

Primärversorgung der Zukunft ...

... aus Sicht der Fachpflege und Gesundheitswissenschaft

Prof. Dr. habil. Martina Hasseler

Gesundheits- u. Pflegewissenschaften, Forschungsprofessur

Ostfalia – Hochschule für angewandte Wissenschaften

AUS SICHT DER Gesundheitswissenschaft & Fachpflege - Nursingwissenschaft

Primärversorgung anders denken

Zwischen echtem Strukturwandel und dem
Festhalten am Gewohnten

oder

Die Hits der 🎵 50er, 60er, 70er, 80er, 90er, 2000er
🎵

***Motto: Alles bleibt beim Alten! Es muss alles
anschlussfähig bleiben u. so bleiben, wie es
ist!***

Prof. Dr. habil. Martina Hasseler, Gesundheits- u.
Pflegerwissenschaften, Forschungsprofessur



Primärversorgung



Pat. werden einem Team zugeordnet u. nicht einem einzelnen GP (Hausarzt/ärztin; Allgemeinarzt/Ärztin)



Das Modell von Gateway basiert auf einer kontinuierlichen, umfassenden primären Gesundheitsversorgung u. nicht auf episodischen Behandlungen einzelner Erkrankungen.



Das interprofessionelle Team der Klinik umfasst



Hausärztinnen u. Hausärzte



Nurse Practitioners



Examierte Pflegefachpersonen (Nurses! Und nicht irgendetwas mit



„Pflege“)



Apothekerinnen u. Apotheker



Ernährungsfachkräfte /Diätassistentinnen u. Diätassistenten



Sozialarbeiterinnen u. Sozialarbeiter

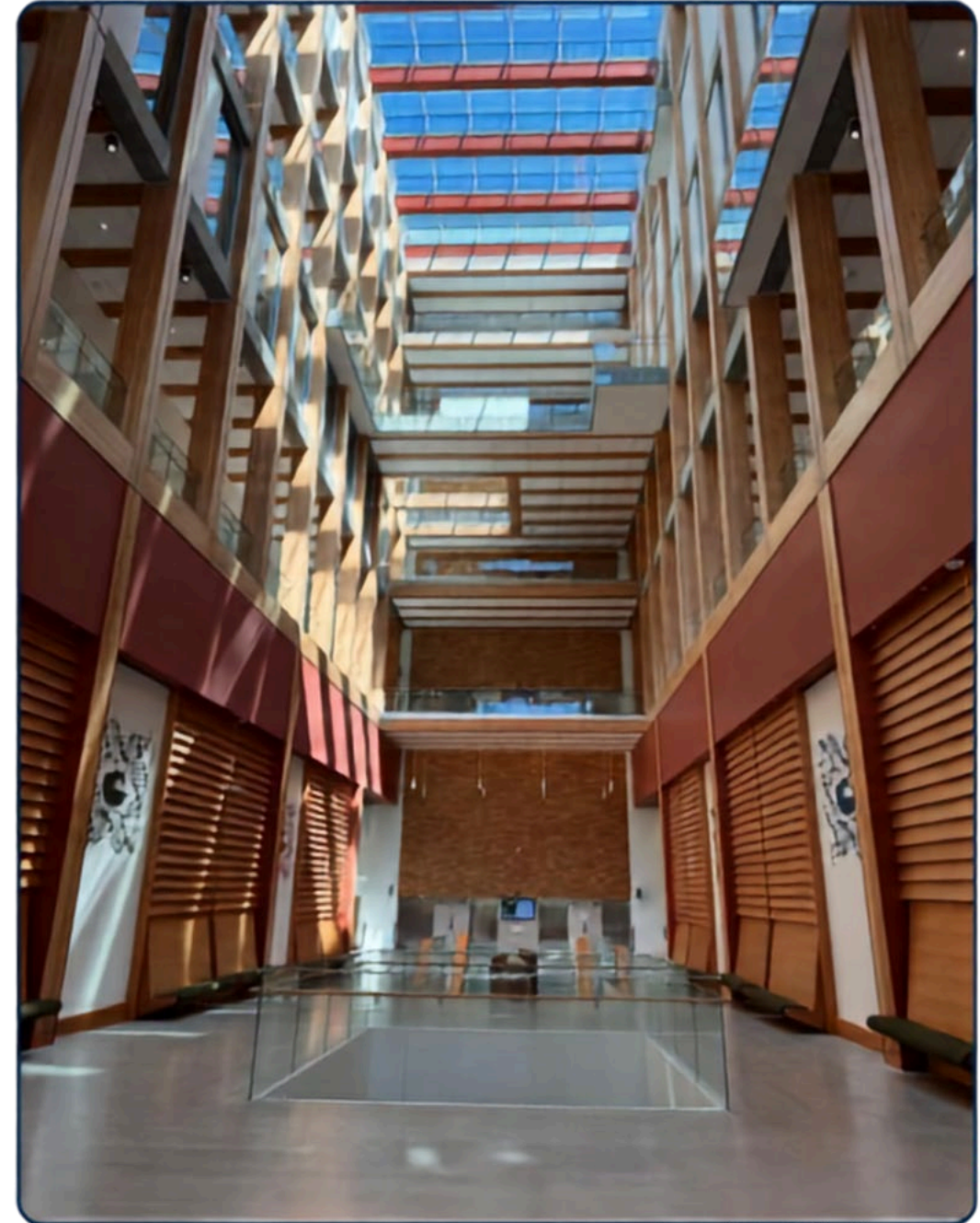


Physiotherapeutinnen u. Physiotherapeuten



Ergotherapeutinnen u. Ergotherapeuten

Klinische Bewegungsfachkräfte /Kinesiologinnen u. Kinesiologen



Aktueller Skill -Mix und Rollen der Berufsgruppen



Aktueller Skill -Mix

Gateway baut ein Team auf, das HausärztInnen Nurse Practitioners, Pflegefachpersonen (RN), ApothekerInnen, Ernährungsfachkräfte, PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, Klinische Bewegungsfachkräfte/KinesiologInnen sowie SozialarbeiterInnen

