

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

Gesundheitszentren in Slowenien (Zdravstveni Domovi)



# Vorwort

Unsere Gesundheitsversorgung ist mehr denn je in Bewegung. Ihre zukunftsfähige Gestaltung hat sich bei anhaltendem Kostendruck mit verschiedenen Megatrends wie dem demografischen 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 – Patientenorientierte 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 mit Offenheit und innovativen Lösungsansätzen auf den Weg gemacht haben, lokale Gesundheitszentren als Reaktion auf den gegebenen 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 slowenischen Gesundheitszentren wurden in den 1950er- und 1960er-Jahren etabliert. Sie sind durch die osteuropäische Tradition der Sozialmedizin geprägt und wurden durch Einbindung der ambulanten Pflege (Community Nursing), von Zentren für Gesundheitsbildung sowie von Fachärzten erweitert. Sie zeigen, wie unterschiedliche Versorgungsarten an einem Ort gebündelt und Prävention und Gesundheitsförderung integriert werden können.

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

Die 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 Slowenien (Zdravstveni Domovi)

Kerstin Hämel, Carina Vössing

Slowenien verfügt über ein flächendeckendes Netz an Gesundheitszentren. Sie bieten über medizinische Versorgungsleistungen hinaus traditionell auch ambulante Pflege und rehabilitative Maßnahmen an. Noch sind die slowenischen Gesundheitszentren stark ärztlich geprägt. Doch seit einigen Jahren zeichnet sich ein Wandel ab: Seither wird die Verantwortung der Pflege gestärkt – insbesondere im Bereich der Prävention von und bei chronischen Krankheiten. Auch der Ausbau der Gesundheitsförderung gewinnt zunehmend an Bedeutung und konzentriert sich vor allem auf die gemeindenahere Gesundheitsförderung.<sup>1</sup>

## Die Stellung der Zentren im slowenischen Gesundheitssystem

- Gesundheitszentren wurden in den 1950er- und 1960er-Jahren eingerichtet.
- Aktuell gibt es 65 Gesundheitszentren, die an 459 Standorten eine flächendeckende Primärversorgung sicherstellen (Albrecht et al. 2016: 118).
- Professionenmix: Allgemeinmediziner, Pädiater, Gynäkologen, Psychologen, Zahnärzte, hochschulisch qualifizierte Pflegenden, Hebammen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden etc.
- Ambulante Pflege (Community Health Nursing) ist in den Gesundheitszentren als eigenständige Abteilung organisiert.
- Leitbild: Bereitstellung einer integrierten, wohnortnahen Gesundheitsversorgung, Stärkung von Prävention, Gesundheitsbildung und -förderung.

## Entwicklungen und Trends

- Erweiterte Aufgaben für Pflegenden in der Prävention und Gesundheitsberatung.
- Ausbau der gemeindeorientierten Gesundheitsbildung und -förderung.

<sup>1</sup> Die folgenden Darstellungen basieren auf einer Literaturanalyse, telefonischen Experteninterviews und auf vertiefenden Analysen, die in drei Gesundheitszentren in Slowenien durchgeführt wurden. Insgesamt wurden 10 leitfadengestützte Experteninterviews, 8 Begehungen (Beobachtungen) in den Zentren, 4 Gruppendiskussionen und 4 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

Bereits in den 1920er-Jahren wurden nach den Ideen des Sozialmediziners Andrija Štampar in Jugoslawien erste Gesundheitszentren aufgebaut. Ziel war es, eine wohnortnahe ambulante Versorgung bereitzustellen (Albreht et al. 2016: 118). Damals standen die Mutter-Kind-Versorgung sowie die Prävention und Behandlung übertragbarer Krankheiten im Fokus (Albreht et al. 2006: 238). Nach dem zweiten Weltkrieg wurden die Gesundheitszentren zum Modell für die medizinische Grundversorgung der gesamten Bevölkerung in Jugoslawien erklärt. Viele der heutigen Einrichtungen wurden in Reaktion darauf in den 1950er- und 1960er-Jahren etabliert (Klancar und Svab 2014: 167; Saric und Rodvon 1993).

