

# GESUNDHEIT braucht POLITIK

Zeitschrift für eine soziale Medizin

verein  
demokratischer  
ärzt\*innen

SOLIDARISCHES  
GESUNDHEITS WESEN

Nr. 3/2024



**GUTE IDEEN UND  
WIDERSPRÜCHLICHE INTERESSEN –  
DIE AMBULANTE VERSORGUNG**

# INHALT

## 5

Kurze Geschichte  
des ambulanten  
Gesundheitswesens

**Bernhard Winter**

## 8

Gute Ideen – wieder  
verschwunden

**Polikliniksyndikat**

## 11

Kommunales Medizinische  
Versorgungszentrum  
(kMVZ)  
Ein unvollständiger  
Überblick

**Michael Janßen**

## 12

Eine Erfolgsstory aus  
GVSG und KVVG?!  
Ein Zielbild für  
neue kommunale  
Versorgungsstrukturen

**Matthias Gruhl**

## 17

Das Poliklinik Syndikat -  
Herausforderungen  
und Perspektiven einer  
wachsenden Bewegung

## 19

Kommunen ...  
als neue Akteure in  
der wohnortnahen  
Gesundheitsversorgung

**Christine Becker**

## 24

Wir können etwas verändern,  
wenn wir wollen!

**Robert Bitterlich**

## 28

Die Tür ist ja offen  
Zugang armer Menschen zur  
ambulanten Versorgung

**Colette Gras**

## 30

Migrationspolitische Hürden  
im Zugang zu medizinischer  
Versorgung

**Amand Führer**

## 33

Transparenz über die  
Eigentumsverhältnisse bei  
Arztpraxen herstellen

**Rainer Bobsin**

## 36

Das Triester Modell  
Zur Ambulantisierung in  
der Psychiatrie

**Milan Röhrich**

## 38

Rückblick in die Geschichte  
der Kritischen Medizin  
Als Linke sich niedergelassen  
haben ...

## 42

Veranstaltungsreihe  
Solidarität verteidigen!  
Gegen Militarisierung und  
rechte Politik

## 43

»Es gibt keine Eugenik im  
besten und humansten  
Sinn«

**Gedenkstätte Pirna-  
Sonnenstein**

Der **vdää\*** ist ein Berufsverband, der sich für eine soziale Medizin, für die Demokratisierung der Gesundheitsversorgung und der Strukturen der ärztlichen Ständevertretung einsetzt. Der Verein **Solidarisches Gesundheitswesen e.V.** fördert mit politischer Bildung die Solidarität im Gesundheitswesen und ist als gemeinnützig anerkannt. Beide Vereine nehmen Einfluss auf die Gesundheitspolitik und unterstützen den Widerstand gegen die Ökonomisierung der Medizin. Die Zeitschrift »Gesundheit braucht Politik« wird seit 2024 von beiden Vereinen gemeinsam herausgegeben; sie erscheint viermal jährlich. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Position der Herausgeber wieder.

Falls Sie weitere Informationen wünschen, wenden Sie sich bitte an [info@vdaee.de](mailto:info@vdaee.de) oder [solid.g-wesen@posteo.de](mailto:solid.g-wesen@posteo.de).

#### Redaktion

Felix Ahls, Elena Beier, Colette Gras, Isabelle Horster, Thomas Kunkel, Julius Poppel, Nadja Rakowitz, Jonas Röhrich, Karen Spannenkrebs, Rafaela Voss, Bernhard Winter

#### Impressum

Gesundheit braucht Politik 3/2024  
ISSN 2194-0258  
Preis: 5 Euro  
Hrsg. vom Verein demokratischer Ärzt\*innen und vom Verein Solidarisches Gesundheitswesen e.V.  
V.i.S.d.P. Felix Ahls, Thomas Kunkel, Karen Spannenkrebs, Bernhard Winter

#### Bildnachweise

Das Titelbild wurde mit Cava durch KI erstellt und zeigt eine »futuristische Community Health Nurse auf Roller«. Die Grafiken im Artikel von Christine Becker ab Seite 19 stammen von der Autorin. Die Flyer auf Seite 30, 42 und 43 wurden selbst erstellt.

#### Geschäftsstelle des vdää\*

Kantstraße 10, 63477 Maintal  
Telefon 0 61 81 – 43 23 48  
Mobil 01 72 – 1 85 80 23  
Email [info@vdaee.de](mailto:info@vdaee.de)  
Internet [www.vdaee.de/](http://www.vdaee.de/)

Bankverbindung: Triodos Bank  
IBAN: DE05 5003 1000 1076 0500 03  
BIC: TRODEF1XXX

#### Zeitschrift

Layout/Satz Birgit Letsch  
Druck Hoehl-Druck

#### Gesundheit braucht Politik – im Abonnement

Die Zeitschrift des vdää\* und des Solidarischen Gesundheitswesens e.V. ist inhaltlich längst mehr als eine reine Vereinszeitschrift. Die vier Hefte pro Jahr widmen sich jeweils einem gesundheitspolitischen Schwerpunktthema und finden mittlerweile weit über den Verein hinaus Gehör. Vereinsmitglieder bekommen die Zeitschrift kostenfrei zugesandt.

Wer nicht Vereinsmitglied ist, hat die Möglichkeit, die »Zeitschrift für eine soziale Medizin« zum Preis von 26 Euro oder als Student\*in für 10 Euro im Jahr zu abonnieren. Es gibt auch die Möglichkeit eines digitalen Abonnements: Für 26 Euro bekommen Sie zum Ende des Quartals die pdf-Datei des kompletten Hefts.

Ein Probeabo besteht aus zwei Ausgaben und kostet ebenfalls 10 Euro.

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle des vdää\*: [info@vdaee.de](mailto:info@vdaee.de)

# EDITORIAL

## Solidarität verteidigen!

So lautet der Titel der kommenden Veranstaltungsreihe von vdää\* und Solidarischen Gesundheitswesen e.V., die sich mit der Rechtsentwicklung in unserer Gesellschaft auseinandersetzt. In vier Online-Veranstaltungen wollen wir uns zusammen mit renommierten Expert\*innen im Oktober und November mit den Hintergründen dieser Entwicklung auseinandersetzen. Thematisieren werden wir, die Militarisierung der Gesellschaft, die gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit, den Zusammenhang zwischen Austerität und Rechtsentwicklung sowie die Kommunikationsstrategien der extremen Rechten. Ihr findet die Titel und Termine der einzelnen Veranstaltungen auf der Seite 42 dieses Hefts. Auf dem Gesundheitspolitischen Forum am 29. und 30.11.2024 in Dresden widmen wir uns schwerpunktmäßig der Frage, was Charakteristika rechter Gesundheitspolitik sind (Flyer in diesem Heft). Zum Abschluss der Veranstaltungsreihe werden wir uns am 13.12.2024 in einer weiteren Online-Veranstaltung im Vorfeld der Jahreshauptversammlung des Solidarischen Gesundheitswesens mit dem aktuellen Migrationsdiskurs, der Lage an den europäischen Außengrenzen und dem Umgang mit Geflüchteten in Deutschland beschäftigen.

Wie viele linke Begriffe wurde auch die »Solidarität« von rechts gekapert und in ihr Gegenteil verkehrt. Da meint Solidarität die Nivellierung gesellschaftlicher Widersprüche, die sich auflösen sollen in einem völkischen oder nationalen Ganzen um sich dann aber gegen Schwache und an den Rand Gedrängte zu richten. In der NS-Zeit führte dieses Denken zur physischen Vernichtung des als »unwert« definierten Lebens. Da in unseren Zeiten eugenisches Denken wieder hochschwappet, haben wir in diesem Heft die Erklärung der Gedenkstätte Pirna-Sonnenstein zu den eugenischen Vorstellungen des (ehemaligen) sächsischen KV-Vorsitzenden abgedruckt. Die Gedenkstätte wird sich aktiv an unserem Workshop zu den theoretischen Voraussetzungen und der Praxis der NS-Medizin am Nachmittag des 29.11. in Dresden beteiligen.

Eine solidarische Gesundheitsfürsorge verdient diesen Namen nur, wenn sie allen hier im Land lebenden einen gleichberechtigten Zugang zum Gesundheitssystem ermöglicht. Amand Führer stellt in seinem Beitrag in diesem Heft, das die ambulante Versorgung zum Schwerpunkt hat, dar, welche Hürden es dabei für Migrant\*innen gibt. Wie kann man strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen angehen? Für Rainer Bobsin ist eine Voraussetzung dafür, dass Strukturtransparenz auch bei den Eigentümer\*innen von Praxen geschaffen wird. Matthias Gruhl sieht in den aktuellen Gesetzesvorhaben Ansätze zu einem anderen Gesundheitswesen, das ganzheitlich, präventiv und sektorenübergreifend gestaltet ist und entwirft eine konkrete Utopie. Auch das Polikli-

niksyndikat hat sich mit dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) beschäftigt. Wir drucken seine Stellungnahme ab. Ein weiterer Beitrag des Syndikats beschäftigt sich mit dem aktuellen Entwicklungsstand der Polikliniken, die als solidarische Alternativen zum Gesundheitswesen gedacht sind. Bereits vor 30 Jahren gab es Protagonist\*innen von alternativen solidarischen Versorgungsformen. Karen Spannenkrebs hat einige von ihnen zu ihren Erfahrungen befragt. In unseren Diskussionen zur ambulanten Versorgung taucht immer wieder auf, dass den Kommunen hier eine gewichtigere Rolle als Träger und Koordinator zukommen müsste. Michael Janßen gibt einen inkompletten Überblick über bestehende kommunale MVZs. Christine Becker beschreibt an zwei Beispielen wie bereits heute Kommunen als Akteure im Gesundheitswesen tätig sein können. Robert Bitterlich wiederum widmet sich in seinem Artikel der Rolle der pflegerischen Berufe in der ambulanten Versorgung und beschreibt, welche Funktionen Community Health Nurses in Zukunft übernehmen könnten. Psychisch Kranke wurden zu einem großen Teil über Jahrhunderte aus der Gesellschaft in Kliniken abgesondert und ihnen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben verweigert. Mit der italienischen Psychiatriereformbewegung, die in den 1960er Jahren begann, wurden diese großen psychiatrischen Kliniken abgeschafft. Für diesen wichtigen Schritt zu einer solidarischen Gesundheitsversorgung bedarf es allerdings entsprechender ambulanter Strukturen. Milan Röhrich beschreibt, wie sich diese in Triest entwickelt haben. Wer sich darüber informieren möchte, wie sich das ambulante Gesundheitswesen in Deutschland historisch entwickelt hat, kann dies im Beitrag von Bernhard Winter nachlesen.

Die Veranstaltungen zur Rechtsentwicklung und die Themen dieses Heftes beinhalten viel Diskussionsstoff. Schaffen wir das in unseren Vereinen solidarisch zu diskutieren oder spielen auch wir das Lieblingsspiel der Linken – sich zu spalten? Das größte Spaltungspotential liegt momentan sicherlich in der Beurteilung der Kriege in der Ukraine und im Nahen Osten. Wie können wir weiter gemeinsam an unseren Vorstellungen eines demokratischen Gesundheitswesens arbeiten, wenn sich abzeichnet, dass die militärische Aufrüstung, die auch von einigen in unseren Reihen für notwendig erachtet wird, die Gesellschaft entsolidarisiert? Auch das ist für uns eine Frage, der wir uns unbedingt stellen müssen.

»Vorwärts, nie vergessen. Die Solidarität!« heißt es in dem Lied von Brecht/Eisler, das wir lange nicht mehr gesungen haben. Es bleibt die Sache, die einfach zu verstehen, doch schwer zu machen ist.

In diesem Sinne wünschen wir euch viel Spaß beim Lesen und Diskutieren.

# Kurze Geschichte des ambulanten Gesundheitswesens

Bernhard Winter

Die heutigen Probleme des ambulanten Sektors kann man nur begreifen, wenn man dessen Geschichte kennt. Bernhard Winter erläutert sie uns.

Das deutsche Gesundheitswesen<sup>1</sup> weist im internationalen Vergleich eine Reihe von Besonderheiten auf. Prägend für die Ebene der Regelversorgung ist die sehr strikte sektorale Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung. In deren Folge kommt es zu zahlreichen Problemen und Fehlanreizen: mangelnde Behandlungskonstanz, unvollständiger Informationsaustausch zwischen den Sektoren, Doppeluntersuchungen, unnötige Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte, unzureichende Planungsabstimmungen zwischen den Sektoren etc.. Dies alles ist seit Jahrzehnten bekannt und wird gesundheitspolitisch kontrovers – häufig interessengeleitet – diskutiert. Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung hat sich kürzlich ausführlich mit der »Überwindung der Sektorengrenzen« befasst und erneut entsprechende Vorschläge veröffentlicht<sup>2</sup>. Die sektorale Trennung erwies sich allerdings bisher als weitestgehend reformresistent. Weitere Fragmentierungen des Gesundheitswesens wie die Abtrennung der ambulanten und stationären Rehabilitation oder die eigenständige berufsgenossenschaftliche Versorgungsstrukturen erschweren zusätzlich den Überblick und auch sinnvolle Kooperation. Weiterhin fällt auf, dass die Strukturen des ambulanten deutschen Gesundheitswesens stark auf Ärzt\*innen ausgerichtet sind, während anderen Gesundheitsberufen nur eine untergeordnete Bedeutung zugewiesen wird. In diesem Beitrag wollen wir kursorisch nachzeichnen, wie es zu dieser Gestaltung des Gesundheitswesens gekommen ist.

Es erscheint dabei hilfreich, bis ans Ende des 19. Jahrhunderts zurückzugehen. Um einerseits die Produktions- und Reproduktionskosten der Arbeiter\*innen zu senken und andererseits der zunehmend erfolgreichen sozialistischen Agitation entgegenzutreten, wurden ab 1883 unter Reichskanzler Bismarck in mehreren Gesetzen die Grundzüge der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), wie wir sie heute kennen, geschaffen. Es besteht eine Versicherungspflicht aller Beschäftigten bis zu einer bestimmten Einkommenshöhe, für Leistungsansprüche gilt das Solidarprinzip (jeder hat denselben Leistungsanspruch unabhängig von den geleisteten Einzahlungen), die Krankenkassen verwalten sich selbst und sie rechnen direkt mit den Leistungserbringern ab (Sachleistungsprinzip).<sup>3</sup> Die Ärzte – es waren damals ausschließlich Ärzte – arbeiteten im 19. Jahrhundert in eigenen Praxen mit Privatliquidation. Innerhalb weniger Jahre wurden jedoch die Kassenpatient\*innen zur Haupteinnahmequelle der Ärzte. Die zunehmende Nachfrage ärztlicher Leistungen als Folge der Sozialpolitik und der erfahrbaren Erfolge des medizinischen Fortschritts

Die sektorale Trennung erwies sich allerdings bisher als weitestgehend reformresistent.

bedingten um die Jahrhundertwende zum 20. Jahrhundert ein sprunghaftes Ansteigen des Ansehens der Ärzte sowie der Arztzahlen.

Diese Ärzte waren konfrontiert mit erstarkenden Krankenkassen, die seit 1892 durch von ihnen gewährte Einzelzulassungen festlegen konnten, welche Ärzte als Angestellte oder als Freiberufler in bestimmten Versorgungsbereichen für ihre Mitglieder tätig sein konnten. Diese Monopolstellung der Krankenkassen beförderte auf der anderen Seite die Organisierung der in selbständigen Praxen niedergelassenen Ärzteschaft in dem 1900 in Leipzig gegründeten »Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen« (später nach dem Tod des Gründers Hartmann in Hartmannbund umbenannt). Es folgten heftige Auseinandersetzungen zwischen dem Ärzteverband und den Krankenkassen. Zentrale Forderung des Verbandes war die Sicherung der freiberuflichen Tätigkeit der Ärzteschaft in eigener Praxis. Um Einfluss auf die Kassenzulassung zu bekommen, kündigten 1913 zahlreiche organisierte niedergelassene Ärzte einseitig ihre Kassenzulassung. Im Dezember 1913 wurde das Berliner Abkommen zwischen Kassen und Ärzten ausgehandelt, das erstmals eine gleichberechtigte Mitwirkung der Kassenärzte in Zulassungsausschüssen vorsah, die verbindlich die Niederlassung regelten; ein Etappensieg für die Ärzteschaft.

Die Auseinandersetzungen zwischen Kassen und niedergelassener Ärzteschaft spitzten sich in der Wirtschaftskrise 1923 erneut zu. Auf dem Verordnungsweg wurde den Ärzten staatlicherseits auferlegt, die damals prekäre wirtschaftliche Situation der Krankenkassen, die in der Wirtschaftskrise um ihre Handlungsfähigkeit kämpften, zu berücksichtigen. Dies wiederum löste einen Streik der organisierten niedergelassenen Ärzt\*innen aus, der vom November 1923 bis Januar 1924 dauerte. Kassenpatient\*innen wurden nur noch gegen Barzahlung behandelt. Um eine medizinische Grundversorgung aufrechtzuerhalten, richteten im Gegenzug die Krankenkassen Ambulatorien mit angestellten Ärzt\*innen ein.

Die Ambulatorien stellten ein Gegenmodell mit großer Ausstrahlungskraft gegenüber privatwirtschaftlichen Einzelpraxis dar. Von den einflussreichen ständischen Ideologen der Freiberuflichkeit wurden damals (und werden bis heute) Konzepte integrierter kollektiver Gesundheitsfürsorge als Kassen- oder Staatsmedizin denunziert. Im Ergebnis der Auseinandersetzungen 1923/24 zwischen Kassen und Ärzten wurde der »Reichsausschuss für Ärzte und Krankenkassen« geschaffen, der Kollektivverträge zwischen den beiden Vertragspartnern aushandelte. Dennoch gingen die Auseinandersetzungen in den folgenden Jahren weiter und verschärften sich mit Einsetzen der Weltwirtschaftskrise. Der Staat reagierte in dieser Situation erneut mit Notverordnungen. In deren Rahmen

wurden 1931 die *Kassenärztliche Vereinigungen (KVen)* als Körperschaft des öffentlichen Rechts mit einer Pflichtmitgliedschaft für alle Kassenärzt\*innen geschaffen. Die Vorstände der KVen wurden durch den Hartmannbund bestimmt. In der Fortentwicklung der Kollektivverträge zahlten die Krankenkassen pauschal Honorare an die KVen, die ihrerseits eine an wirtschaftlichen Grundätzen orientierte kassenärztliche Behandlung gewährleisten sollten. Das Zulassungsverfahren für Kassenarztsitze ging weitgehend auf die KVen über.<sup>4</sup> Durch diese Notverordnung wurde die Position der niedergelassenen Ärzteschaft nochmals entscheidend gestärkt.

Seit Gründung der GKV war die ambulante medizinische Versorgung ein Kampffeld, auf dem ein zähes Ringen zwischen ständisch-ökonomischen Ärzteinteressen und Vorstellungen einer kollektiven Krankenversorgung stattfand. Dieser Prozess wurde durch die Machtübernahme des Faschismus zunächst jäh zugunsten der niedergelassenen Ärzt\*innen entschieden. Bereits zu Beginn der NS-Zeit wurde die Selbstverwaltung der Krankenkassen aufgehoben, die kasseneigenen Versorgungsstrukturen (Ambulatorien, Röntgenzentren, Apotheken) aufgelöst.

Nach der Niederlage des Faschismus war die Ärzteschaft durch die vom alliierten Kontrollrat betriebene Zerschlagung der Reichsärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands, die beide vom NS-Regime etabliert worden waren, zunächst geschwächt. Allerdings gelang es ihr relativ zügig, ihre Strukturen wieder zu reorganisieren. Ein entscheidender Durchbruch gelang den niedergelassenen Ärzt\*innen mit dem Kassenarztrecht von 1955, das die ambulante Versorgung nahezu ausschließlich durch niedergelassene Ärzte in eigenen Praxen vorsah und den entsprechenden Sicherstellungsauftrag den KVen übertrug. Versorgungsstrukturen der Krankenkasse wurden nicht zugelassen. Krankenhausambulanzen blieben eine Ausnahme. Im Gegenzug verzichteten die Niedergelassenen auf das »Streikrecht«.<sup>5</sup> Damit war eine strikte Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung, sowie im ambulanten Bereich eine Versorgungsstruktur, die auf Einzelpraxen aufbaut, bis in das 21. Jahrhundert determiniert. Die KVen, ausschließlich ärztliche Interesse vertretend, wurden die dominante Organisationsstruktur des ambulanten Sektors. Das Leitbild der niedergelassenen Ärzteschaft war der als einzelner Kleinunternehmer tätige Freiberufler. Die zunehmende Technisierung der Medizin und in späteren Zeiten auch der Kostendruck zwangen die Ärzt\*innen dazu, Kooperationsformen jenseits der Einzelpraxis zu entwickeln. Einzelpraxen sind dennoch aktuell weiterhin die vorherrschende Versorgungsform.<sup>6</sup>

Die starre sektorale Trennung wird in der Bedarfsplanung eindringlich widergespiegelt. Für den stationären Bereich sind die Landesregierungen zuständig, während die KVen die Sicherstellung im ambulanten Sektor übertragen bekommen haben. Letztere haben sich wiederum seit dem 01.01.2004 an die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu halten.

Das zentrale Steuerungsgröße der historisch gewachsenen Bedarfsplanung im ambulanten Sektor ist die Verhältniszahl zwischen Ärzt\*innen/Psychotherapeut\*innen zu Patient\*innen. Auf dieser Grundlage vergeben die KVen Arztsitze. Die entsprechenden Zulassungsausschüsse sind paritätisch von Vertreter\*innen der KVen und der Krankenkassen besetzt. Andere Leistungsanbieter in der ambulanten Versorgung wie Apotheken, Pflegedienste oder Physio- und Ergotherapeut\*innen unterliegen keiner Planung und gehorchen den Regeln des Marktes. Dieses Vorgehen ist vollkommen uneinsichtig und begünstigt strukturell bereits gut versorgte Regionen und Städte.

In den 1980er und 1990er Jahren gab es mit dem Vorranschreiten des Neoliberalismus eine intensive Debatte um die Neuaufteilung der Reproduktionskosten zu Lasten der Lohnabhängigen. Im Gesundheitswesen wurde diese unter dem Stichwort »Kostenexplosion« geführt. Das *Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)* von 1993 war die Geburtsstunde der modernen differenzierteren Bedarfsplanung: Als Vorgabe für die KVen wurden die Verhältniszahlen Ärzt\*innen zu Patient\*innen in einer pragmatischen Willkür auf dem realen Stand vom 31.12.1990 festgeschrieben. Willkürlich war dies insofern, als damit keinerlei qualitative oder bedarfsorientierte Vorgaben der Versorgung verbunden waren. Diese Verhältniszahlen orientierten sich an der Bevölkerungsdichte eines Planungsbezirkes. Mit dieser Festlegung wurden auch Ungleichheiten in der Versorgung zementiert, die aus der seit 1960 bestehenden weitgehenden Niederlassungsfreiheit der Ärzt\*innen resultierte. Die Diskrepanzen in der Versorgung waren mit der Bevorzugung von attraktiven Innenstadtlagen mit einem relativ hohen Anteil Privatversicherter durch die Niedergelassenen besonders augenfällig, während ärmere Stadtrandgebiete häufig unterversorgt blieben. Es folgten in den Jahren nach 1993 lediglich die Fortschreibungen dieser festgelegten Verhältniszahlen. Neue qualitative Anforderungen des Gesundheitswesens und Berücksichtigung der ungleichen Gesundheitschancen wurden nicht beachtet und bereits bestehende Disparitäten in keiner Weise ausgeglichen. Planungstechnisch wurde unterschieden nach Regionen mit einer hohen Verdichtung, solchen mit Ansätzen zu einer Verdichtung sowie ländlichen Gebieten. Insbesondere bleibt die unterschiedliche, meist an Einkommensmöglichkeiten orientierte, Verteilung der Niedergelassenen innerhalb eines Landkreises oder einer Stadt unberücksichtigt. Zudem zeichnete sich insbesondere in den Städten eine Überversorgung mit bestimmten Facharztgruppen ab.