Der genaue VZA-Personalbestand (Vollzeitäquivalente) entwickelt sich während der klinischen Implementierung u. Rekrutierung fortlaufend weiterführen, da es ein lernendes Konzept ist; Personalannahmen sollen anhand tatsächlicher Nutzungs- u. Arbeitslastdaten überprüft und weiterentwickelt werden, statt sich ausschließlich auf traditionelle Verhältniszahlen von Fachkräften zu Patientinnen und Patienten zu stützen.



Rollen der verschiedenen Berufsgruppen

Gateway verfolgt ein komplementäres statt arztzentriertes Modell
interprofessioneller Versorgung/verwaltungspersonal

integraler Bestandteil des Versorgungsteams; umfassend medizinische Fachangestellte, Empfangs- u.

Verwaltungsunterstützung, Klinikleitung, Programmunterstützung sowie Unterstützung für Forschung und Evaluation

Diese Rollen tragen bei zu:

- Patientenregistrierung und Terminplanung
- Verwaltung eingehender Informationen
- Unterstützung der Patientenbindung
- Koordination von Überweisungen und Nachsorge
- Unterstützung der Teamkommunikation
- Aufrechterhaltung des Patientenflusses
- Identifikation administrativer Probleme, die die Versorgungskontinuität beeinträchtigen
- Unterstützung des Panel-Managements



HausärztInnen und Nurse Practitioners

HausärztInnen u. Nurse Practitioners leisten umfassende medizinische Primerherrschaft u. agieren im Rahmen ihres jeweiligen Tätigkeitsbereichs als primäerversorgung Fachkräfte.



Pflegefachpersonen (RN)

Pflegefachpersonen (RN) erbringen pflegerische Versorgung, Aufklärung, Monitoring, Unterstützung bei chronischen Erkrankungen, preventive Versorgung, Nachsorge u. Versorgungskoordination.



Apothekerinnen und Apotheker

ApothekerInnen tragen zur Medikamentenbeurteilung, Medikamentenoptimierung, medikamentenbezogenen „Aufklärung, Überwachung u. Entscheidungsumstellung im Bereich Medikation.



Ökotrophologinnen & Diätassistentinnen

Ernährungsfachkräfte adressieren ernährungsbezogene Gesundheitslagen u. bieten Beurteilung sowie therapeutische Ernährungsinterventionen an.



Sozialarbeiterinnen u. Sozialarbeiter

SozialarbeiterInnen befassen sich mit psychosozialen Bedarfen & Bedürfnissen, Systemnavigation, sozialen Determinanten von Gesundheit, beratungsbezogene Anliegen u. Anbindung an Gemeinschaftsressourcen.



Physiotherapeutinnen u. Physiotherapeuten

PhysiotherapeutInnen befassen sich mit Mobilität, Schmerzen, Funktion, Rehabilitation und körperlichen Beeinträchtigungen.



Ergotherapeutinnen u. Ergotherapeuten

ErgotherapeutInnen konzentrieren sich auf Funktion, Teilhabe an Alltagsaktivitäten, Umweltbarrieren, Anpassung u. Strategien zur Förderung der Selbstständigkeit.



Das Modell ist so gestaltet, dass die Berufsgruppen nicht nur Überweisungen/Rezepte/Anordnungen von ÄrztInnen entgegennehmen. Bedarfe eigenständig, tragen zu Entscheidungen bei u. steuern die Versorgung im Rahmen ihres jeweiligen fachlichen Tätigkeits

Teammitglieder identifizieren
ber eichs selbstständig.

Primärversorgung in



Innerhalb dieses Modells kann die Versorgung folgende Bereiche umfassen :



Prävention &
Gesundheitsförderun
g



Prävention &
Management
chronischer
Erkrankungen



Medikamenten -
management



Unterstützung bei
psychischer
Gesundheit &
psychosoziale
Unterstützung



Funktionelle
Assessmentverfahren
bzw.
Funktionsdiagnostik



Mobilität ,
Rehabilitation &
körperliche Aktivität



Ernährung



Früherkennungsunter -
suchungen / Screenings



Sexuelle &
reproduktive
Gesundheit im Rahmen
des primärärztlichen
Versorgungsauftrags



Versorgung akuter,
jedoch nicht
notfallmäßiger
Beschwerden



Koordination der
Versorgung von
Patientinnen & Patienten
mit mehreren chronischen
Erkrankungen



