

Beiträge und Analysen

# Gesundheitswesen

## aktuell 2024

herausgegeben von Uwe Repschläger,  
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp



**Tobias Filmar, Katja Schlegel, Lukas Waidhas, Milli Schröder, Philipp Dickel, Patricia Hänel, Ove Spreckelsen**  
Interprofessionelle Primärversorgungszentren als Lösungsansatz für die Versorgungsprobleme  
der Zukunft – am Beispiel der Poliklinik Veddel  
Seite 168–187

doi: 10.30433/GWA2024-168

Tobias Filmar, Katja Schlegel, Lukas Waidhas, Milli Schröder,  
Philipp Dickel, Patricia Hänel, Ove Spreckelsen

## **Interprofessionelle Primärversorgungszentren als Lösungsansatz für die Versorgungsprobleme der Zukunft – am Beispiel der Poliklinik Veddel**

Der Beitrag stellt die Konzeption, den Aufbau und die Funktionsweise eines interprofessionellen Primärversorgungszentrums vor: die im Jahr 2017 eröffnete Poliklinik Veddel in Hamburg. Es handelt sich hierbei um ein Modellprojekt, das versucht bestimmte aktuelle Versorgungsprobleme im Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit auszuräumen. Die Poliklinik Veddel folgt in Konzeption und Aufbau dem Primary Health Care Gedanken der WHO und weiteren internationalen Vorbildern.

### Hintergrund

In Deutschland bestehen soziale Ungleichheiten in Gesundheit und Krankheit mit mehrjährigen und von der sozialen Lage abhängigen Unterschieden in der Lebenserwartung. Die Ursachen liegen hauptsächlich in den Lebensbedingungen und damit außerhalb des direkten Einflusses des Gesundheitssystems (Lampert et al. 2022). Die sozialen Verhältnisse wirken sich auf die Aufrechterhaltung von Gesundheit, die Entstehung von Erkrankungen und den Umgang mit Krankheit aus. Umgekehrt betrachtet haben Erkrankungen psychische Auswirkungen und Folgen für die Lebensführung. Somit werden zwei versorgungsrelevante Aspekte deutlich: Erstens sind gesund- und krankmachende Faktoren vielfältig. Krankheit kann nicht (mehr) ausschließlich biomedizinisch betrachtet und behandelt werden, es braucht vielmehr eine breit aufgestellte, interprofessionelle Versorgung. Zweitens bedarf es Ansätze der Gesundheitsvorsorge, die dem Einfluss der sozialen und wirtschaftlichen Lebensbedingungen Rechnung tragen, also stärker verhältnispräventiv ausgerichtet sind. Im Idealfall sind diese beiden Aspekte miteinander verschränkt.

Demgegenüber steht ein Gesundheitssystem, in dem die Versorgungsdichte medizinischer Einrichtungen wie Hausarztpraxen in ärmeren und strukturschwächeren

Gegenden geringer als in reicheren ist (Schillen et al. 2023). Hinzu kommt, dass gerade die hausärztliche Versorgung von Menschen in Arbeitslosigkeit häufiger in Anspruch genommen wird (Ikar et al. 2022). International wird das Phänomen einer dem Bedarf gegenläufigen Versorgung als „Inverse Care Law“ diskutiert (Cookson et al. 2021). Neben dieser quantitativ geprägten sozialräumlichen Ungleichversorgung sind aufgrund des höheren Anteils an Multimorbidität und psychosozialen Einflüssen und ihren Folgen auf den Gesundheitszustand komplexere Versorgungsbedarfe häufiger. Das Management dieser komplexen Gesundheitsprobleme ist aber mit den relativ kurzen Kontaktzeiten in Hausarztpraxen nur schwer zu realisieren (Grumbach und Bodenheimer 2004). Eine integrierte beziehungsweise koordinierte Versorgung, die dieser Komplexität Rechnung trägt, ist eher die Ausnahme (Beispiele wären die Sozialpsychiatrie oder auch der Reha-Bereich). Die Regel ist die vielfach diskutierte Fragmentierung des Gesundheitssystems, bei der zudem die Zusammenarbeit mit außerhalb des Gesundheitssystems stehenden sozialen Beratungseinrichtungen oder mit den Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes überhaupt nicht strukturiert geregelt ist, was auch seit längerem in der gesundheitspolitischen Diskussion steht (SVR 2014).

Ausgehend von der Alma-Ata Erklärung zur primären Gesundheitsversorgung (Primary Health Care) aus dem Jahr 1978, die seither bekräftigt und erweitert wurde, sind in vielen Ländern Reformbemühungen zur Stärkung der Primärversorgung angestoßen worden (WHO 1978; Zimmermann 2023). Die Primärversorgung im Sinne der WHO bezeichnet eine Orientierung an den lokalen Bedarfen der jeweiligen Einzugsbevölkerung und umfasst neben der hausärztlichen Versorgung eine Reihe von weiteren Gesundheitsprofessionen, die gleichberechtigt an der Versorgung beteiligt sind. Primärversorgungszentren sollen den ersten Zugang zum Gesundheitssystem bieten, den Großteil der Gesundheitsstörungen innerhalb dieser Versorgungsebene abdecken und somit das Herzstück der Gesundheitssysteme darstellen. Beispiele sind die Community Health Centres in Kanada (Pham 2019) oder auch die Primärversorgungseinheiten, die in Österreich infolge der Primärversorgungsreform entstanden sind (BMSGPK 2024). In Deutschland bestehen derartige interprofessionelle Primärversorgungszentren bisher nur als Pilotprojekte, wie beispielsweise die PORT-Zentren (Robert Bosch Stiftung 2024). Interessant ist, dass mittlerweile auch einige Bundesländer die Vorteile von Primär-

versorgungszentren erkannt und entsprechende Förderprogramme aufgelegt haben (beispielsweise Baden-Württemberg, Berlin, Bremen, Hamburg und Niedersachsen). Im Folgenden wird die Konzeption, der Aufbau und die Funktionsweise eines dieser Primärversorgungszentren – der Poliklinik Veddel in Hamburg – dargestellt, die wie ihr Schwesterprojekt (GeKo Berlin-Neukölln) als Modellprojekt dient.

