

VI

Integrierte Versorgung und Pflege

Plädoyer für ein Umdenken

Doris Schaeffer und Kerstin Hämel

In ihrer jetzigen Ausgestaltung ist die integrierte Versorgung gescheitert. Bei den heute dominanten Gesundheitsproblemen wie chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit sichert sie noch keine bedarfsgerechte Versorgung. Doch wie gelingt adäquate Versorgung und welche Modelle und Beispiele existieren hierzu bereits?

VI

In Deutschland diskutieren wir seit ungefähr drei Jahrzehnten über integrierte Versorgung – dies mit unterschiedlichen Akzentsetzungen. Deshalb wird zunächst danach gefragt, was unter integrierter Versorgung zu verstehen ist. Dann wird dargestellt, auf welchen Bedarf und welche Probleme mit der Forderung nach einer integrierten Versorgung reagiert werden sollte. Anschließend wird erörtert, wo die Herausforderungen bei der Umsetzung in Deutschland liegen und warum ein Umdenken erforderlich ist, und schließlich, was Zukunftsoptionen auf dem Weg dahin sein können.

1 Definitionen

Zunächst zur Frage, was eigentlich gemeint ist, wenn von integrierter Versorgung die Rede ist. Die Diskussion begann in Deutschland in den 1980er-Jahren und wurde anfänglich vor allem von einigen Wissenschaftlern geführt, die, durch die internationale Diskussion inspiriert, erste Versorgungs(verlaufs)studien durchführten, in denen die Wege von überwiegend chronisch erkrankten Patienten durch das Versorgungssystem nachvollzogen wurden und zahlreiche Desintegrations- und Diskontinuitätserscheinungen mit zum Teil weitreichenden qualitätsmindernden Folgen für die Versorgung zutage förderten. In internationalen Studien zeigte sich ein ähnliches Bild und begann in der Konsequenz eine intensive, bis heute andauernde Diskussion über integrierte Versorgung. Sie wurde in Deutschland lange Zeit eher zurückhaltend aufgenommen. Erst gegen Ende der 1990er-Jahre veränderte sich das. Doch stellen sich die nationale und die internationale Diskussion bis heute teilweise recht unterschiedlich dar.

Das wird unter anderem am Verständnis von „integrierter Versorgung“ sichtbar, das in Deutschland überwiegend von der Debatte darüber geprägt war und ist, wie kostentreibende systembedingte Desintegrationserschei-

nungen und Schnittstellenprobleme und aus ihnen erwachsene Reibungs- und Effizienzverluste behoben werden können. In der internationalen Auseinandersetzung wird demgegenüber die Patientenperspektive stärker in den Fokus gestellt und gefragt, wie die Versorgung beschaffen sein muss, um den Patienten gerecht zu werden und ihnen eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung zu beschieren und eine individuell passgenaue, hinreichend umfassende und ineinandergreifende Versorgung zu ermöglichen (Schaeffer 1993, 2000; WHO 1987, 2015).

„The patient’s perspective is the heart of any discussion about integrated care. Achieving integrated care requires those involved with planning and providing services to ‘impose the patient perspective as the organizing principle of service delivery’” (nach Lloyd und Wait 2005, 7; Shaw et al. 2011, 7).

„Die Perspektive der Patienten steht im Zentrum jeder Diskussion über die integrierte Versorgung. Um eine integrierte Versorgung zu erreichen, ist es erforderlich, dass jene, die mit der Planung und Bereitstellung von Diensten befasst sind, die Patientenperspektive als zum organisierenden Prinzip der Dienstleistungserbringung erheben.“

Drei Kernaussagen

Die Entwicklung der integrierten Versorgung wird in Deutschland verkürzt und primär unter System- und Effektivitätsgesichtspunkten diskutiert; die Patienten- bzw. Nutzerperspektive wird dagegen zu wenig beachtet.

Die hohe Bedeutung der Pflege und der pflegerischen Versorgung wurde in der Debatte nicht erkannt; angesichts des veränderten Morbiditätsspektrums ist jedoch eine stärkere Beteiligung der Pflege wie auch anderer Gesundheitsberufe unverzichtbar.

Lokale Gesundheitszentren für die Primär- und Langzeitversorgung eröffnen neue Ansatzpunkte für eine multi-professionelle, nutzerfreundliche integrierte Versorgung.

Exemplarisch steht dieses Zitat dafür, dass die Patientenperspektive international als zentral für die Diskussion über integrierte Versorgung angesehen wird – ein Aspekt, der in der hiesigen Debatte wenig Beachtung findet, wenngleich sich in den letzten Jahren Veränderungsbemühungen abzeichnen (FES 2017). Doch erschließen sich Sinn und Potenzial der integrierten Versorgung erst, wenn die Patientenprobleme in den Mittelpunkt gestellt und konstitutiv einbezogen werden. Betrachten wir daher zunächst, welche Patientenprobleme seinerzeit den Ruf nach Integration der Versorgung ausgelöst haben.

