

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

Gesundheitszentren in Spanien (Centros de Salud)



# 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 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 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 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 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.



# Gesundheitszentren in Spanien (Centros de Salud)

Kerstin Hämel, Carina Vössing

Zu den Besonderheiten der spanischen Gesundheitszentren gehört der hohe Stellenwert von Teamarbeit. Regelmäßige Treffen und gemeinsame Aktivitäten der Gesundheitsprofessionen werden in einigen Zentren offensiv genutzt, um den Austausch zu stärken, die Versorgungsqualität zu reflektieren und neue Wege der Arbeitsteilung zu beschreiten. Zudem hat die Kooperation mit Fachärzten und Krankenhäusern hohe Bedeutung. Sie wird durch Nutzung digitaler Technologien unterstützt, die die Kooperation aller Beteiligten erleichtern.<sup>1</sup>

## Die Stellung der Zentren im spanischen Gesundheitssystem

- Die Gesundheitszentren wurden in den 1980er-Jahren eingeführt; von Beginn an spielte der Aufbau multiprofessioneller Teams eine wichtige Rolle.
- Seit 2003 sind die Primärversorgungsteams flächendeckend etabliert (Gené-Badia et al. 2008: 2).
- Heute existieren 3.023 Gesundheitszentren mit 10.081 Stationen (MoHSE 2015: 9).
- **Professionenmix:** Allgemeinmediziner, Pädiater, hochschulisch qualifizierte Pflegenden; teils Physiotherapeuten, Hebammen, Zahnärzte, Sozialarbeiter (je nach Region).
- **Leitbild:** teambasierte Versorgung, Herstellung von Versorgungskontinuität durch Abstimmung und Koordination.

## Entwicklungen und Trends

- Weiterentwicklung der Rollen und Aufgaben der Professionen im Team.
- Intensivierung der Kooperation zwischen den Zentren und anderen Versorgungsbereichen.
- Nutzung digitaler Technologien: Elektronische Patientenakte und E-Konsultation.

<sup>1</sup> Die Darstellungen basieren auf einer Literaturanalyse, telefonischen Experteninterviews und auf vertiefenden Analysen, die in vier Gesundheitszentren und ihnen angeschlossenen Zweigstellen im Baskenland und in Katalonien durchgeführt wurden. Insgesamt wurden 19 leitfadengestützte Experteninterviews, 7 Begehungen (Beobachtungen) in den Zentren, 2 Gruppendiskussionen und 3 Präsentationen aufgezeichnet, transkribiert bzw. zusammengefasst und inhaltsanalytisch ausgewertet. Eine detaillierte Beschreibung des methodischen Vorgehens findet sich bei Hämel und Vössing (2017).

# 1. Hintergründe und Ausgangssituation der Zentren

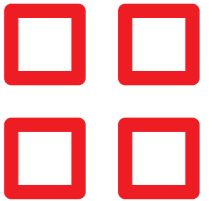
Mit dem Ende der Franco-Diktatur erfolgte in Spanien in den 1980er-Jahren auch ein Umbau des Gesundheitswesens. An die Stelle eines Sozialversicherungssystems trat ein steuerfinanziertes, staatliches Gesundheitssystem (Gené et al. 1996: 38). Zugleich wurden neue Prioritäten gesetzt: Über Jahrzehnte hinweg waren Investitionen einseitig in die technologische Entwicklung des Krankenhauses geleitet worden. Mit dem Aufbau von Gesundheitszentren sollte demgegenüber – so das Ziel der Reform – die wohnortnahe Primärversorgung in den Städten und Gemeinden ausgebaut und gestärkt werden (Borkan et al. 2010: 1432-3; García-Armesto et al. 2010: 40-1).

Kernstück der Reform war die Zusammenarbeit verschiedener Professionen in multiprofessionellen Teams (García-Armesto et al. 2010: 201). Sie wurden für notwendig erachtet, um das auf Kuration verengte Versorgungsverständnis überwinden zu können und eine umfassende ambulante Grundversorgung zu verankern. Sie sollte neben medizinisch-kurativen Maßnahmen auch Gesundheitsförderung und Prävention wie auch Pflege und Rehabilitation umfassen und damit den veränderten Gesundheitsproblemen der Bevölkerung gerecht werden (Borkan et al. 2010: 1434; López 2011: 1722).

