

Gesundheitliche Versorgung älterer Menschen in Bremen – Potenziale für die Zukunft

Projektleitung:

Prof. Dr. Stefan Görres

Im Auftrag des Senators für Gesundheit im Lande Bremen



**Der Senator
für Gesundheit**

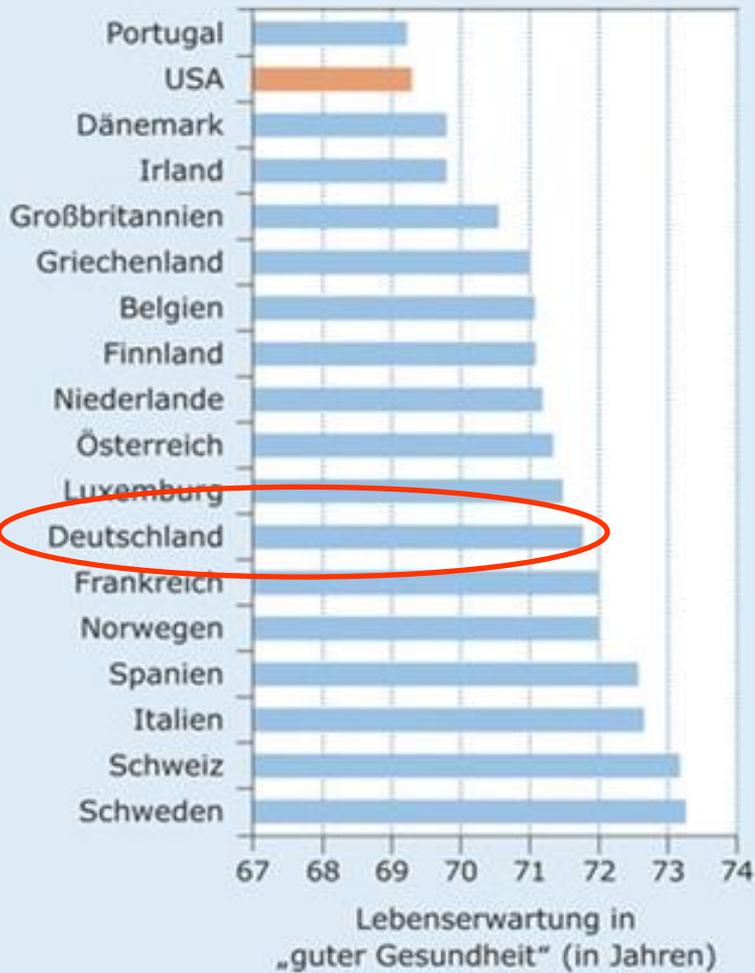
Gliederung

- Hintergrund
- Auftrag und Fragestellung
- Methodisches Vorgehen
- Ergebnisse
- Schlussfolgerungen und Empfehlungen

HINTERGRUND

Herausforderung





Lebenserwartung in guter Gesundheit

(Quelle: Hrsg. Eberstadt/ Groth 2008, S. 23)

Noch zu verbringende gesunde Lebensjahre im Alter von 65 Jahren in Deutschland im Jahr 2012:

- Frauen: 6,9
- Männer: 6,7

Szenarien der zukünftigen Morbiditätsentwicklung der älteren Bevölkerung in Deutschland

- *Szenario 1: Status-Quo-These*
Außer der demografischen Entwicklung bleiben alle Rahmenbedingungen unverändert
- *Szenario 2: Kompressionsthese*
Verlagerung der Morbidität in das höhere Lebensalter
- *Szenario 3: Medikalisierungsthese*
Älter werdende Menschen werden über längere Phasen chronischer Erkrankung(en) behandelt bzw. betreut
- *Szenario 4: Bi-Modalitätsthese*
Die Kompressionsthese wird der Mittel- und Oberschicht und die Medikalisierungsthese der Unterschicht zugeordnet.

Altern heute





Imagine all the people.....



©iap

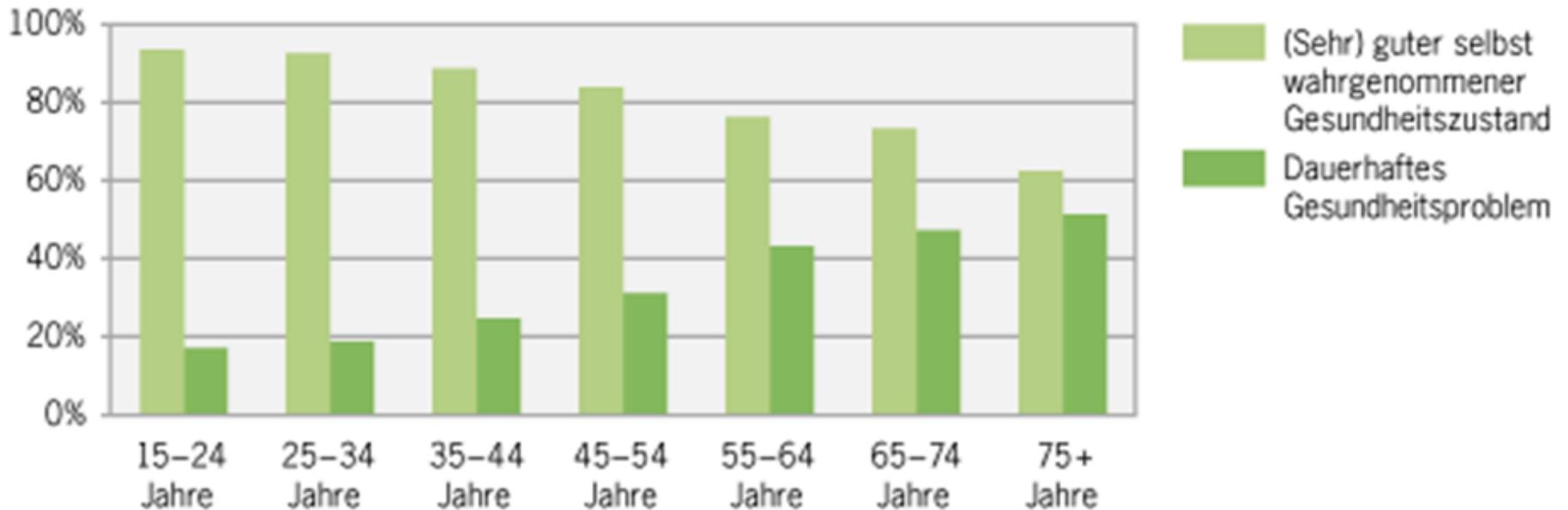
Zwischenfazit

Alt ist nicht gleich krank oder pflegebedürftig

Aber: Die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen ist von zunehmendem Erkenntnisinteresse