2 Veränderte gesundheitliche Problemlage der Bevölkerung – Anforderungen an eine integrierte und kontinuierliche Versorgung

Ausschlaggebend für die Diskussion war der Wandel des Krankheitspanoramas und damit die Zunahme chronischer Krankheiten und auch von Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit, die häufige Begleiterscheinungen in den Spätphasen chronischer Krankheit sind. Kennzeichnend für chronische Krankheiten ist, dass sie die Betroffenen oft jahrzehntelang in ihrem Leben begleiten. Immer benötigen sie deshalb eine langfristig angelegte, kontinuierliche Versorgung – eine Herausforderung, die in einem nach wie vor stark auf akute Krankheitsepisoden ausgerichteten Versorgungssystem wie dem deutschen nicht leicht zu realisieren ist (Garms-Homolová und Schaeffer 2012; Schaeffer 2000; Schaeffer und Moers 2014).

Zu den typischen Merkmalen chronischer Krankheiten gehört außerdem, dass sie komplexen Charakter haben: sich nicht auf körperliche Beeinträchtigungen beschränken, sondern auch psychische, soziale und oft auch ökonomische Konsequenzen mit sich bringen, die ihrerseits im Wechselspiel mit körperlichen Krankheitseinbußen stehen (Garms-Homolová und Schaeffer 2012; Schaeffer 2000, Schaeffer und Moers 2014). Eine Profession allein – oder anders formuliert: monoprofessionelle Hilfen – können ihnen daher nicht gerecht werden.

Erforderlich ist eine multiprofessionelle Versorgung, die auch die sozialen, psychischen, kulturellen und lebensweltlichen Dimensionen berücksichtigt und in der die unterschiedlichen Professionen so zusammenarbeiten, dass ihre Leistungen zu einem Kontinuum an aufeinander abgestimmten Hilfen zusammenfließen – eine Vorstellung, die international seit vielen Jahrzehnten

betont wird (z. B. WHO 1987, 2015), deren Realisierung sich in Deutschland aber an organisatorischen und professionellen Hürden reibt. Besonders die Beteiligung und gleichrangige Kooperation mit der Pflege stößt auf Hindernisse.

Vornehmlich werden gerade chronische Krankheiten mit ihren oft jahrzehntelangen Verläufen zu Hause bewältigt. Nur sporadisch – in Krisenzeiten – werden beispielsweise Krankenhausaufenthalte erforderlich. Der zentrale Ort der Krankheitsbewältigung ist jedoch außerhalb des Versorgungswesens – eben im Zuhause der Erkrankten, und der größte Teil der Betreuung obliegt dort den Angehörigen.

Doch obgleich chronische Krankheiten über weite Strecken zu Hause bewältigt werden, erfordern sie immer die Nutzung unterschiedlichster Versorgungsangebote. Dabei müssen die Erkrankten zwischen unterschiedlichen Versorgungsarten und -sektoren hin und her wechseln und sind im Verlauf der Krankheit mit einer Vielzahl an Einrichtungen und Diensten, Professionen und Personen konfrontiert. Versorgungsdiskontinuitäten und -brüche sind dabei keine Seltenheit. Sie sind für die Erkrankten überaus belastend und mindern die Versorgungs- und auch die Lebensqualität.

Ursache von Versorgungsbrüchen sind in erster Linie Strukturdefizite, allem voran sektorale und institutionelle Grenzen und aus ihnen erwachsene Schnittstellenprobleme und andere Desintegrationserscheinungen. Sektorale Grenzen zeigen sich zwischen gesundheitlicher, rehabilitativer und pflegerischer Versorgung und innerhalb der gesundheitlichen Versorgung vor allem zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor (Wingenfeld 2005). Doch auch im ambulanten Sektor existieren überaus viele Schnittstellenprobleme, denn hier ist die Vielfalt und Fragmentierung von Diensten und Leistungen besonders groß (Schaeffer et al. 2008). Auch die Koordination von komplexen Versorgungsleistungen, wie chronisch Kranke sie benötigen, ist hier besonders schwierig und aufwendig. Aufgrund dieser Strukturdefizite ist die Herstellung einer integrierten, sektorenübergreifenden Versorgung und ergänzend einer systematischen Steuerung und Koordination der Behandlungs- und Versorgungsabläufe hier besonders wichtig.

Ihr Ziel sollte darin bestehen, den Erkrankten während des gesamten Verlaufs ihrer Krankheit eine auf ihre individuelle Situation zugeschnittene

kontinuierliche Versorgung ohne Über-, Unter- und Fehlversorgungserscheinungen zu ermöglichen, die über Sektorengrenzen hinweg reicht und allen Dimensionen ihres Versorgungsbedarfs gerecht wird (WHO 1987, 2015).

3 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Nach fast 20-jähriger Auseinandersetzung fand die integrierte Versorgung auch in Deutschland gesundheitspolitische Resonanz. Im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 wurde zunächst der § 140a SGB V verabschiedet, mit dem Verträge zur integrierten Versorgung möglich wurden. Er zeigte kaum Wirkung. Deshalb wurde er im GKV-Modernisierungsgesetz 2004 neu gefasst (§§ 140a–d SGB V). Bis 2008 waren seither Anschubfinanzierungen für neue integrierte Versorgungsmodelle möglich. Zudem wurden Disease-Management-Programme, medizinische Versorgungszentren und auch Hausarztmodelle zugelassen und gefördert.

