

PORT – Patienten- orientierte Zentren zur Primär- und Langzeit- versorgung

Versorgungszentren in ländlichen Provinzen
Nordschwedens (Vårdcentraler)



Vorwort

Unsere Gesundheitsversorgung ist mehr denn je in Bewegung. Ihre zukunftsfähige Gestaltung hat sich bei anhaltendem Kostendruck mit verschiedenen Megatrends wie dem demographischen Wandel, der Veränderung des Krankheitsspektrums und der Digitalisierung der Arbeitswelt auseinanderzusetzen. Die Zahl der Gesundheitsfachkräfte sinkt, vor allem in ländlichen Regionen. Die Zahl der älteren Menschen steigt und chronische und Mehrfacherkrankungen nehmen zu. Auch unser Wissen ist gewachsen und damit die Erwartungen an eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung. Der Reformdruck steigt. Es geht darum, vor Ort bedarfsgerechte und zukunftsfähige Versorgungsangebote für alle zu schaffen.

Unsere Förderung soll dazu beitragen, die Gesundheitsversorgung mehr auf die Bedarfe chronischer Erkrankungen auszurichten, insbesondere im ambulanten Bereich. Es geht uns nicht nur um das Füllen von Lücken, sondern vor allem um eine qualitative Weiterentwicklung und das Setzen neuer Maßstäbe. Mit unseren Aktivitäten rund um das Programm „PORT – Patientorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ wollen wir dafür Impulse geben. Im Programm fördern wir u.a. Initiativen in Berlin, Büsum, Hohenstein, Willingen-Diemelsee und Calw. Dort sollen in den kommenden Jahren lokale, inhaltlich umfassende Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung entstehen, die

- auf den regionalen Bedarf abgestimmt sind,
- eine patientenzentrierte, koordinierte, kontinuierliche Versorgung
- „aus einer Hand“ anbieten und stetig weiterentwickeln,
- den Patienten im Umgang mit seiner Erkrankung unterstützen,
- multiprofessionelle Teamarbeit auf Augenhöhe voraussetzen,
- neue Potentiale wie eHealth nutzen,
- Prävention und Gesundheitsförderung mit einschließen sowie
- kommunal gut eingebunden sind.

Bei der Realisierung der Zentren können wir gezielt von anderen Ländern lernen, denn international betrachtet ist die PORT-Idee nicht völlig neu. Es gibt weltweit Länder, die sich den Herausforderungen bereits seit längerem gestellt und sich mit Offenheit und innovativen Lösungsansätzen auf den Weg gemacht haben, lokale Gesundheitszentren als Reaktion auf den geänderten Versorgungsbedarf in der Bevölkerung umzusetzen. Dabei sind unterschiedliche Konzepte und Varianten entstanden. Diese zu analysieren und daraus Ansätze für die Ausgestaltung lokaler Gesundheitszentren in Deutschland abzuleiten, war Ziel des Projekts „Primärversorgungszentren – Konzepte und Umsetzungspraxis“. Das Vorhaben wurde von der Robert Bosch Stiftung gefördert und an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld durchgeführt. Die Ergebnisse haben die beteiligten Forscherinnen und Forscher in vier kompakten Texten aufbereitet. Mit deren Veröffentlichung möchten wir den internationalen Wissenstransfer anstoßen und die Möglichkeit geben, erfolgreiche Zentrumskonzepte kennenzulernen.

Wir wünschen Ihnen eine inspirierende Lektüre!

Mit freundlichen Grüßen
Robert Bosch Stiftung GmbH



Dr. Bernadette Klapper
Bereichsleiterin Gesundheit

Diese Publikation ist Teil einer Serie, in der Konzepte von Primärversorgungszentren in vier Ländern – Slowenien, Spanien, Schweden und Brasilien – vorgestellt werden. Die Serie verdeutlicht Unterschiede und Varianten der Entwicklung lokaler Gesundheitszentren in den verschiedenen Ländern und soll auf dieser Basis Anregungen für Deutschland geben:

Die ersten schwedischen Versorgungszentren entstanden in den 1970er-Jahren. Zu Beginn der 1990er-Jahre wurden sie grundlegend reformiert und flächendeckend ausgebaut. Sie sind in mehrfacher Hinsicht lehrreich; besonders auch mit Blick auf die Digitalisierung, die zahlreiche Möglichkeiten zur Verbesserung der Zugänglichkeit und Nutzerfreundlichkeit der Gesundheitsversorgung – gerade in strukturschwachen Regionen – bietet.

Die slowenischen Gesundheitszentren wurden in den 1950er- und 1960er-Jahren etabliert. Sie sind durch die osteuropäische Tradition der Sozialmedizin geprägt und wurden durch Einbindung der ambulanten Pflege (Community Nursing), von Zentren für Gesundheitsbildung sowie von Fachärzten erweitert. Sie zeigen, wie unterschiedliche Versorgungsarten an einem Ort gebündelt und Prävention und Gesundheitsförderung integriert werden können.

Die spanischen Gesundheitszentren wurden in den 1980er-Jahren entwickelt und sind stark an der Deklaration von Alma-Ata (WHO 1978) orientiert. Sie verstehen sich als Primärversorgungszentren. Lehrreich sind das hohe Maß an Koordination der Versorgung, die enge multiprofessionelle Kooperation in Teams und neuerlich die vermehrte Übertragung ärztlicher Aufgaben auf die Pflege.

