

# Internationale Perspektive auf Teamarbeit in der Primärversorgung

von Markus Herrmann<sup>1</sup> und Kerstin Hämel<sup>2</sup>

## ABSTRACT

**International** lässt sich eine zunehmende Tendenz zur Reform der Primärversorgung beobachten. Die Organisation in multiprofessionellen Teams spielt dabei eine große Rolle, gerade auch im ländlichen Bereich, um den Anforderungen einer älter und multimorbider werdenden Gesellschaft gerecht zu werden. Am Beispiel von Neuseeland und Spanien werden diese neuen Entwicklungen aufgezeigt. Anschließend werden Erfahrungen in der Konzeptentwicklung eines kommunal eingebundenen Gesundheitszentrums in Sachsen-Anhalt dargestellt, das eine patientenzentrierte, kontinuierliche Versorgung auf der Basis eines multiprofessionellen Teams aus Gesundheits- sowie Sozialberufen auf Augenhöhe bieten soll. Abschließend wird summiert, welche nächsten Schritte für die Entwicklung multiprofessioneller Primärversorgung in Deutschland erforderlich sind.

**Schlüsselwörter:** Primärversorgung, Allgemeinmedizin, Pflege, multiprofessionelle Teams

**Internationally**, there is an increasing trend towards rebuilding primary health care. The organization in multiprofessional teams plays an important role, especially in rural areas, in order to meet the requirements of an older and multimorbid society. The examples of New Zealand and Spain show these new trends. Subsequently, experiences in the concept development of a communally embedded interprofessional health care centre in Saxony-Anhalt will be presented. It offers patient-centred, continuous care by forming a multiprofessional team of health and social professions on equal footing. Finally, the next steps necessary for the development of multiprofessional primary health care in Germany are sketched.

**Keywords:** primary health care, general practice, family practice, nursing, multi-professional health care teams

## 1 Einleitung

International lässt sich eine zunehmende Tendenz zur Reform oder zum Neuaufbau der Primärversorgung beobachten. Dabei zeigt sich, dass Länder mit einer bereits bestehenden stärkeren Ausrichtung des Gesundheitswesens auf die Primärversorgung wie Brasilien, Finnland, Neuseeland oder Portugal an einer Konsolidierung dieser Versorgungsebene arbeiten, während sich andere Länder wie Deutschland, Österreich oder Schweiz schwertun, überhaupt erst einmal die medizinische Versorgung mehr in den primären Sektor zu verlagern. Primärversorgung ist in Deutschland im Unterschied zu skandinavischen oder südeuropäischen Ländern

bislang weiterhin stark arzt- und medizindominiert. Doch droht ein Nachwuchsmangel, besonders in ländlichen Regionen. Neue Konzepte der multiprofessionellen Primärversorgung könnten dazu beitragen, die Primärversorgung in Deutschland zu stärken und auch für Hausärzte wieder attraktiver zu machen (*van den Bussche 2019*).

Heute stehen Interdisziplinarität, Partizipation und Gemeindeorientierung in der Primärversorgung weit oben auf der globalen gesundheitspolitischen Agenda (*JKMG 2015*). In Deutschland haben diese zentralen Aspekte bisher nicht den Weg aus programmatischen Diskursen in die Wirklichkeit der Primärversorgung geschafft.

<sup>1</sup>Prof. Dr. med. Markus Herrmann MPH, M. A., Institut für Allgemeinmedizin · Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg · Leipziger Straße 44 · 39120 Magdeburg · Telefon: 0931 6721009 · E-Mail: markus.herrmann@med.ovgu.de

<sup>2</sup>Prof. Dr. rer. soc. Kerstin Hämel, Fakultät für Gesundheitswissenschaften · Universität Bielefeld · Universitätsstraße 25 · 33615 Bielefeld · Telefon: 0521 1063894 · E-Mail: kerstin.haemel@uni-bielefeld.de

TABELLE 1

## Regionale und demografische Merkmale von Neuseeland, Spanien und Deutschland

	Neuseeland	Spanien	Deutschland
Anzahl der Einwohner (2018)	4,9 Millionen	46,7 Millionen	82,9 Millionen
Lebenserwartung ab Geburt (2017)	81,9 Jahre	83,4 Jahre	81,1 Jahre
Bevölkerungsdichte (2018)	18,44 Einwohner pro km <sup>2</sup>	92,82 Einwohner pro km <sup>2</sup>	234,34 Einwohner pro km <sup>2</sup>
Bevölkerungsanteil ländliche Regionen (2017)	9,01 %	3,44 %	15,71 %
Bevölkerung 65 Jahre und älter (2015/2050)	14,6 %/23,9 %	18,6 %/36,8 %	21,2 %/30,0 %
Bevölkerung 80 Jahre und älter (2015/2050)	3,6 %/9,3 %	6,0 %/13,9 %	5,7 %/12,8 %

Trotz der unterschiedlichen Größe und Struktur teilen die drei Länder grundlegende Herausforderungen der Primärversorgung. Dazu gehören insbesondere die Alterung der Bevölkerung und Probleme der Sicherstellung der Versorgung in ländlichen und benachteiligten Gebieten.

Quelle: eigene Darstellung basierend auf OECD, Stat 2019; Grafik: G-C Wissenschaft 2019

## 2. Beispiel Neuseeland

### 2.1 Primary Health Care in Neuseeland

Neuseeland ist mit 4,9 Millionen Einwohnern im Vergleich zu Deutschland und Spanien ein kleines Land, das aber ausgedehnte, sehr dünn besiedelte Regionen umfasst (siehe Tabelle 1).