Nach der Unabhängigkeit im Jahr 1991 setzte Slowenien auf den Erhalt der Gesundheitszentren. Heute wird die Primärversorgung überwiegend durch sie geleistet (Kringos et al. 2015). Allerdings müssen sie sich auch gegenüber Privatpraxen behaupten (Albreht et al. 2006; 2009). Das gelingt ihnen u. a. durch ein breit gefächertes Leistungsspektrum, eine kontinuierliche Begleitung der Patienten, eine auf Prävention ausgerichtete Versorgung sowie Aktivitäten der gemeindenahen Gesundheitsförderung.



# 2. Charakteristika und Leistungsspektrum der Zentren

Die slowenischen Gesundheitszentren werden von einer oder mehreren Kommunen gemeinsam getragen. Dadurch haben die Kommunen eine hohe Verantwortung für die Zentren. Bei der Ausgestaltung sind sie jedoch eingeschränkt, denn das Gesundheitsministerium bestimmt wesentliche Ziele und Planungsgrundsätze der Gesundheitsversorgung. Das Angebot der Zentren ist im konsentierten Leistungskatalog der nationalen Krankenversicherung definiert. Die Gesundheitszentren müssen sich aus einer Kombination von Kopfpauschale und Einzelleistungsvergütung refinanzieren. Daraus sind auch die Gehälter der Gesundheitsprofessionen zu bestreiten, denn diese sind allesamt im Zentrum angestellt. Die Gesundheitszentren werden von einem Verwaltungsdirektor sowie Abteilungsdirektoren (für Medizin, für Pflege und ggf. weitere) geleitet (Albreht et al. 2016).

## **Große, gut ausgestattete Zentren in der Stadt, Arztpraxen und Pflegestationen auf dem Land**

Wie in anderen Ländern auch halten die Gesundheitszentren in Slowenien ein breit gefächertes Versorgungsangebot vor. Die medizinische Grundversorgung leisten Hausärzte (Fachärzte für Allgemein- und Familienmedizin), Pädiater, Gynäkologen und Zahnärzte (Albreht et al. 2016: 120). Um eine umfassende Versorgung zu ermöglichen, sind neben Ärzten auch hochschulisch qualifizierte Pflegenden, Hebammen, Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden, teils auch Diätologen u. a. Gesundheitsprofessionen in den Gesundheitszentren tätig. Zusätzlich sind Pflegehilfskräfte und medizinisch-technisches

Personal angestellt (ebd: 119; Rotar Pavlič et al. 2015: 246). Verglichen mit der fragmentierten ambulanten Versorgung in Deutschland und ihren zahlreichen Schnitt- und Sollbruchstellen sind die slowenischen Gesundheitszentren durch eine gute Integration und Koordination der unterschiedlichen ambulanten Versorgungsarten gekennzeichnet.

Die Gesundheitszentren sind organisatorisch in verschiedene Abteilungen unterteilt. Neben den Abteilungen für Allgemeinmedizin und für Kinderheilkunde (Pädiatrie) existieren Abteilungen für Mundgesundheit (Zahnmedizin) sowie für Frauengesundheit (Gynäkologie). Die Zentren leisten zudem medizinische Notfallversorgung und betreiben teilweise eigene Rettungsdienste. Typisch ist, dass sie auch über eine eigene Abteilung für häusliche Pflege (Community Nursing) und ein Zentrum für Gesundheitsbildung und -förderung verfügen, das meist ebenfalls von einer Pflegenden geleitet wird. Ergänzt werden sie durch eine Abteilung für Physiotherapie sowie eine Abteilung für Arbeitsschutz, Verkehr und Sportmedizin. Viele Gesundheitszentren bieten außerdem weitere Leistungen an, beispielsweise psychologische Betreuung, Sprach- und Ergotherapie bei Entwicklungsstörungen im Kindesalter oder nach einem Schlaganfall im Erwachsenenalter, spezielle Angebote für Drogenabhängige oder auch Hilfen für psychisch Kranke. Die Zentren verfügen zudem über ein eigenes Labor, Röntgenräume und andere diagnostische Einrichtungen (Albreht et al. 2016: 118-120; [www.zd-lj.si/en](http://www.zd-lj.si/en)), sind also in der Regel sehr gut ausgestattet.

