

# Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die medizinisch/pflegerische Versorgung

Dézszy/2008.12.04

## Demografische Daten

- **Bevölkerungsprognose**

Jahr	Anteil d.P.über 60 J	Anteil d.P.15-60 J
2005	22,0 %	62,0 %
2015	23,9 %	61,6 %
2020	26,2 %	59,8 %
2030	31,8 %	54,2 %
2040	33,3 %	53,6 %

Anteil der 80-90 J wächst um 400 % / der über 90 J um 800%

## Bevölkerungsstatistik

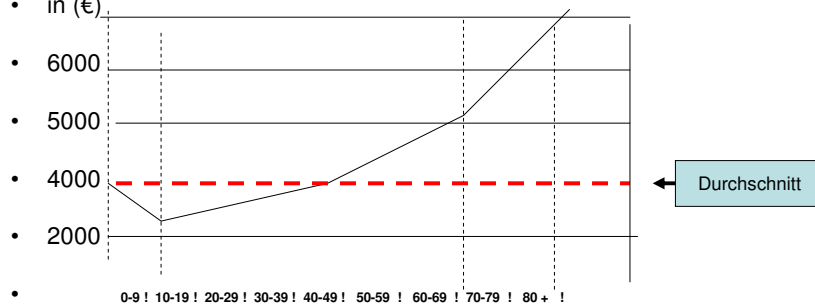
- Die Entwicklung der Lebenserwartung führt dazu, daß wir nicht mehr von der Generation 50+ oder 60+ sprechen werden sondern von der
- 3.Generation (bis 85 J)  
und der 4.Genration (über 85 J)  
Dem steht vom Standpunkt der Finanzierung der erforderlichen Leistungen ein problematisches Verhältnis der 2,5 Mio Pensionisten und 3,95 Mio Erwerbstätigen gegenüber.

## Pflege und Finanzierung

- Mit der Zunahme der Menschen mit sehr hohem Alter von dzt 22%(lt Statistik Austria) auf 35 -38% werden neben den steigenden Behandlungskosten auch
- Personelle,organisatorische und bauliche Vorkehrungen erforderlich sein.
- ❖ Die Finanzierung der Pflegefälle wird die größte Steigerung des Finanzbedarfes bedeuten und bis 2030 zwischen 66% und 200% liegen. ( laut WIFO an die 10 Mrd €/anno erreichen.(heute 3 Mrd €).  
Allein die Steigerung der Pflegegelder der Stufen 6 und 7 von 1995 bis 2005 lag bei 60% und nimmt durch die demographische Entwicklung rasant zu.

## Kosten d. Versorgung p.Kopf

- **Kosten pro Kopf nach Altersgruppen in Österreich**
- in (€)



- Bereits ab der 5. Lebensdekade wird der Kostendurchschnitt überschritten.

## Zukünftig zu erwartende Massenerkrankungen

- Steigerung der Zahl der schwer oder kaum behandelbaren Patienten bis 2040

Herz-Kreislauf-Erkrankungen	650.000 Personen
Krebserkrankungen	130.000 Personen
Diabeteserkrankungen	400.000 Personen
Alzheimer/Demenz	<u>233.000 Personen</u>
	<b>1.413.000</b>

**Demenzkranke zu Erwerbstätigen:** (Zahlen in Tausend-Quelle ÖBIG)

	Erwerbstätige	Demenzkranke	Belastung Erwerbst.: Demenzkranke
1951	4.262	35	119,9
2000	5.065	90	56
2040	3.905	233	17

Besonders stark wird mit zunehmendem Alter der Bevölkerung die Zahl dieser Patienten steigen- besonders stark sind die über 70 jährigen betroffen.

## Arztebesuch in Ordinationen und Patienten der 3.und 4. Generation

Bis 44 J		2,5
45-64 J	4	
65-74 J	6,1 *)	
75-84 J	7,1 *)	
+ 84 J		8,5

\*) Allein in den zwei Gruppen der 65 – 84 Jährigen lag die Zahl der Besucher in Ordinationen im Jahr 2006 bei 120.000

Im stationären Bereich sind rd 80% der Patienten „altalte“ Menschen. Diese haben zu ihren somatischen Leiden bestimmte psychische Probleme und stärkere Erwartungshaltung und Wünsche an das Personal – besonders an die Pflege, was die Frage nach persönliche und optimale Betreuungs-form und –Methoden aufwirft.