Das Gesundheitssystem in Neuseeland ist durch eine wichtige Rolle der Primärversorgung geprägt, die in den vergangenen zehn Jahren noch stärker geworden ist, indem der Staat eine koordinierende und teilweise auch finanzierende Funktion wahrnimmt. Das Gesundheitswesen des Inselstaats ähnelt anderen Systemen mit zentraler Primary-Health-Care-Komponente. Medizinische Behandlung ist an die Registrierung in einer Einrichtung der Primärversorgung geknüpft. Der Anteil der Beschäftigten in der Primärversorgung ist hoch, der Zugang zu weiterführender Versorgung setzt eine hausärztliche Überweisung oder Lotsenfunktion voraus und die Finanzierung der Gesundheitsversorgung erfolgt bevölkerungsbezogen (siehe Tabelle 2).

Viele, aber nicht alle Primärversorgungseinrichtungen sind hausärztliche Gemeinschaftspraxen mit mehreren Allgemeinärzten, Pflegekräften, Empfangspersonal und Verwaltungsmitarbeitern, um für die eingeschriebene Bevölkerung aller Altersgruppen als erste Anlaufstelle eine umfassende, kontinuierliche und koordinierte Gesundheits-

versorgung sicherzustellen (Cumming et al. 2014). Die Sicherstellung der Grundversorgung wäre für den Großteil der Bevölkerung nicht ohne eine zunehmend engere Zusammenarbeit von medizinischem und Pflegepersonal wie auch anderen Leistungserbringern möglich (Pullon et al. 2009).

In der Primärversorgung gibt es mehr Pflegekräfte (*primary care practice nurses*) als Hausärzte. Pflegekräfte arbeiten in der Regel selbstständig und haben einen eigenen Aufgabenbereich. Auch wenn nicht alle Pflegenden zu allen Aufgaben befähigt sind, umfasst ihre Tätigkeit die selbstständige Beratung zur Raucherentwöhnung, die Entnahme und Verfolgung von Zervixabstrichen, Wachstumsprogramme und Impfungen bei Kindern sowie Wundversorgung einschließlich Hautnaht. Die Pflegekräfte arbeiten gemeinsam mit den Ärzten bei der Versorgung akuter Erkrankungen. Eine kleinere Zahl von Pflegenden mit einem Master-Abschluss und breiteren Tätigkeitsbereichen ist in der Grundversorgung tätig (Pullon und Herrmann 2014). Trotz einer 35-jährigen Geschichte von Pflegekräften in der Primärversorgung und der schrittweisen Entwicklung (semi-)autonomer Rollen besteht allerdings weiterhin Verbesserungspotenzial bei der Teamarbeit im Zusammenhang mit der komplexen Patientenversorgung (Pullon et al. 2011).

### 2.2 Aus- und Weiterbildung für die Grundversorgung

Der neuseeländische Ansatz der primärversorgungsorientierten Ausbildung in den vergangenen 30 Jahren zeichnete sich aus durch den Aufbau einer umfassenden, gut

TABELLE 2

## Merkmale der Primärversorgung in Neuseeland, Spanien und Deutschland

Merkmal	Neuseeland	Spanien	Deutschland
Finanzierung des Gesundheitssystems	Steuern	Steuern	Sozialversicherung
Einrichtungen der Primärversorgung	Privat- und Gemeinschaftspraxen	Gesundheitszentren	Privat- und Gemeinschaftspraxen
Trägerschaft der Primärversorgungseinrichtungen	überwiegend privat, teilweise öffentlich	überwiegend öffentlich, teilweise privat	privat
Freie Wahl des Hausarztes	ja	ja	ja
Registrierung bei einem Hausarzt	verpflichtend	verpflichtend	freiwillig
Gatekeeping des Hausarztes	ja	ja	optional

Bei der Organisation der Primärversorgung zeigen sich zwischen Neuseeland und Spanien auf der einen und Deutschland auf der anderen Seite deutliche Unterschiede bei der Finanzierung des Gesundheitssystems, der Registrierung beim Hausarzt und dem Gatekeeping durch den Hausarzt.

organisierten Weiterbildung für Allgemeinärzte. Anders als Deutschland legt Neuseeland seit mehr als 15 Jahren bereits zu Beginn der medizinischen und pflegerischen Ausbildung einen Schwerpunkt auf die Primärversorgung und die Anerkennung des Potenzials von Pflegekräften sowie anderen medizinischen Fachkräften. Studierende der Medizin, der Pflege und teilweise auch anderer Gesundheitsberufe haben Gelegenheit, klinische Praktika in kleinen ländlichen Krankenhäusern und Gesundheitszentren der Primärversorgung zu absolvieren. Die beiden medizinischen Fakultäten Neuseelands bieten ihren Studierenden die Möglichkeit, für längere Zeit in das Leben auf dem Lande einzutauchen, wo sie unter Aufsicht und Anleitung erfahrener Kollegen in kleineren ländlichen Gemeinden leben und lernen. Aktuelle Beispiele dafür sind sechs- bis zwölfmonatige Praxisphasen in ländlichen Gesundheitszentren für fortgeschrittene Studierende (Farry et al. 2010). Ein weiterer Ansatz bringt angehende Diätberater, Zahnärzte, Pflegekräfte, Mediziner, Pharmazeuten sowie Ergo- und Physiotherapeuten im Rahmen integrierter fünfwöchiger Rotationen in abgelegenen ländlichen Gebieten zusammen. Die Studierenden lernen in dieser multiprofessionellen Ausbildung mit-, von- und übereinander die klinischen Fertigkeiten (Freeth et al. 2002), indem sie in Teams arbeiten, ihr Verständnis von Gesundheitsbelangen der Bevölkerung, hier speziell der vulnerablen Gruppe der Maori, vertiefen und Grundzüge der Versorgung bei chronischen Erkrankungen anwenden (Pullon und Lawrenson 2012). Für angehende Ärzte ist klinische Erfahrung in der Allgemeinmedizin integraler Bestandteil der Lehrpläne in der Medizinerbildung.

