Evangelische Akademie Bad Boll

Online-Texte der Evangelischen Akademie Bad Boll

Grenzen überwinden: Die Zukunft der Pflege

Ökonomische und politische Perspektiven

Marie-Luise Müller

Ein Beitrag aus der Tagung:

Diakoniestationen

Tagungsort Bad Boll, 20. - 22. März 2006, Tagungsnummer: 410106

Tagungsleitung: Dr. Günter Renz

Bitte beachten Sie:

Dieser Text ist ausschließlich zum persönlichen, privaten Gebrauch bestimmt. Jede weitere Vervielfältigung und Verbreitung bedarf der ausdrücklichen Genehmigung des Urhebers/der Urheberin bzw. der Evangelischen Akademie Bad Boll.

© 2006 Alle Rechte beim Autor/bei der Autorin dieses Textes

Eine Stellungnahme der Evangelischen Akademie Bad Boll ist mit der Veröffentlichung dieses Textes nicht ausgesprochen.

Evangelische Akademie Bad Boll
Akademieweg 11, D-73087 Bad Boll
E-Mail: info@ev-akademie-boll.de
Internet: www.ev-akademie-boll.de

Grenzen überwinden

Die Zukunft der Pflege
Ökonomische
und
politische Perspektiven

Bad Boll, 20.März 2006

Marie-Luise Müller, Wiesbaden

Bundespräsident Rau a. D.
Berliner Rede am 18. Mai 2001 mit dem Titel
„Wird alles gut – Für einen Fortschritt nach menschlichem Maß“
festgestellt und zugleich Mut gemacht:

Zitatanfang
…….„Wer von Maß spricht, der spricht von Grenzen.
Ohne Grenzen, ohne Begrenzung, gibt es kein Maß.
Von Fortschritt und zugleich von Grenzen zu sprechen,
ist kein Widerspruch……..
Zitatende

Denken heißt überschreiten.“
Rational allerdings mit der ethischen Dimension verknüpfen.

Gliederung

Persönliche Einführung

- Ausgangslage
- Wohlfahrtseinrichtungen auf dem Weg in eine Gesundheitswirtschaft
- Grenzen überschreiten – Wie viel Pflege kommt mit?
- Pflegepolitische Ziele

Ratsversammlung DPR e.V.

ADS / BA / BALK / BDH / BeKD / BFLK / DBfK / DGF / DPV /VaoP / VPU

Kontakte zu

Bundeskanzleramt
BM für Gesundheit
BM für Familie, Jugend, Frauen und Senioren
BM für Bildung und Forschung
BM für Arbeit und Sozialordnung

Kooperationen

- Dekanekonferenz (DEKA
- Deutsches Netzwerk Qualitätssicherung (DNQI
- LEP / Höhenrieder Kreis
- WISO / Hauptstadtkongr

Präsidium

5 Mitglieder

Wahlperiode 3 Jahre

Gesetzliche Beteiligung

- §§ 17a, b, c, KHG
- InEK
- DIMDI / HTA
- Runder Tisch „Pflege“
- Forum Prävention
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit
- Telematik,eGk,Heilberuf -ausweis

Vertragliche Beteiligung

- AK.PatSicherheit
- Gesellschafter KTQ gGmbH

Gesetzliche Mitgliedschaft

- BQS § 137 ff SGB V
- GemeinsamerBundesausschuß

Gesprächs-partner

- BÄK
- DKG
- GKV/PKV
- KBV
- Gewerkschaften
- Landespflegeräte
- Nationale Konferenz zur Gründung von Pflegekammern

Beirats-funktionen

- Jury Golden Helix
- Deutscher Pflegepreis
- Beirat Leonardo da Vinci
- BUKO - QS

