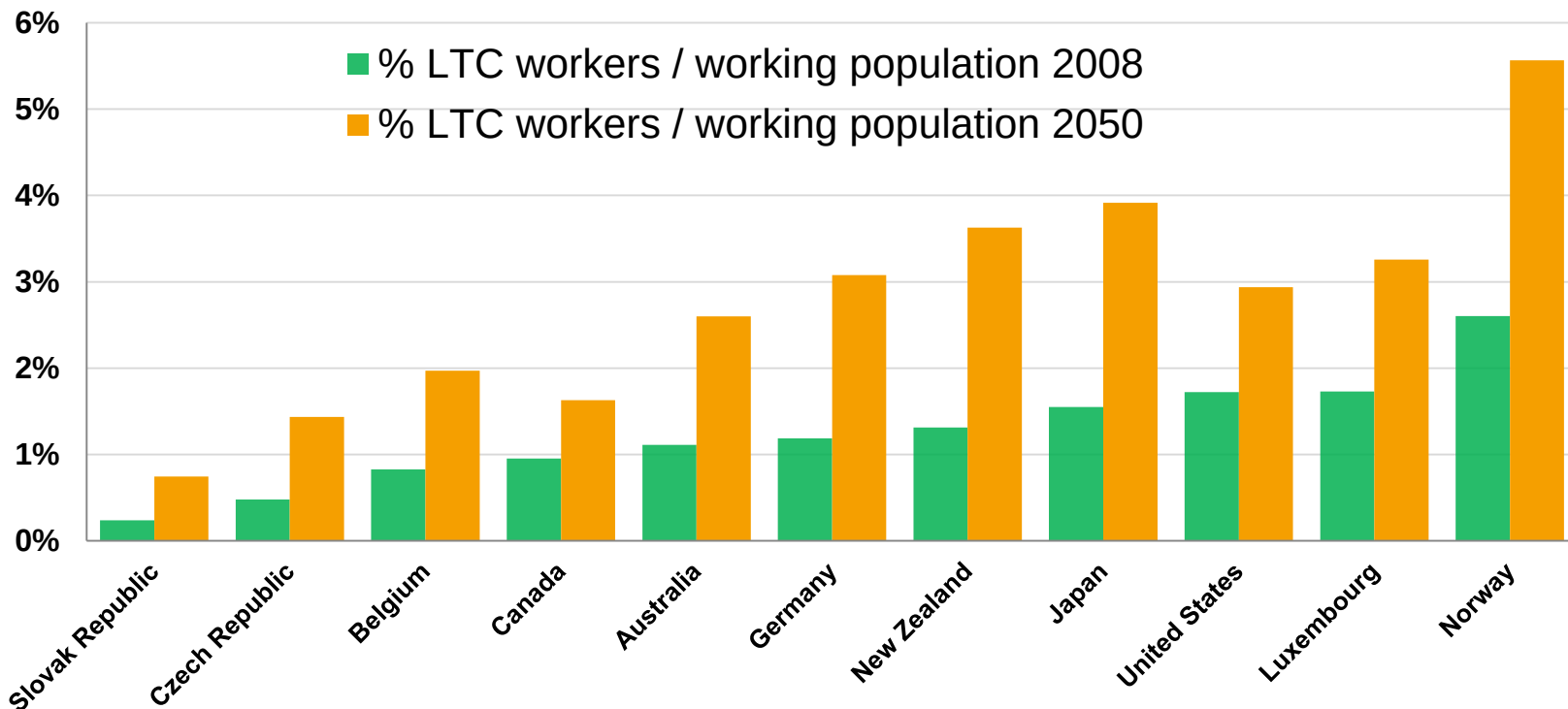
Trend 3: Fachkräftemangel – Ergebnisse verschiedener Studien

