

Positionspapier

Integrierte ambulante Primärversorgung stärken, bestehende Strukturen nutzen – Paritätische Eckpunkte zum Konzept der Gesundheitskioske

Die Bundesregierung hat sich in ihrem Koalitionsvertrag darauf verständigt, in der kommenden Legislatur niedrigschwellige Beratungsangebote für die Behandlung und Prävention in besonders benachteiligten Kommunen und Stadtteilen zu errichten. Konkret befinden sich hierfür nun sogenannte "Gesundheitskioske" im Gespräch, 1000 dieser Gesundheitskioske sollen im gesamten Bundesgebiet entstehen. Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Lauterbach hat hierfür erste Eckpunkte für ein mögliches Rollout vorgestellt. Ausgangspunkt der Überlegungen ist der bundesweit erste Gesundheitskiosk im Hamburger Stadtteil Billstedt-Horn, der von 2017-2020 durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördert wurde. Der G-BA sprach sich im Februar 2022 für eine Überführung der im Hamburger Innovationsprojekt erprobten Versorgungsformen in die Regelversorgung aus – ein Auftrag, dem sich die Bundesregierung nun widmen möchte.

Gesundheitskioske sollen in sozial benachteiligten Kommunen und Stadtteilen als erste Anlaufstelle der Sozial- und Gesundheitsberatung dienen. Als solche sollen sie an die hohen Bedarfe an den Schnittstellen zur ambulanten ärztlichen Primärversorgung sowie den klinischen Notaufnahmen anknüpfen. Die Vernetzung mit kommunalen Akteur*innen im Sozial- und Gesundheitswesen soll eine sozialraumorientierte, integrierte und sektorenübergreifende Versorgung fördern. Gesundheitskioske sollen niedrigschwellig ausgerichtet sein und dadurch von Nutzenden aus eigener Initiative ohne größere Hürden aufgesucht werden können. Ebenso können Nutzende von sozialen Einrichtungen an einen Kiosk vermittelt bzw. durch behandelnde Ärzt*innen dorthin überwiesen werden (i. S. d. „Social Prescribing“) und umgekehrt. Den Gesundheitskiosken soll damit eine wichtige Lotsenfunktion im Sozialraum zukommen. Sie sollen ganz konkret bei der Vor- und Nachbereitung ärztlicher Gespräche, bei der Erarbeitung von Versorgungsplänen und beim Ausfüllen von Formularen und Anträgen unterstützen. Ebenso sollen einfache medizinische Routineaufgaben wahrgenommen werden und bei Bedarf eine längerfristige Fallbegleitung möglich sein. Zudem soll dem Pflegeberuf eine zentrale Rolle im Sinne des "Community Health Nursing" zukommen, wie z. B. bei der Leitung der Gesundheitskioske.

Die Eckpunkte des Bundesgesundheitsministeriums sehen das Initiativrecht bzw. Initiativgebot zur Errichtung der Kioske bei den Kommunen, d. h. die Kommunen entscheiden eigenständig über die Errichtung von Gesundheitskiosken und können von den Krankenkassen den Abschluss eines schiedsamtsfähigen Vertrages über die Einzelheiten verlangen. Ausdrücklich sollen solche Angebote auch mobil (z. B. mit Hilfe von Bussen) möglich sein. Da die Kioske auch Aufgaben der Daseinsvorsorge wahrnehmen, besteht nur dann die gemeinsame, d. h. wettbewerbsneutrale Verpflichtung der Kassen zur Beteiligung an einem Kiosk, wenn auch die Kommunen sich insbesondere finanziell beteiligen. Letztendlich soll die Finanzierung laut den Eckpunkten des Bundesgesundheitsministeriums zwischen den Kommunen (20 %) auf der einen und der gesetzlichen (74,5 %) und privaten (5,5 %) Krankenversicherung auf der anderen Seite aufgeteilt werden. Andere Sozialleistungsträger, wie z. B. die Rentenversicherung, sollen hierzu nicht verpflichtet werden, sich jedoch freiwillig auch finanziell beteiligen können.