Unterstützung bei
sozialen Determinanten
von Gesundheit



Versorgungsplanung & Orientierung bzw. Navigation im
Gesundheitssystem

TEAMZUSAMMENSETZUNG, INTERPROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT, WORKFLOW UND PATIENTENPFADE

Der Weg der Patientin/des Patienten durch die Gateway

-Primäversorgung

Es gibt bewusst keinen einheitlichen Pfad für alle Gateway-PatientInnen

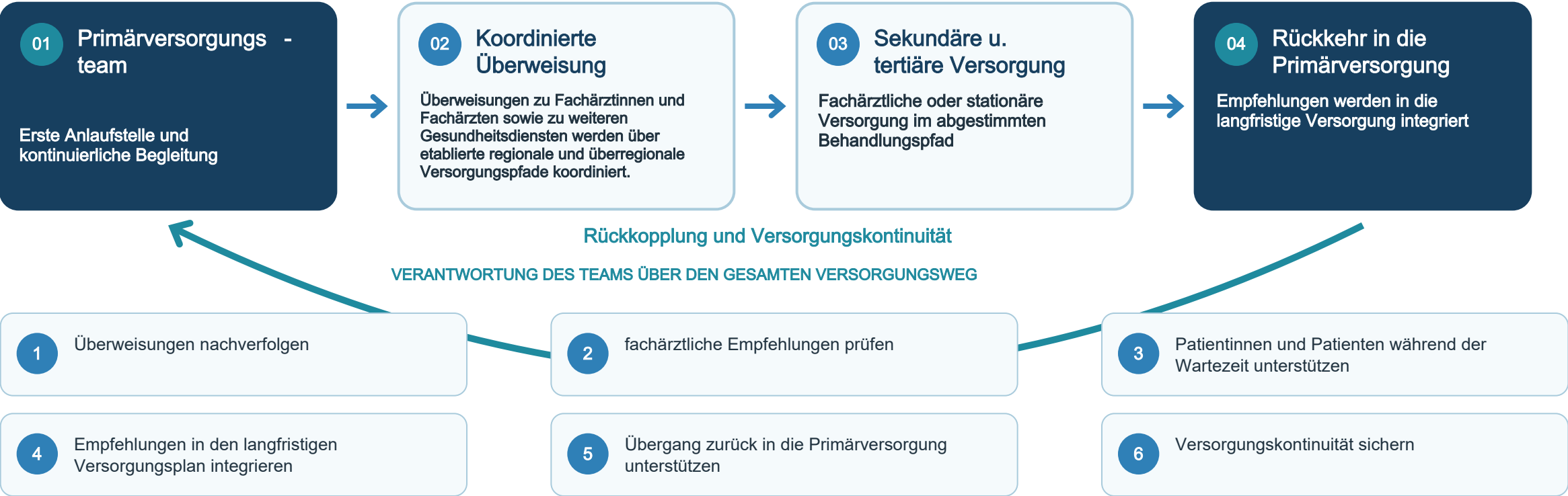
Die beteiligte Fachkraft richtet sich nach dem Grund des Besuchs, den klinischen Bedürfnissen, dem bestehenden Versorgungsplan und dem Tätigkeitsbereich der Teammitglieder.

Ein typischer Besuch kann Folgendes umfassen :

1	Ankunft und Anmeldung	Die Patientin bzw. der Patient wird vom Verwaltungspersonal begrüßt und angemeldet.
2	Erster klinischer Kontakt	Je nach Grund des Termins wird PatientIn zunächst von einem/r HausarztIn, einer Nurse Practitioner, einer Pflegefachperson (RN) oder einem anderen geeigneten Mitglied des interprofessionellen Teams gesehen.
3	Bedarfseinschätzung u. -identifikation	Die behandelnde Fachkraft beurteilt das vorliegende Anliegen sowie den umfassenderen Bedarf der Patientin/des Patienten. Das Team wird ermutigt, medizinische, funktionelle, medikamentenbezogene, psychologische, soziale, lebensstilbezogene und präventive Gesundheitsbedarfe zu berücksichtigen, statt sich ausschließlich auf die vorliegende Diagnose zu konzentrieren.
4	Einbindung des Teams	Wo eine andere Berufsgruppe sinnvoll beitragen kann, wird die Patientin/der Patient mit diesem Teammitglied verbunden. Dies erfolgt möglichst über eine direkte, persönliche Übergabe ("warm handoff"), statt die Patientin/ den Patienten das System eigenständig navigieren zu lassen.
5	Gemeinsamer Versorgungsplan	Die Teammitglieder tragen jeweils im Rahmen ihres eigenen fachlichen Tätigkeitsbereichs bei und arbeiten gemeinsam auf einen patientenzentrierten Versorgungsplan hin.
6	Nachsorge/Follow -up	Die Nachsorge kann durch die ursprünglich behandelnde Health Profession oder ein anderes Teammitglied erfolgen, je nachdem, was die Patientin/der Patient benötigt.

Die Zielsetzung besteht somit darin, sich von der Frage "Wem gehört diese Patientin/dieser Patient?" hin zur Frage "Welche Kombination von Teammitgliedern und Aktivitäten ist am besten geeignet, die Bedarfe der Patientin/des Patienten?" zu bewegen.

