

Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen

Anregungen aus Finnland und Kanada

Prof. Dr. Kerstin Hämel

Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
AG6 Versorgungsforschung/Pflegerwissenschaften

Die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen weiterentwickeln
Gemeinsame Tagung KBV, KZBV, BAGFW e.V.

Fachforum Kompetenz- und Wissenstransfer
Berlin, 27. April 2015

Prof. Dr. Doris Schaeffer
Prof. Dr. Kerstin Hämel

Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
AG6 Versorgungsforschung/Pflegerwissenschaften

Prof. Dr. Michael Ewers

Charité Universitätsmedizin Berlin
CC1 – Human- und Gesundheitswissenschaften
Institut für Gesundheits- und Pflegerwissenschaften

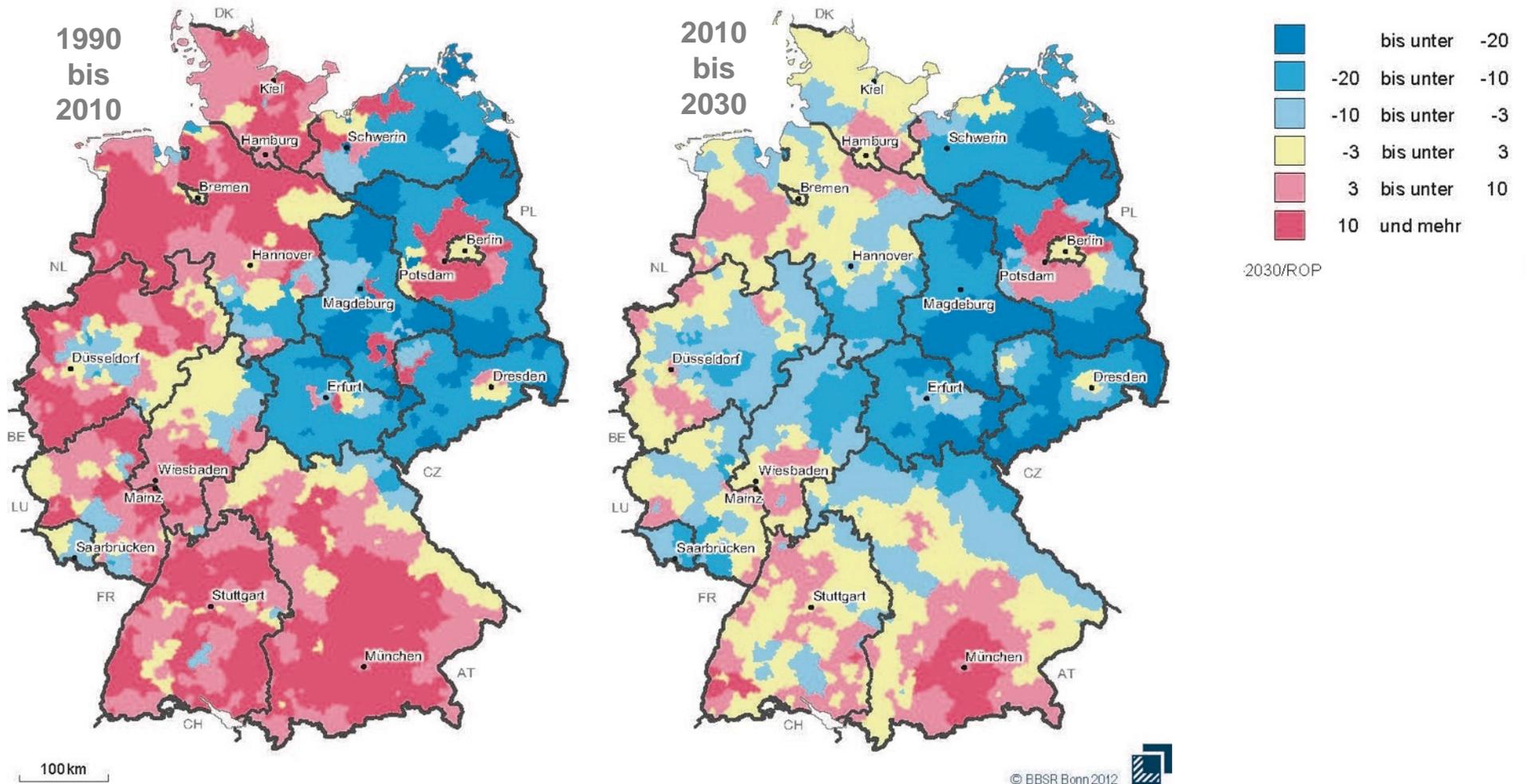
Schaeffer, D./ Hämel, K. /Ewers, M. (2015): Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada. Weinheim: Beltz Juventa



