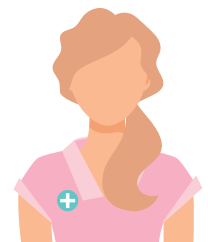


Gemeinsam eine gute Versorgung sichern

Integrierte Gesundheitszentren

Immer mehr ältere Menschen, immer weniger Fachpersonal – speziell in ländlichen Regionen droht die Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen zunehmend lückenhaft zu werden. International bietet das Konzept integrierter Gesundheitszentren einen erfolgreichen Gegenpol zu dieser Entwicklung. Wodurch zeichnen sich diese Zentren aus? Und könnten sie auch in Deutschland etabliert werden?

Von Prof. Dr. Doris Schaeffer und Prof. Dr. Kerstin Hämel



Zu den großen gesellschaftlichen Herausforderungen, die sich in vielerlei Hinsicht auf das Gesundheitswesen auswirken, gehören der steigende Anteil alter und hochaltriger Menschen und auch die Zunahme von chronischen Krankheiten, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit. Besonders in ländlichen und strukturschwachen Regionen stellt sich die Situation zunehmend schwierig dar, denn dort schreitet der demografische und epidemiologische Wandel (s. Kasten) ungleich schneller voran.

Gleichzeitig hat der demografische Wandel auch die Beschäftigten im Gesundheitswesen erfasst: So sind aktuell 32 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland 60 Jahre und älter (Klose und Rehbein 2015). Bis 2020 werden jährlich zirka 2 100 dieser Hausärztinnen und Hausärzte altersbedingt aus dem Berufsleben ausscheiden. In der Pflege ist der Fachkräftemangel sogar noch weitaus größer als in der Medizin und durchzieht inzwischen alle Sektoren. Hier werden nach den Prognosen von Afentakis und Maier (2010) im Jahr 2025 bereits 112 000 Vollzeitstellen fehlen. Andere Studien gehen von einem noch größeren zusätzlichen Fachkräftebedarf aus (Hämel und Schaeffer 2013).

Dabei ist der Fachkräftemangel regional ungleich verteilt und stellt besonders in ländlichen und strukturschwachen Regionen ein zunehmendes Problem dar (SVR 2012, 2014). Bei der Suche nach Lösungen wird es darauf ankommen, nicht isoliert für jede Profession und für jeden Sektor nach Antworten zu suchen, sondern ausgehend vom Bedarf der Bevölkerung zu Konzepten zu gelangen, die eine regional differenzierte, kooperative Versorgung ermöglichen und dabei dem Fachkräftemangel begegnen.

Gesundheitszentren dienen als erste Anlaufstelle

Mit den geschilderten Entwicklungen steht Deutschland nicht allein da. Der steigende Versorgungsbedarf wie auch die Probleme der Fachkräfterekrutierung in ländlichen

Demografische und epidemiologische Herausforderungen

Der Anteil der Menschen, die 60 Jahre und älter sind, liegt in Deutschland bei 26,8 Prozent. Damit steht Deutschland nach Japan (32 %) und Italien (26,9 %) weltweit an dritter Stelle (UN 2013, Datenbasis 2013). Besonders die Zahl der Hochbetagten expandiert: Gegenwärtig sind 4,7 Millionen Menschen in Deutschland 80 Jahre und älter. Prognosen zufolge wird ihre Anzahl bis 2050 auf etwa zehn Millionen Menschen anwachsen (Statistisches Bundesamt 2015).

Der demografische Wandel ist deshalb so folgenreich, weil er mit Veränderungen des Morbiditätsspektrums gepaart ist. In Deutschland zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Beeinträchtigungen des Bewegungsapparats, psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen und demenzielle Erkrankungen zu den dominanten chronischen Krankheiten (Nowossadeck und Nowossadeck 2011, RKI 2015).

Typisch für chronische Krankheiten, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit sind langfristige und komplexe Verläufe. Die Aufgabe der Gesundheitsprofessionen besteht hier also nicht in der Heilung und Wiederherstellung von Gesundheit, sondern darin, über Jahre hinweg einen oft irreversiblen und wechselhaften Zustand zu begleiten.

Wie internationale und nationale Studien zeigen, ist der Anteil von Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz (Health Literacy) in der Bevölkerung überraschend hoch (HLS-EU Consortium 2012, Schaeffer et al. 2017). Besonders gilt das für chronisch kranke und ältere Menschen (ebd., Baker et al. 2007, Heijmans et al. 2015).

