



Pressekonferenz – Conferenza stampa

Neuerungen in der wohnortnahen Gesundheitsversorgung

Nuovi sviluppi nell'assistenza sanitaria territoriale

30.08.2023



Planungsdokument zur Weiterentwicklung des Berufes der Allgemeinmediziner/-innen und Kinderärzt/-innen freier Wahl

Atto di programmazione per lo sviluppo della
professione dei medici di medicina generale e dei
pediatri di libera scelta

Günther Burger

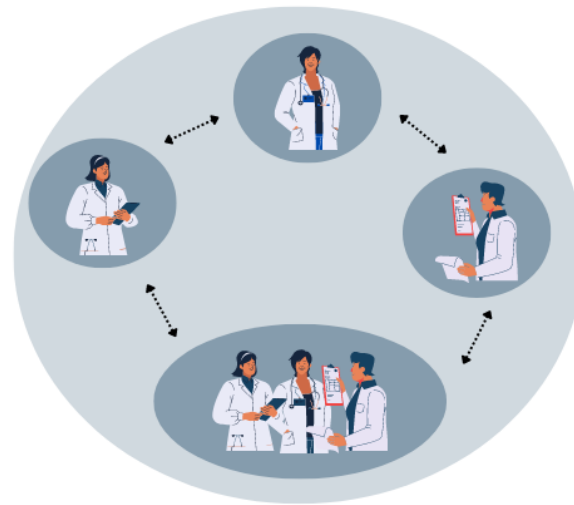
Ausgangslage



293 Allgemeinmedizinerinnen
und -mediziner



42 Gruppenmedizinen



27 vernetzte
Gruppenmedizinen



55 Kinderärztinnen und
-ärzte freier Wahl

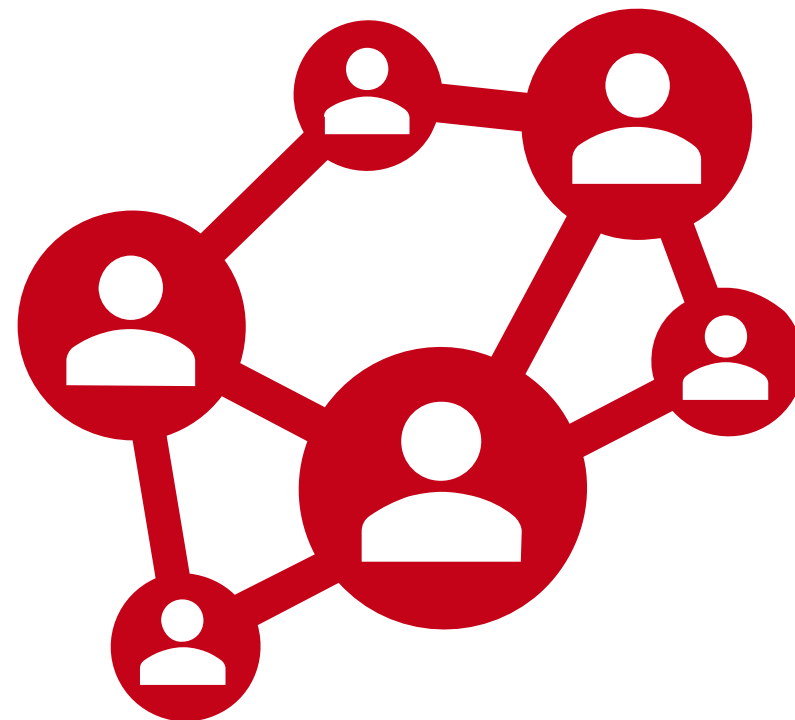
Zielsetzung



Stärkung des **Netzwerks** zwischen Allgemeinmedizin und Kinderärztinnen und -ärzte sowie der Krankenhäuser und den wohnortnahen Diensten, um in einem **multidisziplinären** Ansatz die Gesundheitsversorgung der Bürgerinnen und Bürger **nahe am Wohnort** zu optimieren.