Ein weiterer, besonders für die Pflege wichtiger Schritt erfolgte mit dem GKV-Wettbewerbsgesetz 2007. Denn seither kann auch die Pflege in integrierte Versorgungsmodelle nach § 140a SGB V aufgenommen werden (§ 92b SGB XI) und selbst auch Modelle bilden. Außerdem wurde der Anspruch auf Versorgungsmanagement gesetzlich festgeschrieben. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2012 wurde dieser Anspruch konkretisiert und verbindlich ein Entlass(ungs)management als Teil der Krankenhausbehandlung eingeführt (§§ 39 und 112 SGB V), um die Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung zu verbessern. Unter Versorgungsgesichtspunkten kamen alle diese Reformen innovativen und zugleich überfälligen Schritten gleich. Dennoch erwies sich die Umsetzung als schwierig und verlief zunächst zögerlich. Erst mit der Gesetzesreform 2004 veränderte sich dies. Danach stiegen die Zahlen der abgeschlossenen Verträge zur integrierten Versorgung (iV-Verträge) kontinuierlich an. Mit Auslaufen der Anschubfinanzierung im Jahr 2008 war die Zahl allerdings wieder rückläufig (SVR 2012).

4 Integrierte und kontinuierliche Versorgung – Umsetzungsschwierigkeiten und Engführungen

Dies deutet an, dass die Bereitschaft, zu einer integrierten Versorgung zu gelangen und neue Wege bei der Versorgungsgestaltung zu beschreiten, in Deutschland eher begrenzt geblieben und stark von finanziellen Anreizen abhängig ist (Ewers und Schaeffer 2003, 2012). Ob der Innovationsfonds

(§ 92a SGB V) neue Impulse für die Weiterentwicklung der integrierten Versorgung in Deutschland zu setzen vermag, bleibt abzuwarten.

Die Umsetzung litt zudem an inhaltlichen Engführungen: Vor allem zu Beginn hatte die integrierte Versorgung weitgehend monoprofessionellen Charakter und konzentrierte sich überwiegend auf die Integration der Subdisziplinen der Medizin (Schaeffer und Ewers 2006). Übersehen wurde, dass die eigentliche Integrationsherausforderung darin besteht, ein Zusammenwirken aller für eine hinreichend umfassende Versorgung erforderlichen Gesundheitsprofessionen (und Dienste) zu erreichen (Schaeffer und Ewers 2006). Das wurde 2007 zwar gesetzlich zu korrigieren versucht, denn seither wurde – wie erwähnt – möglich, auch mit der Pflegeversicherung IV-Verträge abzuschließen. Doch stieß diese Option ebenfalls nur auf zurückhaltende Resonanz: 2010 bestanden lediglich 57 Verträge, an denen Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen beteiligt waren. 2011 waren es 58, und das macht nur ein Prozent der Verträge aus. Schwerpunkte dieser Verträge bildete die ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen sowie von chronischen Wunden (SVR 2012). Auch in den Folgejahren veränderte sich das nur unwesentlich.

Nach wie vor besteht also die Herausforderung darin, die Pflege und die therapeutischen Gesundheitsberufe wie auch die Apotheken mit ihren Kompetenzen intensiver einzubinden und stärker zu einer multiprofessionellen integrierten Versorgung zu gelangen (Schaeffer und Hämel 2017). Dazu ist allerdings notwendig, den für Deutschland typischen Professionsseparatismus (Jamieson und Illsley 1989) und das zwischen den Gesundheitsprofessionen bestehende Silodenken (Frenk et al. 2010) zu überwinden.

Neben Monoprofessionalität sind die IV-Modelle hierzulande zudem oft durch indikationsspezifische und sektorielle Beschränkung gekennzeichnet. Nicht selten sind sie auf eine Indikation und die dazu nötige Kooperation zwischen dem stationären und ambulanten Sektor ausgerichtet. Viele Verträge wurden mit Medizinprodukteherstellern geschlossen und konzentrieren sich allein auf medikamentöse (Versorgungs-)Fragen. Damit bleibt als Herausforderung, bei der integrierten Versorgung in Deutschland zu sektorenübergreifenden Modellen entlang des Verlaufs von chronischer Krankheit (und Multimorbidität) zu gelangen und we-

Professionsseparatismus und Silodenken – beides muss überwunden werden, um zu einer multiprofessionellen integrierten Versorgung zu kommen.

Die Bereitschaft, heilkundliche Tätigkeiten auf Pflegende zu übertragen, ist gering.

niger indikationsspezifische als vielmehr populationsorientierte Modelle anzustreben (SVR 2014).

Weitere Herausforderungen bestehen auf der Ebene der Koordination und Kooperation. Denn eine über Willensbekundungen und Vertragsregelungen hinausgehende integrierte und multiprofessionelle Versorgung ist nicht realisierbar, ohne die herkömmliche, überholte Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsprofessionen zu verändern – besonders zwischen Medizin und Pflege – und einen neuen Professionenmix herzustellen (SVR 2007, 2014). Eine integrierte Versorgung ist – wie internationale Erfahrungen belegen – zwingend auf eine kooperative Versorgungsgestaltung und gleichrangige, aufgabenorientierte Kooperationsformen angewiesen (Ewers und Schaeffer 2005; Hämel und Vössing 2017). Um sie zu realisieren, müssen Vorurteile überwunden und herkömmliche Professionsgrenzen verschoben oder abgebaut werden (Kuhlmey et al. 2011; SVR 2007).