Zusätzliche universitäre Fortbildungen in Primary Health Care stehen im ganzen Land zur Verfügung. Mehrere postgraduale Diplom- und Master-Programme sind professionsübergreifend. Sie erlauben Allgemeinärzten, Pflegekräften und anderen in der Primärversorgung tätigen Gesundheitsberufen wie beispielsweise Apothekern, gemeinsam zu lernen und so ihre berufsübergreifende Zusammenarbeit zu verbessern (Pullon und Herrmann 2014).

Bei der Pflegeausbildung in Neuseeland ist der Schwerpunkt Primärversorgung im dreijährigen grundständigen Bachelorstudium beachtlich und umfassend. Für die Berufsanerkennung müssen Pflegekräfte nach dem Studienabschluss ein klinisches Praxisjahr absolvieren. Danach sind postgraduale Weiterbildungen für verschiedene Tätigkeiten in der Primärversorgung verfügbar, aber nicht obligatorisch. Tatsächlich lernen die meisten Pflegekräfte vieles während der Berufsausübung. In den vergangenen Jahren haben jedoch zusätzliche Zertifizierungsanforderungen zu einer starken Zunahme von Kurzlehrgängen für aufgabenbasierte Fertigkeiten wie für Impfungen oder die Entnahme von Zervixabstrichen geführt, sodass heute viele examinierte Pflegekräfte hier sehr gut qualifiziert sind. Trotz dieser Entwicklungen gibt es für neuseeländische Pflegekräfte in der Primärversorgung oft keinen definierten Karrierepfad und sie müssen die Kosten für alle postgradualen Fortbildungen meist privat tragen (McKinlay 2006). Dennoch zeigen Pflegekräfte in ihrer alltäglichen Praxis, dass sie sich effektiv und umfassend in die Patientenversorgung und Praxistätigkeit einbringen (Pullon und Herrmann 2014).

## 3. Beispiel Spanien

### 3.1 Primärversorgung in Spanien

Die Primärversorgung in Spanien, einem der bevölkerungsreichsten EU-Länder mit hoher Lebenserwartung (siehe Tabelle 1), zeichnet sich im internationalen Vergleich durch einen guten Zugang für die Bevölkerung, eine robuste Organisation und ein hohes Qualifikationsniveau der praktizierenden Fachkräfte aus (Kringos et al. 2015; Dedeu et al. 2015). Allerdings war das staatliche Gesundheitswesen – und überproportional die Primärversorgung – von Budgetkürzungen nach der Finanzkrise von 2008 stark betroffen (Bernal-Delgado et al. 2018). Das Gesundheitssystem ist steuerfinanziert und der Zugang kostenfrei, wobei Hausärzte auch in Spanien Gatekeeper zu spezialisierten Versorgungseinrichtungen sind (siehe Tabelle 2).

Primärversorgung wird in Spanien in multiprofessionellen Gesundheitszentren sichergestellt. 1984 als Centros de Salud eingeführt, sind heute 3.039 solcher Zentren über das gesamte Land verteilt. Für einen wohnortnahen Zugang betreiben die Zentren 10.055 Zweigstellen (*consultorios locales*) (MoHSE 2017). Sie bieten ein breites Spektrum an präventiven, kurativen und rehabilitativen Gesundheitsleistungen an. Allgemeinmediziner und hochschulisch qualifizierte Pflegekräfte machen die größte Beschäftigtengruppe aus; sie bilden meist Versorgungsteams für einen gemeinsamen Patientenstamm (Hämel und Vössing 2017). In den Gesundheitszentren praktizieren zudem Pädiater, Kinderkrankenpfleger und Zahnärzte, teilweise auch Physiotherapeuten, Hebammen, Psychologen und Sozialarbeiter; unterstützt werden die Professionen von Pflegehilfs- und Verwaltungskräften. In den Regionen setzen sich die Teams teilweise unterschiedlich zusammen, denn das spanische Gesundheitswesen fällt in den Verantwortungsbereich der Autonomen Gemeinschaften, die nationale Vorgaben nicht nur umsetzen, sondern auch spezifizieren und ergänzen (Bernal-Delgado et al. 2018).

Um die Versorgung an die wachsende Zahl chronisch und mehrfacherkrankter Patienten anzupassen, haben die Gesundheitszentren in den vergangenen Jahren auf eine engmaschigere und umfassendere Begleitung der Patienten gesetzt. Die Rolle der Pflegenden wurde dafür aufgewertet (Hämel und Vössing 2017).