Das Planungsdokument

- ein einziges Dokument für die vertragsgebundene Medizin:
 - Allgemeinmediziner/-innen
 - Kinderärzt/-innen
 - Ambulatoriumsfachärzt/-innen
- Vorgaben für die Ausarbeitung der neuen Landeszusatzverträge
- ausgearbeitet von Gewerkschaften, SABES und Gesundheitsressort



5 Schwerpunkte

- 1) Rolle der Gruppen- und vernetzten Medizinen (Arbeit im Team)
- 2) Betreuungskontinuität & Betreuungspfade
- 3) Leistungsindikatoren & Angemessenheit
- 4) Gesundheitsbetreuung in unterversorgten Gebieten
- 5) Integrierte Hausbetreuung



Finanzielle Aspekte

Investitionen 2022	
Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner	~ 53,5 Mio. Euro
Kinderärztinnen und –ärzte	~ 11 Mio. Euro
Ambulatoriumsfacharzt/-innen	~ 1 Mio. Euro

+ 3 Mio. Euro für das Projekt zur Feststellung der Notwendigkeit der gesundheitlichen Hausbetreuung nach Maß



Atto di Programmazione e ruolo del Pediatra di Libera Scelta

Planungsdokument und Rolle der Kinderärzt/-innen

*Dr. Rosalba Leuzzi
Pediatra, Segretaria Provinciale Fimp*

Vorrangige Ziele für Kinderärzt/-innen

- **Erhöhung der Durchimpfungsraten** (*gemäß Nationalem Impfplan*)
 - Impfungen im Kindesalter in den Kinderarztpraxen
 - auch mit Unterstützung durch zusätzliches Gesundheitspersonal
- **interdisziplinäre Projekte** mit dem Ziel :
 - Prävention und Behandlung von Übergewicht und Adipositas
 - Früherkennung von neurologischen Entwicklungsstörungen
 - Digitale Erziehung und Prävention von Cybermobbing
 - Prävention von Missbrauch und Gewalt

Integration von Krankenhaus und wohnortnahe Versorgung

- Ausbau der **Zusammenarbeit** zwischen Kinderärzten des Territoriums und jenen der Krankenhäuser → gemeinsame Ausarbeitung und Anwendung von diagnostisch, therapeutischen Therapiepfaden zur Behandlung von akuten und chronischen Erkrankungen
- Einführung von „**self help**“ Methoden in der Kinderarztpraxis, zur Verbesserung der Diagnosestellung und der Angemessenheit der Verschreibung
- Verringerung von nicht angemessenen Krankenhauszugängen, unter anderem durch Einsatz von Telemedizin

Pandemie und Durchimpfungsraten in der Provinz Bozen

- Aufgrund der vorrangigen Bereitstellung von Ressourcen für das Management des **Covid-19-Notstands** während der Pandemie, ist es in unserer Provinz zu einem weiteren Rückgang der Durchimpfungsraten im Kindesalter gekommen
- Es braucht ein großes Engagement von allen (Kinderärzten, Mitarbeiter/-innen SABES) um in einer kapillaren Informationskampagne für Impfungen zu werben und eine „**Impfkultur**“ zu etablieren.



Erfassung der Fragilität älterer Menschen in Südtirol in der Hausarztpraxis - Einleitung zum Projekt

Registrazione della fragilità delle persone anziane in Alto Adige in medicina generale - introduzione al progetto

Dr.med. Simon Kostner - SNAMI



alternde Bevölkerung



Chronisch-Kranke (>40% der Älteren)



Hauspflege und Hausarzt



Krankenhaus

PNRR und integrierte Hausbetreuung

- italienweit 2.700.000.000 € für „*Casa come primo luogo di cura*“
 - Umsetzung: Regionen und autonome Provinzen
 - PNRR – **Ziele** für das Land Südtirol bezüglich der integrierten Hausbetreuung „IHB“:
 - 2023 → 7.250 Personen in IHB
 - im 1. Semester 2023: 3.973 Personen in IHB
 - 2024 → 10.192 Personen in IHB
 - 2025 → 10.874 Personen in IHB
- deshalb: Projekt zur Feststellung der Notwendigkeit der gesundheitlichen Hausbetreuung nach Maß

Förderung und Ausbau der Hausbetreuung älterer chronisch Kranker

- aktive Suche nach älteren chronisch Kranken (*„fragile“ Patient/-innen*)
- Aktivierung der Betreuung zuhause durch Hausarzt/ärztin und Hauskrankenpflege
- Projekt ausgearbeitet vom **Institut für Allgemeinmedizin und Public Health** Bozen: „Projekt zur Feststellung der Notwendigkeit der gesundheitlichen Hausbetreuung nach Maß“ (*„Fragilitätsprojekt“*)
- Finanzierung mit Geldern des Sanitätsbetriebes u. PNRR

Was benötigen Hausärzt/-innen, damit das Projekt gelingt ?