Vor diesem Hintergrund bringt sich der Paritätische mit den folgenden Eckpunkten in den politischen und gesetzgeberischen Diskurs ein:

1. Der Paritätische setzt beim Ausbau und der Weiterentwicklung sozialer Dienste grundsätzlich auf konzeptionelle Lebensweltorientierung und auf Vielfalt der Angebote. Die Entwicklung von Angeboten zusammen mit den relevanten Akteur*innen vor Ort – inklusive der Selbsthilfe – gewährt, dass Konzepte tatsächlich an den jeweiligen Bedarfen ausgerichtet sind und vermag Synergien im Zusammenwirken der Akteur*innen zu schaffen. Auch die vom Bund angestoßenen Gesundheitskioske sollten daher so viel konzeptionelle Freiheit wie möglich erlauben und die Einbeziehung vorhandener Angebote und Initiativen obligatorisch machen.
2. Gemeinwohlorientierte Strukturen und Angebote gehören zur wohlfahrtspflegerischen Identität, Selbstverpflichtung und Aufgabe des Paritätischen. Diese sind seit Jahrzehnten im Sozialraum verankert und niedrigschwellig gestaltet. Sofern das Initiativrecht der Kommunen zur Errichtung von Gesundheitskiosken oder vergleichbaren Angeboten auch auf zivilgesellschaftliche Akteur*innen übertragen werden soll, ist freigemeinnützigen Trägern im Sinne des Subsidiaritätsprinzips Vorrang einzuräumen. Rein gewinnorientierte Angebote sind gänzlich von der Förderung auszuschließen. Es ist dringend geboten, die Versorgungs- und Beratungsangebote im Sozial- und Gesundheitswesen an den tatsächlichen Bedarfen der Menschen und den regionalen Gegebenheiten vor Ort auszurichten anstatt an den Profitinteressen Einzelner.
3. Mit Gesundheitskiosken darf aus Sicht des Paritätischen keine Parallelstruktur aufgebaut werden, die zur Einschränkung oder gar Verdrängung bereits existierender, insbesondere fakultativ zuwendungsfinanzierter Angebote führen kann. Der Gesetzgeber ist daher in der Pflicht, die vorhandenen

Ressourcen zu nutzen und die Anschlussfähigkeit bestehender Beratungs- und Versorgungsangebote zu gewährleisten, die z. B. von gemeinnützigen ambulanten Pflegediensten, Quartiersbüros, Schuldner- und Suchtberatungen, Schwangerschaftsberatungen, Sozialberatungen, psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen, der Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB), Clearingstellen des Anonymen Krankenscheins oder auch Selbsthilfekontaktstellen, Migrant*innenorganisationen und Stadtteilgesundheitszentren erbracht werden. Zudem müssen Gesundheitskioske oder vergleichbare Angebote aus Sicht des Paritätischen anschlussfähig an kassenärztliche Leistungen sein und einfache medizinische Aufgaben, wie z. B. Erstversorgung, wahrnehmen können. In diesem Kontext stellt sich beispielsweise auch die Frage, ob die Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Menschen als medizinische Routineaufgabe im Rahmen der Gesundheitskioske durchgeführt und wie die Anschlussfähigkeit zu den bestehenden Strukturen und Angeboten der Sucht- und Sucht-Selbsthilfe gewährleistet werden kann. Auch die angestrebte Neuausrichtung der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) birgt inhaltliche Schnittmengen zum Konzept der Gesundheitskioske und damit das Risiko der Entstehung von Doppelstrukturen, die es im Vorfeld aus Sicht des Paritätischen dringend zu berücksichtigen und auszuschließen gilt.