Im Jahr 2016 führten die Hausärzte in den Gesundheitszentren Spaniens durchschnittlich 5,3 und die Pflegenden 2,9 Konsultationen pro Patient durch (MoHSE 2017). Pflegekräfte nehmen bei den Konsultationen regelmäßig ein umfassendes Assessment der gesundheitlichen und sozialen Situation und des gesundheitsrelevanten Verhaltens der Patienten vor, um sodann geeignete Lebensstilinterventionen und Beratungen einleiten zu können. Es ist ihre Aufgabe, Gesundheitsrisiken frühzeitig zu erkennen,

die Gesundheit zu fördern und schließlich chronisch Kranke intensiver zu begleiten und in ihrem Selbstmanagement (auch Medikamentenmanagement) zu unterstützen. Die Pflegenden verantworten regelmäßige (Kontroll-)Untersuchungen für chronisch Kranke und führen dafür auch diagnostische Prozeduren, beispielsweise Blut- und Ultraschalluntersuchungen, sowie Impfungen und Wundversorgungen selbstständig durch. Das Ausmaß der Autonomie der Pflegenden in der Wahrnehmung dieser und weiterer Aufgaben ist in den Regionen unterschiedlich, teilweise ermöglichen konsentrierte klinische Leitlinien ihnen, Verordnungen auszustellen. Darüber hinaus können die Pflegekräfte in manchen Regionen auf der Basis konsentrierter Richtlinien (*protocols*) kleinere akute Erkrankungen behandeln (Hämel und Vössing 2017; Hämel et al. i. E.).

Die Arbeitsteilung zwischen Medizin und Pflege hat sich zunehmend dahin entwickelt, dass die Hausärzte primäre Ansprechpartner für chronisch kranke Patienten in akuten und instabilen Phasen sind, während Pflegenden die Patienten in stabilen Krankheitsphasen begleiten. Die Zusammenarbeit wird dann intensiviert, wenn – beispielsweise im Fall schwerer chronischer Krankheit – eine gemeinsame Versorgungsplanung erforderlich wird (Hämel und Vössing 2017). Weitere Fachkräfte aus dem multiprofessionellen Gesundheitszentrum werden dann oft ebenfalls intensiver eingebunden. Beispielsweise wird bei Suchterkrankungen oder kognitiven Beeinträchtigungen ein Sozialarbeiter hinzugezogen, um für die Betroffenen weiterführende Unterstützung (auch außerhalb des Gesundheitswesens) erschließen zu können. Darüber hinaus verantworten die Pflegenden Maßnahmen für eine gemeindeorientierte und aufsuchende Gesundheitsarbeit. Sie leisten einen Großteil der Hausbesuche für immobile Patienten, bieten Gruppenangebote für Diabetiker oder Asthmatiker wie auch Gesundheitsaufklärung in Gemeindeformen, zum Beispiel in Schulen, an. Allerdings sind diese Ansätze im Unterschied zu den klinischen Aufgaben wenig verbindlich geregelt und in den Zentren unterschiedlich gut ausgebaut (Hämel et al. i. E.).

### 3.2 Aus- und Weiterbildung für die Primärversorgung

Die Facharztweiterbildung für Allgemein- und Familienmedizin wurde in Spanien im Jahr 1978/79 eingeführt. Über vier Jahre findet sie in akkreditierten Gesundheitseinrichtungen außerhalb der Universitäten statt. Veranstaltungen zur Weiterbildung werden im Rahmen der regulären Arbeitszeiten absolviert; zudem bieten die Arbeitgeber den Beschäftigten recht gute Möglichkeiten, praxisbasierte interdisziplinäre Forschungsprojekte in der Primärversorgung durchzuführen, die zur Evidenzbasierung, Teambildung und Qualifizierung der Beschäftigten in der Primärversorgung beitragen (Dedeu 2015; Freire et al. 2015; Hämel und Vössing 2017).

Für die Übernahme von anspruchsvollen Aufgaben durch Pflegenden ist ein universitäres Bachelorstudium in Pflegewissen-

schaft Voraussetzung. Das grundständige Pflegestudium wurde 1977 als zunächst dreijähriger Diplomstudiengang eingeführt und im Rahmen der Bologna-Reform zu einem vierjährigen Bachelorprogramm erweitert. Gemeindeorientierte und gerontologische Pflege sind seit 1990 verpflichtende Studieninhalte (López 2011).

Ähnlich der Organisation der fachärztlichen Weiterbildung in der Allgemein- und Familienmedizin – allerdings verkürzt auf zwei Jahre – wurde für Pflegende die Weiterbildung in der familien- und gemeindeorientierten Pflege als eine von sieben postgradualen Spezialisierungsmöglichkeiten im Jahr 2005 eingerichtet und seit 2011 umgesetzt. Darüber hinaus wurden in der vergangenen Dekade Master- und Promotionsstudienprogramme in den Universitäten eingeführt (Dedeu et al. 2015; Sevilla-Guerra et al. 2018).

Die postgraduale Qualifizierung in der Primärversorgung soll es den Pflegenden ermöglichen, künftig mehr Handlungsautonomie und erweiterte Kompetenzen in der Patientenversorgung zu übernehmen; systematische Erfahrungen fehlen noch. Zu einer strukturierten Begleitung chronisch Kranker und ihrer Familien sollen beispielsweise *nurse continuity managers* oder *case manager nurses* künftig beitragen (Hämel et al. i. E.; Sánchez-Gómez et al. 2019).