1. Entbürokratisierung
2. Telemedizin
3. Potenzierung der Praxismitarbeiter-Innen



Progetto Fragilità

Projekt zur Feststellung der Notwendigkeit der gesundheitlichen Hausbetreuung nach Maß

Dr. Giuliano Piccoliori

Istituto di Medicina Generale e Public Health

Betreuungsbereiche der Allgemeinmedizin

Prävention und
Gesundheitsförderung

Chronische Krankheiten und
Multimorbidität

dringende Beschwerden &
Probleme

Fragilität und
Palliativmedizin

Die **Fragilität** = Zustand der Verwundbarkeit mit reduzierter Fähigkeit, stressige Ereignisse zu bewältigen und zu handhaben.

Die **Fragilität** erhöht das Risiko zu erkranken, zu stürzen, Abhängigkeit von anderen zu entwickeln oder Funktionseinschränkungen zu erleiden, oder auch zu sterben.

Erkennung der Fragilität

- Literatur zeigt, dass die **frühzeitige Erkennung von Gebrechlichkeit** durch gezielte Unterstützung in einer multidisziplinären Zusammenarbeit von Gesundheitsfachkräften
 - das Risiko unangemessener Behandlungen und vermeidbarer Krankenhausaufenthalte verringert
 - die Lebensqualität des Patienten und seiner Familie verbessert,
 - Patient/-innen so lange wie möglich gesund bleiben und selbstständig leben.
- **Werkzeuge** für die Bewertung über den Grad der Gebrechlichkeit einer Person (*dient der Beurteilung des individuellen Pflegebedarfs*):
 - **PRISMA 7** (Kanada)
 - **CSHA - Rockwood's Clinical Frailty Scale**

PRISMA 7: Programm über Forschung zur Integration von Diensten für die Erhaltung der Autonomie

- 1) Sind Sie älter als 85 Jahre?
- 2) Sind Sie männlich?
- 3) Haben Sie grundsätzlich gesundheitliche Probleme, die Sie in Ihren Aktivitäten einschränken?
- 4) Benötigen Sie jemanden, der Ihnen regelmäßig hilft?
- 5) Haben Sie grundsätzlich gesundheitliche Probleme, die erfordern, dass Sie zuhause bleiben?
- 6) Falls Sie Hilfe benötigen, können Sie sich auf eine nahestehende Person verlassen?
- 7) Benutzen Sie regelmäßig einen Gehstock, Rollator oder Rollstuhl, um sich fortzubewegen?

Skala nach Rockwood



1 - SEHR FIT

Personen, die **kräftig, aktiv, energiegeladen** und **motiviert** sind. Sie treiben für gewöhnlich **regelmäßig Sport** und gehören zu den Fittesten in ihrer Altersgruppe.



2 - FIT

Personen, die **keine aktiven Krankheitssymptome** haben, aber **weniger fit** als Personen der Kategorie 1 sind. Oftmals treiben sie Sport oder sind **zeitweise** sehr aktiv, je nach Saison.



3 - KOMMT GUT ZURECHT

Personen, deren **medizinische Probleme gut überwacht** werden, die aber über das normale Zufußgehen hinaus **nicht regelmäßig aktiv** sind.



4 - KOMMT EINGESCHRÄNKT ZURECHT

Während sie im Alltag **nicht auf die Hilfe anderer angewiesen** sind, werden diese Personen in ihren Aktivitäten häufig **durch Krankheitssymptome eingeschränkt**. Sie klagen häufig darüber, dass sie sich „verlangsamt“ fühlen und/oder tagsüber müde sind.