Die Akzentuierung der teambasierten Versorgung hat sich bewährt, denn die Teams haben immer wieder Impulse für die Weiterentwicklung der Versorgung gesetzt und dazu beigetragen, dass Spanien heute in internationalen Vergleichen als Land mit starker Primärversorgung bezeichnet wird. Weitere wichtige Merkmale der Zentren sind eine gute Erreichbarkeit und Zugänglichkeit, ein hohes Maß an Koordination sowie die Fähigkeit, eine kontinuierliche Versorgung der Patienten zu ermöglichen (Kringos et al. 2013; Borkan et al. 2010).



# 2. Charakteristika und Leistungsspektrum der Zentren



Die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung ist in Spanien regionalisiert (García-Armesto et al. 2010: xxii).<sup>2</sup> Die meisten Gesundheitszentren sind Teil des staatlichen Gesundheitswesens und werden von den Gesundheitsdiensten der 17 Autonomen Gemeinschaften Spaniens, z. B. dem Baskischen Gesundheitsdienst ‚Osakidetza‘ oder dem Katalanischen Gesundheitsdienst ‚CatSalut‘ in öffentlicher Trägerschaft betrieben. Daneben findet sich ein kleiner Anteil an privaten Gesundheitszentren, die insbesondere in Katalonien etabliert sind (García-Armesto et al. 2010: 64; Gené-Badia et al. 2007: 58).

Charakteristisch für die Zentren ist, dass sie ihr Angebot strikt am Bedarf der Bevölkerung in der jeweiligen Region und ihren Gemeinden ausrichten (Dedeu et al. 2015: 216). Für die Planung von Niederlassungen gilt der Richtwert, dass alle Bürger innerhalb von möglichst 15, maximal aber 30 Minuten, ein Zentrum erreichen können (García-Armesto et al. 2010: 11). Die Bürger sind frei in der Entscheidung, welches Gesundheitszentrum sie aufsuchen (Kringos et al. 2015: 80).

Um auch in ländlichen Gemeinden gut vertreten zu sein, betreiben die Zentren oft Zweigstellen (Consultorios), in denen zumindest ein Hausarzt, eine Pflegende und eine Verwaltungskraft ansässig sind (ebd: 114).

Die Zentren stehen in engem Austausch mit den Gemeindeverwaltungen. Diese unterstützen die Zentren teilweise aktiv – z. B. dergestalt, dass sie die Niederlassungen durch Bereitstellung von Räumlichkeiten fördern.

In der Regel werden die Zentren durch einen Arzt geleitet, der für diese Funktion zum Teil von den Aufgaben in der Patientenversorgung freigestellt ist (García-Armesto et al. 2010: 114). Im Unterschied zu Schweden, Brasilien oder auch Kanada sind Pflegende selten in Leitungsfunktion anzutreffen. Aber inzwischen ändert sich dies – besonders in ländlichen Regionen.

Zu den Nutzern der Zentren gehören alle Bevölkerungsgruppen. Die Angebote im Zentrum umfassen individuelle Konsultationen und Gruppenkurse, z. B. zum Umgang mit Diabetes oder zur Stärkung der psychischen Gesundheit. Für Frauen, Kinder, Jugendliche wie auch für ältere Menschen werden spezielle Angebote vorgehalten (García-Armesto et al. 2010: 197). Hausbesuche genießen einen hohen Stellenwert, sodass auch die Primärversorgung immobiler Menschen gesichert ist. Ergänzend bieten die Professionen Gesundheitsbildung und -förderung in der Gemeinde, insbesondere in Schulen an.

<sup>2</sup> Auf nationaler Ebene werden Rahmengesetze, strategische Ziele und Mindeststandards für die Gesundheitsversorgung definiert, die 17 Autonomen Gemeinschaften Spaniens sind zuständig für die Gesetzgebung, Planung und Durchführung der Gesundheitsversorgung in ihrem Gebiet (García-Armesto et al. 2010: 111).