Nicht alle Menschen entsprechen somit dem Leitbild des „informierten Patienten“. Dies wirkt auf die Gesundheitsprofessionen zurück: Sie haben nicht nur kurative und versorgende Aufgaben, sondern sind zugleich verstärkt als Vermittlungsinstanz gefragt. Sie müssen Wissens- und Informationsdefizite ausgleichen, Fehlinformation ausräumen, Wissenslücken füllen und in Kooperation mit den Patienten und Nutzern geeignete Bewältigungskompetenzen und -strategien entwickeln.

und strukturschwachen Regionen fordern weltweit die Gesundheitssysteme heraus (WHO und GHWA 2014). In vielen Ländern hat in Reaktion darauf eine lebhaft Diskussions über neue Versorgungskonzepte eingesetzt. Inspiriert wurde sie vielfach durch internationale Primärversorgungsmodelle (Boerma 2006, Kringos 2015, WHO 1978, 2008). In ihnen haben sowohl Gesundheitsförderung und Prävention, wie auch andere medizinische, psychosoziale, pflegerische, rehabilitative und beratende Dienste und Leistungen einen festen Platz. Diese sollten jedoch nicht länger „versäult“ nebeneinander stehen, sondern integriert angeboten werden.

In einer ganzen Reihe an Ländern führte diese Auseinandersetzung zur Etablierung integrierter Gesundheitszentren. Fast immer dienen diese als erste Anlaufstelle für Menschen in unterschiedlichsten gesundheitlichen Bedarfslagen und

bieten ihnen eine umfassende, integrierte Versorgung. Zu nennen sind hier beispielsweise „Family Health Teams“ in Kanada und Brasilien, „Community Health Centres“ in den Niederlanden, Belgien und ebenfalls Kanada, kommunale Gesundheitszentren in den skandinavischen Ländern und Slowenien sowie die „Primary Health Care Teams“ in Spanien oder in Schweden.

Dass integrierte Gesundheitszentren auch und besonders für die heute dominierenden chronischen Krankheiten wegweisende Antworten aufzeigen, hat die Weltgesundheitsorganisation mit dem Weltgesundheitsbericht „Primary health care – now more than ever“ erneut betont (WHO 2008). Hervorgehoben wird, dass die Gesundheitszentren besonders für ländliche und strukturschwache Regionen geeignet sind, da sie eine umfassende wohnortnahe Basisversorgung ermöglichen. Einige Länder, beispielsweise



Investitionen in die Bildung und die Akademisierung sind unverzichtbar – auch, damit die Pflege und andere Gesundheitsberufe an Attraktivität, Wertschätzung und Status gewinnen

Finnland und Kanada, haben den Aufbau solcher Gesundheitszentren daher gezielt in ländlichen und strukturschwachen Regionen zur Begegnung von Unterversorgungserscheinungen vorangetrieben (vgl. Hämel und Schaeffer 2014, Schaeffer et al. 2015). Sie bieten vielfältige Möglichkeiten, um die Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen sicherzustellen.

Umfassende Versorgung: Immer verfolgen die Gesundheitszentren den Anspruch, eine umfassende Versorgung zu ermöglichen. Konkret bedeutet das, dass wohnortnah ein breites Bedarfsspektrum abzudecken versucht wird. Dazu gehören neben medizinischer Behandlung und Versorgung auch Prävention, Gesundheitsförderung, psychosoziale Unterstützung, pharmakologische Begleitung, Pflege, Gesundheits-/Patienteninformation und -beratung, Ernährungsberatung, oft auch Ergotherapie oder Physiotherapie sowie Rehabilitation. Alle diese Dienste sind unter einem Dach gebündelt, sodass die Menschen nur eine Anlaufstelle haben, an der sie ein breites Leistungsspektrum erhalten.

In einigen Ländern sind auch Möglichkeiten der Langzeitversorgung integriert. So werden beispielsweise in Finnland in den ländlich gelegenen Gesundheitszentren auch stationäre Langzeitpflegeplätze für schwer pflegebedürftige Menschen angeboten (Hämel und Schaeffer 2014). Die slowenischen Gesundheitszentren verfügen wiederum über eine Community Nursing Unit,

die ähnlich wie ein ambulanter Pflegedienst arbeitet und durch präventiv orientierte Langzeitpflege dazu beitragen soll, bei älteren Menschen stationäre Aufenthalte zu vermeiden (Hämel und Vössing 2018).