## Das Konzept Primärversorgungszentrum

Die Poliklinik Veddel ist Teil des bundesweiten Poliklinik-Syndikats, das ein Konzept zum Aufbau von Primärversorgungszentren entwickelt hat (Poliklinik Syndikat 2024). Leitend sind die Bedarfe der Einzugsbevölkerung, einer an den sozialen Determinanten der Gesundheit orientierten Gesundheitsförderung und der gleichberechtigten unter einem Dach organisierten interprofessionellen Primärversorgung. Das Grundkonzept solcher Zentren beinhaltet drei Bereiche: die Primärversorgung, Gemeinwesenarbeit und Koordination.

Die Primärversorgung wird von Community Health Nurses, Pflegefachkräften, Ärztinnen und Ärzten, Peerberaterinnen und -beratern, Hebammen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, Psychologinnen und Psychologen und gegebenenfalls weiteren Gesundheitsfachkräften in enger, gleichberechtigter Zusammenarbeit unter einem Dach geleistet. Ein niedrigschwelliger Zugang zum Primärversorgungszentrum ist über jeden Fachbereich möglich, die Vermittlungswege in andere Fachbereiche sind kurz. Durch gemeinsame interprofessionelle Fallbesprechungen werden insbesondere für komplexe Versorgungsbedarfe alle benötigten Dienste gebündelt, die Fallführung (Care Coordination) übernimmt ein Fachbereich je nach Versorgungsschwerpunkt. Dem neuen Berufsbild der Community Health Nurse (Iversen et al. 2022) kommt in der interprofessionellen Gesundheitsversorgung eine zentrale Rolle zu.

Die Community Health Nurse übernimmt eigenverantwortlich Anteile an der Gesundheitsversorgung der Menschen und fokussiert dabei im Kern den Umgang mit dem eigenen Gesundheitszustand im Alltag. Typische Aufgaben unseres Community Health Nurse Profils in der interprofessionellen Primärversorgung sind das Monitoring und die Krankenbeobachtung bei bestehenden Pathologien sowie edukative, präventive und

koordinierende Tätigkeiten auch im Umgang mit der Therapie oder Fragen der sozialen Absicherung. Ziel aller Tätigkeiten und Maßnahmen ist die Erhaltung, Wiederherstellung oder Anpassung psychischer, physischer und sozialer Funktionen und Aktivitäten des täglichen Lebens. Aufbauend auf der patientenbezogenen Versorgung wird eine populationsorientierte Perspektive entwickelt, um Einflüsse der allgemeinen Lebensbedingungen auf die Gesundheit der Menschen im Setting benennen zu können. Hieraus werden geeignete Interventionen abgeleitet, um den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern.

**Abbildung 1: Illustration der Elemente eines Primärversorgungszentrums**



Quelle: Poliklinik Syndikat 2024

Community Health Nursing besetzt somit ein Handlungsfeld an der Schnittstelle von Gemeinwesenarbeit, Medizin, sozialer Arbeit und professioneller Pflege und ist dadurch in der Lage, auf die komplexer werdenden Gesundheitsbedarfe adäquater zu reagieren,

als es im fragmentierten Gesundheitswesen außerhalb von Pilotprojekten bisher der Fall ist. Um allerdings die Potenziale von Community Health Nursing in der ambulanten Regelversorgung in Deutschland vollumfänglich nutzen zu können, müsste die im internationalen Vergleich in Bezug auf die Befugnisse von akademisierten Pflegepersonal hinterherhinkende Gesetzgebung erst noch geändert werden (DPR 2023).

## Gemeinwesenarbeit

Die gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit (GWA) senkt Barrieren, schafft einfache Zugänge zu den Versorgungsangeboten und vernetzt die Gesundheitszentren mit anderen Akteuren und Gruppen im Stadtteil. Ihr Ziel ist es, gemeinsam mit den Bewohnenden krankmachende Umstände und Bedarfe im Stadtteil zu identifizieren, um kollektive Handlungsfähigkeit und Selbstorganisation zu fördern. Sie entwickelt dabei Ansätze der Verhältnisprävention, in denen Ungleichheits- und Diskriminierungsstrukturen adressiert werden und setzt sich für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik ein. Die GWA organisiert Stadtteilversammlungen, Selbsthilfe und Informationsveranstaltungen im Stadtteil und bindet engagierte Bewohnerinnen und Bewohner und damit ihre Erfahrungsexpertise an das Gesundheitszentrum. Transformative Gemeinwesenarbeit zielt auf die Verbesserung von materiellen (beispielsweise Wohnraum, Existenzsicherung), infrastrukturellen (beispielsweise Verkehrsanbindung, Einkaufsmöglichkeiten, Grünflächen) und immateriellen (beispielsweise Qualität sozialer Beziehungen, Partizipation, Kultur) Lebensbedingungen ab.

## Koordination

Ein multiprofessionelles Stadtteilgesundheitszentrum braucht eine zentrale Verwaltung und Öffentlichkeitsarbeit. Die Steuerung der internen Qualitätssicherung sowie die Begleitung der kontinuierlichen Bedarfserhebung und Evaluation erfordert zusätzliche Ressourcen. Eine zentrale Aufgabe besteht in der Koordination der interprofessionellen Zusammenarbeit. Sie entwickelt und etabliert die Standards der interprofessionellen Kommunikation, Dokumentation und Versorgung.