Deutscher Pflegerat e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen

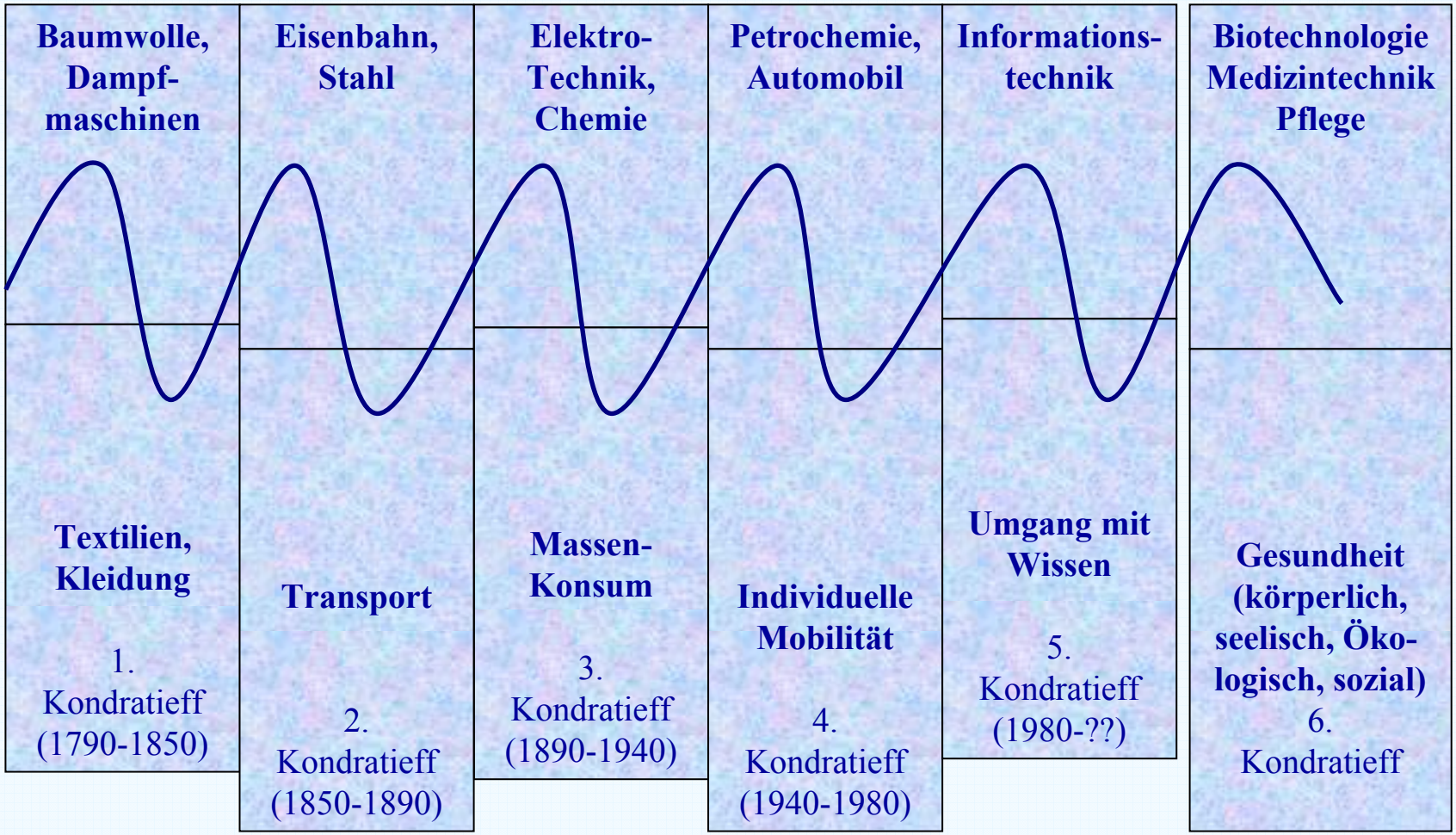
© DPR 2006

Ausgangslage

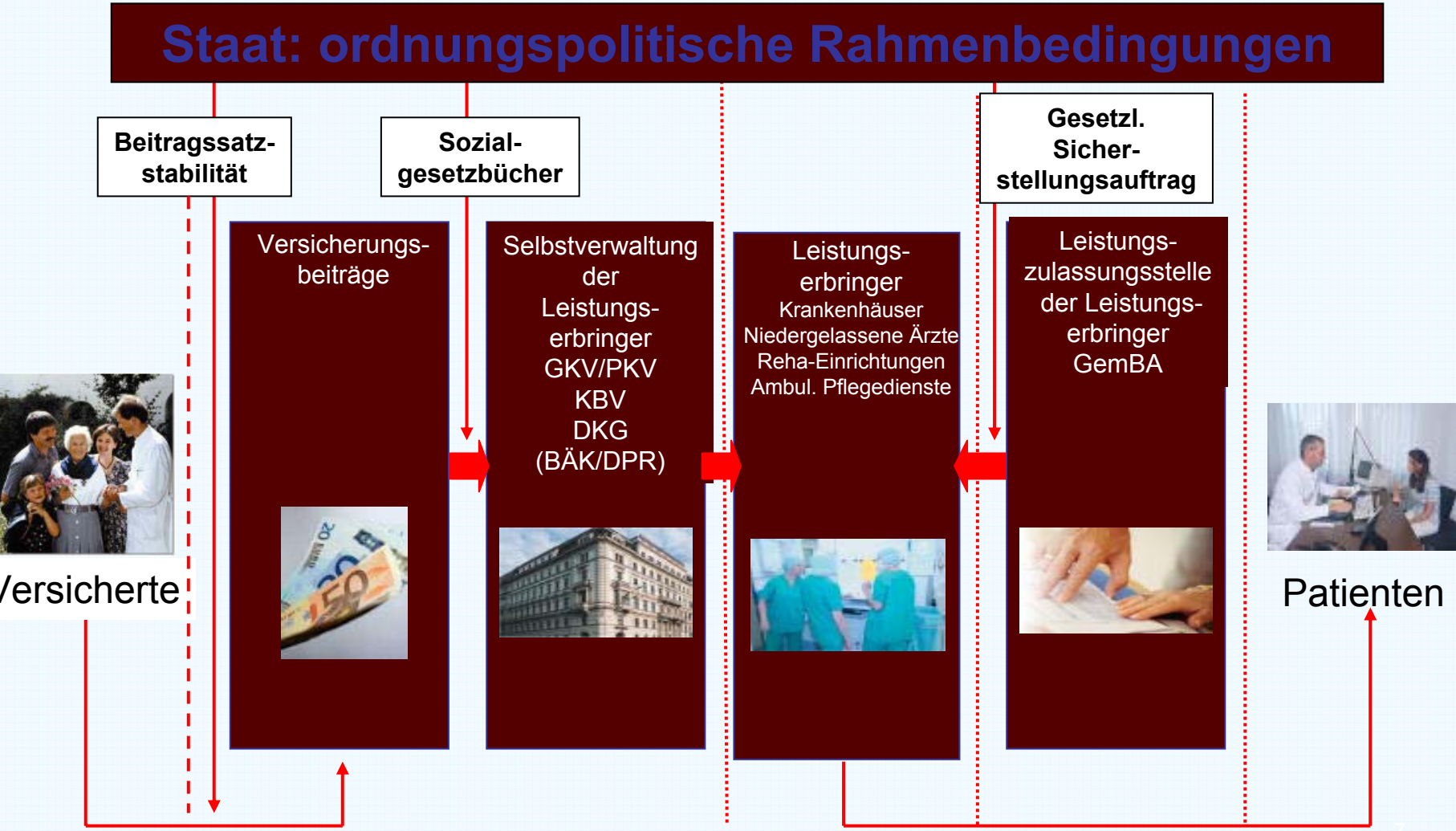
- Systemorientiertes Gesundheitswesen
- Ressourcenknappheit, Demografische Entwicklung, medizinischer Fortschritt, Eigenverantwortung
- Selbstbeteiligung, Globalisierung, Professionalisierung der Gesundheitsberufe
- Professionelle Pflegeleistungen - bedeutende Wirtschaftskräfte in der Gesundheitsbranche (ZDF)
- Sektorenübergreifende Entwicklungen

Kondratieff-Zyklen (1926) Theorie der langen Wellen

(Nicolai D. Kondratieff, 1892-1938)