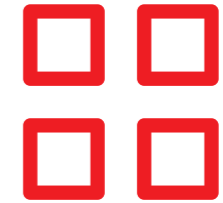
Der osteuropäischen Tradition der Polykliniken folgend, gibt es in den Zentren auch Fachärzte, z. B. HNO- und Augenärzte. Etwa 11 % der ambulanten Facharztkonsultationen finden hier statt (Albrecht et al. 2016: 122; Boerma und Dubois 2006: 38). Die meisten Fachärzte praktizieren dort zwar unabhängig, allerdings finden sich erste Ansätze, ihre Expertisen für die Primärversorgung zu erschließen. In einem Zentrum wurde z. B. eingeführt, dass Patienten, für die der Hausarzt eine Röntgenuntersuchung angeordnet hat, zunächst mit einem Radiologen sprechen; nur wenn auch dieser die Sinnhaftigkeit bestätigt, wird eine Röntgenaufnahme angefertigt.

Die städtischen Gesundheitszentren sind meist in großen Gebäudekomplexen zu finden und erinnern optisch an ein kleines deutsches Krankenhaus. In Einklang mit dem Leitbild der wohnortnahen Versorgung betreiben sie zudem Arztpraxen und Pflegestationen auf dem Land. Geht der Bedarf der Patienten darüber hinaus, werden sie in der Stadt weiterversorgt.



### **Starke Position des Hausarztes in den Gesundheitszentren, neue Wege zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsberatung in ‚Modellpraxen‘**

Der Hausarzt ist in Slowenien zentraler Ansprechpartner der Patienten und fungiert auch als Gatekeeper zu Fachärzten: Er bleibt über den weiteren Behandlungsverlauf, sei es eine häusliche Krankenpflege oder eine Physiotherapie, eine fachärztliche Behandlung oder ein Krankenhausaufenthalt, stets informiert („personal doctor“-Prinzip). Die Bürger Sloweniens können ihren Hausarzt frei wählen, doch sind sie einmal als Patient eingeschrieben, verpflichten sie sich für ein Jahr, diese Praxis aufzusuchen. Dieses Prinzip soll eine bedarfsgerechte, kontinuierliche Versorgung sicherstellen (Albrecht et al. 2009). Umfragen bestätigen eine hohe ‚Hausarzt-treue‘ der Patienten, d. h. ein Wechsel findet selten statt (Rotar Pavlič et al. 2015: 248). Gut 90 % der slowenischen Patienten vertrauen ihrem Hausarzt, dennoch fühlen sich nur 49 % gut über Behandlungsmöglichkeiten informiert (Kringos et al. 2015: 82).



Obwohl sich die hausarztzentrierte Versorgung in den slowenischen Gesundheitszentren grundsätzlich bewährt hat, werden Reformen für notwendig erachtet. Dabei wird in Slowenien insbesondere auf Prävention und Gesundheitsbildung gesetzt. In einem landesweiten Modellversuch wurden deshalb Pflegenden als Practice Nurses qualifiziert, die erweiterte Aufgaben bei der Früherkennung und der Prävention von und bei chronischen Krankheiten wahrnehmen sowie individuelle Gesundheitsberatung leisten. Das Konzept erwies sich als so erfolgreich, dass es Eingang in die Regelversorgung gefunden hat. Pro Hausarzt refinanziert die nationale Krankenversicherung derzeit eine halbe Stelle für eine Practice Nurse (Petrič 2016: 40; Poplas-Susič et al. 2015: 162).

### **Aufgaben der Practice Nurse und Vorteile der neuen Arbeitsteilung**

Zu den Aufgaben der Practice Nurse gehört, alle Patienten ab 30 Jahren in fünfjährigem Abstand zu einer Früherkennungsuntersuchung einzuladen. Auf Basis eines umfassenden Assessments des Gesundheitsstatus, das auf Grundlage landeseinheitlicher Richtlinien („protocols“) und standardisierter Testverfahren erfolgt, bestimmt sie Gesundheitsrisiken wie auch bereits manifeste chronische Krankheiten (Poplas Susič et al. 2015: 162). Die Konsultationszeit ist mit 45 bis 60 Minuten bewusst lang angesetzt, um Einblick in die persönlichen Lebensumstände zu erhalten. Die Stärkung von individuellen Gesundheitsressourcen und gesundheitsförderlichem Verhalten im Alltag sind zentrale Themen des Gesprächs zwischen Practice Nurse und Patient. Weist der Patient bereits ein erhöhtes Erkrankungsrisiko auf, erhält er ein darauf fokussiertes Informations- und Beratungsgespräch (Djomba et al. 2014: 33). Für chronisch Erkrankte bleibt die Practice Nurse weiterhin Ansprechpartner, führt regelmäßige Kontrolluntersuchungen durch und leitet bei kritischen Befunden an den Hausarzt weiter.