## Die konkrete Umsetzung in der Poliklinik Veddel

Die Veddel ist am Rande des Hamburger Hafengebiets gelegen, es leben etwa 4.500 Menschen dort, der Stadtteil ist von Migration und vielen Familien geprägt. Die Veddel ist einer der ärmsten Stadtteile Hamburgs, mit einem Anteil an Arbeitslosen von 10,5 Prozent und einem Anteil von 24,0 Prozent der Bevölkerung, die einen Leistungsbezug nach SGB II erhalten (Statistikamt Nord 2020). Patientinnen und Patienten von der Veddel gehören zu dem Teil der Hamburger Bevölkerung mit der höchsten Dichte an psychischen und somatischen Erkrankungen. Auch die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist im Hamburger Vergleich mit am schlechtesten (Erhart et al. 2013).

Das Primärversorgungszentrum Poliklinik Veddel wurde im Jahr 2017 eröffnet. Die Entscheidung für diesen Standort fiel infolge von Gesprächen mit örtlichen Initiativen, in denen die lokale Unterversorgung mit gesundheitlichen Einrichtungen problematisiert wurde. Die Konzeption und der Aufbau der Poliklinik Veddel orientiert sich am Primary Health Care Gedanken der WHO und damit auch an zahlreichen internationalen Vorbildern. Aufgrund der aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen in Deutschland handelt es sich bei der Poliklinik Veddel aber nicht um ein geschlossenes rechtliches Konstrukt. Vielmehr setzt sich die Poliklinik Veddel aktuell aus verschiedenen Rechtsformen zusammen. Ausschlaggebend für die Existenz der einzelnen Module und deren Zusammenhalt ist die aktivistische und ehrenamtliche Struktur und Bereitschaft, aus der die Poliklinik Veddel geboren wurde.

In der Poliklinik Veddel arbeitet aktuell in der Primärversorgung ein interprofessionelles Team aus Hausärztinnen und Hausärzten, Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen, Hebammen und Community Health Nurses zusammen.

Die hausärztliche Praxis (zwei KV-Sitze) deckt das gesamte übliche hausärztliche Versorgungsspektrum ab. Aufgrund des hohen Familienanteils und fehlender kinderärztlicher Versorgung im näheren Umkreis werden relativ viele Kinder mitbehandelt, geriatrische Probleme nehmen einen eher geringeren Teil der Versorgung ein. Im Quartal werden etwa 2.500 bis 3.000 Patientinnen und Patienten behandelt. Die Gesundheits- und Sozialberatung (GSB) bietet sowohl offene Beratungen als auch Terminsprechzeiten an –

häufige Themen im vergangenen Jahr waren Existenzsicherung, Gesundheitsversorgung, Wohnen und aufenthaltsrechtliche Fragen. Für Familien mit komplexen Gesundheits- und Hilfebedarfen wird von der GSB eine Care Coordination angeboten. Ein Teil dieser Familien kommt über die mit der Poliklinik kooperierende Beratungsstelle Romani Kafava. In dem Fachbereich GSB wurden im Jahr 2022 ungefähr 780 Sozialberatungen und 670 Beratungen in der Care Coordination durchgeführt. Die psychologische Beratung ist themenoffen. In bis zu fünf (in Ausnahmen auch bis zu zehn) jeweils 50-minütigen Terminen werden gemeinsam Probleme identifiziert und Lösungsansätze entwickelt. Die psychologische Beratung ersetzt keine Therapie, sie dient der niederschweligen Krisenintervention und Stabilisierung. Damit schließt sie die grundsätzlich bestehende Versorgungslücke zwischen Psychosomatik (medizinisch) und Psychotherapie (hochschwierig), im Jahr 2022 wurden etwa 450 Klientinnen und Klienten betreut.

Abbildung 2: Struktur der Poliklinik Veddel



Quelle: eigene Darstellung



Besondere psychologische Beratungsangebote adressieren Familien sowie Personen mit Rassismuserfahrungen (zusammengenommen ebenfalls etwa 450 Beratungen im Jahr 2022). Zwei selbstständige und gemeindeorientiert arbeitende Hebammen gehören ebenfalls zum interdisziplinären Team. Die Community Health Nurses bringen pflegerische Expertise in die Primärversorgung der Poliklinik Veddel ein, besetzen darüber hinaus die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Fachbereichen und haben im Rahmen eines Forschungsprojekts die Versorgung multimorbider Patientinnen und Patienten koordiniert (Nock et al. 2022). Im Rahmen eines vom Innovationsfond geförderten Forschungsprojektes soll an diese Arbeit angeknüpft und die zentrale Rolle, die Community Health Nurses in einem Primärversorgungszentrum in der Koordination der Versorgung übernehmen, weiter erprobt und evaluiert werden (Gemeinsamer Bundesausschuss 2023).

Während der Großteil der Nutzerinnen und Nutzer des Zentrums ausschließlich oder vorwiegend an einem Fachbereich angebunden sind, wird ein Teil interprofessionell versorgt (im Jahr 2022: 264 Fälle). Am häufigsten geschieht diese Versorgung von mehr als einem Fachbereich zwischen der hausärztlichen Praxis und psychologischen Beratung, es kommt aber regelhaft zu einer Kooperation zwischen den verschiedenen Fachbereichen miteinander teils auch ohne Beteiligung der hausärztlichen Praxis. Auch eine Kooperation von drei oder mehr Fachbereichen kommt in ausgewählten Fällen vor.