## 4. Erfahrungen aus Sachsen-Anhalt

### 4.1 Projektskizze „Regionales interprofessionelles Gesundheitszentrum Wolmirstedt“

Das Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität und die Universitätsklinik Magdeburg haben im März 2016 im Rahmen der Ausschreibung zu patientenorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung (PORT) der Robert-Bosch-Stiftung eine Förderung zur Konzeptentwicklung eines interprofessionellen Gesundheitszentrums in Wolmirstedt erhalten. Mit dieser Ausschreibung sollte die Einführung patientenorientierter, lokaler, inhaltlich umfassender und innovativer Gesundheitszentren in Deutschland gefördert werden (siehe Klapper 2017). Das Projekt in Wolmirstedt wurde als eines von acht Projekten deutschlandweit gefördert.

Wolmirstedt, prototypisch für eine alternde Kleinstadt, liegt 15 Kilometer nördlich der Landeshauptstadt Magdeburg und hat 11.800 Einwohner. Interviews mit Ärzten und Bürgern verwiesen auf eine bereits zugespitzte Versorgungssituation: Zugezogene und erwachsen gewordene Kinder finden keinen Hausarzt, Wartezeiten sind lang, Hilfe bei psychischen Problemen sucht man vergebens.

Fünf von acht Allgemeinmedizinern sind älter als 62 Jahre. Für die nahe Zukunft zeichnen sich Versorgungslücken im Bereich der Allgemeinmedizin und in einigen Spezialdisziplinen ab. Vor diesem Hintergrund sollte unter Einbeziehung vieler regional ansässiger Partner ein Gesundheitszentrum entwickelt werden, das interdisziplinär, berufsgruppen- und sektorenübergreifend zur Sicherung der Primär- und Langzeitversorgung in der ländlichen Region wesentlich beiträgt. Neben der Konkretisierung regionaler Versorgungsbedarfe standen die Einbindung vorhandener Ärzte sowie Pflege- und Sozialdienste, eine mögliche Trägerschaft und die Möglichkeiten für studentische Ausbildung und ärztliche Weiterbildung im Fokus der Konzeptentwicklung.

Die Einbeziehung der Universitätsmedizin sollte unter Partizipation der Bevölkerung die Entwicklung neuer und bedarfsgerechter Modelle für eine qualitativ hochwertige Versorgung nach neuesten Erkenntnissen auch auf dem Land ermöglichen. Gleichzeitig bietet ein solches universitär mitgetragenes Zentrum die einzigartige Chance, die für eine stärkere Rekrutierung von Ärzten auf dem Land unerlässlichen allgemeinmedizinischen und landärztlichen Elemente prominenter in das Medizinstudium zu integrieren und angehenden Ärzten, Pflegekräften, Therapeuten, Sozialarbeitern und anderen Berufsgruppen die Bedeutung interprofessioneller Kooperation zu vermitteln.

### 4.2 Maßnahmen und Methoden der Konzeptentwicklungsphase

Zu Beginn erfolgte eine eingehende Analyse des aktuellen und zukünftigen Versorgungsbedarfs in der Region Wolmirstedt, vor allem auch die Identifikation vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Ebenso wurden potenzielle Akteure der Bürgergesellschaft (Organisationen, Initiativen, Verbände, Vereine, Selbsthilfe, Netzwerke und Zusammenschlüsse) angesprochen. Im Rahmen der Analyse wurden umfassend Kooperationsmöglichkeiten mit der Kommune oder dem Kreis sowie ansässigen Akteuren der Gesundheitsversorgung eruiert sowie dort tätige Landärzte, Pflegeeinrichtungen und Anbieter psychosozialer Versorgung bezüglich ihrer Bereitschaft zur Mitwirkung befragt.

### 4.3 Ergebnisse der Konzeptentwicklung

Zunächst ist es gelungen, verschiedene regionale Akteure der Gesundheitsversorgung, die bisher kaum miteinander interagieren und unterschiedliche Sichtweisen und Ziele verfolgen, an einen Tisch zu bringen, die Ergebnisse der Ausgangsanalyse mit ihnen zu diskutieren und geeignete Maßnahmen daraus abzuleiten. Integriert wurden Ansätze für die Beteiligung der Bevölkerung und Stärkung des gesellschaftlichen Engagements sowie die Erstellung eines E-Health-Konzeptes. Eine Arbeitsgruppe zur Aus- und Weiterbildung erarbeitete unter anderem ein Angebotsportfolio zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Ärzten, Pflegeeinrichtungen und Patienten (siehe Abbildung 1).

Neben Weiterbildungsmöglichkeiten für die Akteure sind wichtige Konzeptbausteine auch Beratungsangebote für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen. Um die Zielgruppen zu erreichen, wurden verschiedene öffentliche Veranstaltungen durchgeführt. Darüber hinaus wurden neue Impulse für die interprofessionelle akademische Ausbildung gesetzt. Medizinstudierende aus dem klinischen Semester, Studierende der Sozialwissenschaften und des Masterstudiengangs für das Lehramt an berufsbildenden Schulen der Fachrichtung Gesundheit und Pflege nahmen gemeinsam teil an einem fakultativen interprofessionellen Forschungsseminar „Gemeindenaher Primärversorgung auf dem Land“, das sowohl an der Universität Magdeburg als auch in Wolmirstedt durchgeführt wurde. Neben der Auseinandersetzung mit multiprofessioneller Primärversorgung bot sich den Studierenden die Gelegenheit, mit regionalen Partnern in den Austausch zu den anstehenden Fragen der gesundheitlichen Versorgung zu treten. In eigenen Forschungsprojekten haben die Studierenden Deutungs- und Handlungsmuster von Nutzern vor Ort sowie von Experten analysiert, um so noch einmal auf wissenschaftlicher Ebene einen Zugang zu den anstehenden Fragen zu erhalten. Die Studierenden entwickelten in multiprofessionellen Dreier-Teams kleine Fallstudien über die Wirkung von Anreizsystemen zur vermehrten ärztlichen Niederlassung im ländlichen Raum, über Fragen der interprofessionellen Zusammenarbeit bis hin zu Professionalisierungsstrategien und Deprofessionalisierung von angehenden Ärzten (Herrmann et al. 2019).

