

Kommissionsdrucksache

(07.04.2015)

Inhalt

**Projektbausteine künftiger ambulanter
geriatrischer Versorgung**

aus Sicht der Kassenärztlichen Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern

Vortrag: Dr. Reinhard Wosniak

Projektbausteine künftiger ambulanter geriatrischer Versorgung

aus Sicht der Kassenärztlichen Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern

(34. Sitzung der Enquete-Kommission „Älter werden in M-V“
am 27.3.2015)

Demografisch verursachte versorgungsplanerische
Herausforderungen in Mecklenburg-Vorpommern



**Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg Vorpommern**
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Dr.Reinhard Wosniak



Vorbemerkung

Die Herausforderung ist ein **gestalterischer Ansatz**:

- 1. Die komplexe geriatrische Versorgung in einem Flächenland bedarf einer spezifischen und kompetenten Analyse der differenzierten regionalen Versorgungssituation und eines abgestimmten Handelns der Vertragspartner vor Ort**
- 2. Bundesweite gesundheitspolitische Vorgaben, Gesetze und Regelungen sollten regionale Gestaltungsspielräume dezidiert zulassen und vorgeben**
- 3. Die Altersmedizin ist in Aus-, Weiter- und Fortbildung zu fördern und ihre spezifische, qualitätsgesicherte und genehmigungsrechtliche Einsetzbarkeit im Regelleistungskatalog aber auch in regionalen Sonderverträgen zu verankern**
- 4. Mecklenburg-Vorpommern besitzt alle Voraussetzungen aber auch den zwingenden Bedarf für schnelles Handeln**



Welche Probleme sind dringend zu lösen?

- Bessere Abstimmung an der Schnittstelle Medizin/Pflege (SGB V/SGB XI u.a.)
- Auswirkungen der Polymedikation bei älteren Patienten („65+“)
- Altersmedizinische Qualifikation in Aus-, Weiter- und Fortbildung
- Spezifische Anreize für geriatrische Qualifikation
- Schrittweiser Aufbau einer erweiterten und einer spezialisierten geriatrischen Versorgung auf dem Land



Welche Probleme sind dringend zu lösen?

- Differenzierte Lösungen Stadt/Land bei speziellem Ausbau delegierbarer und nachgehender medizinischer und Casemanagement-Leistungen
- Verknüpfung der Schnittstelle Medizin/soziales Umfeld durch Schaffung ergänzender und alternativer Angebote für eine komplexe Betreuung und Beratung in Praxis und Häuslichkeit vor allen in ländlichen Regionen
- Verbesserung d. Nachhaltigkeit geriatrischer Maßnahmen
- Neue Überlegungen zur medizin./geriatr. Versorgung in Pflegeheim, betreutem Wohnen und amb. Intensivpflege

Erste Strukturlösungen für das Gesundheitsland Mecklenburg-Vorpommern

Stand März 2015



- Praxisassistentin (Näpa/VERAH): **181** (+ 32 in Ausbildung)
- (hausärztl.)Versorgungsassistentin VERAH-Care:**120**
- ambulante geriatrische Komplexbehandlung (AGKB): **3** Standorte
- Verträge „Pflegeheim Plus“ / “Pflege komplett“: **88**
- Vertrag über eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV): **12**

Dr.R. Wosniak

Ein denkbares geriatrisches Versorgungsmodell der Zukunft I



- **Die ambulante Versorgung älterer Patienten in Haus- und Facharztpraxen bleibt auch in Zukunft das Grundgerüst**
- Die spezifisch altersmedizinische Fortbildung ist fachgebietsweise zu fördern und in einem „Fortbildungsdiplom“ anteilig zu verankern
- Der Regelleistungskatalog sollte hinsichtlich spezifisch ambulant-geriatrischer Leistungen über das derzeitige Niveau (hausärztl.-geriatrisches Basisassessment+Betreuungskomplex) hinaus überarbeitet werden

Ein denkbares geriatrisches Versorgungsmodell der Zukunft II



Schaffung einer amb. Versorgungsebene „Erweiterte Geriatrische Grundversorgung“

Voraussetzungen:

- Teilnahme am 60-Stunden-Kurs „Geriatrische Grundversorgung“ der Ärztekammer
- Obligatorische jährliche Fortbildung zu aktuellen Aspekten der Altersmedizin (Einbeziehung der Krankenkassen)
- Schaffung von Leistungsziffern für spezielle geriatrische Leistungen (Sonderverträge)
- Vorhaltung geriatrisch fortgebildeter *VERAH-Care*
- Optional: Pflegeheimversorgung/SAPV u.a.

