

Gesundheitszentren – gute Primärversorgung braucht neue Strukturen? Fachgespräch der Diakonie am 11. Juli 2023

Dr. Maike Grube und Dr. Tomas Steffens
Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege
Diakonie Deutschland

Ziel des Fachgesprächs

Viele Stimmen im Gesundheitssystem fordern schon seit langem, den Aufbau niedrigschwelliger, multiprofessioneller Gesundheitszentren, die medizinische und psychosoziale Angebote beinhalten, zu ermöglichen. Auf dem Fachgespräch wollten wir gemeinsam mit Interessierten aus Landesverbänden, Fachverbänden, Trägern und Einrichtungen der Diakonie diskutieren, wie Gesundheitszentren ausgestaltet sein müssen, damit sie eine niedrigschwellige Versorgung für alle Menschen anbieten können, wie sie soziale Determinanten von Gesundheit systematisch berücksichtigen können und welche gesetzlichen Grundlagen für die Umsetzung des Konzepts in Deutschland notwendig sind.

Weiterentwicklung der Primärversorgung in Deutschland

In Deutschland wird Primärversorgung heute vor allem durch Hausärzt:innen geleistet. Eine Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen (über den Verordnungsweg hinaus) ist nicht wirklich vorgesehen, die einzelnen Leistungserbringer arbeiten größtenteils relativ losgelöst voneinander. Versorgungskontinuität besteht oft nicht und um soziale Problemlagen, die als Kontextfaktoren unter anderem für die Krankheitsbewältigung wichtig sind, systematisch zu berücksichtigen, fehlt im hausärztlichen Versorgungsalltag Zeit und Kompetenz. Gefordert werden daher Primärversorgungsstrukturen, die niedrigschwellig zugänglich sind, auch für Menschen mit komplexeren Problemlagen und stärkeren Unterstützungsbedarfen, die besser abgestimmt sind auf die regionalen Bedarfe, die Prävention und Gesundheitsförderung mit beinhalten und die kommunal gut eingebunden sind und eng vernetzt mit anderen Akteur:innen zusammenarbeiten. Aktuell diskutierte Lösungsmodelle sind Gesundheitskioske, Primärversorgungscentren und Gesundheitsregionen. Im Juni ist ein Arbeitsentwurf für ein Gesetz aus dem Bundesgesundheitsministerium bekannt geworden, der Regelungsvorschläge für alle drei Konzepte beinhaltet.

Gesundheitszentren: eine Begriffsklärung

In Deutschland spricht man vor allem von „Gesundheitszentren“ oder „Primärversorgungscentren (-> englisch „Community Health Centers“). Die ersten „Community Health Centers“ entstanden vor etwa 100 Jahren in Kanada und Großbritannien, vor allem mit der Zielsetzung, Menschen zu versorgen, die keinen Zugang zu gesundheitlicher Regelversorgung hatten. Nagel et al.¹ fassten im Jahr 2021 auf Grundlage einer systematischen Literaturübersicht die Kernmerkmale von „Community Health Centers“ zusammen:

Primärversorgung: Sie sind erste Anlaufstelle für Menschen, die gesundheitliche Versorgung oder Unterstützung benötigen.

¹ Nagel et al., 2021: Concept Analysis and Proposed Definition of Community Health Center, J Prim Care Community Health, doi: 10.1177/21501327211046436

Zugänglichkeit: Sie sind barrierefrei, kostenfrei, haben lange Öffnungszeiten, ermöglichen eine Sprachmittlung und arbeiten diskriminierungssensibel.

Prävention: Sie umfassen präventive Angebote wie Screenings oder Schwangerschaftsvorsorge.

Zielgruppe: Sie haben einen geographisch bestimmten Einzugsbereich oder richten sich an bestimmte Personengruppen, wie beispielsweise Menschen, die in der Regelversorgung nicht gut versorgt werden.

Gesundheitsförderung: Sie zielen darauf ab, Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen, stärken und unterstützen lokale Initiativen, die sich mit den sozialen Determinanten von Gesundheit befassen und sich z.B. für bezahlbaren Wohnraum oder gegen Straßenlärm engagieren².