Die Familiengesundheitszentren in Brasilien wurden Mitte der 1990er-Jahre etabliert. Sie sind stark durch die Demokratiebewegung des Landes geprägt. Der Abbau gesundheitlicher Ungleichheit und die Stärkung der Partizipation sind zentrale Ziele. Interessant und anregungsreich für Deutschland ist, dass sie trotz regionaler und sozialräumlicher Unterschiede strikt dem Prinzip der Gemeindeorientierung folgen.



Versorgungszentren in den ländlichen Provinzen Nordschwedens (Vårdcentraler)

Michael Ewers, Christiane Schaepe, Kerstin Hämel, Doris Schaeffer

Geringe Bevölkerungs- und Siedlungsdichte, große Entfernungen zu Primärversorgungseinrichtungen, Fachärzten und Krankenhäusern sowie schwierige Wetterverhältnisse im Winterhalbjahr prägen die ländlichen Provinzen im nördlichen Teil von Schweden. Um die ambulante Versorgung der Bevölkerung unter diesen erschwerten Bedingungen gewährleisten zu können, setzen die schwedischen Versorgungszentren ihre Ressourcen in den Regionen geschickt ein; die offensive Nutzung digitaler Technologien trägt wesentlich zur Nutzerfreundlichkeit bei.

Die Stellung der Zentren im schwedischen Gesundheitssystem

- Die Gründung lokaler Versorgungszentren begann in den 1970er-Jahren zögerlich. Ihr Ausbau wurde in den 1990er-Jahren gestärkt und inzwischen sind sie wichtigste Säule der Primärversorgung der Bevölkerung.
- 2016 gab es in Schweden 1.144 lokale Versorgungszentren (Vårdcentraler), der überwiegende Teil davon (58 %) aktuell noch in öffentlicher Trägerschaft (SKL 2017).
- Neben Allgemeinmedizinern arbeiten in den Zentren hochschulisch qualifizierte Pflegenden und District Nurses (Gemeindepflegende), Physio- und Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Psychologen u. a.
- **Leitbild:** Zugänglichkeit und Versorgungssicherheit überall im Land für alle Bürger gewährleisten und dabei die jeweiligen regionalen Besonderheiten berücksichtigen.

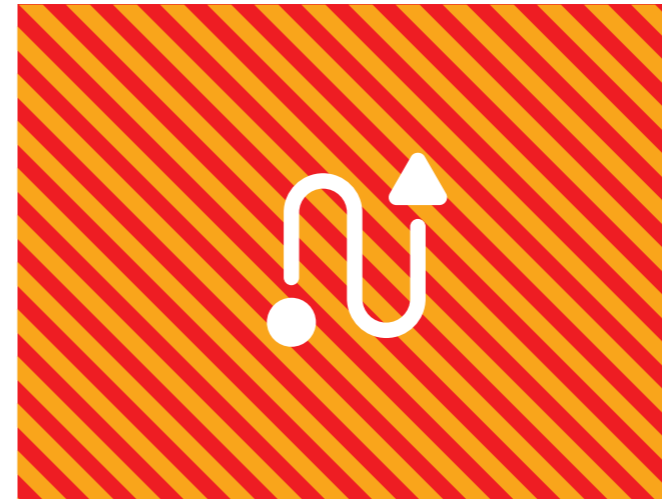
Entwicklungen und Trends

- Offensive Nutzung der Digitalisierung zur Distanzüberbrückung.
- Integration von Primär-, Akut- und Langzeitversorgung.
- Zentrale Rolle von District Nurses als Triage-Instanz.

1. Hintergründe und Ausgangssituation der Zentren

Als Schweden nach dem 2. Weltkrieg sein steuerfinanziertes Wohlfahrtssystem einführte, wurden dort zunächst mit Nachdruck moderne Versorgungsangebote in Gestalt von Krankenhäusern aufgebaut. Erst in den späten 1970er-Jahren begann – den Impulsen der Deklaration von Alma-Ata folgend und zunächst zögerlich – der Aufbau lokaler Primärversorgungszentren. Zu jener Zeit wurde die Verantwortung für die gesamte Gesundheitsversorgung dezentralisiert und auf die Provinzen übertragen, die seither u. a. auch für die Finanzierung, Planung und Steuerung der Primärversorgung verantwortlich sind. Die Einzugsgebiete, Größe und Ausstattung der Versorgungszentren variierten in den Regionen anfänglich sehr und auch das Leistungsspektrum war heterogen (Swartling 2006).