#### 4.4 Zwischenfazit

Mit dieser Konzeptentwicklung wurde erstmalig in Sachsen-Anhalt versucht umzusetzen, was der Sachverständigenrat Gesundheit in seinem Gutachten 2014 empfiehlt: den Aufbau lokaler Gesundheitszentren für die Primär- und Langzeitversorgung der Bevölkerung in ländlichen Regionen in neuen, kooperativen Strukturen (SVR 2014). Es wurde im Rahmen der Konzeptentwicklung unter Einbeziehung lokaler Strukturen und der Bürgerschaft eine breite Öffentlichkeit zur Thematik hergestellt und auch ein breites Bündnis unterschiedlicher regionaler Akteure aufgebaut (zum Beispiel Deutsches Rotes Kreuz, Wohnungswirtschaft, Bürgermeister, Pflegedienste und andere Gesundheitseinrichtungen, stationäre Wohnstätten für ältere Menschen und Menschen mit Handicaps sowie Bildungseinrichtungen). Das Interesse von Studierenden aus drei verschiedenen Professionen wurde geweckt für Fragen der Multiprofessionalität in der ländlichen Primärversorgung (Herrmann et al. 2019). Mit dem Abschluss der Konzeptentwicklung wurde die Verantwortung des Projektes an einen lokalen Verein „Gesundheit für Wolmirstedt e. V.“ übergeben.

Das Konzept harrt bislang in seiner gesamten Tragweite noch der Umsetzung, denn im Rahmen der Konzeptentwicklung wurden auch Widerstände deutlich. Wichtige Stakehol-

der, die zu Beginn das Projekt unterstützten (Universitätsmedizin, Kassenärztliche Vereinigung und AOK Sachsen-Anhalt, Hausärzterverband) gingen zunehmend auf Distanz. Zwei Hausärzte vor Ort waren aktiv in das Projekt einbezogen, die übrigen niedergelassenen Hausärzte vor Ort blieben neuen Strukturen gegenüber verschlossen. Es gab Vorbehalte gegenüber einer Verantwortungsübernahme der Kommune sowie gegenüber einer multiprofessionellen Öffnung der Primärversorgung. Auch mangelnde finanzielle Ressourcen der Kommune, die sich in der Konsolidierung befindet, verhinderten, dass das Projekt in kommunaler Verantwortung vertieft wurde.

