



23. Landesgesundheitskonferenz NRW

"Für ein solidarisches Gesundheitswesen in NRW –
Gesundheitliche Versorgung von Menschen in
prekären Lebenslagen verbessern“

20. November 2014



23. Landesgesundheitskonferenz
Für ein solidarisches Gesundheitswesen in NRW -
Gesundheitliche Versorgung von Menschen
in prekären Lebenslagen verbessern

20. November 2014

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-----|---|----|
| 1. | Präambel | 2 |
| 2. | Ausgangslage | 3 |
| 3. | Defizitanalyse | 5 |
| 4. | Umsetzungsempfehlungen | 7 |
| 4.1 | Unterschiedliche Versorgungsbedarfe erkennen, berücksichtigen und erfüllen | 7 |
| 4.2 | Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen weiterentwickeln | 10 |
| 4.3 | Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen verbessern | 15 |
| 4.4 | Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen ausbauen | 18 |
| 4.5 | Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte ohne gesicherten oder geklärten Zugang zur Regelversorgung verbessern | 22 |
| 4.6 | Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der kommunalen Gesundheitskonferenzen stärken | 30 |
| 5. | Landesinitiative Gesundes Land NRW | 31 |
| 6. | Erfolgskontrolle/Zielüberprüfung | 32 |

1. Präambel

Nordrhein-Westfalen verfügt über eine qualitativ gute gesundheitliche Versorgung und ein solidarisch ausgerichtetes Gesundheitswesen. Im System der gesetzlichen Krankenversicherung steht grundsätzlich jeder Versicherten und jedem Versicherten der gleiche Zugang zu allen notwendigen Leistungen zu, unabhängig von Alter, sexueller Identität, Herkunft und Einkommen. In unserer Gesellschaft leben gleichwohl Menschen, deren Zugang zum Gesundheitssystem und dessen Inanspruchnahme aus unterschiedlichen Gründen erschwert ist und sie deshalb nicht oder nur sehr eingeschränkt an der gesundheitlichen Regelversorgung teilhaben können.

Der Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit und die dafür notwendige Versorgung ist unabhängig von den individuellen Lebensumständen ein Menschenrecht. Eine solidarische Gesellschaft steht in der Pflicht, den Zugang zu gesundheitlichen Leistungen für alle Personen, insbesondere solche in Notlagen, zu ermöglichen und zu sichern. Menschen in besonders schwierigen Situationen sollen sich auf soziale Sicherungssysteme verlassen können. Der soziale Frieden und individuell empfundene gute Zukunftsperspektiven hängen eng zusammen und werden nur dauerhaft gewahrt werden können, wenn sich eine Gesellschaft auch um besonders benachteiligte Personengruppen kümmert. Hier nimmt die Gesundheitsversorgung für jeden Menschen einen herausgehobenen Stellenwert ein, weil sie existenzielle Grundvoraussetzungen schaffen kann, um Menschen eine selbstbestimmte Teilhabe an unserer Gesellschaft überhaupt zu ermöglichen.

Ausgehend vom Grundverständnis einer solidarischen Gesundheitspolitik unterstützt die Landesgesundheitskonferenz (LGK) das Ziel einer bedarfsgerechten und ohne Hürden zugänglichen gesundheitlichen Versorgung für alle Menschen, und besonders für Menschen in prekären Lebenslagen, unabhängig von deren sozialem Status, Alter, Herkunft oder Geschlecht.

Der LGK ist bewusst, dass ein gesicherter Zugang zum Gesundheitssystem durch eine Vielzahl von Faktoren bestimmt wird. Die Lösungsansätze sind deshalb mehrdimensional angelegt und betreffen nicht alleine die Gesundheitspolitik, sondern auch andere Politikbereiche. Die LGK will daher mit der Entschließung ebenfalls Impulse, insbesondere für die Arbeitsmarkt-, Bildungs-, Familien-, Kinder- und Jugend-, Integrations- und Sozialpolitik, geben.

Die LGK sieht auch die Bundesregierung in der Pflicht, im Rahmen ihrer Zuständigkeiten die Länder dabei zu unterstützen, die (Re-)Integration von Menschen in prekären Lebenslagen in die Gesellschaft zu erleichtern.

Die LGK spricht sich dafür aus, dass die Bemühungen, für Menschen mit ungeklärtem Versicherungsstatus einen Zugang zur Regelversorgung zu erreichen, fortgesetzt werden.

Sie würdigt in besonderem Maße das Engagement der Beteiligten im Gesundheitswesen, die sich bereits tagtäglich und oft ehrenamtlich, für Menschen in schwierigen Situationen stark machen.

Die großen Herausforderungen können nur dann erfolgreich bewältigt werden, wenn alle Akteurinnen und Akteure den Rahmen der Verantwortlichkeiten und Möglichkeiten nutzen, Spielräume ausloten und diese ausschöpfen. Langfristiges Ziel muss es sein, die Rahmenbedingungen für eine größtmögliche soziale Teilhabe zu schaffen.

Die Entschließung soll nicht nur auf den besonderen Versorgungsbedarf von Menschen in prekären Lebenslagen hinweisen, sondern vor allem Anregungen geben und auf Lösungen hinwirken, die helfen, diesem Bedarf im Rahmen einer gesicherten und zielgruppenspezifischen medizinischen Versorgung gerecht zu werden.

Basierend auf dem Selbstverständnis der LGK verpflichten sich ihre Mitglieder, die nachfolgenden Handlungsempfehlungen aktiv umzusetzen.

2. Ausgangslage

Als ‚prekäre Lebenslagen‘ werden Lebensumstände verstanden, die einerseits durch materielle Armut und andererseits durch eine eingeschränkte Teilhabe am ökonomischen, sozialen, kulturellen und politischen Leben in der Gemeinschaft gekennzeichnet sind. Diese Kombination bedeutet für die betroffenen Menschen, dass sie in ihrem alltäglichen Leben mit verschiedenen Problemen materieller und sozialer Art konfrontiert werden. Das Risiko, solche Lebenslagen zu erleben, ist in bestimmten Bevölkerungsgruppen erhöht - beispielsweise bei Kindern und Erwachsenen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen, (Langzeit-)erwerbslosen Frauen und Männern, alleinerziehenden Elternteilen, Menschen mit Migrationsgeschichte, Menschen im Rentenalter mit unterdurchschnittlichen Rentenbezügen („Altersarmut“) oder Personen ohne festen Wohnsitz.

Da prekäre Lebenslagen zugleich ein starkes Gesundheitsrisiko darstellen, werden sie in den Mittelpunkt dieser Entschließung gestellt. Menschen, die dauerhaft materielle Schwierigkeiten und soziale Ausgrenzung erleben, erkranken signifikant häufiger als Menschen, die diese Erfahrungen nicht machen. Umgekehrt gilt dies ebenfalls: wer chronisch krank wird,

läuft stärker Gefahr, in prekäre Lebenslagen zu geraten. Dies belegen nationale und internationale Studien sehr deutlich.

Die Gesundheitsberichterstattung für Deutschland belegt, dass psychische und somatische Erkrankungen wie Depressionen, Suchterkrankungen, koronare Herzkrankheiten, Typ 2 Diabetes, bestimmte Tumore oder chronische Atemwegserkrankungen bei Personen mit geringem Einkommen häufiger vorkommen als bei Menschen mit hohem Einkommen¹². Steigende Erkrankungszahlen werden auch in Zusammenhang mit einer fehlenden sozialen Teilhabe berichtet, z.B. bei Menschen, die lange Zeit ohne Arbeit sind.

Diese erhöhten Erkrankungsrisiken schlagen sich in einer insgesamt verringerten Lebenserwartung nieder. In den Daten des Sozioökonomischen Panels waren z.B. Unterschiede in der mittleren Lebenserwartung von bis zu 10 Jahren sichtbar, wenn Menschen mit Einkommen unterhalb der Armutsgrenze und Menschen aus der einkommensstärksten Bevölkerungsgruppe verglichen wurden³. Vergleichbare Befunde liegen auch zum todesursachenspezifischen Sterblichkeitsgeschehen vor, etwa zu frühzeitigen Sterbefällen durch Herzinfarkte oder auch zur Säuglingssterblichkeit.

Bei der Entstehung dieser ausgeprägten ‚gesundheitlichen Ungleichheiten‘ zwischen den Bevölkerungsgruppen sind verschiedene Faktoren von Belang. Zunächst ist festzustellen, dass eine Reihe von wichtigen gesundheitlichen Risikofaktoren eng mit der sozialen Lage verknüpft ist. Beispiele hierfür sind psychische und materielle Belastungen durch Armut, schlechte Wohnverhältnisse (z.B. durch Lärmbelastung, Luftverunreinigung), Unfallrisiken, gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen, Stressbelastungen infolge sozialer Probleme oder sozialer Isolation. Eine Ungleichverteilung ist auch für gesundheitliche Ressourcen (oder Schutzfaktoren) wie eine gute soziale Einbindung, Gesundheitswissen und –kompetenz oder Ausgleichsmöglichkeiten in der Freizeit sowie das eigene gesundheitsbezogene Verhalten festzustellen.

Evident ist, dass sich Menschen in prekären Lebenslagen häufiger gesundheitsschädigend verhalten als andere Bevölkerungsgruppen^{4; 5}. Dies schließt das Vorsorgeverhalten ein, was sich beispielsweise an einer geringeren Teilnahme an Programmen der Primär- und Sekundärprävention ablesen lässt^{6; 7}. Auch für Unterschiede im Verhalten sind zahlreiche Gründe

¹ Lampert T, Saß AC, Häfeling M, Ziese T (2005) Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin. Robert Koch-Institut.

² Lampert T, Kroll LE (2010) Armut und Gesundheit Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin GBE kompakt 5/2010

³ Kroll LE, Lampert T (2009) Soziale Unterschiede in der Lebenserwartung – Datenquellen in Deutschland und Analysemöglichkeiten des SOEP. Methoden, Daten, Analysen. 3(1): 3–3.

⁴ Richter M, Hurrelmann K (Hg.) (2006) Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden. VS Verlag.

⁵ Siegrist J, Marmot M (Hg.) (2008) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern. Hans Huber.

⁶ Mielck A (2000) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern. Hans Huber.

verantwortlich, die von äußeren Umständen, z.B. Schwierigkeiten, Sport- und Freizeitangebote zu finanzieren, bis hin zu personalen Faktoren, wie fehlender gesundheitsbezogener Bildung reichen.

Zusammengefasst handelt es sich also bei Menschen in prekären Lebenslagen um Personen, bei denen ökonomische, soziale und gesundheitliche Belastungen gehäuft auftreten, wobei sich diese Belastungen wechselseitig beeinflussen können. Die jeweiligen Zusammenhänge sind komplex und unterscheiden sich in Abhängigkeit von der Ausprägung einer prekären Lebenslage, nach soziodemographischen und kulturellen Merkmalen und nach Krankheiten. Notwendig ist es, auf diese Besonderheiten einzugehen und das Ziel einer verbesserten Gesundheitsversorgung von Menschen in prekären Lebenslagen in den Blick zu nehmen.

3. Defizitanalyse

Im vorangegangenen Kapitel wurde gezeigt, dass Menschen in prekären Lebenslagen im Durchschnitt gesundheitlich stärker belastet sind als andere Bevölkerungsgruppen. Daraus folgt, dass hier ein erhöhter Bedarf an medizinischer Versorgung besteht. Die Deckung dieses erhöhten Bedarfs ist jedoch trotz einer allgemeinen Versicherungspflicht nicht automatisch gewährleistet und es sind verschiedene Defizite bekannt. Diese sollen im Folgenden kurz skizziert werden, wobei drei Bereiche im Mittelpunkt stehen:

- der bedarfsgerechte Zugang zu Leistungen des Versorgungssystems,
- die Inanspruchnahme von angebotenen Leistungen durch die Betroffenen und
- die Wirksamkeit von Versorgungsmaßnahmen⁸.