Autor (Jahr)	Versorgungseinrichtungen	Beruf	Status	Morbidität	Mangel an Pflegekräften VZÄ (Jahr)
Afentakis/ Maier (2010)	Krankenhäuser, amb./stat. Pflege	Gesundheits-/ Krankenpfleger, Helfer in der KP, Altenpfleger	ausgebildete Pflegekräfte	SQ*	193.000 (2025)
				MK**	135.000 (2025)
			inkl. an-/ungelernte	SQ	112.000 (2025)
				MK	55.000 (2025)
Ostwald et al. (2010)*** (pwc/WiFOR)	amb./stat. Gesundheitswesen	Gesundheits-/ Krankenpfleger	-	k.A.	128.400 (2020) 393.100 (2030)
		Helfer in der Krankenpflege	-	k.A.	36.400 (2020) 84.634 (2030)
Burkhardt et al. (2012) (pwc/WiFOR)	amb./stat, Gesundheits- und Pflegewesen	Gesundheits-/ Krankenpfleger, Helfer in der KP, Altenpfleger		SQ	212.400 (2020) 360.800 (2030)
Hackmann (2010)	amb./stat. Pflege	„Altenpflegekräfte“	-	SQ	430.000 (2050)
VBW/Prognos (2012)	amb./stat. Pflege	Alle Berufe und Statusgruppen		SQ	268.000 (2020) 520.000 (2030)
Rothgang et al. (2012) (Bertelsmann)	amb./stat. Pflege	Alle Berufe und Statusgruppen		SQ	434.489 (2030)****

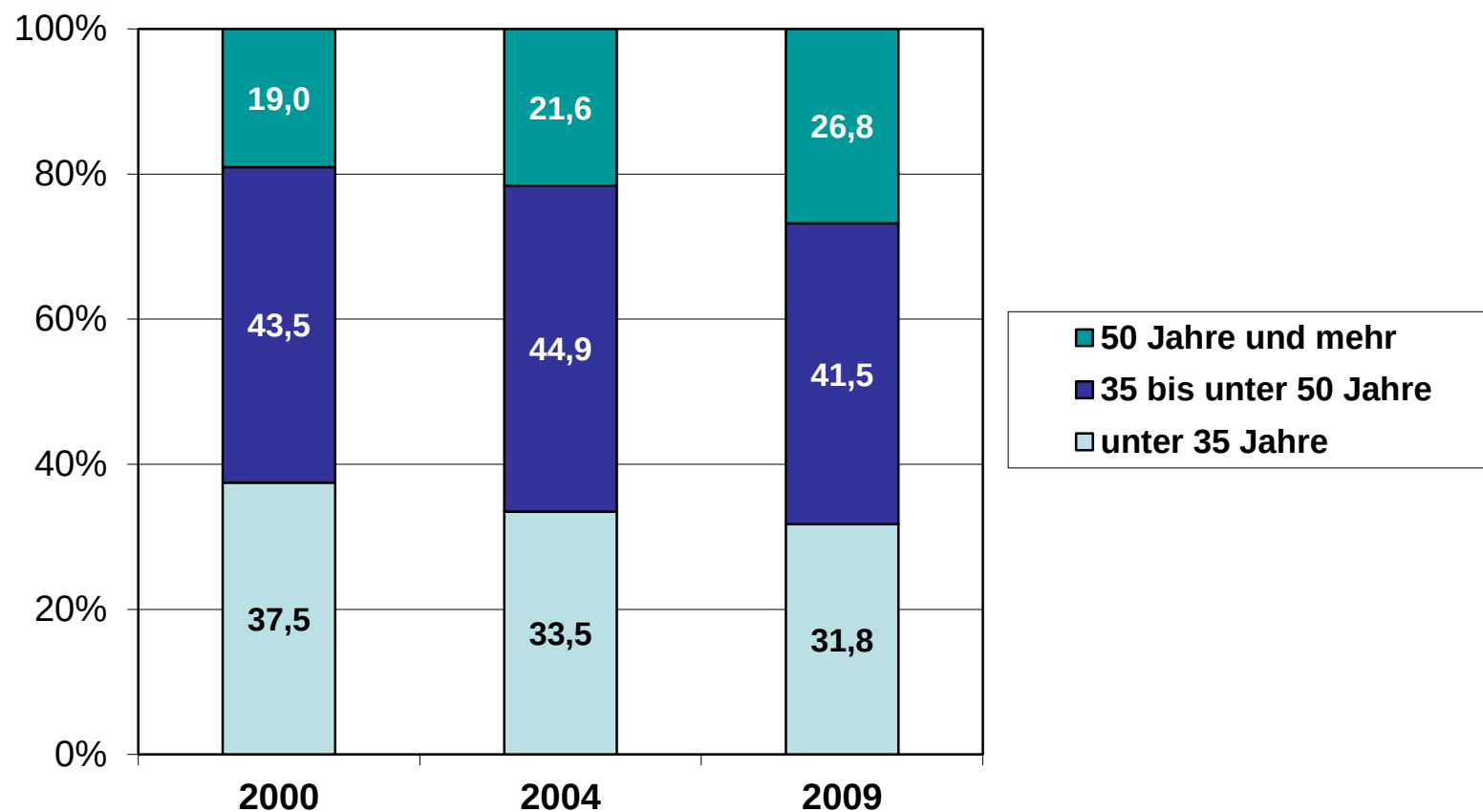
* Status quo-Prognose ** Morbiditätskompression; *** Summe aus getrennter Prognose amb./stat.; **** Basisszenario