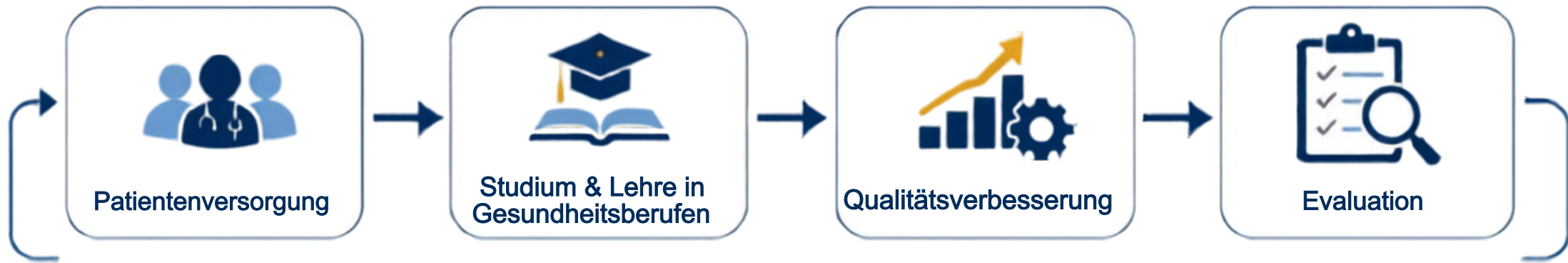
Zentrales Prinzip · Die Überweisung beendet nicht die Verantwortung des primärversorgenden Teams.



Primärversorgung in Kanada



Gateway Team-Based Care Teaching Clinic an der University of British Columbia



Primärversorgungsklinik wird als Prototyp dafür entwickelt, wie gezielte interprofessionelle Ausbildung in hochfunktionierende Teams der Primärversorgung integriert werden kann.



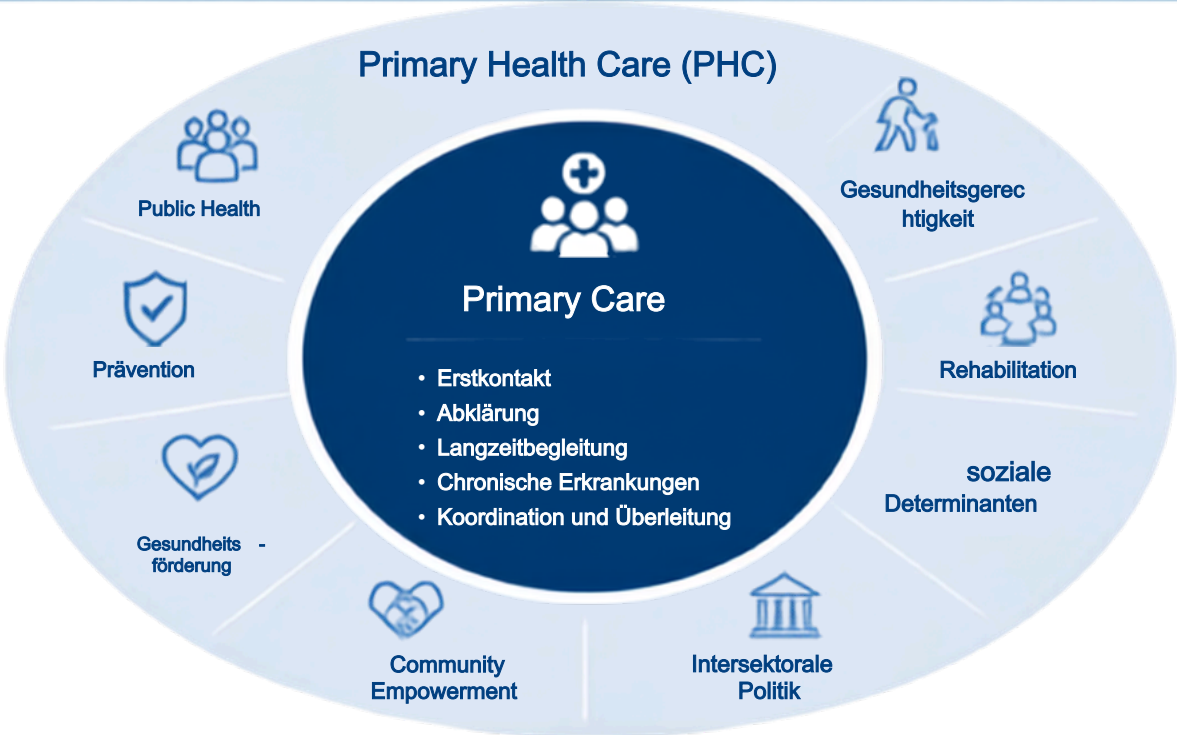
unter der Leitung einer Professorin für Nursing - die Pat. sterben deswegen nicht u. das Gesundheitssystem bricht deswegen nicht zusammen!



Primärversorgung im internationalen Verständnis



Wohnortnah, personenzentriert u. bevölkerungsbezogen: Primärversorgung fördert u. schützt die Gesundheit über den gesamten Lebensverlauf hinweg u. bietet eine verlässliche erste Anlaufstelle mit koordinierter Versorgung.



Alma -Ata 1978

zugängliche, sozial
akzeptable Versorgung unter
Beteiligung der Bevölkerung

Universal Health Coverage,
Gesundheitsgerechtigkeit,
Teilhabe u. lokale
Gesundheitsversorgung



Niedrig -
schwelliger
Zugang



Erstkontakt &
Lotsenfunktion



Kontinuität



Umfassendheit



Koordination
& Integration

Personen -,
Familien - &
Gemeindebezug



Prävention



Gesundheitsgerechtigkeit



Interprofessionalität



Versorgung dort, wo Menschen leben und arbeiten – zugänglich, kontinuierlich, umfassend,
koordiniert und personenzentriert.