In allen drei Bereichen zeigt sich, dass Menschen in prekären Lebenslagen jeweils spezifische Probleme haben.

Bezüglich des Zugangs besteht beispielsweise bei einzelnen Gruppen aus unterschiedlichen Gründen kein Versicherungsschutz, so dass der freie Zugang zur Regelversorgung nicht gegeben ist. Das System der Regelversorgung, so wie es im Sozialgesetzbuch V angelegt ist, sieht vor, dass die umfangreichen ambulanten und stationären Leistungen über die gesetzliche Krankenversicherung abgesichert werden. Besteht kein Versicherungsschutz, können Leistungen zwar als Selbstzahler in Anspruch genommen werden, dies übersteigt aber in aller Regel die finanziellen Möglichkeiten von Menschen in prekären Lebenslagen. Aber auch bei einem bestehenden Versicherungsschutz in einer gesetzlichen oder privaten Kran-

⁷ Tiesmeyer K, Brause M, Lierse M, Nülle ML, Hehlmann T (Hg.) (2008) Der blinde Fleck, Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung. Bern. Hans Huber.

⁸ Knesebeck Ovd, Bauer U, Geyer S, Mielck A (2009) Soziale Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung - Ein Plädoyer für systematische Forschung. Gesundheitswesen. 71: 59-62.

kenkasse sind bestimmte Zuzahlungen und andere Zusatzkosten etwa für Medikamente oder für medizinische Dienstleistungen in begrenztem Umfang selbst zu tragen. Dies kann dazu führen, dass solche selbst zu finanzierenden Leistungen aufgrund der schwierigen Einkommenssituation nicht nachgefragt werden.

Die Inanspruchnahme bezieht sich auf die tatsächliche Nachfrage von prinzipiell zugänglichen Leistungen der Gesundheitsversorgung. Es ist bekannt, dass Menschen selbst bei einem freien Zugang das Versorgungssystem sehr unterschiedlich in Anspruch nehmen. Personen, die sich in prekären Lebenslagen befinden, scheinen bestehende und größtenteils kostenfreie Angebote teilweise nicht in vollem Umfang zu nutzen. Dies ist beispielweise für kinderärztliche Untersuchungen, Krebsvorsorgeuntersuchungen oder bestimmte Impfungen beobachtet worden⁹. Diese Beispiele legen nahe, dass insbesondere im Bereich der präventiven Leistungen Defizite in der Inanspruchnahme bestehen. Weniger ausgeprägt scheinen die Unterschiede hingegen in der ambulanten und stationären Versorgung zu sein. Die Ursachen des o.a. Inanspruchnahmeverhaltens sind wiederum sehr vielfältig. Ein wichtiger Faktor scheint der Mangel an zielgruppenspezifischen Informationen über bestehende Angebote zu sein. Zudem entsprechen offenbar manche Angebote nicht ausreichend den speziellen Bedürfnissen von Menschen in prekären Lebenslagen (z.B. bezüglich der Kommunikationsformen).

Die Wirksamkeit der Versorgung kann ebenfalls aus mehreren Gründen eingeschränkt sein. So wirken Therapien nicht immer uniform, sondern hängen in ihrem Ergebnis sowohl vom Umsetzungswillen und der Umsetzungsfähigkeit der Therapeutinnen und Therapeuten bzw. Patientinnen und Patienten, als auch von äußeren Bedingungen ab. Beispielsweise sind langfristige komplexe Therapien von chronischen Krankheiten bei Menschen ohne festen Wohnsitz in manchen Fällen nur eingeschränkt umsetzbar, etwa weil die Lebensbedingungen eine kontinuierliche Durchführung der Therapie nicht zulassen oder weil Suchtprobleme den Patientinnen und Patienten die Mitarbeit erschweren. Ein weiteres Beispiel ist die Schwierigkeit, dass Menschen, die die deutsche Sprache nicht oder nur eingeschränkt sprechen, Therapieanweisungen nicht richtig verstehen oder in Diagnosegesprächen nicht in der Lage sind, vollständige Angaben zu machen.

Diese Beispiele verdeutlichen, dass Defizite in der Versorgung von Menschen in prekären Lebenslagen in verschiedenen Bereichen auftreten, verschiedene Ursachen haben und je nach Personengruppe stark variieren. So sind z.B. die Probleme von erwerbslosen Men-

⁹ Tiesmeyer K, Brause M, Lierse M, Nülle ML, Hehlmann T (Hg.) (2008) Der blinde Fleck, Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung. Bern. Hans Huber.

schen sicher andere als die von Personen, die von Altersarmut betroffen sind. Dies gilt selbstverständlich auch innerhalb der unterschiedlichen Zielgruppen (z.B. sind die Bedarfe einer alleinerziehenden Mutter anders als eines erwerbslosen Mannes). Insofern sind die vorangegangenen Ausführungen nur als ein allgemeines Schema der Defizitanalyse zu verstehen. Im Einzelnen ist es nötig, die Bedarfslage und Defizite zielgruppengenau genau zu analysieren sowie lokale Gegebenheiten zu berücksichtigen, um dann auf dieser Basis passende Lösungen für die jeweilige Gruppe von Menschen in prekären Lebenslagen und den jeweiligen Versorgungsbereich zu finden. Beispielsweise müssen Angebote für die ambulante Versorgung von Menschen, die sich ohne legalen Aufenthaltsstatus in NRW aufhalten, anders gestaltet sein, als Lösungen für Menschen mit Behinderungen, die im Sozialversicherungssystem abgesichert sind.

Aufgrund dieser Heterogenität fokussiert sich die LGK neben den übergeordneten Aspekten in Anlehnung an den Sozialbericht NRW (2012) auf vier Gruppen von Menschen in prekären Lebenslagen:

1. Erwerbslose Menschen
2. Menschen mit Behinderungen
3. Von Wohnungslosigkeit betroffene Menschen
4. Menschen mit Migrationsgeschichte ohne gesicherten oder geklärten Zugang zum Regelsystem

Diese Gruppen wurden ausgewählt, weil sie beispielhaft für spezifische Problemlagen stehen und mit verschiedenen Graden von prekären Verhältnissen konfrontiert sind. Diese Eingrenzung erlaubt es, trotz des notwendigerweise begrenzten Umfangs dieser EntschlieÙung die zugrunde liegenden Problemlagen anhand von konkreten Beispielen zu betrachten sowie konkrete Handlungsempfehlungen aussprechen zu können. Nichtsdestotrotz sind verschiedene Aussagen und Empfehlungen auch auf andere Gruppen von Menschen in prekären Lebenslagen übertragbar. Im Folgenden wird im Anschluss an übergeordnete Empfehlungen die soziale, ökonomische und gesundheitliche Lage der exemplarisch ausgewählten Gruppen ausführlicher beschrieben.

4. Umsetzungsempfehlungen

4.1 Unterschiedliche Versorgungsbedarfe erkennen, berücksichtigen und erfüllen

Menschen in prekären Lebenslagen haben einen erhöhten Bedarf an medizinischer Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention. Da soziale, ökonomische und

gesundheitliche Probleme gemeinsam auftreten und sich gegenseitig verstärken, sind einfache Lösungen häufig nur schwer zu finden. Die Landesgesundheitskonferenz sieht das Thema daher als ein wichtiges Querschnittsthema aller Versorgungsbereiche an und wird andere Politikfelder (insbesondere die Arbeitsmarkt-, Integrations- und Sozialpolitik) einbeziehen. Geeignete Maßnahmen zur Verstetigung sind zu treffen.

Begründung

Angesichts der sozialen, materiellen und psychosozialen Determinanten von Gesundheit und Krankheit reicht es nicht aus, allein die medizinische Versorgung für Menschen in prekären Lebensverhältnissen zu verbessern. Dennoch stellt dies einen wichtigen Schritt dar, um der negativen Spirale der gegenseitigen Beeinflussung von prekären Lebenslagen und Gesundheitsproblemen entgegen zu wirken.

Um dieses Ziel zu erreichen, muss die Angebotsstruktur sowohl im Bereich der Regelversorgung als auch in der Gesundheitsförderung und Prävention die speziellen Bedürfnisse und Problemlagen der jeweiligen Zielgruppe so genau wie möglich berücksichtigen. In der Defizitanalyse wurde dargelegt, dass der erhöhte Bedarf nach gesundheitlicher Versorgung, der sich aus einer höheren Krankheitslast bei Menschen in prekären Lebenslagen ergibt, nur mit besonderen Anstrengungen erfüllt werden kann. Zum einen sind die verschiedenen Gruppen sehr unterschiedlich in Hinblick auf ihre soziale Struktur, ihre spezifischen Probleme und Lebenswelten. Zum anderen gibt es starke lokale Unterschiede in den Versorgungs- und Hilfestrukturen. Deshalb ist eine übergreifende Strategie für eine verbesserte Versorgung von Menschen in prekären Lebenslagen erforderlich. Zugleich müssen aber lokale sowie zielgruppenspezifische Lösungen entwickelt werden. Dazu werden haltbare Strukturen und Netzwerke benötigt, die in der Lage sind, langfristige Verbesserungen in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen in schwierigen Lebenslagen zu planen und umzusetzen.

Die Versorgung von Menschen in prekären Lebenslagen greift derzeit in besonderer Weise auf die komplementären Hilfeangebote von Selbsthilfe und ehrenamtliches Engagement zurück. Selbsthilfe und Ehrenamt spielen auch deshalb eine wichtige Rolle, da sie neben dem authentischen Aufgreifen der gesundheitsspezifischen Problematik auch die soziale Teilhabe, das Empowerment und die soziale Inklusion stärken. Damit unterstützen sie die Wirkung der Maßnahmen mit gesundheitlichem Fokus.

Da es sich bei den Bedarfslagen von Menschen in prekären Lebenslagen um komplexe Problemfelder handelt, die von unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren für ihre jeweili-

gen Zuständigkeitsbereiche aufgegriffen werden, stellen Netzwerkbildung und Verzahnung der Angebotsstrukturen weitere wichtige Aspekte dar, um die Transparenz zu steigern, von Synergieeffekten zu profitieren und bei einer interdisziplinären Ausrichtung von der Expertise der anderen beteiligten Akteurinnen und Akteure zu lernen. In NRW existieren bereits zahlreiche lokale Netzwerke und Versorgungsstrukturen für einzelne Gruppen von Menschen in prekären Lebenslagen (z.B. „Beratungsstellen-Wegweiser Düsseldorf 2014 - Der Beste Weg“). Sie können als good practice-Beispiele dienen, soweit derartige Netzwerke noch nicht vorhanden bzw. im Aufbau sind. Vor diesem Hintergrund zielt diese Entschließung darauf ab, die Zusammenarbeit der maßgeblichen Beteiligten anzuregen und zu verstetigen. Die Verbesserung der Versorgung von Menschen in prekären Lebenslagen soll so zu einem Querschnittsthema werden, um zu nachhaltigen Lösungen zu kommen. In Anlehnung an den Public Health Action-Zyklus¹⁰ werden Empfehlungen für die Bereiche Berichterstattung, Maßnahmenentwicklung und Evaluation ausgesprochen.