Einen wichtigen Entwicklungsschub erfuhren die schwedischen Versorgungszentren in den 1990er-Jahren. In Folge einer Finanzkrise wurden die Krankenhauskapazitäten von den 21 Provinziallandtagen beschnitten und stattdessen die Primärversorgungszentren ausgebaut. Die Verantwortung für die medizinische Versorgung ist bei den Provinzen verblieben. Zeitgleich wurde aber den 290 Kommunen die Verantwortung für die Finanzierung und Organisation der häuslichen Pflege und stationären Langzeitversorgung älterer und behinderter Menschen übertragen (Anell et al. 2012). Im Alltag sind diese unterschiedlichen, bis heute geltenden Zuständigkeiten oftmals nach dem sogenannten ‚Türschwellenprinzip‘ (Tröskelprincipen) geregelt: Für Patienten, die in der Lage sind, persönlich ein Versorgungszentrum aufzusuchen, sind die Provinzen zuständig, für immobile Patienten die Kommunen (SKLS 2016). Letztere tragen im Bedarfsfall auch die Fahrtkosten zur Behandlung im Versorgungszentrum oder Krankenhaus. Im Alltag wirft diese Zuständigkeitsverteilung zuweilen Zuweisungs- und Schnittstellenproblemen auf (Anell et al. 2012).



Inzwischen sind die Versorgungszentren fest im schwedischen Gesundheitssystem verankert. Ihre Größe variiert je nach Region, für die sie zuständig sind: Sie sind in der Regel größer und mit kompakten Einzugsgebieten in den Städten, kleiner, zugleich aber mit deutlich ausgedehnteren Einzugsgebieten auf dem Land. Wie viele Personen zu versorgen sind, legen die Provinzialregierungen fest; eine Größenordnung von ca. 10.000 Einwohner je Zentrum ist aber üblich.

Seit 2010 kann jeder Bürger zwischen öffentlichen und privaten Versorgungszentren frei wählen, zumindest sofern er in einer der dicht besiedelten Regionen des Landes wohnt. Etwa 80 % der 9,4 Millionen Menschen in Schweden leben in städtischen Großräumen, allein knapp 40 % in den Metropolenregionen Stockholm, Göteborg und Malmö. Dort finden sich auch die meisten Angebote, darunter vermehrt solche in privater Trägerschaft. Deren Zulassung soll die politisch geforderte Wahlfreiheit für die Bürger gewährleisten (Glenngård 2015; Anell 2015a; Vårdanalys 2013). In den ländlichen Regionen und den nördlichen Provinzen fehlt es hingegen häufig an einem ausreichend dichten und vielfältigen Angebot; meist sind dort die öffentlich getragenen Zentren einzige Anlaufstelle in Gesundheitsfragen.¹

¹ Problematisch ist die im internationalen Vergleich verhältnismäßig geringe Zahl an Allgemeinmediziner in Schweden (0,64/1.000 EW) und die Tatsache, dass auch sie oft in die Metropolenregionen streben (Anell et al. 2012).

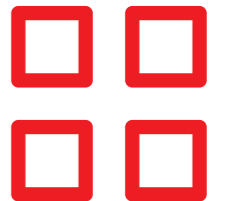


Dabei sehen sich gerade ländliche Regionen mit besonderen Versorgungsherausforderungen konfrontiert. In einigen Gemeinden Nordschwedens ist ein Drittel der Bevölkerung über 65 Jahre alt, in den abgelegenen Landesteilen ist die Alterszusammensetzung gelegentlich noch problematischer. Epidemiologisch relevant sind unter anderem mentale Gesundheitsprobleme (Demenz, Depressionen, stoffgebundene Abhängigkeiten) sowie Herausforderungen bei der Versorgung von Minderheiten, wie der indigenen Urbevölkerung (Samen) oder der im ländlichen Raum angesiedelten Migranten. Arbeitsunfälle bei Waldarbeitern oder in der Landwirtschaft stellen komplexe Anforderungen an die Versorgungseinrichtungen dar. Erschwerend hinzu kommt, dass die Distanz zum nächsten Krankenhaus in Nordschweden oft weit mehr als 100 km beträgt – einzelne Patienten können bis zu 300 km entfernt leben. Auch zum Teil extreme Wetterverhältnisse beeinträchtigen die Zugänglichkeit der Versorgungsangebote.

Inzwischen wurde in den nördlichen Provinzen auf diese herausfordernden regionalen Bedingungen mit innovativen Angeboten reagiert. Die Versorgungszentren nutzen die Möglichkeiten der Digitalisierung, um ihre Nutzerfreundlichkeit und Erreichbarkeit durch E-Services und E-Konsultationen zu erhöhen. Die Integration von Primär-, Akut- und Langzeitversorgung soll die Zugänglichkeit sichern und unnötige Wege vermeiden helfen. Die Stärkung und Ausdifferenzierung der Pflege garantiert schließlich eine bedarfsgerechte und zielgerichtete Versorgung und wendet die drohende Unterversorgung in den ländlichen und abgelegenen Regionen ab.

2. Charakteristika und Leistungsspektrum der Zentren

Die Teams in den Versorgungszentren sind multiprofessionell zusammengesetzt; neben Hausärzten, die eine Facharztweiterbildung in Allgemeinmedizin durchlaufen haben, sind dort weitere hochschulisch qualifizierte und staatlich regulierte Gesundheitsprofessionen angestellt, vor allem Pflegende unterschiedlicher Qualifikationsstufen.