Nach den Vorgaben des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes von 2011 nahm der G-BA zum 01.01.2013 eine Flexibilisierung der Bedarfsplanung der KV-Sitze vor. Es erfolgte eine weitergehende Spezifizierung der Arztgruppen (hausärztliche Versorgung, allgemein fachärztliche Versorgung, spezialisierte fachärztliche Versorgung und gesonderte fachärztliche Versorgung). Es ist offensichtlich, dass die ausschließlich arztzentrierte Planung den aktuellen Versorgungsbedürfnissen der Patient\*innen

nicht gerecht wird. Entsprechend wurden auch die Bedarfsplanungs-Richtlinien des G-BA 2019 modifiziert und im Hinblick auf Morbidität, Alter und Erreichbarkeit der Praxen adjustiert. In der gesundheitspolitischen Diskussion tauchen zahlreiche Vorschläge auf, dieses Konzept zu optimieren. Eine wichtige Forderung ist dabei eine noch kleinräumigere Planung, um unterversorgte Gebiete besser identifizieren zu können. Eine besondere Problematik hinsichtlich einer ausreichenden und qualitativ angemessenen medizinischen Versorgung stellt der ländliche Raum dar. Hier zeigt sich besonders, dass die Organisation in Kleinpraxen verbunden mit den unflexiblen Sektorengrenzen zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen nicht dazu geeignet ist, ein bedarfsgerechtes Versorgungsangebot zu gewährleisten.

In dem von Bundesgesundheitsminister Lauterbach vollmundig ausgerufenen »Herbst der Reformen«<sup>7</sup> soll – wieder einmal – die sektorale Trennung angegangen werden. Am weitesten fortgeschritten ist die Umsetzung bei den Level II-Krankenhäusern, die im ländlichen Bereich eine intersektionale Versorgung sicherstellen sollen, wobei allerdings der stationäre Bereich eher rudimentär entwickelt bleibt. Auch sollen Digitalisierung (digitale Patientenakte), Förderung der Telekommunikation, Entbürokratisierung und neue Pflegekonzepte die intersektionale Kooperation fördern. Unabdingbar für ein bedarfsgerechtes Gesundheitswesen der Zukunft ist sicherlich eine abgestimmte gemeinsame Planung der Sektoren insbesondere auch unter Berücksichtigung nichtärztlicher Professionen. Eine Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen erscheint obligatorisch. Allerdings könnte dies unter den aktuellen herrschenden Verhältnissen auch ein Einfallstor für die weitere Kapitalisierung des ambulanten Sektors sein.

#### Anmerkungen:

- 1 Der Beitrag bezieht sich ausschließlich auf die Entwicklung in der BRD und im vereinigten Deutschland. Die gänzlich andere Entwicklung des Gesundheitswesens in der DDR kann hier nicht dargestellt werden. Eine detailliertere Darstellung mit Berücksichtigung des Gesundheitswesens in der DDR findet sich in der Broschüre »Ambulante Versorgung im deutschen Gesundheitswesen – Bestandsaufnahme und Veränderungsbedarf«, die 2022 vom Solidarischen Gesundheitswesen, vdää\* und vdpp herausgegeben wurde.
- 2 <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/regierungskommission-krankenhausversorgung.html>
- 3 Aktuell sind ca. 90% der Bevölkerung in der GKV versichert.
- 4 Tennstedt, Florian Sozialgeschichte der Sozialversicherung in: Blohmke, Maria u.a. (Hrsg.): Handbuch der Sozialmedizin in 3 Bd., Stuttgart 1976, S. 402
- 5 Gerst, Thomas: 50 Jahre Kassenarztrecht: »... dass wir allen Grund haben uns zu freuen.« In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 102, Heft 26, 2005
- 6 Im Jahr 2023 waren 53% der Vertragsärzt\*innen und der Psychotherapeut\*innen in einer Einzelpraxis niedergelassen. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17019.php>
- 7 <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/reden/rede/bundshaushalt-2025-lesung-1.html>

# Gute Ideen – wieder verschwunden

Wir dokumentieren hier eine Stellungnahme des Polikliniksyndikats zum »Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune« (Gesundheitsversorgungstärkungsgesetz – GVSG), das auch die Stellungnahme des Bundesrats (Drucksache 234/24) berücksichtigt. Dieser hatte dafür plädiert, die drei gestrichenen Neuerungen wieder ins Gesetz aufzunehmen: Gesundheitskioske, Gesundheitsregionen und kommunale Primärversorgungszentren.

**D**as Poliklinik Syndikat ist ein Zusammenschluss von Projekten, die sich den Aufbau und den Betrieb solidarischer Gesundheitszentren zur Aufgabe gemacht haben. Auf diese Weise wollen wir gesundheitlicher Ungleichheit entgegenwirken und für eine gerechte und solidarische Gesellschaft eintreten und kämpfen.

Wir haben den Ansatz des Arbeitsentwurfs, die Primärversorgung zu verbessern, begrüßt. Kommunen als Versorgungakteure sollten gestärkt, nicht-ärztliche Gesundheitsberufe stärker einbezogen werden. Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz und Bedienung sozialer Bedarfe sollten als GKV-Leistungen festgelegt werden. Wir bedauern sehr, dass diese Ansätze im aktuellen Referentenentwurf nicht mehr enthalten sind.

## Primärversorgungszentren

Wir fordern die Einführung von Primärversorgungszentren, da sie den Einstieg in interprofessionelle Primärversorgung darstellen. Sie sollten interprofessionelle Primärversorgung erbringen können, die folgende Angebote umfasst:

- haus- und ggf. kinderärztliche Versorgung,
- psychologische und soziale Beratung,
- aufsuchende Angebote
- Prävention und Gesundheitsförderung sowie eine
- niedrigschwellige Gesundheitsberatung und von Community Health Nursing wie es ursprünglich für die Gesundheitskioske nach § 65 g vorgesehen war.

International sind interprofessionelle Primärversorgungszentren in vielen Ländern seit Langem fester Bestandteil der Primärversorgung. Internationale wissenschaftliche Literatur betont, dass es wichtig ist, alle Dienste an einem Ort anzubieten (Fiscella et al., 2017). Insofern geht die Stellungnahme des Bundesrats zu § 73a Abs. 1 zur ärztlichen Versorgung in die richtige Richtung, aber noch nicht weit genug, weil weitere oben aufgeführte Angebote fehlen.

## ► Interprofessionalität

Um eine gute interprofessionelle Primärversorgung zu ermöglichen, ist sicherzustellen, dass interprofessionelle Teamarbeit inklusive Fallkonferenzen stattfinden kann und finanziert wird (Supper et al., 2015). Beides ist im bisherigen System der hausärztlichen Versorgung nicht ausreichend abbildbar und allein durch niedergelassene Arzt\*innen nicht leistbar. Damit die Zusammenarbeit nicht durch weitere Hürden wie unterschiedliche Datenschutzanforderungen, Abrechnungs- und Dokumentationsysteme erschwert wird, ist eine einheitliche Trägerschaft der oben genannten, bisher getrennt arbeitenden, Professionen notwendig, die eine echte Versorgung »aus einer Hand« ermöglicht. Dies ist bereits im Bereich der stationären Leistungserbringung in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen auch möglich. Anders als der Bundesrat (§ 73a Abs. 2) fordern wir auch eine Gründungsmöglichkeit durch gemeinnützige Träger, die bisher noch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Es ist klarzustellen, dass die an der Primärversorgung zu beteiligenden nichtärztlichen Berufsgruppen wie Community Health Nurses, Pflegefachpersonen, Sozialarbeiter\*innen, Psycholog\*innen und ggf. weitere Berufsgruppen eigenständig tätig werden können. In diesem Zusammenhang ist eine rasche Umsetzung der geplanten gesetzlichen Regelung zur Heilkundeübertragung auf Pflegekräfte notwendig. Wir begrüßen daher grundsätzlich daher die vom Bundesrat in § 73a Abs. 4 Nr. 1 gestellten Anforderungen an ein Primärversorgungszentrum an ein interprofessionelles Team, auch wenn hierrunter weitere Berufsgruppen fallen könnten (z. B. Sozialarbeiter\*innen). Die in den Primärversorgungszentren angestellten Professionen sollten hierarchiearm auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten können. Insbesondere sollte die Struktur ermöglichen, die Zentrierung auf Ärzt\*innen in unserer Gesundheitsversorgung abzubauen. Die vom Bundesrat in § 73 Abs. 3 vorgeschlagene kooperative Leitung der PVZ durch Angehörige mindestens zweier unterschiedlicher Gesundheitsprofessionen sollte nicht fakultativ sondern verpflichtend sein.

## ► Soziale Determinanten von Gesundheit

Primärversorgungszentren sollten zudem auch Public-Health-Maßnahmen zur Berücksichtigung sozialer Determinanten von Gesundheit durchführen; diese gehen über Verhaltens- und Individualprävention hinaus. Ein gutes Beispiel dafür sind die kanadischen Community Health Center. Hier werden Programme zur Förderung sozialer Inklusion, zur Verringerung von Diskriminierung und zur Verbesserung der Lebensbedingungen in benachteiligten Stadtteilen durchgeführt. Um dies zu erreichen, sollte sichergestellt werden, dass wirksame Maßnahmen, die langfristig und kontinuierlich benötigt werden, regelmäßige Finanzierung erhalten und nicht von kurzfristiger Projektfinanzierung abhängen.

## ► Gemeinwohlorientierte Trägerschaft

Die Gründungsmöglichkeit durch Ärzt\*innen, eine BAG oder ein MVZ lehnen wir ab.

Primärversorgungszentren sollten ausschließlich durch gemeinnützige Träger oder Kommunen gegründet werden. Gesundheit ist Daseinsvorsorge, keine Ware. Es ist zu befürchten, dass die neue Versorgungsform von profitorientierten Kapitalgesellschaften als nächster lukrativer Bereich abgeschöpft wird. Notwendig sind Organisationen, die dem Gemeinwohl verpflichtet sind. Als Träger kommen daher gemeinnützige Vereine, gemeinnützige GmbH, Genossenschaften, Stiftungen oder Kommunen in Betracht. Die Anforderungen an kassenärztliche Versorgungsaufträge sollte flexibel gestaltet werden. Je nach Bedarf kommen ein oder zwei hausärztliche Versorgungsaufträge ggf. kombiniert mit kinderärztlichem und/oder gynäkologischem Versorgungsauftrag in Frage. Über die Stellungnahme des Bundesrats hinausgehend, fordern wir, dass ein PVZ mit den Kommunen und dem öffentlichen Gesundheitsdienst nicht nur kooperieren soll (§ 73a Abs. 5), sondern diese auch in die Anerkennung der Primärversorgungszentren einbezogen werden.

## ► Regionale Bedarfsorientierung

Vorrangig sind PVZ in strukturschwachen, sozial benachteiligten Gebieten oder in Gebieten mit bestehender oder drohender ärztlicher Unterversorgung zu errichten. Somit sollte die vom Bundesrat vorgeschlagene Rechtsverordnung nach § 65g Abs. 8 zur Festlegung von Kriterien zur Bestimmung von Regionen oder Stadtteilen mit einem hohen Anteil benachteiligter Personen auch für PVZ gelten. Perspektivisch ist eine interprofessionelle Primärversorgung in PVZ flächendeckend in ganz Deutschland zu errichten.

Innerhalb des vorgegebenen Rahmens sind regionale Bedarfe und vor Ort bestehende Spezifika zu berücksichtigen. Welche Daten hier einzubeziehen sind wird ebenso wie Anforderungen an eine regionale Sozialraum- und Bedarfsanalyse bundesweit festgelegt. Hier bietet sich z. B. die vom Bundesrat vorgeschlagene Bedarfsanalyse durch die Gesundheitsregionen an (§ 140b Abs. 2 Nr. 1).

#### ► Anforderungen

Anforderungen an PVZ sind unter Hinzuziehung wissenschaftlicher Kompetenz aus Public Health und Versorgungsforschung in einem Rahmenvertrag zu formulieren. Der Dachverband der solidarischen Gesundheitszentren e.V. hat auf Grundlage internationaler wissenschaftlicher Vorarbeiten bereits ein umfassendes Konzept für solidarische Gesundheitszentren vorgelegt, das eine gute Grundlage für einen bundesweiten Rahmenvertrag bietet.

#### ► Vergütung

Es braucht es neue innovative Vergütungsmodelle, die die interprofessionelle Leistungserbringung berücksichtigen. Denkbar sind bürokratiearme Modelle mit Ansätzen der institutionellen Förderung oder der Selbstkostendeckung. Eine ausschließlich an der ärztlichen Gebührenordnung (EBM) orientierte Vergütung für die neue Leistung der interprofessionellen Primärversorgung würde zu kurz greifen.

#### Gesundheitskioske

Sofern keine umfassenden Primärversorgungszentren etabliert werden, sollten zumindest Gesundheitskioske in engem Zusammenschluss mit anderen Primärversorgungsstrukturen und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst aufgebaut werden. Die Zusammenarbeit stellt sicher, dass nicht lediglich Beratung und Koordination, sondern auch eine Verbesserung der Versorgung erfolgt. Insofern begrüßen wir den Vorschlag des Bundesrats, Gesundheitskioske an bestehende Beratungsstellen und Gesundheitsdienstleister\*innen anzubinden (§ 65g Abs. 3). Das ist insbesondere in unterversorgten Stadtteilen und Regionen notwendig.

Genauso wie der Bundesrat würden wir eine Verpflichtung der GKV zur Einrichtung von Gesundheitskiosken auf Initiative der Kommunen begrüßen (§ 65g Abs. 1 Satz 1). Es sollten Bedingungen festgelegt werden, in welchen Regionen ein Bedarf für einen Gesundheitskiosk besteht (Bundesrat § 65g Abs. 8). Die Finanzierung sollte gemeinsam durch Kommunen und GKV, ggf. darüber hinaus wei-

terer Träger gemäß § 12 SGB I erfolgen. Finanzschwache Kommunen sollten finanziell unterstützt werden, damit auch sie Gesundheitskioske errichten können.

Die im letzten Arbeitsentwurf bzw. vom Bundesrat in § 65a Abs. 2 beschriebenen Aufgaben sind sinnvoll und insbesondere für vulnerable Gruppen hilfreich. Ein Gesundheitskiosk sollte zudem aufsuchende Angebote machen, um auch Personen zu erreichen, für die Kioske eine noch zu hohe Schwelle darstellen.

Wir unterstützen eine eigenständige pflegerische Leistungserbringung im Rahmen des SGB V in enger Kooperation mit Primärversorgungszentren. Die vorgesehene Heilkundeübertragung auf die Pflege muss in diesem Zusammenhang zügig umgesetzt werden.

Die vom Bundesrat geforderte Evaluation (§ 65g Abs. 6) sollte unter Partizipation der Nutzer\*innen durchgeführt und deren Ergebnisse veröffentlicht werden.

#### Gesundheitsregionen

Wir fordern wie der Bundesrat in § 140b auch die Einführung von Gesundheitsregionen. Sie bringen eine stärkere Steuerung und Koordinierung von Primärversorgungsstrukturen mit sich. Die Verantwortung hierfür sehen wir bei den Kommunen, sie benötigen jedoch ein klares Mandat hierfür. Wir sehen die Gefahr, dass Gesundheitsregionen vorwiegend in schon oder noch strukturell gut versorgten Kommunen und Kreisen entstehen, da sie aktive Akteur\*innen wie Ärzt\*innennetze und Kommunen voraussetzen, die mit weiteren Playern entsprechende Angebote aufbauen. In strukturschwachen Gebieten, also da, wo der Bedarf am größten ist, fehlt es oft an finanziellen und personellen Ressourcen in der Kommune. Hier braucht es Lösungen für finanzschwache Kommunen. Gesundheitsregionen sollten kommunal gesteuert werden. Eine Auslagerung der Leitung an gewinnorientierte Unternehmen lehnen wir ab, weil die Gefahr besteht, dass wirtschaftliche Aspekte und nicht das Wohl der Patient\*innen im Vordergrund stehen.

*Polikliniksyndikat, 25. Juli 2024*

#### Quellen:

Fiscella, K., Mauksch, L., Bodenheimer, T., Salas, E., 2017. Improving Care Teams' Functioning: Recommendations from Team Science. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 43, 361–368. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.03.009>

Supper, I., Catala, O., Lustman, M., Chemla, C., Bourgueil, Y., Letrillart, L., 2015. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *J Public Health (Oxf)* 37, 716–727. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdu102>

# Kommunales Medizinisches Versorgungszentrum

## Ein unvollständiger Überblick

Michael Janßen

Auf der Suche nach alternativen Versorgungsformen im ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Bereich, insbesondere in unterversorgten Gebieten, stößt man immer wieder einmal auf die Idee des »kommunalen MVZ«.

Nach der gesetzlichen Einführung der MVZ als interdisziplinäre ärztliche und psychotherapeutische Versorgungsform 2004 durch die damalige SPD-Gesundheitsministerin Ulla Schmidt wurden Kommunen als Gründer seit 2015 im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) zugelassen. Im aktuellen Gesetzesentwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG, siehe Artikel auf Seite 999) gibt es eine weitere Erleichterung, die die Gründung von kMVZ fördern soll. Es ist geplant, die Höhe der Sicherungsleistungen bei MVZ in Trägerschaft einer GmbH begrenzen zu können. Das soll dazu dienen, dass nach der Schließung eines MVZ ausstehende Forderungen nur begrenzt von der Kommune beglichen werden müssen.

Aber wer kennt überhaupt ein kommunales MVZ in der eigenen Stadt oder Umgebung? Eine exemplarische, nicht repräsentative Recherche bringt zu Tage, dass sich erst wenige Kommunen dieser Versorgungsform bedienen, um Versorgungslücken zu schließen. Meist handelt es sich um kleinere Kommunen, in denen es keine Nachfolger für frei werdende

ärztliche Sitze in selbständiger Niederlassung gibt. Hier eine Auswahl ohne Anspruch auf Vollständigkeit:

#### Nordrhein-Westfalen:

<https://www.mvz-wettingen.de/>  
<https://www.gesundheitscampus-monheim.de/>  
<https://mvz-neuenrade.de/>

#### Hessen:

<https://www.mvz-schwarzenborn.de/>  
<https://www.mvz-vogelsberg.de/>  
<https://be-mvz.de/>

#### Sachsen:

<https://www.gesund-in-baruth-mark.de/>

#### Niedersachsen:

<https://www.mvz-baddeckenstedt.de/>

Die gängigen Trägerformen sind (gemeinnützige) GmbH und Anstalt öffentlichen Rechts im Besitz der Kommune, aber auch der Eigenbetrieb oder die Genossenschaft kommen in Frage. Welche Gründe es gibt, dass Kommunen so zurückhaltend sind, ist kaum zu ergründen. Uns jedenfalls liegen keine Informationen dazu vor. Möglicherweise sind besonders für finanziell knappe Kommunen die Investitionskosten und das Risiko eines nicht kostendeckenden Betriebs zu hoch. Gleichwohl ist es eine Chance, in die Versorgung einzugreifen und zumindest die ärztliche (ggf. auch die psychotherapeutische) Versorgung zu verbessern.

# Eine Erfolgsstory aus GVSG und KHVVG?!

## Ein Zielbild für neue kommunale Versorgungsstrukturen

Dr. Matthias Gruhl

In den Referentenentwürfen zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) und Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) waren erstmals relevante sektorenübergreifende und präventive Versorgungsstrukturen angedacht. Insbesondere Gesundheitskioske, Primärversorgungszentren (PVZ), der Aufbau von Gesundheitsregionen und die medizinisch-pflegerische Versorgung im ambulant/stationären Übergang eröffneten neue Perspektiven für eine Verbesserung der regionalen Primärversorgung. Bekanntlich sind aber genau diese Elemente aus den Kabinettsentwürfen beider Gesetze gestrichen, allerdings mit der Ankündigung, die noch offenen Fragen bis zu den parlamentarischen Beratungen zu klären und diese Neuerungen dort wieder einzubringen. Auch die Länder fordern in ihren Bundesrats-Stellungnahmen zu diesen Gesetzen eine stärkere Berücksichtigung dieser entfallenden Reformelemente. Um die Chancen und Bedeutung dieser ausgesetzten sektorenübergreifenden neuen Strukturen besser nachzuvollziehen, lohnt es, sich von der Detailbetrachtung einmal zu lösen und ein kommunales Zielbild zu skizzieren, das erstmals für die Option eines anderen Gesundheitswesens stehen könnte: regional, vernetzt, ganzheitlich, präventiv und sektorenübergreifend.

### Blick in die Zukunft in mehreren Etappen

In beiden früheren Gesetzesvorhaben ging es um neue Perspektiven für unterversorgte regionale Strukturen, wobei der Begriff »Region« gleichzusetzen ist mit den Verwaltungsstrukturen von der Kreisebene bis zu den Gemeinden. Es gibt bereits einige Aufgaben und Möglichkeiten im SGB V und XI für ein regionales Engagement (zum Beispiel die Option zur Gründung kommunaler MVZ, von Pflegestützpunkten oder eine Beteiligung in den Arbeitsgemeinschaften zur Gesundheitsförderung), aber mit einer Realisierung der Referentenentwürfe würde die Möglichkeit eines weitergehenden neuen kommunalen gesundheitlichen Zielbildes geschaffen werden. Diese diskutierten gesetzlichen Möglichkeiten sollen für eine fiktive Region in Deutschland skizziert werden<sup>1</sup>.

#### ► Januar 2025

Soeben sind das GVSG und das KVVG im Bundesgesetzblatt veröffentlicht. In einem ländlichen Flächenkreis am geografischen Rand Deutschlands wird diese Entwicklung aufmerksam beobachtet. In der Kreisstadt und in den umliegenden Gemeinden verschlechtert sich seit mehr als zehn Jahren die vertragsärztliche Versorgung, insbesondere im hausärztlichen Bereich. Verschiedene Gemeinden haben sich aktiv für die Einwerbung von Hausärztinnen und Hausärzten engagiert, zum Teil durch kostenlose Überlassung von Immobilien oder Bauplätzen oder durch Vergabe von Stipendien oder Darlehen. Der Erfolg war begrenzt und wird die anstehenden Pensionierungen von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten nicht kompensieren können. Fast alle melden zurück, dass sie keine Nachfolge in ihren Individual- oder Gemeinschaftspraxen gewinnen konnten. Laut der zuständigen KV wird in einer Prognose die Schwelle zur formalen Unterversorgung in den nächsten fünf Jahren in dem fast deckungsgleichen Mittelbereich als relevante Planungsgröße erreicht. Das wundert nicht, da bereits 2023 knapp 5.000 hausärztliche Vertragssitze in Deutschland unbesetzt blieben – Tendenz steigend.

Zahlreiche Bürgerinnen und Bürger, hauptsächlich aus den Randgemeinden des Kreises, haben sich besorgt und zum Teil Hilfe suchend an die Gemeinde- oder Kreisvertretungen gewandt. Sie finden keine hausärztliche Praxen, die sie betreuen können. Die KV betont, dass eine Unterversorgung noch nicht eingetreten sei. Sie ist deshalb nicht willens, über Eigeneinrichtungen, Sonderzulassungen oder andere Möglichkeiten direkte Verantwortung zu übernehmen. Sie verweist auf ihre Bereitschaft, niederlassungswilligen Ärztinnen und Ärzten finanzielle Garantien und andere Unterstützungen anzubieten.

Von den drei bisher im Kreis vorhandenen Krankenhäusern hat 2023 ein Krankenhaus nach einer Insolvenz geschlossen, das zweite Krankenhaus berichtet von seiner schlechten Ertragslage. Beide Häuser weisen bzw. wiesen unter 200 Betten aus und sind in dieser Größenordnung strukturell in einer prekären ökonomischen Ausgangs-

lage. Neben dem letzten Krankenhaus der Regelversorgung in der Kreisstadt existiert ein Haus der Maximalversorgung circa 40 bis 60 km entfernt.

In der stationären Langzeitpflege gibt es noch eine gute Angebotsstruktur im Kreis. Allerdings berichten die Anbieter der ambulanten Pflege, dass sie aus Personalmangel nicht mehr alle Anfragen auf Pflegeleistungen abdecken können. Es besteht ein offensichtlicher Mangel an Plätzen in der Kurzzeitpflege sowie in der Tages- und Nachtpflege. Der Kreis betreibt zusammen mit den Pflegekassen einen Pflegestützpunkt in der Kreisstadt mit ausgelagerten Sprechstunden an anderen Standorten.

Das Gesundheitsamt erhielt durch den Pakt für den ÖGD mehrere zusätzliche Stellen, die es nicht nur zur Deckung der Pflichtaufgaben, sondern auch zur Identifikation der gesundheitlichen Situation im Kreis im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung und zum Auf- und Ausbau von Präventionsangeboten einsetzte. Aus den vorliegenden Daten wird deutlich, dass insbesondere die Altersentwicklung, aber auch die Armutsprognosen für den Kreis belastend sein werden. Schon heute sind die Transferleistungen, auch durch die Folgen der Migration, überdurchschnittlich hoch.

Mehrere namhafte und für die Region bedeutende mittelständische Betriebe haben sich ebenfalls in Gesprächen mit den politischen Repräsentanten und inzwischen auch öffentlich kritisch dazu geäußert, dass sie bei der Personalauswahl auf keine gesicherte medizinische Versorgung verweisen können. Diese gesundheitliche Versorgung im Firmenumfeld wird von gesuchten Fachkräften explizit bei den Bewerbungen abgefragt.

