

Perspektiven für eine multiprofessionelle Primärversorgung: Gesundheitszentren zur Sicherstellung und Stärkung der Versorgung im ländlichen Raum

Prof. Dr. Kerstin Hämel

Universität Bielefeld

Fakultät für Gesundheitswissenschaften

AG6 Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft



„Gute medizinische Versorgung im ländlichen Raum stärken!“

Münsterlandgespräch, Friedrich Ebert Stiftung

Sendenhorst, 24. Januar 2019

Ausgangslage

- Zunahme **komplexer gesundheitlicher Problemlagen**:
Chronische Krankheiten, Mehrfacherkrankungen, Pflegebedürftigkeit
 - Ambulantisierung, aber zugleich stark **fragmentierte Versorgung** v. a. im ambulanten Bereich (Schaeffer/Hämel 2017)
 - **Regionale Unterschiede** und sozial ungleich verteilte Zugangschancen (Dt. Bundestag 2016; Hämel et al. 2013).
 - Multiprofessionelle, **teambasierte Versorgung** ist ein Schlüsselement für eine Verbesserung der Versorgungsqualität (Hämel/Vössing 2017; Morgan et al. 2015, Schepman et al. 2015).
- ➔ **Potentiale multiprofessioneller Zentren der Primärversorgung (nicht nur) für den ländlichen Raum**

Forschungsprojekte – international vergleichende Analysen

Regional differenzierte Versorgung (DiVer) – eine international vergleichende Analyse ländlicher Versorgungsmodelle

- Laufzeit 2012-14
- Förderung: Robert Bosch Stiftung
- Projektleitung: Doris Schaeffer, Kerstin Hämel
- Kooperationspartner: Michael Ewers
- **Im Fokus: Finnland, Kanada**

Primärversorgungszentren – Konzepte und Umsetzungspraxis (PriKon)

- Laufzeit 2015-17
- Förderung: Robert Bosch Stiftung
- Projektleitung: Kerstin Hämel, Doris Schaeffer
- Kooperationspartner: Andreas Büscher, Michael Ewers, Ligia Giovanella, Christiane Schaepe, Dirce Stein Backes
- **Im Fokus: Brasilien, Schweden, Slowenien, Spanien**



Länderportraits



Schwerpunkt:

Rolle der Pflege in der Primärversorgung – internationale Erfahrungen

verantwortlich für den Schwerpunkt:
Kerstin Hämel, Doris Schaeffer

Integrierte Gesundheitszentren - Ziele und Elemente

- Robuste Modelle für die Primärversorgung, in vielen Ländern etabliert.
- Abdeckung eines breiten Bedarfsspektrums:
Bündelung von Angeboten unter einem Dach.
- **Mehrdimensionale Versorgung:** Verzahnung gesundheitsfördernder, präventiver, kurativer, rehabilitativer, sozialer und pflegerischer Angebote.
- Ausrichtung auf den **Bedarf der Bevölkerung** einer Region (Stadtteil, Gemeinde, Quartier), **gemeindenaher Anlaufstellen** und **aufsuchende Gesundheitsarbeit**

Kommunale Gesundheitszentren

Community Health Centres

Familiengesundheitszentren



Integrierte Gesundheitszentren - Ziele und Elemente

- **Multiprofessionelle Versorgung, Teamarbeit:**
Haus-, Kinder-, Zahnärzt*innen,
Pfleger*innen verschiedener Qualifikationen, Physio-, Ergo-
therapeut*innen, Sozialarbeiter*innen, Psycholog*innen,
Pharmazeut*innen, Ernährungsberater*innen
u. a. je nach Land und Konzept
- Teils **konsiliarisch:** Geriater*in, Orthopäde/in, u. a.
(E-Konsultation, Außensprechstunden)
- **Patientenorientierte Organisation:**
feste Ansprechpartner und Gate Keeping
bzw. Weitervermittlung.
- **Förderung von Gesundheit:**
Gesundheits- und Pflegekurse, Gesprächs-
kreise, Gesundheitsaktionen in der Kommune