Alle zugelassenen Pflegenden (leg.² Sjuksköterskor, ‚Krankenpflegende‘) haben in Schweden ein dreijähriges Bachelorstudium abgeschlossen. Zusätzlich zu der grundständigen Qualifikation in der Krankenpflege haben einige Pflegende, die in den Versorgungszentren arbeiten, ein einjähriges postgraduales Studium³ absolviert, das für die Aufgaben in der Primärversorgung, der kommunalen häuslichen Pflege und auch der Schulgesundheitspflege qualifiziert. Diesen speziell qualifizierten District Nurses (Gemeindepflegende, leg. Distriktssjuksjöterskor) sind erweiterte Aufgaben vorbehalten; in den Zentren verantworten sie beispielsweise Triage-Aufgaben und dürfen bestimmte Medikamente und Hilfsmittel verschreiben (SOSFS 2015:7). Andere akademische Fachweiterbildungen ermöglichen es den Pflegenden, sich z. B. auf die Versorgung von Menschen mit Diabetes (Diabetes Nurse), in der geriatrischen Pflege (Geriatric Nurse), der psychiatrischen Pflege (Psychiatric Nurse) u. a. Feldern zu spezialisieren.

² leg. = Legitimerad (staatlich zugelassen)

³ Das postgraduale Studium zur Qualifikation als District Nurse umfasst 75 ECTS. Es besteht für die Pflegenden in Schweden die Möglichkeit, darauf aufbauend noch zusätzlich weitere Module anzuschließen. Wenn insgesamt 135 ECTS erworben wurden, können Pflegende den Masterabschluss erwerben und für die Promotion zugelassen werden. Durch diese stufenweisen, anschlussfähigen hochschulischen Qualifikationsmöglichkeiten werden Karrierewege einfacher planbar und durchlässiger. Der Masterabschluss in einem pflegewissenschaftlichen Schwerpunkt ist in Schweden noch nicht weit verbreitet, gewinnt aber zunehmend an Bedeutung.

Daneben werden Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter und Psychologen, gelegentlich auch weitere Berufsgruppen, in den Zentren beschäftigt. Geleitet wurden die Versorgungszentren anfänglich ausschließlich von Ärzten, inzwischen werden Leitungsaufgaben auch von Pflegenden, oder den anderen Berufsgruppen im Zentrum wahrgenommen (Swartling 2006).

Das Leistungsspektrum der Versorgungszentren ist breit angelegt – ähnlich wie auch in anderen Ländern. Es reicht von telefonischer oder persönlicher Beratung in Gesundheitsfragen und Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention (z. B. Impfungen, Rauchentwöhnung, Vorsorgeuntersuchungen), der ambulanten Rehabilitation, über Diagnostik und Therapie bei leichten und mittelschweren Krankheiten, bis hin zur Versorgung und Begleitung von chronisch Kranken. Die Akutversorgung in Notfällen gehört nicht zum Aufgabenbereich der Zentren. Zuweilen werden aber, je nach Ausstattung, kleinere planbare Eingriffe (z. B. die operative Entfernung von Leberflecken) sowie rehabilitative und palliative Leistungen angeboten.

Die Zentren funktionieren nach einem Einschreibemodell und richten sich grundsätzlich an Patienten jeden Alters. Für die Nutzung muss eine Selbstbeteiligung entrichtet werden. Gebühren für Arztbesuche belaufen sich – je nach Provinz – auf 150–200 SEK (etwa 15–20 €) bis zu einer Höchstgrenze von jährlich 1.100 SEK (OECD 2013). Termine bei Pflegenden im Zentrum sind kostenfrei. Fachärzte und Krankenhäuser können ohne Überweisung aufgesucht werden, allerdings fallen dann höhere Selbstzahlungen an. Mit diesen Maßnahmen werden Anreize zur prioritären Nutzung der Versorgungszentren gesetzt (Anell 2015b).

Die Kontaktaufnahme zum Zentrum erfolgt meist über das Telefon, seit einigen Jahren vermehrt auch über das Internet (<https://www.1177.se/e-tjanster>). Es ist gesetzlich vorgeschrieben, dass alle Anfragen noch am selben Tag beantwortet werden und der Patient innerhalb der nächsten 7 Tage einen Arzt, möglichst seinen Hausarzt, im Zentrum konsultieren kann. Abendsprechstunden außerhalb regulärer Öffnungszeiten (wochentags von 8–16 Uhr) sollen die Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung weiter verbessern. In abgelegenen Regionen müssen sie oft für Gebiete gewährleistet werden, die halb so groß wie die Landesfläche von Belgien sein können.



Digitalisierung als Chance für die ländliche Primärversorgung

Ohne die digitale Infrastruktur und flankierende E-Services könnte die Gesundheitsversorgung in den ländlichen und abgelegenen Regionen in Schweden kaum aufrechterhalten werden. Bereits in den späten 1990er-Jahren wurde in Südlappland erfolgreich mit Telematik-Projekten experimentiert, um auf die besonderen Bedingungen in dieser abgelegenen Region reagieren zu können (Carle et al. 2001).



Im Bereich der Digitalisierung, Internetnutzung und dem E-Government belegt Schweden im internationalen Vergleich seit Jahren Spitzenplätze. Entsprechend früh wurde damit begonnen, die erforderlichen Infrastrukturen und technischen Voraussetzungen für eine digital unterstützte Gesundheitsversorgung zu schaffen (Buhr und Frankenberg 2016). Mit INERA gibt es heute ein einflussreiches Beratungsunternehmen, das von Provinzialregierungen, Gemeinden, Arbeitgeberverbänden und Leistungsanbietern unterhalten wird und die Digitalisierung in allen Bereich des Gesundheitswesens weiter vorantreibt (<https://www.inera.se/om-inera/about-inera/>).