Dr.R. Wosniak

Ein denkbares geriatrisches Versorgungsmodell der Zukunft III



Schaffung „Ambulant geriatrischer/ (gerontopsychiatrischer) Zentren“ (AGZ)

Voraussetzung:

- Zusatzbezeichnung/Fachkunde „Geriatric“ mit befristeter Übergangslösung, um im Bestand tätige Ärzte einbinden zu können
- geriatrisch qualifiziertes Personal
- spez. vertraglich fixierte Leistungsinhalte (Diagnostik, Therapie, Case-Management)

Dr.R. Wosniak

Ein denkbares geriatrisches Versorgungsmodell der Zukunft III

Schaffung „Ambulant geriatrischer/ (geronto- psychiatrischer) Zentren“ (AGZ)

mit einer sinnvollen Verteilung in der Fläche und

- einem zeitlich begrenzten Mitbehandlungsauftrag nach Überweisung
- Spezieller Diagnostik + therap./pharmakol. Empfehlungen + z.B. dem Angebot geriatrischer Komplexbehandlung
- geriatrischen/sozialen Beratungsleistungen für Patienten und Angehörige + Edukativgruppen
- Speziell ausgebildete *VERAH-Care*-Schwestern zur Nachsorge und „Nachhaltigkeits-Aktivierung“
- organisierten Wiedervorstellungsterminen im AGZ

**Als Ergänzung, Schnittstelle und Alternative in
ländlichen Regionen zur GIA !**



Dr.R. Wosniak

Wie weiter mit der Praxisassistentin?



Gebraucht werden **spezifische Maßnahme** als Option für ein überaltertes Flächenland mit latentem Arztmangel

Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern arbeitet derzeit an **Erweiterungsmodulen für delegierbare Leistungen**, spez. im ländlichen Bereich, unter den Kriterien:

- Ärztemangel und zunehmend eingeschränkte Mobilität geriatrischer Patienten
- ausbleibende Angebote von nachgehenden Beratungsleistungen in ländlichen Regionen
- Erweiterungsmöglichkeiten für Betreuungsleistungen geriatrischer und multimorbider Patienten inklusive Arzneimittelversorgung bei Dauermedikation bzw. chronischen Erkrankungen

Dr.R. Wosniak

Pflegeheim - Verträge

Rahmenvereinbarungen der KVMV mit AOK und DAK



- Optimierte medizinische Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen
- untervertragliche Vereinbarungen vor Ort zwischen Kasse, Pflegeheimen und Hausärzteams bzw. Ärztenetzen
- Koordination und Sicherstellung medizinischer Leistungen und differenzierter Versorgungsangebote „aus einer Hand“

Dr.R. Wosniak

Pflegeheim Plus



- Verbesserung der Lebensbedingungen der Heimbewohner
- Verbesserung der Versorgungsqualität, optimale Medikation, Vermeidung unnötiger Krankenhauseinweisungen
- Koordination fachübergreifender Zusammenarbeit durch Hausärzte-Teams
- Freiwillige Teilnahme der Versicherten

Vorschlag der KVMV: Einbindung weiterer Regelungen, wie *Teilnahme von Fachärzten*, Einsetzbarkeit von *VERAHCare-Schwestern* sowie Screening und Sanierung von *MRSA-Patienten*

Statistik Pflegeheim Plus / Pflege komplett:



Stand März 2015:

- Anzahl Verträge gesamt MV: **88** Heime
- 90 einbezogene Ärzte (davon 4 Fachärzte)

Dr.R. Wosniak