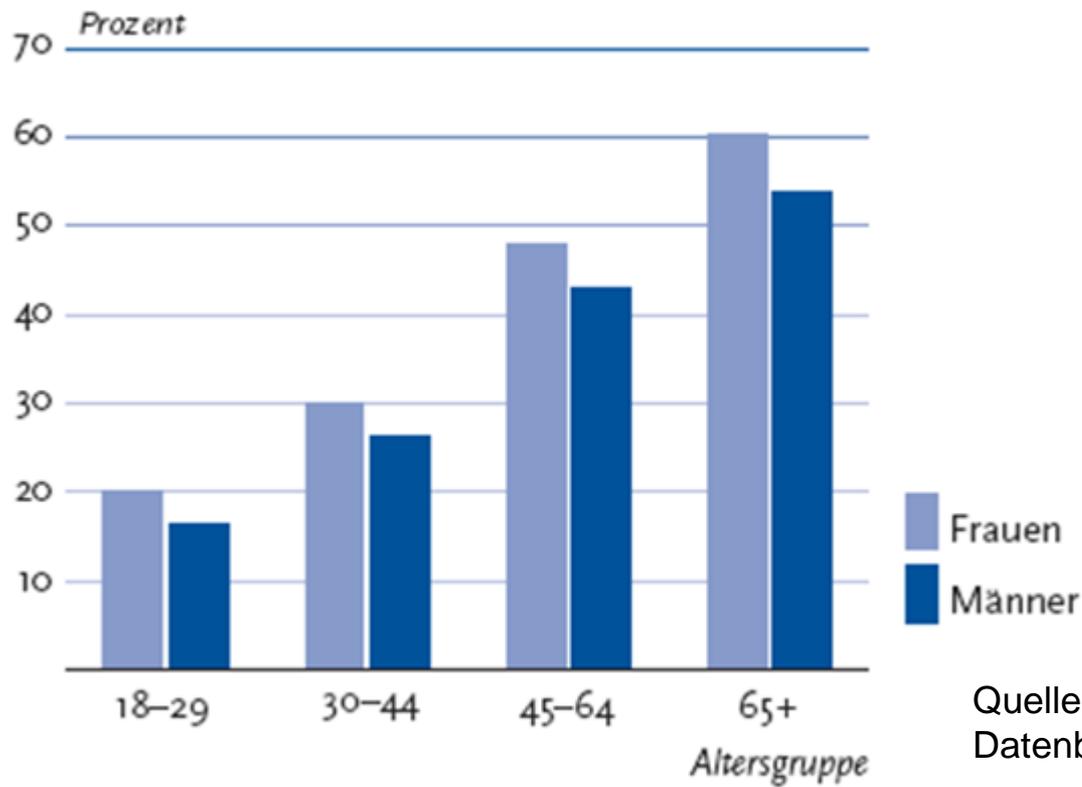
Warum???

Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand und dauerhaftes Gesundheitsproblem, 2012



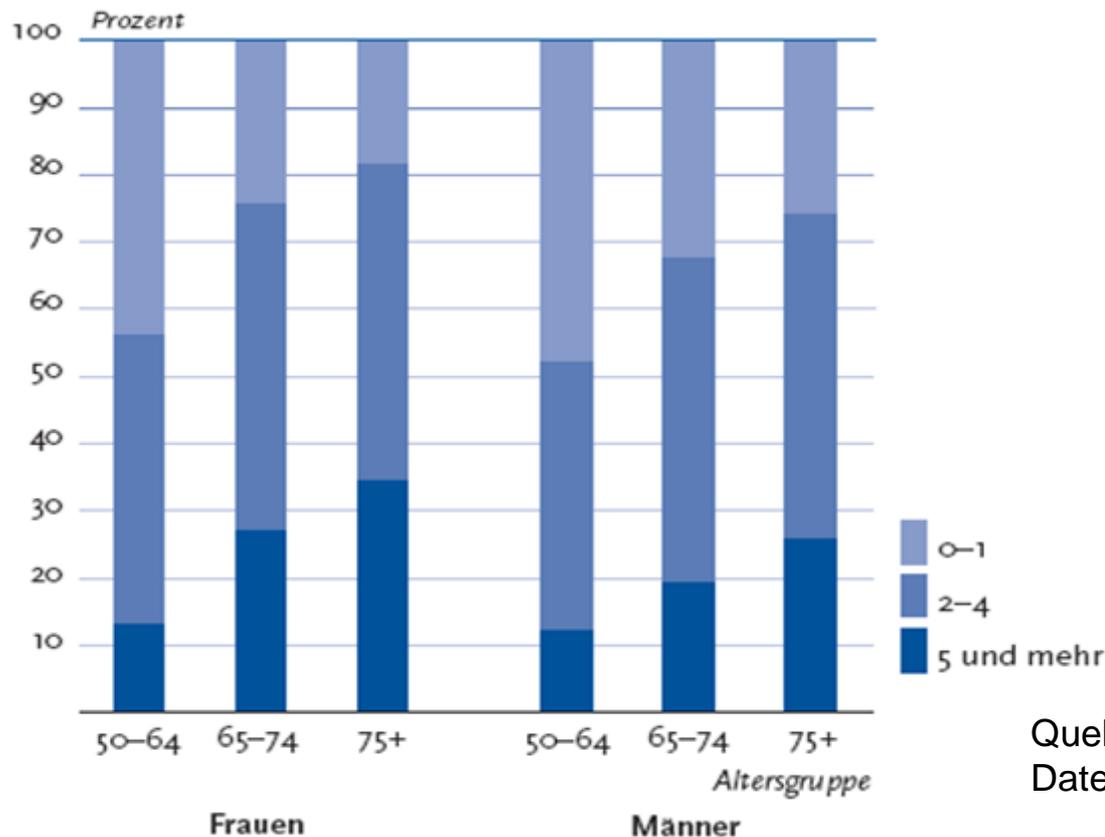
Quelle: Bundesamt für Statistik Schweiz

Anteil der Menschen mit mindestens einer chronischen Krankheit nach Geschlecht und Alter