Umsetzungsempfehlungen

Die LGK vereinbart:

- Die LGK empfiehlt, die Sozial- und Gesundheitsberichterstattung zu verknüpfen und dies dauerhaft in die Statistiken des Landes und der Kommunen zu implementieren. Das MGEPA wird die Gesundheitsberichterstattung im Hinblick auf die Indikatoren zur sozialen Lage weiterentwickeln.
- Präventive Maßnahmen und Programme zur Gesundheitsförderung werden auf ihre Zielgruppengerechtigkeit hin überprüft. Insbesondere müssen rein verhaltensbezogene Maßnahmen (Aufklärung, Komm-Strukturen) bei Menschen mit multiplen sozialen, ökonomischen und gesundheitlichen Problemen modifiziert und durch Verhältnisprävention ergänzt werden. Die Präventionsträger werden entsprechende Überprüfungen für ihre Versorgungsbereiche vornehmen, damit Barrieren abgebaut und tragfähigere zielgruppenorientierte Strategien entwickelt werden können.
- Vorgehensweisen, die sich in der Praxis bewährt haben, sollten in spezifischen Leitfäden für die einzelnen Versorgungsbereiche niedergelegt werden, um solche good practice-Ansätze in der Breite wirksam werden zu lassen. Die verantwortlichen Akteurinnen und Akteure entwickeln dazu im Rahmen ihrer Zuständigkeiten geeignete Kommunikationsstrategien.

¹⁰ Ruckstuhl B, Somaini B, Twisselmann W (1997) Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten: der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin. [Online im Internet] http://www.quintessenz.ch/de/files/Foerderung_der_Qualitaet.pdf [Stand: 30.09.2014].

- Die Mitglieder der LGK tragen dazu bei, dass die Strukturen der Förderangebote für Menschen in prekären Lebenslagen so transparent wie möglich gestaltet werden. Dies kann beispielsweise in Form eines internetbasierten Wegweisers erfolgen, der die jeweiligen regionalen Angebote kurz beschreibt und Ansprechpartnerinnen und -partner für spezifische Probleme benennt. Die Kommunikation muss zielgruppengerecht sein und soll sich sowohl an einzelne Akteurinnen und Akteure des Versorgungssystems als auch an die Ratsuchenden selbst richten.
- Die LGK setzt sich dafür ein, dass die Organisationen der gesundheitlichen Selbsthilfe und der Patientenvertretungen bei der Bedarfsermittlung, Planung, Umsetzung oder Bewertung der gesundheitlichen Angebote und Leistungen mit einbezogen werden. Falls möglich, sollten Multiplikatoren systematisch in die Arbeit eingebunden werden (z.B. Gesundheitslotsen für Menschen mit Migrationsgeschichte).
- Die LGK setzt sich für den Aufbau und die Weiterentwicklung übergreifender Vernetzungen und Kooperationen ein, wie z.B. mit der Beratungsinfrastruktur für von Gewalt betroffenen Frauen, Schwangerschaftsberatungsstellen, Behindertenbeauftragte und Gleichstellungsbeauftragte.
- Die LGK wird die Versorgung von Menschen in prekären Lebenslagen regelhaft als ein Querschnittsthema in zukünftigen Entschlüssen berücksichtigen. So soll erreicht werden, dass in spezifischen Versorgungsbereichen Defizite besser erkannt und passgenauere Lösungen entwickelt werden können.

4.2 Gesundheitsförderung und Prävention bei Erwerbslosen weiterentwickeln

Der Zugang zu Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention für erwerbslose Menschen wird verbessert. Gesundheitliche Belastungen von erwerbslosen Menschen sind nicht zuletzt im Interesse einer beruflichen Wiedereingliederung durch zielgruppenspezifische Interventionen zu verringern. Modellhaft erprobte Ansätze bieten gute Anknüpfungspunkte für Vernetzung und Wissenstransfer in NRW.

Begründung

Vorbemerkung

In Deutschland wird anders als im internationalen Vergleich zwischen Erwerbslosigkeit und Arbeitslosigkeit unterschieden. Über Arbeitslosigkeit und Gesundheit liegen mehr und differenziertere Projekte und Daten vor als über Erwerbslosigkeit und Gesundheit, so dass sich die im Folgenden dargestellten Beispiele auf den Bereich Arbeitslosigkeit beziehen. Da die

Bemühungen der LGK jedoch beide Personengruppen einschließen, beziehen sich weitergehende Ausführungen auf die größere Gruppe der Erwerbslosen.

Im Jahr 2013 waren in Nordrhein-Westfalen 762.756 Personen arbeitslos gemeldet. Die durchschnittliche Arbeitslosenquote lag bei 8,3 Prozent. Im Bundesdurchschnitt ist etwa ein Drittel der arbeitslosen Personen länger als ein Jahr arbeitslos. In NRW waren im Juli 2014 mehr als 330.000 Personen dauerhaft arbeitslos (langzeitarbeitslos). Mit 43,3 % lag der Anteil der Langzeitarbeitslosen gem. § 18 SGB III an allen Arbeitslosen im Juli 2014 in NRW über dem Bundesdurchschnitt.

Der enge Zusammenhang zwischen Erwerbslosigkeit und schlechter Gesundheit ist seit langem belegt und wird in Forschung und Praxis immer wieder bestätigt. Alle verfügbaren Datenquellen sprechen hier eine eindeutige Sprache, seien es die jährlichen Erhebungen der Krankenkassen zu Klinikaufhalten oder Krankenständen, die Ergebnisse des RKI-Gesundheitssurveys, die Erhebungen der Bundesagentur für Arbeit oder die Daten des sozio-ökonomischen Panels des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW): Arbeitslose Menschen sind von vielen Krankheiten stärker betroffen als erwerbstätige Personen. Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen stehen dabei an der Spitze, gefolgt von Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und Erkrankungen des Nervensystems. Aber auch bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bösartigen Neubildungen (Krebserkrankungen) weisen Arbeitslose höhere Raten auf als Erwerbstätige. Dies gilt gleichermaßen für Frauen wie für Männer.

Auch zwischen Erwerbslosigkeit und allgemeiner Lebenserwartung gibt es eine deutliche und seit Jahren konstante Korrelation. So weisen NRW-Kommunen mit hoher Erwerbslosigkeit in der Tendenz eine im Durchschnitt niedrigere Lebenserwartung auf – und umgekehrt. Auch dies gilt wieder für Frauen und Männer.

Verschärfend kommt hinzu, dass schlechte Gesundheit und Erwerbslosigkeit sich offenbar gegenseitig bedingen und verstärken: Während gesundheitliche Defizite, chronische Erkrankung und Behinderung das Risiko einer Erwerbslosigkeit erhöhen und bei bereits Erwerbslosen die (Wieder-)Beschäftigungschancen mindern, verschlechtert sich umgekehrt häufig der gesundheitliche Zustand in Folge einer Erwerbslosigkeit. So verbinden sich Erwerbslosigkeit und schlechte Gesundheit zu einer Spirale, die mit zunehmender Dauer immer schwerer zu durchbrechen ist. Eine Belastung für die Gesundheit besteht nicht nur bei den unmittelbar Betroffenen, sondern kann sich auch bei Familienmitgliedern und hier insbesondere bei Kindern und Jugendlichen auswirken. Zudem kann sich die gesundheitliche Problematik weiter verschärfen, wenn neben der Erwerbslosigkeit weitere belastende Faktoren hinzukommen

wie sie z.B. bei Alleinerziehenden zu finden sind. Langzeitarbeitslose weisen noch weiter gesteigerte gesundheitliche Einschränkungen auf, so dass ein Wiedereintritt in das Erwerbsleben mit länger andauernder Arbeitslosigkeit immer schwieriger wird. Im Umkehrschluss ist also davon auszugehen, dass eine Verbesserung der Gesundheit von Menschen in Erwerbslosigkeit auch ihre Beschäftigungschancen erhöht.

Festzuhalten ist also zunächst ein erhöhter Bedarf an gesundheitlicher Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention. Da arbeitslos gemeldete Menschen gesetzlich krankenversichert sind, haben sie prinzipiell Zugang zur Regelversorgung. Dennoch ist zu beobachten, dass den besonderen Risiken (insb. die Verschränkung sozialer, ökonomischer und gesundheitlicher Probleme) in den bestehenden Strukturen nicht immer angemessen Rechnung getragen wird. Dies gilt insbesondere für Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention, die, um erfolgreich zu sein, in die Lebenswelt der Zielgruppe eingebunden sein müssen. In den Hilfe-, Betreuungs- und Qualifizierungsstrukturen für erwerbslose Menschen spielt Gesundheit jedoch oft nur eine untergeordnete Rolle. So werden gesundheitliche Defizite häufig nicht oder zu spät erkannt. Die Vernetzung mit dem Gesundheitssystem – und damit das Wissen über die entsprechenden Strukturen – ist nicht immer in ausreichendem Maße vorhanden; die Berücksichtigung von Elementen der Gesundheitsförderung im Rahmen von Qualifizierungs- und Weiterbildungsangeboten für Arbeitslose steht zudem noch am Anfang. Hinzu kommt, dass Menschen, die lange Zeit erwerbslos sind, die bestehenden Versorgungs- und Präventionsangebote anders nutzen als erwerbstätige Menschen (s.o).

Vor diesem Hintergrund bieten sich die folgenden Interventionsfelder zur Reduzierung der gesundheitlichen Defizite und zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von erwerbslosen Menschen in besonderem Maße an: eine verbesserte Vernetzung und ein optimiertes Schnittstellenmanagement von Arbeitsförderung und Gesundheitswesen, wie sie auch in der „Empfehlung zur Zusammenarbeit zwischen Bundesagentur für Arbeit und der Gesetzlichen Krankenversicherung zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ vereinbart wurde, die Integration von gesundheitsbezogenen Inhalten in Qualifizierungsmaßnahmen für Arbeitslose, die verbesserte Zugänglichkeit von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung für arbeitslose Menschen und die Öffnung etablierter kommunaler Kooperations- und Koordinationsstrukturen des Gesundheitswesens für Partner aus dem Bereich der Arbeitsförderung.

In Modellprojekten in und außerhalb NRW wurden (und werden derzeit) praktische Ansätze erprobt, die an unterschiedlichen Punkten dieses Spektrums ansetzen. Dabei wurden zahlreiche Impulse generiert, die sich grundsätzlich auch für eine Übertragung bzw. erweiterte Erprobung in NRW anbieten:

- Über spezifische motivierende Maßnahmen (z.B. „motivational interviews“, inhaltliche Beratung) werden Arbeitslose motiviert, Angebote der Krankenkassen zu Prävention und Gesundheitsförderung verstärkt in Anspruch zu nehmen. Dazu gehören auch auf die Zielgruppe zugeschnittene Angebote bei spezialisierten Qualifizierungsträgern. Die Krankenkassen erleichtern den Zugang zu den Angeboten z.B. durch den Verzicht auf Vorauszahlungen durch die Arbeitslosen und u.U. durch Ausfallgarantien gegenüber den Maßnahmenträgern (z.B. Kooperationsprojekt zwischen dem Trägerverein „Zug um Zug e.V. und den Krankenkassen – AOK Rheinland/Hamburg, BAR-MER GEK, BKK Landesverband NORDWEST, IKK classic – in Köln Nippes, Modellprojekt der Bundesagentur für Arbeit und GKV zur „Verbesserung von Gesundheitsorientierung und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosigkeit“ mit dem Jobcenter Unna). Aufbauend u.a. auf dem Kursangebot „Job fit“ und dessen Variationen beginnt 2015 ein Modellprojekt der gesetzlichen Krankenkassen und der Bundesagentur für Arbeit zur Gesundheitsorientierung und Gesundheitsförderung von arbeitslosen Menschen, das vom Jobcenter im Kreis Unna erprobt wird.
- Der gegenseitige Wissensaustausch vor Ort über vorhandene Strukturen, Arbeitsabläufe und Zielgruppenbezüge muss gefördert werden. Durch die Etablierung fester Kommunikationsstrukturen zwischen Arbeitsförderung und Gesundheitswesen, die Verständigung über besondere Handlungsbedarfe und gemeinsame Ziele werden die Möglichkeiten zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von arbeitslosen Menschen sondiert und Zugänge zu Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung vor Ort erleichtert (Modellprojekte zum Schnittstellenmanagement zwischen Arbeitsförderung und Gesundheitswesen in Duisburg und Hagen).
- Mit den kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) steht in NRW flächendeckend ein Instrument zur Verfügung, in dem die wesentlich Verantwortung tragenden Einrichtungen des lokalen Gesundheitswesens zusammengeführt sind. Die KGKs bieten sich vor diesem Hintergrund als Plattform für die Kontaktfindung und Vernetzung zwischen Arbeitsförderung und Gesundheitswesen in besonderer Weise an. So wird etwa über die in einzelnen Kommunen bestehende themenspezifische Arbeitsgruppe „Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ unter Einbeziehung der lokalen Arbeitsförderung eine erste Grundlage für inhaltliche Sondierungen und gemeinsame Zielabsprachen bei arbeitsteiligem Vorgehen geschaffen (z.B. Arbeitsansatz KGK und Jobcenter Essen).
- Auch der direkte Kontakt und die Zusammenarbeit zwischen Arbeitsförderung und einzelnen Institutionen des Gesundheitswesens ist schon erfolgreich realisiert worden. Feste Partnerschaften in diesem Sinne können dazu beitragen, dass spezifische

gesundheitliche Probleme von arbeitslosen Menschen einer schnellen und fundierten Lösung zugeführt werden (z.B. Modellprojekt Support 25, Essen).

