

Gesundheit für ALLE: Primärversorgung ausbauen

Deutschland hat sich in internationalen Abkommen verpflichtet, den Zugang zu medizinischer Versorgung für alle Menschen sicherzustellen. Mit neuen Versorgungsgesetzen will die Bundesregierung diesen Zugang nun verbessern und Angebote niedrigschwelliger, diskriminierungsfreier Primärversorgung aufbauen.

Bundesweit existieren bereits vielfältige zivilgesellschaftliche und niedrigschwellige Gesundheitsangebote für Patient*innen in prekären Lebenssituationen. Am 12. Dezember, dem Welttag der allgemeinen Gesundheitsversorgung, haben Ärzte der Welt, Diakonie Deutschland, Poliklinik-Syndikat, Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VdPP) und der Bundesverband Anonymer Behandlungsschein und Clearingstellen für Menschen ohne Krankenversicherung (BACK) sowie Gesundheit Berlin-Brandenburg zu einer gemeinsamen Veranstaltung eingeladen. Ziel war es einige dieser Ansätze vorzustellen und basierend auf der daraus gewonnenen Expertise gemeinsam mit Politik, Zivilgesellschaft und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zu diskutieren, wie die anstehenden Gesetzesvorhaben ausgestaltet werden sollten, um damit auch marginalisierte Bevölkerungsgruppen zu erreichen.

Grundlage für die Veranstaltung war das Positionspapier: „Ärzte der Welt, Poliklinik-Syndikat, vdää* und BAG W fordern eine niedrigschwellige Primärversorgung für alle in Deutschland lebenden Menschen!“ → [Positionspapier jetzt lesen.](#)

Forderungen der Veranstaltung

- **Gesetzliche Ausschlüsse** von der Krankenversicherung müssen abgeschafft werden:
 - o Überarbeitung der Übermittlungspflichten, damit Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus ohne Angst vor Abschiebung gesundheitliche Dienste in Anspruch nehmen können
 - o Asylsuchende und Anspruchsberchtigte nach Asylbewerberleistungsgesetz in reguläre Sozial- und Gesundheitsleistungssysteme integrieren
 - o Leistungsausschlüsse und Ausschluss aus der Gesetzlichen Krankenversicherung von erwerbslosen EU-Bürger*innen abschaffen
 - o Erlass von Beitragsschulden bei Krankenkassen, insbesondere für einkommensarme Personengruppen
- Die Bundesregierung muss den **Zugang zu gesundheitlicher Versorgung** für alle Menschen auch **durch den Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Primärversorgungsstrukturen sicherstellen**. Die Weiterentwicklung der Primärversorgung hat unter wissenschaftlicher Begleitforschung zu erfolgen. Weiterhin bestehende Lücken, Barrieren und Ausschlüsse sind engmaschig an die Politik zurückzumelden.
- **Clearingstellen für Gesundheit** sollten als weiterer Baustein im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz aufgenommen und damit bundesweit flächendeckend etabliert werden.
- Letztlich zahlen Länder und Kommunen, die niedrigschwellige Angebote für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz einrichten, die Kosten der Ausschlüsse, die auf

Bundesebene beschlossen werden. Solange gesetzliche Ausschlüsse bestehen, muss ein **Fonds auf Bundesebene** eingerichtet werden, um Behandlungskosten von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz zu finanzieren.

- **Primärversorgungszentren** sollten eingerichtet werden, in denen multiprofessionelle Teams versorgen und beraten, in denen Gemeinwesenarbeit, Gesundheitsförderung und Prävention eine wichtige Rolle spielen und in denen Ärzt*innen, Pflegefachpersonen, Sozialarbeiter*innen und weitere Gesundheitsberufe unter einem Dach und in einer gemeinsamem Trägerform zusammenarbeiten und Leistungen aus verschiedenen Sozialgesetzbüchern abrechnen können.
- Es sollte eine **engere Verschränkung** der vorgeschlagenen Maßnahmen (**Gesundheitskioske, Primärversorgungszentren, Clearingstellen**) geben, damit alle Menschen (mit und ohne Versicherungsschutz) von einem interprofessionellen Team beraten und behandelt werden können.
- **Es sollten koordinierende Instanzen** innerhalb des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) eingerichtet und finanziert werden, die bestehende Gesundheitsdienste, psychosoziale Angebote und niedrigschwellige Versorgungsstrukturen planen und weiterentwickeln, miteinander vernetzen und aufeinander abstimmen, wie zum Beispiel Gesundheitskonferenzen oder Gesundheitsregionen.
- Es braucht eine **echte Primärversorgungsreform**, die alle Gesundheitsprofessionen und deren Zusammenarbeit stärkt und Gesundheitsversorgung am Gemeinwohl, statt an Profit ausrichtet.
- Primärversorgungsstrukturen (und alle weiteren Gesundheitsstrukturen) müssen frei sein von kommerziellen Interessen und in freigemeinnütziger oder kommunaler Trägerschaft aufgebaut werden.