5 - LEICHT GEBRECHLICH

Personen, die häufig offensichtlich in ihren **Abläufen verlangsamt** sind und bei **anspruchsvolleren Aktivitäten des täglichen Lebens** (z. B. bei finanziellen Angelegenheiten, bei der Fortbewegung, bei schwerer Hausarbeit, beim Umgang mit Medikamenten) **Hilfe benötigen**. Sie sind typischerweise beim Einkaufen, bei eigenständigen Fußwegen, bei der Essenszubereitung und bei der Hausarbeit zunehmend **eingeschränkt**.



6 - MÄßIG GEBRECHLICH

Personen, die **Hilfe bei allen außerhäuslichen Aktivitäten** und bei der **Haushaltsführung benötigen**. Sie haben häufig Schwierigkeiten beim Treppensteigen, **benötigen Hilfe beim Waschen** und brauchen möglicherweise auf Abruf geringe Unterstützung beim Anziehen.



7 - STARK GEBRECHLICH

Personen, die ungeachtet der Krankheitsursache (physisch oder kognitiv) **vollständig auf Pflege angewiesen** sind. Nichtsdestotrotz wirken stark gebrechliche Personen stabil und haben kein erhöhtes Risiko, innerhalb von 6 Monaten zu versterben.



8 - SEHR STARK GEBRECHLICH

Personen, die sich **dem Lebensende nähern und vollständig auf andere angewiesen** sind. Mit hoher Wahrscheinlichkeit könnten sie sich selbst von einer leichteren Erkrankung nicht erholen.



9 - TODKRANK

Diese Personen haben eine verbleibende **Lebenserwartung von weniger als 6 Monaten** und nähern sich dem Ende des Lebens. Sie sind darüberhinaus jedoch nicht offensichtlich gebrechlich.

Ziele des Fragilitätsprojektes

Identifizierung des Anteils der GEBRECHLICHEN in der betreuten Bevölkerung über **74 Jahre** durch Screening mit **PRISMA 7 (≥ 3)** und Bestätigung mit der **Rockwood-Skala (>4)**.

→ Aktivierung von **IHB** (Integrierte Hausbetreuung) in der Kohorte der als GEBRECHLICH identifizierten älteren Menschen

Methoden

- Teilnehmende Hausärzt/-innen werden alle ihre Patienten über 74 Jahre anhand von **PRISMA 7** auf Gebrechlichkeit untersuchen.
- PRISMA 7-positive Patienten (≥ 3) werden zur Bestätigung mit der **Rockwood**-Skala (>4) bewertet.
- der/die Ärzt/in wird unter den **gebrechlichen** Patienten diejenigen identifizieren, die eine **integrierte Hausbetreuung** (Hausarzt:in plus Krankenpfler:in) benötigen

Erwartete Ergebnisse

- Deutlicher **Anstieg** der Zahl der **Bürger/innen**, die **zu Hause** medizinisch und krankenflegerisch versorgt werden
- **Verringerung** unangemessener oder vermeidbarer Krankenhauszugänge und unzureichender/ verzögerter Behandlungen
- Ermittlung des **Anteils der gebrechlichen Bürger**, die in jedem Fall von entsprechendem Personal überwacht werden müssen
- Demografische Charakterisierung der GEBRECHLICHEN Bürger und Abschätzung des **prädiktiven Werts der Bewertungsinstrumente**



Ruolo del Medico di Medicina Generale nell' ambito del Progetto Fragilità e Assistenza Domiciliare Integrata

Rolle des Hausarztes im Rahmen des Projekts zur
Feststellung der Notwendigkeit der gesundheitlichen
Hausbetreuung nach Maß und integrierter Hausbetreuung

*Dr. Med. Fabio Salvio, Medico di Medicina Generale
FIMMG (Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale)*

Rolle der Allgemeinmediziner/-innen

293 Allgemeinmediziner/-
innen in Südtirol

(Stand 23.08.2023)



~ 1.500 Betreute pro Arzt
(im Durchschnitt in Südtirol)