Der Unwillen in der Bevölkerung über die gesundheitlichen und pflegerischen Angebote, der im Zusammenhang mit der Krankenhausschließung öffentlich sichtbar wurde, nimmt zu. Die regionalen Repräsentanten der politischen Parteien und Gremien werden als untätig und unfähig scharf kritisiert. Deren Verweis auf fehlende Zuständigkeiten hilft wenig. Es besteht die Befürchtung, dass sich diese Stimmung in den Wahlergebnissen der in zwei Jahren anstehenden Gemeinde- und Kreiswahlen abbilden wird.

#### ► Mai 2025

In kontroversen Debatten im Kreistag und gemeinsam mit den Gemeindevertretungen wird immer wieder auf die Sicherstellungskompetenz der KV und die jetzt schon schwierige finanzielle Situation von Gemeinden und Kreis verwiesen, die für die Gebietskörperschaften den Spielraum zu keiner Übernahme weiterer freiwilliger Leistungen sehr begrenzt. Andere Ratsmitglieder argumentieren mit dem kommunalen Auftrag zur Absicherung der Daseinsvorsorge und mit den Gefahren einer weiter erodierenden Versorgung für das Gemeinwohl. Die Chancen aus dem GVSG werden erörtert.

Angetrieben durch das Engagement einzelner Bürgerinnen und Bürger, begleitet durch das Gesundheitsamt und einige Ärztinnen und Ärzte vor Ort, fassen die Gre-

## Die Möglichkeit, in einem PVZ mit geregelter Arbeitszeit, gesicherter Vertretung und mit den zusätzlichen sozialkompensatorischen Fachkräften im Team zusammenzuarbeiten, ist für jüngere Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinmedizin oder der Inneren Medizin hoch attraktiv.

mien letztendlich den Beschluss, die neuen rechtlich gegebenen Möglichkeiten für ein eigenes kommunales Engagement in der Gesundheitsversorgung zu prüfen und ggf. auszuschöpfen und setzen dazu einen finanziellen Rahmen von maximal 200.000 € pro Jahr. Die Sanierung des Freibades wird zurückgestellt.

### ► Juli 2025

Finanziert durch ein Förderprogramm des Landes kann ein in der Umsetzung kommunaler gesundheitlicher Strukturen erfahrenes Beratungsunternehmen (davon gibt es einige!) gewonnen werden, das nach Sichtung der Daten des Gesundheitsamtes vorschlägt, primär in drei Gemeinden mit besonders prekärer Versorgungslage hausärztliche kommunale MVZ zu gründen. Ausschlaggebend war, dass – nach einer Anlaufphase – eine Rentabilität erreicht ist, wie sich an anderen Standorten zeigte. Die erleichterten Bedingungen für die Sicherheitsgarantien gegenüber der KV, die mit dem GVSG verabschiedet wurden, mindern die Vorlaufkosten. Da die gesetzlichen Voraussetzungen einer drohenden hausärztlichen Unterversorgung im Kreis gegeben sind, werden die kommunalen MVZs als *Primärversorgungszentren (PVZ)* etabliert. Dafür haben die Kommunen das Initiativrecht. PVZ haben für die Kommune und die dort tätigen Hausärztinnen und Hausärzten den Vorteil, dass neben der hausärztlichen Versorgung auch zusätzlich die Leistungen von »nichtärztlichen Fachkräften« erbracht und abgerechnet werden können. Diese unterstützen Versicherte mit besonderen medizinischen und gegebenenfalls auch sozialen Bedarfen nach teambasierten Absprachen mit den Hausärztinnen und Hausärzten.

Mehrere Hausärztinnen und Hausärzte aus den Gemeinden sind bereit, ihren Kassensitz vor dem Eintritt in die Pensionierung in die MVZs einzubringen, die vom Gesetz vorgeschriebenen zusätzlichen Arztsitze stehen aufgrund des schlechten Versorgungsgrades zur Verfügung. Die Möglichkeit, in einem PVZ mit geregelter Arbeitszeit, gesicherter Vertretung und mit den zusätzlichen sozialkompensatorischen Fachkräften im Team zusammenzuarbeiten, ist für jüngere Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinmedizin oder der Inneren Medizin hoch attraktiv. Schon

2023 arbeiten z. B. bis zu 40% aller ambulant tätigen Hausärztinnen und Hausärzte in Baden-Württemberg im Angestelltenverhältnis. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass eine Besetzung der zusätzlichen Sitze überraschend schnell erfolgen kann. An zwei Standorten bietet es sich an, die PVZ in den für die Gemeinden zentralen Krankenhausstandorten räumlich zu integrieren.

Das inzwischen geschlossene Krankenhaus befindet sich noch im Krankenhausplan. Der vorherige Träger ist bereit, für eine Anerkennungssumme die Immobilie dem Kreis zu überlassen. Der Trägerwechsel wird vom Land anerkannt. Das Land ist daran interessiert, den geschlossenen sowie den zweiten, insolvenzbedrohten weiteren Standort in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach dem KVVG zu überführen und die dafür notwendigen überschaubaren Investitionsmittel aus dem Strukturfonds mit den Krankenkassen bereitzustellen. Die von dem PVZ genutzten Räumlichkeiten sind davon ausgenommen, aber aus der Substanz des Hauses gut darstellbar. Die Hausärztinnen und Hausärzte der PVZ sind bereit und fachlich daran interessiert, die ärztliche Versorgung für diese stationären Angebote in diesen Einrichtungen zusammen mit anderen Ärztinnen und Ärzten vor Ort im Rahmen des vorgegebenen Krankheitsspektrums zu übernehmen. Dies eröffnet ihnen bei bis zu 20% der früher stationär einzuweisenden Patienten eine umfassendere medizinische Betreuung und Behandlung vor Ort, die den Patienten zugutekommt. Der zeitliche Aufwand ist überschaubar, da die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sehr qualifizierte und motivierte Pflegekräfte aufweisen, die die Pflege und Therapieumsetzung vollumfänglich erledigen können. Für Pflegekräfte bieten sich dort durch die Option zu mehr eigenständigem Handeln bis hin zur Übernahme der Leitungsfunktion hochattraktive Arbeitsplätze.

Durch die Reduzierung der Krankenhausbetten kann das notwendige pflegerische und sonstige nicht-ärztliche Personal des Care- und Case-Managements übernommen werden. Die Finanzierung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen ist weitgehend leistungsunabhängig ausgestaltet, da sie an den Ist-Kosten ausgerichtet sein soll und somit für die Kommune als Träger kein substantielles Risiko darstellt.

### ► Februar 2026

Ein Pflegeanbieter offeriert, in den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen Angebote der Kurzzeitpflege, der Tagespflege und vielleicht später auch der Nachtpflege in Kooperation mit den anderen dortigen Angeboten zu eröffnen. Die pflegerische Leitung der Einrichtung übernimmt auch dafür die Verantwortung. Es lassen sich zahlreiche Synergien über diese, im Gesetz vorgesehene Kooperation erzielen. Bei der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung insbesondere von temporär unterstützungsbedürftigen Personen können über die Verknüpfung von medizinischen und pflegerischen Leistungen gleitende Systemübergänge entwickelt werden, die für die Patienten unmerklich im Hintergrund arrangiert werden

Durch das Engagement des Gesundheitsamtes und die Vorhaltung einer breiten Palette von Präventionsangeboten in den unterschiedlichen Lebenswelten ist es naheliegend, die durch das GVSG gebotene Chance für den Aufbau eines Gesundheitskiosks zu nutzen. Die im Gesetz genannten Voraussetzungen von mehr als 80.000 Einwohnern sowie einer schwierigen sozialen Lage mit hohen Transferleistungen sind gegeben. Der für die Kommune anfallende Finanzierungsanteil von 20%, also rund 60 bis 80.000 €/Jahr, kann zum Teil durch die Verfügungsstellung von Immobilien und Personal den Krankenkassen nachgewiesen werden. Das Personal des Gesundheitskiosks arbeitet eng mit den sozialkompensatorischen Fachkräften der PVZ und den Fachkräften des Care- und Casemanagement der gesundheitsbezogenen Versorgungseinrichtungen zusammen. Der Pflegestützpunkt wird räumlich in den Standort des Gesundheitskiosks integriert, sodass die Beratungstätigkeit und die Fallbesprechung gerade für ältere Patienten erleichtert werden. Der kurze Draht zum Sozialamt, aber auch zur Wohnungshilfe bewährt sich. Der Kiosk wird im Gesundheitsamt angesiedelt. Damit können die präventiven Leistungen gut verzahnt und gefördert werden. Durch die Nutzung von zwei Außenstellen des Gesundheitsamtes kann auch außerhalb der Kreisstadt eine beratende und unterstützende Tätigkeit im Verbund mit den PVZs angeboten werden.

Als Nebeneffekt werden Raumkosten auf den Eigenanteil des Kreises angerechnet. Insgesamt gelingt es mit dem im Gesetz erwähnten Finanzvolumen von 400.000 €/pro Gesundheitskiosk, eine fachübergreifende Koordination und Unterstützung der gesundheitlichen Versorgung spürbar für viele Bürger zu etablieren und Ansprechpersonen für nicht gesundheitliche Anliegen anzubieten.

Es zeigt sich, dass durch die Kooperation zwischen PVZ, sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen, Gesundheitskiosk und den Angeboten der Pflege ein strukturiertes Netzwerk, insbesondere für geriatrische Patienten, entstanden ist, das das Verbleiben in der Häuslichkeit erleichtert.

### ► Juli 2026

Dieses Netzwerk, ergänzt durch weitere Leistungsanbieter, sowie die gut strukturierten Vorarbeiten für eine verbesserte Prävention sind hervorragende Voraussetzungen für den Abschluss des im GVSG eingeführten Gesundheitsregionsvertrag zwischen dem Kreis und den Krankenkassen. Auch hier obliegt das Initiativrecht der öffentlichen Hand. Die im Gesetz genannten Voraussetzungen, nämlich eine Zielplanung zu erstellen, ist aufgrund der Vorarbeiten des Gesundheitsamtes, der Daten von Kostenträgern und Dritter herstellbar. Ziel ist es, zusammen mit den Leistungserbringern, den Krankenkassen und den Gebietskörperschaften eine Managementstruktur, primär zur Abstimmung der unterschiedlichen Präventionsträger, aber auch zur Verbesserung der Erreichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen und zu einer Vernetzung der Angebote beizutragen. Geplant sind auch eine digitale Verzahnung der regionalen Leistungserbringer, respektive eine telemedizinische Verzahnung zwischen den Gesundheitseinrichtungen und fachärztlicher Expertise.

Eigentlich sind dies bereits Aufgaben, die durch die neuen kommunalen Strukturen jeweils einzeln oder durch klare Kooperationsvorgaben vorgesehen sind. Über einen Gesundheitsregionsvertrag ist es für den Kreis und die Krankenkassen allerdings möglich, die Neuausrichtung der gesundheitlichen Versorgungsstrukturen mit der Betonung der Prävention durch eine professionelle und wirksame Managementstruktur zu unterstützen und die Entwicklung entlang definierter Ziele umzusetzen. Der Kreis hat diese Leistung zur Hälfte zu finanzieren, kann aber den Effekt durch die gleich hohen Zuwendungen der Kassen verdoppeln. Der in der Gesetzesbegründung erwähnte Gesamtbetrag pro Regionsvertrag von 150.000 € pro Jahr erscheint gering, wäre aber schon deutlich mehr, als bisher für eine Koordinierung von Präventionsangeboten und Leistungserbringung im Kreis aufgewandt werden kann.

# Das Poliklinik Syndikat

## Herausforderungen und Perspektiven einer wachsenden Bewegung

Seit der Gründung des ersten Solidarischen Gesundheitszentrums auf der Veddel in Hamburg im Jahr 2017 haben sich deutschlandweit acht feste Gruppen in sozialer Trägerschaft in verschiedenen Städten etabliert: in Köln, Freiburg, Göttingen, Berlin, Dresden, Jena und Leipzig. Die Zentren befinden sich in unterschiedlichen Entwicklungsstadien, doch sie alle eint eine gemeinsame Vision: eine solidarische, emanzipatorische und diskriminierungssensible Gesellschaft zu fördern, die sich durch eine transformative und quartiersnahe Gesundheitsversorgung in den jeweiligen Stadtteilen manifestiert.

Im Mai 2023 wurde in Leipzig der Dachverband der Solidarischen Gesundheitszentren, das *Poliklinik Syndikat*, gegründet. Das Syndikat unterstützt insbesondere den Aufbau neuer Zentren. Diese entwickeln sich auf der Basis eines Grundsatzpapiers sowie den spezifischen Bedürfnissen des jeweiligen Stadtteils. Ein wichtiger Bestandteil des unterstützenden Prozesses ist der Austausch von Best-Practice-Ansätzen, der zweimal jährlich beim Verbandstreffen des Syndikats stattfindet, zu dem jede Mitgliedsgruppe eine Delegation entsendet.

Das Syndikat wächst stetig. Derzeit gibt es zusätzlich zu den festen Gruppen in verschiedenen Städten und Gemeinden acht lose Gruppen, die bereits einen Anwärter\*innenstatus im Syndikat haben: München, Tübingen, Frankfurt, Marburg, Nürnberg, Bonn, Berlin 2.0 und Lübeck. Auch im ländlichen Raum formieren sich Projekte in Demmin und Wahlsdorf, wo perspektivisch ein kleines Kultur- und Gesundheitszentrum entstehen wird, das noch offen für konzeptionelle Ausgestaltungen ist.

Trotz der wachsenden Verbreitung und öffentlichen Wahrnehmung der Solidarischen Gesundheitszentren, etwa in Wahlprogrammen, handelt es sich in der Realität jedoch überwiegend noch um selbstorganisierte und prekär arbeitende, aber gemeinsam kämpfende Modellprojekte. Ein langfristig nachhaltiges, flächendeckendes und realistisches Finanzierungskonzept fehlt bislang. Dies gilt sowohl für die Ortsgruppen als auch auf Syndikatsebene. Bisher wurde die Syndikatsarbeit vor allem durch Beiträge aus den einzelnen Mitgliedsgruppen finanziert; seit letztem Jahr gibt es jedoch die ersten Stiftungsförderungen, und perspektivisch soll vor allem die Einwerbung von Eigenmitteln das Syndikat finanziell tragen.

Die Syndikatsarbeit wird überwiegend durch aktivistisches Engagement aus den Ortsgruppen, aber auch durch eine Lohnarbeitsstelle in Teilzeit, realisiert. Die Finanzierung der Zentren erfolgt meist durch einen Flickenteppich aus Fördergeldern, Spenden und Fördermitgliedschaften. Was diese ohnehin schon wackelige Finanzierung erschwert, sind die sich ändernden politischen Mehrheitsverhältnisse in den letzten Jahren. Die Landtagswahlen in Sachsen und Thüringen haben dies noch verstärkt, sodass die Akquirierung von kommunalen Fördergeldern perspektivisch schwieriger wird. Ein Ziel könnte sein, dass das Syndikat genau in solchen prekären politischen Situationen einspringt und den Ortsgruppen finanziell unter die Arme greift, damit sie vor Ort ihre Arbeit mit weniger Druck ausüben können. Hierfür wird das Syndikat auch in naher Zukunft eine Spendenkampagne ins Rollen bringen, um zum Beispiel durch Besteuerung von Eigenmitteln Anschubfinanzierungen für Projekte zu erleichtern.

Mari Zeller, Ergotherapeut\*in in Lohnarbeit, Poliklinik – Solidarisches Gesundheitszentrum Leipzig e.V., <https://www.poliklinik-syndikat.org>

Der Kreis beabsichtigt, mit den Krankenkassen gemeinsam eine höhere Finanzausstattung für diese Aufgabe einzuwerben. Wo und durch wen diese Managementfunktion erfolgen soll, wird im Rahmen der vorgegebenen Verhandlungen zu klären sein. Durch die innovativen Versorgungsstrukturen konnte sehr engagiertes Personal für die neuen gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungsstrukturen des Kreises eingeworben werden. Es ist von daher denkbar, die Managementaufgaben des Regiovertrages einer der neuen Organisationen zu übertragen. Ob zusätzliche externe Managementbedarfe notwendig sind, ist nach den Verhandlungen mit den Krankenkassen zu klären.

### ► April 2027

Zwei PVZ sind etabliert, das Dritte soll Anfang des kommenden Jahres eröffnet werden. Das betriebswirtschaftliche Management wurde an einen externen Dienstleister mit entsprechender Expertise vergeben, die schwarze Null wird spätestens Ende 2027 erwartet. Zusätzliche PVZ sind in der Planung, solange die drohende hausärztliche Unterversorgung nicht behoben ist. Andere ärztliche Fachrichtungen haben Interesse an der Mitarbeit in den PVZ geäußert. Die Verzahnung mit dem Gesundheitskiosk wird als Entlastung der vertragsärztlichen Versorgung und als Bereicherung der Angebotspalette angesehen. Die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung wird angenommen, die Budgetfestlegungen sind eine Herausforderung, da der gesetzlich festgelegte Mechanismus sich als extrem aufwändig und kompliziert erweist. Erfreulich ist die Integration der Kurzzeitpflege, die sich als eine sinnvolle Ergänzung zwischen dem kurzstationären Aufenthalt und eine Rückkehr in die Häuslichkeit erweist.

Alleinig der Vertrag zur Gesundheitsregion konnte noch nicht geschlossen werden, da sich eine Kassenart aus prinzipiellen Bedenken sperrt. Dafür sieht das Gesetz keine Konfliktlösungsstrategie vor. Eine Nachbesserung wurde politisch angeregt.

Die neuen Versorgungsstrukturen werden von der Bevölkerung sehr positiv aufgenommen. »Endlich einmal greifbare Verbesserungen«, so der Tenor. Man spürt einen gewissen Stolz, da so viel Gutes über die eigene Region

berichtet wird. Bei der Kommunalwahl konnten die politischen Protagonisten dieser neuen gesundheitlichen kommunalen Strategie prozentual zulegen. Der Kreis hat zusammen mit anderen engagierten Regionen ein »Netzwerk Kommunale Gesundheit« gegründet, das sich vor bundeweiten Anfragen kaum retten kann.

### Quintessenz

Eine regionale Netzwerkstruktur eines präventiven und ambulant / stationären Versorgungsmodells in kommunaler Verantwortung ist eine Option, die in den Gesetzentwürfen wieder berücksichtigt werden sollte. Dafür sind die richtigen Weichen in den parlamentarischen Beratungen zu stellen. Erstmals seit ?? wäre damit der Weg in eine neue kommunale Anbieterstruktur möglich. Es lohnt also, sich dafür aktiv und vernehmbar einzusetzen. Die politischen Gegebenheiten lassen nicht vermuten, dass in der nächsten Legislaturperiode in die gleiche Richtung gedacht wird. Manchmal hilft ein Blick in die Zukunft, um den Weg dahin besser zu finden.

Dr. Matthias Gruhl ist Arzt für Allgemeinmedizin und öffentliches Gesundheitswesen und Staatsrat a.D.

### Anmerkungen:

- 1 Die ursprüngliche Version dieses Artikels, erschienen am 09.11.2023 im Observer Gesundheit (<https://observer-gesundheit.de/ein-zielbild-fuer-neue-kommunale-versorgungsstrukturen/>), wurde vom Autor aktualisiert.

Die Zentren befinden sich in unterschiedlichen Entwicklungsstadien, doch sie alle eint eine gemeinsame Vision: eine solidarische, emanzipatorische und diskriminierungssensible Gesellschaft zu fördern, die sich durch eine transformative und quartiersnahe Gesundheitsversorgung in den jeweiligen Stadtteilen manifestiert.

Das Poliklinik Syndikat verfolgt zudem das Ziel, gesundheitspolitische Forderungen zu formulieren und öffentlich zu vertreten. Ein Teil dessen ist die bundesweite und ortsübergreifende Lobbyarbeit, um langfristig sowohl die Zentrumsarbeit als auch das Gesundheitssystem insgesamt zu verbessern und so die transformative Grundidee umzusetzen.

Derzeit scheitert die langfristige Umsetzung von Polikliniken als Primärversorgungszentren auch an rechtlichen Hürden. Die Finanzierung der Kassensitze erfolgt durch Beitragszahlungen und folgt einer anderen finanziellen Logik als die Bausteine der Gemeinwesenarbeit und Beratung, die ebenfalls wesentliche Bestandteile des Poliklinik-Konzepts sind. Letztere können sinnvoll durch kommunale und stiftungsbasierte Förderungen über gemeinnützige Vereine finanziert werden. Allerdings gibt es derzeit noch keine Rechtsform, die alle vorgesehenen Bausteine zusammenfasst. Daher können Polikliniken nur durch eine Kombination verschiedener Rechtsformen sowie unterschiedlicher Lohn- und Abrechnungssysteme realisiert werden. Hier kann das Syndikat eine wichtige Rolle übernehmen, indem es die Interessen der Zentren vertritt und Bedarfe formuliert. Zu nennen wäre zum Beispiel die Forderung, dass Vereine, die fest im Stadtteil verankert sind, auch die kassenärztliche Primärversorgung unter ihrer Trägerschaft anbieten können.

Neben finanziellen Herausforderungen gibt es auch ideelle Fragen, wie etwa die, welche Ärzt\*in oder Psycholog\*in bereit ist, zu einem Einheitslohn zu arbeiten, der deutlich unter dem liegt, was diese Berufsgruppen außerhalb verdienen. Im Mittelpunkt des Selbstverständnisses des Poliklinik Syndikats steht ein Hierarchieabbau nach innen. Die historisch gewachsene Vormachtstellung des Arztberufs, die sich auch entlang intersektionaler Kategorien wie race, gender und ability in unterschiedlichen Gehältern im Gesundheitssystem manifestiert hat, soll kritisch hinterfragt und durch einen interdisziplinären und egalitären Ansatz ersetzt werden, bei dem allen Berufen der gleiche Expert\*innenstatus zukommt. Die Auseinandersetzung mit diesem Thema wird auf Syndikatssebene etwa durch die nach Berufen und Gender quotierte Besetzung des Gremiums Steuerungskreis aufgegriffen, um die Perspektiven des Dachverbands hin zur Interdisziplinarität und Intersektionalität zu schärfen.

Nicht nur in Deutschland manifestiert sich die Idee der solidarischen Gesundheitszentren zunehmend, auch international nimmt die Vernetzung Fahrt auf. Seit 2022 ist das Syndikat bei dem jährlichen Vernetzungstreffen »International Network of Social Clinics« (INOSC) vertreten, und im letzten Jahr fand die Ausarbeitung und Unterzeichnung eines Manifests statt, in dem sich die Mitglieder auf ihre Arbeit verständigen und ihre Zentren und Arbeitsweisen vorstellen. Ein Blick über den deutschen Tellerrand ist oft sehr inspirierend. Wie wäre es, wenn bedarfsorientierte Konzepte ambulanter Versorgung, wie bei »Médecins pour le Peuple« in Belgien<sup>1</sup>, bereits fest im bestehenden Gesundheitssystem verankert wären? Wie würde unsere Zusammenarbeit aussehen, wenn alle, wie in der »Village Santé« in Grenoble<sup>2</sup>, genau das Gleiche verdienen würden? Oder was würde es für unsere politische Arbeit bedeuten, wenn wir grundsätzlich autonom und ohne staatliche Förderungen arbeiten würden, wie die »Social Clinic« in Thessaloniki<sup>3</sup>?

In den letzten zehn Jahren haben sich solidarische Gesundheitszentren in Deutschland zu einer wichtigen Instanz im Diskurs um emanzipatorische Gesundheitsversorgung entwickelt. Durch ihre tägliche Arbeit tragen sie maßgeblich zur Verwirklichung der gemeinsamen Vision bei. Mit der Gründung des Poliklinik Syndikats haben sie nun einen politischen Dachverband ins Leben gerufen, der Synergien bündelt, die Professionalisierung und langfristige Etablierung der Zentren fördert und die Bewegung sowohl national als auch international vertritt. Das Poliklinik Syndikat blickt zuversichtlich in die Zukunft und sieht sich dank der vielfältigen Erfahrungen seiner Mitglieder gut gerüstet, um kommende Herausforderungen zu meistern.

#### Anmerkungen

- 1 <https://medecine-pour-le-peuple.be/qui-sommes-nous>
- 2 <https://www.ici-grenoble.org/structure/le-village-2-sante>
- 3 <https://www.kiathess.gr/gr/>

# Kommunen ...

## als neue Akteure in der wohnortnahen Gesundheitsversorgung

Christine Becker

Nicht nur in den großen Städten in Deutschland und nicht nur in linken Kreisen wie dem Poliklinik Syndikat gibt es Fortschritte. Christine Becker stellt uns hier ein Modell aus der Provinz vor, wo Kommunen neue Allianzen schmieden, um die hausärztliche Versorgung der Zukunft ohne Profite zu sichern.