Hintergrund: Inhalte und Kernbotschaften der Veranstaltung:

Universal Health Coverage (UHC) bedeutet: „Alle Bevölkerungsgruppen haben Zugang zu allen notwendigen, angemessenen und qualitativ hochwertigen Gesundheitsdiensten, und zwar ohne Barrieren und Diskriminierung sowie unabhängig von ihren finanziellen Mitteln“ (aus der Globalen Gesundheitsstrategie der Bundesregierung). UHC ist Teil der Nachhaltigkeitsziele der Agenda 2030 der Vereinten Nationen. Auch Deutschland hat sich damit verpflichtet, dieses Ziel bis 2030 zu erreichen.

Universal Health Coverage ist in Deutschland noch nicht erreicht. Es bestehen **vielfältige Barrieren zum Gesundheitssystem**: psychosoziale Hindernisse, Sprachbarrieren, finanzielle Hürden (z. B. durch Zuzahlungen, Selbstmedikation), unbekannte Kommunikationswege, Unfähigkeit des Gesundheitssystems, mit unterschiedlichen Tabus / Ausprägungen von Scham umzugehen, unterschiedlich geprägtes Nutzungsverhalten im Gesundheitssystem, fehlende Information, Unterstützung und Orientierung im komplexen System, Probleme mit Bürokratie, Verwaltung und Krankenkassen, Diskriminierung und Ausgrenzung.

Einige Personengruppen sind auch aufgrund **gesetzlicher Ausschlüsse von der Gesundheitsversorgung** ausgegrenzt. Das zeigt auch der diesjährige **Ärzte der Welt-Gesundheitsreport**, der auf Veranstaltung vorgestellt wurde. Zu diesen Gruppen gehören u.a.:

- Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus, die wegen der Übermittlungspflichten aus Angst vor Abschiebung nicht zur Ärztin können

- Asylsuchende und Menschen, die Leistungen nach dem AsylbLG bekommen und damit nur eingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung haben
- Erwerbslose EU-Bürger*innen, die komplett von Leistungen und auch aus der Krankenversicherung ausgeschlossen werden
- Menschen mit Beitragsschulden bei einer Krankenversicherung

Eine starke Primärversorgung ist eine wichtige Grundvoraussetzung zur Erreichung UHC-Ziels (siehe oben). Primärversorgung bietet eine erste Anlaufstelle für Menschen mit gesundheitlichen Anliegen und Problemen, umfasst aber viel mehr als die hausärztliche Versorgung. Sie orientiert sich am Konzept der „Primary Health Care (PHC)“ der WHO, das bereits 1978 mit der Alma Ata-Deklaration eingeführt wurde. Primärversorgung ist für alle Menschen zugänglich, wird durch multiprofessionelle Teams getragen, ermöglicht eine koordinierte und kontinuierliche Versorgung, berücksichtigt soziale Determinanten von Gesundheit, setzt vermehrt auf Prävention und Gesundheitsförderung, ist kommunal gut eingebunden und eng vernetzt mit anderen Akteur*innen. Die WHO fordert seit langem, Gesundheitssysteme stärker auf die gesundheitliche Primärversorgung auszurichten. Dennoch gibt es in Deutschland derzeit kein wirkliches Primärversorgungssystem. Es werden nun aber verschiedene Ansätze diskutiert, um **Primärversorgungsstrukturen** aufzubauen (Primärversorgungszentren bzw. Gesundheitszentren, Gesundheitskioske, Community Health Nurses, Gesundheitslots*innen, sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen).