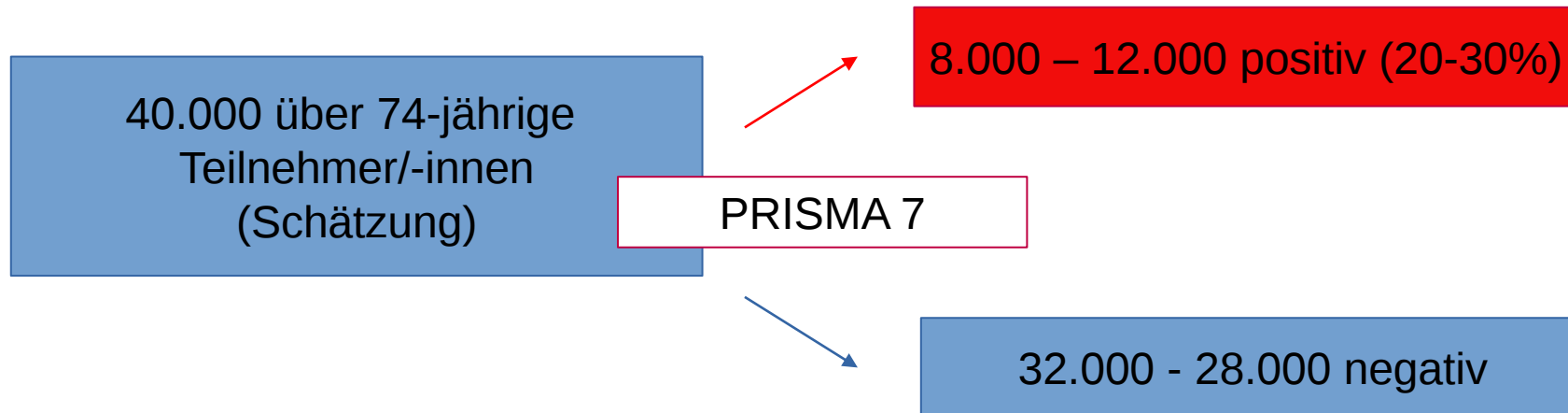
~ 450.000 betreute
Personen



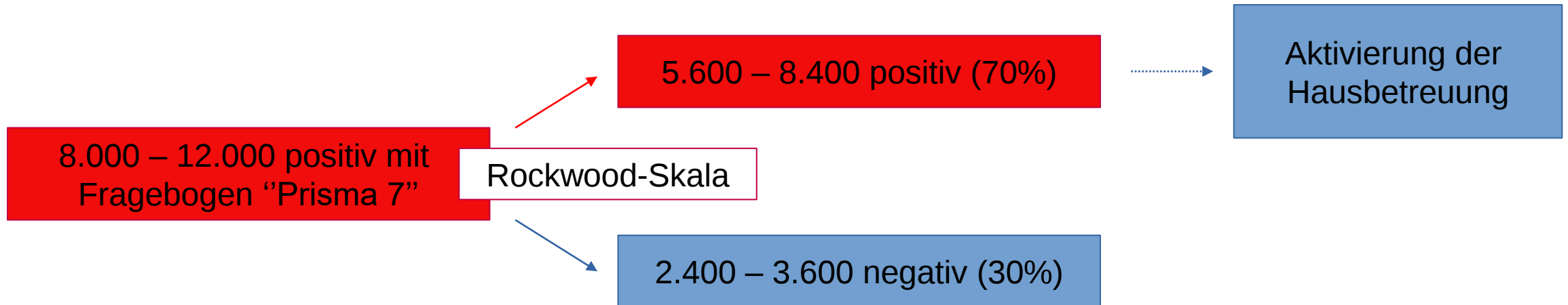
umfassende Vernetzung mit
der Bevölkerung

Rolle der Allgemeinmediziner/-innen

Im Dezember 2022 lebten in der Autonomen Provinz Bozen ca. 59.000 Personen über 74 Jahre. Es wird geschätzt, dass in den verbleibenden Monaten des Jahres 2023 ca. **40.000 Fragebögen** (PRISMA 7) an diese Personen verteilt werden, von denen 20-30% positiv sein werden.