(Statistik Austria 2007)

## Aufgaben

- Klärung der Definition des Versorgungsbedarfes
- Klärung der Ebene der optimalen Versorgung
- Schaffung der Durchlässigkeit zw.ambulanter und stationärer Behandlung und Pflege
- Problem der Finanzierung d.Pflege und Akutbehandlung (Gemeinde,Länder versus Sozialversicherung)
- Bewältigung der sich verändernden Krankheitsbilder

## Zukünftig wünschenswerte Versorgungspyramide für die wachsende Zahl der alten Patienten

- ↑ Zentralversorgung/Spitzenmedizin
- **Gesundheitszentrum** (spez für Med-Technik) unter Einbeziehung der niedergelassenen Ärzte, Betrieb durch eine Betriebsges.m.b.H und Nutzung durch alle niedergelassenen Ärzte gegen Verrechnung. (dadurch mögliche Reduktion der amb.Patienten in Krankenh.
- ↑ Hauskrankenpflegeorganisationen
- ↑ **Niedergelassene Ärzte** müssen sich in einem 6-Tages Dienst-Turnus für einen Bezirk durch das ganze Jahr für Patienten zur Verfügung stellen. ( auch hier Entlastung d.KH)
- **Aussgebaute Hauskrankenpflege**

## Weitere Erfordernisse für Ärzte u.Pflege

- Case management extern nach kurzer stat.Beh.
- Zielgerichtete Remobilisation in engstem Zusammenwirken mit dem KH
- Konsequente Übergangspflege
- Mehr ambulante Behandlung (Ärztegemeinschaften)
- Behandlung in Tageskliniken außerhalb d.KH
- Mehr Physiotherapie
- Mehr Psychotherapie und soziale Betreuung

## Gewichtindices versch. Pflegeinstitutionen

Pflegeform	Kosten	Effektivität	Individualität
Großinstitution	30-40	50	10
Kleine Pfl.heime (bis 100 Betten)	50-60	70	40
Wohngemeinschaften	40-50	80	70
24-Stundenpflege	100	90-100	100

Dézy/2008

## Schlüsselwörter

**Qualität =**

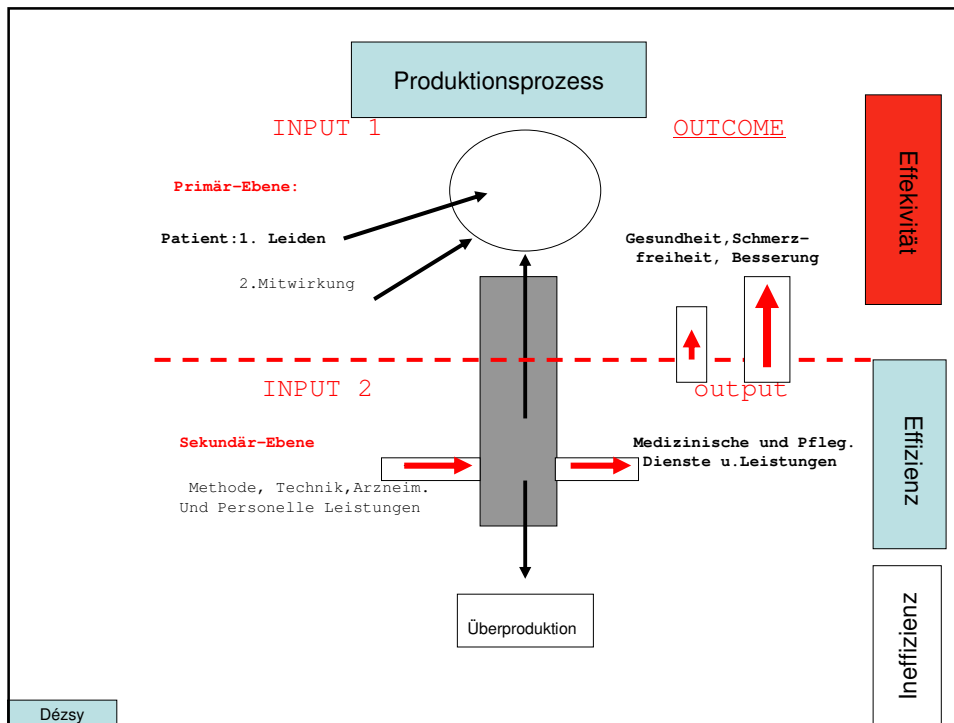
**Funktion von ( Struktur/Prozeß/Outcome)**

Definition der ersten zwei Faktoren ist betriebswirtschaftlich möglich

**Outcome (Effektivität - Wirksamkeit der ärztl/pfleg. Leistung)** nur durch Hilfsgrößen und im Hinblick auf die zunehmende Zahl der „altalten“ Patienten z.Bsp durch Messung der Zufriedenheit der Patienten.