Demokratisch legitimiert und nicht gewinn-, sondern gemeinwohlorientiert – das ist die Basis, auf der sich zunehmend auch Kommunen um die Zukunft der wohnortnahen Gesundheitsversorgung engagieren. Zwei herausragende kommunale Beispiele und worin sie sich von anderen kommunalen Maßnahmen unterscheiden, werden hier vorgestellt.

Das erste Beispiel, explizit als Modell für andere Kommunen vorgestellt, ist die »Odenwald-Allianz« (Landkreis Miltenberg, Bayern), die als interkommunaler Verbund die dem Gemeinwohl verpflichtete Genossenschaft »Campus GO eG« gegründet hat und damit ein hausärztliches MVZ betreibt.

Das zweite Beispiel ist die Samtgemeinde Fredenbeck (Landkreis Stade, Niedersachsen), die das Förderprogramm »Zukunftsräume Niedersachsen« nutzt, um ihren »Gesundheitscampus Fredenbeck« als kommunalen Entwicklungsprozess zu gestalten. Auch hier ist das Vorgehen so angelegt, dass es im ganzen Landkreis sowie von Kommunen in anderen Regionen übernommen werden kann und auch hier sind keine Kanzleien oder investorengestützte Managementgesellschaften involviert. Die spezifischen Umstände werden weiter unten beschrieben.

Vorab einige grundsätzliche Informationen. In beiden kommunalen Modellprozessen ist auch die Suche nach Nachfolger\*innen für freiwerdende Hausarztpraxen und die Unterstützung der noch bestehenden Arztpraxen eine zentrale Säule des kommunalen Interesses. Die hier vorgestellten Kommunen gehen aber darüber hinaus: Die Odenwald-Allianz, indem sie eine neue Kooperations- und Organisationsform entwickelt hat und so als Genossenschaft von 11 Kommunen und einem Arzt ein hausärztliches MVZ betreibt. Außerdem nutzt sie immer wieder staatliche Förderprogramme, um die Zusammenarbeit in der Region auf den Weg zu bringen. Der besondere Weg der Samtgemeinde Fredenbeck besteht in ihrer stark beteiligungs-basierten Zusammenarbeit in den drei Fokusgruppen a) »Medizinische Versorgung«, b) »Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitssystemkompetenz« und c) »Lebensqualität, Teilhabe, Wohnen und Pflege«, ergänzt durch eine Redaktionsgruppe für die Einbindung der Bevölkerung. In den drei Fokusgruppen und der Redaktionsgruppe wird auch das Spektrum der Einsatzmöglichkeiten digitaler Technologien betrachtet. Bis auf einzelne Ausnahmen wirken allerdings die Ärzt\*innen der Samtgemeinde in den Abstimmungsprozessen formal und öffentlichkeitswirksam nicht mit. – Aus dem Kreis der Ärzteschaft erreichen die externe Beraterin allerdings Mails, in denen Ärzt\*innen und Therapeut\*innen aus der Region ihre Erfahrungen und Wünsche ohne öffent-

Christine Becker, freiberufliche Beraterin mit Salutoconsult, unterstützt Kommunen in verschiedenen Bundesländern bei Themen der sozialen Daseinsfürsorge und wohnortnahen Gesundheitsversorgung, auch durch Inanspruchnahme öffentlicher Förderprogramme.

Christine Becker, Salutoconsult  
c.becker@salutoconsult.de,  
0160 / 97595211 www.salutoconsult.de

## Demokratisch legitimiert und nicht gewinn-, sondern gemeinwohlorientiert – das ist die Basis, auf der sich zunehmend auch Kommunen um die Zukunft der wohnortnahen Gesundheitsversorgung engagieren.

liche Wahrnehmung kundtun. Integriert werden natürlich auch diese Impulse und auch so geht Mitwirkung.

### Bayern und Niedersachsen – kann man das vergleichen?

In folgenden Aspekten ähneln sich die Kommunen in Bayern und Niedersachsen, die sich mit hohem eigenem Einsatz um die Gesundheitsversorgung ihrer Bevölkerung kümmern:

Es sind kreisangehörige Kommunen, d.h. eigentlich ist der jeweilige Landkreis für gewisse Aufgaben der Gesundheitsversorgung zuständig. Der Landkreis Miltenberg wird seit Jahren als eine der bayerischen »Gesundheitsregion plus« gefördert und auf Kreisebene gibt es dort auch einen Weiterbildungsverbund Allgemeinmedizin. Der niedersächsische Landkreis Stade ist für das Angebot »LandGang« zuständig, durch das Famulaturen, PJ und Blockpraktika für Medizinstudierende vermittelt und sogar Stipendien für angehende Hausärzt\*innen vergeben werden, finanziert in einem Umlageverfahren durch Steuergeld aus den Haushalten der kreisangehörigen Kommunen. Hinzu kommt auch bei diesen Landkreisen, dass sie für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zuständig sind, gemeinhin als »Gesundheitsamt« bezeichnet.

In den Versorgungsbereichen der Odenwald-Allianz und der Samtgemeinde Fredenbeck gibt es kein ausreichend professionell organisiertes Ärztenetz, geschweige denn ein »Besonderes Praxisnetz« (§ 87 b SGB V), aber auch kaum noch wahrnehmbare Qualitätszirkel oder sonstige regionale Angebote zur Fortbildung ambulant tätiger Ärzt\*innen. Es fehlen dort auch Ärzt\*innen, die man im besten Wortsinn als »Unternehmerpersönlichkeiten« bezeichnen kann. Durch die Reform der Bereitschaftsdienstorganisation sind sogar regelmäßige Treffen weggefallen, wie sie früher zur Abstimmung von Bereitschaftsdiensten und von Vertretungsregelungen notwendig waren. Engagierte Ärztenetze übernehmen in einigen anderen Regionen Deutschlands die Initiative für neue Versorgungsformen, teilweise durch »Besondere Versorgungsverträge« (§ 140 SGB V). Sie sind auch Treiber für Anwendungen der Telematikinfrastruktur oder für den Einsatz von Telemedizin. Teilweise bilden solche Ärztenetze auch den Nukleus für erste Ansätze von »Gesundheitsregionen«. Für all das machen sich die hier beschriebenen Kommunen stark.

In den beiden Modellregionen kommt hinzu, dass auch das Kreiskrankenhaus im Landkreis bzw. der jeweilige privatwirtschaftliche Krankenhausbetreiber nicht aus-

reichend als Partner auf Augenhöhe in die Kommunen der Region hineinwirkt. Bei der Odenwald-Allianz wird das Krankenhaus im Landkreis von Helios betrieben. Im Landkreis Stade gibt es zwar ein Kreiskrankenhaus (mit zwei Standorten), seine Angebote wirken aber nicht ausreichend in die Praxen der kreisweiten Versorgungsregion hinein. Man kann vermuten, dass Angebote wie »LandGang« sowie zur fachärztlichen Weiterbildung in erster Linie der Rekrutierung von Krankenhausärzten dienen. Ob und wie die Möglichkeiten der Metropolregion Hamburg genutzt werden ist nicht erkennbar (andere KV, andere Kammern, andere Weiterbildungsordnung ...) So gibt es bislang keine systematische Kooperation für medizinische Fortbildungen und auch keinen Weiterbildungsverbund Allgemeinmedizin mit Kliniken aus Hamburg und Praxen im Landkreis Stade. Und obwohl die Gematik eine »TI-Modellregion Hamburg und Umland« fördert, wird das nördliche Niedersachsen nicht zu diesem »Umland« gezählt.

Wo aktive innovative Ärztenetze oder partnerschaftlich agierende Krankenhäuser mit ihrem jeweiligen Führungspersonal fehlen, versuchen in manchen Regionen die Landräte oder aber Bürgermeister diese zentrale Koordinationsfunktion zu übernehmen. Da kreisangehörige Kommunen aber überhaupt nicht zuständig sind für die Gesundheitsversorgung, dürfen sie auch keine kommunalen Haushaltsmittel für eigentlich sinnvolle Maßnahmen einsetzen, mit denen sie die Ärzt\*innen vor Ort über die Möglichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigung hinaus unterstützen könnten. Dies gilt ganz besonders für Kommunen, die auf Grund defizitärer Haushalte in der so genannten »Haushaltskonsolidierung« sind. Wenn der Bürgermeister solch einer Kommune Haushaltsmittel oder auch »nur« eigenes Verwaltungspersonal für ein Projekt der Gesundheitsversorgung einsetzen möchte, muss er mit Widerstand seitens der zuständigen Kommunalaufsicht rechnen.

Und dennoch geht einiges. Kommunen finden Mittel und Wege, um die Daseinsfürsorge ihrer Bevölkerung auch im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung zu unterstützen. Interessanterweise stellen verschiedene Landes- und Bundesministerien – allerdings nicht die für »Gesundheit« zuständigen – Fördermittel zur Verfügung, die nur von Kommunen beantragt werden können. Das ermöglicht auch neue Herangehensweisen für die Kommunen. Allerdings werden dabei auch immer wieder die Schwachstellen der eigentlich zuständigen Einrichtungen deutlich, allen voran der Kassenärztlichen Vereinigungen, aber auch der Krankenkassen und der Gesetzgebung.

### Die Odenwald-Allianz: »Was eine Kommune allein nicht schafft, schaffen mehrere miteinander.«<sup>1</sup>

In diesem Fall waren es anfangs neun Kommunen aus dem bayerischen Landkreis Miltenberg und eine aus dem benachbarten hessischen Odenwaldkreis, die gemeinsam mit einem niedergelassenen Hausarzt aus einer der Mitgliedskommunen 2022 eine Genossenschaft gegründet haben, die Campus GO eG. Die Genossenschaft betreibt seit 2023 ein hausärztliches MVZ mit zwei Allgemeinmedizinern, Standort dafür ist die Mitgliedskommune Schneeberg in den Räumen einer dort bereits langjährig ansässigen Hausarztpraxis. Mittlerweile sind weitere zwei Kommunen zur Genossenschaft hinzugekommen, in einer von ihnen wird sogar schon eine Filialpraxis des MVZ betrieben.<sup>2</sup> Jede Mitgliedskommune der Genossenschaft, die eine Filiale haben möchte, muss selbst für die dafür notwendige Infrastruktur sorgen (Räume, technische Infrastruktur, Ausstattung) und die entsprechenden Kosten tragen.

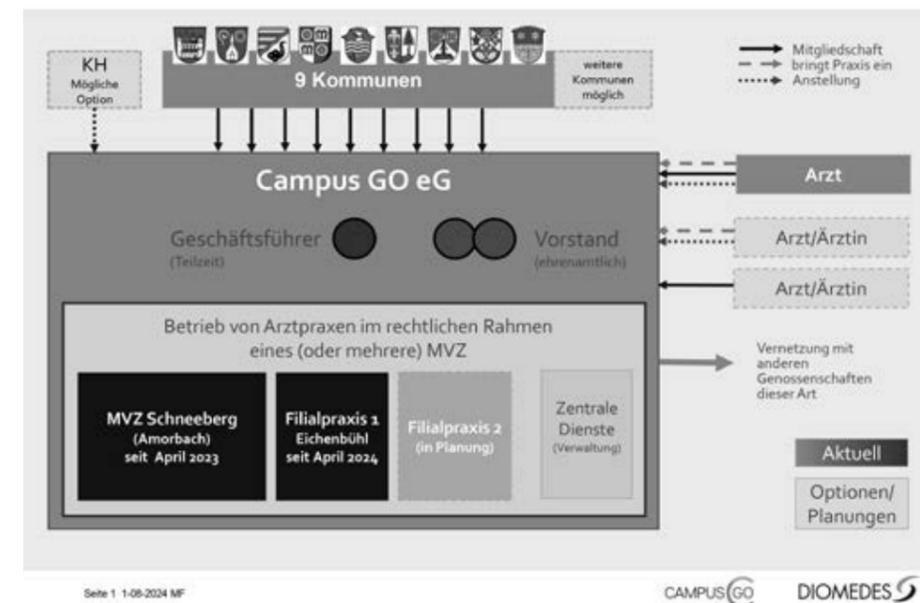
Die Grundidee zur Genossenschaft und zum von ihr betriebenen MVZ stammt aus dem interkommunalen Verbund »Odenwald-Allianz«, der aus mittlerweile 11 Kommunen besteht.<sup>3</sup> Als »Allianz« wird der kommunale Verbund vom Amt für Ländliche Entwicklung für Unterfranken mit Mitteln aus dem Landwirtschaftsministerium (und der EU) gefördert mit dem Ziel, die Infrastrukturangebote und die Lebensqualität in der ländlichen Region zu erhalten und weiterzuentwickeln. Grundlage dieser Zusammenarbeit der Kommunen ist ein schon 2013 von den ersten sieben Mitgliedskommunen gemeinsam erar-

beitetes »Integriertes Ländliches Entwicklungskonzept« (ILEK). Dieses ILEK enthält eine Liste mit Prioritätsthemen für die ländliche Entwicklung der Region, und »Gesundheit« ist von Anfang an Prioritätsthema. Mindestens einmal jährlich wird der Umsetzungsprozess diskutiert und der Zielerreichungsgrad geprüft. Dieser Umsetzungsprozess orientiert sich maßgeblich an der 2015 entwickelten und seither in verschiedenen Bausteinen umgesetzten Gesamtstrategie »Campus GO – Smarte Gesundheitsregion Bayerischer Odenwald«.

Der nächste große Meilenstein für die Campus GO eG und die Stadt Amorbach als Leitkommune der Odenwald-Allianz ist die Realisierung des »Gesundheitszentrum Amorbach«; ein modernes großzügiges Gebäude, in das das hausärztliche MVZ als Ankermieter umziehen wird. Eine Apotheke, ein physiotherapeutisches Trainingszentrum und ein pflegerisch geleitetes ambulantes Wundzentrum werden weitere Mieter sein. Gespräche werden außerdem mit einem Sanitätshaus und einem ambulanten Pflegedienst geführt. Visionär, aber doch auch nahe dran an den gesundheitspolitischen Konzepten von Primärversorgungszentren und Gesundheitskiosken sind Überlegungen, an diesem Standort, der direkt angrenzt an einen Schulcampus (Grundschule, Mittelschule, Gymnasium), Sportanlagen und eine Kultur- und Veranstaltungshalle, auch Community Health Nurses mit dem Aufgabengebiet Schulgesundheit, Präventionsberatung und Patientenschulungen einzusetzen.

Zwischenschritte auf dem Weg dorthin konnten bislang nur durch die Nutzung verschiedener weiterer Förderprogramme finanziert werden, darunter Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), Bundesministerium

### Struktur der Campus GO eG



Struktur der Campus GO eG mit Kooperationsoptionen



für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen (BMWSB), Bund, AOK Bayern sowie GKV-Spitzenverband und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Vom bayerischen Ministerium für Gesundheit und Pflege hat die Campus GO eG 2023 eine Förderung zur Unterstützung beim Aufbau der IT- und Telekommunikationsstruktur zur Vernetzung des Hauptstandortes mit der Filialpraxis erhalten. Die Campus GO eG hat außerdem 2024 den Bayerischen Demografiepreis als Zusammenschluss mehrerer Kommunen unter dem Dach der Genossenschaft zum Betrieb des hausärztlichen MVZ erhalten.

Die Gesamtstrategie der Odenwald-Allianz »Campus GO – Smarte Gesundheitsregion Bayerischer Odenwald« und die diversen Projekte wurden durch Christine Becker, Salutoconsult, entwickelt bzw. initiiert.

### Der Gesundheitscampus Fredenbeck der Samtgemeinde Fredenbeck

Das Förderprogramm, von dem die Samtgemeinde Fredenbeck profitiert, hat den Titel »Zukunftsräume Niedersachsen«. Das Programm hat das Ziel, die Nachteile für die Bevölkerung in ländlichen Regionen dadurch auszugleichen, dass die kleinen Kommunen (in der Fachsprache der Regionalplanung »Unter- oder Grundzentren«) die Möglichkeiten der Digitalisierung und der neuen Technologien einsetzen, um die Angebote der Mittel- und Oberzentren zu nutzen. Die Samtgemeinde Fredenbeck als Grundzentrum bezieht das auf die Gesundheitsversorgung und im Gesundheitszentrum Fredenbeck sollen die gesundheitsbezogenen Potentiale aus den Kreisstädten der Region und natürlich auch der Metropole Hamburg genutzt werden.

Unter dem Leitmotiv »vernetzen – versorgen« hat die Samtgemeinde im Mai 2024 mit der Umsetzung ihrer Strategie eines Gesundheitscampus begonnen. Am 5. Juni war die Auftaktveranstaltung, zu der mehr als 300 Teilnehmer\*innen, darunter mehr als 100 Schüler\*innen und Lehrer\*innen, im Foyer der Geestlandschule zusammen-

kamen.<sup>4</sup> An vier Thementischen, jeweils mit Moderationswänden und einem internetfähigem Großbildschirm ausgestattet, wurden Erfahrungen, Fragen und Erwartungen der Teilnehmer\*innen gesammelt. Durch die bunte Mischung von Jung und Alt, Profis aus Gesundheitsberufen, mehr oder weniger betroffenen Laien, Kommunalpolitiker\*innen und Landespolitiker\*innen sowie Vertretern von KV und Verbänden kam es zu einem außergewöhnlich ergiebigen Austausch. Manch einer musste dabei über seinen Schatten springen und zwei Personen (ausgerechnet Ärzte einer ortsansässigen Gemeinschaftspraxis) haben die Veranstaltung sogar vorzeitig verlassen. Es haben sich auch Mitarbeiterinnen von Pflegediensten und aus Physiotherapiepraxen zu Wort gemeldet und u.a. Vorschläge zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Hausärzt\*innen der Region gemacht.

Nach der Auftaktveranstaltung wurden auf der Basis der Moderationskarten und weiterer Meldungen aus den Reihen der Teilnehmer\*innen sowie im Nachgang eingereichter, durchaus kritischen Anmerkungen von Ärzten, die nicht teilgenommen hatten, die Themen der drei Fokusgruppen festgelegt: a) »Medizinische Versorgung«, b) »Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitssystemkompetenz« und c) »Lebensqualität, Teilhabe, Wohnen und Pflege«. Unterstützt wird die fachlich-inhaltliche Arbeit durch eine Redaktionsgruppe von ca. 15 Personen aus verschiedenen Vereinen und Gremien der Kommune, darunter auch die Feuerwehr und der Seniorenbeirat sowie aus Arbeitskreisen der Dorfentwicklung. »Fokusgruppe« bezeichnet keinen festen Teilnehmerkreis, sondern die Gruppierung verwandter und einander ergänzender Themen, anhand derer der Gesundheitscampus als Prozess gesteuert wird. Der Gesundheitscampus muss bis Dezember 2024 schon eine Form, Arbeitsweise und Kooperationspartner gefunden haben, mit der in Fredenbeck bzw. von Fredenbeck aus auch ohne diese Fördermittel weitergearbeitet werden kann.

Die Steuerung des Prozesses »Gesundheitscampus Fredenbeck« übernehmen zwei Frauen aus der Verwaltung

der Samtgemeinde: Eine Mitarbeiterin ist vor allem für die ordnungsgemäße Verwendung der Fördermittel und die Umsetzung der im Förderbescheid festgelegten Maßnahmen und Meilensteine zuständig. Die andere, extra für diesen geförderten Prozess eingestellte Mitarbeiterin koordiniert als Geschäftsstelle die Sacharbeit, aber auch die Veröffentlichungen in den Social Media-Kanälen der Kommune und der Mitwirkenden der Redaktionsgruppe. So entsteht eine breite Basis der Mitwirkung in unterschiedlichen Gruppen der Bevölkerung, gleichzeitig wird deren Gesundheitskompetenz und Gesundheitssystemkompetenz gefördert.<sup>5</sup>

Wesentlich für dieses Konzept und dessen strategische Umsetzung ist die über die Fördermittel bezahlte externe Beraterin – die Autorin dieses Artikels: Christine Becker, Salutoconsult. Der Gesundheitscampus Fredenbeck profitiert – ebenso wie die Odenwald-Allianz – von ihrer Erfahrung sowohl mit kommunalen Einrichtungen wie Wirtschaftsförderung oder Regionalmanagement als auch von der Arbeit für Ärztenetze und ärztliche Berufsverbände sowie von ihrer Mitgliedschaft in medizinischen Fachgesellschaften und Vereinen.

Auf Grund von nicht öffentlich geäußerten Bitten um Unterstützung aus der Ärzteschaft befasst sich die Fokusgruppe Medizinische Versorgung und die Geschäftsstelle des Gesundheitscampus zunächst mit der Suche nach Räumen bzw. Immobilien, die für moderne Arztpraxen bzw. MVZ geeignet sind und die auch genug Platz für Ärzt\*innen in Weiterbildung bieten. Außerdem wird eine öffentlich einsehbare Datenbank aufgebaut, mit der z. B. die Selbsthilfegruppen in der Region Räume für ihre Treffen oder auch Ärzt\*innen Räume für neu zu gründende Qualitätszirkel finden.

Aber auch die verschiedenen Aspekte der Digitalisierung ziehen sich wie ein roter Faden durch die Arbeit des Gesundheitscampus Fredenbeck. Nicht nur die Ärzt\*innen der Region konnten an einer Videokonferenz mit dem PVS- und TI-Experten der KV Niedersachsen teilnehmen, der über die Ursachen für Digitalisierungsprobleme

in den Praxen gesprochen, aber auch Lösungen und Beispiele guter Praxis vorgestellt hat. Die Teilnehmer\*innen des »Unternehmertreffens«, zu dem der Verein Geest Marketing und Tourismus eingeladen hatte, wurden außerdem zum Besuch der Ausstellung und Teilnahme an einer interaktiven Führung des Zentrums für Telemedizin (ZTM, Bad Kissingen) eingeladen.<sup>6</sup>

Die Homepage der Samtgemeinde Fredenbeck mit den Seiten zum Gesundheitscampus Fredenbeck wird zur zentralen Informations- und Datenquelle für Fragen zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung umgebaut. U.a. wird dort der Link zur KV-Arztsuche 116117 erscheinen, aber auch zum *Deutschen Netzwerk Gesundheitskompetenz (DNGK)* oder zum *Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)* und natürlich zur offiziellen Seite des Bundesministeriums für Gesundheit (<https://gesund.bund.de/>).

Denn das muss und kann jede Kommune tun: informieren, koordinieren, moderieren. Und somit die Voraussetzungen schaffen, dass sich gut informierte »Sorgende Gemeinschaften« und tragfähige Allianzen zur Gesundheitsversorgung bilden können.

#### Anmerkungen:

- 1 Angelehnt an das Motto des Genossenschaftsverbandes sowie Zitat von Friedrich Wilhelm Raiffeisen; Quelle / gefunden am 12.09.2024, 18:55 Uhr bei <https://genobuch.verdi.de/++co++616c8870-2a11-11ed-93b0-001a4a16012a>.
- 2 <https://www.campusgo-eg.de/>
- 3 <https://www.odewald-allianz.de/>
- 4 <https://www.fredenbeck.de/familie-soziales/gesundheitscampus-fredenbeck/>
- 5 »Gesundheitssystemkompetenz« wurde von Christine Becker, Salutoconsult, als Begriff geprägt und bezeichnet die Kompetenz auch die Interessen und Interessenkonflikte von Gremien der Selbstverwaltung, Krankenkassen, Berufsverbänden und den verschiedenen Leistungserbringern zu kennen und für die Arbeit am Gesundheitscampus sowie für das eigene Gesundheitshandeln einzuschätzen.
- 6 <https://www.geestlandtouristik.de/veranstaltungen/unternehmertreffen/>



# Wir können etwas verändern, wenn wir wollen!

Robert Bitterlich

Für eine Verbesserung der ambulanten Versorgung braucht es Konzepte, die alle beteiligten Berufsgruppen mit einbeziehen. Robert Bitterlich beschreibt, warum Community Health Nurses dabei in Zukunft eine wichtige Rolle spielen können, wie diese Rolle aussehen könnte und welche Hürden es dafür momentan noch gibt.

## Ausgangslage

Wir gehen von einer sinkenden Anzahl von Allgemeinmediziner\*innen aus, v. a. zulasten ländlicher Regionen.[1] Bis 2049 wird erwartet, dass 280.000-690.000 Pflegefachpersonen fehlen.[2] Prognosen zufolge werden bis 2030 rund 5,4 Millionen Pflegebedürftige erwartet.[3] Jeder zweite Mensch über 65 Jahre ist chronisch krank und auch zwischen 18 und 29 Jahren trifft dies rund jeden Fünften.[4] Über eine problematische und inadäquate Gesundheitskompetenz verfügen 58,8 % der Bevölkerung in Deutschland.[5] Allesamt sind das Nachrichten, die bekannt sind und die bei den Nutzer\*innen des Gesundheitssystems, bei Beschäftigten und bei Politiker\*innen Sorgen verursachen. Dieser Artikel schlägt vor, wie Prozesse und Aufgaben in der ambulanten Versorgung im Sinne der Patient\*innen verbessert werden können.