Problemhintergrund

- Demografischer und epidemiologischer Wandel in regional unterschiedlicher Ausprägung und Dynamik
- Wachsende Bedeutung komplexer Problemlagen, die eine multiprofessionelle, integrierte und kontinuierliche Versorgung erfordern
- Abwanderung der Bevölkerung aus strukturschwachen Räumen in prosperierende Zentren. Folge: Infrastrukturabbau und Ausdünnung familialer & informeller Unterstützungspotentiale
- Zunehmender Fachkräftemangel besonders in ländlichen Regionen – speziell in der (Allgemein-)Medizin und Pflege
- Geringere Dichte, mangelnde Ausdifferenzierung und schwerere Erreichbarkeit der Versorgung in abgelegenen, strukturschwachen Regionen

Kleinräumige Bevölkerungsdynamik in Vergangenheit und Zukunft



Fachkräfteentwicklung in der Pflege

2025 fehlen voraussichtlich 112.000
Fachkräfte in der Pflege (Afentakis/Mayer 2010)

Erheblicher Zuwachs an Beschäftigten

- ambulante Pflege +58%, stationäre Versorgung +125%) aber: vor allem Teilzeitstellen und geringfügige Beschäftigung

Seit 2011 laut Daten der BA Fachkräftemangel:

- leichter Angebotsüberhang bei Hilfskräften, dagegen fehlen aber vor allem ausgebildete Pflegefachkräfte

Wachsender Bedarf an akademisch ausgebildeten Pflegekräften (aktuell nur ca. 0,6% / Forderung des WR 10%-20%)



Forderungen

Gefragt sind neue Versorgungsmodelle, die

- auf den Bedarf von (älteren) Menschen mit langfristigen und komplexen Gesundheitsproblemen sowie Pflegebedürftigkeit abgestimmt sind
- die besonderen Herausforderungen in ländlichen und strukturschwachen Regionen gezielt beantworten
- eine umfassende, qualitativ hochwertige Gesundheits- und Sozialversorgung auch unter erschwerten Bedingungen gewährleisten
- die Fachkräfteentwicklung berücksichtigen und die Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsprofessionen neu ausrichten

SVR – Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung in Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Bern: Huber



Projektrahmen DIVER

- Regional differenzierte Versorgung – eine international vergleichende Analyse ländlicher Versorgungsmodelle
- Ziel: transferierbare Modelle für ländliche und / oder strukturschwache Regionen identifizieren
- Anschlussfähige Aufbereitung der Erkenntnisse zur Anregung der hiesigen Diskussion (Lesebuch / Itinerar)
- Ausgewählte Länder: Kanada und Finnland (ähnliche Problemlagen, stark ländlich geprägt)
- Förderung durch die Robert Bosch Stiftung
- Projektlaufzeit: 04 / 2012 bis 03 / 2014

Primärversorgung

Deutschland

- überwiegend auf hausärztliche Versorgung konzentriert (monoprofessionell)
- differenziertes ambulantes Facharztsystem
- starke sektorale Trennung vom übrigen Versorgungssystem

Finnland, Kanada (und viele andere Länder)

- Primärversorgungszentren mit multiprofessioneller Ausrichtung (Medizin, Pflege, Therapieberufe, Apotheker, Soziale Arbeit, Psychologie, etc.)
- breites Leistungsprofil (Gesundheitsförderung, Prävention, Diagnose, Therapie, soziale, rehabilitative, edukative Leistungen) = integrierte Versorgung
- Datengestütztes, geplantes und koordiniertes Vorgehen
- Ressourcenbündelung und teamorientierte Arbeitsweisen