Umfassende und integrierte Versorgung: Die beteiligten Berufsgruppen arbeiten eng zusammen, wichtig ist auch die Zusammenarbeit mit externen Akteuren, mit der Public-Health-Forschung sowie die Mitwirkung in kommunalen Netzwerken.

In Deutschland wurden Konzepte für multiprofessionelle Gesundheitszentren bereits von vielen Seiten vorgelegt, wie zum Beispiel vom Sachverständigenrat für Gesundheit³ und von der Robert Bosch-Stiftung⁴. Landesweite Förderprogramme für Gesundheitszentren oder Primärversorgungszentren wurden in den letzten Jahren in Hamburg, Baden-Württemberg, Niedersachsen und Berlin aufgesetzt.

Gesundheitszentrum in der Praxis: Das Sozialmedizinische Zentrum Liebenau

Diana Holler gibt uns einen Einblick in die Zielsetzung, die Strukturen sowie die praktische Arbeit des Sozialmedizinischen Zentrum Liebenau in Graz, wo sie als Sozialarbeiterin tätig ist, und das im Jahr 1984 mit dem Ziel gegründet wurde, eine umfassende medizinische und psychosoziale Versorgung anzubieten. Das SMZ Liebenau wurde zunächst als ärztliche Praxisgemeinschaft mit Physiotherapie gegründet und besteht heute aus einer Gruppenpraxis, einer Familienberatungsstelle und einem Verein. Es hat mehrere Standorte im Stadtteil, insgesamt sind etwa 20 Mitarbeitende dort beschäftigt. Die Angebote des SMZ umfassen hausärztliche und psychotherapeutische Versorgung, psychosoziale Beratungsangebote, eine Rechtsberatung, Stadtteil- und Gemeinwesenarbeit und Gesundheitsförderung. Mittels eines „Sozialrezepts“ können Patient:innen oder Klient:innen an andere Angebote des SMZ oder auch an externe Angebote weitervermittelt werden. Gemeinschaftsangebote wie Frühstücke, Gesprächsrunden, Gärtnern, Musik machen etc. werden immer sozialarbeiterisch begleitet. Auch politische Mitwirkung im Stadtteil und Fachgespräche mit politischen Entscheidungsträger:innen gehören zur Arbeit des SMZ. Die Angebote des SMZ werden insbesondere, aber nicht nur, von älteren Menschen genutzt, hier ist Einsamkeit ein häufiges Thema. Das SMZ wird aktuell nicht über die im Jahr 2013 in Österreich begonnene Förderung von Primärversorgungseinheiten finanziert, sondern über viele verschiedene Mittelgeber bzw. Fördertöpfe. Angestrebt ist, zukünftig einen Teil der Arbeit über die Förderung von Primärversorgungseinheiten finanzieren zu können.

² In der Public-Health-Diskussion wird oftmals betont, dass der Aspekt der Ressourcenstärkung (Gesundheitsförderung) eine Dimension von Prävention darstellt.

³ <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2014/>

⁴ <https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/port-patientenorientierte-zentren-zur-primar-und-langzeitversorgung>

Mehr Informationen zum SMZ Liebenau finden Sie hier: <https://www.smz.at/>

Gesetzliche Grundlagen für Gesundheitszentren in Deutschland

Vor einigen Wochen ist ein Arbeitsentwurf für ein Gesetz aus dem Bundesgesundheitsministerium bekannt geworden, der Regelungsvorschläge für Gesundheitskioske, Primärversorgungszentren und Gesundheitsregionen beinhaltet. Der Entwurf ist noch nicht dem Kabinett bzw. dem Parlament zugegangen und ist noch nicht in der Verbändeabstimmung.