## Das kann nicht funktionieren! – Ambulante Versorgungsstruktur am Beispiel der arteriellen Hypertonie

In Deutschland ist bei akuter Krankheit zumeist die Hausarztpraxis der erste Anlaufpunkt für die Patient\*innen, aber auch in der Betreuung von chronischen Erkrankungen.[6] Zu diesen Erkrankungen gehört die arterielle Hypertonie (aHT), von der hierzulande 30 % der Bevölkerung betroffen sind (Stand 2022).[6,7] Vor einer Arzneimittelbehandlung werden von der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) nichtmedikamentöse Therapien empfohlen, wie eine Gewichtsoptimierung, körperliche Aktivität oder die Tabakentwöhnung.

Eine adäquate Behandlung einer arteriellen Hypertonie inklusive quartalsweiser Verlaufskontrollen bedeutet für die Praxen eine große Arbeitslast bei der Prävention sowie in der Langzeitbetreuung. Im Gegensatz dazu stehen die Ergebnisse der Studie »Behandlungsgespräche in der Arztpraxis – Ein Europäischer Vergleich« von 2023. Sie zeigt auf, dass eine durchschnittliche Kontaktzeit bei einem Routinebesuch bei einer Hausärztin bzw. einem Hausarzt in Deutschland bei 80 % im Mittelwert 7,6 Minuten beträgt (2019). Ausgleichend hingegen ist, dass durchschnittlich 8-10 Besuche pro Jahr erfolgen (2020).[10] Hier stellt sich die Frage: Wie sollen all diese Leistungen wie Anamnese, Diagnostik, Prävention, Beratung, Ausstellen von Rezepten und Verordnungen oder Gespräche über soziale Probleme und Stress in der verfügbaren Zeit umgesetzt werden?

Robert Bitterlich M. Sc. (CHN, ANP) ist Projektmanager Community Health Nursing (CHN) beim Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK).

Der Text mit den Literaturverweisen findet sich auf der Homepage von Gesundheit braucht Politik

Die Autor\*innen der bereits zitierten Studie führten qualitative Interviews durch, um die Konsequenzen zu kurzer Konsultationszeit aus Behandler\*innen Sicht zu ermitteln.<sup>1</sup> Ergebnisse: Wenn individuell zeitliche Engpässe bestehen, geht dies zulasten zeitintensiver Tätigkeiten in der Konsultation. Die Mediziner\*innen reflektieren jedoch, dass dies zu einer Unzufriedenheit der Patient\*innen, zu negativen Konsequenzen im Arzt-Patienten-Verhältnis führen kann sowie zu einem Fehlerrisiko bei Anamnese und Diagnostik.[10]

Gerade in Anbetracht der Daten zur Gesundheitskompetenz der Bürger\*innen in Deutschland bedarf es mehr an Ressourcen für Prävention, denn es ist nicht davon auszugehen, dass alle Menschen selbst dazu in der Lage sind, sich ausreichende und evidente Gesundheitsinformationen zu besorgen und diese eigenständig anzuwenden.[11] Mehr Zeit für Patient\*innen zu haben wird bei der weiter abnehmenden Zahl an Hausärzt\*innen jedoch auch zukünftig nicht möglich sein, zumindest dann nicht, wenn die Aufgabenverteilung im deutschen Gesundheitssystem in den gegenwärtigen Regelungen verharrt.[12] Der Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege (SVR) stellt in seinem Gutachten 2024 fest, dass in Deutschland eine relativ hohe Fachkräftedichte im Vergleich zu anderen Ländern vorherrscht und strukturelle und organisatorische Mängel im Gesundheitssystem prominenter sind, was die Interpretation des Personalmangels relativiert. [12]

## Retten in Sicht? - Neue Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen und die Community Health Nurse

Der SVR empfiehlt, die Attraktivität und Arbeitsorganisation der Pflegefachberufe zu verbessern z. B. durch die Bildung von Pflegekammern, die Akademisierung oder durch eine Neuorganisation von Aufgaben und Verant-

wortung. Konkret bedeutet Letzteres die Schaffung eines allgemeinen Heilberufegesetzes mit selbstständiger Ausübung von Heilkunde durch die Pflege [12]. Diese Empfehlungen sind keineswegs neu. Wenn man sich einen Artikel des *Deutschen Ärzteblatts* von 2006 ansieht, sprach sich der Deutsche Pflegerat damals schon für die Akademisierung der Pflege aus. Das stieß nicht auf Wohlwollen. Eine selbstständige Ausübung von Heilkunde durch die Pflege als Schaffung von Doppelstrukturen wurde von Ärzteverbänden strikt abgelehnt. Stattdessen hieß es, man wolle die Gesundheitsberufe einbeziehen, denn sie können »eine wesentliche Arbeiterleichterung sein und die Attraktivität des Arztberufes fördern«. Am Arztvorbehalt dürfe aber nichts verändert werden.[13] Ähnliche Aussagen finden sich auch heute – 18 Jahre später – weiterhin, so etwa: »Und es ist ein Paradigmenwechsel, wenn wir den Bürgerinnen und Bürgern jetzt sagen, der Einstieg in das Gesundheitswesen ist nicht mehr die Ärztin oder der Arzt, sondern eine andere Institution, die wir vorgeschaltet haben. Das macht man im australischen Busch.«[14] In den Positionen der Bundesärztekammer zu einer interdisziplinären und teamorientierten Patientenversorgung (2021) wird die Notwendigkeit der Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen im Gesundheitswesen durchaus als Auftrag verstanden. Jedoch werden weiterhin *überwiegend* Delegationsmodelle präferiert oder von einer Arbeit »unter ärztlicher Supervision« gesprochen. Die Neuverteilung bzw. Substitution von Aufgaben mit *selbstständiger* und eigenverantwortlicher Leistungserbringung durch die Gesundheitsfachberufe wird - zumindest an wenigen Stellen - unter bestimmten Voraussetzungen als Möglichkeit erwähnt. [15]

Dabei ist die Pflege, wie im letzten Zitat ausgeführt wird, keineswegs eine Institution, die (durch die Ärzteschaft) vorgeschaltet wird. Es ist ein Heilkundeberuf mit fundierten pflegerisch-medizinischen Kenntnissen, der sich weiterentwickelt und neue Berufsbilder schafft, die



Abb. 1: Schwerpunkte der Tätigkeitsfelder von Community Health Nurses laut WHO, Quelle: [17], Seite 10; [16], Seite 9

## Wie sollen all diese Leistungen wie Anamnese, Diagnostik, Prävention, Beratung, Ausstellen von Rezepten und Verordnungen oder Gespräche über soziale Probleme und Stress in der verfügbaren Zeit umgesetzt werden?

zukünftig die gesundheitliche Versorgung in Deutschland interprofessionell sicherstellen sollen.

Ein solches Berufsbild ist die *Community Health Nurse (CHN)*, für dessen Etablierung sich der *Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe* seit 2017 engagiert. Die Absicht zur Einführung des Berufsbilds wurde im Koalitionsvertrag der Legislatur 2021-2025 verankert. Die CHN stellt keinen neuen Beruf dar, sondern sie fußt auf einem pflegerischen Bachelorabschluss und setzt ein Masterstudium in Community Health Nursing voraus. Dabei wird die CHN auf den Gebieten der Pflegewissenschaft, den Gesundheitswissenschaften sowie der Primärversorgung ausgebildet. Ein besonderer Fokus in der Ausbildung wird auf die evidenzbasierte, eigenständige Bedarfserhebung und Umsetzung von Maßnahmen der primären, sekundären und tertiären Prävention gelegt. Die CHN ist damit für Einzelpersonen und Gruppen in den Schwerpunkten tätig; Einsatzorte für das CHN-Handlungsfeld können u. a. Primärversorgungszentren, Gesundheitskioske, ambulante Pflegedienste, der Öffentliche Gesundheitsdienst oder das kommunale Quartiersmanagement sein.[16] 1 zeigt eine Darstellung der Weltgesundheitsorganisation (WHO).[16] (Siehe Abbildung 1.)

Einsatzorte für das CHN-Handlungsfeld können u. a. Primärversorgungszentren, Gesundheitskioske, ambulante Pflegedienste, der Öffentliche Gesundheitsdienst oder das kommunale Quartiersmanagement sein.[16]

### Das kann funktionieren! – Ambulante Versorgungsstruktur am Beispiel der arteriellen Hypertonie mit der CHN

Bei der hohen Prävalenz chronischer Erkrankungen und hier im Besonderen der aHT kann die CHN vor allem im ländlichen Raum Versorgungslücken schließen und einen essenziellen Beitrag in der Betreuung leisten. Wir möchten daher am Beispiel der aHT in Abbildung 2 aufzeigen, wie das v. a. in der Zusammenarbeit mit Hausärzt\*innen zukünftig gelingen kann. (Siehe Abbildung 2.)

Der skizzierte Behandlungsverlauf zeigt eine mögliche Form der Zusammenarbeit. Wie hier dargestellt, gehört auch eine Behandlungscoordination zum Aufgabenportfolio einer CHN. Diese wird gerade für chronisch kranke Menschen empfohlen, um eine notwendige Orientierung in unserem komplexen Gesundheitssystem zu bieten und damit Unterversorgung und Krankenheitsverschlechterung entgegen zu wirken.[19]

Darüber hinaus wird eine Betreuung aus einer Hand realisiert und erspart der Patientin Wege zu mehreren Behandlungseinrichtungen, um bspw. in der Hausarztpraxis ein Folge Rezept abzuholen. Durch die Verringerung

der Akteure auch finanzielle Mittel eingespart und Hausarztpraxen von Routineaufgaben entlastet werden, was Behandlungskapazitäten für Neupatient\*innen bzw. für solche schafft, die die ärztliche Expertise benötigen. Solche kooperativen Modelle können eine qualitativ hochwertige Versorgung in ländlichen Regionen sichern. Möglich wäre, dass Ärzt\*innen mehrere Stunden pro Woche Sprechstunden anbieten, die tägliche Routineversorgung aber durch CHNs umgesetzt wird, mit einer telemedizinischen Arztkonsultationsmöglichkeit.[16,18,20]

Vor allem wird im skizzierten Beispiel der Fokus der CHN auf Maßnahmen der Prävention und der Stärkung des Selbstmanagements deutlich.[16] Das deutsche Gesundheitssystem reagiert auf Krankheit, legt jedoch noch zu wenig Wert auf Verhinderung von Krankheit.[21] Verändern wir diesen Fokus, kann der selbstständige Umgang mit chronischer Erkrankung durch die Patient\*innen verbessert, die Prävalenz verringert oder hinausgezögert sowie die Gesundheitskompetenz gesteigert und die Rate von Krankheitsverschlechterung und Komplikationen reduziert werden. Als Resultate sind die Entlastung des Gesundheitssystems v. a. von Hausarztpraxen, die Reduktion von Kosten durch chronische Erkrankungen sowie von Pflegebedürftigkeit zu erwarten. Darüber hinaus werden die Lebensqualität und ggf. Arbeitsfähigkeit der Bürger\*innen erhalten.[12,16,19,21] Die CHN leistet damit das, was bei einer durchschnittlichen Konsultationszeit von 7,6 Minuten kaum möglich erscheint und schließt eine wesentliche Versorgungslücke.[10]

Der in Abbildung 2 skizzierte Behandlungsverlauf erwähnt die ePA durch elektronische Patientenakte (ePA), die zwar in Deutschland noch nicht die erforderliche Funktionalität erfüllt, aber perspektivisch wichtig für die Unterstützung einer interprofessionellen Zusammenarbeit ist. Sie kann zukünftig Dokumentationsprozesse standardisieren und eine gemeinsame Plattform für den Austausch medizinischer Informationen sein. Bis zum vollständigen Einsatz der ePA müssen andere Lösungen gefunden werden.

### Selbstständige Ausübung erweiterter Heilkunde durch die CHN? – da leidet die Versorgungsqualität!

Genau dem ist nicht so, wie internationale Studien belegen: In einem Systematic Review von Laurant et al. (2018) wurde festgestellt, dass eine eigenverantwortliche Versorgung durch Pflegefachpersonen wahrscheinlich zu ähnlichen und besseren Ergebnissen im Vergleich zu Hausärzt\*innen führt, wie z. B. bei der Verbesserung von Blutdruckwerten oder eine höhere Zufriedenheit der

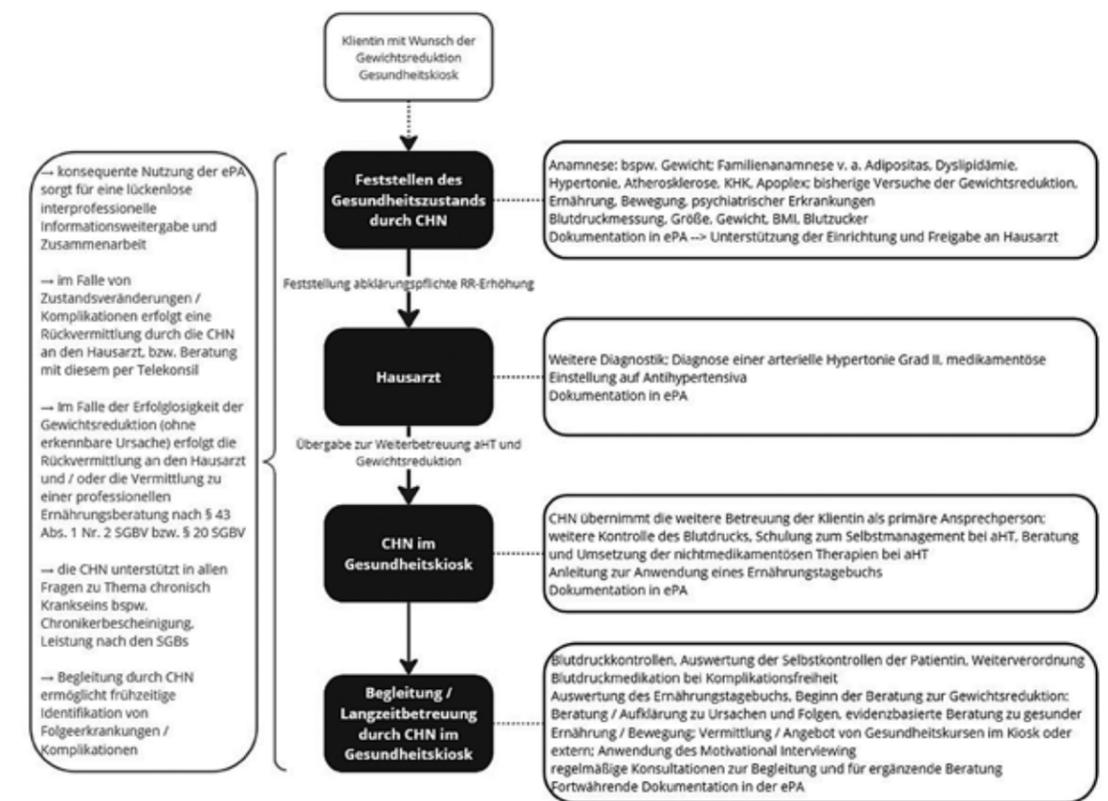


Abb. 2: Behandlungsverlauf und Zusammenarbeit CHN und Hausarzt am Beispiel der arteriellen Hypertonie; eigene Darstellung; adaptiert nach [18]

Patient\*innen mit der Betreuung. [22] International sind auch Untersuchungen zum Management von kardiovaskulären Risikofaktoren durchgeführt worden, die eine signifikante Verbesserung von Blutdruckwerten durch alleinige Intervention durch Nurse Practitioner (mit CHN vergleichbar) zeigten. [23] Eine Vielzahl weiterer Studien belegen die Wirksamkeit bezüglich verschiedener Patientenoutcomes im Rahmen der selbstständigen Ausübung von Heilkunde durch CHN bzw. Advanced Practice Nurses oder Nurse Practitioner.

### Fazit

Dieser Artikel macht einen Vorschlag für eine interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen hausärztlich tätigen Mediziner\*innen und der CHN im Rahmen der Behandlung des arteriellen Hypertonus, vor allem mit Fokus auf Prävention, Förderung der Gesundheitskompetenz und der Unterstützung des Selbstmanagements.

In Anbetracht sinkender Beschäftigter in der Pflege könnte man behaupten: Wer soll bei schon aktuell bestehender Personalnot diese neuen Aufgaben übernehmen? Durch die Reduktion von Bürokratie und einer Neuverteilung von Aufgaben, die in Eigenverantwortung von Pflegefachpersonen bzw. CHN ausgeführt werden, werden Ressourcen verfügbar. Darüber hinaus steigt die Attraktivität des Pflegeberufs für Berufseinsteiger\*in-

nen, bietet neue Karrierechancen und kann motivieren, dass Menschen im Beruf bleiben und wieder in den Beruf zurückkehren. Dafür wird der Mut des Gesetzgebers benötigt, um entsprechende Regelungen zu verankern. [12,16,20,24] Ausreichend Reformvorschläge sind vorhanden, wie z. B. in den Gutachten des SVR oder in der Initiative »Neustart! Für die Zukunft unseres Gesundheitswesens« der Robert Bosch Stiftung. Vor allem die Arbeit des SVR, die regierungsseitig beauftragt ist, wird redundant, wenn dessen Empfehlungen nicht als politische Agenda verfolgt werden.

Eine weitere Hürde, die in Innovationsfonds geförderten Projekten wie HandinHand oder FAMOUS zur Übernahme von bisher ärztlichen Aufgaben durch die Profession Pflege als Hemmfaktor beschrieben ist, findet sich in der teilweisen Ablehnung oder Blockade durch Teile der Ärzteschaft sowie deren Standesvertretungen. Dies stellt eine Gefährdung für solche Vorhaben dar und erschwert Wirksamkeitsnachweise für Deutschland.[25]

Statt Partikularinteressen vehement zu vertreten, sollte es das Ziel sein, eine bestmögliche Gesundheitsversorgung zu bezahlbaren Preisen für die Bevölkerung bereitzustellen, die auch dem Bedarf und den Bedürfnissen der Bürger\*innen entspricht und die interprofessionell gestaltet und umgesetzt wird. Dies können nur alle Gesundheitsberufe gemeinsam, nicht nur eine allein![26]

# Die Tür ist ja offen

## Rede eines Arbeiters an einen Arzt

Wir wissen, was uns krank macht!  
Wenn wir krank sind, hören wir  
Daß du es bist, der uns heilen wird.

Zehn Jahre lang, heißt es  
Hast du in schönen Schulen  
Die auf Kosten des Volkes errichtet  
wurden  
Gelernt, zu heilen, und für deine  
Wissenschaft  
Ein Vermögen ausgegeben.  
Du mußt also heilen können.

Kannst du heilen?

Wenn wir zu dir kommen  
Werden uns unsere Lumpen abgerissen  
Und du horchst herum an unsern nackten  
Körper.

Über die Ursache unserer Krankheit  
Würde dir ein Blick auf unsere Lumpen  
Mehr sagen. Dieselbe Ursache zerschleißt  
Unsere Körper und unsere Kleider.

Das Reißen in unserer Schulter  
Kommt, sagst du, von der Feuchtigkeit,  
von der

Auch der Fleck in unserer Wohnung  
kommt.

Sage uns also:  
Woher kommt die Feuchtigkeit?

Zu viel Arbeit und zu wenig Essen  
Macht uns schwach und mager.

Dein Rezept lautet:  
Ihr müßt zunehmen.  
Du kannst auch dem Schilf sagen  
Es soll nicht naß werden.

Wieviel Zeit wirst du haben für uns?  
Wir sehen: ein Teppich in deiner Wohnung  
Kostet so viel, wie dir  
Fünftausend Untersuchungen einbringen.

Du sagst wahrscheinlich, daß du  
Unschuldig bist. Der feuchte Fleck  
An der Wand unserer Wohnung  
Sagt nichts anderes.

*Bertolt Brecht aus Svendborger Gedichte*

## Zugang armer Menschen zur ambulanten Versorgung

### Colette Gras

Dieses Essay über den Zugang von armen Menschen zum Gesundheitssystem werde ich nicht anhand von vielen Zahlen und Quellen schreiben, sondern ich werde versuchen mit den Lesenden hier Gedanken und Zusammenhänge zu teilen, die mich im Alltag, etwa bei der Arbeit in einer allgemeinmedizinischen Praxis mit einem hohen Anteil armer und prekariert Patient\*innen begleiten. Dabei stellen sich mir viele grundsätzliche Fragen: Reicht es aus, krankenversichert zu sein, um Zugang zu medizinischer Versorgung zu haben? Welche Beziehung hat dieses Gesundheitsversicherungssystem zu den Menschen, die es eigentlich versorgen soll? Wie spiegelt sich Klasse innerhalb dieses Systems wider? Es ist möglich diese Fragen auf einer theoretischen Ebene zu untersuchen. Solche Analysen sind durchaus ergiebig und machen sehr deutlich, dass dieses System nicht dazu da ist, alle gleich und bedürfnisorientiert zu versorgen. Aber neben dem theoretischen Blick lohnt es sich auch, die konkreten und praktischen Konsequenzen und Erfahrungen, die damit verbunden sind, zu betrachten. Ich will damit auch ermutigen zu wagen, nicht immer nur anhand von Quellen und Zahlen zu argumentieren, sondern die Argumentation auf unsere Praxis zu zentrieren und die Zustände, die uns umgeben, so zu benennen und zu analysieren. Für mich stellen sich drei große Fragen, über die wir gemeinsam nachdenken müssen: Was läuft falsch? Wie können wir es ändern? Und wohin wollen wir es ändern?

Lasst uns den Finger in die Wunde legen. Bereits die aktuelle Bedarfsplanung für die ambulante Versorgung führt zu einer ungleichen Verteilung von haus- und fachärztlichen Praxen, ganz klar auch anhand sozioökonomischer Gradienten zwischen einzelnen Stadtteilen. Hier schon sind die ersten Hürden, überhaupt eine Praxis aufzusuchen. Die Anfahrt erfordert dann beispielsweise die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel. Für Personen, die sich kein Ticket leisten können, geht das mit der Gefahr einher, während einer Fahrscheinkontrolle erwischt und bestraft zu werden. Die Schwere der Geldstrafe nimmt ein anderes Ausmaß an, wenn sie nicht bezahlt werden kann und eine Gefängnisstrafe droht. Die Initiative Freiheitsfonds »befreit deutschlandweit Menschen aus dem Gefängnis, die wegen »Fahren ohne Fahrschein« hinter Gittern sind«<sup>1</sup> und teilt auf ihrer Internetseite auch Betroffenen Geschichten. Mehrere Beiträge beschreiben, wie Personen aufgrund von ÖPNV-Fahrten zu medizinischen Praxen verhaftet worden sind.

Gleichzeitig bedeutet eine längere Anfahrt natürlich auch einen größeren Zeitaufwand. Und wo die Versorgungsdichte weniger hoch ist, sind auch deutlich längere Wartezeiten zu erwarten. In einer Gesellschaft, in der unsere Zeit verknappt, entzogen und ausgebeutet wird, ist Warten an sich ein Instrument der Macht und Unterdrückung. Menschen werden dazu gezwungen zu warten: warten in Wartezimmern, warten in der Schlange, warten beim Jobcenter und beim Ausländeramt<sup>2</sup>. Ein ärztlicher Besuch kollidiert oft mit den Arbeitszeiten der Patient\*innen. Für manche stellt sich die Frage, ob sie sich überhaupt leisten können, in die Praxis zu gehen, etwa weil ein Tageslohn entfällt oder für sie die Gefahr besteht, die Arbeitsstelle zu verlieren.

Viele Menschen werden von der Versorgung, die ihnen »eigentlich« zusteht, ausgeschlossen, bevor sie überhaupt die Türschwelle der Praxis übertreten haben.

Nach Betreten der Praxis kommen weitere Hürden auf die Menschen zu. Das sind zum einen weitere Kosten, sei es für die Zuzahlung für Medikamente, Privatrezepte für gängige Erkältungsmittel oder auch – oft willkürlich festgesetzte – Kosten für die Ausstellung jeglicher Atteste oder etwa für Reiseimpfberatungen.

Außerdem erlebe ich in der Praxis, dass einige Patient\*innen das Erstellen einer Arbeitsfähigkeitsbescheinigungen ablehnen bzw. darauf pochen, dass die Krankenschreibung auf den kürzest möglichen Zeitraum reduziert wird. Für viele Menschen kann eine Krankenschreibung schnell den Arbeitsplatz und somit die Einkommensquelle zur Lebenssicherung in Gefahr bringen.