#### Leistungen der Practice Nurse

- Früherkennungsuntersuchungen: Bluthochdruck, Diabetes, COPD, Asthma, Osteoporose, Depression, Prostatakrebs, kardiovaskuläre Erkrankungen.
- Analyse individueller Risikofaktoren wie Übergewicht, Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten, Rauchverhalten und psychosoziale Situation.
- Information, Aufklärung und Beratung im individuellen Patientengespräch, insbesondere zu den Themen Bewegung, Ernährung, psychosoziale Gesundheit.
- Regelmäßige Kontrollen und Gespräche für chronisch Erkrankte (Poplas-Susič et al. 2015: 161).

Wie erwähnt wird die Integration von Practice Nurses in den slowenischen Gesundheitszentren als großer Fortschritt angesehen. Sie dienen der Stärkung einer präventiv ausgerichteten Versorgung und kommen besonders chronisch Kranken zu Gute. Sie bieten den Gesundheitsprofessionen zudem neue Möglichkeiten: Den Pflegenden wurden erweiterte Aufgaben im Bereich der Prävention und Gesundheitsberatung eröffnet und die Hausärzte erhalten durch das Assessment der Pflegenden einen umfassenderen Einblick in die Situation der Patienten, der die Diagnosestellung und Therapieplanung erleichtert.

#### **Community Nurses: präventiv orientierte Begleitung der Klienten in kritischen Lebensphasen**

Eine historisch gewachsene Besonderheit der slowenischen Gesundheitszentren besteht darin, dass sie über eine eigenständige Abteilung für häusliche Pflege verfügen, in der Community Nurses praktizieren. Bereits seit 1974 muss jedes Gesundheitszentrum eine solche Community Nursing Abteilung vorhalten (Ljubič et al. 2017: 280; Slajmer-Japelj 1993: 328).



Für die Zulassung als Community Nurse müssen Pflegende zusätzlich zum Bachelorabschluss eine mindestens fünfjährige Berufspraxis im Krankenhaus durchlaufen haben, um über eine breite klinische Expertise zu verfügen. In den ersten Wochen der Tätigkeit als Community Nurse wird ein Mentor gestellt. Zusätzlich organisiert die slowenische Pflegekammer Weiterbildungsgänge für Community Nurses.

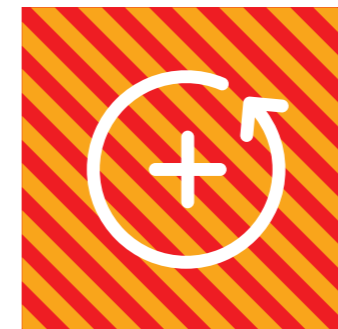
Die Community Nurses sind in den Gemeinden und Haushalten vor Ort tätig. Jede Community Nurse ist für ein abgestecktes Gebiet mit ca. 2.500 Einwohnern zuständig (Slajmer-Japelj 1993: 328). Community Nurses begleiten ihre Klienten entlang des gesamten Lebenslaufs, angefangen bei der Geburt und frühkindlichen Entwicklung, über die Phase der eigenen Familiengründung und -versorgung, bis hin zur pflegerischen Versorgung bei schwerer Krankheit und bei Pflegebedürftigkeit im Alter (Ljubič et al. 2017: 280). Eine traditionsreiche Aufgabe stellt die aufsuchende Mutter-Kind-Versorgung dar, die v. a. präventiv ausgerichtet ist: Die Pflegenden erheben den Gesundheitszustand der Schwangeren und später des Kleinkindes und vermitteln Kompetenzen in der Versorgung. Ebenso führen sie regelmäßig präventive Hausbesuche bei älteren Menschen durch, um frühzeitig Veränderungen des Gesundheitszustandes zu erkennen und Maßnahmen zeitnah einleiten zu können (Slajmer-Japelj 1993: 328).<sup>2</sup> Die Community Nurses leisten auf ärztliche Verordnung hin auch Behandlungspflege, z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt und bei immobilen und pflegebedürftigen Patienten (Ljubič et al. 2017: 281). Sie erbringen aber – anders als die Pflegedienste in Deutschland – keine grundpflegerischen, hauswirtschaftlichen und Betreuungsleistungen. Besteht hier Bedarf, vermitteln sie den Klienten an die Kommunen, die im Rahmen der Sozialfürsorge unterstützen (Hlebec 2014; Hlebec et al. 2014).<sup>3</sup>