Multiprofessionalität: In den Gesundheitszentren sind neben (Allgemein-)Ärztinnen und Ärzten immer auch Pflegenden mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus und je nach Konzept und Land eine ganze Reihe anderer Gesundheitsprofessionen tätig. Die Pflegenden bilden in den existierenden Modellen inzwischen die größte Gruppe. Gemeinsam mit den Ärzten stellen sie die Versorgung sicher. Oft sind sie inzwischen sogar arztersetzend tätig, so etwa in Kanada und Finnland, und haben außerdem weitere, eigene Aufgaben und Rollen. In etlichen Ländern obliegt Pflegenden inzwischen oft auch die Leitungs- und Managementverantwortung, so etwa in Schweden, Kanada oder Spanien.

Patientenorientierte Koordination interner Leistungen: Fast immer arbeiten die Gesundheitszentren nach dem Prinzip der persönlichen Ansprechpartner. Lange Zeit waren dies die Hausärztinnen und Hausärzte, heute sind es in vielen Ländern Pflegenden. Dieses Prinzip ermöglicht den Patienten personelle Kontinuität. Zudem erfolgt eine pro-aktive Versorgungsgestaltung. Dazu gehört unter anderem eine systematische Terminvorbereitung, bei der vorab benötigte Leistungen erfragt und koordiniert werden.

Koordination externer Leistungen: Vom Zentrum aus erfolgt auch die Koordination externer Leistungen, so etwa die gezielte Einbeziehung von Fachärztinnen und Fachärzten. Sie werden allerdings nur punktuell und konsultativ hinzugezogen (gezieltes „gate keeping“). Die Koordination erfolgt strikt durch den betreuenden „persönlichen“ Arzt oder Nurse Practitioner, denen die Funktion als „gate keeper“ und auch als Steuerungs- und Monitoringinstanz obliegt. Für die Konsultation von Fachärzten sind vor allem in ländlichen Gesundheitszentren Tele-/Videokonsultationen und gemeinsame elektronische Patientenakten wichtige Mittel. Damit können unnötige Überweisungen und weite Wege vermieden werden. Wird dennoch eine Behandlung in einer spezialisierten Versorgungseinrichtung nötig, bleibt das Gesundheitszentrum weiterhin Koordinator des Behandlungsprozesses.

Anderer Professionenmix: Mit der Einführung einer teambasierten Arbeitsweise wurde in vielen Ländern zugleich eine neue Aufgaben- und Verantwortungsteilung erprobt. Im Zuge dessen ist ein anderer Professionenmix entstanden, wie beispielsweise ein Blick nach Finnland zeigt. Dort wurde Pflegenden in den 1990er Jahren zunächst vor allem Aufgaben im Bereich der Prävention (Impfprogramme, gesundheitliche Aufklärung) und des Monitorings chronisch Erkrankter übertragen. Dann kamen weitere Aufgaben, wie etwa die Kontrolle des Medikamentenregimes bei chronischer Krankheit hinzu. Und seit 2010 wurde Pflegenden mit einer entsprechenden Weiterqualifikation die Möglichkeit eröffnet, bei bestimmten Medikamenten auch (Folge-)Verordnungen auszustellen (Hämel und Schaeffer 2014).

Inzwischen obliegen der Pflege in einigen Regionen Finnlands (wie auch in Kanada) sogar weite Teile der medizinischen Basisversorgung. Befördert wird diese Aufgabenerweiterung oft durch den Ärztemangel in ländlichen Regionen. Auch in

Spanien nehmen Pflegende erweiterte Aufgaben wahr: Dort sind sie zentrale Ansprechpartner für chronisch Erkrankte.

Patienten-/Nutzerorientierung: Der Etablierung neuer Formen von Kooperation und Kommunikation mit den Patienten und Nutzern wird ebenfalls hohe Bedeutung beigemessen. So gilt es beispielsweise in Kanada als bindend, Patientinnen und Patienten partizipativ in die individuelle Versorgungsgestaltung und Entscheidungsfindung einzubeziehen und ihr Votum zu respektieren. Lehnen sie beispielsweise etwas ab, ist dies von den Gesundheitsprofessionen zu akzeptieren. Außerdem wird großer Wert auf enge Kommunikation und Förderung der Gesundheits- und Selbstmanagementkompetenz durch Information, Beratung und Gesundheitsbildung gelegt.

Gesundheitszentren – ein Modell für Deutschland?