Bedeutung für Fachpflege (Nursing) & Public Health

Primärversorgung als multiprofessionelle Infrastruktur

Pflegefachpersonen (Nurses) stärken Gesundheits- u. Krankheitsversorgung, Outcomes, Qualität, Kontinuität und Gesundheitschanceng



PRAXISBEZUG

Wenn Versorgung komplex wird

Ältere Person mit Diabetes, Herzinsuffizienz, eingeschränkter Mobilität und überforderten Angehörigen.

Gemeinsame Antwort: medizinische, fachpflegerische, präventive und soziale Angebote greifen ineinander.

MEDIZINISCH

Monitoring & Medikationsmanagement

PFLEGERISCH

Kontinuierliche Begleitung

PRÄVENTIV

Bewegung · Ernährung
Sturzprävention

SOZIAL

Angehörigen - und Sozialberatung

Deutschland und Primary Health Care: Primärarztsystem statt umfassender PHC?



Deutschland hat derzeit kein umfassend gesetzlich verankertes Primary -Health -Care-System internationalen Sinn.

Die politische Umsetzung zielt bislang vor allem auf ein verbindlicheres Primärarztversorgungssystem



Primärarztversorgung in statt Primärversorgung



Cure
规范治疗

Care
人文关怀

Collaboration
共同参与

In this together.

生命，共此时

 上海好望角医院
EvoHealth, Jing'an Campus

Der Flaschenhals der ärztlichen Versorgung wird enger - Strukturergelt im Vordergrund - aber nicht bedarfsangemessene Gesundheits- u. Krankheitsversorgung der Bevölkerung im Interesse der "Reformen"

Internationales Verständnis von Primärversorgung trifft auf fragmentierte Strukturen in DE

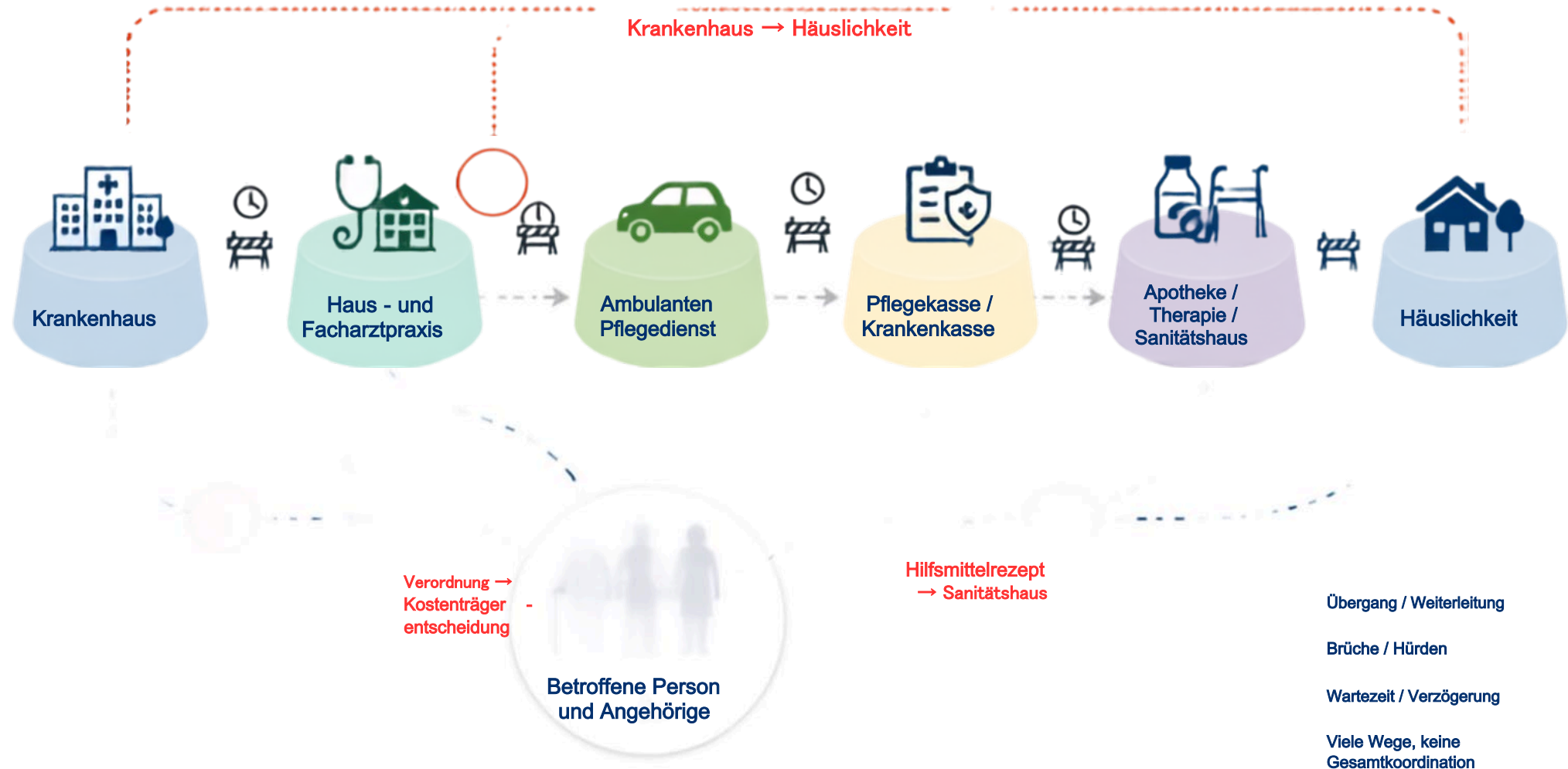
Deutschland: fragmentierte, sektorale Versorgung



Das System orientiert sich an Sektoren und Sozialgesetzbüchern – nicht konsequent an komplexen Bedarfen, an Qualität, an Outcomes und an der Gesundheit von Bevölkerungsgruppen.

