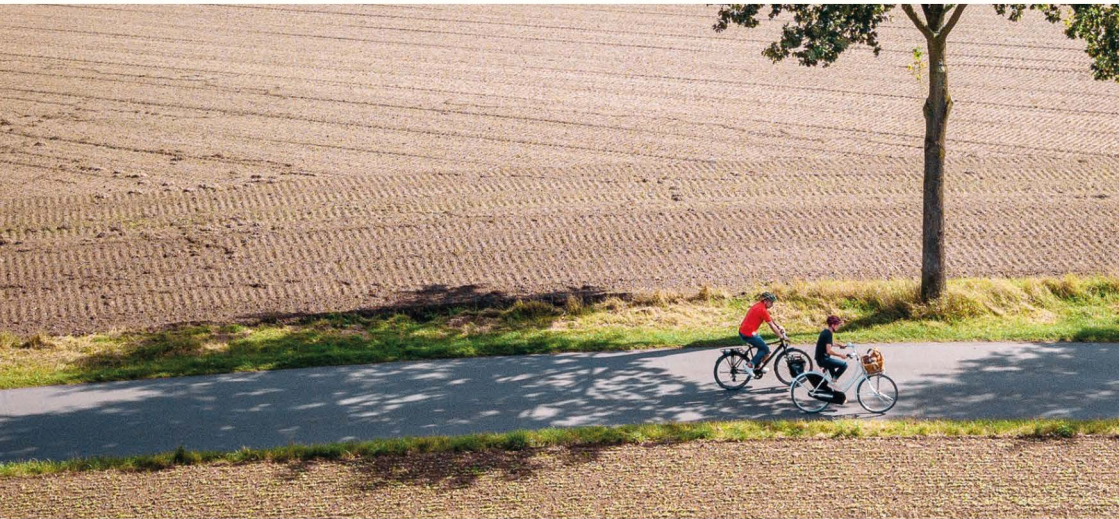


Jörg Rövekamp-Wattendorf
Kolja Heckes (Hrsg.)
**Gesundheit in
regionaler Verantwortung**
Beiträge zu Gestaltungsorten und
Aushandlungspraxen
in sozialen Lebensräumen



Gesundheit in regionaler Verantwortung

katho

Katholische Hochschule **Nordrhein-Westfalen**
Catholic University of Applied Sciences

Schriften der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen

Band 42

Jörg Rövekamp-Wattendorf
Kolja Heckes (Hrsg.)

Gesundheit in regionaler Verantwortung

Beiträge zu Gestaltungsorten und Aushandlungspraxen
in sozialen Lebensräumen

Verlag Barbara Budrich
Opladen • Berlin • Toronto 2024

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://portal.dnb.de> abrufbar.

Diese Publikation wurde gefördert durch:

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen – Catholic University of Applied Sciences (katho)

Projekt „münster.land.leben“ der Fachhochschule Münster (gefördert im Rahmen der Bund-Länder-Initiative „Innovative Hochschule“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung)

Forschungsverbund CareTech OWL der Hochschule Bielefeld (HSBI), im Rahmen des Projekts „Transformation in Care and Technology – TransCareTech“ (gefördert durch das Ministerium für Kultur und Wissenschaft des Landes NRW im Rahmen der Förderbekanntmachung „Profilbildung 2020“)

Gedruckt auf FSC®-zertifiziertem Papier.

Alle Rechte vorbehalten.

© 2024 Verlag Barbara Budrich GmbH, Opladen, Berlin & Toronto
www.budrich.de

ISBN 978-3-8474-2682-0 (Paperback)

eISBN 978-3-8474-1854-2 (eBook)

DOI 10.3224/84742682

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Umschlaggestaltung: Bettina Lehfeldt, Kleinmachnow – www.lehfeldtgraphic.de

Lektorat und Satz: Ulrike Weingärtner, Gründau – info@textakzente.de

Druck: docupoint GmbH, Barleben

Printed in Europe

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
<i>Maria Klein-Schmeink, MdB, stellvertretende Fraktionsvorsitzende der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen</i>	
Vorwort	10
<i>Karl Josef Laumann, Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen</i>	
Vorwort	11
<i>Dr. Kai Zwicker, Landrat des Kreises Borken</i>	
Einleitung	12
<i>Jörg Rövekamp-Wattendorf & Kolja Heckes</i>	
I. Teil: Gestaltungsorte	19
Gesundheitskioske als Ausgangspunkt für die Entwicklung regionaler Gesundheitsverbesserung	21
<i>Helmut Hildebrandt, Anja Stührenberg & Daniel Dröschel</i>	
Gesundheitsförderung und Prävention für älter werdende Menschen im Kontext von Quartiersentwicklung – das Projekt Gesundes GenerationenViertel Münster-Rumphorst	44
<i>Marc Gottwald-Kobras</i>	
Transfer und Innovation für die Gesundheitsregion – CareTechHUBs als Modell für die Verknüpfung von Versorgungspraxis, Technikentwicklung und Forschung in OWL	57
<i>Kolja Heckes, Marcel Siegler & Udo Seelmeyer</i>	
Pflegebedürftige und Pflegedienste im Spannungsfeld der Gesundheitsökonomie	88
<i>Philipp Leusbrock</i>	