- 2 Präventive Hausbesuche für ältere Menschen gehören seit 1998 zum festen Leistungsangebot der Krankenversicherung in Slowenien. Pro Jahr werden zwei Hausbesuche bei Personen ab ca. 75 Jahren refinanziert.
- 3 Die Notwendigkeit der Einführung einer Pflegeversicherung wird in Slowenien seit vielen Jahren diskutiert, denn die Leistungen der Kommunen sind sehr begrenzt. Übernommen werden durchschnittlich nur knapp die Hälfte der Kosten für die Langzeitpflege, sodass pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen großen Belastungen ausgesetzt sind. Allerdings existiert keine Einigung, wie eine Pflegeversicherung finanziert werden soll (Hlebec 2014; Hlebec et al. 2014; Stanovnik und Prevolnik Rupel 2014).

Überdies werden die Community Nurses durch das Gesundheitszentrum benachrichtigt, wenn ihre Klienten beispielsweise Früherkennungsuntersuchungen nicht wahrnehmen und suchen diese dann zu Hause auf. Umgekehrt gehen die Community Nurses aufgrund ihrer Kenntnis über die Situation vor Ort, in den Stadtteilen und Gemeinden, auf die Mitarbeiter des Zentrums für Gesundheitsbildung und -förderung zu, wenn sie einen Bedarf für Gesundheitskurse oder -aktionen erkennen.

#### **Zentren für Gesundheitsbildung und -förderung**

Bereits Anfang der 2000er-Jahre haben alle slowenischen Gesundheitszentren unter ihrem Dach Zentren für Gesundheitsbildung aufgebaut, die derzeit um Elemente der Gesundheitsförderung erweitert werden (Magajne et al. 2016: 21; Maučec Zakotnik et al. 2007: 204). Dort sind primär Pflegende und Physiotherapeuten, teils auch Diätologen u. a. Gesundheitsprofessionen tätig. Die Mitarbeiter sind in unterschiedlichen Lebenswelten aktiv: Sie übernehmen die Gesundheitsbildung in Schulen und organisieren Gesundheitstage und Aufklärungskampagnen in Kommunen und Betrieben. Sie bieten nicht zuletzt auch im Gesundheitszentrum allgemeine Gesundheits- und Bewegungskurse und spezielle Kurse für Menschen mit chronischen Krankheiten und deren Angehörige an, z. B. zu Diabetes oder Übergewicht. Die Kursteilnahme ist kostenfrei, einige Kurse stehen allen Bürgern offen, für andere ist eine Teilnahmeempfehlung des Hausarztes oder der Practice Nurse erforderlich. Der Patient erhält dann eine Einladung des Zentrums zur Kursteilnahme. Wenn er den Kurs abgeschlossen hat, werden Hausarzt und Practice Nurse informiert, sodass eine Nachbesprechung möglich ist.



Die Entwicklung der Kurse erfolgt durch das Nationale Institut für Public Health, dem generell die Weiterentwicklung der Zentren für Gesundheitsbildung und -förderung wie auch die Qualifizierung ihrer Mitarbeiter obliegt. Dadurch wird ein hohes Maß an Einheitlichkeit und Qualität gewährleistet (Albrecht et al. 2009: 103).



Das Nationale Institut für Public Health pilotierte an zunächst drei Standorten von 2013 – 2016 eine Weiterentwicklung der Zentren für Gesundheitsförderung, denn die Zentren sollen ihre Aktivitäten in der gemeindenahen Gesundheitsförderung ausweiten (Petrič et al. 2018). Zentrales Anliegen ist die Reduzierung von gesundheitlicher Ungleichheit. Bevölkerungsgruppen, die sich nicht durch konventionelle Präventionsangebote angesprochen fühlen, z. B. Arbeitslose, prekär Beschäftigte, Migranten u. a. vulnerable Gruppen, sollen künftig besser erreicht werden. Dazu wurden neue Angebote und Zugangswege sowie neue Kooperationen mit den Community Nurses und mit Einrichtungen und Akteuren in den Kommunen erprobt (Magajne et al. 2016: 20 – 27). Die Zentren haben auch die Aufgabe erhalten, ein regelmäßiges Assessment der demografischen und gesundheitlichen Situation der Bevölkerung in den Gemeinden vorzunehmen und daraus Ziele und Maßnahmen für die Gesundheitsförderung abzuleiten (ebd: 27). Bis zum Jahr 2025 sollen alle Zentren nach dem neuen Modell arbeiten (Petrič 2016: 40).