Doch eben das ist in Deutschland weitaus schwieriger als gedacht, wie die Kooperation zwischen Medizin und Pflege zeigt, die sich an der Hierarchie und dem Machtgefälle zwischen beiden Professionen reibt. Wie hürdenreich eine Veränderung ist, bestätigt die Auseinandersetzung und Geschichte der Umsetzung des bereits 2008 verabschiedeten § 63 Abs. 3c SGB V. Mit ihm wurden Modellversuche ermöglicht, in denen heilkundliche Tätigkeiten auf Pflegende übertragen werden können (Richtlinie zur Heilkundeübertragung, G-BA 2011). Bis heute ist die Umsetzungsbereitschaft gering. Statt endlich die Umsetzung anzugehen, werden immer wieder neue Modelle „erdacht“, die dem bestehenden Professionsseparatismus eher entsprechen, statt ihm entgegenzutreten, wie zuletzt der Vorstoß zur Einführung von Physician Assistants zeigt.

Einen neuen Professionenmix zu ermöglichen und darüber hinaus zu einer aufgaben- und teamorientierten Zusammenarbeit zu gelangen, stellt allen Widrigkeiten zum Trotz eine der zentralen und in Deutschland schwierigen Aufgaben der Zukunft dar. Sie ist eng verbunden mit der Frage, wie eine Verbesserung der Koordination und Steuerung erreicht werden kann. Die Umsetzung von Konzepten wie Case-, Care- oder Trajekt-Management, die allesamt zu einer effektiven und effizienten Koordination und Steuerung der Versorgungsverläufe speziell bei chronischer Krankheit, aber auch langfristiger Pflegebedürftigkeit beitragen wollen und auf die Sicherung von Versorgungskontinuität zielen (Ewers 2011; Ewers und Schaeffer

2005), schreitet inzwischen voran. Auch in der integrierten Versorgung sollte diesen Konzepten ein höherer Stellenwert zuteilwerden, wobei zu entscheiden ist, welcher Profession die Verantwortung für die Koordination und Steuerung übertragen werden soll und kann

Ein anders gelagerter Aspekt: Viele der Ansätze zur integrierten Versorgung sind krankenhausbasiert. Das läuft nicht nur einer auf Ambulantisierung setzenden Versorgungsgestaltung zuwider, sondern steht auch nicht unbedingt mit dem Versorgungsbedarf bei chronischen Krankheiten in Übereinstimmung. Denn bei ihnen sind – wie eingangs erwähnt – nur sporadisch Krankenhausaufenthalte erforderlich. Überwiegend werden sie zu Hause bewältigt und versorgt. Benötigt werden daher integrierte, im Wohnumfeld verankerte und auf die Häuslichkeit zielende Modelle. Das Zuhause als Gesundheits- und Versorgungsstandort und auch örtlicher Bezugspunkt für integrierte sektorenübergreifende Versorgungsmodelle – diese Perspektive wird bislang in der Diskussion über integrierte Versorgung vernachlässigt (SVR 2014). Greift man sie auf, wird nochmals sichtbar, wie wichtig es ist, der Pflege und besonders der ambulanten Pflege in Modellen zur integrierten Versorgung größere Aufmerksamkeit zu widmen, denn sie ist im Haushalt der Erkrankten tätig und spielt besonders in den späteren Phasen chronischer Krankheit eine überaus wichtige Rolle. Nicht weniger wichtig ist, die Rolle der Angehörigen als Caregiver mehr zu beachten. Sie kooperativ an der Versorgungsgestaltung zu beteiligen gehört zu den ebenfalls seit Längerem erhobenen Forderungen, die bis heute nicht befriedigend realisiert sind (SVR 2014).

Ein letzter Punkt, der zum Anfang zurückführt. Auch bei der Ermöglichung einer integrierten Versorgung wird zwar mit dem Wohl des Patienten und der Qualität seiner Versorgung argumentiert, doch ist sie faktisch aus der System- oder Akteursperspektive konzipiert. Auch dies bedarf dringend der Veränderung. Das bedeutet, den Besonderheiten des Versorgungsbedarfs bei den heute dominanten chronischen Krankheiten größere Beachtung zu schenken: So können Menschen mit chronischen Krankheiten heute mehrheitlich auf sehr lange Krankheitsverläufe schauen, in denen sie zwischenzeitlich immer wieder die Versorgungsart und -dienste wechseln müssen. All diese Wechsel stellen Gabelungspunkte dar, an denen der Versorgungsverlauf unterschiedliche Wenden nehmen und in Turbulenzen geraten kann und dann der Gefahr von Brüchen ausgesetzt ist. Fast immer

beginnt mit dem Wechsel der Versorgungsart zugleich eine andere Phase im Krankheitsverlauf, die neue (Anpassungs-)Herausforderungen für die Erkrankten aufwirft und umso besser bewältigt werden kann, je besser sie vorbereitet sind und ihre Gesundheits- und Selbstmanagementkompetenz gefördert wird. Information und Kompetenzförderung sind daher wichtige Aufgaben, erfahren in den hiesigen Modellen zur integrierten Versorgung aber noch keineswegs die nötige Beachtung.