Die Teams setzen sich aus Hausärzten (Fachärzte für Allgemein- und Familienmedizin), Pädiatern und hochschulisch qualifizierten Pflegenden für die pädiatrische und für die allgemeine Versorgung zusammen. Insbesondere Pflegende haben mit dem Aufbau der Gesundheitszentren erstmals eine eigenständige Position in der Primärversorgung in Spanien erhalten. Dafür braucht es qualifizierte Fachkräfte.

Seit 1977 ist die Pflegeausbildung in Spanien vollständig akademisiert worden und wird an Universitäten angeboten. Seit 1990 sind Community Nursing und gerontologische Pflege verpflichtende Inhalte der primärqualifizierenden Pflegestudiengänge. Analog zur fachärztlichen Weiterbildung in der Allgemein- und Familienmedizin wurde für Pflegende eine Weiterbildung in der Primärversorgung im Jahr 2005 eingeführt

(Dedeu et al. 2015: 255; López 2011; Zabalegui Yarnoz 2002: 313).

Die weitere Zusammensetzung der Teams variiert zwischen den 17 Autonomen Gemeinschaften Spaniens<sup>3</sup>: häufiger sind Physiotherapeuten, Hebammen, Zahnärzte und Sozialarbeiter beteiligt. In allen Landesteilen unterstützen zudem Pflegehilfskräfte und Verwaltungskräfte die Arbeit in den Gesundheitszentren (Dedeu 2015: 257; Borkan et al. 2010: 1434).

Um einen effektiven Ablauf zu sichern, wurde in den Zentren ein zentraler Empfangsbereich eingerichtet. Die dort tätigen Verwaltungskräfte ermöglichen eine abgestimmte Terminplanung und -koordination für die Patienten. Einzelne Zentren haben begonnen, ein Triage-System einzuführen, um die Dringlichkeit eines Anliegens einschätzen und entscheiden zu können, ob zuerst ein Arzt oder eine Pflegende konsultiert werden sollte.

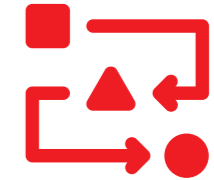


<sup>3</sup> Die Autonomen Gemeinschaften haben unterschiedliche Modelle etabliert. Beispielsweise sind Physiotherapeuten in Katalonien nicht in den Gesundheitszentren, sondern in sogenannten Rehabilitationsteams angesiedelt; dies wird von einigen Experten als problematisch angesehen.

### Arbeitsteilung von Medizin und Pflege

In den Gesundheitszentren hat jeder Patient direkten Zugang zu seinem persönlichen Hausarzt und seiner persönlichen Pflegenden (Dedeu et al. 2015: 258; Contel und Badia 1998: 42). Hausärzte und Pflegende führen ihre eigenen Patientenlisten, denn auch hier gilt für die Patienten die freie Wahl, allerdings arbeiten Arzt und Pflegende vielerorts als Tandem.

Die Kooperation und Aufgabenteilung zwischen Medizin und Pflege hat sich über die Jahre weiterentwickelt und basiert heute möglichst auf dem Prinzip der geteilten Verantwortung und Ergänzung unterschiedlicher Expertisen (Hämel und Vössing 2017). Der Hausarzt versorgt primär Patienten mit Akutkrankheiten und Menschen mit chronischer Krankheit während instabiler und krisenhafter Krankheitsphasen. Pflegende sind zentrale Ansprechpartner in den stabilen Phasen und stellen regelmäßige Kontrolluntersuchungen und eine engmaschige Begleitung von Menschen mit chronischen Krankheiten sicher (Dedeu et al 2015: 257; López 2011: 1722). Sie haben außerdem besondere Verantwortung für Maßnahmen der Prävention und der Gesundheitsbildung und -förderung im Gesundheitszentrum, die sie in individuellen Patientenkonsultationen und in Gruppenkursen verankern. Durchschnittlich führen die Ärzte 5,2 und die Pflegenden 2,9 Konsultationen pro Patient und Jahr durch (MOHSE 2015: 10).