Wöchentlich kommen die Versorgenden in den institutionalisierten Teamsitzungen zusammen und besprechen und planen die interprofessionelle Versorgung der Versorgten. Um diesen Austausch datenschutzrechtlich möglich zu machen, ist eine interne Schweigepflichtsentbindung erforderlich.

Im Rahmen der multiprofessionellen Zusammenarbeit in der Poliklinik werden verschiedene Formate des Austauschs zwischen den Berufsgruppen genutzt – bei Bedarf oder auf Wunsch auch unter Einbezug der Versorgten.

1. Fallkoordination (in multiprofessioneller Teamsitzung): Besprochen werden alle multiprofessionell versorgten Fälle (auch mehrfach über längere Versorgungsverläufe). Ziel ist es, eine gut koordinierte interprofessionelle Versorgung bei tendenziell weniger komplizierten Fällen sicherzustellen. In den letzten Jahren dauerte eine Fallkoordination in der Poliklinik Veddel im Schnitt acht Minuten.
2. Fallbesprechungen (in multiprofessioneller Teamsitzung): Hier werden Nutzerinnen und Nutzer des Zentrums mit komplexen Problemkonstellationen bearbeitet. Sie sind ausführlicher als eine Fallkoordination und erfolgen methodengestützt. Sie umfassen eine multiperspektive Problemdarstellung, Identifikation und Priorisierung der Versorgungsaspekte, Planung nächster Schritte und eine Einigung auf eine einheitliche Herangehensweise. In den letzten Jahren dauerte eine Fallbesprechung in der Poliklinik Veddel im Durchschnitt 31,5 Minuten.
3. Fallkonferenz: Treffen zur Versorgungsplanung, bei dem sowohl die Versorgenden als auch Nutzerinnen und Nutzer des Zentrums anwesend sind. Auf Wunsch der Versorgten können darüber hinaus auch wichtige Bezugspersonen eingebunden werden.
4. Nutzer- und Nutzerinnensprechstunde: Die Nutzer- und Nutzerinnensprechstunde ist in ihrer Struktur identisch mit einer Fallkonferenz. Sie unterscheidet sich dahingehend, dass sie von Nutzerinnen und Nutzern des Zentrums selbst eingefordert beziehungsweise initiiert wird (Empowerment). Fallkonferenzen und Nutzer- und Nutzerinnenstunden können bis zu 90 Minuten dauern, im Schnitt waren es in den letzten Jahren in der Poliklinik Veddel 56 Minuten.

Beispiele für Nutzerinnen und Nutzer des Zentrums, die von einer interprofessionellen Versorgung profitieren können, sind Personen mit einer Suchtproblematik und gleichzeitig vorliegenden Belastungen in der Partnerschaft, Patientinnen mit einem schwer einzustellenden Asthma Bronchiale, die in einer schimmelbelasteten Wohnung leben oder auch Patienten mit einer depressiven Symptomatik, Überschuldung und Schwierigkeiten mit der Therapieadhärenz bei chronischen somatischen Erkrankungen.

Die Sozialberatung und die psychologische Beratung decken gesundheitsrelevante Felder ab, die neben den rein medizinischen von großer Bedeutung sind. Gemeinsam mit der hausärztlichen Versorgung, den Hebammen und dem Community Health Nursing bilden sie den Kern der bio-psycho-sozialen Versorgung in der Poliklinik.

Die Gemeinwesenarbeit beschäftigt sich mit unterschiedlichen Themen im Stadtteil und erfasst Bedarfe, die einer Bearbeitung jenseits der Einzelfallversorgung und Einzelfallberatung bedürfen. In diesem Fachbereich wird schwerpunktmäßig Verhältnisprävention realisiert. Gemeinsam mit Anwohnerinnen und Anwohnern werden Interventionen zu gesundheitsrelevanten Themen entwickelt und durchgeführt (zuletzt zu COVID-19 oder zu belastenden Wohnverhältnissen). Eines der größeren Projekte der GWA in den vergangenen Jahren war die Organisation von Mieterinnen und Mietern eines sanierungsbedürftigen und gesundheitlich belastenden Wohnblocks, der aber prinzipiell als lebenswert empfunden wurde und entgegen dem Wunsch der Bewohnenden abgerissen werden sollte. Begleitet von der Mitarbeiterin der GWA schafften sie es, ihre Anliegen an die zuständigen Stellen in der Behörde zu adressieren und den Abriss abzuwenden. Der Wohnblock wurde stattdessen saniert und die Rückkehr zu einem bezahlbaren Mietpreis garantiert. Derartige Interventionen auf Verhältnisebene minimieren Stressfaktoren oder schaffen es bestenfalls sogar, sie auszuräumen. Darüber hinaus ermöglichen sie das Erfahren von Selbstwirksamkeit. Die GWA und die Fachbereiche der Einzelfallhilfe sind eng miteinander verknüpft. Zusätzlich ist an die Gemeinwesenarbeit in der Poliklinik Veddel eine der 14 lokalen Vernetzungsstellen Prävention angegliedert. Dieses Programm der Hamburger Sozialbehörde dient dazu, in gesundheitlich belasteten Quartieren die Vernetzung unter den Einrichtungen im Stadtteil zu fördern, Präventions- und Gesundheitsförderungsbedarfe zu identifizieren und in enger Zusammenarbeit mit dem ÖGD und dem kommunalen Gesundheitsförderungs-Management Lösungsansätze zu entwickeln.

