

Die Bürokratie hält Siesta

Wie Spaniens Gesundheitssystem mit klareren Wegen zufriedenere Patient*innen schafft

Fallpauschalen statt Flamenco: Das Klischee einer mediterranen improvisierten Medizin bestätigt sich beim Blick auf Spanien gar nicht. Vielmehr überzeugt das spanische Gesundheitssystem mit einer effizienten Patient*innenführung, sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor, einem hohen Qualifikationsniveau der Fachkräfte sowie mit innovativen Ansätzen zur Überwindung der Sektorengrenzen.

EIN BLICK ÜBER DIE GRENZE:

Wie funktionieren Krankenhaussysteme und ihre Finanzierung in anderen Ländern?

Unsere Serie wirft Schlaglichter auf die Erfahrungen unserer internationalen Kolleginnen und Kollegen.

SPANIEN

Das öffentliche Gesundheitswesen in Spanien ist für jede dort lebende Person zugänglich und glänzt mit einer starken Primärversorgung. Das SNS (Sistema Nacional de Salud) hat seine Wurzeln bereits im Jahr 1908. Die Verankerung des Rechts auf Gesundheitsschutz in der Verfassung (1978) nach dem Ende der Franco-Diktatur und das Gesundheitsgesetz von 1986 legten das Fundament für das heutige Gesundheitssystem. Dieses Gesetz markierte den Übergang von einem beitragsfinanzierten Sozialversicherungssystem (Bismarck-Modell) zu einem steuerfinanzierten, universellen Gesundheitssystem (Beveridge-Modell). Wer in Spanien Einkommensteuer zahlt, finanziert damit automatisch das SNS, proportional zum Einkommen. Beiträge machen lediglich 2,1 % der Gesundheitsfinanzierung aus und decken Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ab.

In Spanien gibt es keine formelle Möglichkeit, sich aus der staatlichen Versorgung „auszuklinken“. Wer also privat (zusatz)versichert ist, zahlt trotzdem weiterhin seine Steuern und damit auch für das öffentliche System. Private Zusatzversicherungen ermöglichen eine Verkürzung der Wartezeiten auf Facharzttermine ohne den Umweg über die Hausarztpraxis und – je nach Vertrag – verschiedene Zusatzleistungen.

Gut ein Viertel der Spanier*innen verfügt über eine solche Zusatzversicherung. Die regionalen Unterschiede sind hier allerdings erheblich. Manchmal beteiligen sich Arbeitgeber*innen an den Kosten der Zusatzversicherung.

fun fact

Lt. einer Erhebung des spanischen Gesundheitsministeriums aus dem Jahr 2024 glaubt übrigens bis heute gut ein Drittel der Spanier*innen, das System sei ausschließlich beitragsfinanziert.

Das Gesetz von 1986 beinhaltet auch die schrittweise Übertragung der Zuständigkeiten für die Organisation und Verwaltung der Gesundheitsdienste auf die 17 autonomen Regionen. Die Mittel werden nach einer bedarfsorientierten Formel an die autonomen Gemeinschaften verteilt. Seit 2018 basiert das Recht auf Versorgung wieder auf dem Residenzprinzip: alle rechtmäßigen Einwohner*innen haben Zugang zum SNS, unabhängig von Beschäftigungs- oder Versicherungsstatus. Dieses Prinzip sichert die Versorgung auch für vulnerable Gruppen.

Gut geführt durchs System: in allen Sektoren

Besondere Aufmerksamkeit verdient im spanischen System die „patient journey“. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor sorgt sie für eine effiziente Mittelverwendung und zufriedene Patient*innen.

Die erste Anlaufstelle für alle Beschwerden ist das „ambulatorio“ (Hausarztpraxis) mit einer vom System zugeteilten Praxis in Wohnortnähe. Nur in schwerwiegenden Fällen suchen die Menschen die Notaufnahme im Krankenhaus auf. Die Hausärzt*innen sind Gatekeeper für die Weiterbehandlung durch und Überweisung an Fachärzt*innen oder Krankenhäuser und sorgen für die Kontinuität der Behandlung. Der direkte Besuch von Fachärzt*innen ist im SNS nicht vorgesehen. Da Hausarztpraxen und Pflegepersonal auch die enge Nachverfolgung sicherstellen, ist die Integration der Versorgung gewährleistet. In Spanien ist die Zahl der Krankenhauseinweisungen im Verhältnis viel niedriger als in Deutschland. Gut für die Menschen, sparsam fürs System.