In ihrem Aufgabengebiet entscheiden Pflegende eigenständig (Dedeu et al., 2015). Sie können beispielsweise bei Kontrolluntersuchungen Bluttests anordnen und selbstständig auswerten oder auch Ultraschalluntersuchungen durchführen. In einer komplementären Funktion zu den Hausärzten führen Pflegende ein umfassendes Assessment der gesundheitlichen und sozialen Situation durch, betrachten dabei auch den Lebensstil und das gesundheitsbezogene Verhalten. Auf dieser Basis können sie auf die individuelle Situation zugeschnittene Beratung leisten und die Kompetenzen der Patienten im Umgang mit der Krankheit stärken.

Die Kenntnis der Diagnosen und durchgeführten Maßnahmen der Pflegenden sind für die Hausärzte von großer Wichtigkeit; umgekehrt sind die Diagnosen und Behandlungspläne der Ärzte für die Arbeit der Pflegenden essentiell. Über die elektronische Patientenakte können diese Informationen gegenseitig eingesehen werden. Steigt die Komplexität des Bedarfs wird die Zusammenarbeit intensiviert und erfolgt meist auch eine gemeinsame Abstimmung des Behandlungsplans (Dedeu et al. 2015; Hämel und Vössing 2017). Wenn es indiziert ist, können weitere Professionen hinzugezogen werden, so beispielsweise die Sozialarbeiter des Zentrums, die die Organisation von weiteren Hilfen unterstützen (García-Armesto et al. 2010: 197).

**E-Konsultationen mit Fachärzten und Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus**

Die Bedeutung der Zentren als Anlaufstelle für die Patienten wird dadurch unterstrichen, dass sie die gesamte Versorgung koordinieren und Gatekeeping Funktion übernehmen, also andere Dienste hinzuziehen. So ist etwa der Hausarzt Gatekeeper zu Fachärzten. Um unnötige Überweisungen und kostenintensive (Doppel-)Untersuchungen zu vermeiden und belastende Wege für die Patienten zu reduzieren, werden heute vermehrt E-Konsultationen mit Fachärzten durchgeführt.

In zunehmend mehr Gesundheitszentren werden die Fachärzte heute über die elektronische Patientenakte kontaktiert, damit diese Untersuchungsergebnisse oder auch Bildmaterial vor dem Hintergrund der Patientenhistorie prüfen können, so z. B. bei Hautveränderungen, chronischen Wunden oder Verdacht auf diabetische Retinopathie. Nach kurzer Zeit geben diese den Hausärzten bzw. Pflegenden eine Empfehlung für die weitere Behandlung oder einen Hinweis, ob eine Überweisung und eingehendere fachärztliche Untersuchung angezeigt ist. Auf diese Weise wird die Kompetenz der Hausärzte und Pflegenden gestärkt und zugleich erhalten sie eine entlastende ‚Rückversicherungsinstantz‘.

In den letzten Jahren wurde darüber hinaus vielerorts die sektorenübergreifende Kooperation und Koordination zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ausgebaut. Um sie zu erleichtern, wurde beispielsweise im Baskenland die organisatorische Integration der Gesundheitszentren und Krankenhäuser vorangetrieben (Polanco et al. 2015: 2). Besonders bei der Versorgung schwerkranker Patienten wird eine verbesserte Koordination für wichtig erachtet, denn viele dieser Patienten sind durch den steten Wechsel der Behandlung im Gesundheitszentrum und im Krankenhaus stark belastet (Jauregui et al. 2016).



Ein Modellprogramm im Baskenland dient der Stabilisierung der häuslichen Versorgung schwerkranker Menschen: es wurde ein sektorenübergreifendes Behandlungsteam, das sich aus Internisten und Pflegenden des Krankenhauses sowie Hausärzten, Pflegenden und Sozialarbeitern des Gesundheitszentrums zusammensetzt, gebildet. Aufgabe des Teams ist es, Risikopatienten zu identifizieren und engmaschig zu begleiten. Eine Pflegende besucht die Patienten regelmäßig zu Hause und koordiniert – falls nötig – die Beteiligung der anderen Professionen. Ist ein Krankenhausaufenthalt nicht vermeidbar, werden die Patienten dort im Rahmen eines beschleunigten Verfahrens aufgenommen und gemäß ihrer Krankheitsgeschichte optimaler versorgt. Das Team trifft alle zwei Wochen zusammen, um Fälle zu besprechen und auszuloten, wie die Versorgung zwischen Zentrum und Krankenhaus ohne Brüche sichergestellt werden kann. Das Gesundheitszentrum kann so einen Teil der Verantwortung an das sektorenübergreifende Team abgeben (Jauregui et al. 2016).