4. Der Paritätische begrüßt grundsätzlich die Zielsetzung, die sozialen Determinanten von Gesundheit insbesondere in der ambulanten Primärversorgung stärker in den Blick zu nehmen. Um der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen entgegenzuwirken, müssen niedrigschwellige, sozialraumorientierte Beratungs-, Begleitungs- und Versorgungsangebote bei sozialen und Gesundheitsanliegen gefördert werden. Insbesondere in strukturschwachen Kommunen und Stadtteilen, die von sozioökonomischer Benachteiligung geprägt sind, können solche Konzepte hierzu einen wichtigen Beitrag leisten. Im Hinblick darauf muss im Gesetzgebungsprozess transparent und nachvollziehbar festgelegt werden, wie sozial benachteiligte Kommunen und Stadtteile definiert und wie die Gesundheitskioske im Bundesgebiet (Stadt/ Land) verteilt werden sollen.
5. Gesundheitliche Chancengleichheit kann aus Sicht des Paritätischen nicht alleine durch Angebote und Strukturen erreicht werden, die primär auf eine höhere Gesundheitskompetenz, ein verbessertes Gesundheitsverhalten und einen erleichterten Zugang zur gesundheitlichen Versorgung abzielen. Gesundheit entsteht dort, wo Menschen spielen, lernen, arbeiten und lieben (WHO Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986). Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigungsverhältnisse, explosionsartig steigende Energie- und Lebenshaltungskosten, beengte, von Lärm und Luftverschmutzung geprägte Wohnverhältnisse, psychische Erkrankungen,

Barrieren im Zugang zu Kultur, Freizeit, Arbeit und Bildung oder auch das Erleben von Diskriminierung und Exklusion haben direkte negative Auswirkungen auf die Teilhabechancen von Menschen. Um gesundheitliche Chancengleichheit tatsächlich zu ermöglichen, bedarf es daher neben einer notwendigen gemeinwohl-, diversitäts- und psychosozial orientierten Primärversorgung insbesondere auch der kritischen Evaluation politischer Entscheidungen sowie deren Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung entsprechend eines bio-psycho-sozialen Gesundheitsverständnisses (Health in All Policies-Ansatz).

6. Konzepte wie die der Gesundheitskioske können die primäre hausärztliche Gesundheitsversorgung gerade in unterversorgten Regionen ergänzen, diese jedoch nicht ersetzen. Gerade im ländlichen Raum hat sich in den letzten Jahren ein ernstzunehmender struktureller Mangel in der hausärztlichen Primärversorgung weiter verschärft¹. Es besteht aus Sicht des Paritätischen die berechtigte Sorge, dass insbesondere in ohnehin unterversorgten Regionen durch den Aufbau von Gesundheitskiosken eine medizinische Grundversorgung ohne die fachliche Einbindung von Ärzt*innen etabliert werden könnte. Daher sind die verantwortlichen Akteur*innen auch weiterhin in der Pflicht, für die ambulante wie auch die stationäre medizinische Regelversorgung Rahmenbedingungen zu schaffen, die insbesondere sozial benachteiligten Menschen mit komplexen gesundheitlichen und psychosozialen Unterstützungsbedarfen sowie strukturellen Zugangsbarrieren (wie z. B. aufgrund von Diskriminierungserfahrungen oder Sprachbarrieren) gerecht werden. Bei der Reform der ambulanten Primärversorgung und Gesundheitsberatung muss zudem die Zugänglichkeit für alle Personen unabhängig ihres Versichertenstatus gewährleistet werden.
7. Kosten-Nutzen-Frage: Aus Sicht des Paritätischen ist es grundsätzlich richtig und wichtig, den Qualitätsdiskurs auch im Sinne der Wirksamkeit von Angeboten zu führen. Jedoch ist eine triviale Input-Output-Rechnung im Sozial- und Gesundheitswesen oftmals schwer zu operationalisieren und stößt damit schnell an Grenzen. Beispielsweise können durch niedrigschwellige, sozialraumorientierte Beratungs- und Versorgungsformen Personengruppen erreicht werden, die ansonsten von der Versorgung abgeschnitten wären, wie z. B. aufgrund von Sprach- oder anderen Barrieren. Fehl- und Unterversorgung und daraus resultierende gesundheitliche Beeinträchtigungen oder deren Chronifizierung führen mittel- und langfristig nicht nur zu vermeidbaren Risiken für Patient*innen und Behandelnde,