- Über ein gesundheitsbezogenes Fall-Management sollen die Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitslosen verbessert werden. Dabei geht es auch um die Brückenbildung ins lokale Gesundheitswesen und um die Veranlassung der nötigen Inanspruchnahme medizinischer, psychotherapeutischer oder rehabilitativer Behandlung (z.B. Modellprojekt AmigA, Brandenburg).

Zu ausgewählten Ansätzen (z.B. JobFit und AmigA) liegen wissenschaftliche Evaluationen vor, die die Wirksamkeit dieser Ansätze im Grundsatz belegen. Die Ergebnisse sind hier allerdings in Teilen noch nicht gesichert bzw. basieren auf zu kleinen Fallzahlen. Insbesondere der Zusammenhang zwischen einer besseren Gesundheit und verbesserten Chancen auf dem Arbeitsmarkt bedarf noch einer differenzierten wissenschaftlichen Untersuchung und Validierung.

Umsetzungsempfehlungen

Die LGK vereinbart:

- Die Institutionen der Gesundheitsversorgung, Leistungserbringer und Kostenträger, aber auch Wohlfahrtsverbände, Patientenvertretungen und Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention widmen den gesundheitlichen Anliegen von erwerbslosen Menschen stärkere Aufmerksamkeit.
 - Insbesondere werden vorhandene Strukturen und Angebote auf die Zugänglichkeit für erwerbslose Zielgruppen überprüft, Möglichkeiten zu deren Partizipation und Maßnahmen für bessere Bekanntheit und leichtere Nutzbarkeit ergriffen.
 - Ebenso werden Möglichkeiten der besseren Vernetzung und Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Arbeitsförderungen sondiert und erste Schritte zur Kontaktfindung und Kooperation eingeleitet.
- Die Krankenkassen setzen sich für einen niedrighschwelligen Zugang zu Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention für erwerbslose Menschen ein. Dazu kann auch der Verzicht auf die Vorfinanzierung, z.B. von Gesundheitskursen, durch Erwerbslose gehören oder die Übernahme von Ausfallgarantien im Rahmen von Vereinbarungen mit Maßnahmenträgern.
- Dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) kommt – nicht zuletzt über die Geschäftsstellenleitung der KGK – eine besondere Rolle bei der lokalen Vernetzung von Arbeitsförderung und Gesundheitswesen zu. Der ÖGD prüft seine Moderationsmöglichkeiten bezüglich der Optimierung des Schnittstellenmanagements sowie perspek-

tivisch eine gemeinsame Zielfindung und Maßnahmenplanung sowie dessen inhaltliche und organisatorische Begleitung. Die Möglichkeit, die KGK hierfür als Plattform und institutionelle Basis zu nutzen, wird ebenfalls geprüft (vgl. Kap. 4.6).

- Die LGK ermutigt Universitäten, wissenschaftliche Einrichtungen und Forschungsinstitute, sich verstärkt dem Thema „Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen“ zu widmen. Dies kann die Entwicklung zielgruppenspezifischer Maßnahmen, die Begleitung und Evaluation lokaler modellhafter Ansätze und die Untersuchung bestehender Ansätze auf Praktikabilität, Wirksamkeit und Übertragbarkeit betreffen. Von besonderem Interesse ist dabei die Untersuchung der möglichen Zusammenhänge zwischen einer verbesserten Gesundheit und einer Verbesserung der allgemeinen Beschäftigungsfähigkeit bzw. (langfristig) höheren Vermittlungsquoten. Die Landesregierung wird solche Forschungsvorhaben im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten unterstützen.
- Die LGK bittet die Bundesregierung, insbesondere vor dem Hintergrund der überdurchschnittlichen Krankheitslast von Menschen, die von Erwerbslosigkeit und Arbeitslosigkeit betroffen sind, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, die dazu beitragen, diese Krankheitslast zu reduzieren.
- Die LGK bittet die Bundesregierung, zeitnah einen Prüfauftrag an den wissenschaftlichen Beirat des Bundesversicherungsamtes zu vergeben, um zu untersuchen, in welchem Ausmaß unterschiedliche Anteile von Arbeitslosen und Erwerbslosen in der Versichertenstruktur zwischen den Krankenkassen zu Verzerrungen im Morbi-RSA und im Wettbewerb führen.

Die LGK wird in diesem Sinne den gesamtgesellschaftlichen Nutzen einer verbesserten Gesundheit von erwerbslosen Menschen aufzeigen und durch praktische Erfahrung und wissenschaftliche Evidenz gleichermaßen belegen. Ziel ist, durch verbesserte Vernetzung, Findung von Synergien und arbeitsteilige Kooperation eine win-win-Situation für Arbeitsförderung und Gesundheitssystem zu erzeugen und die Zusammenarbeit zwischen diesen beiden Bereichen auf eine solide und dauerhafte, von gegenseitigem Nutzen geprägte Basis zu stellen.

4.3 Gesundheit von Menschen mit Behinderungen verbessern

Menschen mit Behinderungen sind nicht automatisch Menschen in prekären Lebenslagen, aber Behinderung und chronische Krankheit können die soziale und ökonomische Teilhabe erheblich einschränken. Die LGK führt daher ihre Initiativen zum Abbau

von Defiziten in der Versorgung fort, um so einen Beitrag zur Verbesserung der sozialen Lage zu leisten.

Begründung

Für Ende 2013 weist der Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW 28.April 2014) 1.771.900 Menschen als amtlich schwerbehindert aus; dies entspricht, bezogen auf die Bevölkerung in NRW (Stichtag 30. Juni 2013), einem Anteil von 10,1 Prozent. Von diesen waren 897.600 Männer und 874.300 Frauen. Laut Gender Datenreport¹¹ sind zwar von allen Menschen mit Behinderungen (nur) 4,7 Prozent in Deutschland von Geburt an behindert. Mit zunehmendem Lebensalter erhöht sich aber der statistische Anteil von Menschen mit Behinderungen an der Gesamtbevölkerung (z.B. durch Unfälle, Erkrankungen). So nehmen erst ab einem Alter zwischen 45 und 55 Jahren Schwerbehinderungen zu. Entsprechend liegt der Anteil der über 65-jährigen Personen an allen Personen mit Schwerbehinderung bei 55 Prozent.

Menschen mit Behinderungen müssen – so Artikel 25 der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) – die medizinische Versorgung erhalten, die sie aufgrund ihrer Behinderung zusätzlich benötigen. Dabei kann die Komplexität der Versorgungsbedarfe im Laufe eines Lebens zunehmen, wenn Behinderung zu chronischer Krankheit führt und/oder Pflegebedürftigkeit eintritt. Menschen mit Behinderungen gehören nicht automatisch zu den Menschen in prekären Lebenslagen, aber Behinderung und chronische Krankheit können die soziale Teilhabe erheblich einschränken, weil das gegenwärtige System der Gesundheitsversorgung in Deutschland noch erhebliche Zugangsbarrieren aufweist.

Die jahrzehntelange Trennung von behinderten und nicht behinderten Menschen in allen Bereichen der Gesellschaft zeigt auch hier ihre Wirkung. Neben den architektonischen Barrieren sind vor allem soziale Barrieren für die Ausgrenzung von Menschen mit Behinderung verantwortlich. Um einer bedarfsgerechten, qualifizierten Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen gerecht zu werden, muss neben einer stärker zu berücksichtigenden Einbindung von spezialisierten Inhalten in medizinischen Leitlinien die Verfügbarkeit der hierfür erforderlichen Expertise in den jeweiligen medizinischen Einrichtungen erhöht werden. Insbesondere für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung enthält das gegenwärtige System der Gesundheitsversorgung in Deutschland noch erhebliche Zugangsbarrieren, die sowohl organisatorisch-struktureller als auch fachlich-medizinischer Natur sind.

Die LGK verweist insoweit auf ihre Entschließung aus dem Jahre 2013.

¹¹ Cornelißen W (2005) (Hg.) Gender-Datenreport -1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland, im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin.

Umsetzungsempfehlungen:

Die LGK bekräftigt ihre in der 22. Entschließung vereinbarten Handlungsempfehlungen. Als vordringlich sieht sie folgende Punkte an:

- Die komplexen Bedarfslagen von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen und die damit zum Teil verbundenen Unwägbarkeiten der gesundheitlichen Entwicklung erfordern ein flexibles System der Gesundheitsversorgung. Die umfassende barrierefreie Zugänglichkeit zu Arztpraxen, Krankenhäusern und Apotheken in NRW bleibt wesentliches Ziel aller Verantwortlichen des Gesundheitswesens. Die Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen stellen auf der Basis der UN-BRK vermehrt barrierefreie Informationsmaterialien (in Groß- oder Blindenschrift, Audioversionen, Informationen in leichter Sprache, taktile Leitsysteme, Einsetzen von Gebärdendolmetschern etc.) zur Verfügung.
- Eine verbesserte Arzt-Patientenkommunikation erhöht die Chancen für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung. Die für die berufliche Weiter- und Fortbildung zuständigen Institutionen greifen die Qualifizierung der Berufsangehörigen für eine hochwertige und spezialisierte präventive, kurative und rehabilitationsmedizinische Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen als eigenständiges Handlungsfeld auf. Dabei werden gender- und kulturspezifische Aspekte berücksichtigt.
- Die zunehmende Anzahl von älteren behinderten und chronisch kranken Menschen erfordert einen flächendeckenden Zugang zu einer qualifizierten geriatrischen Versorgung in allen Sektoren des Gesundheitswesens. Die Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen setzen sich dafür ein, dass entsprechende Versorgungsnetzwerke gezielt weiter ausgebaut werden.
- Die Institutionen des Gesundheitswesens und die Organisationen von Menschen mit Behinderungen verabreden geeignete Formen der Zusammenarbeit, die den Selbsthilfe-/Patientenorganisationen eine Mitwirkung ermöglicht (vgl. 4.1). Es werden im bestehenden System übergreifende regionale Netzwerke mit anerkannter Kompetenz etabliert, die insbesondere in Abstimmung mit den Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung und deren Betreuerinnen und Betreuern nach Lösungen besonderer Probleme suchen und die Zugänge in weiterführende und spezialisierte Behandlungsorte ermöglichen bzw. erleichtern. Neben den Institutionen des Gesundheitswesens und den Organisationen von Menschen mit Behinderungen sind Selbsthilfe-/Patientenorganisationen an der Netzwerkbildung beteiligt.