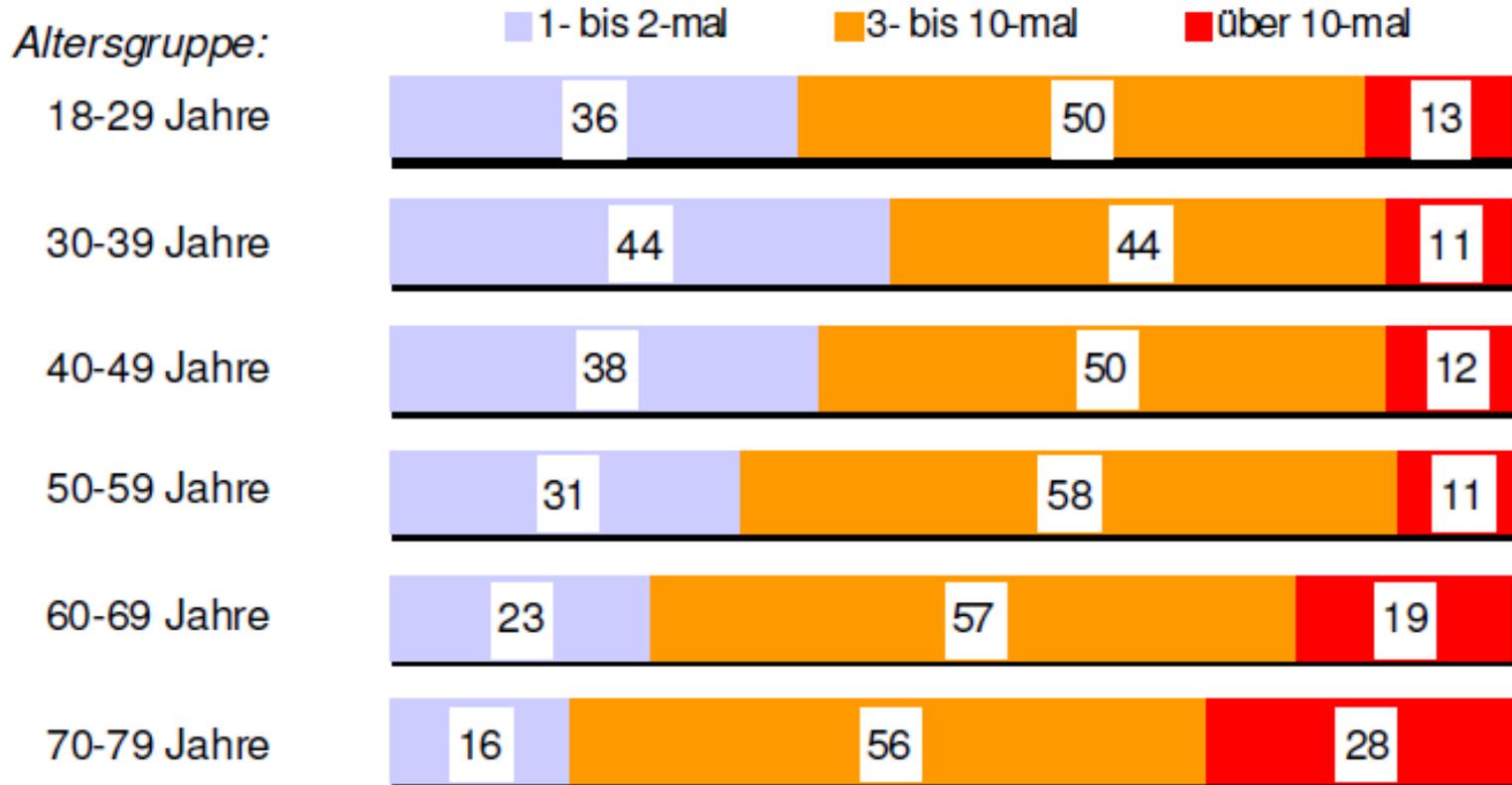
Quelle: Robert Koch Institut 2012, S. 3;
Datenbasis GEDA 2009

Anteil von Personen mit mehreren gleichzeitig vorliegenden Erkrankungen/ Beschwerden nach Geschlecht und Alter



Quelle: Robert Koch Institut 2012, S. 3;
Datenbasis GEDA 2009

Anzahl der Arztbesuche im vorigen Jahr



Quelle: FGW Telefonfeld:
Versichertenbefragung der KBV 9/2011

Eckdaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten

Patienten und Patientinnen der Krankenhäuser	2011	2012	2013	Veränderungsrate 2012 zu 2013
	Anzahl			in %
Absolute Fallzahl				
insgesamt	18 797 989	19 082 321	19 249 313	0,8
männlich	8 885 990	9 029 838	9 120 687	1,0
weiblich	9 911 945	10 052 395	10 128 610	0,8
Altersspezifische Fallzahl je 100.000 Einwohner				
unter 15 Jahre	16 085	16 214	16 489	0,8
15 bis unter 45 Jahre	13 634	13 839	14 260	0,6
45 bis unter 65 Jahre	20 218	20 220	20 512	-0,2
65 Jahre und älter	47 662	48 394	49 478	0,4

Eckdaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten: Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patientinnen und Patienten (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle)

Quelle: Statistisches Bundesamt 2015

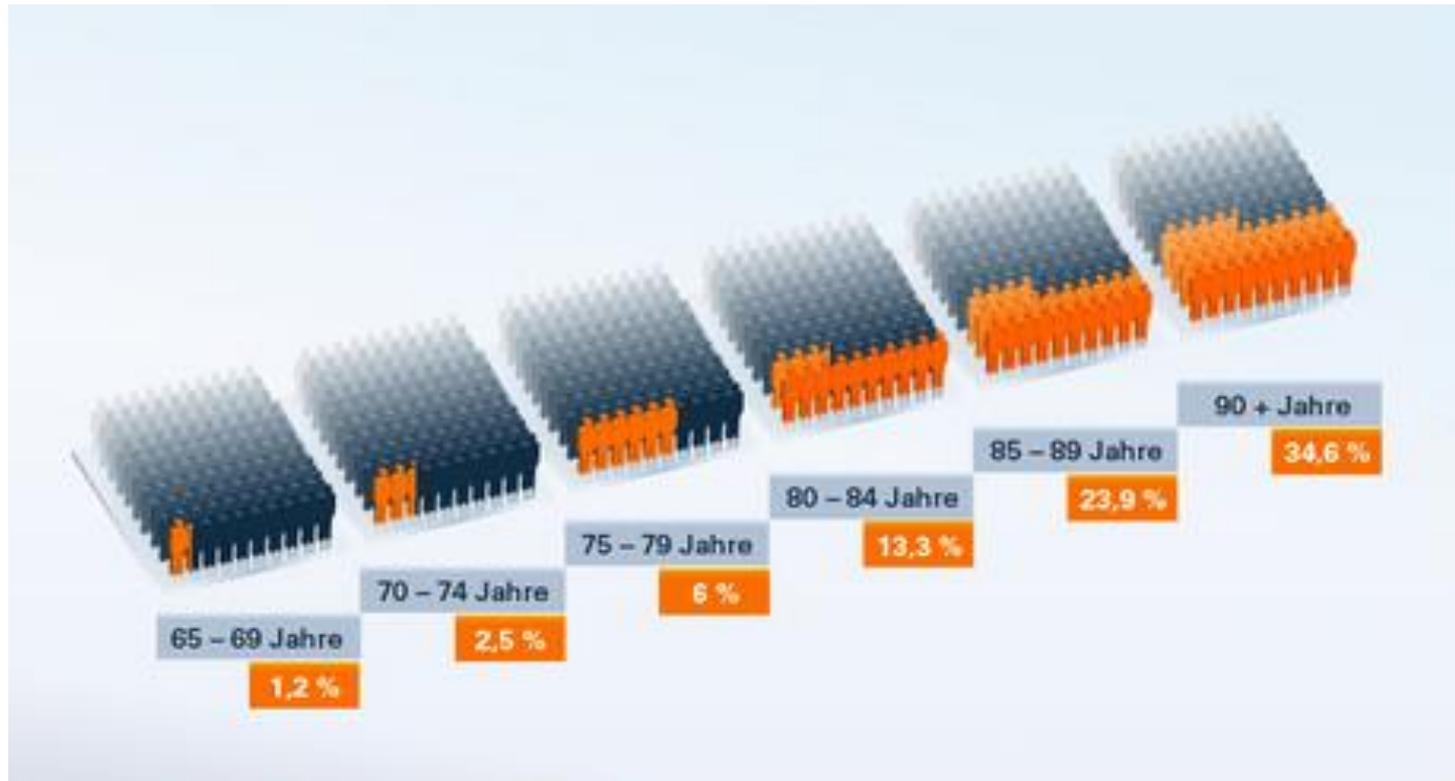
Behandlungskosten in Krankenhäusern nach Altersgruppen