Um mehr Patientenorientierung zu ermöglichen, ist außerdem erforderlich, dem Thema Partizipation und Teilhabe einen höheren Stellenwert zu verleihen. Das bedeutet, Patienten und ihre Angehörigen eben nicht als zu versorgende Objekte, sondern als mitgestaltende Akteure – und mehr noch – als Koproduzenten zu betrachten, die einen essenziellen Beitrag zur Versorgung leisten und deren Stimmen anders Gehör erhalten müssen als im hiesigen Versorgungsalltag noch immer üblich.

Zusammengefasst zeigt sich, dass in Deutschland noch etliche Herausforderungen – besonders im Bereich der Multiprofessionalität und der Einbindung der Pflege wie auch der Patienten-/Nutzerorientierung – anstehen, um zu einer dem veränderten Morbiditätsspektrum entsprechenden integrierten Versorgung zu kommen. Dazu ist ein Umdenken erforderlich.

5 Lokale Gesundheitszentren als Modell für eine integrierte Primär- und Langzeitversorgung – Impulse für die integrierte Versorgung in Deutschland

Dass sich integrierte Versorgung auch anders konzipieren und umsetzen lässt, haben andere Länder vorgemacht, die weniger auf punktuelle Integration durch Vertragsabschlüsse setzen, sondern dazu neue Organisationsmodelle geschaffen haben. Dazu gehören allen anderen voran integrierte Primärversorgungszentren (WHO 2008). Sie existieren in vielen Ländern und sind in ganz unterschiedlicher Form realisiert, so etwa in Form von Familiengesundheitszentren (z. B. Brasilien, Kanada), kommunalen Gesundheitszentren (z. B. Slowenien, Finnland), Community Health Centres (z. B. Belgien, Niederlande, Kanada, USA) oder multiprofessionellen Primärversorgungsteams (z. B. Irland, Spanien). Sie gewährleisten auch bei komplexen Gesundheitsproblemen und Bedarfslagen eine integrierte und kontinuierliche Versorgung.

Auch in Deutschland ist das Interesse an solchen Modellen in den letzten Jahren gestiegen. So hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) in seinem Gutachten 2014 „Lokale Gesundheitszentren für die Primär- und Langzeitversorgung“ empfohlen, mit denen besonders in ländlichen und strukturschwachen Regionen die Versorgung sichergestellt werden soll (SVR 2014). Daran anknüpfend haben sich erste Initiativen gebildet, so zum Beispiel im Rahmen des Modellprogramms PORT der Robert-Bosch-Stiftung. Ebenso entstehen erste Modellversuche aus der Pflege heraus (z. B. Hämel et al. 2017 a). Ziele, Elemente und Arbeitsweisen solcher Gesundheitszentren in anderen Ländern haben wir bereits an anderen Stellen beschrieben (Hämel und Schaeffer 2014; Schaeffer und Hämel 2017; Schaeffer et al. 2015).

Sie stellen an lokale Gesundheitszentren verschiedene Anforderungen:

- Umfassende, integrierte (Primär-)Versorgung
- Organisatorische Integration
- Multi-/Interprofessionelle Kooperation und teambasierte Arbeitsweisen
- Nutzung der Potenziale der Pflege
- Populationsorientierung
- Patienten-/Nutzerorientierung

Umfassende, integrierte (Primär-)Versorgung

Die Gesundheitszentren basieren – egal, in welcher Form sie realisiert wurden – auf dem Konzept der umfassenden, integrierten Primärversorgung (comprehensive, integrated primary health care). ‚Umfassend‘ meint ein breites Spektrum an gesundheitlichen und sozialen Diensten der Grundversorgung, die wohnortnah (auch in ländlichen Regionen) vorgehalten werden. Zum Leistungsangebot gehört nicht nur die medizinische Behandlung und Versorgung (wie etwa in den hiesigen medizinischen Versorgungszentren); vielmehr sind darüber hinaus Angebote der Prävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitsinformation und -beratung, psychosozialen Unterstützung, pharmakologischen Begleitung, Pflege, Ergotherapie oder Physiotherapie beziehungsweise Rehabilitation eingeschlossen – allesamt Angebote, die für eine umfassende Grundversorgung, die auch bei komplexen Problemlagen tragfähig ist, essenziell sind.

Organisatorische Integration

Mit den Termini der integrierten Versorgung ausgedrückt, handelt es sich bei den Zentren um ein Modell der *organisatorischen Integration*. Denn Integration wird durch die Bündelung aller für eine umfassende Grundversorgung erforderlichen Leistungen und Dienste unter einem Dach hergestellt. Diese existieren aber nicht additiv nebeneinander, sondern sind eng miteinander verbunden. Sie müssen daher auch nicht jeweils einzeln genutzt werden und können je nach Bedarfslage als Paket in Anspruch genommen werden.

Für die Patienten und Nutzer ist das sehr vorteilhaft. Denn sie haben nur eine Anlaufstelle, an der sie aber ein breites Spektrum an Leistungen vorfinden. Sie müssen sich also nicht mühsam einen Weg durch die fragmentierte Versorgungslandschaft bahnen, sondern finden die Antwort für ihre Gesundheitsprobleme an einem Ort. Ein solch hohes Maß an Integration erfordert allerdings eine gemeinsame Managementstruktur, eine gute Koordination sowie gemeinsam getragene Ziele, die die Basis einer gemeinsamen Leistungserbringung bieten (Schaeffer et al. 2015).