Um die Bedarfe und Problemlagen möglichst gut erfassen und im Anschluss zielgerichteter Angebote entwickeln zu können, gibt es in der Poliklinik Veddel seit dem Jahr 2021 einen Forschungsbereich. Von 2022 bis 2023 realisierte ein Team bestehend aus Stadtteilmforschenden und einer Forschungs Koordinationsgruppe aus der Poliklinik Veddel in Kooperation mit der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg ein partizipatives Forschungsprojekt: Im Rahmen des Community Health Surveys Veddel erfolgte eine als Vollerhebung konzipierte Befragung der Stadtteilbewohnenden. Dieser Survey hatte zum Ziel, einen Überblick über die soziale und gesundheitliche Situation der Bevölkerung zu gewinnen, gesundheitliche Belastungen zu identifizieren

und Versorgungsbedarfe zu erheben. Die Ergebnisse sollen in die Planung der Versorgung mit einfließen, Behörden und der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden und eine Grundlage für partizipativ gestaltete, gesundheitsförderliche Interventionen des GWA-Bereiches bieten.

Aktuell existiert keine Rechtsform, in der alle Bereiche des Primärversorgungszentrums Poliklinik Veddel aufgehen könnten. Daher besteht die Poliklinik Veddel aus den vier getrennten organisatorischen Einheiten Stadtteilpraxis Veddel, den beiden Hebammen und dem Verein Gruppe für Stadtteilgesundheit und Verhältnisprävention e.V.. Die einzelnen Organisationseinheiten sind für sich selbstständig organisiert, kooperieren in der Versorgung wie oben beschrieben miteinander und verstehen sie sich als gleichberechtigte Teile des Primärversorgungszentrums. Neben der internen Verwaltungs- und Koordinationsarbeit besteht durch die Zusammenarbeit mit externen Organisationen und Behörden ein erheblicher administrativer Aufwand, der durch die Zentrumskoordination gesteuert wird. Alle Angebote, die nicht die hausärztliche Versorgung und die Hebammenversorgung betreffen, werden aktuell über den Verein realisiert, der hierfür Projektmittel einwirbt. Förderungen und Zuwendungen erhält der Verein von verschiedenen Stiftungen, wie unter anderem aus dem PORT-Programm des Bosch Health Campus und aus den Förderprogrammen der Hamburger Sozialbehörde zum Aufbau und Betrieb Lokaler Gesundheitszentren sowie aus bezirklichen Mitteln.

## Diskussion

Die Poliklinik Veddel hat neben Pilotprojekten des PORT-Programms (Robert Bosch Stiftung 2024) gezeigt, dass die Etablierung interprofessioneller Primärversorgungszentren im ambulanten Gesundheitswesen in Deutschland möglich ist. Um Patientinnen und Patienten mit komplexen und sich gegenseitig beeinflussenden psychosozialen und gesundheitlichen Versorgungsbedarfen adäquat und patientenzentriert begegnen zu können, ist die Versorgung in interprofessionellen Teams sinnvoll (Reeves et al. 2017). Für das Gelingen einer erfolgreichen interprofessionellen Teamarbeit in der Primärversorgung lassen sich einige Faktoren identifizieren (Supper et al. 2015; Brown et al. 2015; Schoeb und Staffoni 2019), zu denen ein gemeinsames Verständnis der Versorgung, flache Hierarchien und geregelte Entscheidungswege gehören. Eine solche Teamkultur

basiert auf einer vertrauensvollen Arbeitsweise und Kommunikation, die auch die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden erhöht (Crabtree et al. 2011; Beales et al. 2011; Wagner et al. 2017). Die eigenen Erfahrungen der Autorinnen und Autoren des Beitrags decken sich mit der internationalen Literatur und unterstreichen die Sinnhaftigkeit, auch in der Primärversorgung in Deutschland entsprechende neue Wege zu gehen. Neben der Erprobung neuer Rollenverständnisse erscheint daher das neue Berufsbild der Community Health Nurse für das Gelingen einer integrierten, interprofessionellen Primärversorgung zentral zu sein.

Aus klinischer Sicht ist die Versorgung in umfassenderen Primärversorgungszentren mit einer höheren Zufriedenheit der Versorgten und besseren Versorgungsprozessen assoziiert (Carron et al. 2021). Ebenfalls gibt es Hinweise auf einen positiven Einfluss auf die Bevölkerungsgesundheit durch eine stärker interprofessionell organisierte Primärversorgung, auch wenn aufgrund der Vielfalt an Einflüssen die zu einem größeren Teil außerhalb des direkten Einflusses des Gesundheitssystems liegen, die Etablierung von Evidenz schwierig ist (Baker 2023). Eine Orientierung an den Bedarfen und Perspektiven im Sinne einer Community-Oriented Primary Care (Rhyne et al. 1998) ist aus den Erfahrungen der Autorinnen und Autoren dieses Beitrags hilfreich, wenn die Versorgungspraxis zielgerichteter gestaltet werden soll als bisher. Um die Gesundheit beeinflussende Lebensbedingungen in Stadtteilen adressieren zu können, bedarf es zusätzlich einer Gemeinwesenarbeit, die gemeinsam mit der lokalen Bevölkerung und den Versorgenden Bedarfe identifizieren und Interventionen entwickeln kann. Die direkte Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst über die lokale Vernetzungsstelle Prävention und der Gemeinwesenarbeit erleichtert die Aufnahme von Public Health Aspekten in die Versorgung und die Abstimmung mit städtischen Programmen.

Die bisherige Finanzierung der Poliklinik, die sich versatzstückartig aus den Zuständigkeiten unterschiedlicher Sozialgesetzbücher, kommunalen Mitteln, anderen öffentlichen Förderungen, Spendengeldern und Zuwendungen unterschiedlicher Stiftungen ergibt und zudem noch auf ein höheres Maß ehrenamtlichen Engagements angewiesen ist, ist für eine dauerhafte Implementierung nicht tragfähig. Eine Finanzierung von

Primärversorgungszentren müsste sich aus den Versorgungsbedarfen der lokalen Bevölkerung ergeben und auch den Aufwand für Koordinationsarbeiten und Management berücksichtigen (Gruhl 2022).

