

Primärversorgung weiterentwickeln

– regional, demokratisch, partizipativ?

Handlungsempfehlungen der Diakonie zur Ausgestaltung von Gesundheitsregionen



Illustration: © Diakonie /
Francesco Ciccolella

Wichtigste Punkte – kurz & knapp

- Um Primärversorgung planen und weiterentwickeln zu können, braucht es regionale Koordinations- und Steuerungsmechanismen wie Gesundheitsregionen.
- Diese müssen sicherstellen, dass Primärversorgungsstrukturen auch Menschen mit komplexeren gesundheitlichen und sozialen Unterstützungsbedarfen gut erreichen.
- Die Diakonie setzt sich dafür ein, dass das Vorhaben, eine gesetzliche Grundlage für Gesundheitsregionen im SGB V zu schaffen, nach dem Auseinanderbrechen der Ampelregierung in der nächsten Legislatur wieder aufgegriffen wird.
- Die Diakonie hat gemeinsam mit Expert:innen aus verschiedenen Arbeitsfeldern der freien Wohlfahrtspflege konkrete Handlungsempfehlungen zur Ausgestaltung von Gesundheitsregionen erarbeitet und geht darin auf folgende Aspekte ein: Welche rechtlichen Grundlagen, welche Strukturen und welche personelle und finanzielle Ausstattung benötigen Gesundheitsregionen? Wie können Gesundheitsregionen partizipativ arbeiten?

Hintergrund

Ein wirkliches Primärversorgungssystem gibt es im deutschen Gesundheitswesen nicht. Erste Anlaufstelle für gesundheitliche Anliegen sind heute vor allem Hausärzt:innen – die Zusammenarbeit von Gesundheitsberufen ist nicht vorgesehen, Versorgungskontinuität nicht gewährleistet. Grundlegende Reformen und der Aufbau niedrigschwelliger Primärversorgungsstrukturen, in denen gesundheitliche Versorgung gemeinsam in multiprofessionellen Teams gestaltet wird, werden daher schon seit langem von vielen Seiten gefordert. Neben neuen Versorgungsmodellen wie Gesundheitskiosken und Primärversorgungszentren werden auch regionale Koordinations- und Steuerungsmechanismen diskutiert, die Leistungsanbietern ermöglichen, sich zu vernetzen und zu kooperieren. Zudem sollen sie sicherstellen, dass Angebote an den bestehenden Bedarfen ausgerichtet sind und auch Menschen mit komplexeren gesundheitlichen und sozialen Unterstützungsbedarfen gut erreichen. In einigen Bundesländern gibt es unter dem Titel »Gesundheitskonferenzen« oder »Gesundheitsregionen« seit langem vielversprechende und weitreichende Good-Practice-Beispiele für regionale Netzwerke zu gesundheitsbezogenen Themen.¹

Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen: eine Definition²

- Netzwerke, Steuerungsgremien oder »Runde Tische« auf Kreis- oder Bezirksebene, die von den unteren Gesundheitsbehörden initiiert werden oder eng an diese angebunden agieren und an denen möglichst viele der regionalen Akteur:innen mit Gesundheitsbezug mitwirken
- Zielsetzung: Akteur:innen vernetzen, bestehende Versorgungsbedarfe erfassen und gesundheitsbezogene Aktivitäten in der Region zu einem Gesamtkonzept zusammenfassen, um die Versorgung zu verbessern
- Strukturen: Sie verfügen zumeist über eine Geschäftsstelle, die inhaltliche Arbeit erfolgt in kleineren Arbeitsgruppen und wird in jährlichen Treffen zusammengeführt.
- Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen gibt es derzeit in sieben Bundesländern in Deutschland, teils sind sie auf Landesebene gesetzlich verankert, teils werden sie durch landesweite Förderprogramme unterstützt.

Im Koalitionsvertrag 2021–2025 hatten die Regierungsparteien sich darauf verständigt, die Attraktivität von Gesundheitsregionen zu erhöhen und eine bundesgesetzliche Grundlage hierfür zu schaffen. In der Vorbereitung des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes hat das Bundesgesundheitsministerium konkrete Regelungsvorschläge für eine gesetzliche Verankerung von Gesundheitsregionen im SGB V vorgelegt, die mit dem Auseinanderbrechen der Ampelregierung in dieser Legislatur keine Chance haben, umgesetzt zu werden.