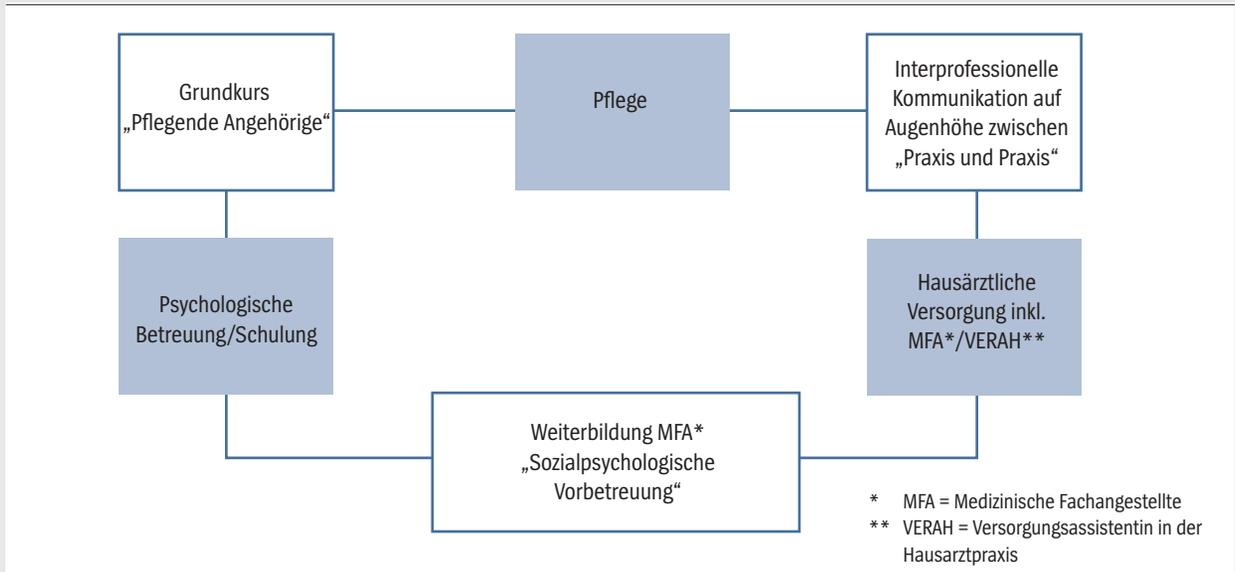
## 5 Schlussfolgerungen

Der Einblick in die Konzeptentwicklung für ein interprofessionelles Gesundheitszentrum in Sachsen-Anhalt verdeutlicht, dass noch einige Schritte zu gehen sind, ehe in Deutschland annähernd robuste Primärversorgungskonzepte wie in Spanien und Neuseeland etabliert sind. Gleichwohl wird deutlich, was wesentliche Aspekte auf dem Weg dahin sind. Zuvorderst ist die Verankerung der Primärversorgung in den Studiengängen erforderlich. Für die Medizin wurde dies in Deutschland bereits mit dem Ausbau der Lehrstühle für Allgemeinmedizin und die Professionsentwicklung der Allgemeinmedizin eingeleitet (Herrmann und Lehmann 2016); ähnliche Entwicklungen stehen für die Pflege noch aus, sie sollten zügig verfolgt werden, denn das Tätigkeitsfeld Primärversorgung bietet anspruchsvolle Aufgaben, die der hochschulischen Qualifikation bedürfen. Zugleich sind die noch jungen Ansätze der interprofessionellen Bildung wie auch praxisbasiertes Lehren und Forsuchen für die Primärversorgung in ländlichen Regionen zu stärken (siehe Herrmann et al. 2019). Einen vielversprechenden Ansatz stellen zudem die in Neuseeland eingerichteten multiprofessionellen Masterstudiengänge für die Primärversorgung dar.

Die Studiengangsstrukturen auch in Deutschland entsprechend zu gestalten, dürfte das Interesse der jungen Generation treffen, denn auch die Medizinstudenten wünschen sich inzwischen, in Teams und arbeitsteilig zu praktizieren (van den Bussche 2019). Voraussetzung für gelingende Teamarbeit ist ein Verständnis für Kompetenzen und Aufgaben der jeweils anderen Profession (Hämel und Vössing 2017). Um Aufgabenteilung und Zusammenarbeit in der beruflichen Praxis realisieren zu können, steht daher auch in Deutschland die Aufgabe an, Rollen und Aufgabenprofile für Pflegekräfte und andere Gesundheitsberufe in der Primärversorgung zu entwickeln. Medizinische Ausbildung in Deutschland ist weitgehend durch eine Hochschulmedizin geprägt, die gerade mal ein Prozent aller Patienten hochspezialisiert versorgt und wissenschaftlich auf Grundlagenforschung und

## ABBILDUNG 1

## Konzept der Aus- und Weiterbildung in Wolmirstedt – Kooperationen einzelner Akteure



In der Versorgung sollten Pflege, psychologische Betreuung und die hausärztliche Versorgung von gemeinsamer Aus- und Weiterbildung profitieren. Vorstellbar sind die oben aufgeführten Maßnahmen.

Quelle: AG Wolmirstedt; Grafik: G+G Wissenschaft 2019

spezialisierte klinische Forschung ausgerichtet ist (Holst und Herrmann 2016). Diese Bedingungen prägen die Sozialisation angehender Ärzte und damit auch die spätere fachärztliche Ausrichtung. Ausbildungsmodule im ländlichen, gemeindenahen Raum sind in Deutschland erst in den vergangenen Jahren entwickelt und erprobt worden (Herrmann et al. 2014; Holst et al. 2015). Die unterschiedlichen Konzepte und Erfahrungen in Ländern wie Neuseeland und Spanien können dafür genutzt werden, ersetzen aber nicht die Entwicklung unter hiesigen Bedingungen.

Wenig überraschend zeigt schließlich der Umsetzungsversuch eines interprofessionellen Gesundheitszentrums in Sachsen-Anhalt, dass Widerstände hoch sein können. Der Mehrwert für Patienten, den Zusammenarbeit und komplementäre Aufgaben von Medizin und Pflege bieten, sollte künftig stärker kommuniziert werden. Für Ärzte dürften entsprechende Ansätze vor allem dann attraktiv sein, wenn sie ihnen ermöglichen, sich stärker auf das medizinische Kerngeschäft zu konzentrieren und besonders chronisch kranken Patienten eine intensivere Begleitung zu bieten.

Die Analyse zu Spanien und die Konzeptentwicklung für Wolmirstedt wurden von der Robert-Bosch-Stiftung im Rahmen des Programms PORT gefördert.

## Literatur

- Bernal-Delgado E et al. (2018):** Spain: Health System Review. Health Systems in Transition, Vol. 20, No. 2
- van den Bussche, H (2019):** Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Vol. 62, No. 9, 1129–1137
- Busse R, Blümel M (2014):** Germany: Health System Review. Health System in Transition, Vol. 16, No. 2
- Cumming J et al. (2014):** New Zealand: Health System Review. Health System in Transition, Vol. 4, No. 2
- Dedeu T et al. (2015):** Spain. In: Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB (Hrsg.): Building Primary Care in a Changing Europe – Case studies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 253–264
- Farry P et al. (2010):** Development of the Rural Immersion Programme for 5th-Year Medical Students at the University of Otago. New Zealand Medical Journal, Vol. 123, No. 1323, 16–23; nzma.org.nz/journal → Read the Journal → All Issues
- Freeth D et al. (2002):** A Critical Review of Evaluations of Inter-professional Learning. Occasional Paper No 2. London: The Higher Education Academy, Centre for Health Sciences and Practice; westminsterresearch.westminster.ac.uk/item/93wx8/a-critical-review-of-evaluations-of-interprofessional-education

**Freire JM et al. (2015):** An Analysis of the Medical Specialty Training System in Spain. *Human Resources for Health*, Vol. 13, No. 2, 42