Inzwischen gelten digitale Verfahren als etabliert. Sie prägen den Alltag aller Gesundheitsprofessionen und erlauben ihnen die unmittelbare Kommunikation untereinander, mit Spezialisten, Behörden oder auch mit Patienten in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet und über große Distanzen. Die Versorgungszentren und Regionalkrankenhäuser und die großen Zentralkrankenhäuser mit ihren Spezialisten und Fachabteilungen sind in vielen Provinziallandtagen über ein einheitliches System vernetzt, das ihnen den Austausch patientenbezogener Daten ermöglicht (Malmqvist et al. 2004). Die gesetzliche Grundlage für den Austausch von Patientendaten wurde 2008 mit dem Patientendatengesetz (Patientdatalagen) geschaffen (SFS 2008:355).

E-Services von Zuhause oder über lokale Service-Points

Schwedische Bürger können mit ihrer einheitlichen Personennummer⁴ über das Internet per Computer, Pad, Smartphone etc. oder über einen lokalen Bildschirmterminal zahlreiche E-Services nutzen. Sie können Termine in ihrem regionalen Versorgungszentrum buchen, Kontaktdaten von Versorgungsanbietern abrufen, ihre Rezepte erneuern oder auch Krankenschreibungen verlängern lassen. Die besonders geschützten und verschlüsselten E-Services sollen die Zugänglichkeit und Nutzerfreundlichkeit der Gesundheitsversorgung verbessern, deren Transparenz erhöhen und die Beteiligungsmöglichkeiten der Bürger erweitern (Koch 2012).



Aktuell wird in ländlichen und abgelegenen Regionen in Südlappland die Einrichtung sogenannter Virtueller Gesundheitsräume (Self-Care Service Points) in Schulen, Gemeindehäusern und auch Supermärkten erprobt. Dort können Patienten einfache Untersuchungen selbst durchführen, z. B. den Blutdruck, Blutzucker oder die Blutgerinnung bestimmen. Die Gesundheitsräume sind mit dem nächsten Versorgungszentrum verbunden. Mittels Videotechnik können die Nutzer die Untersuchungsergebnisse direkt mit ihrem Hausarzt oder ihrer Pflegenden besprechen. Die Bedienungsschritte der Terminals werden in Form von Piktogrammen Schritt für Schritt allgemeinverständlich erklärt („So einfach wie möglich, für so viele wie möglich.“).

Seit 2010 haben alle Bürger Schwedens direkten Zugang zu ihrer elektronischen Patientenakte. Sie können alle über sie gespeicherten Informationen lesen und auch überprüfen, wer diese Daten jeweils abgerufen hat. Die Hoheit der Bürger über die persönlichen Gesundheitsdaten wird auch dadurch unterstrichen, dass sie Zugriffsrechte jederzeit auf Antrag sperren dürfen (Lundberg et al. 2013; Hägglund und Koch 2015).

⁴ Die Personennummer (Personnummer) gilt in Schweden der universellen Identitätsfeststellung; sie ist zugleich Ausweis-, Steuer-, Einwohnermelde- und Krankenversicherungsnummer.

E-Konsultationen mit den Gesundheitsprofessionen

Im ländlichen Südlappland bieten Hausärzte, Pflegende oder Therapeuten zusätzlich Online-Sprechstunden an oder verabreden sich mit ihren über hundert Kilometer entfernten Patienten, um Therapiemaßnahmen zu besprechen oder via Bildschirmtelefonie auch unmittelbar durchzuführen („Virtual Clinic“). Die entsprechende Schnelligkeit und Kapazität des Internets, um störungsfreie Kommunikation zu ermöglichen, ist dabei eine Selbstverständlichkeit – selbst in den abgelegenen Regionen Nordschwedens.

Eine Physiotherapeutin verabredet sich mit ihrer etwa 60 km vom Versorgungszentrum entfernt wohnenden 54-jährigen Patientin dreimal in der Woche zu einer knapp halbstündigen E-Therapiesitzung, nach einer sturzbedingten Kniegelenksverletzung. Die Patientin wird gebeten, sich vor der Kamera ihres Computers aufzustellen und eigenständig Bewegungsübungen durchzuführen, ergänzend wird sie von der Physiotherapeutin via Internettelefonie zu ihren Beschwerden oder ihrer erreichten Beweglichkeit befragt. Korrigierende Eingriffe sind unmittelbar möglich und die Physiotherapeutin kann vor ihrer Kamera auch neue Übungen vorführen. Die Patientin erspart sich so den beschwerlichen Weg in das Versorgungszentrum.



Auf allen Schreibtischen, in allen Behandlungsräumen und – im Bedarfsfall auch in den Wohnungen der Gesundheitsprofessionen – sind integrierte und gesicherte Videokommunikationssysteme installiert. Auch die Patienten verfügen in der Regel über einen ausreichend stabilen, schnellen und gesicherten Internetzugang und das technische Equipment, um mit den Gesundheitsprofessionen via Bildschirmtelefonie zu kommunizieren und ihre Angelegenheiten – sofern möglich – von Zuhause aus zu erledigen. Die Akzeptanz dieser Angebote ist hoch.