1 Eine aktuelle Übersicht bietet der Fachartikel von Geuter et al. 2023: Der Beitrag von Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen zu regionaler Planung und Steuerung im Gesundheitswesen – ein Überblick auf Ebene der Bundesländer. www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/a-2098-3496

2 Unter dem Begriff der »Gesundheitsregionen« werden verschiedenste Ansätze beworben – so auch die primär gesundheitswirtschaftlich geprägten Verbände, die im »Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen« zusammengeschlossen sind und nicht vorrangig eine Verbesserung der regionalen Gesundheitsversorgung anstreben.

Die Diakonie setzt sich dafür ein, dass dieses Vorhaben in der nächsten Legislatur wieder aufgegriffen wird, und unterstützt es gern mit konkreten Handlungsempfehlungen, wie Gesundheitsregionen auszugestaltet sind, um Primärversorgungsstrukturen zu planen und weiterzuentwickeln.

Handlungsempfehlungen

Welche rechtlichen Grundlagen benötigen Gesundheitsregionen?

Gesundheitsregionen brauchen zukünftig eine bundesweite gesetzliche Grundlage und sind mit einem klaren Mandat zu versehen.

Gesundheitsregionen sollten ein breites Themenspektrum gesundheitlicher Fragestellungen behandeln und sich nicht auf Prävention und Gesundheitsförderung oder auf einzelne Themenbereiche der gesundheitlichen Versorgung beschränken.

Die Schnittstellen der Gesundheitsregionen zur ambulanten Bedarfsplanung und zur stationären Krankenhausplanung der Länder sind gut zu gestalten. Kassenärztliche Vereinigungen sind als Vertragspartner in Gesundheitsregionen mit einzubeziehen.

Wichtig ist, regional bereits bestehende Netzwerkstrukturen zu bestimmten Gesundheitsthemen – wie zum Beispiel gemeindepsychiatrische Verbünde oder Pflegekonferenzen – unter dem übergeordneten Dach einer Gesundheitsregion zu integrieren, damit die dort bestehende Expertise sinnvoll in die Planung und Weiterentwicklung von Primärversorgungsstrukturen einfließen kann.

Voraussetzung für Gesundheitsregionen ist eine umfassende kommunale Gesundheits- und Sozialberichterstattung, die ermöglicht, dass die Planung und Weiterentwicklung von Primärversorgungsstrukturen auf Grundlage valider Daten geschieht.

Es braucht rechtliche Mechanismen, um auch finanzschwachen Kommunen zu ermöglichen, dass sie Gesundheitsregionen aufbauen, wenn sie dies möchten.

Welche Strukturen benötigen Gesundheitsregionen?

Zentrale Voraussetzungen für den Erfolg einer Gesundheitsregion sind die Beteiligung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), die Mitwirkung möglichst aller relevanter Gesundheitsakteur:innen und die Integration anderer bereits bestehender Netzwerke.

Die Koordinations- oder Geschäftsstelle einer Gesundheitsregion sollte beim Öffentlichen Gesundheitsdienst angesiedelt sein. Gesundheitsämter sind aufgrund ihrer Neutralität am ehesten in der Lage, die notwendigen Abstimmungsprozesse zu moderieren, und haben gute Zugänge zu benachteiligten Personengruppen.

Es sollte zudem eine Lenkungs- oder Steuerungsgruppe eingerichtet werden, in der Krankenkassen, ÖGD, die kommunale Verwaltungsspitze, Gesundheitswesen, Wohlfahrtspflege und Selbstvertreter:innen mitwirken.

Alle in der Gesundheitsregion mitwirkenden Akteur:innen treffen sich in regelmäßig stattfindenden übergreifende Fachtagungen oder Gesundheitskonferenzen.