Der Entwurf sieht vor, dass Primärversorgungszentren vor allem hausärztliche Versorgung anbieten, und sich darüber hinaus durch zusätzliche berufsgruppenübergreifende, koordinierte, kooperative und versorgungssteuernde Versorgungselemente auszeichnen, die insbesondere auf ältere und multimorbide Patient:innen ausgerichtet sind. Sie kooperieren mit einem Gesundheitskiosk oder einer Kommune und mit ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern in der Kommune. Primärversorgungszentren sollen dort zugelassen werden, wo Versorgungsprobleme im hausärztlichen Bereich bestehen.

Maike Grube stellt eine erste kurze Einschätzung der vorgeschlagenen Regelungen vor: mit der starken Ausrichtung auf die hausärztliche Versorgung bleibt der Entwurf unseres Erachtens hinter den Erwartungen zurück. Wünschenswert wäre, dass Primärversorgungszentren und Gesundheitskioske unter einem Dach, mit gemeinsamer Trägerform, einem gemeinsamen Dokumentationssystem, einer kooperativen ärztlichen und pflegerischen Leitung und in gemeinnütziger oder öffentlicher Trägerschaft errichtet würden. Bei Bedarf könnten weitere Gesundheitskioske in der Region über Kooperationsvereinbarungen an diese Struktur angeschlossen werden. Die vorgesehenen besonderen Versorgungselemente dürften nicht in ein Delegationsmodell gepresst werden, sondern sollten von verschiedenen nicht-ärztlichen Berufsgruppen wie Community Health Nurses, Pflegefachpersonen, Sozialarbeiter:innen, Psychologinnen und ggf. weiteren Berufsgruppen mit eigenem Verantwortungsprofil ausgeführt werden. Um eine multiprofessionelle Primärversorgung zu ermöglichen müssten zudem interprofessionelle Teambesprechungen und im Einzelfall auch Fallkonferenzen finanziert werden. Schließlich sollten Primärversorgungszentren auch die Möglichkeit haben, Public-Health-Maßnahmen, die über Verhaltens- und Individualprävention hinausgehen, umzusetzen bzw. sich an diesen zu beteiligen. Interventionen, deren Wirksamkeit nachgewiesen ist, sollten zudem regelmäßig finanziert werden und nicht an kurzfristigen Projektförderungen hängen.

In der anschließenden Diskussion werden weitere Punkte benannt, die für die Implementierung von Gesundheitszentren in Deutschland als wichtig angesehen werden: Mehrfach wird betont, dass bei der Weiterentwicklung von Primärversorgungsstrukturen auf vorhandene Angebote, wie zum Beispiel Sozialstationen, aufgebaut werden müsse und keine Doppelstrukturen errichtet werden dürften. Hier sollten neben kommunalen Trägern auch freie Träger eine bedeutende Rolle spielen. Eine kooperative Leitung von Primärversorgungszentren wurde befürwortet, hierbei sollten nicht nur Ärzt:innen und Pflegefachpersonen, sondern auch Sozialarbeiter:innen berücksichtigt werden. Primärversorgungszentren müssten ihre Angebote daran orientieren, welche Bedarfe im jeweiligen Stadtteil oder in der Region bestünden. Auch die Planung und Steuerung von Primärversorgungsstrukturen sollte unter Einbeziehung der regionalen Akteure, auch der freien Wohlfahrtspflege, erfolgen. „Social Prescribing“ sei als Brücke zwischen der gesundheitlichen Versorgung hin zu sozialen Diensten sehr zu befürworten. Wichtig sei aber, dass das bestehende sehr spezialisierte Beratungssystem erhalten bleiben müsse und man nicht versuchen dürfe, dieses durch eine allgemeine Gesundheits- oder Sozialberatung, die in den neuen Strukturen angedockt ist, zu ersetzen. Nicht nur ältere Menschen dürften hierbei im Fokus stehen, sondern auch andere

Personengruppen mit erhöhten Unterstützungsbedarfen, wie zum Beispiel Familien in belastenden Lebenssituationen. Um zum Beispiel wohnungslose Menschen zu erreichen, brauche es spezielle Zugangswege wie Frühstücksangebote, Begegnungsorte, aufsuchende Hilfen, etc. Auch müsse die Möglichkeit der Sprachmittlung in Primärversorgungszentren sichergestellt werden.