4.4 Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen ausbauen

Die nachhaltige Verbesserung der medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen bleibt ein wichtiges Ziel der Verantwortlichen im Gesundheitswesen. Das in NRW konsentrierte Umsetzungskonzept zur Finanzierung und Versorgung wohnungsloser Menschen wird bedarfsgerecht weiterentwickelt und umgesetzt.

Begründung

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. bezeichnet als von Wohnungslosigkeit Betroffene jene Personen, „die ohne eigene mietrechtlich abgesicherte Wohnung (oder Wohneigentum)¹² (BAGW 2011: 1f.) sind. Hierzu zählen sowohl Menschen, die institutionell untergebracht sind, beispielsweise in sozialen Einrichtungen, als auch jene, die ohne Unterkunft oder in Not- bzw. Behelfsunterkünften leben¹³. Auch für die von Wohnungslosigkeit betroffenen Menschen gilt das Problem der statistischen Erfassung. So beschränkt sich die Datenlage auf jene Personen, die im Rahmen von Wohnungsnotfallhilfen institutionell untergebracht sind oder über Beratungsstellen erfasst werden konnten. In 2013 wurden in NRW insgesamt 19.823 Personen, die von Wohnungslosigkeit betroffen sind, gezählt (Stichtag 30. Juni). Davon waren 10.843 Personen behördlich untergebracht und 8.980 Personen wurden von den freien Trägern der Wohnungslosenhilfe als wohnungslos gemeldet¹⁴. Von Wohnungslosigkeit betroffen sind überwiegend Männer. Allerdings ist ein Anstieg des Frauenanteils zu beobachten. Dieser wird auf 19 bis 25 Prozent geschätzt^{15; 16}.

Wohnungslose Menschen sind aufgrund von häufig bestehenden Vorerkrankungen und ihren teilweise extremen Lebensbedingungen in besonderer Weise gesundheitlich belastet. Zu den besonderen Problemen zählen u.a. klimabedingte jahreszeitliche Belastungen, Gewalterfahrungen oder hygienische Bedingungen. Darüber hinaus bestehen gesundheitliche Risiken durch Sucht, falsche Ernährung und durch spezifische psychische Belastungen wie Ängste, Isolation/Einsamkeit und Diskriminierungserfahrung.

Wohnungslose sind häufiger von Unfällen und Verletzungen, Verschleißerkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates und schweren (inneren) Erkrankungen der Atemwege, des

¹² Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2011) Wohnungsnotfalldefinition der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. Positionspapier 10. Berlin; Online:

http://www.bagw.de/media/doc/POS_10_BAGW_Wohnungsnotfalldefinition.pdf (Stand: 30.09.2014).

¹³ Ebd.

¹⁴ Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2012) Sozialbericht 2012. Armuts- und Reichtumsbericht. [Online im Internet]

http://www.mags.nrw.de/sozber/sozialberichterstattung_nrw/aktuelle_berichte/SB2012.pdf [Stand: 30.09.2014].

¹⁵ Rheinland-Pfalz (2011) Armut und Reichtum in Rheinland-Pfalz. Armuts- und Reichtumsbericht der Landesregierung 2009/2010.

¹⁶ Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (o.A.) Umfang der Wohnungsnotfälle 2008-2012. [Online im Internet]: http://www.bagw.de/de/themen/zahl_der_wohnungslosen/index.html [Stand: 30.09.2014].

Verdauungstraktes, des Herz-Kreislaufsystems und von schlechter Zahngesundheit betroffen^{17;18; 19}. Zwei von drei Wohnungslosen, die Hilfen aufsuchen, sind mehrfach chronisch krank²⁰.

Geschlechterspezifische Risiken können für wohnungslose Frauen identifiziert werden. So werden Frauen durch aktuelle Angebote der Wohnungslosenhilfe kaum erreicht. Insbesondere Notunterkünfte werden häufig durch männliche Wohnungslose dominiert²¹. Im Bestreben nach einem gesicherten Schlafplatz gehen wohnungslose Frauen häufig soziale Beziehungen ein, aus denen Abhängigkeitsverhältnisse resultieren, die oftmals von sexueller Gewalt, Angst und Stressbelastungen geprägt sind.

Der Zugang zur medizinischen Versorgung ist für Wohnungslose eingeschränkt, da ihre Lebensverhältnisse und das bestehende System der gesundheitlichen Versorgung nicht miteinander "kompatibel" sind²². Insbesondere Ängste vor Institutionalisierung oder Stigmatisierung, aber auch Schamgefühl erschweren die Inanspruchnahme sowohl ehrenamtlicher als auch regulärer Versorgungsangebote. Eine Untersuchung der medizinischen Versorgungsangebote in NRW zeigt, dass durch den Aufbau alternativer, zielgruppenspezifischer Angebote keine Parallelversorgungsstrukturen errichtet werden. Im Gegenteil: 90 Prozent der Wohnungslosen, die durch spezialisierte medizinische Versorgungsangebote und aufsuchende Hilfen erreicht werden konnten, befanden sich zuvor nicht in primärärztlicher Behandlung²³. Weitere wichtige Hürden liegen in der zum Teil fehlenden Krankenversicherung, im fehlenden Krankenversicherungsnachweis oder in erforderlichen Zuzahlungen²⁴.

Die Kumulation armutsbedingter Gesundheitsrisiken hat bereits die 10. Landesgesundheitskonferenz im Jahr 2001 festgestellt und sich vor dem Hintergrund der UN-Menschenrechtscharta und dem verfassungsrechtlichen Anspruch auf körperliche Unver-

¹⁷ Stößel U, Locher G (1991). Gesundheit und Krankheit bei alleinstehenden wohnungslosen Männern. Eine Sekundäranalyse von Daten einer diakonischen Einrichtung in der Bundesrepublik Deutschland. Sozial- und Präventivmedizin, 36, 6: 327-332.

¹⁸ Trabert G (2000) Obdachlosenmedizin sozialmedizinische Aspekte, in: Gostomyk, I. (Hg.): Loseblattsammlung, Angewandte Sozialmedizin, Handbuch für Weiterbildung und Praxis. Landsberg/Lech, Verlag ecomed.

¹⁹ Kunstmann W et al. (2009) Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen. Evaluation des Umsetzungskonzeptes. Abschlussbericht. Münster; [Online im Internet] www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/gesundheit/Evaluationsbericht.pdf [Stand: 30.09.2014].

²⁰ Kunstmann W et al. (2009) Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen. Evaluation des Umsetzungskonzeptes. Abschlussbericht. Münster [Online im Internet] www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/gesundheit/Evaluationsbericht.pdf [Stand: 30.09.2014].

²¹ Sellach B (2005) Wohnungslose Frauen in Nordrhein-Westfalen – Anforderungen an ein geschlechtergerechtes Hilfesystem. In: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) Neue Wege bei Wohnungsnot und Obdachlosigkeit von Frauen Nordrhein-Westfälische Initiativen und Europäische Perspektiven. Düsseldorf. 23-33.

²² Heringhaus C (2000) Primärärztliche Versorgung von Wohnungslosen. Dissertation Düsseldorf. [Online im Internet] <http://dnb.info/963910728/34> [Stand: 30.09.2014].

²³ Kunstmann W et al. (2009) Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen. Evaluation des Umsetzungskonzeptes. Abschlussbericht. Münster [Online im Internet] www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/gesundheit/Evaluationsbericht.pdf [Stand: 30.09.2014].

²⁴ Heringhaus C (2000) Primärärztliche Versorgung von Wohnungslosen. Dissertation Düsseldorf. [Online im Internet] <http://dnb.info/963910728/34> [Stand: 30.09.2014].

sehrtheit dafür ausgesprochen, die bestehenden Versorgungsinitiativen zur Akut- und Erstversorgung und zur Reintegration wohnungsloser Menschen in das System der Regelversorgung strukturell weiterzuentwickeln und für Nordrhein-Westfalen eine dauerhafte und angemessene Finanzierungsgrundlage für aufsuchende medizinische Hilfen für Wohnungslose zu schaffen. Dies ist mit dem 2005 verabschiedeten und 2011 modifizierten „Umsetzungskonzept zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen“ gelungen. Nordrhein-Westfalen ist damit das erste Bundesland, das eine nachhaltige Finanzierungsregelung geschaffen hat. Kommunen, die an dem Umsetzungskonzept teilnehmen möchten, sind gefordert, die strukturellen und fachlichen Anforderungen des Umsetzungskonzeptes zu erfüllen. Damit hat das Umsetzungskonzept wesentlich zur Verbesserung der niedrigschwelligen medizinischen Versorgung Wohnungsloser beigetragen. Zugleich eröffneten die Modifikationen des Umsetzungskonzeptes im Jahr 2011 eine weitgehende Anpassung an die örtlichen Verhältnisse der Kommunen.

Das Umsetzungskonzept beinhaltet sowohl ein Finanzierungs- als auch ein Versorgungskonzept. Die Finanzierung wird von den Gesetzlichen Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen Westfalen-Lippe und Nordrhein sowie den teilnehmenden Städten getragen (Stand 2011). Die Evaluation des Umsetzungskonzeptes im Jahre 2009 hat eindrucksvoll die Wirksamkeit und Notwendigkeit des Versorgungsansatzes belegt: 90 Prozent der behandelten Patientinnen und Patienten verfügen bei Erstkontakt über keine ärztliche Versorgung, ein Drittel der Patientinnen und Patienten befindet sich in einem schlechten bzw. sehr schlechten Gesundheitszustand. Wohnungslose Frauen werden durch mobile Teams wesentlich besser erreicht als durch andere Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, mit der Dauer des Angebotes wächst auch die Patientenbindung und nicht zuletzt: Das akute Behandlungsgeschehen bildet nur teilweise die vorliegenden chronischen Erkrankungen ab²⁵. Deshalb müssen Akutversorgung und Langzeitversorgung (idealerweise durch Regelangebote) Hand in Hand gehen und durch Vernetzung ineinander greifen. In diesem Sinne ist das Umsetzungskonzept als gesundheitspolitisch und fachlich erfolgreicher Ansatz zu sehen.

Dennoch muss festgestellt werden, dass bis heute lediglich 6 Kommunen (Bielefeld, Dortmund, Essen, Münster, Hagen und Köln) die Finanzierungsmöglichkeiten des Umsetzungskonzeptes nutzen. Die möglichen Gründe hierfür sind noch nicht abschließend geklärt. Es gibt allerdings Hinweise, dass in vielen Kommunen die Notwendigkeit zur Nutzung des Umsetzungskonzeptes nicht gesehen wird, da aus kommunaler Einschätzung andere Versor-

²⁵ Heringhaus C (2000) Primärärztliche Versorgung von Wohnungslosen. Dissertation Düsseldorf. [Online im Internet] <http://d-nb.info/963910728/34> [Stand: 30.09.2014].

gungsangebote greifen bzw. kein Problem zu existieren scheint. Diesem Aspekt sollte verstärkte Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Im letzten Quartal 2012 wurden von der Landesarbeitsgemeinschaft der Öffentlichen und Freien Wohlfahrtspflege in Nordrhein-Westfalen alle Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe der Freien Wohlfahrtspflege NRW darüber befragt, wie in dem jeweiligen Einzugsgebiet die medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen geregelt ist. Als wesentliches Ergebnis kommt diese Befragung zu dem Schluss, dass eine flächendeckende, langfristig finanziell gesicherte medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen seitens der Träger nicht als gesichert eingeschätzt wird. Nach wie vor spielen offenbar ehrenamtliches Engagement, kostenlose Behandlung und Finanzierung über Spenden eine nennenswerte Rolle.