Spezialisierung und Erweiterung des Leistungsspektrums sowie strukturelle Integration

Derzeit ist in den Versorgungszentren ein Trend zur Spezialisierung und zur Erweiterung des Leistungsspektrums erkennbar, der politisch unterstützt wird. Beispielsweise werden vermehrt Psychiatriepflegende oder Fachärzte für Geriatrie eingestellt, um auf den Bedarf der Bevölkerung in diesen Bereichen reagieren zu können (Wästberg und Ardenvik 2013). Sondersprechstunden für ausgewählte Patientengruppen mit chronischen Krankheiten (z. B. Diabetes mellitus, COPD, Asthma) ergänzen das Leistungsangebot. Damit auch die ländliche Bevölkerung Zugang hat, reisen die spezialisierten Pflegenden (z. B. Diabetes Nurses) durch die Region und werden zu festgelegten Zeiten punktuell in den ländlichen Zentren tätig.

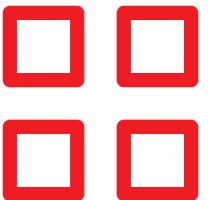
In den Städten wurden zusätzlich eigenständige Zentren für spezielle Lebenslagen und Altersgruppen eingerichtet (ähnlich: Finnland), darunter von Hebammen geleitete Mütterversorgungszentren, Kinderversorgungszentren für Patienten zwischen 0–6 Jahren oder auch Jugendversorgungszentren, in denen sich Jugendliche und junge Erwachsene von 13–25 Jahren zu Themen wie sexuelle Gesundheit, Rauschmittelkonsum, psychische Gesundheit und ähnlichem mehr beraten lassen können. In ländlichen und abgelegenen Regionen wurden solche Angebote – wenn sie überhaupt existieren – in die lokalen Versorgungszentren integriert.

Um der Bevölkerung eine bedarfsgerechte Versorgung auf unterschiedlichen Versorgungsstufen anzubieten und ihr zugleich umständliche Wege zu ersparen, werden die ländlichen Versorgungszentren im Norden Schwedens oftmals mit kleineren bettenführenden Abteilungen wie Distriktkrankenhäusern mit Notaufnahmen und Pflegeheimen an einem Ort oder unter einem Dach zusammengeführt (sjukstugor). Bei der Planung dieser integrierten Primär-, Akut- und Langzeitversorgungsangebote arbeiten Provinzen und Kommunen eng zusammen.

Pflegende als erste Ansprechpartner mit Triage-Funktionen

Seit 1977 werden Pflegende in Schweden hochschulisch qualifiziert (Kapborg 1998; Råholm et al. 2010). Seither wurde ihr Aufgaben- und Verantwortungsgebiet stetig ausgeweitet, weshalb sie heute in den Zentren neben den Ärzten einen Großteil der Behandlungs- und Versorgungsaufgaben wahrnehmen.

Besonders die speziell für die ambulante Versorgung qualifizierten District Nurses spielen in den Versorgungszentren eine tragende Rolle. In der Mehrheit der Fälle nehmen sie die telefonischen Anfragen der Patienten entgegen. Aufgrund ihrer Triage-Kompetenz können sie Anliegen und Dringlichkeit systematisch einschätzen und geeignete Maßnahmen ergreifen, entweder in Form einer direkten telefonischen Beratung und Selbstmanagementförderung oder durch Einbestellung zum Arzt bzw. einer anderen Gesundheitsprofession im Zentrum oder durch Koordination einer kooperativen Versorgungserbringung mit anderen Einrichtungen (Drevenhorn und Efraimsson 2013). Die District Nurses steuern und regulieren also den Zugang zu anderen Gesundheitsberufen, auch zu den Ärzten.



Im Jahr 2016 wurden in Schweden in der Primärversorgung 14,4 Millionen Arztbesuche und immerhin 27,6 Millionen Besuche bei anderen als ärztlichen Gesundheitsberufen registriert (SKL 2017). Insbesondere Pflegende sind oft erste Ansprechpartner der Bevölkerung bei gesundheitlichen Problemen (OECD 2013).

Die District Nurses haben in Schweden zudem eingeschränkte Verordnungsbefugnisse und können z. B. Impfprogramme eigenständig durchführen. Im direkten Kontakt, am Telefon oder über E-Sprechstunden können sie Gesundheitsprobleme von Patienten autonom bearbeiten, weshalb die Hausärzte oft nur noch bei ernsthaften oder akuten Gesundheitsbeeinträchtigungen persönlich aufgesucht werden (SOSFS 2015:7; Jangland et al. 2014).

3.

Lessons learned für Deutschland



Die schwedischen Versorgungszentren verkörpern eine skandinavische Variante von Gesundheitszentren. Durch multiprofessionelle Zugänge, eine starke Gemeindepflege, ein breites Leistungsspektrum und die Integration verschiedener Angebote der Akut- und Langzeitversorgung sowie nicht zuletzt die offensive Nutzung digitaler Technologien haben sie sich zu einer unverzichtbaren Säule der Gesundheitsversorgung in Schweden entwickelt.