Pläne der Bundesregierung/ Grußwort der Parlamentarischen Staatssekretärin Sabine Dittmar, MdB:

Ziel der geplanten Maßnahmen ist es, den Zugang zu Gesundheitsversorgung, Pflege, Gesundheitsförderung und Prävention für alle Menschen zu verbessern; durch Zusammenarbeit aller Akteur*innen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene und unter besonderer Berücksichtigung von marginalisierten, ausgegrenzten Menschen. Konkrete Pläne der Bundesregierung und aktueller Stand:

- Der Zugang zur Krankenversicherung und zur Versorgung für Menschen mit ungeklärtem Versicherungsstatus, insbesondere Wohnungloser, soll geprüft und im Sinne der Betroffenen geklärt werden. Das BMG prüft aktuell konkrete gesetzliche Änderungsvorschläge; es strebt dabei praktische Verbesserungen beim Zugang zur Krankenversicherung und bei der Versorgung an.
- Der Koalitionsvertrag sieht vor, Meldepflichten von Menschen ohne Papiere so zu ändern, dass sie nicht mehr vom Arztbesuch abgehalten werden. Daran sind verschiedene Ressorts beteiligt.
- Mit dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz, das Kommunen ermöglicht, gemeinsam mit den Krankenkassen Gesundheitskioske zu errichten, Gesundheitsregionen zu etablieren und Primärversorgungszentren aufzubauen, sollen passgenaue Lösungen und Angebote auf Ebene der Kommunen und Stadtteile ermöglicht werden. Ein Referentenentwurf für ein entsprechendes Gesetz wird schon seit Sommer zwischen den Bundesressorts diskutiert. Sabine Dittmar äußert die Hoffnung, dass die Regierung sehr bald mit den Verbänden und mit den Ländern dazu ins Gespräch kommen kann. Zwischenzeitlich haben sich noch weitere Themen aufgetan, die ggf. in dem Gesetz berücksichtigt werden sollen: die Situation/Honorare der Hausärzt*innen und die Entbudgetierung, der Umgang mit investorengebundenen medizinischen Versorgungszentren und das Thema Medizinstudienplätze.

Ob die neuen Strukturen auch für marginalisierte Bevölkerungsgruppen zugänglich sind, ist der Lackmus-Test für ihre **allgemeine Niedrigschwelligkeit**. Deshalb ist es wichtig, Erfahrungen von bestehenden Ansätzen und Projekten für die Ausgestaltung einzuholen. Einige **wichtige Aspekte der vorgestellten Posterpräsentationen zu Niedrigschwelligkeit** werden nachfolgend aufgelistet:

- Erreichbarkeit: in sozial benachteiligten Regionen und Stadtteilen; zentral gelegen und/oder gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar
- Offene Sprechstunden: keine Voranmeldung, keine Krankenversicherung, kein Aufenthaltsstatus, keine Papiere notwendig
- Behandlung und Beratung können von allen ohne zusätzliche Kosten, auf Wunsch anonym und unbürokratisch in Anspruch genommen werden.
- Unterschiedliche Eintrittspunkte in die Primärversorgung: z. B. über medizinische Versorgung, Freizeitangebote, Sozialberatung, Gruppenangebote
- Berücksichtigung sozialer Determinanten von Gesundheit und der persönlichen Lebenssituation und der (oft sehr vielfältigen) Problemlagen bei Beratung und Versorgung
- Interprofessionelle Zusammenarbeit: z. B. Ärzt*innen, Pflegefachkräfte, Pharmazeut*innen, Sozialarbeiter*innen, Hebammen, Psychotherapeut*innen, Sprach- und Kulturmittler*innen, Community Health Nurses
- Vernetzung & Zusammenarbeit mit anderen Beratungs- und Versorgungsstellen.
- Interkulturelle Öffnung und Sprachmittlung, verschiedensprachige und einfachsprachige Informationen
- Alle wesentlichen Versorgungs- und Betreuungsangebote unter einem Dach, sodass sowieso schwer belastete Personen nicht von Anlaufstelle zu Anlaufstelle, von Einrichtung zu Einrichtung geschickt werden müssen und die Akteuer*innen interprofessionell zusammenarbeiten können, sich also bspw. in Fallkonferenzen zu den gemeinsam betreuten Personen beraten können
- Aufsuchende Angebote sind essenziell, um die Menschen dort zu erreichen, wo sie sich aufhalten und bieten zudem Einblicke in die Lebensrealität und -umstände der Patient*innen, die so besser bei Beratung und Versorgung berücksichtigt werden können. Durch Öffentlichkeitsarbeit und politische Arbeit kann auf gesundheitsgefährdende Lebens- und Arbeitsbedingungen aufmerksam gemacht und strukturelle Verbesserung gefordert werden.
- Respektvoller, wertschätzender Umgang, Ernstnehmen der Sichtweisen, Wünsche und Ängste einer Person

Clearingstellen sind Beratungsstellen, die Menschen ohne (ausreichenden) Krankenversicherungsschutz bei der Identifizierung und Durchsetzung von Leistungsansprüchen und (Re-)Integration in das Krankenversicherungssystem unterstützen.