Erwerbstätige, sorgende Angehörige: Erkenntnisse über die Herausforderungen für Betriebe und deren Führungskräfte – dargestellt anhand einer Machbarkeitsstudie im Westmünsterland	99
<i>Thomas Oelschläger & Andreas Schulte-Hemming</i>	
Die Ortskirchengemeinde als Akteurin der regionalen Gesundheitsfürsorge – eine historische Bestandsaufnahme und gegenwärtige Perspektiven	119
<i>Manuel Stübecke</i>	
„Keine Zeit für Kindereien“ – Eine Skizze zu Bildung und Gesundheit	131
<i>Ursula Tölle</i>	
Gesund Aufwachsen in der Region – Raumaneignung als Zugang zur Perspektive von Kindern und Jugendlichen	153
<i>Ulrich Deinet & Christian Reutlinger</i>	
Patient:innen mit Behinderungen – eine besondere „Gruppe“ in einer Gesundheitsregion?	166
<i>Barbara Ortland</i>	
Damit die (Lebens-)Welt nicht fremd bleibt – traumasensible Sozialräume als sichere Orte	186
<i>Ann-Kathrin Scholten</i>	
Sozialraum- und teilhabeorientierte Gestaltung einer gesundheitsbezogenen, regionalen Versorgung von Menschen mit Beeinträchtigung	209
<i>Ursula Böing</i>	
II. Teil: Aushandlungspraxen	227
Gefangen im Kokon? Gesellschaftliche Konstruktion sozialer Probleme im Feld gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit	229
<i>Johanna Hofzumberge, Jörg Rövekamp-Wattendorf & Sara Remke</i>	
„Und jetzt haben wir das eben anders gemacht ...“ – Analyse subjektiver Gesundheitsvorstellungen und des Gesundheitshandelns pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz	273
<i>Sarah Hampel</i>	

Integrierte und vernetzte Sorgelandschaften gestalten: Potenziale und Herausforderungen einer sozialraumorientierten Sozialpolitik	301
<i>Christian Heerd</i>	
Transferability als prozessimmanenter Gradmesser in Gesundheitsregionen am Beispiel von erwerbstätigen sorgenden Angehörigen	313
<i>Kolja Heckes</i>	
Thinking outside the box and ready for transition?	348
<i>Jörg Rövekamp-Wattendorf</i>	
Gesundheit demokratisch gestalten	389
<i>Anna Hürten</i>	
Förderung von Kindern psychisch und suchterkrankter Eltern in regionalen Verantwortungsgemeinschaften – Gesundheitsförderung und Prävention in Kooperation mit der Jugendhilfe	414
<i>Michael Rölver & Emine Ibrahimi</i>	
Angaben zu den Autor*innen	441

Vorwort

Maria Klein-Schmeink, MdB, stellvertretende Fraktionsvorsitzende der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen

Gesundheitsregionen liegt die Idee zugrunde, dass Menschen dort am besten versorgt werden, wo Angehörige der Gesundheitsberufe und Pflegekräfte Hand in Hand arbeiten. Auch die Folgen des demografischen Wandels werden abgemildert, wenn durch die Bildung von Netzwerken und eine neue Aufgabenteilung zwischen den Gesundheitsberufen die Versorgung verbessert wird. Doch der Weg dahin ist steinig. Darum haben wir Grüne uns bei den Verhandlungen der Koalitionsverträge sowohl für die Ampel im Bund als auch in Nordrhein-Westfalen für bessere Rahmenbedingungen für die regionale Versorgung eingesetzt.

Dazu gehört die Etablierung von Community Health Nurses und Patientenslots genauso wie niedrigschwellige Beratungsangebote. Bevölkerungsbezogene Versorgungsverträge sollen attraktiver werden. Auch die Krankenhausreform, die derzeit zwischen Bund und Ländern beraten wird, enthält mit den Vorhaltepauschalen und den Leistungsgruppen wichtige Elemente, um eine gute Versorgung überall vor Ort sicherzustellen.