Trend 3: Fachkräftemangel – kontinuierliche Beobachtung der Berufsentwicklung

OECD Prognose: Anteil der Pflegekräfte an der arbeitenden Bevölkerung wird sich voraussichtlich verdoppeln (OECD 2011)



Trend 3: Fachkräftemangel – „Ergrauungserscheinungen“



Quelle: Statistisches Bundesamt 2010;
Kuhlmey 2011

Trend 4: Wandel der Patientenrolle – Ausbau der Patienteninformation und -bildung

- **Patientenrolle ist:**
 - zeitlich oft *nicht* mehr befristet, sondern dauerhaft und langfristig
 - weniger passiv, enthält mehr *aktive* Elemente
 - anspruchsvoller: statt Entlastung von gesellschaftlichen Verpflichtungen, *doppelter* Einsatz
 - Gefahr der Überforderung, speziell in Spätphasen
- **Wandel der Patientenrolle erfordert:**
 - Förderung von Health Literacy und Selbstmanagementfähigkeiten
 - Ausbau der Patienteninformation, -beratung und -bildung
 - edukative Kompetenz seitens der ‚health professionals‘

Trend 5: Ambulantisierung – prioritär ambulante Versorgungsgestaltung

Krankenhausentwicklung

Allgemeinkrankenhäuser - 18,8%

Österreich -10%

Schweiz – 30%

Betten - 26,1%

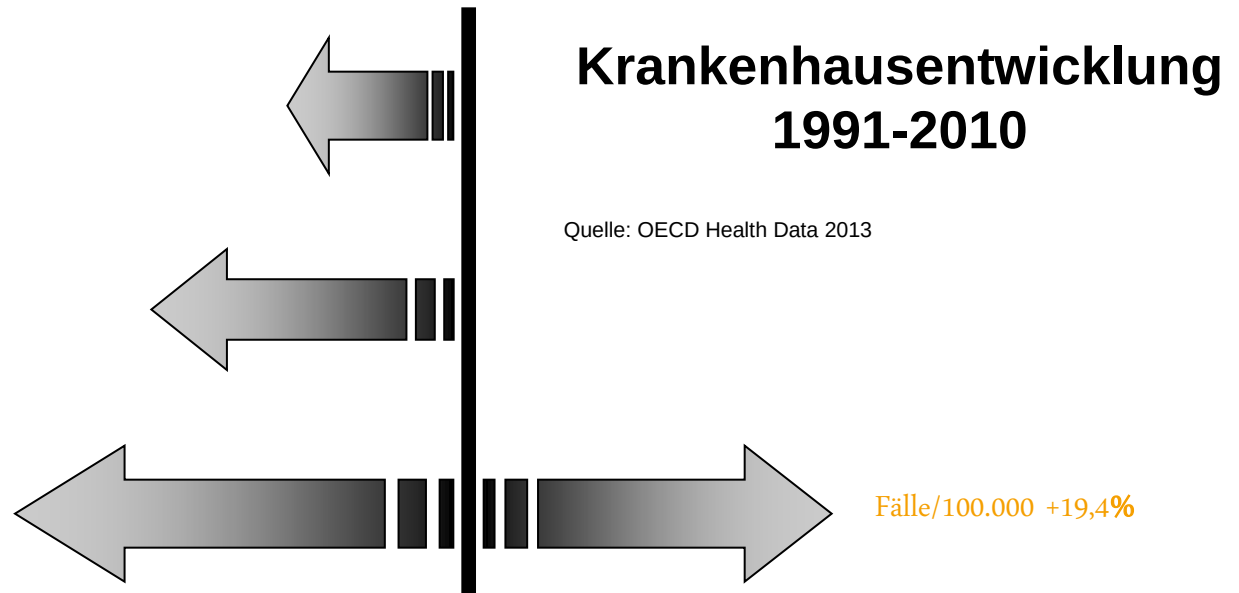
Österreich -14%

Schweiz -22%

Verweildauer - 42,9%

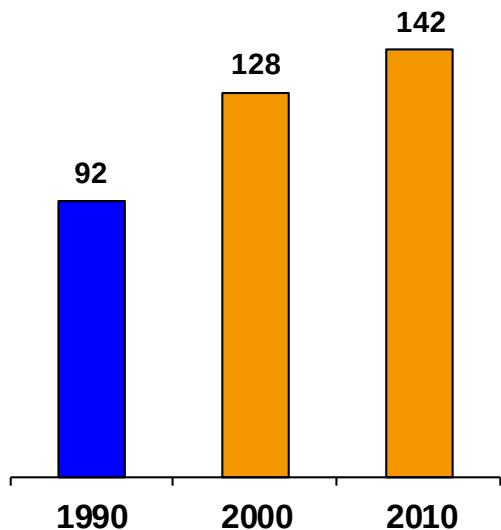
Österreich -37%

Schweiz -47%



- ➔ Verdichtung von Arbeitsabläufen
- ➔ Steigender Rationalisierungsdruck

Trend 5: Ambulantisierung – prioritär ambulante Versorgungsgestaltung



Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen
(absolut in Tsd.)

- ➔ **Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen:** Bedeutender Zuwachs: 1991 kamen auf 100.000 EW 124 Ärzte, 2008 waren es 169 (+36,3%) (Versorgungs-Report 2011)
- ➔ **Ergotherapie:** 1995 1,4 Praxen je 100.000 EW, 2008 waren es 3,4 (Quelle: BED)
- ➔ **Physiotherapie:** 2005 kamen 36 Praxen auf 100.000 EW, 2008 waren es 41 (Quelle: Barmer Ersatzkasse)
- ➔ Ausbau psycho-sozialer Dienste und ambulanter Psychotherapie
- ➔ Expansion ambulanter Pflege auf ca. 12.300 Pflegedienste (Quelle: Stat. Bundesamt 2013)

Erfordert:

- ➔ Integrationsbemühungen