Digitalisierung zur Distanzüberbrückung offensiv

nutzen: Das schwedische Beispiel zeigt, dass die Digitalisierung zahlreiche Möglichkeiten zur Erhöhung der Zugänglichkeit, Transparenz und Nutzerfreundlichkeit der Gesundheitsversorgung auch und gerade in strukturschwachen Regionen bietet. Gemeinsam haben Politik, Behörden und Leistungserbringer die hierfür erforderlichen technischen Voraussetzungen geschaffen. Auffallend ist, dass sie alle – wie auch die Bürger selbst – eher die Chancen als die mit der Digitalisierung verbundenen Risiken betonen. Möglichkeiten mit den Gesundheitsprofessionen in Kontakt zu treten werden vereinfacht, unnötige Wege werden vermieden und zugleich werden die Rechte der Bürger auf informationelle Selbstbestimmung gestärkt.

Integration von Primär-, Akut- und Langzeitversorgung:

Die strukturelle Integration verschiedener Versorgungsangebote ist eine gute Möglichkeit, um den Herausforderungen in ländlich strukturierten Regionen begegnen und die Zahl der Anlaufstellen reduzieren zu können. Wichtig ist dabei, dass ‚Silo-Mentalitäten‘ zwischen den Angeboten aufgrund unterschiedlicher Zuständigkeiten, rechtlicher Rahmenbedingungen

und Finanzierungsgrundlagen aufgelöst und Abschottungstendenzen zugunsten der Nutzer vermieden werden – dies scheint auch in Schweden noch nicht vollständig gelungen zu sein. Schon jetzt aber zeigt sich, dass die Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung durch derartige strukturelle Integrationsbemühungen erhöht, zugleich aber Fehlnutzung – etwa der Krankenhaus- und Notfalleinrichtungen – vermieden werden kann. Um dies zu verwirklichen wurden die Versorgungszentren konsequent zur zentralen Eintrittspforte in das Gesundheitssystem erklärt.

Zentrale Rolle der District Nurses (Gemeindepflegenden) als Triage-Instanz und Zugangssteuerung:

Auch in Schweden wird stark auf Pflegende gesetzt, um die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zukunftsfähig aufzustellen. Voraussetzung dafür ist, dass sie sich ergänzend zur grundständigen Bachelorqualifikation auf Masterniveau krankheits- oder funktionspezifisch spezialisieren. Dies erlaubt ihnen, unterschiedlich anspruchsvolle Aufgaben wahrzunehmen und gelegentlich auch arztsubstituierend tätig zu werden. District Nurses, die auf Grundlage fundierter klinischer Kompetenzen u. a. auch Triage-Aufgaben wahrnehmen und den Zugang zur Versorgung steuern, haben dabei besondere Bedeutung. Typisch für die schwedischen Versorgungszentren ist eine pragmatische, auf Partnerschaft und Kommunikation setzende Kultur der Zusammenarbeit. Gute Kenntnisse der Kompetenzprofile der jeweils anderen Gesundheitsprofessionen und hierarchiearme, funktionsorientierte Teamkonstellationen erweisen sich im Alltag der Versorgung als besonders produktiv.

Literatur

Anell, A., Glengård, A. H. & Merkur, S. (2012). Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition*, 14(5), 1 – 159.

Anell, A. (2015a). The Public-Private Pendulum – Patient Choice and Equity in Sweden. *New England Journal of Medicine* 372(1), 1 – 4.

Anell, A. (2015b). Primärvårdens funktion, organisation och ekonomien litteraturoversikt [Die Funktion, Organisation und Finanzierung der Primärversorgung – eine Literaturübersicht] Rapport till utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälsooch sjukvården (S 2013:4). Gefunden unter http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2015/01/Primärvård-litteraturoversikt-2015-S-2013_14.pdf [22.12.2017].

Buhr, D. & Frankenberger, R. (2016). Auf dem Weg zu Wohlfahrt 4.0 – Digitalisierung in Schweden. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung (FES). Gefunden unter <http://library.fes.de/pdf-files/id/12853.pdf> [01.08.2017].

Carle, L., Made, C. & Hellström, S. (2001). Telemedizin i glesbygd ger nöjda patienter och högre kompetens. *Telemedicine in sparsely populated areas yields satisfied patients and better competence. Lakartidningen* 98(38), 4049 – 4052.

Drevenhorn, E. & Efraimsson, E. O. (2013). Distrikssköterskans mottagningar [Die Sprechstunden der Gemeindepflegenden]. In C. Bökberg (Hrsg.), *Omvårdnad i primärvården* (S. 125 – 143). Lund: Studentlitteratur.

Glengård, A. H. (2015). Primärvården efter vårdvalsreformen. Valfrihet, Kvalitet, Produktivitet [Primärversorgung nach der Wahlfreiheitsreform. Wahlfreiheit, Qualität, Produktivität]. Stockholm: SNS Förlag. Gefunden unter https://www.sns.se/wp-content/uploads/2016/07/primarvarden_efter_vardvalsreformen.pdf [01.08.2017].

Hägglund, M. & Koch, S. (2015). Commentary: Sweden rolls out online access to medical records and is developing new e-health services to enable people to manage their care. *BMJ* 350: h359.

Jangland, E., Becker, D., Börjeson, S., Doherty, C., Gimm, O., Griffith, P., et al. (2014). The development of a Swedish Nurse Practitioner Program – a request from clinicians and a process supported by US experience. *Journal of Nursing Education and Practice* 4(2), 38 – 48.