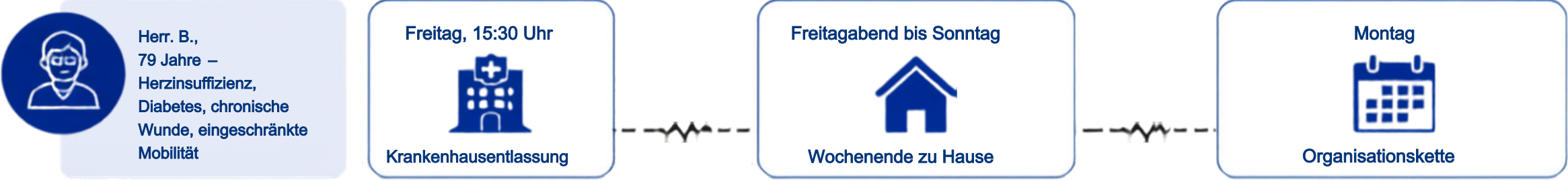
Die Realität der Versorgung in - fragmentiert, sektoriert, allein gelassen, hochschwellig

-  **fragmentiert**
viele Akteure und Zuständigkeiten
-  **sektoriert**
Trennung nach Einrichtungen u. Sozialgesetz - büchern
-  **allein gelassen**
Betroffene u. Angehörige koordinieren selbst
-  **hochschwellig**
Zugang über Verordnungen, Zuständigkeitsprüfungen und Kostenträgerentscheidungen



 **Die Versorgung erfolgt Zuständigkeiten – nicht den komplexen Bedürfnissen Menschen.**

Die Realität der Versorgung in – fragmentiert, sektoriert, allein gelassen, hochschwierig



Bei Entlassung erforderlich

- tägliche Pflege und Mobilitätshilfe
- Wundversorgung und Verbandmaterial
- Blutdruck, Gewichts- und Blutzuckerkontrollen
- Anpassung der Diöretiktherapie und Beobachtung von Ödemen, Dyspnoe und Gewichtszunahme
- häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V. muss rezeptiert u. genehmigt werden
- ambulante Pflege nach § 5 SGB XI - Grundpflege
- Hilfsmittel
- hausärztliche Weiterbehandlung

Was fehlt – kritische Lücken

- keine verbindliche Zusage eines Pflegedienstes für Grundpflege
- keine gesicherte Verordnung oder Vermittlung
- keine ausreichenden Medikamente für das Wochenende
- kein Verbandmaterial
- keine abgesicherte Anschlussversorgung

Ehefrau

- Medikamente dosieren
- Wunde versorgen
- Atemnot und Gewichtszunahme einschätzen
- Transfers sichern
- Flüssigkeit, Ernährung und Ausscheidung organisieren
- zuständige Telefonnummer finden



Keine bloße Organisationslücke , sondern ein Sicherheitsrisiko
Medikationsfehler • Wundkomplikationen • Dehydration • Stürze • erneute kardiale Dekompensation • ungeplante Wiederaufnahme

Der Übergang aus dem Krankenhaus ist ein Zeitpunkt erhöhter Vulnerabilität.

Fallbeispiel 2: Chronische Erkrankung und Therapieabbrüche



Frau K., 66 Jahre

- leicht allein
- Schlaganfall mit Hemiprese
- Pflegegrad 2 -3
- Wohnung nur mit erheblicher Hilfe verlassbar

Rehabilitation



Physio - und
Ergotherapie
verordnet



Verordnung
endet



VERSORGUNGSPAUSE



erneuter
Arztkontakt
nötig



Therapieplatz oder
Hausbesuch nicht
verfügbar



Therapeutischer Bedarf bleibt bestehen



Mobilität und Gleichgewicht



Selbstversorgung und Alltagsaktivitäten



Physiotherapie



Ergotherapie

Was unterbricht die Versorgung?



begrenzte Verordnung



erneuter Zugang zur Arztpraxis



Hausbesuch schwierig oder verzögert



begrenzte Therapieplätze und lange Wartezeiten



keine Hausbesuche durch die Therapieeinrichtung

Transport - und Mobilitätsbarrieren

Angehörige oder
Nachbar:innen

Fahrten

Telefonate

Terminorganisation

Antragskommunikation



Rechtliche Einordnung

Nicht pauschal: Nach sechs physiotherapeutischen Behandlungen muss die Krankenkasse nicht immer neu zustimmen. Heilmittel werden grundsätzlich ärztlich verordnet. Für bestimmte langfristige Erkrankungen gelten besondere Regelungen

Eine routineähnliche Einzelgenehmigung ist nicht bei jeder Folgerordnung erforderlich.

Versorgungspause

- Funktionsgewinne gehen teilweise verloren
- Gangunsicherheit und Sturzangst nehmen zu
- Rückzug und weniger Selbstständigkeit



Die Versorgung reagiert auf einzelne Verordnungsanlässe – statt Funktionsfähigkeit, Teilhabe, Sturzprävention und Erhalt von Selbstständigkeit langfristig systematisch zu steuern.