Nutzen entsteht nur wenn er als solcher erkannt und realisiert wird deshalb sind alle möglichen persönl.

Maßnahmen zur Weckung des Vertrauens und Mitwirkung der Patienten zu ergreifen.



## Mögliche Hindernisse für optimales Zusammenwirken von Arzt-Pflege / Patient

- Sprache
- Angst
- Bildung
- Alter
- Krankheitsbegriffe (untersch.kulturen)
- Soziale Isolation

## Voraussetzungen d.zukünftigen Versorgungsstruktur

- Erwartungen- besonders der alten Patienten

1. Patienten wollen in die Behandlungsentscheidungen einbezogen werden (81)
2. Zusammenarbeit der Teams (Ärzte-Pflege-Patienten) (80)
3. Erwartung optimaler Zuwendung (80)
4. Sensitivität des Pflegepersonals (79)
5. Antworten auf Sorgen und Nöte der Patienten (78)
6. Maximal mögliche Info über Diagnose u Therapie
7. Freundlichkeit der Ärzte (55)
- .
14. Qualität des Essens und der Raumathmosphäre (50)

(nach Irving, USA: 1,2 Mio Pat 700 KH)

## Aufgaben für Personal

- 1. Solides Fachwissen (zeitgemäße Ausbildung)
- 2. Strenge auch zeitlich geregelte fachliche Fortbildung
- 2. Qualität (Struktur und Produktionsprozesse)
- 3. Kooperation mit anderen Versorgungsebenen
- 4. Optimale Information u Aufklärung der Patienten
- 5. Verstärkte Persönliche Zuwendung z. Patienten

## Aufgaben für Management

- Schaffung organisatorischer und personeller Grundlagen

1. Aufbau eines **umfassenden betrieblichen Gesundheitsmanagements**  
(Ziel: Verständnis für den Betrieb und Ziele, Motivation, (burnout -  
syndrom), Arbeitsplatz, Arbeitsbedingungen etc

**Arbeits- und Gesundheits-  
schutz**

\*

**Betriebliche Gesundheits-  
förderung**

\*

**Personal- und Organisations-  
Entwicklung**

**Absentismus\*)**

\*

**Präsentismus+)**

\*

**Human Resource  
Management**

\*)Allein in England jährl 175 Mio verlorene Arbeitstage mit 20 Mrd Pfund bewertet- B.Hassel)  
+)Präsentismus in Deutschland jährl zwischen 1,77 – 4,5 Mrd € bewertet – B.Siegemund)

## Aufgaben für Management

2. **Krankenhausmarketing** ( Gemeinsame Zielfestlegung  
und Zielerreichung, Identifikation mit dem Betrieb und  
den Aufgaben)

### Ziele:

- \* **Optimierung des outcome durch Erhöhung der  
Zufriedenheit der Patienten**
- \* **Wirksame Begegnung von Burnout**
- \* **Längere Verweildauer im aktiven Arbeitsleben**
- \* **Erhalten fachlicher Kompetenz und Erfahrung**

## Beinflussung der Nachfrage

- Einteilung der Ärzte in Bezirken f. Tages/Nacht-dienst
- Gewählter Hausarzt verhindert die immer neu durchgeführten Grunduntersuchungen neuer Patienten b. niedergelassenen Arzt
- Prozesse der Behandlung nach gesichertem und durch Fortbildung erlangtem Fachwissen
- Einführung des Gesundheitspasses durch motivierende Massnahmen (wie b. MuKi-paß)
- Schaffung von Gesundheitszentren, vor allem für techn. Diagnostik für alle niedergelassenen Ärzte. /kann im Besitz einer Gruppe von niedergelassenen Ärzten sein/ und für Pflegeberatung
- Lösung des Problems der zunehmend „institutionalisierten“ Verschiebung von Pflegefällen in den Akutbereich infolge Fortschritt der Medizin und Behandlungsmöglichkeiten (Gemeinden-Länder / Sozialvers). durch Finanzierungsänderung. zBsp kombinierte Gesundheitsversicherung (Krankheit und Pflege) „Medikalisierung der Pflege“
- Ausbau der Bedeutung der Pflege mit mehr Selbständigkeit als Brücke zwischen Patient und Ärzte vor allem im Hauskrankenpflegebereich.

## Danke