Kapborg, I. (1998). Nursing education in Sweden: development from vocational training to higher level education. *Journal of Advanced Nursing* 27(2), 372 – 378.

Koch, S. (2012). Improving quality of life through eHealth – the patient perspective. *Studies in Health Technology and Informatics*, 180, 25 – 29.

N., Lundberg, N., Koch, S., Hägglund, M., Bolin, P., Davoody, Eltes, J. et al. (2013). My Care Pathways – Creating Open Innovation in Healthcare. In: C. U. Lehmann, E. Ammenwerth, C. Nøhr (Hrsg.), *Studies in Health Technology and Informatics*. Volume 192, 687 – 691. Gefunden unter <http://ebooks.iospress.nl/publication/34086> [01.08.2017].

Malmqvist, G., Nerander, K. G. & Larson, M. (2004). Sjunet – The National IT Infrastructure for Healthcare in Sweden. In: I. Iakovidis, P. Wilson, J. C. Healy (Hrsg.), *E-Health* (S. 41 – 49). Amsterdam: IOS Press.

OECD – Organisation for Economic Cooperation and Development (2013). Primary care and care coordination in Sweden. *OECD Reviews of Health Care Quality*. Sweden 2013: OECD Publishing.

Råholm, M. B., Hedegaard, B. L., Löfmark, A. & Slettebø, A. (2010). Nursing education in Denmark, Finland, Norway and Sweden – from Bachelor's Degree to PhD. *Journal of Advanced Nursing* 66(9), 2126 – 2137.

SFS – Sveriges Förtattningssamling (2008). Patientdatalag 2008: 355 [Patientendatengesetz]. *Regeringskansliet*.

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2017). Statistik om hälsooch sjukvård samt regional utveckling 2014. Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner [Statistik in der Gesundheits- und Krankenversorgung und regionale Entwicklung 2016]. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

SKLS – Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen (2016). Öppna jämförelser 2015 – Vård och omsorg om äldre [Offene Vergleiche 2015 – Pflege und Versorgung von älteren Menschen]. Stockholm: Sveriges kommuner och Landsting och Socialstyrelsen.

SOSFS – Socialstyrelsens författningssamling (2015:7). Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna (SOSFS 2001:16) om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel [Änderung der Verordnung (SOSFS 2001:16) der Nationalen Behörde für Gesundheit und Wohlfahrt über die Qualifikationsanforderungen für Pflegenden für die Verschreibung von Medikamenten]. Stockholm: Socialstyrelsen.

Swartling, P. G. (2006). Den svenska allmänmedicinska historien [Die Geschichte der Allgemeinmedizin in Schweden]. *Läkartidningen*, 103(24 – 25), 1950 – 1953.

Janlöv, J., Andersson, A., Beckman, A., Sveréus, S. & Wiréhn och Clas Rehnberg, A. – B. (2013). Vem har vårdvalet gynnat? [Wem hat die Wahlfreiheit genutzt?] Stockholm: Myndigheten för Vårdanalys.

Wästberg, B. & Ardenvik, B. (2013). Primärvårdens ansvar och uppgifter [Verantwortung und Aufgaben der Primärversorgung]. In C. Bökberg (Hrsg.), *Omvårdnad i primärvården* (S.51 – 58). Lund: Studentlitteratur.

WHO – World Health Organization (1978). Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care in Alma-Ata, USSR, 6 – 12 September, 1978.

Impressum

Herausgegeben und gefördert von der

Robert Bosch Stiftung GmbH
Heidehofstraße 31, 70184 Stuttgart
www.bosch-stiftung.de

Kontakt in der Stiftung

Robert Bosch Stiftung GmbH
Themenbereich Gesundheit
Heidehofstraße 31, 70184 Stuttgart

Martina Denne
Telefon +49 711 46084-630
martina.denne@bosch-stiftung.de

Projektleitung und -koordination

Prof. Dr. Kerstin Hämel, Universität Bielefeld,
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Prof. Dr. Doris Schaeffer, Universität Bielefeld,
Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter

Carina Vössing, Universität Bielefeld,
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Marcus Heumann, Universität Bielefeld,
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
(wissenschaftliche Hilfskraft)

Kooperationspartner

Prof. Dr. Andreas Büscher, Hochschule
Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und
Sozialwissenschaften
Prof. Dr. Michael Ewers, Charité – Universitäts-
medizin Berlin, Institut für Gesundheits- und
Pflegerwissenschaften
Prof. Dr. Ligia Giovanella, National School
of Public Health, Fundação Oswaldo Cruz,
Rio de Janeiro, Brasilien
Christiane Schaepe, Charité – Universitäts-
medizin Berlin, Institut für Gesundheits- und
Pflegerwissenschaften
Prof. Dr. Dirce Stein Backes, Centro Universitário
Franciscano (UNIFRA), Santa Maria, Rio Grande
do Sul, Brasilien

Kontakt

Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Prof. Dr. Kerstin Hämel
Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld
Telefon +49 521 106-3894
kerstin.haemel@uni-bielefeld.de

Copyright 2018

Robert Bosch Stiftung GmbH, Stuttgart
Alle Rechte vorbehalten.

Gestaltung

siegel konzeption | gestaltung, Stuttgart