	2008 Milliarden Euro	2030 Milliarden Euro	Veränderung in %
Status-quo-Szenario	66,7	75,5	13,1
Bis 64 Jahre	34,3	30,8	-10,1
65 Jahre und älter	32,4	44,6	37,8
Kompressionsszenario	66,7	69,8	4,6
Bis 64 Jahre	34,3	28,6	-16,6
65 Jahre und älter	32,4	41,1	27,0

Vorausberechnung der Behandlungskosten in Krankenhäusern nach Altersgruppen bis 2030

Quelle: Noethen 2011

Risikofaktor Alter: Das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, nimmt mit dem Alter zu.



Quelle: Deutsche Alzheimergesellschaft 2015

AUFTRAG UND FRAGESTELLUNG



Fragestellungen

1. Welche Problembereiche lassen sich in der gesundheitlichen Versorgungssituation der älteren Bevölkerung ab 65 Jahren des Bundeslandes Bremen identifizieren?
2. Welche Lösungsstrategien für ausgewählte Problembereiche können aufgezeigt werden?

Erkenntnisinteresse

- speziell auf Bremen zugeschnittene Lösungsansätze entwickeln
- um die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen langfristig und auf einem hohen Qualitätsniveau zu sichern

METHODISCHES VORGEHEN

Delphi-Methode

Delphi-Methode

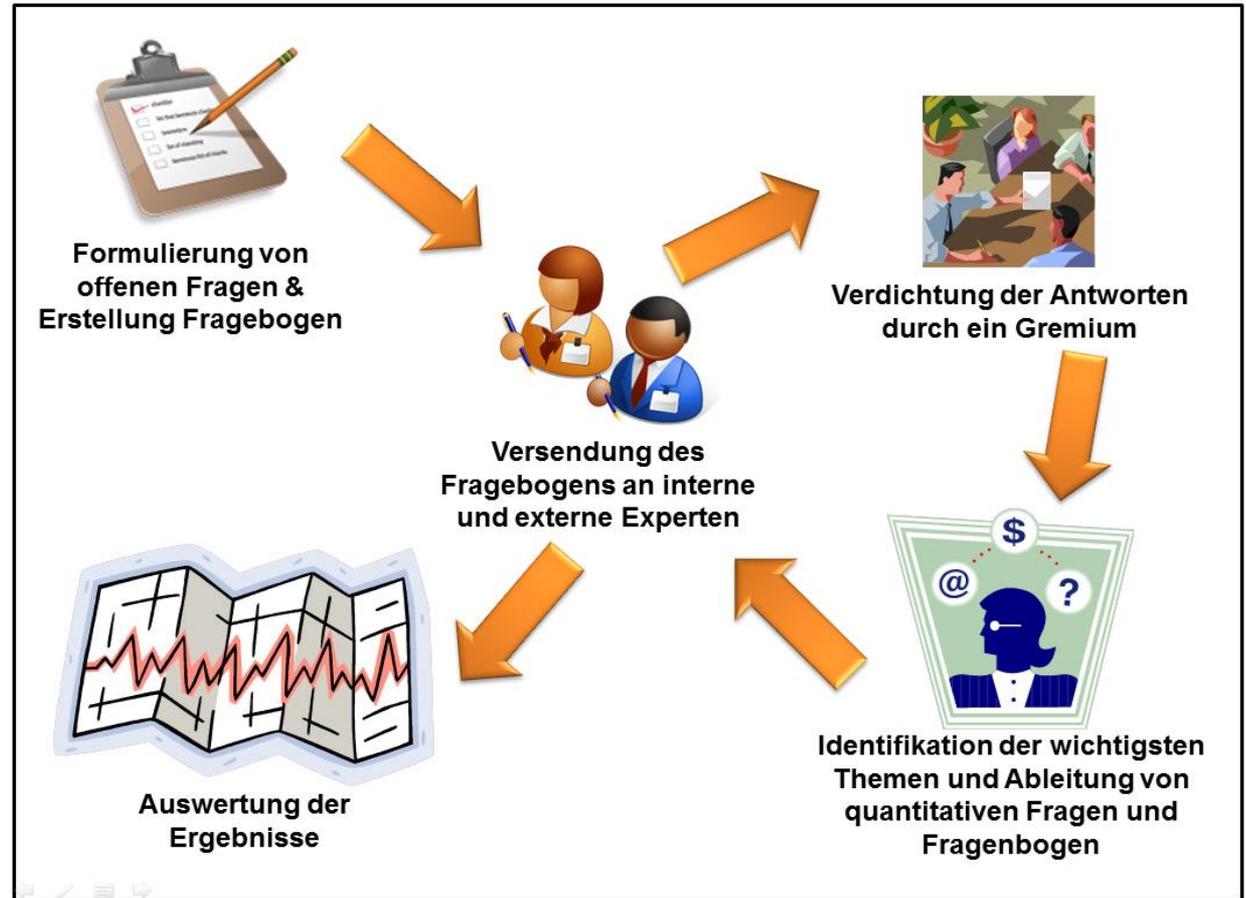
„Die Delphi-Expertenumfrage ist eine Ideenfindungs-, Meinungsbildungs- und Prognosemethode, welche die Einsichten und Zukunftseinschätzungen ausgewählter Fachleute systematisch erhebt und ausmittelt“ (VDI 1991)



Ziel: Erarbeitung von Lösungen für komplexe Problemlagen

(Bortz & Döring 2006, S. 261)