Systemorientiertes Gesundheitswesen



Entwicklungen im Gesundheitswesen – Zahlen Daten Fakten

Kliniken

Betten – Patienten – Beschäftigte

Ambulante Pflegedienste

Einrichtungen – Patienten/Kunden – Beschäftigte,Angehörige

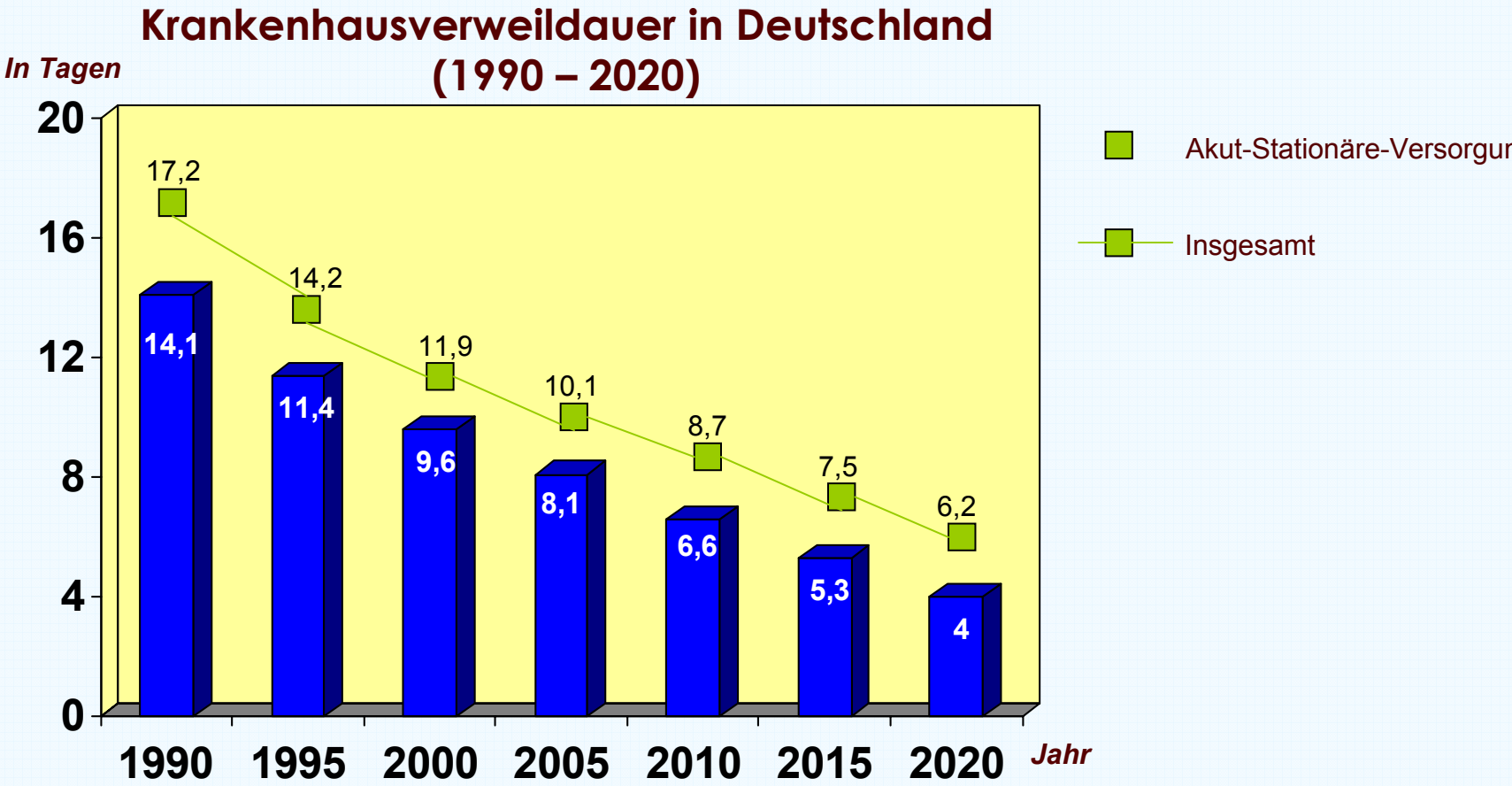
Stationäre Pflege-Einrichtungen und alternative Wohnformen