Problematisch wäre aus Sicht der Autorinnen und Autoren allerdings die Etablierung eines populationsbasierten Anreizmodells, das renditeorientierten Investoren die Möglichkeit bieten würde, die Primärversorgung entlang ihrer Geschäftsinteressen zu organisieren. Gerade vor dem Hintergrund der eindrücklichen Ungleichverteilungen von Versorgungsangeboten sowie der Unter-, Fehl- und Überversorgungen, die die bisherige Ökonomisierung im Gesundheitssystem hervorgebracht hat, stellen gemeinwohlorientierte Trägerstrukturen – wie gemeinnützige Vereine, Wohlfahrtsverbände oder auch die Kommunen selbst – die deutlich geeignetere Wahl dar.

Primärversorgungszentren bieten gegenüber den ebenfalls in der Diskussion stehenden Gesundheitskiosken den Vorteil, die medizinische Versorgung mit Beratungsangeboten unter einem Dach zu organisieren und die beteiligten Berufsgruppen in den ständigen direkten Austausch miteinander zu stellen. Die Evidenz für bessere klinische Outcomes ist auch für umfassendere Primärversorgungszentren höher (Michielsen et al. 2023). Zwar mögen Gesundheitskioske mit ihrer Verweisstruktur gegenüber der bisherigen Regelversorgung Vorteile für das Management komplexerer Versorgungsbedarfe bieten, der Ansatz der Primärversorgungszentren ist aber, wie hier dargestellt, deutlich umfassender und sollte aus unserer Sicht stärker verfolgt werden.

Die ersten in der Fachöffentlichkeit diskutierten Referentenentwürfe für ein Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2024) enthielten die Möglichkeit zur Schaffung von Primärversorgungszentren. Allerdings blieben diese Entwürfe durch die darin enthaltene Dominanz ärztlicher Berufsgruppen hinter internationalen Best-Practice-Beispielen und auch hinter den hier beschriebenen Erfahrungen mit dem Aufbau der Poliklinik Veddel zurück. Eine alleinige ärztliche Leitung von Primärversorgungszentren würde die Chance vergeben, gleichberechtigte interprofessionelle Teamkulturen nach internationalen Vorbildern aufzubauen und ein bedarfsgerechtes und leistungsstarkes Versorgungsmodell für die immer

komplexer werdenden Versorgungsbedarfe einer alternden Gesellschaft zu entwickeln. Auch hinsichtlich der bedarfsgerechten Finanzierung von Primärversorgungszentren würde es noch weitere Entwicklungsarbeit brauchen. In einer aktualisierten Version des Gesetzentwurfs sind sowohl die Primärversorgungszentren als auch die Gesundheitskioske nicht mehr enthalten (Stand: April 2024). Wie hier anhand eigener Erfahrungen und internationaler Beispiele dargelegt, wäre aber eine solche sozialgesetzbuchübergreifende Regelung im deutschen Gesundheitswesen erforderlich, um Primärversorgungszentren dauerhaft und in der Fläche etablieren zu können.

Zusammengefasst würden aus Sicht der Autorinnen und Autoren des Beitrags einige wesentliche Vorteile eines interprofessionellen Primärversorgungszentrums gegenüber der bisherigen Regelversorgung im ambulanten Gesundheitswesen wie folgt zu sehen sein:

- Patientinnen und Patienten mit gleichzeitig bestehenden und sich wechselseitig beeinflussenden sozialen, psychischen und gesundheitlichen Problemen können umfassender und adäquater versorgt werden.
- Die Zugangsbarrieren zu ambulanten Versorgungsangeboten und Beratungseinrichtungen könnten abgebaut und so könnte frühzeitiger interveniert werden.
- Bei besonders komplexen Versorgungsbedarfen kann eine Care Coordination bei der Navigation durch das fragmentierte Gesundheitswesen unterstützend tätig sein.
- Die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten und auch die Therapieadhärenz können erhöht werden, was langfristig auch zu besseren klinischen Outcomes führen könnte.
- Durch die Adressierung der verschiedenen Versorgungsbedarfe wird das Vertrauen der Nutzerinnen und Nutzer in die Versorgung erhöht, was die langfristige Bindung an das Zentrum erleichtern kann.
- Die flachen Hierarchien, das gemeinsame Verständnis der Versorgung und die wechselseitigen Einblicke in die Arbeitsweisen der unterschiedlichen Professionen führt zu einer Erweiterung des professionellen Erfahrungshorizonts und einer höheren Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten des Zentrums.
- Ressourcen im Gesundheitswesen könnten zielgerichteter und langfristig erfolgreicher eingesetzt und ein Beitrag zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten geleistet werden.

- Informationen aus der Versorgung können für zielgerichtete Interventionen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung genutzt werden, wie auch umgekehrt Bedarfe in der Community durch die Gemeinwesenarbeit identifiziert werden können, um wiederum Beratungs- und Versorgungsangebote anzupassen.
- Durch die Schaffung von Partizipationsmöglichkeiten in der Versorgung, Gemeinwesenarbeit und Bedarfsermittlung kann das Vertrauen in die Arbeit und die Verankerung des Zentrums im Stadtteil verbessert werden.
- Ein gegenseitiger Austausch und eine bessere Verzahnung mit kommunalen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und eine bessere Kooperation mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst kann gewährleistet werden.

## Limitationen

Die Ausführungen bestehen im Wesentlichen auf Bewertungen selbst erlebter Erfahrungen mit dem Aufbau eines interprofessionellen Primärversorgungszentrums im ambulanten Gesundheitswesen in Deutschland. Die Ergebnisse der Evaluation der lokalen Gesundheitszentren in Hamburg mit wissenschaftlichen Standards stehen zum aktuellen Zeitpunkt noch aus.