Multi-/Interprofessionelle Kooperation und teambasierte Arbeitsweisen

Zu den zentralen Merkmalen der Zentren gehört Multiprofessionalität. In den Gesundheitszentren praktizieren daher nicht nur Ärzte, sondern verschiedene Gesundheitsprofessionen – Pflegekräfte, Physio- und Ergotherapeuten, teils Pharmazeuten, Psychologen, Sozialarbeiter, Gesundheitsberater und andere mehr. Ärzte und Pflegende bilden den Kern und arbeiten besonders eng im Team zusammen, zu dem, je nach Komplexität der Versorgung, weitere Professionen hinzugezogen werden. Voraussetzungen dafür sind klar definierte Zuständigkeits- und Verantwortungsstrukturen im Team und nicht zuletzt auch die Reflexion und Weiterentwicklung der Arbeit im Team, unterstützt durch regelmäßige Teambesprechungen und gemeinsame Fortbildungen (in Form interprofessionellen Lernens). Die Kooperation und gemeinsame Arbeit im Team wird von den Angehörigen der unterschiedlichen Berufsgruppen in der Regel sehr befürwortet und als bereichernd befunden (Hämel und Vössing 2017; Nancarrow et al. 2013). Auch zeigt eine wachsende Zahl an Studien inzwischen, dass bei der Versorgung durch multi-/interprofessionelle Teams die Zufriedenheit der Patienten höher ist und bessere Behandlungsergebnisse erzielt werden können (Jacobson und HDR Inc. 2012; Martin et al. 2010; Mundt et al., 2015; Schepman et al. 2015).

Nutzung der Potenziale der Pflege

Pflegende sind oft die größte Berufsgruppe in den Gesundheitszentren. Während sie ursprünglich eher Assistenzaufgaben für die Ärzte wahrgenommen haben, verantworten sie heute zunehmend eigenständig Aufgaben. Diese Aufgaben sind vielfältig. Sie reichen von der Prävention und Gesundheitsförderung, der Versorgung und Betreuung von Menschen mit chronischen Erkrankungen und mit psychischen Gesundheitsproblemen, der Behandlung einfacher Akutkrankheiten und -symptome bis hin zur Koordination der Versorgung und zum Management von Gesundheitszentren (z. B. CNO 2017; Hämel et al. 2017b; Schaeffer 2017).

Besonders für chronisch Erkrankte nehmen Pflegende eine wichtige Rolle ein: Sie bieten eigenständig für chronisch Erkrankte Konsultationen und regelmäßige Check-ups an und verbinden diese mit gezielter Information, Beratung und Selbstmanagementförderung (z. B. zum Umgang mit Medikamenten). Der hohe Stellenwert der Kommunikation mit den Patienten schlägt sich auch in der Gestaltung der Rahmenbedingungen nieder, so etwa in längeren Konsultationszeiten. Vermehrt übernehmen Pflegende auch weitere, ehemals Ärzten vorbehalten Aufgaben, beispielsweise (Folge-)Verschreibungen von Medikamenten. Als Vorreiter der Entwicklung sind die USA, Kanada und Finnland, aber auch Australien, Neuseeland und UK zu nennen (Maier und Aiken 2016). Da mittlerweile mehrere Studien darauf verweisen, dass Pflegende eine den Ärzten gleichwertige Versorgungsqualität erzielen können und darüber hinaus durch die von Pflegenden entwickelten zusätzlichen Interventionen im Bereich Information, Beratung und Edukation ein Gewinn für die Patienten zu erwarten ist (Houtum et al. 2016; Martinez-Gonzales et al. 2014; Norful et al. 2017; Swan et al. 2015), schließen sich immer mehr Länder an. Zu betonen ist, dass in der internationalen Diskussion eine veränderte hochschulische und bedarfsgerechte Qualifikation als Voraussetzung angesehen wird (Frenk et al. 2010, O'Donohue 2009, Schaeffer 2017).

Für die Entwicklung lokaler Gesundheitszentren in Deutschland können als Orientierung bereits erfolgreich implementierte Modelle aus anderen Ländern genutzt werden.

Populationsorientierung

Die Zentren zeichnen sich zudem durch eine populationsorientierte Arbeitsweise aus, das heißt, sie richten ihre Arbeit an den Gesundheitsproblemen der Bevölkerung in der jeweiligen Region aus, zum Beispiel angesichts der demografischen Entwicklung zunehmend an den von hochaltrigen Menschen, aber in manchen Regionen auch an Menschen mit spezifischem Migrationshintergrund.

Die integrierte Versorgung muss auch in Deutschland professioneller ausgerichtet und der Pflege ein stärkerer Part eingeräumt werden – lokale Gesundheitszentren bieten zahlreiche Ansatzpunkte.

Wichtig ist daher, dass sie wohnortnah ausgerichtet und gut in die Kommune eingebunden sind. Das heißt ebenso, dass sie in der Regel Kooperationen mit anderen für die Gesundheit relevanten Einrichtungen (z. B. Schulen, Freizeit- und Kultureinrichtungen) eingehen, denn die Zentren sind nicht nur innerhalb des Gesundheitswesens (sektorenübergreifend) tätig (Hämel et al. 2017b).