Auch in Deutschland wird der Begriff Gesundheitszentrum zunehmend verwendet, allerdings mehrheitlich ohne Bezug zu der skizzierten internationalen Diskussion und Entwicklung, die in Deutschland nur bruchstückhaft rezipiert wurden. Insbesondere das Prinzip, diese multiprofessionell und mit Beteiligung der Pflege auszurichten, findet hierzulande kaum Beachtung. Doch angesichts der Herausforderungen in ländlichen und strukturschwachen Regionen steigt auch hierzulande das Interesse, neue Versorgungsmodelle zu erproben, die verstärkt auf eine Beteiligung der therapeutischen Gesundheitsberufe und der Pflege setzen, um eine umfassende integrierte Versorgung zu ermöglichen. Unterstützt werden sie durch eines der letzten Gutachten des Sachverständigenrates Gesundheit (SVR 2014). In ihm wird empfohlen, multiprofessionelle lokale Gesundheitszentren der Primär- und Langzeitversorgung zu erproben (SVR 2014, Ziffer 708). Dabei sollen die internationalen Erfahrungen mit kooperativen Versorgungsmodellen berücksichtigt werden.

Wichtige Voraussetzungen für die Realisierung solcher Zentren sind die Überwindung der in Deutschland traditionell stark ausgeprägten Statushierarchie zwischen den Gesundheitsprofessionen, die Etablierung interprofessioneller Zusammenarbeit in Teams und die Verankerung von Patientenorientierung als Leitmaxime für die Versorgungsgestaltung.

Erforderlich ist auch, das Bildungsgefälle zwischen den Gesundheitsprofessionen zu verringern. Denn das Statusgefälle zwischen den Gesundheitsprofessionen findet seine Entsprechung in dem Bildungsgefälle, bei dem am oberem Ende die Medizin als Eliteberuf und am unteren Ende die eher prestigearmen Gesundheitsberufe stehen, die hierzulande nach wie vor Probleme im Zugang zu Hochschulen haben.

Anders ist die Situation in vielen anderen europäischen und anglo-amerikanischen Ländern. Dort ist die Statusaufwertung und Professionalisierung dieser Berufe ein wichtiges Thema und sehr viel weiter fortgeschritten: So wurde die Pflegeausbildung in vielen Ländern, zum Beispiel in Skandinavien, Italien, Slowenien und Spanien und jüngst auch Österreich auf die Hochschulebene verlagert. Ein Bachelor-Abschluss in Pflegewissenschaft ist damit Voraussetzung für die Tätigkeit als Pflegefachkraft. Zahlreiche Länder haben ergänzend Studiengänge auf der Masterebene für erweiterte Pflegeaufgaben (APN, z. B. Nurse Practitioner) auf- und ausgebaut und Promotionsprogramme eingerichtet.

Davon sind wir in Deutschland weit entfernt. Die Durchmischung mit hochschulisch qualifizierten Pflegefachkräften ist hier marginal und liegt unter einem Prozent (SVR 2014, Ziffer 590). Sie befindet sich damit weit unter von zahlreichen Expertengremien (z. B. Wissenschaftsrat 2011) geforderten Grenze, wonach zehn bis zwanzig Prozent der Pflegefachkräfte zumindest über einen Bachelorabschluss verfügen sollten. Somit bleibt Deutschland eines der Schlusslichter in der internationalen Entwicklung.

Auch mit Blick auf den Fachkräftemangel stimmt das nicht optimistisch.

Sollen die Pflege und auch die therapeutischen Gesundheitsberufe nicht zu den Verlierern im Kampf um das geringer werdende Erwerbspotenzial gehören, sind Investitionen in die Bildung und die Akademisierung unverzichtbar – auch, damit sie an Attraktivität, Wertschätzung und Status gewinnen (Schaeffer und Hämel 2015). Wie dies ermöglicht und mit der Entwicklung neuer bedarfsgerechter (und patientenzentrierter) Versorgungsmodelle verknüpft werden kann, zeigen die Gesundheitszentren in vielen Ländern (Schaeffer et al. 2015).

Die Überlegungen zu diesem Artikel basieren auf dem Beitrag „Kooperative Versorgungsmodelle – eine international vergleichende Betrachtung“ von Doris Schaeffer und Kerstin Hämel (2017). In: Jungbauer-Gans, M., Kriwy, P. (Hg.). Handbuch Gesundheitssoziologie. (pp.1–18). Berlin: Springer. DOI 10.1007/978-3-658-06477-8_26-1

Eine Literaturliste kann über die Redaktion angefordert werden (hidajete.gashi@bibliomed.de).



Foto: Steffen Roth

Prof. Dr. Doris Schaeffer ist Professorin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften und Direktorin des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Sie ist Sprecherin des Projektes „Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz“. Mail: doris.schaeffer@uni-bielefeld.de



Foto: Julian Beiz

Prof. Dr. Kerstin Hämel ist Professorin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften mit Schwerpunkt Pflegerische Versorgungsforschung. Mail: kerstin.hamel@uni-bielefeld.de