Heime – Bewohner – Beschäftigte

Hospize

Gäste – Beschäftigte – Ehrenamtliches Engagement

Krankenhausstatistik



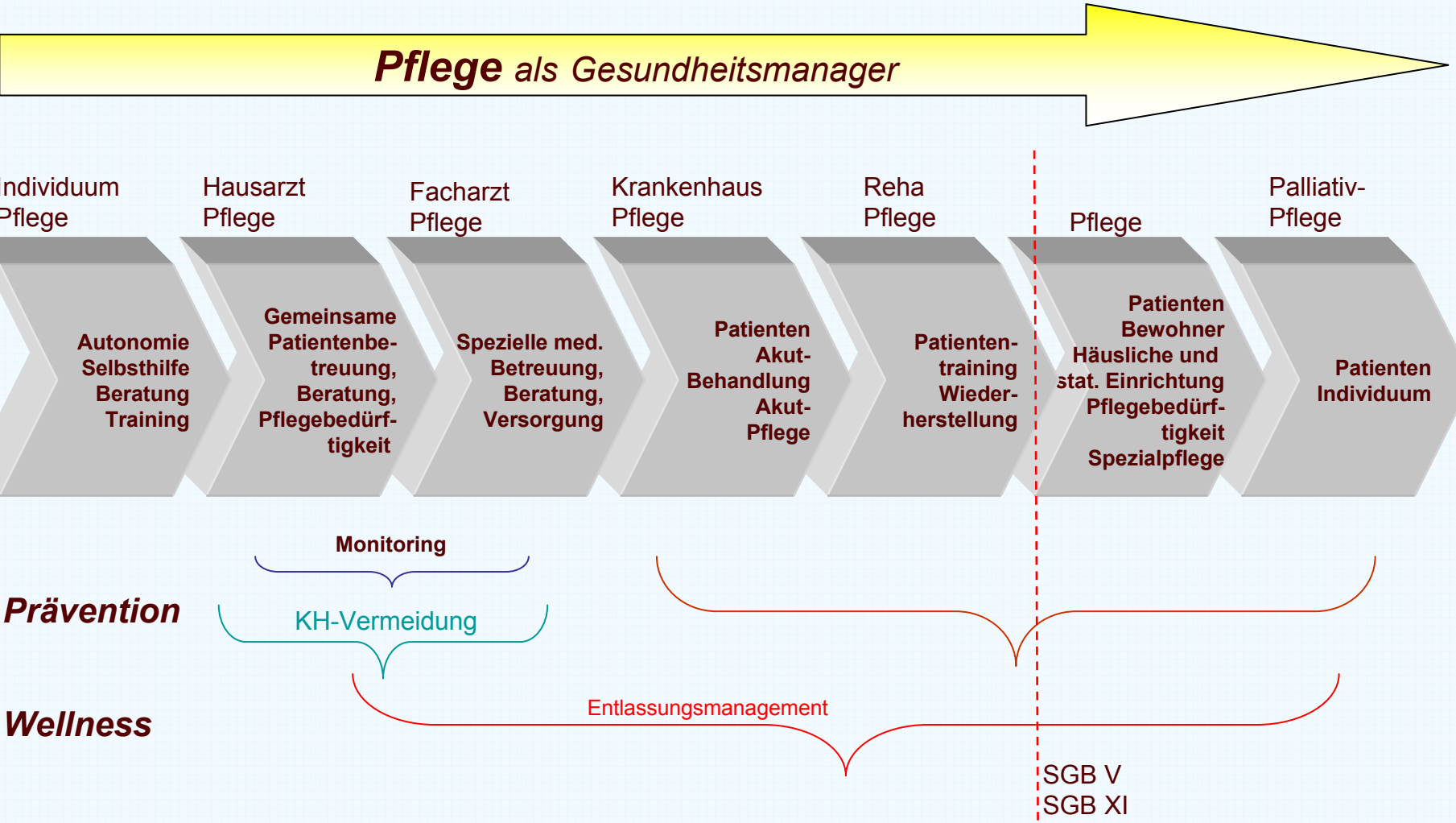
Quelle: (bis 2000; World Health Organisation (2004): HFA-Database – Average length of stay, all hospitals/acute care hospitals only
(ab 2005): Schätzung Ernst & Young

Ambulanter Bereich

- **2,04 Mio. Pflegebedürftige**
  - davon 1,44 Mio. Pflegebedürftige (70%) zu Hause
  - davon werden 1 Mio. ausschließlich durch Angehörige versorgt
- **450.000 Patienten/Pflegebedürftige** (2004) werden durch
  - 10.590 Pflegediensten (2004) mit
  - 189.000 Beschäftigten (2004) (Pflege) betreut
- Über 8 Mio. Überstunden leisteten die Pflegedienstbeschäftigten (2004);
  damit hätten 4.500 Beschäftige eingestellt werden können
- Ausgabenvolumen ca. 5.801Mio.€ (2001)