Die Veddel hat durch ihre Insellage und dem Vorhandensein interessierter lokaler Initiativen, die den Aufbau unterstützten, die Umsetzung eines Stadtteilgesundheitszentrums mit einem neuartigen Ansatz und Rollenverteilungen begünstigt. An anderen Orten mit einer anderen Bevölkerungsstruktur und anderen bereits bestehenden Versorgungsstrukturen mögen die Voraussetzungen unterschiedlich sein. Erfahrungen mit dem Aufbau anderer Primärversorgungszentren an verschiedenen Orten in Deutschland weisen aber auf die grundsätzliche Möglichkeit hin, Primärversorgungszentren im deutschen Gesundheitswesen fester zu etablieren (Robert Bosch Stiftung 2024).

## Schlussfolgerung

Primärversorgungszentren nach dem Ansatz der Weltgesundheitsorganisation bieten die Möglichkeit, auch im ambulanten deutschen Gesundheitswesen, eine umfassende Versorgung unterschiedlicher medizinischer, psychologischer und beratender Berufsgruppen unter einem Dach anzubieten. Sie gehen damit über die reine hausärztliche Versorgung wie auch das Angebot von reinen Beratungsinstitutionen hinaus.



Voraussetzungen sind ein gemeinsames Verständnis der interprofessionellen Versorgung mit einem gleichberechtigten und teamorientierten Miteinander der beteiligten Berufsgruppen. Die Ausgestaltung von Arbeitsabläufen, Rollenverteilungen und auch die Einbeziehung neuer Berufsbilder müssen weiter in der Praxis erprobt werden. Die Erhebung der lokalen Bedarfe der jeweiligen Bevölkerungen vor Ort und die partizipative Einbeziehung dieser in die Ausgestaltung eines Primärversorgungszentrums sind zu empfehlen. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen und eine bedarfsgerechte Finanzierung für derartige Primärversorgungszentren müssen erst noch geschaffen werden.

## Literatur

- Baker, R. (2023). *Primary Health Care and Population Mortality*. Boca Raton: CRC Press. doi: 10.1201/9781003355380.
- Beales, J., Walji, R., Papoushek, C. und Austin, Z. (2011). Exploring professional culture in the context of family health team interprofessional collaboration. In: *Health and Interprofessional Practice* (1), Artikel 1, eP1004. Online unter <http://commons.pacificu.edu/hip/vol1/iss1/4> (Download am 30. April 2024).
- BMSGPK – Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Hrsg.) (2024). Mehr Gesundheit durch eine gestärkte Primärversorgung. Online unter [www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-Primaerversorgung.html](http://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-Primaerversorgung.html) (Download am 10. April 2024).
- Brown, J. B., Ryan, B. L., Thorpe, C., Markle, E. K. R., Hutchison, B. und Glazier, R. H. (2015). Measuring teamwork in primary care: Triangulation of qualitative and quantitative data. In: *Families, systems & health: the journal of collaborative family healthcare* 33 (3). S. 193–202. doi: 10.1037/fsh0000109.
- Carron, T., Rawlinson, C., Arditi, C., Cohidon, C., Hong, Q. N., Pluye, P. et al. (2021). An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Effectiveness. In: *International journal of integrated care* 21 (2). S. 31. doi: 10.5334/ijic.5588.
- Cookson, R., Doran, T., Asaria, M., Gupta, I. und Mujica, F. P. (2021). The inverse care law re-examined: a global perspective. In: *The Lancet* 397 (10276). S. 828–838. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00243-9.

- Crabtree, B. F., Nutting, P. A., Miller, W. L., McDaniel, R. R., Stange, K. C., Jaen, C. R. und Stewart, E. (2011). Primary care practice transformation is hard work: insights from a 15-year developmental program of research. In: *Medical care* 49 Suppl (Suppl). S. 28–35. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181cad65c.
- DPR (2023). Zum Einsatz und der Zusammenarbeit von Community Health Nurses und Gesundheitslotsen in der regional orientierten Versorgung. Gemeinsame Erklärung vom Deutschen Pflegerat (DPR), Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) und Verband der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz (VdS). Online unter [https://deutscher-pflegerat.de/wp-content/uploads/2023/02/20230207\\_Erklaerung\\_DPR\\_DBfK\\_VdS\\_Gesundheitslotse\\_CHN\\_final.pdf](https://deutscher-pflegerat.de/wp-content/uploads/2023/02/20230207_Erklaerung_DPR_DBfK_VdS_Gesundheitslotse_CHN_final.pdf) (Download am 10. April 2024).
- Erhart, M., Hering, R., Schulz, M. und Stillfried, D. Graf von (2013). Morbiditätsatlas Hamburg. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. Berlin. Online unter [www.hamburg.de/contentblob/4133456/79754c10b6b5242fb2813e5c56e-dbf6d/data/morbidityatlas-anlage3.pdf](http://www.hamburg.de/contentblob/4133456/79754c10b6b5242fb2813e5c56e-dbf6d/data/morbidityatlas-anlage3.pdf) (Download am 7. November 2019).
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2023). NAVIGATION – Nachhaltig versorgt im gemeindenahen Gesundheitszentrum – Gesundheit im Zentrum. Innovationsausschuss. Online unter <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/navigation-nachhaltig-versorgt-im-gemeindenahen-gesundheitszentrum-gesundheit-im-zentrum.635> (Download am 10. April 2024).
- Gruhl, M. (2022). Voraussetzungen und Möglichkeiten der Implementierung und Ausgestaltung von Primärversorgungszentren im deutschen Gesundheitswesen. Eine Expertise im Auftrag der Robert Bosch Stiftung. Robert Bosch Stiftung (Hrsg.). Online unter [www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2022-05/Expertise\\_Prim%C3%A4rversorgungszentren\\_%20RobertBoschStiftung\\_April%202022.pdf](http://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2022-05/Expertise_Prim%C3%A4rversorgungszentren_%20RobertBoschStiftung_April%202022.pdf) (Download am 25. Oktober 2022).
- Grumbach, K. und Bodenheimer, T. (2004). Can Health Care Teams Improve Primary Care Practice? In: *JAMA* 291 (10). S. 1246–1251. doi: 10.1001/jama.291.10.1246.
- Ikar, N., Sommer, S., Schmidt, M., Löwe, C., Kasten, S., Gavrilov, B. et al. (2022). Unemployed individuals contact GPs more frequently but report lower satisfaction: results of the population-based DEGS1 and the GPCare-1 patient survey. In: *Scientific Reports* 12 (1). S. 6670. doi: 10.1038/s41598-022-10621-1.