Rolle der Allgemeinmediziner/-innen



Patienten, mit "**PRISMA 7**" positiv bewertet wurden, werden vom Hausarzt anhand der "**Rockwood-Skala**" bewertet, um den Grad der Gebrechlichkeit (1 bis 9) zu bestimmen. Patienten mit einem Wert von 5 und mehr werden berücksichtigt. Es wird geschätzt, dass **70 %** der Patienten, die bereits positiv für "PRISMA 7" sind (zwischen mindestens 5.600 und höchstens von 8.400) mit einem Fragilitätsgrad von 5 oder höher eingestuft werden und daher für die Aktivierung der Hausbetreuung in Frage kommen.

Rolle der Allgemeinmediziner/-innen

Auf der Grundlage der klinischen Komplexität und des Pflegebedarfs des Patienten wird die häusliche Pflege in **drei Hauptgruppen** unterteilt: PHB, IHB, UCP-DOM. Um den Grad der Pflegeintensität zu bestimmen, wird der **CIA** (Koeffizient für Versorgungsintensität) verwendet.

Hausbetreuung

PHB [CIA < 0,14]

Programmierte Hausbetreuung (ÄAM)
Häusliche Pflegeleistungen (Krankenpflege)

IHB [CIA > 0,14]

3 Intensitätsstufen, beteiligte Figuren: ÄAM,
Krankenpfleger, Sozialarbeiter, Fachärzte, Logopäden usw

UCP-DOM

(häusliche Palliativversorgung)

Schlussfolgerungen

- Ziel des Projektes: angemessene und zeitgemäße Behandlung von **akuten und chronischen Krankheiten** & proaktive **Pflege** für chronisch kranke und gebrechliche Patient/-innen
- **Vereinfachung** der administrativen Verfahren für die Aktivierung und Verlängerung der häuslichen Pflege sowie für die Erfassung der Besuche
- **Bürokratieabbau** führt zu einer erheblichen Entlastung des Arztes → mehr Zeit für die Pflege der Kranken



Rolle des interdisziplinären Teams in der Integrierten Hausbetreuung (IHB)

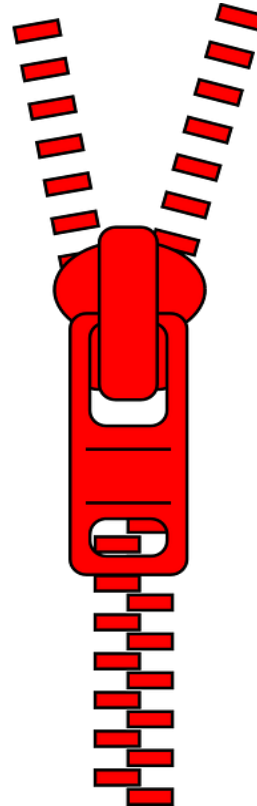
Ruolo del team interprofessionale nell'assistenza domiciliare integrata (ADI)

Marianne Siller – Pflegedirektorin SABES

Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit

PatientInnen/Familien

- Umfassendere Erfassung der **Versorgungsbedürfnisse**
- Vermehrte **Einbindung** der PatientInnen und Angehörigen in die Entscheidungs- und Versorgungsprozesse
- Bessere **Patientenoutcomes** (Versorgungsergebnisse)
- Sicherstellung der **Kontinuität** der Versorgung



Fachkräfte

- Förderung und Stärkung der **Kompetenzen** der Einzelnen
- Verbesserung der **Effizienz** und Koordination in der Versorgung
- Höhere **Arbeitszufriedenheit** und längerer Verbleib im Beruf
- Mögliche Antwort auf den **Fachkräftemangel**

Integrierte Hausbetreuung

Arbeitsschwerpunkte

- Wohnortnahe Einsatzzentrale (WONE/COT)
- Geschützte Entlassungen
- Intermediärbetten
- Zusammenarbeit mit den Notaufnahmen für PatientInnen mit häufigen Zugängen
- Zusammenarbeit mit den Anlaufstellen Pflege und Betreuung
- Präventive Hausbesuche
- Familien- und Gemeinschaftskrankenpflege
- Territoriale Rehabilitation
- Ausbau der Palliativversorgung