Auf Landesebene planen wir für Nordrhein-Westfalen ganz konkret den Aufbau von mindestens fünf bevölkerungsbezogenen, sektor- und berufsgruppenübergreifenden Gesundheitsregionen. Darin werden wir gemeinwohlorientierte, multiprofessionelle Gesundheitszentren als Modellprojekte fördern. Eine Landesagentur für regionale Gesundheitsversorgung unterstützt die Akteure vor Ort aktiv.

Für die Pflege gilt es, endlich zu mehr Beteiligung der Kommunen bei der Pflegeplanung und infolge zu mehr quaternahen Wohnformen zu kommen. Deren gemeinsame Förderung durch Bund, Länder und Kommunen werden wir im SGB XI verankern. In Nordrhein-Westfalen werden wir die Möglichkeit zur Nutzung der verbindlichen Pflegebedarfsplanung sukzessive weiter ausbauen und die Kommunen dabei unterstützen. Neben Angeboten und Infrastruktur für die umfassende Pflege werden auch andere pflegerischen Angebote und Versorgungsformen miteinbezogen.

Wenn wir das alles umgesetzt haben, sind wir einen großen Schritt weiter.

Vorwort

Karl Josef Laumann, Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

Liebe Leserinnen und Leser,

in den letzten drei Jahren musste unser Gesundheitssystem aufgrund der Coronapandemie diverse Herausforderungen meistern. Dies ist uns in Nordrhein-Westfalen weitgehend gut gelungen. Aber insbesondere bedingt durch den demografischen Wandel warten bereits neue Herausforderungen auf unser Gesundheits- und Sozialsystem. Den diesem Buch zugrunde liegenden Gedanken, die regionale Gesundheitsförderung genauer zu untersuchen, begrüße ich daher ausdrücklich.

Nicht nur auf Bundesebene wird die Stärkung innovativer Versorgungsformen diskutiert. Auch in Nordrhein-Westfalen sollen Gesundheitsförderung, gesundheitliche Versorgung und Sozialarbeit stärker miteinander verbunden werden. Versorgungsbedarfe werden zukünftig steigen. Vor allem im ländlichen Raum und in strukturschwachen Gebieten ist die Schaffung adäquater Angebote für eine alternierende Gesellschaft erforderlich, um keine Versorgungslücken entstehen zu lassen.

Noch besser ist es, wenn Gesundheit gestärkt wird und Krankheiten gar nicht erst entstehen. Damit dies gelingen kann, muss Gesundheit in allen Politikfeldern gedacht werden. Gesundheitsförderung ist demnach eine Aufgabe, die nicht nur von den Akteuren des Gesundheitssystems zu bewältigen ist. Gesundheit kann an vielen Orten in den Blick genommen werden, sei es in der Schule, im Sportverein, in Angeboten der Jugendhilfe oder in der Kirchengemeinde.

Es wird zukünftig mehr denn je erforderlich sein, dass sich lokale Akteure des Gesundheitswesens, aber auch darüber hinaus, vernetzen. Der geplante Umbau der Krankenhauslandschaft bietet die Chance zur besseren Verzahnung von ambulanten und stationären Behandlungsangeboten. Wichtig bleibt dabei natürlich die wohnortnahe Grundversorgung.

Die Beiträge von Fachautorinnen und -autoren, ehrenamtlichen Personen aus der Region und professionellen Akteuren beleuchten die regionale Gesundheitsförderung aus verschiedenen Perspektiven. Dies macht den besonderen Reiz des vorliegenden Buches aus.

Ich wünsche Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, viel Inspiration bei der Lektüre.

Vorwort

Dr. Kai Zwicker, Landrat des Kreises Borken

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“ So heißt es in der bereits 1986 verabschiedeten Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO). „Individuellen Lebenswelten“ wie z. B. den Gemeinden, Städten und Kreisen wird dabei eine zentrale Bedeutung im Rahmen der Daseinsfürsorge zugeschrieben: Je lokaler und kleinräumiger der Bezugsraum, desto stärker beeinflusst die Gesundheitsplanung die Bürgerinnen und Bürger in ihrem Verhalten und in ihren Lebensverhältnissen.

Vor diesem auch heute unverändert aktuellen Hintergrund begrüße ich als Landrat des Kreises Borken die intensive Zusammenarbeit der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Münster, und der Fachhochschule Münster in diesem wichtigen Themenfeld gerade mit Blick auf die Situation bei uns im Westmünsterland sehr. Die Ergebnisse ihrer wissenschaftlichen Forschung sind nun im vorliegenden Herausgeberband „Gesundheit in regionaler Verantwortung – Beiträge zu Gestaltungsorten und Aushandlungspraxen in sozialen Lebensräumen“ zusammengetragen worden. Sie resultieren aus der engen Kooperation mit dem seit nunmehr fünf Jahren erfolgreich agierenden Netzwerk „reges:BOR – regionale Gesundheitsförderung im Kreis Borken“ und bieten aufschlussreiche Beiträge von Fachleuten, ehrenamtlich Engagierten und professionellen Akteuren unseres Raumes.