Trend 6: Sektorenübergreifende integrierte Versorgung – Reformbaustelle der Zukunft

- Ziel: Brüche und Diskontinuitäten in der Versorgung vermeiden
- Entwicklung stagniert

erforderlich ist:

- statt monoprofessioneller mehr multiprofessionelle Integrationsmodelle
- Fragen der Versorgungskoordination und des Schnittstellenmanagements intensiver beachten
- Hierarchische Kooperation und Aufgabenteilung verändern: neuer Professionenmix

Trend 7: Quartiersnahe Versorgung – Community Health als Herausforderung der Versorgungsgestaltung

- umfassende bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung im Wohnumfeld und der Kommune
- regional differenzierte Versorgung
 - Modelle ländlicher Versorgung
 - Versorgung in unterprivilegierten Stadtteilen
 - Instrumentenentwicklung (Community Health Assessment)
 - Gestaltung der kommunalen Infrastruktur
 - bedarfsgerechte Versorgung ressourcenschwacher Regionen

Trend 8: Haushalt als Gesundheitsstandort – partizipative Versorgungsgestaltung

- Zuhause = zentraler Ort der Krankheitsbewältigung
- Angehörige = Garanten der Versorgung
- neue Formen der Kooperation mit Angehörigen, auch der Unterstützung und Gesundheitsförderung
- technische Unterstützungssysteme (AAL)
- partizipative, patientenorientierte Versorgungsgestaltung

Schlussfolgerungen

- Trends werden sich fortsetzen,
- eröffnen viele Profilierungschancen, bedingen aber neue Kompetenzen v. a. im Bereich:
 - Bedarfsorientierte (altersgerechte) Versorgungsgestaltung
 - Umgang mit Chronizität
 - Patienteninformation, -beratung und -bildung
 - Ambulantisierung, Community Health
 - E-Health/technische Unterstützungssysteme
 - Diversity als Herausforderung
- - partizipative und patientenorientierte Versorgung
 - Umsetzung von Reformprozessen

Prof. Dr. Doris Schaeffer

Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
AG 6 Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft

Postfach 100 131
33501 Bielefeld

Kontakt

Tel. +49-521-106 3896

Fax +49-521-106 6437

doris.schaeffer@uni-bielefeld.de

<http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6>