Auch das grundlegende Verhältnis zwischen Ärzt\*innen und Patient\*innen ist voller Hürden, die armen Menschen eine gute Gesundheitsversorgung verunmöglichen. In einer typischen Behandlungssituation verfügt eine Person über Wissen, Mittel und Entscheidungsmacht darüber, was wie gemacht wird, während die andere Person in einer Abhängigkeitssituation ist, in welcher sie sich darauf verlassen muss, dass die behandelnde Person auf ihre Bedürfnisse, Fragen und Sorgen eingeht.

Es ist nicht verwunderlich und auch in verschiedensten Studien nachgewiesen, dass arm sein krank macht. Arm sein heißt auch, an Orten leben zu müssen, die umweltverschmutzt und infrastrukturell unterversorgt sind. Die Straßen sind schlechter und weniger barrierearm, es gibt weniger hochwertige öffentliche Räume, die Wohnungen sind in schlechterem Zustand und werden schlechter instandgehalten (wir erinnern uns an den Greenfell Tower in London). Arm sein, heißt mehr, gefährlicher, körperlicher und prekärer arbeiten zu müssen. Diese Zustände schreiben sich in den Körper ein, reichen über die Körper hinaus in die Familien. Die Körper werden krank, sie werden erschöpft, die Körper werden verletzt und zermürbt.

Ärzt\*innen, die zu einem Großteil solche Lebensumstände nicht kennen, halten häufig ein Bild und Verständnis von Gesundheit aufrecht, welches stark individualistisch ist und auf »Eigenverantwortung« beruht. Wenn Du krank bist, dann weil Du Dich nicht gut genug ernährt hast oder nicht genug Sport gemacht hast oder zu viel geraucht hast. Das Problem kann dann auch nur durch »Selbstarbeit« behoben werden und nicht dadurch, dass die Zustände, in denen wir leben geändert werden.

Diese Situation ist auch in einem historischen Kontext eingeschrieben, in dem die ärztliche Elite als eine mächtige ausführende Kraft von biopolitischen Zielen für die herrschende Klasse fungiert. Sowohl medizinische Forschung als auch die Praxis haben dazu beigetragen, die Disziplinierung und Normierung von Körpern zu rationalisieren sowie die Konsequenzen daraus umzusetzen. (Siehe Gesundheit braucht Politik 3/2023)

Lasst uns einen Schritt zurück gehen und uns die Frage

stellen, was eigentlich das Ziel des Versorgungsauftrages ist, den wir Ärzt\*innen ausführen. Gesund sein wird im Gesundheitssystem vor allem an der Arbeitsfähigkeit gemessen und das Ziel geht oft nicht viel weiter, als diese wiederherzustellen. Die ambulante Versorgung ist weit davon entfernt, ein System anzubieten, das Gesundheit als ein multidimensionales System betrachtet und die Bedürfnisse der Menschen und deren Umfeld mitberücksichtigt. Worüber reden wir eigentlich, wenn wir über Gesundheit reden? Die Zugangsbarrieren, die hier benannt werden, sind nur eine direkte Spiegelung dessen, was in unserem neoliberalen Gesundheitssystem überhaupt bewirkt werden kann: Symptomkontrolle und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Pazifizierung und minimale Schadensbegrenzung. Wenn wir Barrieren wirklich abschaffen wollen, brauchen wir einen radikalen (Gesundheits-)Systemwechsel, der aber leider nicht in Sicht ist.

Dieser Text ist – wie anfangs erwähnt – kein Versuch, strukturiert Barrieren zu benennen und zu sammeln, dazu gibt es schon sehr viele Ressourcen. Dieser Text kratzt viele Themen kurz an, bringt sie für eine kurze Überlegung zusammen und zieht dann weiter.

Ich denke, auch wir sollten nicht allzu lange über der Frage verweilen, was an diesem Gesundheitssystem nicht »funktioniert«. Wenden wir uns den zwei anderen Fragen zu: Wie können wir es ändern und wohin wollen wir es ändern?

Wir müssen uns konkret mit der Frage auseinandersetzen, welcher Bedeutung wir Gesundheit und Krankheit beimessen wollen. Wir brauchen Projekte wie die Polikliniken, die innerhalb des Systems experimentieren. Es gibt etliche Kollektive und Organisationen, die zum Teil außerhalb des bestehenden medizinischen Systems versuchen, Gesundheit »anders« zu gestalten<sup>3</sup>.

Die Tür der Praxis ist ja offen. Reingehen können aber nicht alle. Und selbst die, die reingehen, kommen nicht unbedingt gesünder raus. Wir werden in diesem System nicht gesund, sondern nur produktiv gehalten.

---

Colette Gras ist Ärzt\*in in Weiterbildung und arbeitet aktuell in einer allgemeinmedizinischen Praxis im Hamburger Stadtteil Wilhelmsburg. Außerdem engagiert Colette sich seit vielen Jahren im gesundheitspolitischen und queerfeministischen Kontext. Sie ist Co-Autor\*in eines Leitfadens für die gynäkologische Unterleibs-Untersuchung. Ihre Dissertation befasst sich mit Rassismus in der Allgemeinmedizin.

---

#### Anmerkungen:

- 1 [www.freiheitsfonds.de](http://www.freiheitsfonds.de)
- 2 Siehe auch Ahahram Khosravi: Waiting – a project in conversation
- 3 So etwa: Casa Kuà, Medibüros und Medinette oder die Feminist Health Care Research Group. Sorgende Städte (<https://sorgendestaedte.org>) denken praktische Ansätze einer Versorgung, die Sorge statt Leistung zentriert. Theoretisch wird sich der Frage auch tiefergehend gewidmet, da empfehle ich allen Lesenden beispielsweise: »Health communism« von Beatrice Adler-Bolton und Artie Vielkant (ein gutes Interview zu dem Buch findet sich beim Upstream Podcast »Health communism« with Beatrice Adler-Bolton vom 18.07.2023).

# Migrationspolitische Hürden im Zugang zu medizinischer Versorgung

Ein kurzer Überblick von Amand Führer

Dieser Artikel wurde vor den Landtagswahlen in Sachsen und Thüringen am 1. September 2024 und damit vor der massiven Zuspitzung des migrationspolitischen Diskurses in der deutschen Öffentlichkeit verfasst. Auch wenn der Artikel diese Diskussionen und die jüngsten beschlossenen Änderungen in der Migrationspolitik der Bundesregierung noch nicht mit einbeziehen konnte, machen die letzten Wochen eine Auseinandersetzung mit dem Thema dieses Textes umso wichtiger.

Nationalstaaten haben seit jeher ein ambivalentes Verhältnis zu Migration: Einerseits ist die Zuwanderung z. B. von Fachkräften eine wirtschaftliche Notwendigkeit, die migrationspolitisch ermöglicht werden muss. Andererseits haben Staaten zugleich das Bestreben, Migration zu begrenzen und bestimmte Personen und Gruppen auszuschließen (1). Man kann in diesem Zusammenhang auch davon sprechen, dass Staaten ihre Bevölkerung produzieren (2).

In diesem Prozess der Produktion von Bevölkerung ist der Zugang zu medizinischer Versorgung ein vielverwendetes migrationspolitisches Steuerungsinstrument (3). Die tatsächliche Wirksamkeit dieses Instrumentes zur Beeinflussung von Migration ist hierbei empirisch fraglich (4). Hinzu kommt, dass das Bundesverfassungsgericht bereits 2012 in einem wegweisenden Urteil explizit festgehalten hat, dass die grundgesetzlich garantierte Menschenwürde – und damit auch ein Zugang zu medizinisch notwendiger Versorgung – »migrationspolitisch nicht relativierbar« ist (5).

Dennoch hält der Gesetzgeber seit mittlerweile mehreren Jahrzehnten an der sozialrechtlichen Ausgrenzung bestimmter Gruppen von Migrant\*innen fest, was den Eindruck entstehen lässt, dass hier jenseits der migrationspolitischen Rationale ein Element von Gängelung als Motivation mitschwingt.

Vor diesem Hintergrund möchte ich im Folgenden einen kurzen Überblick geben, welche migrationspolitischen Hürden den Zugang zu medizinischer Versorgung erschweren und dabei auf drei über ihren Aufenthalts-

status beschreibbare Gruppen von Migrant\*innen eingehen: Asylsuchende, Illegalisierte, und EU-Migrant\*innen.

## Asylsuchende

Der Begriff »Asylsuchende« ist kein juristischer Begriff, sondern ein in der Literatur etablierter Oberbegriff für Menschen, die in Deutschland Schutz suchen, diesen aber noch nicht bekommen haben. Damit umfasst der Begriff die Aufenthaltsstatus *Aufenthaltsgestattung* und *Duldung*.

### ► Rechtliche Ausgangslage

Asylsuchende haben Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) (6). Dieses Gesetz regelt sowohl die Grundleistungen (z. B. Wohnen, Kleidung, Lebensmittel) als auch die Kostenübernahme medizinischer Versorgung und ist durch ein hohes Maß an Ermessensspielraum auf Ebene der zuständigen Kommune gekennzeichnet (7). Daher lassen sich kaum allgemeine Aussagen zum AsylbLG formulieren: Durch die regionale Ausgestaltung des Ermessens reicht die durch das AsylbLG geschaffene Versorgung von einem auf Notfallbehandlungen begrenzten Niveau bis hin zu einem der Regelversorgung gesetzlich Versicherter gleichenden Umfang (8).

Die Rechtsprechung der vergangenen Jahre tendiert vor dem Hintergrund verfassungs- und europarechtlicher Bedenken zwar dahin, dass das Ermessen durch die Sozialämter so genutzt werden muss, dass im Regelfall ein der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechendes Leistungsspektrum sichergestellt ist (9). Da nicht alle Sozialämter dieser Rechtsauffassung folgen und die entsprechenden sozialgerichtlichen Entscheidungen in vielen Bundesländern bisher fehlen, besteht aktuell aber nach wie vor bundesweit ein Flickenteppich aus relativ guter bis sehr schlechter Versorgung.

### ► Gesundheitliche Konsequenzen

Die gesundheitlichen Konsequenzen dieser rechtlichen Situation sind inzwischen empirisch gut untersucht: Studien zeigen klar, dass durch die Ausgliederung aus dem Sozialsystem Zugangsbarrieren entstehen, die dazu führen, dass Asylsuchende im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung seltener Vorsorge in Anspruch nehmen und häufiger notfallmäßig vorstellig werden (10, 11). Zudem ist insbesondere der Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung deutlich erschwert, was vor dem Hintergrund der erhöhten Prävalenz psychischer Beschwerden unter Asylsuchenden besonders problematisch ist, da die Unerreichbarkeit von Therapie für die Betroffenen mit erheblichem Leiden verbunden ist und zudem die Chronifizierung von Erkrankungen begünstigt und Integration erschwert (12).

Neben der sozialrechtlichen Sonderstellung ist als weitere wichtige Einflussgröße auf die Gesundheit von Asylsuchenden die Unterbringung in Sammelunterkünften zu

nennen (13). Auch diese Art der Unterbringung kann als migrationspolitisches Steuerungsinstrument verstanden werden, welches nachweislich die Gesundheit von Asylsuchenden beeinträchtigt.

Am Rande sei erwähnt, dass in mehreren Studien gezeigt werden konnte, dass Einschränkungen der medizinischen Versorgung teurer sind als die Öffnung der Regelversorgung für Asylsuchende; schlechte Versorgung kostet gesamtgesellschaftlich also mehr als gute Versorgung (14).

## Illegalisierte

Der Begriff »Illegalisierte« meint Personen, die sich ohne Aufenthaltstitel in Deutschland aufhalten. Synonyme Begriffe sind »Sans Papiers« und »Undokumentierte Migrant\*innen«. Schätzungen zufolge leben zwischen 180.000 und 520.000 Illegalisierte in Deutschland (15).

### ► Rechtliche Ausgangslage

Wie Asylsuchende, haben auch Illegalisierte Anspruch auf Leistungen nach AsylbLG. Dieser Anspruch ist jedoch in der Praxis nicht einklagbar, da der Gesetzgeber mit dem sogenannten »Denunziationsparagrafen« (§ 87 Aufenthaltsgesetz) eine Situation geschaffen hat, in der die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung zur Abschiebung führt: Wenn Patient\*innen ohne Aufenthaltstitel Leistungen nach AsylbLG in Anspruch nehmen möchten, müssen sie dies vorab bei dem zuständigen Sozialamt beantragen. Der Denunziationsparagraf verpflichtet dann das Sozialamt, die Ausländerbehörde zu informieren, die dann die Abschiebung veranlasst (16, 17).

Damit entsteht eine Situation, in der illegalisierte Patient\*innen medizinische Versorgung nur als Selbstzahler\*innen in Anspruch nehmen können, oder auf kostenlose Versorgungsangebote jenseits der Regelversorgung angewiesen sind (z. B. Medinette oder Medibüros) (18). Darüber hinaus gibt es in einigen Regionen Anonyme Krankenscheine, die eine systematischere Versorgung von Patient\*innen ohne Krankenversicherung sicherstellen können (19), aktuell aber noch unterfinanziert und oft auch lückenhaft sind.

### ► Gesundheitliche Konsequenzen

Die Datenlage zur gesundheitlichen Situation von Illegalisierten ist insgesamt schlecht: Bisher existieren kaum systematische Arbeiten zur Beschreibung ihrer gesundheitlichen Situation, während Routinedaten und andere Sekundärdaten zu diesem Zweck ebenfalls nicht geeignet sind. Die Erfahrung aus Beratungsstellen und humanitären Sprechstunden legt aber nahe, dass Illegalisierte zwar

Freitag, 29.11. 19.30 Uhr

**Welche Hoffnungen setzen die Arbeiter\*innen in rechte Politik? Haben wir darauf linke Antworten?**

**Vortrag und Diskussion mit Klaus Dörre**

Der Soziologe Klaus Dörre beschäftigt sich mit Kapitalismustheorie, Prekarisierung von Arbeit und den sozialen Folgen der Digitalisierung sowie mit Rechtspopulismus. Er befragt und beforscht seit langem die politischen Positionen unter Arbeiter\*innen und Gewerkschaftsmitgliedern und entwickelt zugleich linke Perspektiven für die aktuellen multiplen Krisen.

Solidarität verteidigen!

IM ZENTRALWERK DRESDEN (RIGAER STRASSE 32)

Gesundheitspolitisches Forum 2024

www.vdneer.de  
www.solidarisches-gesundheitswesen.de

ein ähnliches Krankheitsspektrum aufweisen wie die Allgemeinbevölkerung, hierbei aber schwerere Verläufe und schlechtere gesundheitliche Outcomes erfahren: Einerseits sind Illegalisierte häufig in prekären und in besonderem Maß gesundheitsschädlichen Berufen tätig, während gleichzeitig ihr Zugang zu Vorsorge und zeitnahe Versorgung von Erkrankungen versperrt ist. Es ist daher von einem hohen Anteil unbehandelter, chronifizierter oder verschleppter Beschwerden auszugehen. Zudem bleiben chronische Erkrankungen oft unbehandelt bzw. werden nur diskontinuierlich versorgt. Außerdem zeichnet sich eine Unterversorgung während der Schwangerschaft und nach der Geburt ab (18, 20).

### EU-Migrant\*innen

EU-Migrant\*innen sind Personen, die die Nationalität eines EU-Landes besitzen, sich aber über einen längeren Zeitraum in einem anderen EU-Land aufhalten.

#### ► **Rechtliche Ausgangslage**

Ihr Zugang zu medizinischer Versorgung findet im Rahmen von Regelungen innerhalb der Europäischen Union statt: Kurzfristig ist die Finanzierung der Behandlung akuter Erkrankungen europaweit über die Kooperation der Krankenkassen abgesichert, die durch die Europäische Krankenversicherungskarte umgesetzt wird und die Kostendeckung akuter Behandlungen im EU-Ausland regelt. Bei dauerhaften Aufenthalten hingegen – insbesondere als Arbeitnehmer\*innen – ist die Aufnahme in eine deutsche Krankenkasse relativ unproblematisch möglich (21).

In der Architektur des europäischen Krankenversicherungssystems sind jedoch Personen nicht mitgedacht, die in ihrem Herkunftsland nicht krankenversichert sind und die sich zur Arbeitssuche in Deutschland aufhalten oder in irregulären Beschäftigungsverhältnissen arbeiten. Dieser Personengruppe ist oft eine Aufnahme in die Gesetzliche Krankenversicherung nicht ohne weiteres möglich, da sie die Kriterien der Vorversicherungszeit oft nicht erfüllen und die GKV rückwirkend die Zahlung von Beiträgen einfordert (22). Hinzu kommt, dass diese Personengruppe explizit vom Bezug von Sozialleistungen ausgeschlossen ist (SGB II § 7), womit z. B. auch ein Zugang zur GKV über den Bezug von Bürgergeld verhindert wird (23).

#### ► **Gesundheitliche Konsequenzen**

Diese Regelung betrifft in Deutschland vor allem Patient\*innen, die in ihrem Herkunftsland bereits Diskrimi-

nierung ausgesetzt waren, z. B. südosteuropäische Roma. Hierbei konvergieren mehrere Einflussvektoren, die sich gegenseitig in ihren gesundheitsschädigenden Effekten verstärken: Einerseits erfahren diese Patient\*innen in ihrem Herkunftsland Diskriminierung und soziale sowie wirtschaftliche Ausgrenzung (24); dies allein hat bereits messbare nachteilige Auswirkungen auf die Gesundheit. Hinzu kommt, dass häufig bereits im Herkunftsland nur ein erschwelter Zugang zu medizinischer Versorgung besteht, was sich in eine mangelhafte Versorgung mit Vorsorgemaßnahmen (z. B. Impfungen) überträgt (25). In Deutschland persistieren beide Probleme weiter, während eine Versorgung der dadurch akkumulierten gesundheitlichen Probleme durch die oben genannten Regelungen häufig verhindert wird.

Wie sich diese Situation in epidemiologischen Kennzahlen ausdrückt, ist bisher nicht hinreichend erfasst. Aktuell gibt es nur vereinzelt Studien zur gesundheitlichen Situation von EU-Migrant\*innen in Deutschland, sodass eine Einschätzung ihrer Gesundheit vor allem auf Berichten einzelner Anlaufstellen basiert (26, 27). An dieser Stelle lässt sich daher ein akuter Nachholbedarf der wissenschaftlichen Auseinandersetzung konstatieren.

### Fazit

Gesundheit und Migration sind auf vielfältige Weise miteinander verwoben: Migrationsprozesse nehmen Einfluss auf die Gesundheit, während gesundheitliche Probleme Grund oder Hindernis für individuelle Migration sein können. Gleichzeitig nutzen Nationalstaaten den Zugang zu medizinischer Versorgung als migrations- und wirtschaftspolitisches Steuerungsinstrument; während für finanzstarke Medizintourist\*innen oder dringend benötigte Fachkräfte die Einreise nach Deutschland möglichst attraktiv und einfach gestaltet wird, sollen Schutzsuchende und bestimmte Gruppen von Arbeitssuchenden durch Einschränkungen ihres Zugangs zu medizinischer Versorgung von einer Einreise nach Deutschland abgehalten werden.

Hierfür greift der Gesetzgeber für unterschiedliche Gruppen von Migrant\*innen auf unterschiedliche rechtliche und abrechnungsbezogene Mechanismen zurück, die ohne Frage in fundamentalem Widerspruch zu zentralen medizinethischen Grundsätzen stehen (28). Bisher hat die Ärzteschaft nur unzureichend auf diesen grundsätzlichen Konflikt reagiert und steht immer noch vor der Herausforderung, sich einer Instrumentalisierung in der staatlichen Produktion von Bevölkerung wirksam zu entziehen.

Amand Führer ist Arzt, Sozialanthropologe und Psychotherapeut und arbeitet an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

Den Text mit den Literaturhinweisen finden Sie auf der Homepage des vdää\*.

# Transparenz über die Eigentumsverhältnisse bei Arztpraxen herstellen

Rainer Bobsin

Dass sich die Eigentumsverhältnisse von Arztpraxen ändern und etwa investorengetragene Praxen ein Problem darstellen, ist seit längerem im Gespräch. Dabei ist gar nicht bekannt, welches Ausmaß dieses annimmt. Das muss sich ändern, argumentiert Rainer Bobsin im folgenden Artikel und macht Vorschläge, wie.

**O** bwohl Transparenz schon seit vielen Jahren von vielen gefordert wird, sie aus meiner Sicht vergleichsweise einfach herstellbar wäre und sich meines Wissens niemand dagegen ausgesprochen hat, wird offenbar erneut eine Chance vertan, diese endlich herzustellen. Im Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) vom 24. Mai 2024 kommt dieses Thema jedenfalls nicht vor.<sup>1</sup>

Transparenz muss erreichen, dass die wesentliche Frage beantwortet werden kann: »Wer besitzt wie viele Arztpraxen mit wie vielen Arztsitzen welcher Fachrichtung an welchen Orten?« Zurzeit wissen wir, dass die meisten der über 104.000 Arztpraxen zehntausenden verschiedenen Eigentümern gehören, die eine bis vielleicht drei Praxen betreiben, und können recherchieren, dass es drei Eigentümer gibt, die jeweils rund 200 bis 250 Praxen besitzen (Sana Kliniken AG, Helios Kliniken GmbH und Sanoptis GmbH).

Strukturtransparenz herzustellen bedeutet zu wissen, wie viele Eigentümer zum Beispiel 5, 10, 50, 70, 100 oder 170 Praxen betreiben. Und zu wissen, welche Eigentümer dies jeweils sind. Erst dann kann Gesundheitspolitik strukturelle Probleme erkennen und entscheiden, ob Handlungsbedarf besteht. Ohne Strukturtransparenz bleiben Aussagen wie beispielsweise, es bestünde die Gefahr von »Monopolisierungstendenzen« oder »investorengetragene« Arztpraxen seien ein Risiko für die flächendeckende Versorgung, unbewiesene Behauptungen.

### Warum ist das so?

Das hat mehrere Gründe: Ähnlich wie z. B. Supermärkte dürfen auch Arztpraxen Filialen betreiben. Dann wird von Haupt- und Nebenbetriebsstätten bzw. Zweigpraxen gesprochen. Zweigpraxen bleiben in der Veröffentlichung der *Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)* zu: »Anzahl Praxen nach Praxisart«<sup>2</sup> aber unberücksichtigt. Unklar ist beispielsweise, wie die KBV die Praxen von Dr. med. Sophie Eckert zählt: Sie ist Eigentümerin von 12 MVZ-GmbHs und betreibt nach eigenen Angaben mit 119 Ärzt\*innen 70 Standorte in Baden-Württemberg, Bayern und Rheinland-Pfalz.<sup>3</sup>

**Antrag auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) gem. § 95 Abs. 1 SGB V**

ab: .....

**I. Angaben zur Trägergesellschaft**

1.) Name / Bezeichnung: **MVZ Klinik im Park GmbH**

2.) Rechtsform der Trägergesellschaft: .....

3.) Anschrift der Trägergesellschaft: .....

4.) Gesellschafter der Trägergesellschaft:  
Name, Vorname bzw. Bezeichnung: **Klinik im Park GmbH**

Zudem scheint es Probleme beim Zusammenführen der Daten der einzelnen *Kassenärztlichen Vereinigungen (KV)* auf Bundesebene zu geben. Jedenfalls beantwortete die KBV die Frage: »Wie viele MVZ betreiben Zweigpraxen in dem KV-Bezirk, in dem sie auch ihren Hauptsitz haben und wie viele in einem anderen KV-Bezirk?« mit: »Bei KV-Regionsübergreifenden MVZ-Strukturen ist die Datenebene auf Bundesebene nicht ausreichend, um die Frage valide zu beantworten.«<sup>4</sup>

Außerdem zeigen die in der MVZ-Statistik der KBV<sup>5</sup> verwendeten Trägerkategorien (»vertragsärztlich/psychotherapeutische Trägerschaft«, »Trägerschaft von Krankenhäusern«, »in sonstiger Trägerschaft«) nicht in allen Fällen die tatsächliche Eigentümerschaft. Die Trägerkategorie »Krankenhaus« differenziert nicht nach öffentlichem, freigemeinnützigem und privatem Krankenhaus. Die MVZ der Ärzt\*innen, die ein Krankenhaus besitzen, werden in der Trägerkategorie »Krankenhaus« geführt, obwohl sie in die Eigentümerkategorie »Arzt« fallen. Beispiel: Die MCN Medic-Center Klinik in Fürth ist Eigentümerin von rund 70 Arztpraxen im Raum Nürnberg-Erlangen-Fürth.<sup>6</sup> Die Klinik befindet sich im Eigentum von Norbert Schöll, Facharzt für Allgemeinmedizin. Und wenn ein Eigentümer Träger aus verschiedenen Kategorien verwendet, wird die gemeinsame Eigentümerschaft nicht ersichtlich. Es kommt sogar vor, dass ein Eigentümer MVZ aus allen drei Trägerkategorien besitzt: Laut Handelsregister gehören Dr. med. Hans Jakob Limbach sen. 90 Prozent der MVZ Labor Prof. Blessing Singen GmbH (Träger Arzt), die MVZ Limbach Hamburg GmbH gehört seiner Augenklinik Dardenne SE (Träger Krankenhaus) und die MVZ Limbach Füssen GmbH befindet sich im Eigentum seiner Dialyse Limbach GmbH (Träger Sonstige). Derzeit betreibt seine Limbach-Gruppe rund 90 Praxen. Die gemeinsame Eigentümerschaft wird ebenfalls nicht ersichtlich, wenn ein Eigentümer mehrere Krankenhäuser als Träger verwendet.