Von besonderer Bedeutung ist der niedrighschwellige Zugang zu Versorgungsangeboten, da Arztpraxen von Wohnungslosen selten eigenständig aufgesucht werden. Sowohl aufsuchende mobile Angebote als auch an Einrichtungen und Träger der Wohnungslosenhilfe angebundene Praxisräume scheinen sich in der Vergangenheit bewährt zu haben. Diese Angebote gilt es zu erhalten und weiter auszubauen. Die zum Teil jahrzehntelangen Erfahrungen niedrighschwelliger Versorgungsangebote wie beispielsweise in Köln oder Düsseldorf zeigen, dass der Aufbau eines Netzwerkes der Hilfe um stabile gesicherte hauptamtliche Strukturen herum ein zentraler Erfolgsfaktor für die angestrebte Reintegration der Zielgruppe ins Regelsystem darstellt. Die bisherige Erfahrung zeigt, dass die Gesundheitsämter hier eine Initiativfunktion übernehmen können. Der wesentliche Erfolgsfaktor besteht allerdings in der Schaffung eines lokalen Versorgungsnetzwerkes. Dort, wo ein solches lokales Versorgungsnetzwerk funktioniert, ist die medizinische Versorgung Wohnungsloser relativ gut gesichert. In einem lokalen Versorgungsnetzwerk können auch geschlechtsspezifische Bedürfnislagen adäquat berücksichtigt werden. Ebenfalls ist darauf zu achten, kulturspezifische Anforderungen zu berücksichtigen (vgl. 4.5).

Umsetzungsempfehlungen

Die LGK empfiehlt, in zwei Schritten die Situation zu sichten, um Klarheit über weiteren Handlungsbedarf zu gewinnen:

- In einem ersten Schritt erhebt das Landeszentrum Gesundheit NRW (LZG.NRW) bei den Kreisen und kreisfreien Städten vorhandene Informationen über die jeweilige örtliche Versorgungssituation und stellt sie dem MGEPA zur Verfügung.
- In einem zweiten Schritt werden die haupt- oder ehrenamtlichen Versorgungsinitiativen befragt, welche Unterstützungsangebote sie neben den bestehenden für erforderlich halten, welchen Versorgungsumfang sie mit welcher Zielgruppendefinition

ermöglichen können, ob die Kontinuität und Nachhaltigkeit der Angebote gesichert ist, ob stabile oder unsichere Finanzierungsgrundlagen vorliegen, ob Unterstützungsbedarf beim Aufbau eines Versorgungsnetzwerkes oder der Gewinnung von Ärztinnen und Ärzten und/oder Pflegekräften gesehen wird und nicht zuletzt, wie weit die Reintegration der Patientinnen und Patienten ins Regelsystem gelingt. Das Konzept dieser Befragungen wird in der (im Rahmen des Umsetzungskonzeptes eingerichteten) Lenkungsgruppe „Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen in NRW“ unter Moderation des MGEPA konsentiert. Die Ärztekammer Westfalen-Lippe wird das Fragebogenkonzept entwickeln und die Auswertung übernehmen.

Auf der Grundlage dieser Ergebnisse können im Vorbereitenden Ausschuss der LGK erforderliche innovative Wege zur Stabilisierung der gesundheitlichen Versorgung Wohnungsloser beraten und weiterentwickelt werden.

4.5 Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte ohne gesicherten oder geklärten Zugang zur Regelversorgung verbessern

Die nachhaltige Klärung und Sicherung der medizinischen Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte ohne gesicherten oder geklärten Zugang zur Regelversorgung ist notwendig, um deren gesundheitliche Belastungen aufzufangen und sie adäquat zu behandeln. Verlässliche Regelungen zur Kostenerstattung an Leistungserbringer, die in Notfällen zur Behandlung verpflichtet sind, müssen getroffen werden. Die LGK bekräftigt ihren Willen, im Rahmen der komplexen europäischen und nationalen Rechtslage konstruktive und pragmatische Lösungswege zu finden.

Begründung

Wenngleich Menschen mit Migrationsgeschichte verhältnismäßig häufig von Einkommensarmut oder Erwerbslosigkeit betroffen sind, lebt die Mehrheit der aus dem Ausland nach Nordrhein-Westfalen zuwandernden Menschen in wirtschaftlich und sozial gesicherten Verhältnissen mit Krankenversicherungsschutz und Zugang zur gesundheitlichen Regelversorgung nach SGB V. Allerdings sind in vielen Bereichen noch immer Unterschiede bei der Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Leistungen erkennbar. Hierfür sind meistens fehlende Informationen über das Gesundheitssystem und seine Angebote, Sprach- oder kulturelle Barrieren ursächlich. Die interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens und der damit verbundene Abbau von Zugangsbarrieren ist seit den Empfehlungen der 10. Landesgesundheitskonferenz 2001 zur Gesundheit von zugewanderten Menschen zwar voran gekommen, dennoch besteht hier weiterhin großer Handlungsbedarf. Im Hinblick auf die kultur-

sensible Gestaltung des Gesundheitswesens und seiner Angebote ist insbesondere die interkulturelle Kompetenz der Beschäftigten eine wesentliche Voraussetzung. Die LGK bekräftigt daher die in der v.g. Entschließung vereinbarten Handlungsempfehlungen.

Aktuell ergibt sich eine besondere Problematik in der gesundheitlichen Versorgung bei Zugewanderten, deren Zugang zum Gesundheitssystem aus rechtlichen und organisatorischen Gründen erschwert oder eingeschränkt ist. Dazu zählen Menschen ohne gültigen Aufenthaltsstatus, Asylbewerberinnen und Asylbewerber mit begrenztem Leistungsanspruch sowie EU-Bürgerinnen und -Bürger mit fehlendem oder ungeklärtem Krankenversicherungsschutz. Medizinische Hilfe für Menschen „ohne Papiere“ wird von Ärztinnen und Ärzten und von caritativen Organisationen mit breiter ehrenamtlicher Unterstützung häufig spendenfinanziert erbracht.

Drittstaatsangehörige Menschen mit begrenztem Leistungsanspruch (u.a. Asylbewerberinnen und Asylbewerber)

Asylbewerberinnen und Asylbewerber sowie Geduldete (z.B. abgelehnte Asylbewerber) und Menschen mit bestimmtem humanitären Aufenthalt (z.B. aufgrund von Ausreisehindernissen) haben nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) Anspruch auf medizinische Grundversorgung, die sich auf ärztliche und zahnärztliche Behandlung bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen, ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung in der Schwangerschaft, amtlich empfohlene Impfungen und medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen erstreckt. In diesen Fällen übernimmt das zuständige Sozialamt die Kosten. Der damit verbundene gesetzliche Ausschluss der Versorgung bei chronischen Erkrankungen mag ordnungspolitisch nachvollziehbar sein, aus menschlicher und gesundheitspolitischer Sicht wäre es jedoch wünschenswert, den Maßstab beim medizinisch Notwendigen anzulegen. Bei geplanten stationären und ambulanten Behandlungen können bei der Beantragung des Krankenscheins beim Sozialamt Probleme auftreten. Dies kann insbesondere der Fall sein, wenn - im Einzelfall - Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ohne medizinische Ausbildung die Entscheidung über eine notwendige Grundversorgung treffen müssen.

In Bremen und Hamburg erhalten Asylsuchende bereits im Aufnahmeverfahren eine Krankenversichertenkarte für die Inanspruchnahme von Leistungen nach dem AsylbLG. Grundlage ist ein Rahmenvertrag nach § 264 SGB V zwischen der jeweiligen Sozialbehörde und der AOK Bremen/Bremerhaven. In den Verträgen, die grundsätzlich jede Kommune abschließen kann, ist geregelt, dass dem Sozialamt durch die Krankenkasse die real entstandenen Behandlungskosten sowie eine Verwaltungspauschale in Rechnung gestellt werden. Trotz der zusätzlichen Verwaltungspauschale ist das Modell aus Bremer Sicht effizient, da der ansonsten hohe Abrechnungsaufwand für die Behörde entfällt. Obwohl dieses Modell in erster Linie

der Verwaltungsvereinfachung dient und damit keine Erweiterung des nach dem AsylbLG eingeschränkten Leistungsspektrums oder ein Wegfall von Prüfvorbehalten verbunden ist, stellt die Regelung aus Sicht der Patientinnen und Patienten bereits eine Verbesserung dar, weil die Beantragung von Behandlungsscheinen beim Sozialamt entfällt. Es ist deswegen auch vom Deutschen Ärztetag favorisiert worden.

In Nordrhein-Westfalen wird von der Möglichkeit eines Vertrages nach § 264 SGB V bisher kein Gebrauch gemacht.

Die Bundesregierung hat einen Gesetzentwurf zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes vorgelegt, der auch Auswirkungen auf die Absicherung in Krankheitsfällen hat: So sollen Leistungsberechtigte künftig bereits nach einer Wartezeit von 15 Monaten Leistungen entsprechend dem SGB XII erhalten können. Zudem soll ein Aufwendungsersatzanspruch des Nothelfers im Asylbewerberleistungsgesetz eingeführt werden; damit soll sichergestellt werden, dass Krankenhausträger und Ärztinnen und Ärzte die Erstattung von Behandlungskosten unmittelbar vom Leistungsträger verlangen können, wenn sie in medizinischen Eilfällen Nothilfe an Asylbewerberinnen und Asylbewerbern leisten.

Umsetzungsempfehlungen

- Die LGK wird die Möglichkeiten eines Rahmenvertrages nach § 264 SGB V auf Landesebene mit Beitrittsmöglichkeit für interessierte Kommunen prüfen.
- Die LGK fordert die Bundesregierung auf, den Kommunen eine notwendige vollständige Kostenerstattung gemäß den bundeseinheitlichen Empfehlungen eines nach RKI-Maßstäben ausreichenden Impfschutzes zu gewähren.

Drittstaatsangehörige Menschen ohne Aufenthaltsstatus (nicht gemeldet/gewöhnlicher Aufenthalt behördlich nicht bekannt/erfasst)

Bei Menschen ohne Aufenthaltsstatus sind die Gründe für ein Leben in "Illegalität" äußerst vielfältig. Hierunter fallen neben den unerlaubt Eingereisten, z.B. Opfer von Menschenhandel, Menschen, deren Asylanträge abgelehnt wurden und die dann untergetaucht sind, aber auch Menschen, deren ursprünglich zulässiger Aufenthalt mit entsprechendem Krankenversicherungsschutz abgelaufen ist. Dies kann arbeitsbedingte Migrationsformen wie die der Saisonarbeit oder Au-pair-Stellen betreffen. Es kann sich aber auch um zugereiste Familienangehörige handeln, die die legalen Anforderungen des Familiennachzuges nicht erfüllen.

Die statistische Erfassung zur Anzahl und Art der Zuwanderung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland ist zum einen aufgrund der hohen Mobilität dieser Gruppen

und zum anderen aufgrund der zu erwartenden Sanktionen bei der Entdeckung nahezu unmöglich. Veröffentlichungen und Studien beziehen sich demnach auf Schätzungen, die stark variieren. So wird beispielsweise die Zahl der ohne Aufenthaltsstatus in Deutschland lebenden Menschen von Vogel und Aßner²⁶) auf zwischen 140.000 und 340.000 und von Tolsdorf²⁷ (2005) auf zwischen 500.000 und 1.5 Millionen geschätzt. Über die Zahl der in Nordrhein-Westfalen lebenden „papierlosen Menschen“ gibt es demnach ebenfalls keine gesicherten Angaben, vermutet werden jedoch 29.000 – 64.000 Menschen²⁸. Für die Stadt Bonn wurde die Zahl der Menschen ohne Aufenthaltsstatus im Jahr 2005 auf über 4.000, für die Stadt Köln auf etwa 20.000 versteckt lebende Menschen mit Migrationsgeschichte geschätzt²⁹.