Die fachliche Arbeit erfolgt in inhaltlichen Arbeitsgruppen, die zu vorab definierten Themen arbeiten, Handlungsempfehlungen vorbereiten und Ideen für konkrete Projekte und Maßnahmen entwickeln.

In den Arbeitsgruppen sollten verschiedene Verantwortlichkeiten (Koordination, Moderation, Protokollführung) gleich zu Beginn geklärt werden.

Auf Landesebene kann die Arbeit der Gesundheitsregionen beispielsweise durch die jeweilige Landesvereinigung für Gesundheit inhaltlich begleitet und fachlich unterstützt werden, hierfür sind Ressourcen einzuplanen.

Welche personelle und finanzielle Ausstattung benötigen Gesundheitsregionen?

Gesundheitsregionen müssen nachhaltig und stabil finanziert sein, um gute Arbeit machen zu können.

Neben den einzurichtenden Strukturen, die sicher ausfinanziert sein müssen, müssen auch für die praktische Umsetzung der in den Gesundheitsregionen gemeinsam erarbeiteten Maßnahmen finanzielle Mittel verfügbar sein.

Wenn Maßnahmen nicht umgesetzt werden und Konzepte in der Schublade verschwinden, sorgt dies bei allen Beteiligten für Ermüdung. Die Umsetzung und die Wirkung der erarbeiteten Maßnahmen sind daher in regelmäßigen Abständen zu evaluieren.

Für die Einbeziehung der Perspektiven von Menschen mit Marginalisierungs- oder Diskriminierungserfahrungen sind ausreichend personelle und finanzielle Ressourcen einzuplanen.

Wie können Gesundheitsregionen partizipativ ausgerichtet werden?

Zentral für das Gelingen einer Gesundheitsregion ist, die wichtigen Interessengruppen zu bestimmen, die am Plenum teilnehmen und gegebenenfalls an den inhaltlichen Arbeitsgruppen mitwirken sollen.

Es ist durchaus möglich und nicht unüblich, eine Unterscheidung zwischen stimmberechtigten und beratenden Mitgliedern vorzunehmen.

Die Einladung zur Teilnahme am Plenum oder zur Mitwirkung in einer Arbeitsgruppe sollte gezielt erfolgen.

Die Teilnahmebereitschaft ist umso größer, je höherrangig die Einladung verschickt wird (besser durch Ortsvorsteher:innen oder Landrät:innen als durch die Geschäftsstelle).

Koordinator:innen einer Gesundheitsregion sollten Personen, Organisationen und Initiativen, die sie zur Mitwirkung einladen wollen, auch persönlich ansprechen. Insbesondere der persönliche Kontakt, ein gegenseitiges Kennenlernen und häufigere Begegnungen können ausschlaggebend sein. Es sind ausreichend Zeit und Ressourcen einzuplanen, um Beziehungen und Vertrauen aufzubauen und Schwelen und Vorurteile abzubauen.

Für die regelmäßig stattfindenden großen Plena sollte nicht auf eine externe Moderation zurückgegriffen werden. Vielmehr sollten Personen moderieren, die einen guten Überblick über die bestehenden Strukturen haben und die Teilnehmenden kennen.

Transparenz über alles, was in der Gesundheitsregion passiert, kann zum Beispiel durch einen regelmäßig erscheinenden digitalen Newsletter hergestellt werden. Wichtig ist zudem, dass an alle Beteiligten von Beginn an und während des ganzen Prozesses klar kommuniziert werden muss, welche Beteiligungsmöglichkeiten bestehen und wie sie ausgestaltet sind.

In dem Modellprojekt »Kommunale Pflegekonferenzen Baden-Württemberg« ist ein sehr hilfreicher Methodenkoffer³ entwickelt worden, der unter anderem folgendes beinhaltet: eine Kriterienmatrix für die Auswahl der Mitwirkenden, ein Muster für Einladungsschreiben, ein Muster für eine Geschäftsordnung sowie zwölf Grundsätze für eine gelingende Pflegekonferenz.