Hier sehe ich einerseits eine »Veröffentlichungslücke« und die KBV in der Pflicht, diese Lücke zu schließen. Andererseits sehe ich eine »Wissenslücke« und den Gesetzgeber in der Pflicht, diese zu schließen.

In allen Fällen, in denen natürliche Personen Eigentümer von Praxen sind, steht fest, dass dies Ärzt\*innen sind, da nur sie Eigentümer sein dürfen. Damit sind alle

Eigentümer von Einzel- und Gemeinschaftspraxen (BAG, üBAG) sowie ihrer jeweiligen Zweigpraxen bekannt. Das gilt auch, wenn natürliche Personen (also Ärzt\*innen) direkte MVZ-Eigentümer sind. Für diese insgesamt rund 97 Prozent aller Arztpraxen wäre Strukturtransparenz also schon jetzt herstellbar.

Anders verhält es sich, wenn juristische Personen (meist GmbH) MVZ-Eigentümer sind. Denn in diesen Fällen hat der Gesetzgeber bisher versäumt vorzuschreiben, bei einem MVZ-Zulassungsantrag die Eigentümer dieser Gesellschaft zu erfassen. Das führt einerseits zu den oben beschriebenen Zuordnungsproblemen, andererseits dazu, dass ein Eigentümerwechsel nicht immer erkannt werden kann. Beispiel: Ende 2023 übernahm Prof. Dr. med. Ulrich Remigius Hengge von den Bergman Clinics die Klinik im Park mit ihren Praxen in Hilden, Velbert, Kaarst, Wuppertal und Mettmann. An der Trägerschaft der MVZ Klinik im Park GmbH änderte sich nichts, obwohl sich neben der Eigentümerschaft auch die Eigentümerkategorie von »Krankenhaus« auf »Arzt« änderte.

Was spricht also dagegen, die Angaben der Eigentümer bis zur Muttergesellschaft zu Pflichtangaben bei Zulassungs- und Änderungsanträgen zu machen? Damit wäre das derzeitige Erkenntnisproblem gelöst. Das vom Bundesrat geforderte separate MVZ-Register<sup>7</sup> würde dagegen nur einen kleinen Teil aller Praxen enthalten und damit nichts über die Gesamtstruktur aussagen können. Die größte mir bekannte üBAG ist die Radiologische Allianz eGbr (Eigentümer: 24 Ärzt\*innen). Sie betreibt nach eigenen Angaben mit rund 80 Ärzt\*innen 20 Standorte in Hamburg und im angrenzenden Schleswig-Holstein.<sup>8</sup> Zudem würde ein separates MVZ-Register dauerhaft Arbeit und Kosten verursachen. Bereits in der Diskussion über den im Oktober 2019 von der Fraktion Die Linke im Bundestag gestellten und später abgelehnten Antrag »Kapitalinteressen in der Gesundheitsversorgung offenlegen« fiel das Wort »Bürokratiemonster«.

### Wie könnte die Struktur transparent gemacht werden?

Kassenärztliche Vereinigungen veröffentlichen schon heute einen Teil der bekanntesten Struktur (siehe das folgende Beispiel). Über die bestehenden Arztsuche-Portale könnten die Eigentumsverhältnisse künftig auch Patient\*innen transparent gemacht werden. Die bestehenden Portale müssten um die bisher fehlenden Informationen ergänzt, die Personen- um eine Praxissuche erweitert und auf Bundesebene zusammengeführt werden.

Damit würde auch die eingeschränkte Wirksamkeit der ebenfalls vom Bundesrat vorgeschlagenen »MVZ-Schilderpflicht« ausgeglichen werden. Ja, selbstverständlich sollte jede Praxis ein aussagekräftiges Schild haben. Aber: Wenn ich eine für mich neue Ärztin suche, gucke ich nicht auf Schilder, sondern ins Internet. Und wenn ich zu meiner langjährigen Ärztin gehe, schaue ich nicht auf ihr Schild. Da ich vor dem Besuch meiner langjährigen Ärztin aber auch keinen Grund habe, in das Portal zu schauen, sollte

der Gesetzgeber meines Erachtens meine Ärztin verpflichten, mir mitzuteilen, wenn sie ihre Praxis verkauft.

### Beispiel Augenärzt\*innen in Lüneburg

Die Suche auf der von der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer Niedersachsen gemeinsam betriebenen Seite »Arztauskunft Niedersachsen«<sup>9</sup> nach einer Augenärzt\*in in Lüneburg liefert das untenstehende Ergebnis.<sup>10</sup> (Siehe untenstehende Abbildung.)

Name	Anschrift
Dr. med. dr. med. Firuse Sistani	Moldenweg 18 21339 Lüneburg
Dr. med. Thomas Damms	Moldenweg 18 21339 Lüneburg
Fouad Mahfouz	Moldenweg 18 21339 Lüneburg
Felix Overmeyer	Moldenweg 18 21339 Lüneburg
Daphne Gutsche	Moldenweg 18 21339 Lüneburg
Dr. med. Markus König	Moldenweg 18 21339 Lüneburg
Olga Bresizky	Moldenweg 18 21339 Lüneburg
Dr. med. Ruth Nussbaum	Moldenweg 18 21339 Lüneburg

**Dr. med. dr. med. Firuse Sistani**

**Medizinisches Versorgungszentrum**  
Moldenweg 18  
21339 Lüneburg

**Zweigpraxis**  
Neumarkt 1d  
29221 Celle

**Dr. med. Ruth Nussbaum**

**Medizinisches Versorgungszentrum**  
Moldenweg 18  
21339 Lüneburg

**Zweigpraxis**  
Dannenberger Straße 38  
29439 Lüchow (Wendland)

**Dr. med. Thomas Damms**

**Medizinisches Versorgungszentrum**  
Moldenweg 18  
21339 Lüneburg

**Zweigpraxis**  
Ringstr. 5  
29525 Uelzen

## »Wer besitzt wie viele Arztpraxen mit wie vielen Arztsitzen welcher Fachrichtung an welchen Orten?«

Wesentlich ist, dass die sich öffnenden Fenster auch einen Teil der Struktur sichtbar machen: Neben der Praxis in Lüneburg werden Zweigpraxen in Celle, Lüchow und Uelzen angegeben. Allerdings muss ich dazu die verschiedenen Personen einzeln anklicken. Ein zusammenfassendes Praxisfenster könnte alle Praxen auf einen Blick darstellen. Nicht sichtbar wird, wer Eigentümer dieser vier Praxen ist. Diese Information kann zurzeit nur dem Handelsregister entnommen werden: Augenzentrum Lüneburg MVZ GmbH (Lüneburg HRB 211819). Liste der Gesellschafter (seit Januar 2024): Augenklinik Dr. Hoffmann GmbH 51 Prozent, Dr. Thomas Damms 21,19 Prozent, Dr. Dr. Firuse Sistani 21,19 Prozent, Dr. Markus König 6,62 Prozent.

Hätte beim Zulassungs- oder Änderungsantrag auch angegeben werden müssen, wer Eigentümer der Augenklinik Dr. Hoffmann ist, würde deutlich werden, dass die Augenärzt\*innen ihre Praxen mehrheitlich an die Sanoptis GmbH verkauft haben. Diese befindet sich im Alleineigentum der Sanoptis S.à r.l. in Luxemburg. Diese gehört mehrheitlich der börsennotierten belgischen Investmentholding Groupe Bruxelles Lambert (GBL).<sup>11</sup>

Rainer Bobsin ist als freiberuflicher Fachautor tätig. Die hier dokumentierten Informationen stammen aus seiner permanenten Marktbeobachtung. Hinweise und Fragen gerne an [info@offizin-verlag.de](mailto:info@offizin-verlag.de)

#### Verweise

- <https://t1p.de/GVSG-24-05-2024>
- Download der Tabelle unter <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17020.php>
- <https://augenzentrum-eckert.de/>
- Meines Wissens unveröffentlicht. Die mir vorliegende Datei »KBV2021\_Zweigpraxen von MVZ.pdf« beinhaltet folgende Metadaten: »Erstellt am 05.01.23« und »Verfasser: Rass, Simon (KBV)«
- <https://www.kbv.de/media/sp/mvz-aktuell.pdf>
- <https://t1p.de/MCN-Praxen>, <https://t1p.de/MCN-Klinik>
- Bundesrat, Drucksache 211/23 vom 16.06.2023: Beschluss »Schaffung eines MVZ-Regulierungsgesetzes«, <https://t1p.de/MVZ-Beschluss>
- <https://www.radiologische-allianz.de/standorte>, <https://www.radiologische-allianz.de/team>
- <https://www.arztauskunft-niedersachsen.de/ases-kvr/>
- <https://t1p.de/Augen-LG> (August 2024)
- siehe auch <https://sanoptis.com/unser-netzwerk/>, <https://www.gbl.com/en/portfolio/sanoptis>

# Das Triester Modell

## Milan Röhricht zur Ambulantisierung in der Psychiatrie

**A**uch im Bereich der Psychiatrie werden in Deutschland Möglichkeiten zur besseren ambulanten Versorgung diskutiert.<sup>1</sup> Neben den Fragen der Ressourcenverteilung und Kostendeckelung im Rahmen eines marktwirtschaftlich organisierten Systems beinhaltet die Auseinandersetzung mit der Ambulantisierung in der Psychiatrie dabei mindestens zwei Besonderheiten: Zum einen wird um die Deutungshoheit bezüglich des grundsätzlichen Verständnisses von psychischen Krankheiten gerungen; dabei spielt die Frage, was ein Versorgungssystem, dessen Aufgabe zumindest in Teilen streitbar bleibt, überhaupt leisten soll, eine entscheidende Rolle. Zum anderen wird die Doppelfunktion, welche die Psychiatrie nach wie vor übernimmt – nämlich neben der Krankenversorgung auch die gesellschaftliche Ordnungsfunktion der Gefahrenabwehr und Ausübung sozialer Kontrolle – intensiv debattiert.

Als Vorbild des Prozesses der Ambulantisierung in der Psychiatrie gelten entsprechende Entwicklungen in Italien im Laufe der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts. Mit der Ernennung Franco Basaglias zum Direktor der psychiatrischen Klinik in Gorizia begann dort 1961 ein systematischer Prozess der Deinstitutionalisierung. Dieser mündete letztlich 1971 in einen radikalen Bettenabbau und die Verlagerung der Behandlung in den ambulanten Bereich, welche Basaglia als Direktor der psychiatrischen Klinik San Giovanni in Triest fortführte.<sup>2</sup> Dort entwickelte er gemeinsam mit einem multidisziplinären Team ein Modell, welches inzwischen als internationales Vorzeigeprojekt der ambulanten, gemeindepsychiatrischen Versorgung gilt und von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entsprechend anerkannt wird.<sup>3</sup>

Während im Jahr 1971 noch mehr als 1.000 Patient\*innen gegen ihren Willen in der psychiatrischen Klinik San Giovanni behandelt wurden, waren es bereits 1977 als Folge des Paradigmenwechsels nur noch 51. Im August 1980 wurde die Klinik dann endgültig geschlossen.<sup>4</sup> Anstelle der psychiatrischen Klinik entstand in Triest ein bis heute bestehendes umfassendes ambulantes Versorgungsnetzwerk mit einer kleinen psychiatrischen Abteilung im städtischen Allgemeinkrankenhaus Ospedale Maggiore, welches nur wenige stationäre Betten bereithielt.

Triest liegt im Nordosten Italiens in der Verwaltungsregion Friuli Venezia Giulia. 2022 hatte die Stadt ca. 200.000 Einwohner\*innen. Herzstück der gemeindepsychiatrischen Versorgung sind vier *Community Mental Healthcare Centres* (CMHC),<sup>5</sup> die je für ein Einzugsgebiet von ca. 50-70.000 Bürger\*innen zuständig sind. Die CMHC sind rund um die Uhr geöffnet, dienen als Anlaufstelle zur psychiatrischen, psychologischen und sozialen Unterstützung und ermöglichen einen niedrighschwelligigen Zugang mit Wartezeiten ohne Termin von ca. 1-2 Stunden. Sie beheimaten die diversen ambulanten und tagesklinischen Angebote und eine Apotheke, in die die Patient\*innen zur regelmäßigen Einnahme der Medikation kommen können. Der Einsatz von *compulsory psychiatric treatment orders* (CPTO; dt.: Zwangsbehandlungen) erfolgt auch, wo immer möglich, über ein CMHC. Durchschnittlich versorgt ein CMHC 900-1.200 Patient\*innen, personell besetzt mit 30-40 Mitarbeiter\*innen.

Durch je sechs bis acht Gemeindebetten mit 24h-Betreuung sind in den CMHC zudem kriseninterventionelle Aufnahmen zwischen 08:00 und 20:00 Uhr möglich. Ein durchschnittlicher Aufenthalt dauert hier 10-12 Tage. In die-

ser Zeit werden die Patient\*innen motiviert, ihren normalen Alltag fortzusetzen, d.h. etwa Termine in der Stadt wahrzunehmen, Besuch zu empfangen oder an den Tagesangeboten des CMHC teilzunehmen. Diese Gemeindebetten sind allerdings nicht ausschließlich für Krisen reserviert, sondern können auch z. B. bei Obdachlosigkeit zum Einsatz kommen, um einen weiteren sozialen Abstieg zu verhindern. Neben den CMHC gibt es zudem weitere ambulante Unterstützungsangebote, Wohngruppen, Verdienstmöglichkeiten und Werkstätten.

Für akute Krisen stehen sechs bis sieben Betten auf der Akutstation im städtischen Allgemeinkrankenhaus zur Verfügung,<sup>6</sup> v.a. zur Aufnahme nachts zwischen 20:00 und 08:00 Uhr.<sup>7</sup> Am Folgetag der Aufnahme erfolgt eine Visite durch psychiatrisches/psychologisches Personal des zuständigen CMHC zur Klärung, ob eine Verlegung in das CMHC, ggf. in ein Gemeindebett, erfolgen kann. Die Tür der Akutstation ist durchgehend offen und die durchschnittliche Länge des Aufenthaltes beträgt drei Tage. Zwangsbehandlungen auf der Akutstation beinhalten stets sowohl die Unterbringung als auch die Zwangsmedikation, welche jedoch wie oben besprochen vorrangig vom zuständigen CMHC übernommen werden.

Das Team ist neben der Akutstation konsiliarisch für das Allgemeinkrankenhaus zuständig. Akute Drogen- oder Alkoholintoxikationen werden nicht psychiatrisch triagiert, sondern sind Aufgabe der internistischen bzw. anästhesiologischen Abteilungen und werden im Verlauf ggf. konsiliar-psychiatrisch mitbehandelt. Stark agitierte Patient\*innen, die über die Rettungsstelle eingewiesen werden, werden ebenfalls nicht unmittelbar psychiatrisch triagiert, sondern können zunächst internistisch/anästhesiologisch medikamentös sediert oder auch antipsychotisch behandelt werden. Darüber hinaus gibt es in Triest getrennte Dienste für Lern- und andere geistige Behinderungen, Essstörungen sowie für Kinder und Jugendliche. Auf die Debatte zur forensischen Psychiatrie kann an dieser Stelle nur verwiesen werden.<sup>8</sup>

### Was können wir aus Triest lernen?

Am Triester Modell lassen sich wichtige Vorteile der Ambulantisierung in der Psychiatrie beobachten. Im Vergleich zu den anderen G7-Staaten<sup>9</sup> wird in Italien für die Versorgung psychisch kranker Menschen deutlich weniger Geld (z. B. prozentuell weniger als die Hälfte des deutschen Budgets) und Personal benötigt. Dennoch ist die Zahl der Zwangseinweisungen deutlich gesunken und die Suizidrate während des radikalen Bettenabbaus ebenfalls leicht zurückgegangen. Letztere bewegt sich im Vergleich zu den anderen G7-Staaten auf niedrigstem Niveau. Die Behandlung von Menschen in der eigenen Lebenswelt entspricht dem *Recovery Paradigma*, welches die subjektive Erfahrung des Individuums in den Vordergrund stellt.

Darüber hinaus wird die Debatte zur gesellschaftlichen Haltung zu und dem Umgang mit auffälligem Verhalten

durch die Verlagerung der psychiatrischen Versorgung in die Gemeinde grundsätzlich verändert. Dabei ist neben der Erwartung an die Gesellschaft, ein solches Verhalten auszuhalten und eigene Einflussfaktoren mitzudenken, auch die Hoffnung einer wachsenden Akzeptanz und offener Begegnungen mit psychisch erkrankten Personen verbunden. Im Bestfall können dadurch heilsame, gemeindenahe Milieus und Strukturen entstehen, welche durch menschliches Mitdasein therapeutische Funktionen übernehmen (z. B. Krisen- oder Gastfamilien, therapeutische Gemeinschaften usw.). Es ist zu erwarten, dass die Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen hierdurch deutlich abnehmen würde.

Solche politischen Ziele einer psychiatrischen Reform hin zur Ambulantisierung waren beispielsweise auch im französischen Lille-Ost zentral, wo das Grundprinzip wie folgt formuliert wurde: »society, and thus mental health services, need to adapt to people's needs, and not the other way around".<sup>10</sup> Franco Basaglia wiederum brachte es bereits vor mehr als 50 Jahren folgendermaßen auf den Punkt: »The opening up of the hospital and freedom of communication can only work if the external world participates as one part of the relationship".<sup>11</sup> Das Festhalten an einem primär vollstationären Setting, hingegen, verborgen vor dem kritischen Blick der Allgemeinheit, wird die alten, paternalistischen und autoritären Machtstrukturen aufrechterhalten.

### Anmerkungen:

- 1 Als aktuelle Übersicht vgl. z. B. Matthias Heißler: Psychiatrie ohne Betten, Köln 2022
- 2 Hierzu wurde viel publiziert, vgl. z. B. John Foot: The man who closed the asylums, London/NY 2015
- 3 WHO: Comprehensive mental health service networks: promoting person-centred and rights-based approaches, Geneva 2021
- 4 John Foot: The man who closed the asylums, a.a.O., S. 338-366
- 5 Roberto Mezzina: Community Mental Health Care in Trieste and Beyond. An »Open Door – No Restraint« System of Care for Recovery and Citizenship, in: J Nerv Ment Dis. 2014 Jun;202(6):440-5; Roberto Mezzina: The Trieste Model Revisited. Open Door, No Restraint System of Care, in: »Psychiatry with Coercion: Myth or Vision?« Barts Academic Afternoon, ELFT, Wednesday 6th September 2023; Milan Röhricht: Persönliche Kommunikation / Erfahrungsbericht Triest Visit, Delegation of London Mental Health Service May 23rd – May 25th, 2023, unpubliziert
- 6 Ibid.
- 7 Die Akutstation ist auch für das Verwaltungsgebiet Gorizia zuständig. Milan Röhricht: Persönliche Kommunikation, a.a.O.
- 8 Siehe z. B. Roberto Mezzina: Forty years of the Law 180: the aspirations of a great reform, its successes and continuing need, in: Epidemiol Psychiatr Sci. 2018 Aug;27(4): 336-345; Milan Röhricht: Persönliche Kommunikation, a.a.O.
- 9 C. Barbui / D. Papola / B. Saraceno: Forty years without mental hospitals in Italy, in: Int J Ment Health Syst. 2018 Jul 31; 12:43
- 10 WHO: Comprehensive mental health service networks, a.a.O.
- 11 Nach John Foot: The man who closed the asylums, a.a.O., S. 357, Original in: Franco Basaglia und Franca Ongaro: Introduction to Moirre di classe, Turin 1969, S. 6

Milan Röhricht ist Arzt und arbeitet in der psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus Berlin. Es bestehen keine Interessenskonflikte.

# Rückblick in die Geschichte der Kritischen Medizin

Als Linke sich niedergelassen haben ...

Im Jahr 1986 erschien in der Zeitschrift »**Demokratisches Gesundheitswesen**« unter dem Titel »**Zwickmühle – Wenn Linke sich niederlassen**« ein Artikel von Ullrich Raupp, in dem er einige junge Niedergelassene nach ihren Erfahrungen befragte. Wir haben beinahe vierzig Jahre später noch einmal mit drei der Ärzt\*innen und mit Ullrich Raupp selbst gesprochen.

Ihr findet den Artikel aus der Ausgabe 11/1986 der **Demokratisches Gesundheitswesen**, auf den wir hier Bezug nehmen, auf unserer Webseite zum Download.



**Ulli Raupp**, der uns in einem Telefonat vom Zustandekommens des damaligen Artikels und von seinen Erfahrungen berichtet hat. Er war als Student Mitglied im sozialistischen Hochschulbund, hat sich im damals linken Asta und im Fachschaftsvorstand engagiert und kannte die Interviewten aus diesen politischen Zusammenhängen. Die Frage, wo es nach dem Studium hingehet und wie sie ihr politisches Engagement auch in der Berufstätigkeit weiterführen könnten, waren auch bei ihnen sehr präsent. Viele entschieden sich z.B. für die Versorgung psychisch Erkrankter, etwa in neu entstehenden Tageskliniken. Aber es gab auch die Idee, als Niedergelassene etwa aufs Land zu gehen oder in relativ neu aufkommende Gemeinschaftspraxen. Die, die es bereits gab, dienten als Orientierung. Unter linken Ärzt\*innen war die Niederlassung eine Art »Notlösung«, sagt Ulli heute. Sein kritischer Blick auf den Alltag der Niedergelassenen war solidarisch. »Ich fand einige der Praxen klasse und fand die Arbeit bemerkenswert« sagt er.

Dabei beschrieb er auch recht detailliert die Praxiseinrichtung. Ulli erklärt, dass es ihm dabei um Organisationsbeobachtung ging. Es mache eben einen Unterschied, ob Ärzt\*innen mit ihren Patient\*innen gemeinsam an einem runden Tisch sitzen oder sich hinter einem Schreibtisch versembeln. Es sei auch organisationsethisch hinweisend, wie der Raum aufgebaut, und ob Pharmawerbung sehr sichtbar ist.

Ulli Raupp selber ist, wie er sagt, aus der Klinik nicht mehr »raus gekommen«. Er wurde Pädiater und Kinder- und Jugendpsychiater, baute später ein Sozialpädiatrisches Zentrum auf, was damals noch »Außenseiter-Medizin« war. In der Klinik fühlte er sich anfangs noch nicht durch die Ökonomie sehr eingeeengt, was seiner Einschätzung nach auch mit dem langjährig tätigen, wertekonservativen Geschäftsführer und einer insgesamt solidarischen Leitung zusammenhing. Mit ihnen war sich Ulli Raupp darüber einig, dass die DRGs als Instrument für die Versorgung nicht gut sein können.

Ulli engagiert sich noch heute im Sinne seines linken Grundverständnisses, befasst sich stark mit Kinderrechten und Behindertenpolitik, engagiert sich als Supervisor in der deutschen Gesellschaft für Supervision und ist im Vorstand der regionalen »Lebenshilfe«.



Von den damals Interviewten haben sich auch Gunar Stempel, Ulrike Heidecke und Felix Richter-Hebel die Zeit genommen und noch einmal ein paar Fragen beantwortet zu ihrer Situation 1986 und den Erfahrungen, die sie in der Zwischenzeit gemacht haben.

**1. Ulli Raupp schreibt am Ende seines Artikels: »Zwickmühle zwischen persönlicher Integrität und Systemdruck«: Hat sich das so für Dich bestätigt?**

**F.R.** Dem Systemdruck habe ich eigentlich leidlich widerstehen können und fühlte mich nicht ständig in einer Zwickmühle.

**U.H.** Eigentlich hat das gut geklappt. Die Abrechnung, die anfangs noch mit einzelnen Krankenscheinen abgegeben werden musste, geht jetzt online. Ich habe allerdings schon »optimal« abgerechnet, d.h. alle mir möglichen Ziffern eingetragen- natürlich nur wenn ich sie erfüllt habe.