Männer zwischen 20 und 40 Jahren scheinen in der Gruppe der Menschen ohne Aufenthaltsstatus überrepräsentiert zu sein^{30; 31}. Der Frauenanteil hat sich insgesamt in den letzten Jahren auf etwa 35% erhöht³². Der Anteil der Kinder und Jugendlichen ist schwierig zu benennen: Schätzungen variieren zwischen 0,4 und 9%³³) bzw. bis zu 17%³⁴.

Menschen ohne Aufenthaltsstatus leben zumeist unter schlechten Lebens- und Arbeitsbedingungen, oft sozial isoliert und in Angst vor Entdeckung. Diese Lebensumstände sowie die häufig belastende vorherige Lebenssituation im Herkunftsland zeigen deutliche gesundheitliche Auswirkungen³⁵. So beeinflussen Wohn- und Arbeitssituation, das Ernährungsverhalten sowie die psychischen Belastungen durch die Angst vor Ausweisung, Isolation und mangelnde Integrationsmöglichkeiten die Gesundheit negativ. Insbesondere bei Flüchtlingen aus

²⁶ Vogel D, Aßner M (2010) Umfang, Entwicklung und Struktur der irregulären Bevölkerung in Deutschland. Expertise im Auftrag der deutschen nationalen Kontaktstelle für das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN) beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. [Online im Internet] http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Expertisen/emn-wp-41-expertise.html;jsessionid=51A944528B9F39C4CFD9E9C078DBED5E.1_cid394 [Stand: 30.09.2014].

²⁷ Tolsdorf M (2008) Verborgene. Gesundheitssituation und -versorgung versteckt lebender MigrantInnen in Deutschland und in der Schweiz. Bern. Huber.

²⁸ Vogel D, Aßner M (2010) Umfang, Entwicklung und Struktur der irregulären Bevölkerung in Deutschland. Expertise im Auftrag der deutschen nationalen Kontaktstelle für das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN) beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. [Online im Internet] http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Expertisen/emn-wp-41-expertise.html;jsessionid=51A944528B9F39C4CFD9E9C078DBED5E.1_cid394 [Stand: 30.09.2014].

²⁹ Tolsdorf M (2008) Verborgene. Gesundheitssituation und -versorgung versteckt lebender MigrantInnen in Deutschland und in der Schweiz. Bern. Huber.

³⁰ Tolsdorf M (2008) Verborgene. Gesundheitssituation und -versorgung versteckt lebender MigrantInnen in Deutschland und in der Schweiz. Bern. Huber.

³¹ Vogel D, Aßner M (2010) Umfang, Entwicklung und Struktur der irregulären Bevölkerung in Deutschland. Expertise im Auftrag der deutschen nationalen Kontaktstelle für das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN) beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. [Online im Internet] http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Expertisen/emn-wp-41-expertise.html;jsessionid=51A944528B9F39C4CFD9E9C078DBED5E.1_cid394 [Stand: 30.09.2014].

³² Vogel D, Aßner M (2010) Umfang, Entwicklung und Struktur der irregulären Bevölkerung in Deutschland. Expertise im Auftrag der deutschen nationalen Kontaktstelle für das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN) beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. [Online im Internet] http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Expertisen/emn-wp-41-expertise.html;jsessionid=51A944528B9F39C4CFD9E9C078DBED5E.1_cid394 [Stand: 30.09.2014].

³³ Vogel D, Aßner M (2010) Umfang, Entwicklung und Struktur der irregulären Bevölkerung in Deutschland. Expertise im Auftrag der deutschen nationalen Kontaktstelle für das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN) beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. [Online im Internet] http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Expertisen/emn-wp-41-expertise.html;jsessionid=51A944528B9F39C4CFD9E9C078DBED5E.1_cid394 [Stand: 30.09.2014].

³⁴ Tolsdorf M (2008) Verborgene. Gesundheitssituation und -versorgung versteckt lebender MigrantInnen in Deutschland und in der Schweiz. Bern. Huber.

³⁵ Wirtgen W (2009) Traumatisierte Flüchtlinge Psychische Probleme bleiben meist unerkannt. Dtsch Arztebl; 106(49): A-2463 / B-2115 / C-2055.

Krisengebieten und politisch Verfolgten kommen Risiken der Re-traumatisierung durch das Leben in der Illegalität hinzu³⁶.

Aufgrund dieser Belastungen treten gesundheitliche Beschwerden, Depressionen, Psychosomatosen oder eine Chronifizierung von Krankheiten bei dieser Gruppe häufig auf. Besonders problematisch sind in diesem Versorgungskontext einige Infektionskrankheiten wie TBC, AIDS/HIV und STI. Besondere Risiken bestehen zudem für Frauen während der Schwangerschaft und bei der Geburt sowie für Kleinkinder in den ersten Lebensjahren aufgrund mangelnder Prävention^{37;38}.

Gemeinsam ist den Menschen ohne Aufenthaltsstatus, dass medizinische Versorgung häufig aus Angst vor Sanktionen und Ausweisung nicht in Anspruch genommen wird. Aus Gesundheitseinrichtungen wird berichtet, dass Menschen ohne Aufenthaltsstatus häufig zu spät medizinische Hilfen in Anspruch nehmen. Gründe für die Schwellenangst liegen vor allem in Befürchtungen, die eine mögliche Weitergabe ihrer Daten an Ausländerbehörden und eine Ausweisung betreffen. Dass Ärztinnen und Ärzte der Schweigepflicht unterliegen, ist ihnen häufig nicht bekannt. Hinzu kommt oftmals die Unkenntnis über Hilfsangebote^{39;40;41}. Um ihren Anspruch auf medizinische Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz geltend zu machen, müssten Menschen ohne Aufenthaltsstatus zudem ihre Bedürftigkeit nachweisen, was ohne offiziellen Status schwierig ist. Die medizinische Versorgung wird daher häufig von engagierten Ärztinnen und Ärzten durch unentgeltliche Behandlung oder von Hilfsorganisationen / humanitären Einrichtungen übernommen.

Nach der auch von der Bundesrepublik Deutschland unterzeichneten UN-Menschenrechtscharta haben alle Menschen – statusunabhängig – Anspruch auf medizinische Versorgung; das Grundgesetz sichert das Recht auf körperliche Unversehrtheit zu. Rechtlich gehören deshalb auch Menschen ohne Aufenthaltsstatus zum Kreis der Personen, die einen Anspruch auf medizinische Grundversorgung nach dem AsylbLG haben. Angst vor Entdeckung mit der möglichen Konsequenz einer Inhaftierung und Abschiebung kann in solchen Fällen faktisch die Inanspruchnahme verhindern. Grund hierfür können die im Aufenthaltsgesetz aus öffentlichem Interesse verankerten Übermittlungspflichten öffentlicher Stel-

³⁶ Wirtgen W (2009) Traumatisierte Flüchtlinge Psychische Probleme bleiben meist unerkannt. Dtsch Arztebl; 106(49): A-2463 / B-2115 / C-2055.

³⁷ Vogel D, Aßner M (2010) Umfang, Entwicklung und Struktur der irregulären Bevölkerung in Deutschland. Expertise im Auftrag der deutschen nationalen Kontaktstelle für das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN) beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. [Online im Internet] http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Expertisen/emn-wp-41-expertise.html;jsessionid=51A944528B9F39C4CFD9E9C078DBED5E_1_cid394 [Stand: 30.09.2014].

³⁸ Mylius M, Bornschlegl W, Frewer A (2011) Medizin für „Menschen ohne Papiere“. Göttingen, V&R.

³⁹ Mylius M, Bornschlegl W, Frewer A (2011) Medizin für „Menschen ohne Papiere“. Göttingen, V&R.

⁴⁰ Bommers M, Wilmes M (2007) Menschen ohne Papiere in Köln. Eine Studie zur Lebenssituation irregulärer Migranten. Institut für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien der Universität Osnabrück. [Online im Internet] www.stadt-koeln.de/mediaasset/content/pdf/5620/2.pdd [Stand: 30.09.2014].

⁴¹ Bundesministerium des Innern (BMI) (2012) Migrationsbericht 2012. Berlin [Online im Internet] http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/2014/Migrationsbericht_2012_de.html?nn=3316598 [Stand: 30.09.2014].

len gegenüber der Ausländerbehörde sein, wenn ihnen der Aufenthalt einer Ausländerin bzw. eines Ausländers ohne Aufenthaltstitel bekannt wird.

Hier ist jedoch in den letzten Jahren eine stärkere Absicherung der Ärzteschaft erfolgt. So ist diese in erster Linie zu medizinischer Hilfe verpflichtet und handelt gesetzkonform, sofern sich die Hilfe auf die Erfüllung der ärztlichen Pflichten beschränkt. Das Arzt-Patienten-Verhältnis unterliegt auch hier der Schweigepflicht. Für Ärztinnen und Ärzte besteht demnach keine Meldepflicht gegenüber Ausländerbehörden, ebenso nicht – wie im Falle von Notfallbehandlungen – für „berufsmäßig tätige Gehilfen“ (dazu gehören neben dem medizinischen Personal in Krankenhäusern auch das mit der Abrechnung beauftragte Verwaltungspersonal und abrechnende Sozialämter im Sinne des verlängerten Geheimnisschutzes⁴²). Ausnahmen stellen Fälle der Gefährdung der öffentlichen Gesundheit oder der Konsum harter Drogen dar.

Probleme und Unsicherheiten kann es auch geben, wenn im Zusammenhang mit der Beantragung einer Kostenerstattung eine Kontaktaufnahme mit dem zuständigen Sozialamt erfolgt. Zwar unterliegen auch Sozialämter im Fall von Notfallbehandlungen einem sog. verlängerten Geheimnisschutz – allerdings ist nicht geklärt, ob er Vorrang vor der im AsylbLG verankerten Möglichkeit zum Datenabgleich zwischen Ausländer- und Sozialbehörde hat.

Die bestehenden Regelungen, Unkenntnis oder Unsicherheiten der beteiligten Akteurinnen und Akteure beeinträchtigen häufig eine adäquate Gesundheitsversorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Auch mangelnde Transparenz in Bezug auf Zuständigkeiten und unklare Finanzierungsregularien medizinischer Leistungen stellen hier eine große Barriere dar – sowohl für die im Gesundheitsbereich Tätigen als auch für die Betroffenen. Im Hinblick auf die Abgrenzung zwischen Übermittlungspflichten und ärztlicher Schweigepflicht bestehen Unsicherheiten, die im Interesse des im Gesundheitswesen tätigen Personals zu beseitigen sind. Vorhandene Materialien wie zum Beispiel das Faltblatt der Bundesärztekammer „Patientinnen und Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Krankenhaus und Praxis“ sollten deshalb als ein Schritt zur Sensibilisierung breit gestreut werden.

Darüber hinaus sind in der Vergangenheit unterschiedliche Verbesserungsansätze diskutiert worden, darunter auch das vom Deutschen Ärztetag favorisierte Modell des „anonymen Krankenscheins“. Unabhängig vom konkret gewählten Verfahren bedarf es grundsätzlich einer gesicherten Finanzierung und eines transparenten Abrechnungsverfahrens unter Berücksichtigung der dargestellten Zugangproblematiken. Wünschenswert ist eine Enttabuierung der Thematik verbunden mit dem Bestreben, unter Umständen sogar Wege aus der

⁴² Ärztekammer Nordrhein [Online im Internet] <http://www.aekno.de/page.asp?pageID=8239>, acc. 20.03.2014; Allgemeine Verwaltungsvorschrift (AVV) zum Aufenthaltsgesetz vom 26.10.2009 [Stand: 30.09.2014].

Illegalität aufzuzeigen. Beispiele wie das sog. Münchener Modell, die in Hamburg eingerichtete Clearingstelle oder die Humanitäre Sprechstunde am Gesundheitsamt in Bremen bieten gute Orientierung.