Patienten-/Nutzerorientierung

Auch der Etablierung neuer Formen der Kooperation und Kommunikation mit den Patienten und Nutzern wird große Bedeutung beigemessen. In vielen Ländern ist das Konzept „patient-centered care“ bindend – für die Arbeit der Zentren ebenso auch für die Ermöglichung einer integrierten Versorgung (WHO 2015). Patienten wird deshalb ein hoher Stellenwert im Versorgungsalltag beigemessen: Sie werden in die Entscheidung über die Behandlung und Versorgung einbezogen und ihr Votum wird respektiert, auch wenn es anders als die professionelle Einschätzung ausfällt. Außerdem wird die Kommunikation und Förderung der Gesundheits- und Selbstmanagementkompetenz durch Information, Beratung und Gesundheitsbildung für sehr bedeutsam gehalten. Die Veränderung der Kommunikation mit Patienten und Nutzern wie auch ihren Angehörigen fällt den Gesundheitsprofessionen oft nicht leicht und muss erst erlernt werden. Für wichtig erachtet werden daher begleitende Qualifizierungsprozesse. Inzwischen gehen die Partizipationsanforderungen längst weiter, denn zunehmend gilt es, auch Bürger dafür zu gewinnen, sich aktiv an den Gremien der Zentren zu beteiligen und für die gesundheitlichen Belange ihrer Gemeinde einzusetzen.

6 Fazit

Die heute vorherrschenden komplexen und langfristigen Gesundheitsprobleme und die Zunahme von Pflegebedürftigkeit erfordern eine langfristig angelegte, integrierte und multiprofessionelle Versorgung. Die Realisierung steht auch in Deutschland seit Längerem auf der Agenda, wurde aber pragmatisch verengt und zu sehr unter Systemgesichtspunkten angegangen. Es bleibt daher eine der Zukunft vorbehaltene Aufgabe, die integrierte Versorgung auch in Deutschland stärker multiprofessionell auszurichten und der Pflege (ebenso anderen als ärztlichen Berufen) einen stärkeren Part einzuräumen und sie mehr als bislang aus der Patienten- und Nutzerperspektive heraus zu konzipieren.

Integrierte lokale Gesundheitszentren bieten hier zahlreiche Ansatzpunkte, da sie wohnortnah eine umfassende, integrierte ambulante Versorgung zu verwirklichen versuchen. Sie setzen zudem auf einen anderen Professionenmix, bei dem der Pflege im multiprofessionellen Team mehr Verantwortung und Eigenständigkeit eingeräumt wird.

Literatur und Quellen

CNO – College of Nurses of Ontario (2017): Practice Standard: Nurse Practitioner. Ontario: CNO

Ewers, M. (2011): Case Management und andere Steuerungsaufgaben der Pflege. In: Schaeffer, D., Wingenfeld, K. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Neuausgabe. Weinheim: Juventa, 643–660

Ewers, M., Schaeffer, D. (2012): Achilles-Ferse neuer Versorgungsformen: Gesundheitsprofessionen zwischen Subordination, Konkurrenz, Kooperation. Monitor Versorgungsforschung, Band 5, Heft 1, 51–66

Ewers, M., Schaeffer, D. (2005): Case Management als Innovation im bundesdeutschen Sozial- und Gesundheitswesen. In: Ewers, M., Schaeffer, D. (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. 2., ergänzte Auflage (1. Auflage 2000). Bern: Huber, 7–27

Ewers, M., Schaeffer, D. (2003): Die Rolle der Pflege in der integrierten Versorgung. In: Tophoven, C., Lieschke, L. (Hrsg.): Integrierte Versorgung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 193–213

FES – Friedrich-Ebert-Stiftung (2017): Patient First! Für eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A. et al. (2010): Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet, Band 376, Heft 9756, 1923–1958

Garms-Homolová, V., Schaeffer, D. (2012): Ältere und Alte. In: Schwartz, F. W., Walter, A., Siegrist, J. et al. (Hrsg.): Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen. 3. überarb. Auflage (1. Aufl. 1998, 2. Aufl. 2003). München: Urban & Fischer, 703–715

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2011): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3 c SGB V (Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V) in der Fassung vom 20. Oktober 2011 veröffentlicht im Bundesanzeiger Heft 46 vom 21. März 2012 und Heft 50 (S. 1–228) vom 28. März 2012 in Kraft getreten am 22. März 2012

Hämel, K., Backes, D. S., Giovanella, L., Büscher, A. (2017b): Familiengesundheitsstrategie in Brasilien – Profilierung der Pflege in der Primärversorgung. Pflege & Gesellschaft, Band 22, Heft 1, 35–50

Hämel, K., Schaeffer, D. (2014): Kommunale Gesundheitszentren in Finnland – Entwicklung und aktuelle Herausforderungen in der ländlichen Primärversorgung. Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, Heft 50, 11–29

Hämel, K., Vössing, C. (2017): The collaboration of general practitioners and nurses in primary care – a comparative analysis of concepts and practices in Slovenia and Spain. Primary Health Care Research & Development: Band 18, Heft 5, 492–506