» Fortsetzung auf Seite 10

Hohes Ausbildungsniveau

An dieser Stelle muss ein wesentlicher Unterschied zu Deutschland Erwähnung finden: das Qualifikationsniveau. In Spanien ist Krankenpflege nämlich kein Ausbildungsberuf, sondern ein vollständig akademisierter Universitätsstudiengang. Spanische Pflegekräfte absolvieren ein vierjähriges Studium, das Theorie und Praxis kombiniert. Der theoretische Anteil des Studiums liegt um etwa ein Drittel höher als in der deutschen Berufsausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege, während der Praxisanteil vergleichbar ist. Das Kompetenzniveau der enfermeros oder enfermeras kann man zwischen deutschen Pflegefachkräften und Assistenzärzt*innen einordnen. Nach dem Studium können die Pflegefachkräfte sich noch spezialisieren, z.B. in den Bereichen Familien- und Gemeindepflege, Psychiatrische Pflege, Hebamme / Geburtshilfe u.a.

Effektive Triage in der Notaufnahme

Dieses hohe Qualifikationsniveau erlaubt es, dem Pflegepersonal in Spanien deutlich mehr Verantwortung zu übertragen, als es in Deutschland üblich ist. Das wird besonders in der Notaufnahme von Krankenhäusern sichtbar. Viel seltener als in Deutschland erlebt man hier überfüllte Warteräume und eine Versorgung nach Wartezeiten. Vielmehr kommt in Spanien ein für alle Notaufnahmen obligatorisches Triage-System zum Einsatz, bei dem Pflegekräfte direkt nach der (digitalen!) Registrierung der Patient*innen entscheiden, wie dringlich die Behandlung ist. Statt in einem zentralen Warteraum warten die Menschen und ihre Angehörigen dann in Behandlungsräumen auf die weitere Versorgung durch Ärzt*innen oder Pflegekräfte. Das führt zu mehr Übersicht, mehr Ruhe in der Aufnahme, weniger gegenseitiger Ansteckungsgefahr und vor allem weniger übersehenen akut behandlungsbedürftigen Notfällen.

„Krankenhaus daheim“: die Hospitalización a Domicilio

Ein weiteres Instrument der Integration von ambulant und stationär existiert seit 2003: die Hospitalización a Domicilio (HAD) – Krankenhausversorgung daheim. Dabei ist die HAD keine optionale Zusatzleistung einzelner Krankenhäuser, sondern eine gesetzlich definierte Kernaufgabe des spanischen Gesundheitssystems. Ob man sie in Anspruch nehmen kann, ist an klar definierte Voraussetzungen geknüpft: eine ärztliche Verordnung, eine Hauptbetreuungsperson im Haushalt, eine geeignete Wohnsituation sowie die freiwillige Zustimmung des Patienten oder der Patientin. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, so haben alle Bürger*innen grundsätzlich Anspruch darauf, diese aktive medizinische Behandlung durch Fachpersonal im eigenen häuslichen Umfeld zu erhalten. Die HAD verfolgt das Ziel, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden, und ist in jedem Fall zeitlich begrenzt. Gerade für vulnerable Patientinnen und Patienten verhindert das „Krankenhaus daheim“ auch nosokomiale Infektionen, ganz zu schweigen von der verbesserten Genesung in einem vertrauten Umfeld.

Die HAD umfasst typischerweise folgende Leistungen: ärztliche sowie fachpflegerische Behandlung, Physio- und Rehabilitationstherapie, Palliativversorgung, emotionale und psychosoziale Unterstützung sowie die Koordination aller beteiligten Versorgungsleistungen. Das multidisziplinäre Betreuungsteam kann je nach Bedarf aus Pflegefachkräften, Physiotherapeuten, Sozialfachkräften usw. bestehen.

Übrigens ist die HAD nicht auf ältere Menschen beschränkt. Auch jüngere Patient*innen mit multiresistenten Infektionen, postoperative neurochirurgische Fälle und Kinder können häuslich versorgt werden. Entscheidend ist, dass die Versorgung daheim ebenso qualifiziert und wirksam ist wie die konventionelle Krankenhausbehandlung. So sind die Fallzahlen im Bereich HAD in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen.