Multiprofessionelle Zusammenarbeit: Teamarbeit und neue Aufgabenteilung

Hohe Bedeutung der Zusammenarbeit von Hausarzt*innen und Pflegenden

- **Neue Positionen für Pflegefachkräfte** in der Primärversorgung:
 - Finnland, Spanien: 1980/90er-Jahre
 - Brasilien 1990/2000er-Jahre
 - Slowenien: Aufbau seit 2011
- **Meist gemeinsamer Patientenstamm** von Hausarzt/ärztin und Pflegefachkraft
- **Abstimmung** 'nach Bedarf' (kurze Wege), über die elektronische Patientenakte, Fallbesprechungen, teils gemeinsame Konsultationen

Beispiel Spanien

(Hämel/Vössing 2018)

- Jede/r Patient*in hat eine/n persönliche/n Hausarzt/ärztin und eine persönliche Pflegefachkraft
 - Hausarzt/-ärztin:** Versorgung chronisch Kranker in instabilen Phasen
 - ‘Family and community nurse’:** Versorgung chronisch Kranker in stabilen Phasen
- Bei zunehmender Komplexität **Erweiterung des Behandlungsteams** möglich.
- Maßnahmen der **Teamentwicklung** zur Förderung der Zusammenarbeit.

“Nurses and doctors are talking at the same level and integrate their competencies.”

Nursing Director

“In some teams there is a good collaboration atmosphere, in others there are battles between doctors and nurses.”

Manager

Beispiel Finnland

(Hämel/Schaeffer 2014)

- Die Zahl der Pflegekonsultationen in den Gesundheitszentren ist stetig gewachsen.
- Spezialisierungen, z.B. Diabetes Nurse, Asthma Nurse (ähnlich: Schweden)
- Ärzt*innen sind stärker auf komplexe Patienten fokussiert.

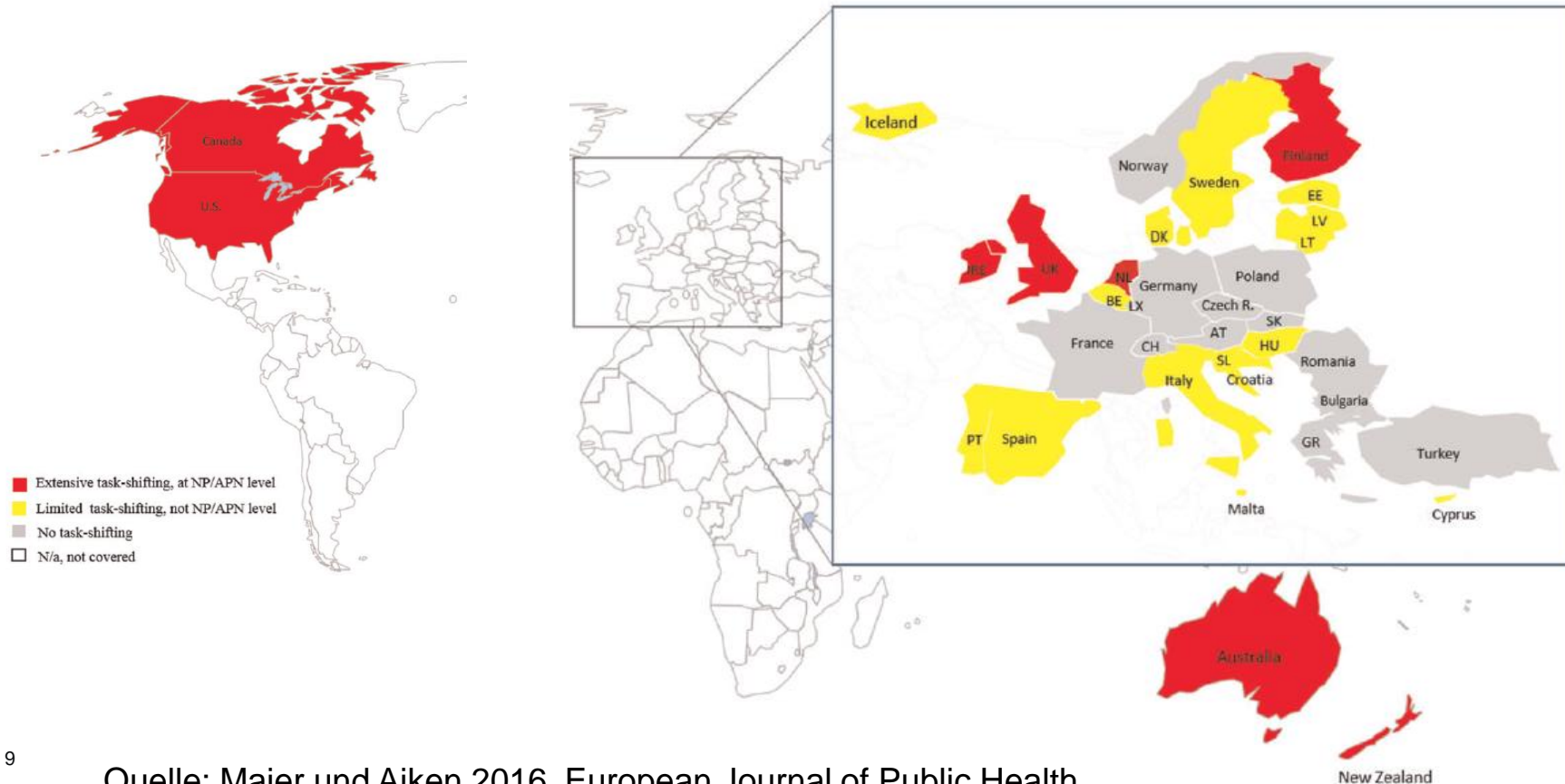
Medikamentenverordnung durch Pflegende:

- Seit den 2000er-Jahren sukzessive in den Gesundheitszentren auf Basis lokaler Vereinbarungen ausgeweitet.
- 2010 Gesetz erlaubt Nachfolgeverordnung; für bestimmte Krankheiten (z.B. Bluthochdruck, Diabetes Typ 2, Asthma Bronchiale) können Pflegende unabhängig vom Arzt Medikamente verordnen (Ministry of Social Affairs and Health 2010).
- Zusatzqualifikation erforderlich

Aufgabenübertragung von Ärzt*innen auf Pflegende in der Primärversorgung

Pflegende bieten eine gleichwertige oder sogar höhere Versorgungsqualität

(Laurant et al. 2018; Martinez-Gonzales et al. 2014; Swan 2015).



Chancen für die erweiterte Pflegeaufgaben und Teamarbeit mit Ärzt*innen

Mehr Nutzer-/Patientenorientierung

- **Längere und häufigere Konsultationen**, engmaschigere Begleitung chronisch Kranker (Laurant et al. 2018, Hämel/Schaeffer 2014)
- Stärkung von **Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung**: Pflegende arbeiten mit den Patient*innen, ihren Familien und ihrem Umfeld
- **Höhere Patientenzufriedenheit** bei Versorgung durch Pflegende (Laurant et al. 2018)

Attraktives Tätigkeitsfeld für Pflegende

Entlastung für Hausärzt*innen

Rückversicherungsmöglichkeiten im Team

Herausforderungen und Barrieren

- **Politische Kontroversen und Rivalitäten** zwischen den Professionen.
- **Gesetzesänderungen** für Aufgabenerweiterungen von Pflegefachkräften wurden blockiert (z. B. Spanien) oder Implementation steht aus (z. B. Deutschland)
- Schwierigkeiten, neue Rollen und erweiterte Aufgaben angesichts **zunehmender Arbeitsverdichtung** zu übernehmen.
- Teamarbeit stellt sich **nicht 'von selbst'** ein: Koordination von Versorgungsleistungen und Entwicklung von Rollen im Team müssen entwickelt und erlernt werden.

Ausblick

- **Stärkung der Grundversorgung**, die ein breites Bedarfsspektrum abdeckt und deren Professionen über Weitervermittlungskompetenz verfügen.
- **Multiprofessionelle Zusammenarbeit ermöglicht multidimensionale Versorgung**, insb. bei chronischen Erkrankungen erforderlich
- Auch in **Deutschland** haben sich einige Initiativen auf den Weg gemacht (z.B. kommunale Initiativen, PORT-Programm der Robert Bosch Stiftung)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Prof. Dr. Kerstin Hämel
Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
AG 6: Versorgungsforschung & Pflegewissenschaft
Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld
<http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/>
E-mail: kerstin.haemel@uni-bielefeld.de