Der eigentliche Engpass liegt häufig in Zugang, Kapazitäten, Mobilität u. fehlender Koordination

– nicht allein in einer formalen Ablehnung durch die Krankenkasse.

Fallbeispiel 3: Mangelernährung und Dehydrationsrisiko zu Hause

Herr M., 87 Jahre • lebt allein



Demenz



chronische Niereninsuffizienz



eingeschränkte Mobilität



Pflegegrad 3



Tochter unterstützt mehrmals pro Woche, arbeitet Vollzeit



Ambulanter Pflegedienst: morgens kurz zur Medikamentengabe und Körperpflege; keine verbindliche Mahlzeitenbegleitung oder weitere Beobachtung

Schleichende Entwicklung – bei kurzen Versorgungsansätzen leicht unbemerkt



Trinken wird vergessen oder Durst nicht erkannt



Getränke nicht sicher zubereitbar; Küche nicht erreichbar



Einkaufen, Kochen und Zubereite gelingen nicht



Gewichtsverlust und weniger Nahrung



Schwäche, Verwirrtheit, Obstipation und erhöhtes Sturzrisiko

Versorgungslücke



Veränderungen werden spät bemerkt



Tochter kann sie nicht klinisch einordnen



kein geplanter hausärztlicher Kontakt



Praxis nicht erreichbar



kein regelmäßiger Hausbesuch



Klinisch relevante Risiken

Infektanfälligkeit

verzögerte Wundheilung

Delir

Stürze

Muskelabbau

Arzneimitteler -
träglichkeit

Hospitalisierung

Was müsste kontinuierlich eingeschätzt werden?

Gewichtsverlust u. Trinkmenge

Kognition u. Mobilität

Hautintegrität u. Ausscheidung

Schmerz, Atemnot und Stürzeereignisse

Fähigkeit zur Medikamentenselbstverwaltung

Das zentrale Defizit ist die fehlende kontinuierliche Einschätzung des Gesundheitszustands.

Ohne ausreichend involvierte Pflegefachperson, aufsuchende medizinische Versorgung und systematische Anleitung der Angehörigen bleibt die Verschlechterung oft lange unsichtbar.

Fallbeispiel 4: Hilfsmittel als verzögerte Voraussetzung für Sicherheit

 **AUSGANGSLAGE**



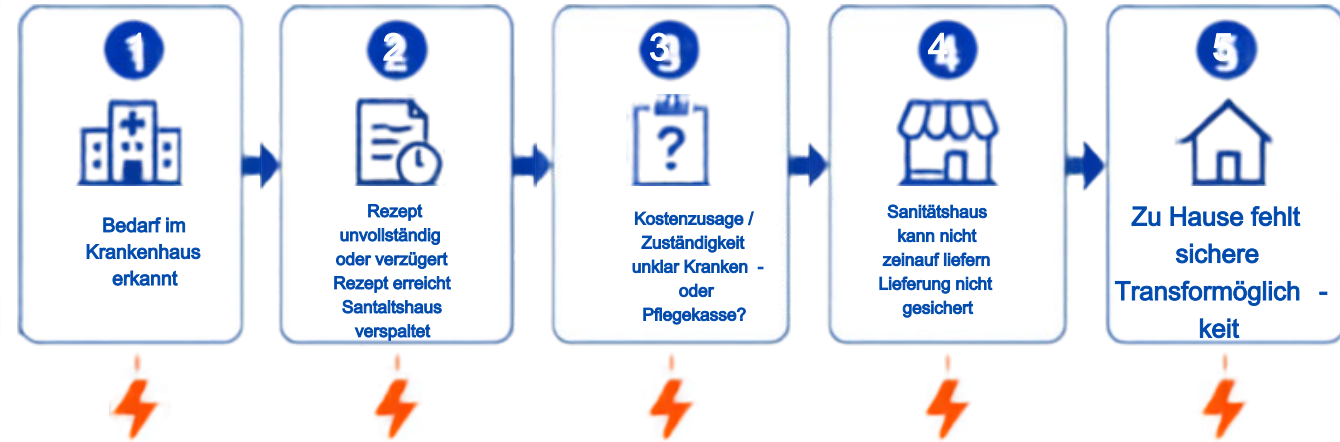
Frau S., 82 Jahre • Pflegegrad 3 • hüftnahe Fraktur • Entlassung nach Hause



Benötigt: Pflegebett • Rollstuhl • Toilettensitzerhöhung • Transferunterstützung



Ehemann selbst gesundheitlich eingeschränkt



 **KONSEQUENZ ZU HAUSE**



- Ehemann setzt Frau S. allein um
- Überlastung, Schmerzen und Sturzgefahr
- gegebenenfalls Rettungsdienst

WARUM DAS HILFSMITTEL ENTSCHEIDEND IST



Pflegebett • sichere Lagerung

Transferhilfe • sicherer Toilettengang

Rollstuhl / Mobilitätshilfe • Therapie und Arztbesuche ermöglichen

Ein Hilfsmittel ist keine bloße Sachleistung. Es ist eine Voraussetzung für sichere Pflege, Mobilität, Selbstständigkeit und die Entlastung Angehöriger.

Eine Verordnung allein garantiert noch keine Lieferung und keine personelle Unterstützung.

Im Entlassmanagement gehört die Hilfsmittelverordnung nach der Bedarfsprüfung zur Sicherung der nahtlosen Versorgung in den ersten sieben Tagen.

