

# **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**



## Länderportraits



## 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**



## 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,  
Pflegende 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 Hausärzt\*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 Behandlungstandems** 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.

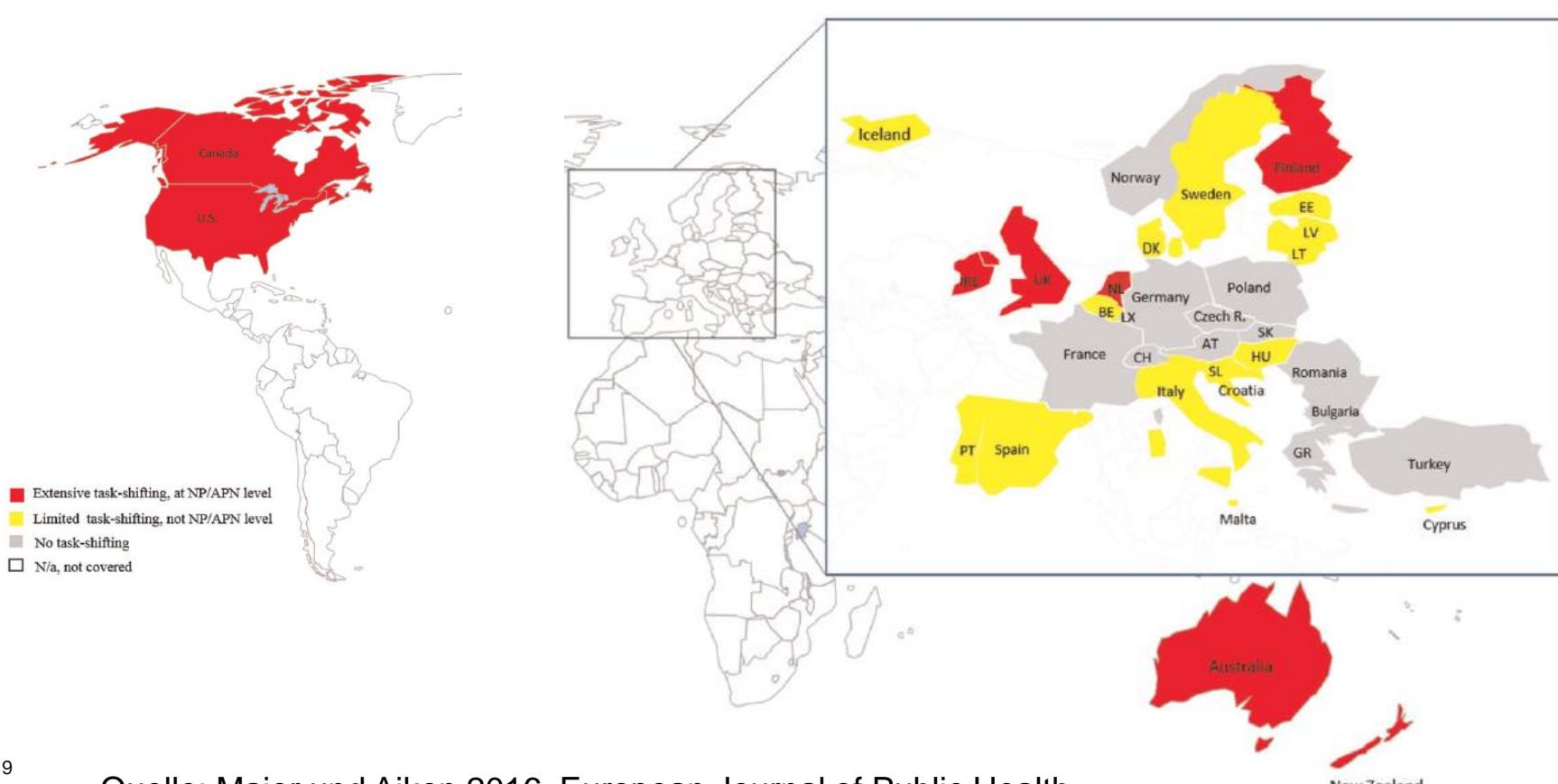
## Medikamentenverordnung durch Pflegende:

- 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](mailto:kerstin.haemel@uni-bielefeld.de)