### 3.

## Lessons learned für Deutschland



Die Gesundheitszentren in Slowenien wurden bereits in den 1950er- und 1960er-Jahren eingerichtet und repräsentieren ein Modell der ersten Generation von Primärversorgungszentren, das in der Tradition der osteuropäischen Sozialmedizin verwurzelt ist. Sie bieten eine umfassende Versorgung und vereinen dazu Prävention, Gesundheitsbildung, wohnortnahe medizinische Grund- und Notfallversorgung sowie fachärztliche Leistungen, häusliche Pflege (Community Nursing) und rehabilitative Angebote. Das slowenische Modell bietet Anregungen dazu, wie unterschiedliche Versorgungsarten an einem Ort gebündelt und überdies zu einer präventiven Versorgungsgestaltung verdichtet werden können. Um dies zu ermöglichen, wurden in den letzten Jahren zahlreiche Reformen auf den Weg gebracht.

**Neue Aufgaben für Pflegende als Practice Nurses:** Auch in Slowenien hat sich gezeigt, dass zur Prävention von und bei chronischen Krankheiten, zur Gesundheitsförderung und für die Stärkung des Selbstmanagements verstärkte Aktivitäten gefordert sind. Dazu setzt Slowenien – wie international üblich – auf die Pflege und treibt den Einsatz von hochschulisch qualifizierten Pflegenden voran, die nicht nur in der Prävention und Gesundheitsförderung, sondern vermehrt auch in der gesundheitlichen Versorgung tätig werden sollen. Dazu wurde in Slowenien derzeit begonnen, eine neue Arbeitsteilung zwischen Medizin und Pflege zu etablieren. Die Zusammenarbeit mit Pflegenden wird als vorteilhaft angesehen, da die Versorgung chronisch Erkrankter ein hohes Maß an Fachexpertise und klinischer Kompetenz erfordert. Die Erfahrungen mit dem Aufbau von Arzt-Pflege-Tandems in Slowenien dürften für Deutschland auch deshalb interessant zu beobachten sein, weil Slowenien ähnlich wie Deutschland durch eine starke Position von Hausärzten in der Primärversorgung geprägt ist.

**Tradition der Community Nurses:** Die Community Nurses arbeiten strikt gemeindeorientiert und aufsuchend. Diese aus der Mutter-Kind-Versorgung stammende Orientierung erweist sich auch bei gesundheitlichen Krisen im Erwachsenenalter und Funktionseinbußen im Alter als wichtig. Die Community Nurses können proaktiv unterstützen. Sie pflegen langjährige Beziehungen zu den Klienten und werden so zu Experten der individuellen häuslichen Versorgungssituation. Dadurch ist es ihnen möglich, frühzeitig gesundheitliche und soziale Probleme zu erkennen und Maßnahmen präventiv einzuleiten. Sie sind daher ein wichtiger Kooperationspartner für die anderen Professionen, die im Gesundheitszentrum praktizieren.

**Ausbau und Verzahnung der Gesundheitsbildung und -förderung:** Besonders hervorzuheben sind die Zentren für Gesundheitsbildung und -förderung, mit denen sich die slowenischen Gesundheitszentren profilieren. Angesichts der aktuellen Bemühungen in Deutschland, mit dem Präventionsgesetz zu einer besseren Verzahnung von Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung zu gelangen, bietet der Ansatz in Slowenien gute Anregungen dafür, wie das funktionieren kann. In den slowenischen Gesundheitszentren wird die Verzahnung insbesondere über gezielte Präventionsempfehlungen und Weitervermittlung der Patienten durch Hausarzt und Practice Nurse sowie durch die verstärkte Präsenz von Angeboten in den Gemeinden geleistet.

**Literatur**

Albreht, T., Delnoij, D. M. & Klazinga, N. (2006). Changes in primary health care centres over the transition period in Slovenia. *European Journal of Public Health*, 16(3), 238–243.

Albreht, T. & Klazinga, N. (2009). Privatisation of health care in Slovenia in the period 1992–2008. *Health Policy*, 90(2-3), 262–269.

Albreht, T., Pribaković Brinovec, R., Jošar, D., Poldrugovac, M., Kostnapfel, T., Zaletel, M., Panteli & Maresso, A. D. (2016). Slovenia. Health system review. *Health Systems in Transition*, 18(3), 1–168.