Gesundheitswissenschaftliche Einordnung

Versorgung muss am Patientenpfad organisiert, an Bedarfen werden



1. Systemische Fragmentierung

Versorgung ist fragmentiert, sektoriert, für viele Menschen schwer zugänglich. Sie orientiert sich häufig an beruflich abgegrenzten Zuständigkeiten, Hierarchien, Vorgaben der SGBer sowie Interessen. Einflussstrukturen der Selbstverwaltung u. weiterer Akteure – und damit nicht ausreichend am komplexen Bedarf von Menschen mit Multimorbidität. Unter-, Fehl- u. Minderversorgung werden bislang überwiegend aus der Perspektive der ärztlichen Versorgung betrachtet und entsprechend zu regeln versucht. Bedarfsangemessene Gesundheits- u. Krankheitsversorgung multi- u. interprofessionell eingeschätzt u. Interventionen geplant u. umgesetzt in DE bedeutungslos.



2. Kritische Übergänge

Krankenhausentlassung, das Ende von Verordnungen u. Übergänge zwischen Sektoren sind Phasen erhöhter Vulnerabilität; fehlendes bedarfsangemessenes Übergangsmanagement kann Patientensicherheit gefährden.



3. Koordination als Versorgungsleistung

Fehlende Schnittstellenkoordination, lineare hochschwellige auf akute Geschehen ausgerichtete Versorgung, nicht gesicherte Anschlussversorgung, Wartezeiten, verzögerte Hilfsmittelversorgung erzeugen Risiken wie Medikationsfehler, Stürze, Dehydration, Wundkomplikationen, ungeplante Wiederaufnahmen, Verschlechterung der Gesundheits- u. Krankheitssituationen



4. Unsichtbare Verlagerung von Verantwortung

Angehörige werden faktisch zu Fallmanagerinnen u. Fallmanager u. übernehmen Terminorganisation, Anträge, Beobachtung, Widersprüche, Versorgung, ohne systematisch als Teil des Versorgungssystems unterstützt zu werden - ohne das Wissen zu haben, bei fehlender Health Literacy - mit sehr hohem Aufwand



Gesundheitswissenschaftliche Schlussfolgerung

Erforderlich sind kontinuierliche professionelle Assessments, daraus abgeleitete Maßnahmen/Interventionen, verbindliche Handoffs, interprofessionelle Zusammenarbeit, geteilte Verantwortung, sektorenübergreifende Koordination, verlässliches Entlass- u. Übergangsmanagement sowie eine konsequente Orientierung am individuellen Versorgungspfad - also richtige Primäerversorgung u. kein Primärarztsystem

Vom veralteten sowie fragmentierten System zur bedarfsgerechten Primärversorgung

Primärversorgung erfüllt Bedarfe erst dann, wenn **Verantwortung, Ressourcen und Steuerung am Lebensalltag & an Bedarfen der Menschen** ausgerichtet werden – nicht an Sektorengrenzen, Einzelleistungen oder hierarchischen Zuständigkeiten u. Berufsgruppenabgrenzungen



1. Verbindliche Versorgungskontinuität

Feste Ansprechpersonen , koordinierte Übergänge u. klare Verantwortung über Entlassung , Verordnung und Nachsorge hinweg .



2. Multiprofessionelle Teams mit erweitertem Pflegefachprofil (Nursing, NP)

Hausärztliche Versorgung , Pflegefachpersonen bzw. Community Health Nurses, Therapie , Soziale Arbeit u. Verwaltung arbeiten mit klaren Rollen und gemeinsamen Versorgungszielen .



3. Proaktive , aufsuchende u. populationsbezogene Versorgung

Menschen mit erhöhtem Risiko früh erkennen , aktiv kontaktdieren u. bei Bedarf im häuslichen Umfeld begleiten , statt erst auf Krisen oder Wiederaufnahmen zu reagieren .



4. Partizipation , Gesundheitskompetenz u. Angehörigenunterstützung

PatientInnen u. Angehörige als Partner einbeziehen , verständlich informieren u. Überforderung durch Beratung , Anleitung u. Entlastungsangebote vermeiden .



5. Soziale Bedarfe als Teil der Versorgung

Wohnen , Mobilität , Einkommen , Einsamkeit u. digitale Zugänge systematisch erfassen und mit kommunalen Unterstützungsstrukturen verbinden .



6. Finanzierung und Qualität an Outcomes ausrichten

Nicht nur Einzelleistungen , sondern umfassende interprofessionelle Gesundheits -/Krankheitsversorgung , Selbstständigkeit , Lebensqualität . Teilhabe , vermeidbare Krankenhausaufnahmen u. Belastung Angehöriger berücksichtigen .



Gesundheits - u. nursingwissenschaftliche Schlussfolgerung
Bedarfsorientierte Primärversorgung ist kein zusätzliches Angebot , sondern eine strukturelle Neuordnung :

- vom reaktiven Behandeln einzelner Probleme hin zum kontinuierlichen , koordinierten u. gemeinsam verantworteten Versorgen
- Orientierung: integrierte , personenzentrierte Primärversorgung ; multiprofessionelle Teams unter Einbezug aller relevanten Gesundheitsfachberufe (akademisch qualifiziert , mit eigenen gesetzlich definierten Aufgabenbereichen , die finanziert sind)

Besten Dank für Ihre Aufmerksamkeit



m.hasseler@ostfalia.de



[www.martina -hasseler.com](http://www.martina-hasseler.com)