Umsetzungsempfehlungen

- Die LGK trägt dazu bei, vorhandene Informationsdefizite im Zusammenhang mit Rechten und Pflichten bei der medizinischen Behandlung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus zu verringern.
- Die LGK bekräftigt ihren grundsätzlichen Willen zum Aufbau einer Clearinglösung mit integriertem Fonds. Gemeinsam mit dem MGEPA wird die LGK ein Umsetzungskonzept für Nordrhein-Westfalen erarbeiten (Erläuterung s.u.).

EU-Bürgerinnen und –Bürger mit fehlendem oder ungeklärtem Krankenversicherungsschutz

Zuwanderinnen und Zuwanderer aus EU-Ländern steht das Recht auf Freizügigkeit in den EU-Mitgliedsstaaten zu. Viele Zuwanderinnen und Zuwanderer sind gut qualifiziert und als Fachkräfte ein Gewinn für den Arbeitsmarkt – auch im Gesundheitswesen. Wegen der schlechten wirtschaftlichen Lage in den Herkunftsländern kommen aber auch Menschen ohne schulische oder berufliche Qualifikation, die bereits in den Herkunftsländern in großer Armut lebten und zum Teil als Angehörige ethnischer Minderheiten unter vielfältiger sozialer und materieller Diskriminierung litten. Die insoweit teilweise eingeschränkte Teilhabe an sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung und den sozialen Sicherungssystemen führt – trotz grundsätzlicher Verpflichtung im Freizügigkeitsrecht – dazu, dass diese Menschen häufig keine oder eine ungeklärte Absicherung über eine Krankenversicherung und damit keinen Zugang zur medizinischen Regelversorgung haben. Diese Zuwanderung konzentriert sich auf einzelne Städte in Nordrhein-Westfalen und dort häufig auf ohnehin belastete Stadtteile. Mit großem Engagement versuchen die betroffenen Städte, zumeist durch subsidiäre Angebote der Gesundheitsämter, zumindest eine minimale Versorgungsmöglichkeit zu schaffen. Eine Vielzahl von Krankenhäusern, die in Notfällen zur Behandlung verpflichtet sind, müssen auf eine Kostenerstattung verzichten oder sie mit hohem Aufwand verfolgen.

Problematisch ist die unübersichtliche und höchst komplizierte Rechtslage, die neben krankenversicherungsrechtlichen auch europarechtliche und sozialrechtliche Fragen berührt. Informationsdefizite bestehen sowohl auf Seiten der Zuwandernden als auch auf Seiten der Hilfestruktur, wie z.B. den Behörden, Beratungsstellen, Krankenhausverwaltungen, Krankenkassen sowie Ärztinnen und Ärzten. Schon die Frage, ob der für die Einreise erforderliche Krankenversicherungsschutz vorliegt, ist vielfach nur sehr schwer und zeitaufwändig mit den

Behörden des Heimatlandes zu klären. Zudem herrscht oftmals Unklarheit darüber, wer den Versicherungsschutz zu klären hat. Selbst wenn dieser bei vorübergehendem Aufenthalt durch die europäische Versicherungskarte (EHIC) nachgewiesen werden kann, zeigt sich in der Praxis, dass aufgrund der komplizierten Rechtslage Zuwanderinnen und Zuwanderer oft keine ausreichende medizinische Versorgung erhalten und für erbrachte Leistungen keine Kostenerstattung erfolgt.

Sinnvoll ist daher der Aufbau eines Informations- und Beratungsangebotes, das die vielschichtige Rechtslage für die Beraterinnen und Berater in Behörden, Krankenkassen und Organisationen, aber auch für die Ärztinnen und Ärzte sowie für das Krankenhauspersonal aufbereitet und bei Fragen im Einzelfall unterstützen kann. „Vor Ort“ sind ergänzend dazu Anlaufstellen hilfreich, die die Beratung und Klärung des Krankenversicherungsschutzes personenbezogen übernehmen (Clearingstellen). Hierzu sind nach Möglichkeit vorhandene Strukturen zu nutzen, die eine gute Erreichbarkeit der Zielgruppe gewährleisten können.

Da die Klärungen ggf. eine längere Zeit in Anspruch nehmen, sollte eine vorläufige Kostenerstattung an die Leistungserbringer durch einen Hilfsfonds geprüft werden, der auch in Fällen, in denen sich keine Kostenträger identifizieren lassen, die medizinische Grundversorgung gewährleistet. Je nach Umfang des Fondsvolumens ist eine Eingrenzung des Leistungsumfangs (z.B. Kinder, Jugendliche, Geburten, Notfälle, usw.) notwendig. Forderungen des Landes Nordrhein-Westfalen nach Schaffung eines solchen Hilfsfonds für die von der Zuwanderung aus Südosteuropa besonders betroffenen Kommunen sowie nach Einrichtung eines bundesweiten Kompetenzzentrums zur Klärung des Krankenversicherungsschutzes für EU-Bürgerinnen und –Bürger hat die Bundesregierung abgelehnt. Die Clearingstellen- und Fondslösung wird nicht an einen bestimmten (z.B. aufenthaltsrechtlichen) Status geknüpft, sondern ist grundsätzlich für alle Menschen ohne (gesicherten) Zugang zu den sozialen Sicherungssystemen in Nordrhein-Westfalen gedacht.

In Umsetzung einer Empfehlung des Abschlussberichtes des Staatssekretärsausschusses (Bund) zu „Rechtsfragen und Herausforderungen bei der Inanspruchnahme der sozialen Sicherungssysteme durch Angehörige der EU-Mitgliedstaaten“ beabsichtigt die Bundesregierung eine Änderung des § 20 d Abs. 3 SGB V, die regelt, dass die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten für Impfstoffe für Impfungen von Kindern und Jugendlichen aus EU-Mitgliedstaaten übernimmt, sofern deren Versicherteneigenschaft zum Zeitpunkt der Impfung noch nicht festgestellt ist. Die Kostentragungsregelung ist in den Rahmenvereinbarungen zwischen den verantwortlichen Stellen zu berücksichtigen. Ferner sieht der Bericht einen Prüfauftrag vor, ob zur Entlastung der Kommunen weitere Kosten im Bereich des Impfens von Kindern ohne festgestellte Krankenversicherung übernommen werden können. Um welche Kosten es sich handeln könnte, wird nicht konkretisiert.

Umsetzungsempfehlungen

- Die LGK sondiert gemeinsam mit dem MGEPA ein Konzept zum Aufbau eines Informations- und Beratungsangebotes und lokaler Clearingstellen mit integriertem Hilfsfonds.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen informieren ihre Mitglieder über den Umgang mit der europäischen Krankenversichertenkarte (EHIC).
- Die nach § 20 d Abs.3 SGB V zuständigen Partner werden sich für einen zügigen Abschluss von Rahmenvereinbarungen einsetzen; dies gilt insbesondere für die Erstattung der Sachkosten bei Schutzimpfungen nach Inkrafttreten der geplanten Ergänzung in § 20d Abs. 3 SGB V.

4.6 Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der kommunalen Gesundheitskonferenzen stärken

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) wirkt mit seinem subsidiären bzw. komplementären Angebot im Rahmen seines sozialkompensatorischen Auftrags an der gesundheitlichen Versorgung mit. Zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit nutzt der ÖGD insbesondere mit seinen kommunalen Gesundheitskonferenzen seine koordinierende und vermittelnde Funktion, die sowohl Zuständigkeiten für Gesundheitsförderung und Prävention wie auch koordinierende und steuernde Aufgaben aus der Public Health-Perspektive umfassen.

Begründung

Insbesondere für Menschen in sozialen Notlagen und prekären Lebenssituationen ist der ÖGD unverzichtbar.

Zu den vielfältigen Aufgaben des ÖGD zählen auch die Mitwirkung bei der Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten und das Hinwirken auf ihre angemessene gesundheitliche Versorgung insbesondere für einkommensarme oder sozial ausgegrenzte und besonders schutzbedürftige Personen. Im Bereich der Gesundheitshilfe berät und unterstützt der ÖGD Personen, die wegen ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes und aufgrund sozialer Umstände besonderer gesundheitlicher Fürsorge bedürfen. So klärt er Betroffene und deren Angehörige bei besonders häufigen und schwerwiegenden Krankheiten und bei Behinderungen auf. Darüber hinaus wirkt er an der Aufklärung und Beratung der Bevölkerung, insbesondere gefährdeter Bevölkerungsgruppen, mit. Für Menschen mit geistigen und

seelischen Behinderungen, psychisch Kranken, Abhängigkeitskranken und ihren Angehörigen hat der ÖGD einen Sozialpsychiatrischen Dienst eingerichtet. Auch die Beratung von Menschen mit Körper- und Sinnesbehinderungen gehört zu seinen Aufgaben.

Die hohe Verantwortung des ÖGD sowie die Vielfalt seiner Aufgaben erfordern gut qualifiziertes Fachpersonal in erforderlichem Umfang. Der LGK ist dabei die zunehmende Problematik bewusst, Ärztinnen und Ärzte für den ÖGD gewinnen und freiwerdende Stellen nachbesetzen zu können.

Umsetzungsempfehlungen:

- Für die Verbesserung der Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung von Personengruppen in prekären Lebenslagen bedarf der ÖGD der personellen und finanziellen Unterstützung. Die LGK bittet die Kommunen, im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrages für eine den Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes adäquate personelle und qualifizierte Besetzung der Gesundheitsämter weiterhin Sorge zu tragen.
- Die Kompetenzen des Personals im ÖGD sollten u.a. in den Bereichen Moderation und Netzwerkarbeit durch Fort- und Weiterbildung weiter ausgebaut werden, um die Koordinationsaufgaben insbesondere im Zusammenhang mit der Versorgung der in dieser Entschließung beschriebenen vulnerablen Personengruppen adäquat wahrnehmen zu können.
- Bei gesundheitsbezogenen Angeboten für die unterschiedlichen Zielgruppen sollten die Lebensweltorientierung und quartiersbezogene Ansätze bevorzugt berücksichtigt werden. Initiativen und vorhandene Netzwerke wie z.B. kommunale Gesundheitskonferenzen sollten dabei verstärkt genutzt werden.
- Die Gesundheitsberichterstattung sollte in Kooperation mit der Sozialberichterstattung weiter ausgebaut und verstärkt genutzt werden. Hierbei kann das LZG.NRW wertvolle Unterstützung leisten und Entscheidungsgrundlagen verbessern (vgl. 4.1).
- Das LZG.NRW wird seine Aktivitäten zur Identifizierung sowie zur Kommunikation und zum Transfer von good practice-Beispielen weiter ausbauen.

5. Landesinitiative Gesundes Land NRW

Zur flankierenden Umsetzung der Entschließung vereinbart die LGK, die Ausschreibung zum Wettbewerb „Gesundes Land Nordrhein-Westfalen - Innovative Projekte im Gesundheitswe-

sen“ im Jahr 2015 unter das Schwerpunktthema „Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen in prekären Lebensverhältnissen“ zu stellen.

Die Landesinitiative „Gesundes Land NRW“ zeigt neue Ansätze der gesundheitlichen Versorgung auf, macht sie medial bekannt und vergibt Preisgelder. Herausragende Projekte werden mit dem Gesundheitspreis NRW ausgezeichnet. Dadurch werden positive Effekte für die Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen ausgelöst. Vielversprechende Projekte regen zur Nachahmung an und fördern zugleich die Entwicklung neuer, kreativer Ideen sowie die Netzwerkbildung der Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen.

6. Erfolgskontrolle/Zielüberprüfung

Die LGK vereinbart, spätestens bis zum Ende des Jahres 2016 eine erste Erfolgskontrolle der bis dahin initiierten Maßnahmen durchzuführen.