Boerma, W. G. W. & Dubois, C.-A. (2006). Mapping primary care across Europe. In R. B. Saltman, A. Rico & W. G. W. Boerma (Hrsg.), *Primary care in the driver's seat?* (S. 22–50). Glasgow: WHO.

Djomba, J., Vrbovšek, S. & Cuš, B. (2014). Physical activity promotion in primary health care in Slovenia. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie*, 62(2), 32–34.

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.

Hlebec, V., Mali, J. & Filipovič Hrast, M. (2014). Community care for older people in Slovenia. *Anthropological Notebooks*, 20(1), 5–20.

Hlebec, V. (2014). Individual and Contextual Determinants of Social Homecare Usage in Slovenia. *Zdravstveno Varstvo*, 53(4), 311–317.

Klancar, D. & Svab, I. (2014). Primary care principles and community health centers in the countries of former Yugoslavia. *Health Policy*, 118(2), 166–172.

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.

Ljubic, A., Clark, D. J. & Stemberger Kolnik, T. (2017). Comparison of family nursing in Slovenia and Scotland: integrative review. *International Nursing Review*, 64(2), 276–285.

Magajne, M., Dobrin, P. T. & Maučec Zakotnik, J. (Hrsg.) (2016). *Towards Better Health and Reducing Inequalities in Health. Together for Health*. Ljubljana: National Institute of Public Health. Gefunden unter [http://www.skupajzdravje.si/media/publikacija.projekta.skupaj.za.zdravje\\_ang\\_l.pdf](http://www.skupajzdravje.si/media/publikacija.projekta.skupaj.za.zdravje_ang_l.pdf) [09.12.2017].

Petrič, V. K. (2016). Primary health care in SLOVENIA. Vienna Healthcare Lectures 2016. Wien: Republic of Slovenia – Ministry of Health. Gefunden unter <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.633329&version=1473840415> [09.12.2017].

Poplas Susič, T., Svab, I., Klancar, D., Petek, D. & Vodopivec-Jamsek, V. (2015). Screening and Registering Patients with Asthma and Copd in Slovenian Primary Care: First Results (Presejanje In Registriranje Bolnikov Z Astmo In Kopb V Referenčnih Ambulantah Družinske Medicine: Prvi Rezultati). *Zdravstveno Varstvo*, 54(3), 161–167.

Petrič, V. K., Pribaković Brinovec, R. & Maučec Zakotnik, J. (2018). Good Practice Brief. Health Promotion Centres in Slovenia: Integrating population and individual services to reduce health inequalities at community level. WHO Europe. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/377428/hss-ncd-policy-brief-slovenia-eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/377428/hss-ncd-policy-brief-slovenia-eng.pdf?ua=1) [28.10.2018].

Rotar Pavlič, D., Švab, I. & Pribaković Brinovec, R. (2015). Slovenia. In D. S. Kringos, W. G. W. Boerma, A. Hutchinson & R. B. Saltman (Hrsg.), *Building primary care in a changing Europe: case studies* (S. 243–251). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Saric, M. & Rodwin, V. G. (1993). The once and future health system in the former Yugoslavia: myths and realities. *Journal of Public Health Policy*, 14(2), 220–237.

Slajmer-Japelj, M. (1993). When the family does not function anymore the role of the community nurse in Slovenia. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 8(4), 325–330.

Stanovnik, T. & Prevolnik Rupel, V. (2014). Pensions, health and longterm care. Country Document. Slovenia. Update 2014. Gefunden unter [ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=12983&langId=en](http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=12983&langId=en) [09.12.2017].

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

Maučec Zakotnik, J., Fras, Z. & Kragelj, L. Z. (2007). The WHO Countrywide Integrated Non-communicable Diseases (CINDI) programme in Slovenia. In D. Donev, G. Pavlekovic & L. Z. Kragelj (Hrsg.), *A Handbook for Teachers, Researchers, Health Professionals and Decision Makers* (S. 206–219). Skopje: Hans Jacobs Publishing Company.



# 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

Stephanie Häfele  
Telefon +49 711 46084-630  
stephanie.haefele@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  
Pflegerwissenschaft  
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  
Pflegerwissenschaft  
Prof. Dr. Dirce Stein Backes, Universidade  
Franciscana (UFN), 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