Stationäre Einrichtungen

- 9.165 Pflegeheime
- 475.000 Beschäftigte (Pflege)
- 604.000 Pflegebedürftige von insgesamt 2,04 Mio. Pflegebedürftige (30% in Heimen)
- Ausgaben 15.452 Mio. €


Pflege als Gesundheitsmanager
Individuum Pflege
Hausarzt Pflege
Facharzt Pflege
Krankenhaus Pflege
Reha Pflege
Pflege
Palliativ-Pflege
Autonomie Selbsthilfe Beratung Training
Gemeinsame Patientenbe-treuung, Beratung, Pflegebedürf-tigkeit
Spezielle med. Betreuung, Beratung, Versorgung
Patienten Akut-Behandlung Akut-Pflege
Patienten-training Wieder-herstellung
Patienten Bewohner Häusliche und stat. Einrichtung Pflegebedürf-tigkeit Spezialpflege
Patienten Individuum
Monitoring
Prävention
KH-Vermeidung
Wellness
Entlassungsmanagement
SGB V
SGB XI

Wohlfahrtseinrichtung auf dem Weg zur Gesundheitswirtschaft

- DRG- Zeitalter – Preisentwicklung und medizinisches Portfolio
- Benchmarking, Markenbildung und Wettbewerb
- Kundenorientierung und Marketing
- Qualitätsanspruch
- Neuausrichtung der KH-Organisation, Management und Führung
- Neuverteilung der Aufgaben, Zuständigkeiten und Kompetenzen
- Qualifizierungs- und Diversifizierung der Berufsbilder
- Produktivität und Gewinnmaximierung
- Professionalität und Interprofessionalität

DRG- Wirkung

DRG → Preise für Leistungen

Trotzdem: Anreize

Instrumente

Leistungsportfolio →
- Spezialisierung
- Qualitätswettbewerb
- Kompetenzzentren
- Innovationsstrategie

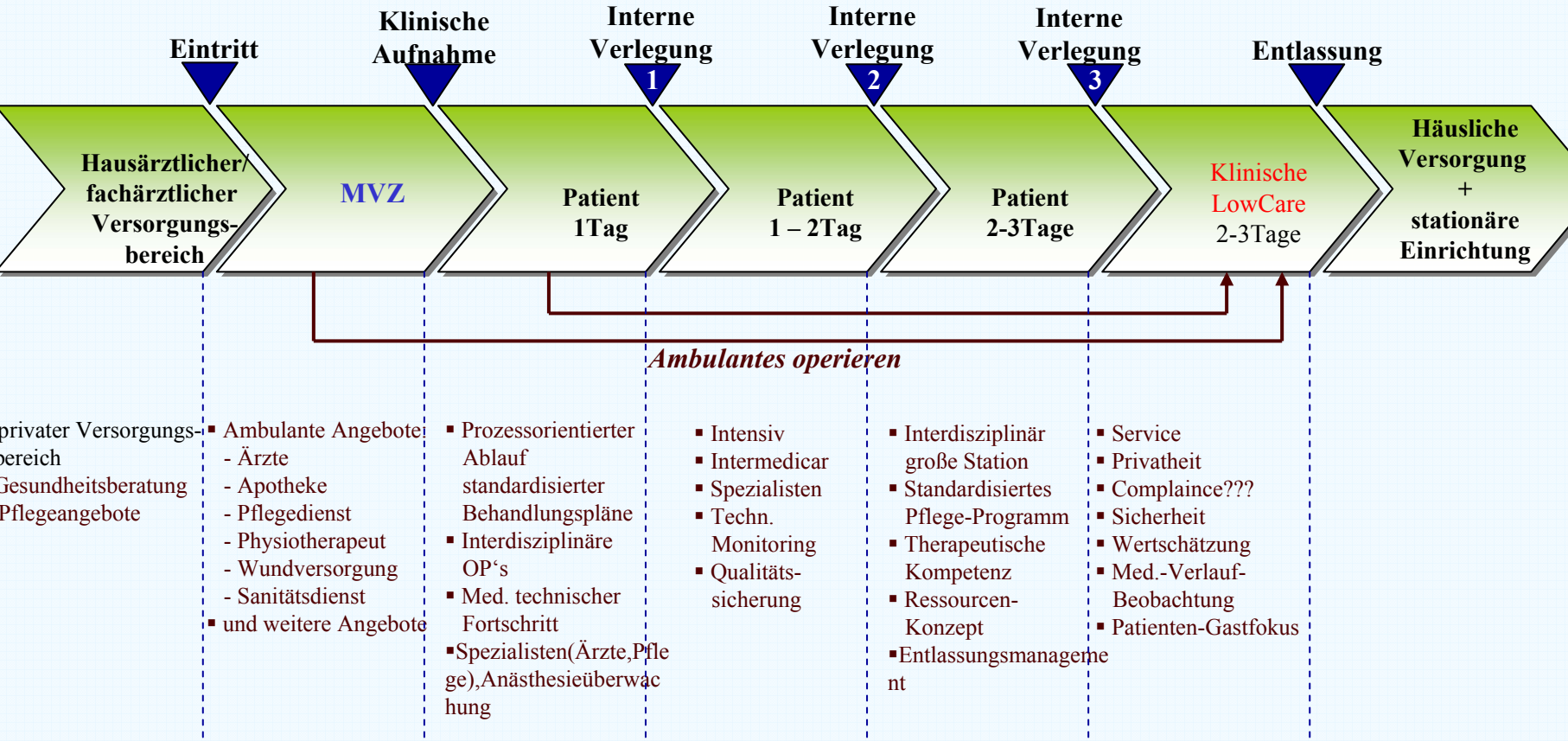
Interne Prozessketten →
- Skalenerträge
- Clinical Pathway
- Patientenhotel
- pflegeintens. gesteuerte amb-, teilstat., stat. Versorgung

