# Stellungnahme zur geplanten Primärversorgungsreform

Die Bundesregierung plant eine Reform der Primärversorgung. Erklärtes Ziel ist eine zielgerichtetere Versorgung sowie eine schnellere Terminvergabe. Dabei soll auch das von Bundeskanzler Merz benannte Gerechtigkeitsproblem in der Versorgung zwischen privat- und gesetzlich Versicherten angegangen werden.

Ärzte der Welt begrüßt eine Reform grundsätzlich, sofern sie darauf abzielt, **gerechte und gute gesundheitliche Versorgung für alle in Deutschland lebenden Menschen** zu erreichen.

Wie wir bereits in einem Papier 2023 gemeinsam mit anderen Organisationen forderten, muss Primärversorgung orientiert am Primary-Health-Care-Ansatz (PHC) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mehr sein als hausärztliche Versorgung: Sie sollte für alle zugänglich sein, durch multiprofessionelle Teams getragen werden, eine koordinierte und kontinuierliche Versorgung ermöglichen, soziale Determinanten von Gesundheit berücksichtigen, Prävention und Gesundheitsförderung stärken und kommunal eingebunden sein. Ob neue Strukturen auch für marginalisierte Bevölkerungsgruppen zugänglich sind, ist der entscheidende Prüfstein für ihre allgemeine Niedrigschwelligkeit.

**Konkret fordern wir auf Basis der Erfahrung in der Versorgung von vulnerablen Bevölkerungsgruppen in Deutschland:**

1. **Patient*innensteuerung und Versorgungsqualität in interprofessionellen Primärversorgungszentren sicherstellen:** Teams aus Mediziner*innen, Pflegefachkräften, Sozialarbeitenden, Psycholog*innen, Community Health Nurses und Sprachmittler*innen sollen unter einem Dach und aufsuchend Beratung, Prävention und Versorgung gemeinsam anbieten - mit gemeinsamer Dokumentation, Fallbegleitung und Fallbesprechung, die Patient*innen an die richtigen Stellen im System verweisen.

2. **Vernetzung mit niedrigschwelligen Unterstützungsstrukturen:** Beratungsstellen für Menschen ohne Krankenversicherung und Behandlungskostenfonds sollen als Bausteine des Primärversorgungssystems gesetzlich verankert und bundesweit flächendeckend etabliert werden. Eine enge Verzahnung von Primärversorgungszentren mit Beratungsstellen, Clearingstellen und Angeboten der Wohnungsnotfallhilfe ist sicherzustellen. Der öffentliche Gesundheitsdienst sollte eine koordinierende und vernetzende Rolle bei kleinräumiger Bedarfsplanung sowie bei Aufbau und Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen einnehmen.

3. **Sprachbarrieren abbauen:** Qualifizierte Sprachmittlungsangebote müssen finanziert und Gesundheitsinformationen in einfacher Sprache verfügbar sein.

4. **Gemeinwesenarbeit und Verhältnisprävention stärken:** Armut, prekäre Wohn- und Arbeitsbedingungen, Einsamkeit sowie Diskriminierung machen krank – ihnen

muss strukturell begegnet werden. In der Versorgung sind Präventions-, Informations- und Vernetzungsangebote, die krankmachenden Lebensbedingungen entgegenwirken und die Gesundheitskompetenz stärken, wichtige Bausteine.

5. **Vergütungsmodelle reformieren:** Primärversorgungsstrukturen müssen in freigemeinnütziger oder kommunaler Trägerschaft aufgebaut werden. Vergütungsmodelle müssen auf Fehlanreize überprüft und konsequent reformiert werden.
6. **Partizipation ermöglichen:** Patient*innen, Nutzer*innen und Selbstvertreter*innen sollen über Beiräte in Planung und Umsetzung von Versorgungsstrukturen und in Versorgungsprozesse eingebunden werden.

Der Primary-Health-Care-Ansatz (PHC) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) - mit den drei Säulen **niedrigschwellige Versorgung**, **Empowerment von Communities** und **multisektorale Ansätze** - ist der effektivste und kostengünstigste Weg, um sicherzustellen, dass alle Menschen Zugang zu notwendiger medizinischer Versorgung erhalten, ohne dadurch in finanzielle Not zu geraten (Universal Health Coverage). Alle drei Säulen sollten daher im Rahmen einer Primärversorgungsreform berücksichtigt werden.

Eine Primärversorgung, die gesundheitsschädlichen Lebensbedingungen entgegenwirkt und frühzeitig dort erreichbar ist, wo Menschen gesundheitlich belastet sind, entlastet auf Dauer das gesamte Gesundheitssystem und senkt Folgekosten für die Solidargemeinschaft. Diesen Zusammenhang erleben wir bei **Ärzte der Welt seit über 25 Jahren in unseren Projekten auch in Deutschland** - allerdings meist aus der umgekehrten Perspektive: Menschen, die heute ausgeschlossen sind, weil sie keinen Versicherungsschutz haben, nicht über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen, wohnungslos oder psychisch erkrankt sind, kommen mit weit fortgeschrittenen, chronifizierten und oft akut lebensbedrohlichen Krankheitssymptomen zu uns oder landen in der Notaufnahme. Das belastet nicht nur die Betroffenen selbst, sondern verursacht unnötig hohe Kosten. Gleichzeitig zeigt unsere Arbeit, dass aufsuchende Angebote, Sprachmittlung, interprofessionelle Zusammenarbeit in Teams und die Berücksichtigung sozialer Lebenslagen Menschen erfolgreich in Versorgung bringen, deren Gesundheit stabilisieren und damit das System insgesamt entlasten. Zudem stärkt eine inklusive Versorgung den gesellschaftlichen Zusammenhalt und die Resilienz der Bevölkerung, wie wir in der Kampagne #GesundheitUnteilbar und zugehörigen Argumentationshilfe herausstellen.

Es braucht daher nicht nur Reformen in der Steuerung von Patient*innen und Terminvergabesystemen, sondern **einen Paradigmenwechsel hin zu einem echten Primärversorgungssystem, das soziale Determinanten von Gesundheit berücksichtigt und auch marginalisierte und besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen im Blick hat.**

Kontakt: Ärzte der Welt e.V.
Janina Gach, Advocacy Referentin (Janina.gach@aerztederwelt.org)
www.aerztederwelt.org