- (Re-)Integration in Krankenversicherung kann sich aufgrund von komplexen bürokratischen und verwaltungsrechtlichen Vorgängen und teilweise Zuständigkeitsstreitereien über viele Monate ziehen. Medizinische Versorgung muss daher zudem z. B. über einen Anonymen Behandlungsschein/Behandlungsfonds sichergestellt werden.

- Bundesweit ein Flickenteppich: Die Angebote wurden und werden aktuell von einzelnen Bundesländern und/oder Kommunen eingerichtet und finanziert. Ausgestaltung, Handlungsmöglichkeiten und Finanzierung unterscheiden sich von Region zu Region stark. In manchen Bundesländern gibt es noch gar keine Angebote. Die meisten Angebote sind von jährlichen Projektfinanzierungen abhängig.

Mit dem Ansatz der **solidarische Stadtteilgesundheitszentren** wird Gesundheitsförderung im weiteren Sinne als nur medizinische Versorgung verfolgt. Medizinische Versorgung, (psycho-)soziale Beratung, Pflege, Empowerment, Community-Building, aufsuchende Angebote im Stadtteil und politische Arbeit wird unter einem Dach, einer gemeinsamen Struktur ermöglicht. Erste solidarische Stadtteilgesundheitszentren gibt es bereits in Hamburg (Veddel), Berlin (Neukölln) und Leipzig (Schönefeld), viele weitere befinden sich in Gründung.

- In der aktuellen Entwurfssfassung zum GVSG fehlt die rechtliche Rahmensetzung dafür, dass unterschiedliche Berufsgruppen unter einer gemeinsamen rechtlichen Struktur zusammenarbeiten können, wie es beispielsweise in einem Krankenhaus möglich ist. Dadurch ist aktuell keine gemeinsame Abrechnung, kein gemeinsames Dokumentationssystem und Finanzierung von Fallbesprechungen möglich. Statt prioritätär Gesundheitskioske als neue Versorgungsform zu etablieren, sollte diese sinnvolle Ergänzung unter einem Dach und in gemeinsamer Trägerschaft mit einem Primärversorgungszentrum gebildet werden, um eine Versorgung und Beratung in Hand eines interprofessionellen Teams zu ermöglichen.
- Interprofessionelle Teambesprechungen und Sprachmittlung müssen finanziert werden.
- Essenziell ist die Etablierung des neuen Berufsbildes der Community Health Nurse sowie die gesetzliche Erweiterung der pflegerischen Kompetenzen, die Pflegefachpersonen eine eigenständige Ausübung heilkundlicher Aufgaben und Tätigkeiten in der Primärversorgung erlauben. Dies fördert eine Abkehr der Ärztezentrierung hin zu einer interprofessionellen Zusammenarbeit auf Augenhöhe, in der alle Berufsgruppen ihre Expertise einbringen können.

Deutlich wurde, dass bereits viele gute Ansätze, Strukturen und viel Expertise vorhanden sind, die zusammengeführt und koordiniert werden müssen. Zu beachten ist, dass **Vernetzung, Absprache und Kooperation** Geld und zeitliche Ressourcen kostet und das entsprechend berücksichtigt und finanziert werden muss. Der **Öffentliche Gesundheitsdienst** (ÖGD) hat hier eine tragende Rolle einzunehmen, indem er Bedarfe in den Regionen erhebt, Versorgungsstrukturen gemeinsam mit anderen Akteur*innen plant und weiterentwickelt, entsprechende Angebote und Strukturen selbst etabliert, Rahmenbedingungen und Finanzierung dafür schafft bzw. bestehende Angebote, Akteur*innen, Fachkräfte miteinander vernetzt und aufeinander abstimmt. Durch Fort- und Weiterbildung, Beratung, Vernetzung und Evaluation könnte der ÖGD Qualitätsstandards etablieren und deren Einhaltung sicherstellen. Hierfür müssen die Kompetenzen, Arbeitsweise und Mandate des ÖGD bundesweit und in den Ländern weiterentwickelt werden.