Ablauf

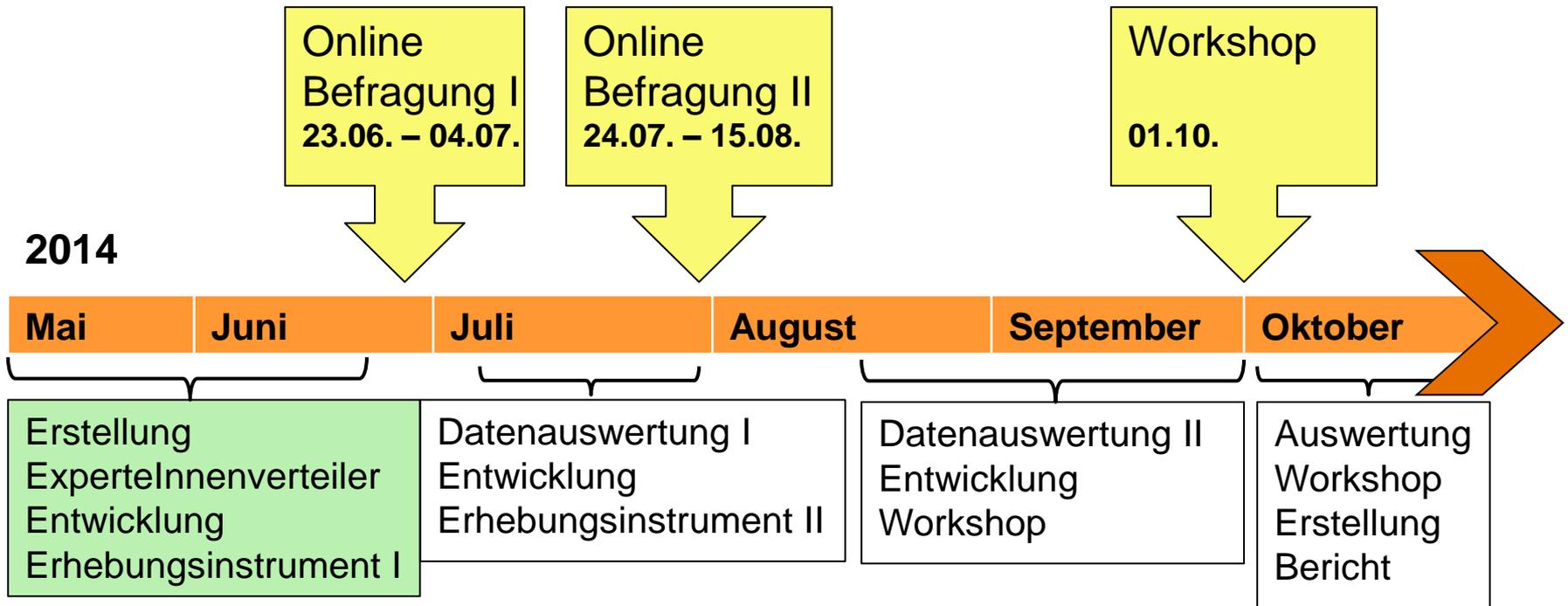


Rekrutierung der ExpertInnen (n=87)

Aus folgenden Bereichen:

Ambulante ärztliche Versorgung	Stationäre Akutversorgung
Rehabilitative Versorgung	Palliative Versorgung
Ambulante pflegerische Versorgung	Stationäre pflegerische Versorgung
Informelle Hilfen, Selbsthilfegruppen	PatientenfürsprecherInnen
Politik und Wirtschaft	

Projektverlauf



Rücklauf

	Erste Erhebung	Zweite Erhebung
Eingeladen (n)	87	87
Daten geliefert*	94	43
Abgeschlossen	59	30
Rücklauf (abgeschlossen/n)	67,8%	34,5%

	Dritte Erhebung (Workshop)
Eingeladen (n)	87
Teilgenommen	25
Rücklauf (teilgenommen/n)	28,7%

*) Die Differenz zur Anzahl der eingeladenen Personen ergibt sich aus dem Umfragemodus ‚anonym‘ der online Befragung (Link zur Umfrage frei zugänglich).

ERGEBNISSE

Auszüge erste und zweite Erhebung

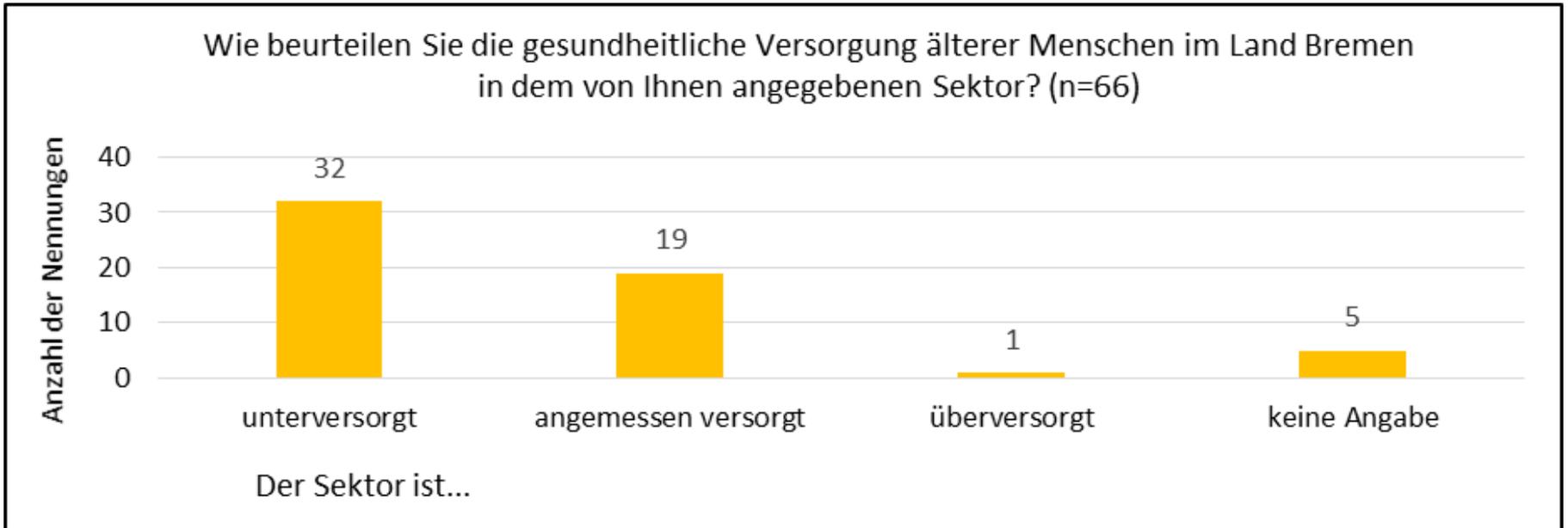
Frage: Wie beurteilen Sie die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen in Bremen...

... unterversorgt?

... angemessen versorgt?

... überversorgt?