**G.S.** Ich meine, dass ich dem Systemdruck eigentlich recht gut widerstehen konnte und fühlte mich nicht ständig in einer Zwickmühle.

**2. Würdest Du Dich heute wieder niederlassen?**

**F.R.** Ich würde mich heute unbedingt und sofort wieder niederlassen. Die wirtschaftliche Situation hat sich diametral entgegengesetzt entwickelt: Wir mussten damals mit anderen kleinen Praxen im unausgesprochenen Konkurrenzkampf um die PatientInnen buhlen. Heute haben die Kranken große Not, noch eine aufnahmewillige Hausarztpraxis zu finden.

**U.H.** Ich habe immer gerne niedergelassen gearbeitet, da ich über mich selbst bestimmen konnte ohne Kran-

kenhaushierarchie oder Chefärzte, die mich eigentlich lieber wegen meiner Kinder nach Hause geschickt hätten. Außerdem konnte ich in der Praxis meine eigenen Vorstellungen von Behandlung, Impfungen, Beratung etc verwirklichen ( bei mir hauptsächlich Homöopathie und Hausgeburten ). Ich habe immer einen Aufnahmestopp eingesetzt, wenn ich meine Arbeit nicht mehr entsprechend ausführen konnte – das war dann eigentlich leider permanent. Ich hätte gerne wieder mit anderen Kolleg:innen gearbeitet, aber keine passenden gefunden. In Berlin habe ich viel ausgebildet, sowohl Allgemeinärzte, als auch Kinderärzte.

**G.S.** Ich würde mich heute eher einem kommunalen MVZ als angestellter Arzt anschließen als mich selbst niederzulassen.

**3. Verfolgt Ihr heutige Auseinandersetzungen um linke Perspektiven auf ambulante Medizin, wie etwa in den Poliklinik Projekten?**

**F.R.** Nein.

**U.H.** Ich war in der Münsteraner Zeit Delegierte der Liste soziales Gesundheitswesen in der Ärztekammer Westfalen-Lippe. In Berlin war ich nicht mehr gesundheitspolitisch aktiv und habe seitdem auch keine Ansätze alternativer Praxisformen mehr verfolgt.

**G.S.** Ich verfolge als Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Sozialdemokraten im Gesundheitswesen weiterhin linke Perspektiven, bin aber z.B. mit meiner politischen Forderung nach Abschaffung der Kassenärztlichen Vereinigung ziemlich allein auf weiter Flur. Ausgerechnet der vormalige Bremer KV-Vorsitzende will jetzt 40 Jahre nach uns ein kommunales Gesundheitszentrum in Bremen-Gröpelingen gründen.



#### 4. Inwiefern habt Ihr Eure Arbeit als politisch verstanden? Wie hat sich das ausgewirkt?

**F.R.** Politische Hausarztmedizin hieß: Offenheit besonders für sozial benachteiligte Gruppen, keine Bevorzugung von Privatpatienten, strikte Ablehnung von Pharmawerbung, übertarifliche Bezahlung und Beteiligung der Arzthelferinnen an Entscheidungsprozessen, Ablehnung von IGEL-Angeboten, Angebote für Süchtige.

**U.H.** Ich hoffe, dass ich alle Patienten gleich behandelt habe. Der Aufnahmestopp galt auch immer für Privatpatienten. IGEL-Leistungen habe ich nicht angeboten, da ich meine, dass die Kassen alle notwendigen Behandlungen bezahlen. Linke Haltung wurde deutlich durch Plakate, Aushänge, Infomaterial, alternative Ansätze wie Beteiligung an Stadtteilinitiativen, Zusammenarbeit mit Hebammen. Insgesamt ging es mir mehr um »gute« als um »linke« Medizin.

**G.S.** Politische Hausarztmedizin hieß für mich: Keine Bevorzugung von Privatpatienten, strikte Ablehnung von Pharmawerbung oder von der Pharmaindustrie gesponserten »Fortbildungsveranstaltungen«, keine IGEL-Angebote, übertarifliche Bezahlung der Arzthelferinnen und deren Beteiligung an Entscheidungsprozessen, Einbeziehung der Patienten in eigenverantwortliche Therapiekonzepte, wie z.B. intensivierte Insulintherapie. Außerdem wichtig war für mich eine starke Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, Offenheit besonders für sozial benachteiligte Gruppen und Menschen mit Migrationshintergrund und Angebote für Alkoholranke.

Politische Hausarztmedizin hieß nicht, Bevorzugung von »linken« Patienten, die mit den verschiedensten »Anliegen« ankamen und oft ein merkwürdiges Verständnis von Solidarität mitbrachten.

#### 5. Habt Ihr Euch aktiv damit auseinandergesetzt, wie ihr eure politische Haltung konkret in der ärztlichen Arbeit umsetzen wollt? Gab es dazu einen Austausch zwischen linken niedergelassenen Ärzt\*innen?

**F.R.** In Bremen Gründung einer linken Liste zur Ärztekammerwahl und die politische Arbeit in Gremien und Ausschüssen.

**G.S.** In Bremen und in Bremerhaven Gründung einer linken Ärztekammerliste (Gewerkschaftsnahe, SPD, Grün-Alternativ, IPPNW etc.), die bis zu 40% der Stimmen erzielte und wo ich 8 Jahre als Ärztekammerdelegierter die Liste vertrat. Mein Versuch, in diesem Jahr die Liste wiederzubeleben, scheiterte, da weder noch Parteimitglieder der SPD, noch der Grünen oder Linken zu einer Kandidatur bereit waren (diese kandidieren jetzt auf einer Hausarztliste oder anderen relativ unpolitischen Listen).

**U.H.** Ich war bis zum Jahr 2000 Mitglied der Liste Soziales Gesundheitswesen in der Ärztekammer Westfalen-Lippe, die es nun leider nicht mehr gibt.

#### 6. Welche Veränderungen der ambulanten Versorgung haltet Ihr für notwendig?

**F.R.** Unter anderem die Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen und die Aufhebung der 2-Klassen-Medizin.

**G.S.** Stärkung der hausärztlichen Medizin, Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen, eine qualifizierte Bedarfsplanung, die den Namen auch verdient und nicht lukrative Wohngebieten bevorzugt, Rosinenpickerei von profitorientierten MVZs unterbinden und diese MVZs verbieten und die Abschaffung Privater Krankenkassen.

**U.H.** Die Endbudgetierung der kinderärztlichen Leistungen ist mittlerweile eingeleitet und sollte auf die Hausärzte ausgeweitet werden. Außerdem die Abschaffung der Zwei-Klassenmedizin, gesellschaftlich organisierte MVZs und die Stärkung der hausärztlichen Aspekte in der Weiterbildung

#### 7. Heute ist es meines Wissens viel üblicher als früher, sich in Praxen anstellen zu lassen. Eine Möglichkeit, die viele junge Mediziner\*innen, die in die ambulante Versorgung wollen, wählen. Hättest Du Dich damals lieber anstellen lassen als selbst niederzulassen?

**F.R.** Nein

**U.H.** Ich würde immer wieder den ambulanten Sektor wählen, da ich nur dort die Familien über viele Jahre betreuen konnte und ihren Hintergrund kannte. Das wäre auch angestellt vorstellbar, wenn die Chemie mit dem Praxisinhaber stimmen würde. Allerdings habe ich oft von Assistenten gehört, die von MVZ-Inhabern genaue wirtschaftliche Vorgaben erhalten haben. Deswegen ist es wahrscheinlich schwierig, diese Konstellation zu finden.

**G.S.** Ich würde mich lieber anstellen lassen

#### 8. Haben sich die Spielräume mit den Jahren eher vergrößert oder verkleinert?

**F.R.** Spielräume und berufliche Gestaltungsmöglichkeiten haben sich meines Eindrucks nach deutlich vergrößert.

**U.H.** Hausärztliche Leistungen sollen ja bald entbudgetiert sein, die Verordnung von Heilmitteln wurde vereinfacht. Das ist eine große Verbesserung gegenüber meiner aktiven Zeit. Ich hätte auch einen Pauschalbetrag in der Höhe meiner durchschnittlichen Abrechnungsbeträge der Krankenkassen akzeptiert.

**G.S.** Die Spielräume haben sich deutlich vergrößert (u.a. Jobsharing, besseres Einkommen, etc.)

#### 9. Im Artikel geht es auch um Euch als Arbeitgeber. Wie seid Ihr mit dieser Rolle umgegangen? Würdest Du im Nachhinein sagen, Du warst in dieser Hinsicht reflektiert genug?

**F.R.** Klares Selbstlob »Ja«. Bin mit fast allen früheren Mitarbeiterinnen noch in Kontakt und höre ungefragt immer wieder »Du warst der beste Chef«.

**G.S.** Ich denke, dass ich im Großen und Ganzen ein sehr guter »Arbeitgeber« war. Ich habe weiterhin Kontakt zu fast allen meinen früheren MFAs, die jetzt fast alle selbst ins Rentenalter kommen. Fast alle arbeiten bei meinem Nachfolger (als Betriebsarzt).

**U.H.** Meine MFAs wurden tariflich bezahlt, aber nicht übertariflich und auch nicht an allen Entscheidungen beteiligt. Es gab fast keine Kündigungen. Mit meinen Hauptkräften sowohl aus Berlin als auch aus Münster treffe ich mich regelmäßig.

#### 10. Seid Ihr auch heute noch politisch aktiv?

**F.R.** »Politisch aktiv« ist ein weiter Begriff. Bin in keiner Partei aber immer noch/wieder in sozialen Projekten – z.B. medizinische Ambulanz für Drogensüchtige, Flüchtlingshilfe o.ä. – aktiv.

**U.H.** Ich bin weiter kommunalpolitisch in der SPD aktiv, aber mit dem Schwerpunkt Verkehrspolitik. Gesundheitspolitik eher weit entfernt.

**G.S.** Ich bin weiterhin politisch aktiv (SPD: ASG, historische Kommission und unterstütze meine Frau bei Ihrer wichtigen politischen Arbeit bei den »OMAS gegen Rechts«, bin bei attac, IPPNW, Vdää etc.), biete politische Führungen in Bremen an (Genossenschaften, sporthistorische Führungen, Gewerkschaftsbewegung, Stolpersteine etc.)

Wir danken Ulli Raupp, Gunar Stempel, Ulrike Heidecke und Felix Richter-Hebel herzlich für das Gespräch!

### Demokratisches Gesundheitswesen

war eine gesundheitspolitische Zeitschrift, die von 1979 bis 1989 beim Kölner **Pahl-Rugenstein-Verlag** erschien und hauptsächlich ehrenamtlich erstellt wurde. Herausgeber waren u. a. Hans-Ulrich Deppe, Brigitte Kluthe, Rolf Rosenbrock, Annette Schwarzenau, Hans See, Alf Trojan und Erich Wulff. Unter anderen waren auch Ulli Raupp, Felix Richter-Hebel und Gunar Stempel Redakteure.

Im Zuge des Konkursverfahrens des Verlags 1989 musste auch die Zeitschrift eingestellt werden. Der Mabuse-Verlag übernahm die etwa dreitausend Abonnementsverträge für seine Zeitschrift Dr. med. Mabuse.

**Gunar Stempel**, Jahrgang 1950, Facharzt für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin

»Als Jusos, Student gehörte ich dem Sozialistischen Hochschulbund an, war Asta-Vorsitzender und später Vorsitzender des Bundes gewerkschaftlicher Ärzt\*innen in Düsseldorf. 1984 schloß ich meine sehr gute Allgemeinartztausbildung ab. Nach dem Vorbild der Gesundheitszentren wie Gropiusstadt oder Riedstadt und parallel zu meinem Freund Felix Richter-Hebel in Bremen wollte ich im Oktober 1984 ein Gesundheitszentrum in Bremerhaven aufbauen. Der Start war in den ersten beiden Jahren recht holperig und mit erheblichen finanziellen Risiken verbunden. Im Oktober 1986 kamen meine Ehefrau als Kinderphysiotherapeutin und eine Erwachsenenphysiotherapeutin hinzu. 1987 folgten zwei Kinderärzte und 1989 weitere zwei Frauenärztinnen, die später noch eine Hebamme in ihre Praxis aufnahmen. 1994 nahm ich einen Internisten als von Anfang an gleichberechtigten Partner in der fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis auf, was sich als großer Fehler herausstellte. Wegen ständigen Konflikten verließ ich 1996 über Nacht die Praxis und arbeitete fortan als hauptamtlicher Betriebsarzt im Fischereihafen mit einer zusätzlichen Anstellung in einer hausärztlichen Praxis bis zu meiner Rente. Die Kinder- und FrauenärztInnen zogen wegen der Art meines Kollegen nach weiteren 2 Jahren ebenfalls aus und ließen sich in neuen Räumen im Fischereihafen nieder.«

**Ulrike Heidecke**, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Homöopathie

»Ich war damals in Münster in einer kinderärztlichen Gemeinschaftspraxis mit einer Kollegin, die ich aus der Facharzttausbildung kannte und die ähnliche Ansichten über die Medizin, die wir in der Praxis anbieten wollten, hatte. Da ich 2001 aus privaten Gründen nach Washington gezogen bin, haben wir die Praxis verkauft. Nach meiner Rückkehr aus USA 2003 habe ich in Berlin-Marzahn eine Einzelpraxis übernommen, diese aber 2007 nach Friedrichshain verlegt und bis 2015 dort praktiziert.«

**Felix Richter**, Jahrgang 45, Facharzt für Allgemeinmedizin (Zusatzbezeichnungen Tropenmedizin, Sportmedizin und Psychotherapie)

»Anfang der 80er habe ich zusammen mit KollegInnen ein perfektes sozialistisches »Gesundheitszentrum« in Bremen-Nord konzipiert. Vorbilder waren z.B. Gropiusstadt oder Riedstadt. Ende 1984 starteten wir gemeinsam unser Projekt bei Punkt Null. Unter einem Dach eine Frauenarztpraxis, ein Kinderarzt, ein Allgemeinarzt, ein Urologe, eine Apotheke und eine Krankengymnastikpraxis. Unter größten finanziellen Risiken wollten wir gemeinschaftlich wirtschaften, uns gegenseitig unterstützen und für eine übertarifliche Bezahlung der Arzthelferinnen sorgen. Schnell wurde das Haus von den örtlichen Patienten angenommen, aber bereits nach einem Jahr kam es zu erheblichen internen politischen Auseinandersetzungen (z.B. über die Frage, ob die Putzfrau ein Weihnachtsgeld erhält...) und das schöne Zentrum wurde trotz Supervision in Einzelpraxen aufgeteilt. Nach ca. 8 Jahren bin ich aus dem Haus ausgezogen und habe an der nächsten Straßenecke eine kleine Einzelpraxis gegründet, in der ich fortan viele Jahre sehr zufrieden, glücklich und erfolgreich praktiziert habe.«

Veranstaltungsreihe

# Solidarität verteidigen!

Gegen Militarisierung und rechte Politik

**Solidarisches Gesundheitswesen e.V. und vdää\***

Während wir für ein besseres, gerechteres und solidarisches Gesundheitssystem kämpfen, beunruhigen uns gänzlich gegenläufige gesellschaftliche Entwicklungen. Rassistische, sexistische und klassistische Hetze, eine emotional aufgeladene Ablehnung von freiheitlichen Gesellschaftsbildern und ein neuer Autoritarismus, der sich auch in einer neuen Militarisierung der Gesellschaft abzeichnet, machen uns zurecht Sorgen. Einiges davon, wie die Zunahme der Popularität und Sichtbarkeit rechter Ideen und Narrative beobachten wir seit Jahren; anderes, wie die Rede von der Kriegstauglichkeit, ist relativ neu.

Für uns steht fest, dass sich die Gefahr rechter Politik mitnichten auf die AfD beschränkt und dass wir sie, um wirksame Gegenstrategien zu entwickeln, genauer verstehen müssen. Dabei tun sich viele Fragen auf: Gibt oder gab es wirklich einen „Ruck“ nach rechts? Haben sich Positionen in der Gesellschaft verändert oder wurde einfach die Grenze des Sagbaren verschoben? Welche Rolle spielt dabei die sogenannte „Mitte“? Wie hängen Autoritarismus und Austerität zusammen? Gibt es wirklich keine Alternative zur militärischen Aufrüstung?

Um Antworten auf diese Fragen zu entwickeln, haben wir vier tolle Referent\*innen für eine **Online-Veranstaltungsreihe im Oktober und November** gewinnen können.

Auf unserer Webseite werden wir im Vorfeld weitere Informationen zum Inhalt der einzelnen Veranstaltungen und zu den Zugangsdaten veröffentlichen.

Tragt Euch gerne folgende Termine in die Kalender ein:

- Dienstag, 8.10. um 19:30 Uhr – Jan van Aken: Militarisierung der Gesellschaft – Wie geht Frieden?
- Dienstag, 22.10. um 19:30 Uhr – Wilhelm Heitmeyer: Autoritärer Nationalradikalismus und gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit
- Mittwoch, 6.11. um 19:30 Uhr – Stephan Kaufmann: Zusammenhänge von Austerität und rechten Einstellungen – Macht Sparen rechts?



- Dienstag, 19.11. um 19:30 Uhr – Natascha Strobl: Kommunikationsstrategien der extremen Rechten

Da politische Bildungsarbeit Geld kostet und wir auch unsere Referent\*innen angemessen honorieren wollen, bitten wir um Spenden. Unser Vorschlag sind 5 Euro pro Person und Veranstaltung.

Bitte denkt darüber nach, in Zukunft regelmäßig an das **Solidarische Gesundheitswesen** zu spenden. Ihr unterstützt damit die Zeitungsredaktion, unsere Arbeit im Bündnis Krankenhaus statt Fabrik, verschiedene kritische gesundheitspolitische Publikationen sowie in diesem Jahr besonders unseren Themenschwerpunkt „Solidarität verteidigen“.

Ende November werden wir im Rahmen des **Gesundheitspolitischen Forums** noch einmal speziell im Hinblick auf das Gesundheitswesen diskutieren, welche Gefahren aktuell von rechter Politik und Militarisierung ausgehen und was wir dagegen tun können. Der Flyer liegt bei.

Wir freuen uns auf euch!



# »Es gibt keine Eugenik im besten und humansten Sinn«

Stellungnahme der Gedenkstätten Pirna-Sonnenstein und Großschweidnitz zu den »Eugenik«-Äußerungen des Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS), Klaus Heckemann

In aller Deutlichkeit widersprechen die Gedenkstätten Pirna-Sonnenstein und Großschweidnitz der von Klaus Heckemann in den KVS-Mitteilungen geäußerten »Zukunftsvision« einer eugenisch begründeten Mutationsuche bei Frauen mit Kinderwunsch. Wir kritisieren, dass ein Repräsentant der ärztlichen Selbstverwaltung in Sachsen den historisch belastenden Begriff der Eugenik nutzt, um aktuelle gesundheitspolitische Debatten zu führen.

Die Gedenkstätten Pirna-Sonnenstein und Großschweidnitz erinnern als Teil der Stiftung Sächsische Gedenkstätten am jeweiligen historischen Ort an über 20.000 Menschen, die dort zwischen 1939 und 1945 den nationalsozialistischen Krankmorden zum Opfer fielen. Die gedanklichen Wurzeln sowie die propagandistische Legitimierung der Vernichtung von vermeintlich »lebensunwertem Leben« im Nationalsozialismus, speisten sich aus der eugenischen Bewegung. Deren »Vision« einer umfassenden und andauernden qualitativen Selektion der Bevölkerung stellte die Kriterien zur Verfügung, die in Verbindung mit ökonomischen Interessen zunächst Ausgrenzung und später den hunderttausendfachen Mord der schwächsten Teile der Gesellschaft ermöglichte. Daher betont der Leiter der Gedenkstätten Pirna-Sonnenstein und Großschweidnitz, Dr. Boris Böhm: »Es gibt keine Eugenik im besten und humansten Sinn«, deren Utopie ist letztlich eine Dystopie für die betroffenen Menschen. Vielleicht sollte zunächst ein nachdenklicher Blick in die Vergangenheit erfolgen, statt eugenische Zukunftsvisionen zu entwickeln.«

Gleichzeitig begrüßen wir die Stellungnahmen der Dresdner Hochschulmedizin und der Sächsischen Landesärztekammer sowie weiterer Fach- und Betroffenenverbände des Gesundheitswesens, die Zeugnis einer verantwortungsvollen selbstkritischen Reflexion medizinischen Handelns sind.

30.08.2024, Hagen Markwardt (Gedenkstätte Pirna-Sonnenstein, Öffentlichkeitsarbeit), hagen.markwardt@stsg.de; <https://www.stsg.de/cms/pirna/aktuelles/es-gibt-keine-eugenik-im-besten-und-humansten-sinn-stellungnahme-der-gedenkstaetten>



# Auch ältere Ausgaben von »Gesundheit braucht Politik« sind zeitlos interessant.

Sie finden sich alle auf der Homepage: <https://gbp.vdaae.de/>



## Aus dem Inhalt: Geschlechterverhältnisse im Gesundheitswesen (GbP 3/2019)

- Christa Wichterich: Der prekäre Care-Kapitalismus – Sorgeextraktivismus oder die neue globale Ausbeutung
- Friedrich Paun und Marla Frenz: »Unfaire Löhne wegmoppen« Tarifeinsetzungen an der ausgegründeten. Universitätsmedizin Klinikservice GmbH Göttingen
- Christiane Bachelier, Therese Jakobs, Roxana Müller, Susanne Zickler: Frischfleisch für die Oberärzte. 30 Jahre Sexismuserfahrungen im Medizinsystem
- Ortsgruppe Berlin des vdä: Let's talk about sexism
- Alicia Baier: Diagnose: Sexismus. #MeToo in der Medizin und antisexistische Aktionen an der Charité
- Mascha Grieschat: »... oder wollen sie, dass Ihr Kind stirbt?« Gewalt im Kontext von Geburtshilfe
- Christiane von Rauch: Bündnisse für sexuelle Selbstbestimmung
- Susanne Zickler: AKF – Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft
- u.a.

## Aus dem Inhalt: Gesundheit und Krankheit in Zeiten der Abschottung (GbP 1/2020)

- Vera Bergmeyer: Medizinische Versorgung von Geflüchteten in Deutschland
- Ernst Girth: Zwischen Ethik und Staatsgewalt. Die Rolle der Ärzt\*innen im Abschiebeprozess
- Das System macht krank. Interview mit Jane Wanjiru von Women in Exile
- Stephanie Kirchner: Ankerzentren machen krank. Warum Ärzte der Welt ihr Projekt zur psychischen Versorgung von Flüchtlingen abgebrochen hat
- Pressemitteilung: Menschen schützen – nicht Grenzen! vdä fordert Kehrtwende in der Asylpolitik
- Handreichung: Ärztliche Bescheinigungen für geflüchtete Patient\*innen – worauf ist zu achten?
- vdä-Regionalgruppe Hamburg: Abschiebung kranker Menschen
- Carola Wlodarski und Olga Ungurs: Der Anonyme Krankenschein. Das Praxisbeispiel Thüringen
- u.a.



## Aus dem Inhalt: Rassismus und Gesundheit (GbP 3/2020)

- Lorena Wanger, Hannah Kilgenstein und Julius Poppel: Über Rassismus in der Medizin
- Regina Brunnett: Rassismus und Gesundheit
- Ria Prilutski: Kranke Normalität. Wirkungsweisen von Rassismus im (deutschen) Gesundheitssystem
- Karoline Wagner: Erkennen und Widersprechen. Antisemitismus in der Medizin
- Phil Dinkel / Milli Schröder: Rassismus und Diskriminierung als Public Health Problem anerkennen!
- Jérémy Geeraert: Die Konstruktion von »minderwertigen Patientengruppen«
- Amma Yeboah: Rassismus und psychische Gesundheit in Deutschland
- Mund Aufmachen ist angesagt. Interview mit der neu gegründeten Hochschulgruppe BIPOC an der Uni Leipzig
- u.a.

## Aus dem Inhalt: Soziale Ungleichheit und Gesundheit (GbP 4/2020)

- Benjamin Wachtler: »Social injustice is killing people on a grand scale« – Ein kurzer Überblick über das Konzept der sozialen Determinanten der Gesundheit
- Martin Kronauer: »Auseinanderdriftende Gesellschaft« – Über Armut in Deutschland
- Tobias Hofmann: »Manager\*innen ihrer eigenen Krankheit« – Über Patient\*innen im Neoliberalismus
- Jakob Zschiesche: »Gesundheit auf der Platte«
- Claudia Jenkes: »Armut: Nährboden für resistente Erreger« – Soziale Determinanten in den Blick nehmen!
- »Wissenschaft mit Konsequenzen« – Interview mit Ben Wachtler zu den Thesen von Wilkinson und Pickett
- u.a.