Bei der Planung und Weiterentwicklung von Primärversorgungsstrukturen ist es unabdingbar, die Perspektiven von Menschen einzubeziehen, die aktuell nicht gut versorgt werden, die keinen guten Zugang zur Versorgung oder erhöhte Versorgungs- und Unterstützungsbedarfe haben. Dies sind unter anderem Menschen mit Einwanderungsgeschichte oder Fluchterfahrungen, LGBTIQ, Menschen mit Behinderungen, Menschen mit chronischen und Mehrfacherkrankungen, psychiatrienerfahrene Menschen, ältere Menschen und Menschen, die rassistische oder Mehrfachdiskriminierungen erfahren.

Eine Möglichkeit, Selbstvertreter:innen und Selbstorganisationen ebenso wie Anwohner:innen mit einzubeziehen, ist die Einladung zu Dialogveranstaltungen, Fachtagungen und Workshops, die an Orten stattfinden, wo viele Menschen gut zu erreichen sind, zum Beispiel in Einkaufszentren.

Auch bei der Zusammensetzung einer Lenkungs- oder Steuerungsgruppe sowie inhaltlichen Arbeitsgruppen sollten Diversitäts- und Diskriminierungsdimensionen beachtet werden. Hier sollten Selbstvertreter:innen und Selbstorganisationen gezielt mit einbezogen beziehungsweise zur Mitwirkung eingeladen werden.

3 Hier ist der Methodenkoffer zu finden: https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Pflege/Evaluation-Kommunale-Pflegekonferenzen_Methodenkoffer_2022.pdf

Eine Voraussetzung für die Mitwirkung von Selbstvertreter:innen und Selbstorganisationen ist, dass auf größtmögliche Barrierefreiheit geachtet wird: Das betrifft die Räume, in denen Veranstaltungen und Treffen stattfinden, aber zum Beispiel auch die Gestaltung von Dokumenten oder Websites.

Um alle Mitwirkenden bei komplexen Themen und Fragestellungen mitnehmen zu können, sind Informationen klar und verständlich, in einfacher Sprache sowie gut gegliedert aufzubereiten und zu präsentieren.

Menschen, die in der Geschäftsstelle, in Lenkungs- oder Steuerungsgruppe sowie in fachlichen Arbeitsgruppen mitwirken, sollten regelmäßig an Weiterbildungen zu rassismus- und diskriminierungssensiblen Arbeiten teilnehmen.

Es empfiehlt sich, Gelder für die Auszahlung von Aufwandsentschädigungen für die Teilnahme an Arbeitsgruppentreffen bereitzustellen, um Selbstvertreter:innen und Selbstorganisationen eine regelmäßige Mitwirkung zu ermöglichen.

Gegebenenfalls ist auch eine Weiterqualifizierung für Selbstvertreter:innen und Selbstorganisationen zu finanzieren, um diese bei der Mitwirkung in den Gremien zu unterstützen.

Auch die Stärkung beziehungsweise Unterstützung der Selbstorganisation verschiedener Personengruppen sollte Aufgabe einer Gesundheitsregion sein. So können beispielsweise Räume und Infrastruktur für regelmäßige Treffen zur Verfügung gestellt werden.

Mitwirkende

Folgende Personen haben an dem Projekt mitgewirkt:

Martina Althoff, Diakonisches Werk Rheinland-Westfalen-Lippe e. V.; Janine Fahsl, Johannesstift Diakonie; Maïke Grube, Diakonie Deutschland; Claudia Hartmann, Diakoniewerk Essen; Frauke Ishorst-Witte, Immanuel Albertinen Diakonie; Jonas Kabsch, BruderhausDiakonie; Bettina Mügge, Diakonie Hessen; Lea Neubert, Diakonie Deutschland; Gisela Schneider, Deutsches Institut für Ärztliche Mission e. V. (Difäm); Sven Schumacher, Christophorusstift e. V.

Ansprechpartnerin:

Dr. Maïke Grube
Arbeitsfeld gesundheitliche Versorgung
Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege
T +49 30 652 11-1455 | F +49 30 652 11-3455
maïke.grube@diakonie.de

Diakonie Deutschland

Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.
Caroline-Michaelis-Str.1 | 10115 Berlin
www.diakonie.de

Berlin, Januar 2025