Sektorspez. Prozessketten →
- Klinikverbünde
- Portalklinik
- Logistik
- „Markenverbünde“

Sektorübergreifende Prozessketten →
- MVZ (Integr. Versorgung)
- amb. Leistungserbringung
- prof. Case Management
- regionale Komplettangebote

Aber:
- Landesweite Einheitspreise
- Konvergenz bis 2009
- „politisches“ Übergangsmodell zur Budgetablösung
- Ausnahmetatbestände
- Inkomp. Umfeld z.b. Honorierung amb. Bereich

Integrierte sektorenverbindende medizinisch-klinische Behandlung



Ökonomische Strategie

- zielt auf
- Ergebnisorientierte Optimierung des Preis-/Leistungsverhältnisses
- und
- Gewinn- Reinvestition in marktgerechte Produktanpassungen und Innovationen.

Konzentration auf Kernprozesse

- **Unternehmensziel:**
- *Medizinische Produktqualität unter optimaler*
- *Preisentwicklung erwirtschaften, vertreiben und*
- *ausbauen.*

- **Klinische Prozessbereiche**

- Medizinische Kernprozesse
- **Pflegerische Kernprozesse**
- **Serviceversorgungsprozesse**
- Organisationsprozesse (Aufnahme-Entlassung)

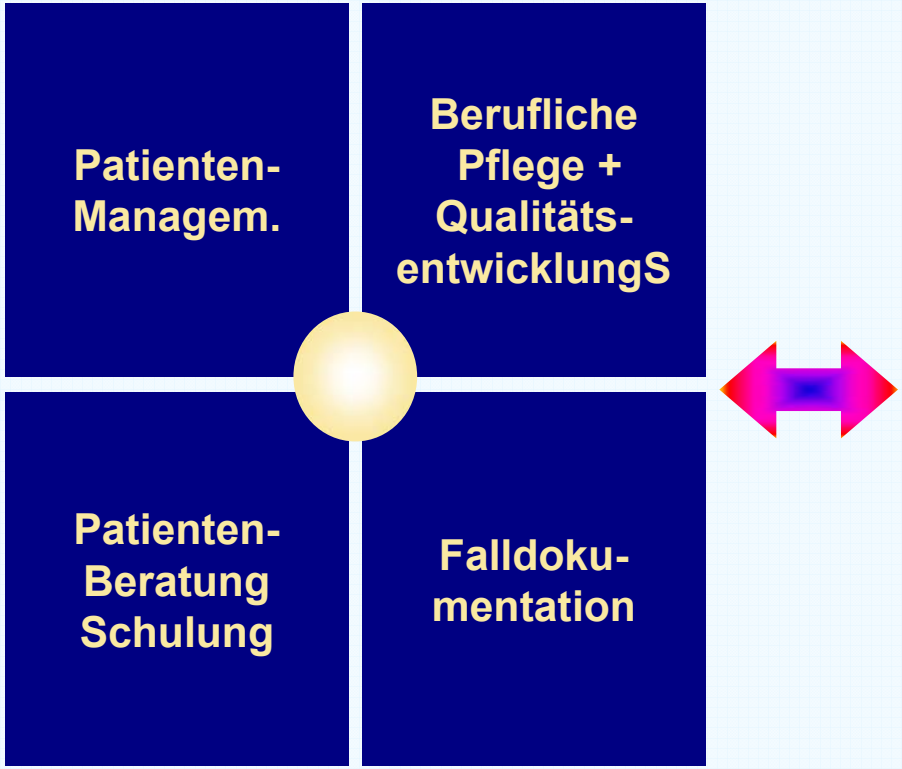
Grenzen überschreiten – wie viel Pflege kommt mit ?

Nur mit einem Mix von fachlicher und ökonomischer Kreativität befreit sich Pflege aus der Drucksituation

- **Kosten senken,**
- **eigene Qualität steigern und**
- **Personal abbauen zu müssen.**

Mit Hilfe von geiegneten Leistungsbedarfs- und Erfassungssystemen z.B. PP, LEP, FIM, DTA
kann Pflege ihr Leistungsspektrum selbst bewerten, kalkulieren, Steuern,
das Pflegemanagement wird erfolgreich die Herausforderung meistern können.

rofessionalität - Ein kleiner Schritt - mit großer Wirkung



Professionelle Pflege

Professioneller Hotelservice

Beispiele von Pflege-Innovationen und Markenbildung