**Götz N, Struckmann V, Busse R (2014):** Review zur ländlichen Versorgung. Berlin: Technische Universität, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen; mig.tu-berlin.de/fi/leadmin/a38331600/2014\_publications

**Hämel K et al. (i. E.):** Advanced Nursing Practice in Primary Health Care in the Spanish National Health System. *Ciência and Saúde Coletiva*

**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 and Development*, Vol. 18, No. 5, 492–506

**Herrmann M, Hämel P, Jansen E (2014):** Landärztliche Ausbildung zur Reduzierung der medizinischen Unterversorgung auf dem Land – Erfahrungen, Chancen, Widrigkeiten. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 50: Primary Health Care*. Hamburg: Argument Verlag, 144–172

**Herrmann M, Lehmann B (2016):** Die Entwicklung beispielhafter Professionen: Die Allgemeinmedizin. In: Dick M, Marotzki W, Mieg H (Hrsg.): *Handbuch Professionsentwicklung*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt UTB, 477–488

**Herrmann M, Ohlbrecht H, Seltrecht A (Hrsg.) (2019):** Hausärztemangel auf dem Land – Einblicke in die ländliche Primärversorgung. Frankfurt: Mabuse

**Holst J, Herrmann M (2016):** Structural Challenges for Improving Rural Medical Training in Germany. *Journal of Health Education Research & Development*, Vol. 4, No. 1, 154

**Holst J, Normann O, Herrmann M (2015):** Strengthening Training in Rural Practice in Germany: New Approach for Undergraduate Medical Curriculum Towards Sustaining Rural Health Care. *Rural and Remote Health: The International Electronic Journal of Rural and Remote Health Research, Education, Practice and Policy*, Vol. 15, No. 4, 3563

**JKMG (Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften) 50 (2015):** Primary Health Care: Interdisziplinarität, Partizipation, Gemeinorientierung. Hamburg: Argument Verlag + ariadne

**Klapper B (2017):** Zusammenarbeit für den Patienten – noch keine Selbstverständlichkeit. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 17, Heft 3, 16–22

**Kringos DS, Boerma GW, Hutchinson A, Saltman RB (Hrsg.) (2015):** Building Primary Care in a Changing Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

**López, CC (2011):** Primary Health Care in Spain and Catalonia: a Nursing Model Perspective. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, Vol. 45, Special No. 2, 1722–1730

**McKinlay E (2006):** New Zealand Practice Nursing in the Third Millennium: Key Issues in 2006. *New Zealand Family Physician*, Vol. 33, No. 3, 162–166

**MoHSE (Ministry of Health Social Services and Equality) (2017):** Annual Report on the National Health System of Spain 2016 – Summary. Madrid

**Pullon S, Herrmann M (2014):** Primärversorgung in Neuseeland – Lehren aus einem kleinen Land. *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 50: Primary Health Care*. Hamburg: Argument + ariadne, 104–121

**Pullon S, McKinlay E, Dew K (2009):** Primary Health Care in New Zealand: the Impact of Organisational Factors on Teamwork. *British Journal of General Practice*, Vol. 59, No. 560, 191–197; [bjgp.org/content/59/560/191.full-text.pdf+html](http://bjgp.org/content/59/560/191.full-text.pdf+html)

**Pullon S et al. (2011):** Patients' and Health Professionals' Perceptions of Teamwork in Primary Care. *Journal of Primary Health Care*, Vol. 3, No. 2, 128–135

**Pullon S, Lawrenson R (2012):** Interprofessional Education Gets Big Boost in Rural Communities. *GP Pulse* (April), 12–14

**Sánchez-Gómez MB et al. (2019):** Benefits of Advanced Practice Nursing for Its Expansion in the Spanish Context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 16, No. 5, 680

**Sevilla Guerra S, Miranda Salmerón J, Zabalegui A (2018):** Profile of Advanced Nursing Practice in Spain: A Cross-Sectional Study. *Nursing & Health Sciences*, Vol. 20, No. 1, 99–106

**SVR (Sachverständigenrat Gesundheit) (2014):** Sondergutachten 2014: Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche; [svr-gesundheit.de](http://svr-gesundheit.de) → Gutachten → Gutachten 2014

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 17. September 2019)

## DIE AUTOREN



**Prof. Dr. med. Markus Herrmann MPH, M. A.,**

Jahrgang 1961, hat an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz Humanmedizin und an der Philipps-Universität Marburg Humanmedizin sowie Soziologie studiert und in Humanmedizin promoviert. Nach allgemeinärztlicher Weiterbildung und einem Studium der Gesundheitswissenschaften in Berlin war er von 1996 bis 1998 an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg tätig. 1999 ließ er sich als Kassenarzt für Allgemeinmedizin in Berlin nieder und arbeitete am Institut für Allgemeinmedizin der Charité. Seit 2005 ist er Lehrstuhlinhaber für Allgemeinmedizin und Ärztlicher Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg.



**Prof. Dr. rer. soc. Kerstin Hämel,**

Jahrgang 1978, hat ein Ökotoxikologiestudium an der Justus-Liebig-Universität Gießen absolviert und anschließend in Gießen am Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften promoviert. Sie war an der Universität Gießen, der Fachhochschule Frankfurt und am Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld als wissenschaftliche Mitarbeiterin in Forschung und Lehre tätig. Seit 2014 ist sie Professorin für Gesundheitswissenschaften, Schwerpunkt Pflegerische Versorgungsforschung, in der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.