¹ Laut einer Studie der Robert Bosch Stiftung werden im Jahr 2035 bundesweit etwa 11.000 Hausärzt*innen fehlen. Rund 40 % aller Landkreise werden demnach unterversorgt oder von Unterversorgung bedroht sein, insbesondere aber nicht ausschließlich in ländlichen Regionen. Online verfügbar unter: <https://www.bosch-stiftung.de/de/presse/2021/05/2035-fehlen-deutschland-rund-11000-hausaerzte-experten-empfehlen-den-aufbau-von> [01.12.2022].

sondern auch zu höheren Kosten auf Seiten der Krankenkassen. Durch Investitionen insbesondere auch in gesundheitsfördernde und präventive Strukturen und Angebote können diese Kosten und Risiken vermieden bzw. deutlich reduziert werden. Zuletzt hatten sich die Barmer, die DAK und die Techniker Krankenkasse aus der Finanzierung des Hamburger Gesundheitskiosks zurückgezogen². Niedrigschwellige und sozialraumorientierte Beratungs- und Versorgungskonzepte aus Kostengründen abzulehnen, ist aus unserer Sicht vor diesem Hintergrund jedoch nicht schlüssig und bedarf dringend weiterer Aushandlungsprozesse.

8. Laut den aktuellen Plänen des Bundesgesundheitsministeriums sollen die Gesundheitskioske in besonders benachteiligten Kommunen und Stadtteilen entstehen, die in der Regel wirtschaftlich und strukturell schlechter gestellt sind als andere. Bei der angespannten Haushaltslage vieler Kommunen muss aus Sicht des Paritätischen dringend bedacht werden, inwiefern das Initiativrecht bzw. -gebot der Kommunen dem Vorhaben überhaupt zuträglich ist. Hier besteht die nachvollziehbare Sorge, dass Projektvorhaben zur Verbesserung gesundheitlicher Teilhabechancen an der ausbleibenden Anschubfinanzierung der Kommunen scheitern werden. Finanzkräftige Kommunen könnten solche Strukturen und Angebote hingegen dort durchsetzen, wo sie unter Umständen weniger dringend gebraucht werden.
9. Aus Sicht des Paritätischen ist schließlich zu klären, wie Gesundheitskioske bzw. vergleichbare Angebote personell aufgestellt sein müssen, sowohl hinsichtlich der dort tätigen Berufsgruppen als auch der Anzahl der erforderlichen Mitarbeitenden. Bekannt ist, dass hochschulisch ausgebildete Pflegefachkräfte mit Weiterbildung in „Community Health Nursing“ (CHN) eine zentrale Rolle bei der personellen Besetzung von Gesundheitskiosken einnehmen sollen, z. B. in einer Leitungsfunktion. CHN kann als pflegerisches Berufsbild wichtige und notwendige Aspekte im Sinne einer integrierten, sozialraumbasierten Versorgung einbringen und ist als solches im Kern zu begrüßen. Ein singuläres und zudem erst noch zu etablierendes Berufsbild für die Umsetzung der Gesundheitskioske herauszugreifen und mit hervorgehobenen Tätigkeits- und Verantwortungsbereichen auszustatten, greift aus Sicht des Paritätischen jedoch zu kurz. Der Pflegeberuf muss aus unserer Sicht insgesamt attraktiver gestaltet werden, wie z. B. durch eine verbesserte Personalausstattung oder eine generelle Erweiterung der Aufgabenfelder und Zuständigkeiten im Sinne eines sozialraumorientierten Pflegeverständnisses. Es bedarf dringend eines Personal-Gesamtkonzepts in der Pflege, um der Personalabwanderung bzw. -abwerbung und der damit

² Online nachzulesen unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/137624/Ersatzkassen-ziehen-sich-aus-Finanzierung-des-Gesundheitskiosks-Billstedt-Horn-zurueck> [01.12.2022].

einhergehenden weiteren Verschärfung des prävalenten Pflegenotstandes, insbesondere in der Langzeitpflege, etwas entgegenzusetzen.

Berlin, 01. Dezember 2022

Kontakt:

gesundheit@paritaet.org