Einschätzung der Angemessenheit der Versorgung



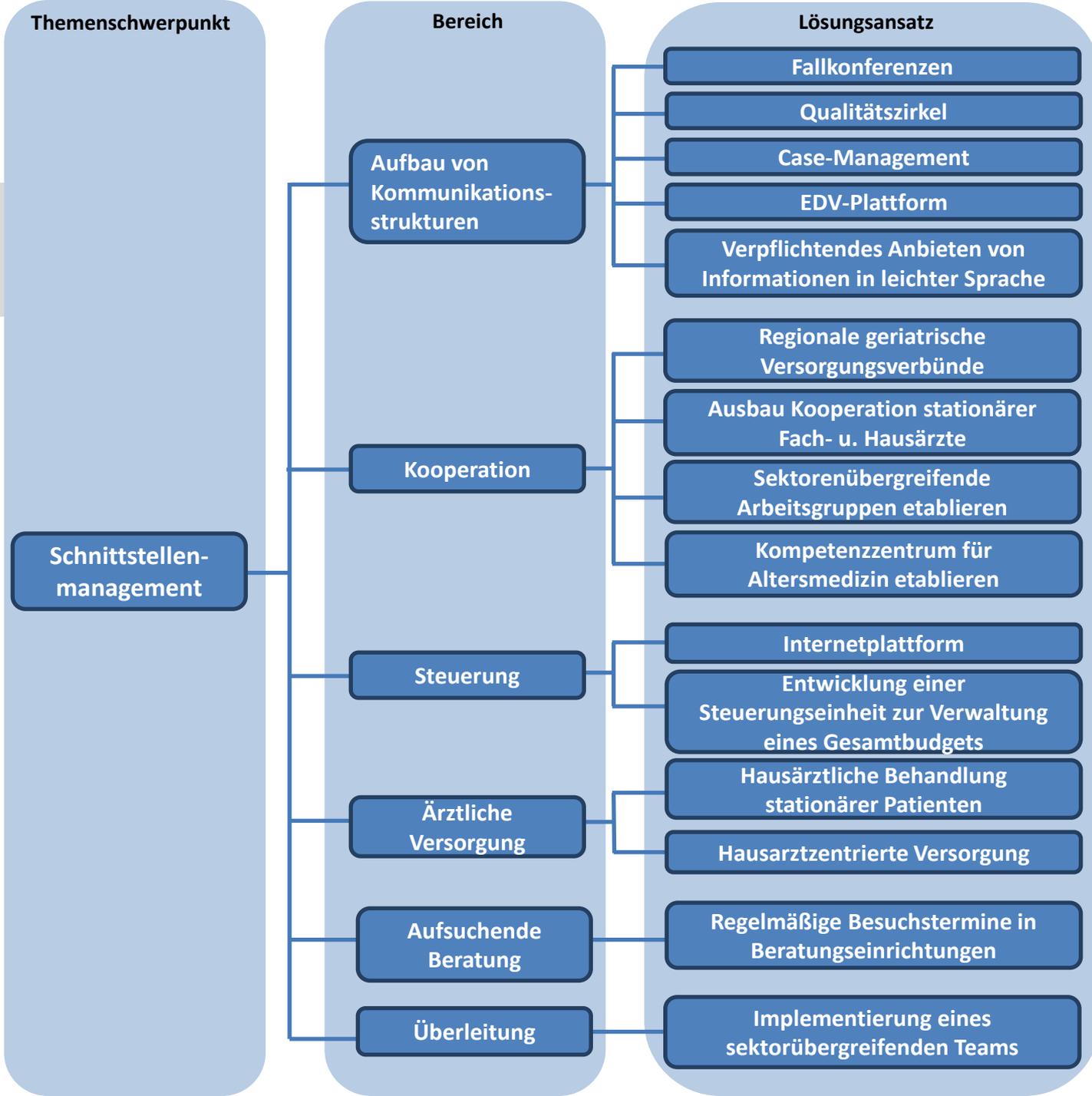
Zentrale Themenschwerpunkte aus den Online-Befragungen: Arbeitsgrundlage innerhalb des Workshops

Themenschwerpunkt	Bereiche/ Ansatzpunkte für die Erarbeitung von Lösungsstrategien
Schnittstellenmanagement	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau von Kommunikationsstrukturen • Kooperation • Steuerung • Ärztliche Versorgung • Aufsuchende Beratung • Überleitung
Geriatrische Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Sicherung akutgeriatrischer Versorgung • Ärztliche Versorgung und Geriatrie • Ausbau von Leistungen • Kompetenzzentrum • Landeszielplanung
Quartier	<ul style="list-style-type: none"> • Quartiersarbeit • Seniorengossenschaften • (Medizinische) Angebote für vulnerable Gruppen
Qualifikation und Ausbildung	<ul style="list-style-type: none"> • Qualifizierung und Fachkräftemangel sowie Fort- und Weiterbildung • Ausbildungssystem • Kompetenzen bündeln