**Elektronische Patientenakte erleichtert die Kommunikation und die Kooperation**

Durch die elektronische Patientenakte sind der Informationsaustausch und die Kooperation deutlich einfacher geworden. Die elektronische Patientenakte wird bereits seit 2007 in annähernd allen Zentren verwendet. In der Akte sind die Patientenhistorie, Medikamenteneinnahme und Ergebnisse diagnostischer Tests hinterlegt (Borkan et al. 2010: 1436). Die Zugriffsmöglichkeiten unterscheiden sich je nach Profession und Verantwortungsbereich. Auch Patienten können ihre Akte einsehen, jedoch nicht die von den Professionen hinterlegten Kommentare. Jeder Zugriff wird registriert und abgespeichert. Auch dies gilt als wichtig für den transparenten und sicheren Umgang mit patientenbezogenen Daten.



Die elektronische Patientenakte kann zugleich zur Messung der Team-Performanz in den Zentren genutzt werden. In einigen Systemen sind Sollwerte hinterlegt und durch ein Ampelsystem wird den Teams angezeigt, ob sie beispielsweise eine erwartbare Mindestanzahl an Konsultationen geleistet oder überdurchschnittlich viele Medikamente verschrieben und Überweisungen getätigt haben. Die Teams können einsehen, wie sich ihre Patientenstruktur im Vergleich zu anderen Teams darstellt. In den Regionen werden teils kleine Boni bei guter Teambewertung für gemeinsame Aktivitäten, beispielsweise Weiterbildungsmaßnahmen im Team, gewährt (Hämel und Vössing 2017).

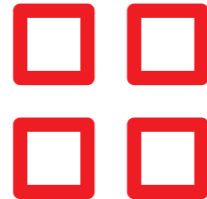




**Teamentwicklung und neuer Professionenmix**

Teamarbeit stellt ein wichtiges Prinzip in den spanischen Gesundheitszentren dar und wird durch verschiedene Instrumente gefördert. So sind wöchentliche Teamtreffen fest institutionalisiert (Dedeu et al. 2015; Goñi 1999: 108). Dort werden organisatorische Fragen besprochen, die Arbeitsteilung im Zentrum diskutiert sowie Meinungen zu neuen gesundheitspolitischen Entwicklungen und wissenschaftlichen Erkenntnissen ausgetauscht.

Darüber hinaus haben einige Gesundheitszentren zusätzliche Zeitfenster für teambasierte Entwicklungsprojekte geschaffen, wenn neue Prozesse wie etwa die Einführung digitaler Technologien anzustoßen sind (Hämel und Vössing 2017). In den letzten Jahren haben einige Zentren auf dieser Grundlage begonnen, in den Teams die Aufgabenverantwortung von Pflegenden zu erweitern, denn die vorhandenen Restriktionen für Pflegenden, beispielsweise bei der Verschreibung von Medikamenten und Hilfsmitteln, gelten als überholt. Um sie zu überwinden, wurden von den Teams Richtlinien (protocols) entwickelt und konsentiert, auf deren Basis Pflegenden bestimmte Verschreibungen vornehmen dürfen (ebd.). Zunehmend werden auch Möglichkeiten geschaffen, dass Pflegenden Patienten mit kleineren akuten Gesundheitsproblemen wie Erkältungen oder Durchfallerkrankungen eigenständig behandeln dürfen (Jurado-Campos et al. 2015; Fabrellas et al. 2011). Der gesetzliche Rahmen, der Pflegenden die Verschreibung von Medikamenten erlaubt, wurde 2013 geschaffen (Romero-Collado et al. 2014), aber die Implementation steht noch aus (Maier und Aiken 2016: 4; Hämel und Vössing 2017).