- Decubitusprohylaxestandard
- Sturzprophylaxestandard
- Kontinenzprophylaxestandard
- Entlassungsstandard
- Schmerzstandard
- Chronische Wundversorgung
- Aromatherapie
- Ernährungsstandard
- Bewegungstherapie, Kinestetiktherapie, Basale Stimmulation, Bobath

Neustrukturierung der Versorgungsstufen

Interdisziplinäre Versorgungsstrukturen

- **intensiv care** (abteilungsübergreifend)
- **intermediate care** (abteilungsübergreifend)
- **normalyCare** (organisch oder effizienzbegründete interdiziplinarität)
- **klinische low care -** zweite Akutversorgungsphase abteilungsübergreifend z.B. (Patienten/Hotelstation)

Pflege überschreitet Grenzen

- Pflegeleistungen ohne Sektorengrenzen **effektiver** nutzbar
- Pflegerische evidenzbasierte **Innovationen** schneller in den Markt einführen
- **Qualitätsstandards** sektorenübergreifend zulassen
- Technologische Weiterentwicklungen wie z.B. eGK stärker unter **Versorgungsprozessgesichtspunkten** aufbauen,
- Pflegegatekeeper und Casemanagement setzen **Patientenorientierung** im klinischen und außerklinischen Bereich um

Pflegepolitische Ziele

- Pflege als Akteur im Gesundheitssystem zu einem sozialversicherungsrechtlich selbstständigen Leistungserbringer entwickeln (Profession, politischer Auftrag, Verordnungs- und Vergütungsrecht)
- Selbstverwaltungsfunktion (Registrierung,Berufsordnung,Bildungsverantwortung, gesundheitspolitischer Mitgestaltungsauftrag,
- Vertragspartner im SGB

Gedanke zum Abschluß

Es ist nicht gesagt, dass es besser wird,

wenn es anders wird,

aber wenn es besser werden soll,

muß es anders werden.

G.C.Lichtenstein

Herzlichen Dank für

Ihre Aufmerksamkeit !

Bad Boll, 20. März 2006