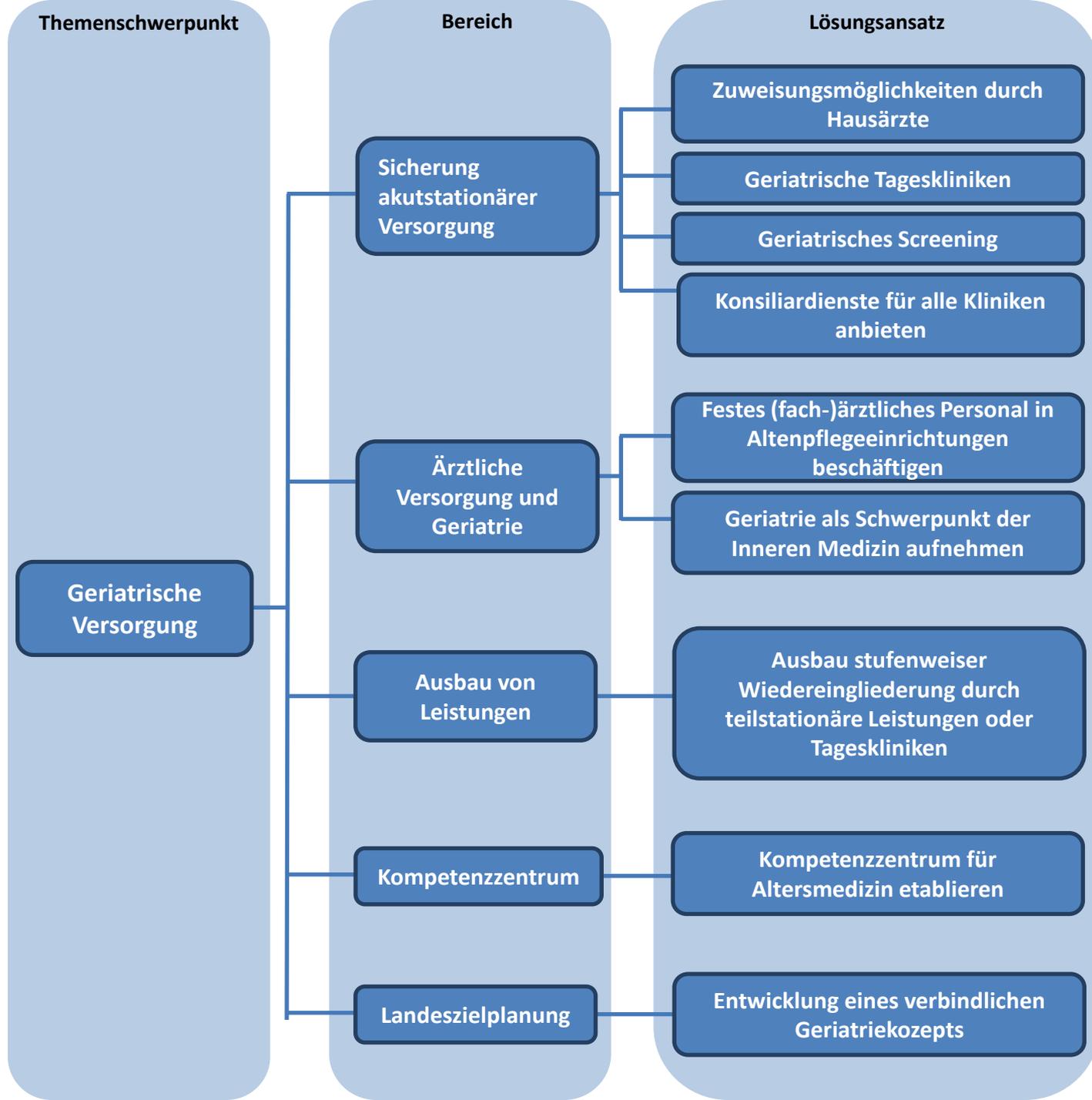
Auswertung



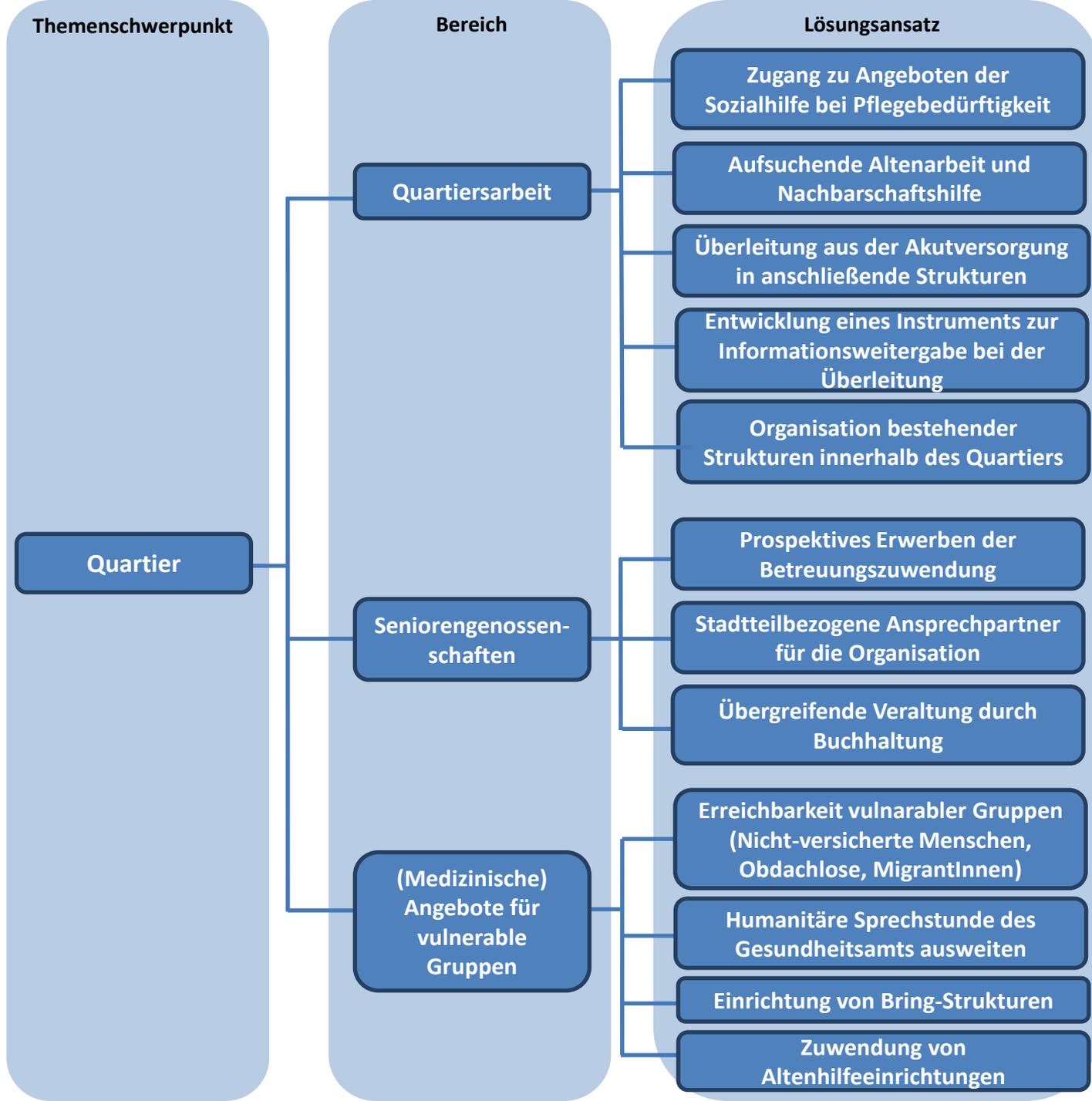
Schnittstellenmanagement



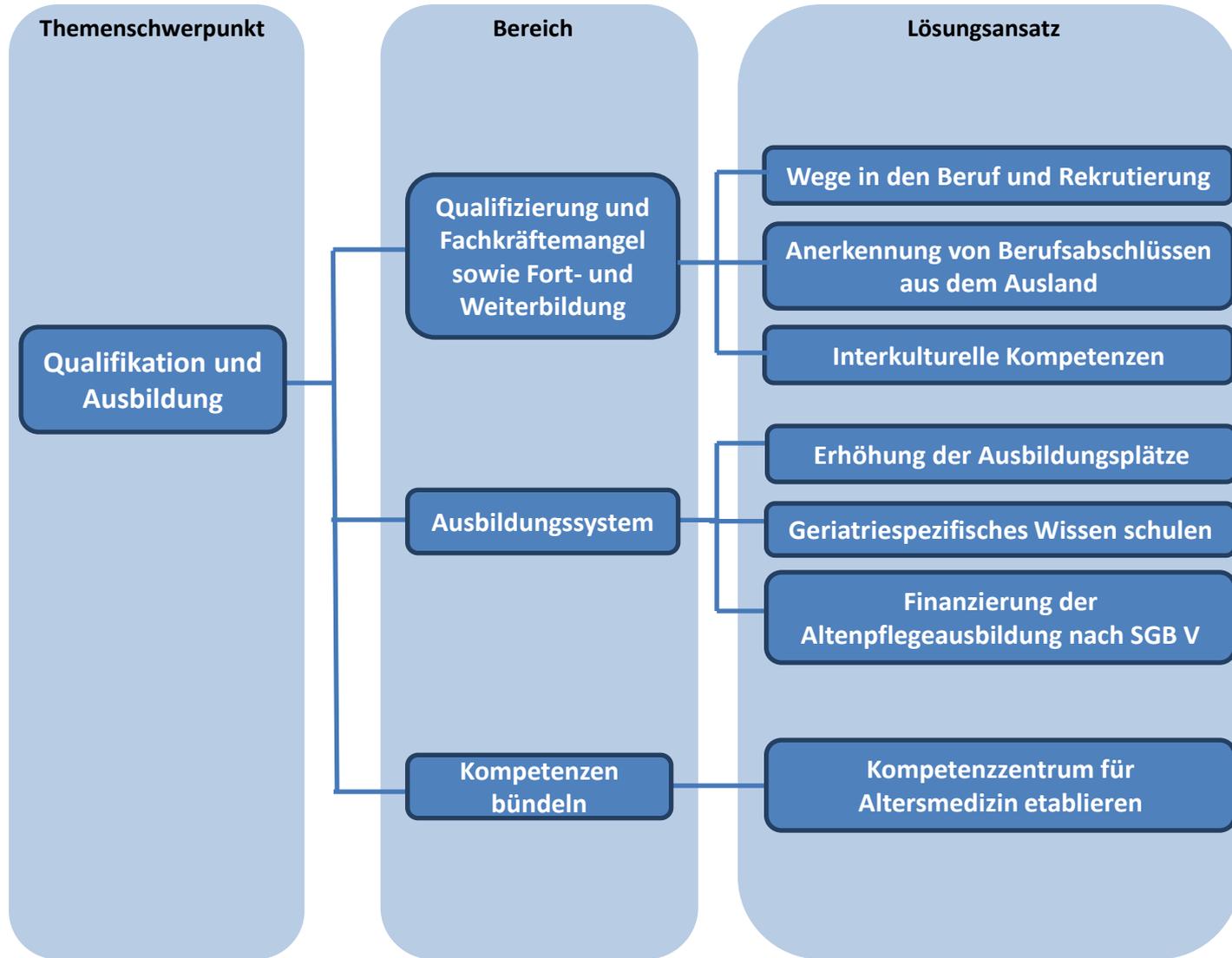
Geriatrische Versorgung



Quartier



Qualifikation und Ausbildung



SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Leistungserbringende aus
**Geriatrische
Versorgung**
gemeinsam zu managen.“

Quartierkonzepte müssen

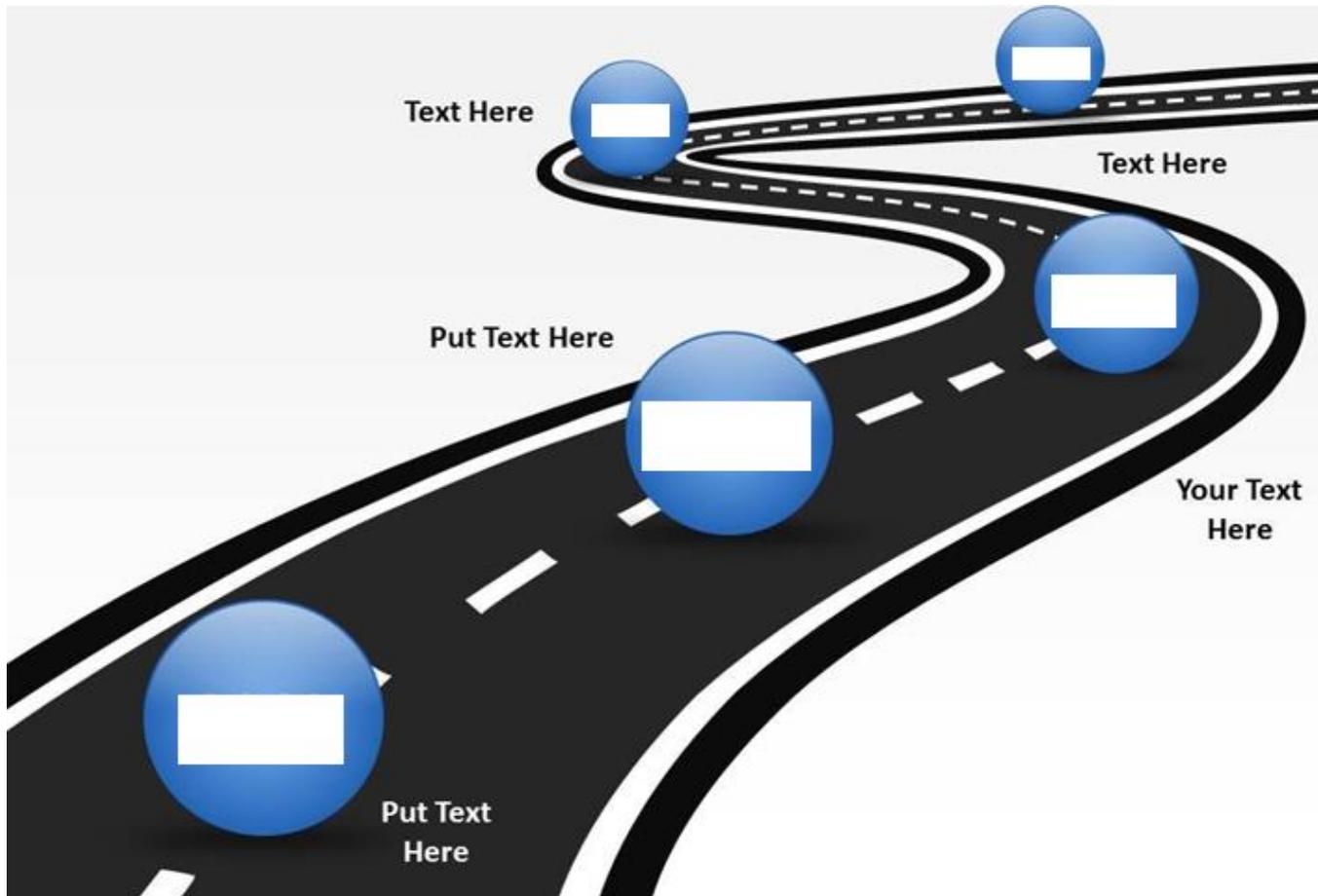
Quartier
Quartieren durch Fachkräfte.“

In
ein
**Schnittstellen-
management**
In der / durch / mit / ...

„[Ein
Prob
amb
z.B.
**Qualifikation und
Ausbildung**
Schwerpunkt Geriatrie.



5 years future plans



4-Punkte-Roadmap für Bremen

- ✓ **Schnittstellen erfolgreich zusammenbringen** – Modelle sektorübergreifender Kommunikation, Kooperation und Steuerung implementieren: Integrierte Versorgung
- ✓ **Geriatrische Versorgung weiter denken** - Erarbeitung eines landesweiten Geriatriekonzepts: „Geriatrisierung“
- ✓ **Quartiersarbeit entwickeln** – Kommunale Versorgungssteuerung etablieren
- ✓ **Pflegeberufe für die Zukunft stärken** – Entwicklung einer Gesamtstrategie für eine Bremer Bildungsoffensive im Bereich der Gesundheitsfachberufe



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Prof. Dr. Stefan Görres

**Institut für Public Health und Pflegeforschung
(IPP)
Universität Bremen**

sgoerres@uni-bremen.de

Studienteam:

Susanne Stiefler, M.A. Public Health

Fadua El Bouazzaoui, M.A. Public Health

Sabine Blom, Diplom Gerontologin M.A.
Sozialwissenschaften

Kathrin Seibert, B.A. Pflegewissenschaft

Dominik Bruch, B.A. Pflegewissenschaft

Lina Heier, Studentin Pflegewissenschaft B.A.