### 3.

# Lessons learned für Deutschland



Die Gesundheitszentren in Spanien wurden direkt im Anschluss an die Deklaration von Alma-Ata (WHO 1978) in den 1980er-Jahren gegründet. Der Einfluss der Deklaration ist unverkennbar, denn mit Einführung der Zentren wurde die Primärversorgung als wichtigste Instanz der Gesundheitsversorgung in Spanien etabliert. Bis heute gehören das hohe Maß an Koordination der Versorgung, enge multiprofessionelle Kooperation in Teams und neuerlich vermehrte Übertragung ärztlicher Aufgaben an die Pflege zu den typischen Elementen der Zentren.

**Koordination der Versorgung:** Die spanischen Gesundheitszentren zeichnen sich durch ein hohes Maß an Koordination aus. Diese umfasst die Leistungen innerhalb und außerhalb des Zentrums und geht zudem über Sektorengrenzen hinweg. Überzeugend ist, dass die Zusammenarbeit mit Fachärzten und Krankenhäusern nicht darauf ausgerichtet ist, Verantwortung abzugeben, sondern sie zielt darauf, zusätzliche Expertise für die Professionen im Zentrum zu erschließen. Dies soll eine kosteneffiziente, aber auch patientenfreundliche Versorgung ermöglichen, denn die Prämisse ist, unnötige Krankenhausaufenthalte, Mehrfachuntersuchungen und Wege zu Spezialisten zu vermeiden. Durch Nutzung digitaler Technologien wird die sektorenübergreifende Koordination wesentlich erleichtert.

**Breites Aufgabenspektrum der Pflege:** Aufgaben der Pflegenden umfassen individuelle Patientenkonsultationen, Gruppenkurse, Aktivitäten der Gesundheitsbildung und -förderung sowie Hausbesuche. Verglichen mit Deutschland (aber auch Slowenien) ist zudem eine große Bandbreite an klinischen Aufgaben – besonders in der Versorgung chronisch kranker Patienten – eingeschlossen. Die Ausdifferenzierung von zwei unterschiedlichen Spezialisierungen und Weiterbildungen für Pflegenden in den Primärversorgungszentren, wie sie beispielsweise in Slowenien durch die Trennung von Community Nurses und Practice Nurses zu finden ist (Hämel und Vössing 2018), ist in Spanien unüblich. Allerdings fördern auch viele spanische Gesundheitszentren, dass sich Pflegenden spezialisieren, beispielsweise im Bereich Case Management, Prävention oder Notfallversorgung, und anschließend für diese Bereiche besondere Verantwortung übernehmen, so dass sie bei Fragen im Team als kompetente Ansprechpartner zur Verfügung stehen.

**Teamentwicklung:** Die Gesundheitsprofessionen verstehen sich in den spanischen Gesundheitszentren als Teil eines Teams. Bereits bei dem Aufbau der Zentren wurden dort teamarbeitsfördernde Strukturen institutionalisiert und kontinuierlich weiterentwickelt, die insbesondere bei der Implementation neuer Verfahren und der Weiterentwicklung von Rollen und Aufgaben der Gesundheitsprofessionen von den Beteiligten als hilfreich empfunden werden. Die Teams entwickeln vor Ort Innovationen und treiben so die Ermöglichung einer patientenorientierten Versorgung voran.

**Literatur**

P. Borkan, J., Eaton, C. B., Novillo-Ortiz, D., Rivero Corte, & Jadad, A. R. (2010). Renewing primary care: lessons learned from the Spanish health care system. *Health Affairs (Millwood)*, 29(8), 1432–1441.

Contel, J. C. & Badia, J. G. (1998). Home care in Spain: teamwork is the standard. *Caring: National Association for Home Care Magazine*, 17(12), 42–44.

Dedeu, T., Bolibar, G., Gené, J., Pareja, C. & Violan, C. (2015). Spain. In D. S. Kringos, W. G. W. Boerma, A. Hutchinson & R. B. Saltman (Hrsg.), *Building primary care in a changing Europe – Case studies* (S. 253–264). Copenhagen: The European Observatory on Health Systems and Policies.

Fabrellas, N., Vidal, A., Amat, G., Lejardi, Y., del Puig Deulofeu, M. & Buendia, C. (2011). Nurse management of 'same day' consultation for patients with minor illnesses: results of an extended programme in primary care in Catalonia. *Journal of Advanced Nursing*, 67(8), 1811–1816.