Digitalisierung funktioniert

Unnötig zu erwähnen, dass Spanien auch bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen deutlich pragmatischer unterwegs ist als Deutschland. Das SNS hat bereits 2021 eine digitale Gesundheitsstrategie mit klaren Zielen für Bevölkerung und Fachpersonal vorgelegt. Elektronische Patientenakten existieren inzwischen in allen Regionen, E-Rezepte oder Online-Terminvereinbarungen sind für viele Menschen längst Standard. Natürlich gibt es auch hier erhebliche regionale Unterschiede. Im wohlhabenden Katalonien können Menschen über 65 seit 2025 sogar ein innovatives Versorgungsmodell in Anspruch nehmen, das häusliche Pflege und digitales Telemonitoring kombiniert und auch damit die Verschränkung der Sektoren unterstützt.

Schwächen und Herausforderungen

Verbesserungsbedarf besteht bei der zahnärztlichen Behandlung (hohe Zuzahlungen für Patient*innen) und bei der Versorgung mit Brillen (keine Leistung des SNS). Dass die Versorgung psychisch erkrankter Menschen aufgrund eines Mangels an Therapieplätzen nicht optimal gelingt, kommt uns ebenso bekannt vor wie der Ärztemangel in einigen Fachgebieten sowie in ländlichen Regionen (insbesondere fehlen Hausärzte). Auch Projektionen, die auf eine mögliche Unterversorgung in der Zukunft hindeuten, sind kein rein spanisches Problem. Die Wartezeiten für elektive Eingriffe sowie die regionale Ungleichheit zwischen wohlhabenden und ärmeren Regionen sind weitere bekannte Schwachstellen.

DRG in Spanien

Spanien nutzt DRG (auf Spanisch **GRD: Grupos Relacionados por Diagnóstico**), allerdings auf eine grundlegend andere Weise als Deutschland. Während in Deutschland DRG-basierte Zahlungen rund 80 % der Krankeneinnahmen ausmachen, liegt der entsprechende Anteil in Spanien nur bei etwa 20 %. Während im deutschen System die DRG-Fallpauschale der primäre Vergütungsmechanismus ist, dienen GRD in Spanien vor allem der internen Kostenanalyse und regionalen Budgetplanung. Die eigentliche Krankenhausfinanzierung läuft überwiegend über globale Regionalbudgets, die aus allgemeinen Steuereinnahmen der autonomen Gemeinschaften gespeist werden.

Fazit

Spanien demonstriert eindrucksvoll, dass exzellente Gesundheitsergebnisse nicht zwingend hohe Ausgaben erfordern. Mit nur gut halb so hohen Pro-Kopf-Ausgaben wie Deutschland erreicht Spanien die dritthöchste Lebenserwartung unter allen EU-Ländern. Die eigentliche Überraschung ist also nicht, dass das spanische System mit weniger auskommt, sondern wie gut.

Kennzahlen im Vergleich

		
Bevölkerung (Mio. Einwohner*innen)	48,6	83,6
BIP/Kopf (USD)	38.290	60.439
BIP/Kopf, kaufkraftbereinigt (USD)	56.888	~66.000
Ø Lebenserwartung bei Geburt (Jahre)	84	81,1
Ø Lebenserwartung Männer bei Geburt (Jahre)	81,4	78,5
Ø Lebenserwartung Frauen bei Geburt (Jahre)	86,5	83,2
Durchschnittsalter (Median in Jahren)	44,9	46,5
Fertilitätsrate (Kinder je Frau)	1,1	1,35
Kindersterblichkeit (Todesfälle je 1.000 Lebendgeburten)	3,0	2,8
Ärzte je 1.000 Einwohner*innen	4,4	4,7
Krankenhausbetten je 1.000 Köpfe	2,9	7,7
Gesundheitsausgaben in % vom BIP	10,4	12,3
Gesundheitsausgaben je Kopf und Jahr (USD)	5.346	9.365

Quellen: IWF, World Bank, UN, populationpyramids.org, Destatis, Instituto Nacional de Estadística (INE), OECD