Hämel, K., Kafczyk, T., Vorderwülbecke, J., Schaeffer, D. (2017a): Vom Pflegeheim zum Zentrum für Pflege und Gesundheit im Quartier? Eine Bedarfs- und Angebotsanalyse in vier städtischen Quartieren. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, Heft P17–155. Bielefeld: IPW – Institut für Pflegewissenschaft

Houtum, L. van, Rijken, M., Heijmans, M., Groenewegen, P. (2016): Perceived quality of chronic illness care is associated with self-management: results of a nationwide study in the Netherlands. Health Policy, Band 120, Heft 4, 431–439

Jacobson, P. M., HDR Inc. (2012): Evidence synthesis for the effectiveness of interprofessional teams in primary care. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation

Jamieson, A., Illsley, R. (1989): Hindernisse und positive Einflußfaktoren auf die Implementierung von Versorgungsprogrammen. Zeitschrift für Gerontopsychologie & Gerontopsychiatrie Band 2, Heft 1/3, 155–161

Kuhlmey, A., Höppner, K., Schaeffer, D. (2011): Neue Aufgabenzuschneide, Arbeitsteilungen und Kooperationsformen. In: Schaeffer, D., Wingenfeld, K. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Neuausgabe. Weinheim: Juventa, 661–679

Lloyd, J., Wait, S. (2005): Integrated Care: A guide for policymakers. London: Alliance for Health and the Future

Maier, C. B., Aiken, L. H. (2016): Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. European Journal of Public Health, Band 26, Heft 6, 927–934

Martin, J. S., Ummerhofer, W., Manser, T. et al. (2010): Interprofessional collaboration among nurses and physicians: making a difference in patient outcome. Swiss Medical Weekly, Band 140, Heft 3536, w13062

Martinez-Gonzalez, N. A., Berchtold, P., Ullman, K. et al. (2014): Integrated care programmes for adults with chronic conditions: a meta-review. International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care, Band 26, Heft 5, 561–570.

Mundt, M. P., Gilchrist, V. J., Fleming, M. F. et al. (2015): Effects of primary care team social networks on quality of care and costs for patients with cardiovascular disease. Annals of Family Medicine, Band 13, Heft 2, 139–148.

Nancarrow SA, Booth A, Ariss S et al. (2013): Ten principles of good interdisciplinary team work. Human Resources of Health, Band 11, 19

Norful, A., Martsof, G., de Jacq, K. et al. (2017): Utilization of registered nurses in primary care teams: A systematic review. International Journal of Nursing Studies, Band 74, 15–23

O'Donohue, W. T., Cummings, N. A., Cummings, J. LI (2009): The unmet educational agenda in integrated care. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, Band 16, Heft 1, 94–100

Schaeffer, D. (2017): Advanced Nursing Practice – Erweiterte Rollen und Aufgaben der Pflege in der Primärversorgung in Ontario/Kanada. Pflege & Gesellschaft, Band 22, Heft 1, 18–35

Schaeffer, D. (2000): Versorgungsintegration und -kontinuität. Implikationen für eine prioritär ambulante Versorgung chronisch Kranker. Pflege & Gesellschaft, Band 5, Heft 2, 33–36

Schaeffer, D. (1993): Integration von ambulanter und stationärer Versorgung. In: Badura, B., Feuerstein, G., Schott, T. (Hrsg.): System Krankenhaus. München: Juventa, 270–291

Schaeffer, D., Büscher, A., Ewers, M. (2008): Ambulante pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmey, A., Schaeffer, D. (Hrsg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber, 352–369

Schaeffer, D., Ewers, M. (2006): Integrierte Versorgung nach deutschem Muster. Pflege & Gesellschaft Band 11, Heft 3, 197–209

Schaeffer, D., Hämel, K. (2017): Kooperative Versorgungsmodelle. Eine international vergleichende Betrachtung. In: Jungbauer-Gans, M., Kriwy, P. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitssoziologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien

Schaeffer, D., Hämel, K., Ewers, M. (2015): Versorgungsmodelle für strukturschwache und ländliche Regionen. Erfahrungen aus Finnland und Kanada. Weinheim und München: Beltz Juventa

Schaeffer, D., Moers, M. (2014): Bewältigung chronischer Krankheiten – Herausforderungen für die Pflege. In: Schaeffer, D., Wingenfeld, K. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft (Studienausgabe). Weinheim: Juventa, 329–363

Schepman, S., Hansen, J., de Putter, I. (2015): The common characteristics and outcomes of multidisciplinary collaboration in primary health care: a systematic literature review. *International Journal of Integrated Care*, Band 15, 1–27

Shaw, S., Rosen, R., Rumbold, B. (2011): What is integrated care? An overview of integrated care in the NHS. Research Report. Nuffield: Nuffield Trust

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Bonn: SVR

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Bonn: SVR

SVR – Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten. Berlin

Swan, M., Ferguson, S., Chang, A. et al. (2015): Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care*, Band 27, Heft 5, 396–404

WHO – World Health Organization (2015): WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Genf: WHO

WHO – World Health Organization (2008): The World Health Report 2008. Primary Health Care – Now More Than Ever. Genf: WHO

WHO – World Health Organization Euro (1987): Continuity of Care for the Elderly. Report on a WHO group. Pistany/czeh. ICE/HEE 217. Kopenhagen

Wingenfeld, K. (2005): Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern: Huber

Letzter Abruf aller Internetquellen: 10. Februar 2018