Integrierte lokale Primärversorgungszentren

- Bündelung zahlreicher Dienste der Gesundheits- und Sozialversorgung unter einem Dach
- Ausrichtung des Angebots am regional spezifischen Bedarf (speziell vulnerabler Populationen)
- Umfassende Versorgung: Gesundheitsförderung und Prävention sowie Information, Beratung und Anleitung (Edukation) haben große Bedeutung
- Koordination und Kooperation sowie Vorhaltung umfassender integrierter Versorgungsangebote (eine Anlaufstelle)
- Multiprofessioneller Zugriff mit anderem Professionenmix, flachen Hierarchien und gemeinsamer Verantwortungsteilung: bedeutsame Rolle der generalistischen Pflege (General Nursing)
- Einbeziehung des regionalen / kommunalen Umfeldes in die Trägerschaft und den Betrieb der lokalen Gesundheitszentren, Zusammenarbeit mit Seniorenverbänden, Schulen, etc.

Kommunale Gesundheitszentren (Finnland)

Community Health Centres (Ontario)

Family Health Centres (Ontario)



Primary Care

(Expert Panel on effective ways of investing in Health, Juli 2014)

„...the provision of universally accessible, integrated, **person-centred, comprehensive** health and community services,

provided by a **team of professionals** accountable for **addressing a large majority of personal health needs.**

These services are delivered in a sustained **partnership with patients and informal care givers**, in the context of family and community and play a central role in the overall **coordination and continuity of peoples care**“

Starke, umfassende Primärversorgung:

- besserer Gesundheitsstatus der Bevölkerung
- Verringerung von gesundheitlicher Ungleichheit
- sinkendes Hospitalisierungsrisiko

Primärversorgung ↔ Home Care: Finnland (Süd Karelien)

- Home Care Units als Strukturbildner der ambulanten Versorgung pflegebedürftiger Menschen, mit dezentralen, kleinräumigen Basisteams (Personal Nurse & Practical Nurses).
- Personal Nurse verantwortet diagnostische und therapeutische Aufgaben, Monitoring der Gesundheits- und Versorgungssituation, Organisation und Koordination der häuslichen Versorgung (Primary Nursing).
- Kooperation und Koordination: soziale/haushaltsnahe Dienste, Gesundheitszentrum, Krankenhaus
- Arzt im Gesundheitszentrum ist fester Ansprechpartner der Pflege und zugleich Hausarzt der Klienten.
- Stabilisierung der häuslichen Situation in akuten Krisenphasen: multiprofessionelles Acute Home Care Team.

Fazit

- Umfassende, multiprofessionelle Primärversorgung, die wohnortnah einen Großteil des Versorgungsbedarfs der ländlichen Bevölkerung abdeckt (Basisversorgung).
- Kooperative und koordinierte Arbeitsweise in multiprofessionellen Teams ermöglicht die Beantwortung eines breiten Bedarfsspektrums und komplexer Problemlagen.
- Kontinuierliche Versorgung bei chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit durch Einschreibemodelle, feste Ansprechpartner und enge Abstimmung im Team.
- Potentiale der Pflege und der therapeutischen Gesundheitsberufe werden aktiv genutzt (anderer Professionenmix, andere Qualifizierungen).
- Gleichermaßen individuen- und populationsorientierte Interventionen inklusive Gesundheitsförderung / Prävention.
- Datengestützte, populationsorientierte regionale Versorgungsplanung („from data to concept“) und systematische Implementation von Versorgungsinnovationen.

Schaeffer D, Hämel K, Ewers M (2015):

Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada.

Weinheim: Beltz-Juventa



Kontakt

Prof. Dr. Kerstin Hämel
Prof. Dr. Doris Schaeffer

Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
AG6 Versorgungsforschung/Pflegerwissenschaften
Universitätsstr. 25
33615 Bielefeld

kerstin.haemel@uni-bielefeld.de
doris.schaeffer@uni-bielefeld.de

Prof. Dr. Michael Ewers

Charité Universitätsmedizin Berlin
CC1 – Human- und Gesundheitswissenschaften
Institut für Gesundheits- und Pflegerwissenschaften
CVK – Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

m.ewers@charite.de