- Iversen, L., Wolf-Ostermann, K. und Petersen-Ewert, C. (2022). Welche Aufgaben hat eine Community Health Nurse? In: Prävention und Gesundheitsförderung. doi: 10.1007/s11553-022-00961-1.
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2024). Materialien Gesundheitskioske. Online unter [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/materialien/gesundheitskioske/](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/materialien/gesundheitskioske/) (Download am 8. April 2024).
- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B. und Waldhauer, J. (2022). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Haring, R. (Hrsg.). Gesundheitswissenschaften. Berlin, Heidelberg. S. 159–168. doi: 10.1007/978-3-662-65219-0\_14.
- Michielsen, L., Bischoff, E. W. M. A., Schermer, T. und Laurant, M. (2023). Primary health-care competencies needed in the management of person-centred integrated care for chronic illness and multimorbidity: Results of a scoping review. In: BMC Primary Care 24 (1). S. 98. doi: 10.1186/s12875-023-02050-4.
- Nock, A. M., Iversen, L., Waidhas, L., Zapf, A., Seifert, C. und Petersen-Ewert, C. (2022). A Care Concept of Community Health Nursing Interventions for Adults With Chronic Health Conditions in an Urban Area: Protocol for a Randomized Controlled Field Trial (CoSta Study). In: JMIR Res Protoc 11 (9), e37965. doi: 10.2196/37965.
- Pham, T.-N. (2019). Interprofessionelle Primärversorgungsteams in der kanadischen Provinz Ontario. In: Ewers, M., Paradis, E. und Herinek, D. (Hrsg.). Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten. Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis. Weinheim. S. 170–185.
- Poliklinik Syndikat (2024). Konzept eines multiprofessionellen Stadtteilgesundheitszentrums. Online unter [www.poliklinik-syndikat.org/interessierte/publikationenb/strukturkonzept/](http://www.poliklinik-syndikat.org/interessierte/publikationenb/strukturkonzept/) (Download am 10. April 2024).
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J. und Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. In: Cochrane Database of Systematic Reviews (6). doi: 10.1002/14651858.CD000072.pub3.
- Rhyne, R., Bogue, R., Kukulka, G. und Fulmer, H. (Hrsg.) (1998). Community-oriented primary care. Health care for the 21st century. American Public Health Association. Washington, DC.

- Robert Bosch Stiftung (2024). PORT Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung. Online unter [www.bosch-stiftung.de/de/projekt/port-patientenorientierte-zentren-zur-primar-und-langzeitversorgung](http://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/port-patientenorientierte-zentren-zur-primar-und-langzeitversorgung) (Download am 10. April 2024).
- Schillen, P., Schmittgen, J. i. d., Danielzik, K., Hillal, E., Moebus, S. und Dehnen, A. (2023). Primärärztliche Versorgungsungleichheiten zu Ungunsten der Bevölkerung sozial benachteiligter Stadtgebiete – eine Fallanalyse am Beispiel der Stadt Essen. In: *Gesundheitswesen* 85 (12). S. 1131–1139. doi: 10.1055/a-2175-8290.
- Schoeb, V. und Staffoni, L. (2019). Interprofessionelle Zusammenarbeit im ambulanten Versorgungssektor. In: Ewers, M., Paradis, E. und Herinek, D. (Hrsg.). *Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten. Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis*. Weinheim. S. 186–200.
- Statistikamt Nord (2020). Hamburger Stadtteil-Profile. Berichtsjahr 2020. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein. Online unter [www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/NORD.regional/Stadtteil-Profile\\_HH-BJ-2020.pdf](http://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/NORD.regional/Stadtteil-Profile_HH-BJ-2020.pdf) (Download am 1. November 2022).
- Supper, I., Catala, O., Lustman, M., Chemla, C., Bourgueil, Y. und Letrilliart, L. (2015). Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. In: *Journal of public health (Oxford, England)* 37 (4). S. 716–727. doi: 10.1093/pubmed/fdu102.
- SVR (2014). Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.). Bonn/Berlin. Online unter [www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2014/Langfassung2014.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Langfassung2014.pdf) (Download am 10. April 2024).
- Wagner, E. H., Flinter, M., Hsu, C., Cromp, D. A., Austin, B. T., Etz, R. et al. (2017). Effective team-based primary care: observations from innovative practices. In: *BMC Family Practice* 18 (1). S. 13. doi: 10.1186/s12875-017-0590-8.
- WHO (1978). Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. World Health Organization. Online unter [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167\\_2](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2) (Download am 10. April 2024).

Zimmermann, T. (2023). Primäre Gesundheitsversorgung/Primary Health Care. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.). Online unter <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/primaere-gesundheitsversorgung-primary-health-care/> (Download am 10. April 2024).