García-Armesto, S., Begona Abadía-Taira, M., Duran, A., Hernandez-Quevedo, C. & Bernal-Delgado, E. (2010). Spain: Health system review. *Health System in Transition*, 12(4), 1–295.

Gené, J., Goicoechea, J., Sadana, R., Cricelli, C., Mercuris, B., Paccagnella, B., Pangratis, A. & Ramos, V. (1996). Primary health care in southern European countries: an analysis of cross-national Primary. In J. Goicoechea (Hrsg.), *Primary health care reforms* (S. 38–74). Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.

Gené-Badia, J., Ascaso, C., Escaramis-Babiano, G., Catalan-Ramos, A., Pujol-Ribera, E. & Sampietro-Colom, L. (2008). Population and primary health-care team characteristics explain the quality of the service. *Health Policy*, 86(2-3), 335–344.

Gené-Badia, J., Escaramis-Babiano, G., Sans-Corrales, M., Sampietro-Colom, L., Aguado-Menguy, F., Cabezas-Pena, C. et al. (2007). Impact of economic incentives on quality of professional life and on end-user satisfaction in primary care. *Health Policy*, 80(1), 2–10.

Goñi, S. (1999). An analysis of the effectiveness of Spanish primary health care teams. *Health Policy*, 48(2), 107–117.

Hämel, K. & Vössing, C. (2017). The collaboration of general practitioners and nurses in primary care – a comparative analysis of concepts and practices in Slovenia and Spain. *Primary Health Care Research & Development*, 18(5), 492–506.

Hämel, K. & Vössing, C. (2018). *Gesundheitszentren in Slowenien (Zdravstveni Domovi)*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.

Jauregui, M. L., Silvestre, C., Valdes, P. & Gaminde, I. (2016). Qualitative Evaluation of the Implementation of an Integrated Care Delivery Model for Chronic Patients with Multi-Morbidity in the Basque Country. *International Journal of Integrated Care*, 16(3), 9.

Jurado-Campos, J., Zabaleta-Del-Olmo, E., Anglada-Dilme, M.T., Sanchez-Vilanova, L., Rabassa-Ester, M., Barberi-Costa, N., Pages-Pascual, M. & Canet-Ponsa, M. (2015). Impact of a quality improvement intervention on nurses' management of same-day primary care flow. *Journal of Nursing Management*, 23(7), 920–930.

Kringos, D. S., Boerma, W. G. W., Hutchinson, A. & Saltman, R. B. (2015). *Building primary care in a changing Europe*. Observatory Studies Series, 38. Copenhagen: The European Observatory on Health Systems and Policies.

Kringos, D., Boerma, W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Dedeu, T., Hasvold, T. et al. (2013). The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *The British journal of general practice: The journal of the Royal College of General Practitioners*, 63(616), e742–750.

López, C. C. (2011). Primary health care in Spain and Catalonia: a nursing model perspective. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(Spec No 2), 1722–1730.

Maier, C. B. & Aiken, L. H. (2016). Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a crosscountry comparative study. *European Journal of Public Health*, 26(6), 927–934.

MoHSE – Ministry of Health Social Services and Equality (2015). *Annual Report on the National Health System of Spain 2015*. Madrid. Gefunden unter [http://www.msssi.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/Resum\\_Inf\\_An\\_SNS\\_2015\\_ENG.pdf](http://www.msssi.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/Resum_Inf_An_SNS_2015_ENG.pdf) [09.12.2017].

Polanco, N. T., Zabalegui, I. B., Irazusta, I. P., Solinis, R. N. & Del Rio Camara, M. (2015). Building integrated care systems: a case study of Bidasoa Integrated Health Organisation. *International Journal of Integrated Care*, 15, e026.

Romero-Collado, A., Homs-Romero, E., Zabaleta-del-Olmo, E. & Juvinya-Canal, D. (2014). Nurse prescribing in primary care in Spain: legal framework, historical characteristics and relationship to perceived professional identity. *Journal of Nursing Management*, 22(3), 394–404.

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

Zabalegui Yarnoz, A. (2002). Nursing education in Spain – past, present and future. *Nurse Education Today*, 22(4), 311–318.



# 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  
Pfl egewissenschaft  
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  
Pfl egewissenschaft  
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