Ganz herzlich danke ich allen Beteiligten, insbesondere auch den Herausgebern des Bandes, Prof. Dr. Jörg Rövekamp-Wattendorf und Dr. Kolja Heckes, für das Zustandekommen. Möge ihr Werk auch anderen Regionen nutzbringenden Erkenntnisgewinn ermöglichen.

Einleitung

Regionen bilden sich durch eine Vielzahl verschiedener Zusammengehörigkeiten der dort lebenden Menschen ab. Regionsintern heterogene Akteure können darin aber durchaus übergreifend verschiedene Beiträge in Form von Visionen und Potenzialen liefern, was auch zu einer Neubildung von Gesundheitschancen beiträgt. Dabei gilt: Je höher ein kooperatives Engagement, desto höher ist die dortige Lebensqualität. Dazu muss ein guter Zugang der Menschen zu diesen Chancen, aus der hier vertretenen Perspektive zum System Gesundheitsversorgung, gewährleistet sein, unabhängig von verschiedenen Determinanten wie Geschlecht, Biografie, Wohnverhältnisse (Stichwort Chancengleichheit). Gesundheitschancen lassen sich dabei tatsächlich nicht nur mittels Negativvariablen erfassen und analysieren wie etwa regionale Morbidität und Mortalität, sondern ebenso in *Settingentwicklungen* in Betrieben, Schulen, Gesundheitseinrichtungen usw. Uns interessieren dazu u. a. folgende Fragen: Wodurch kann Gesundheit gefördert werden? Wodurch gelingen gesunde Lebensbedingungen z. B. für Kinder und Jugendliche? Welche Merkmale muss eine gesundheitsfördernde Politik besitzen? Welche Menschen kann Schule in ihre Gesundheitsförderung einbeziehen? Wie wirken gesellschaftliche Deutungen und Zuschreibungen gesundheitlicher oder sozialer Probleme auf die Gesundheitsförderung? In diesem Band wird aber auch klar, wie stark die Wirkkraft einzelner Settings davon abhängig ist, ob Entscheidungstragende in kollaborativen Aushandlungspraxen verantwortungsvolle Zielsetzungen, Strategien und Methoden, trotz ihrer spezifischen Fokusse, erfüllen (wollen). Das beginnt bei einer partizipativen Sensibilisierung für die Mitwirkungsverantwortung.

Das innovative Potenzial solch einzulösender Gesundheitsverantwortung ist aber auch abhängig davon, wie umfänglich die gesamte Bevölkerung in einer Region einbezogen wird. Hier spielt die Ressourcenanalyse eine zentrale Rolle. Insbesondere im ländlichen Raum kommt der Verzahnung von vorhandenen Angeboten deshalb eine chancenreiche Rolle zu, weil die räumliche Größe homogene Bedingungen für die Menschen offenbart wie etwa Lage, Klima oder Erwerbsmöglichkeiten sowie wechselseitige verflochtene Abhängigkeiten vereint. Nicht zuletzt hängt deshalb die herausfordernde Gestaltung auch immer wieder vom verantwortungstragenden Engagement von Bürger*innen, etwa im Ehrenamt, und ihren Ambitionen für Kooperationen ab (Stichwort Transprofessionalität, Kommunikationsinfrastruktur und systematische Kooperation). Der Nutzen: eine sektorielle Überwindung von Angebotsstrukturen, unabhängig davon, ob Profi oder Bürger*in als intelligente Vernetzung eröffnet durch das Überwinden von Grenzen im Sinne

einer Bereitschaft zur abnehmenden Autonomie, die möglicherweise auch in den Köpfen der Akteure verortet sein mag, neue Möglichkeiten: Kontingenz. Hierzu werden aber auch die Einflüsse der Politik auf die Gesundheitsentwicklung durch Politiker*innen auf der Bundes-, Landes- und Regionalebene nicht nur von deren begeisterten Grundeinstellungen abhängig sein, sondern auch von deren Setzungen nachhaltiger Rahmenbedingungen. Doch wem mag die Tragfähigkeit eines solchen nachhaltigen sozialen Netzes nutzen? Eine hohe Zufriedenheit durch gute Versorgungsqualität ließe sich synergetisch mit Effizienzerwartungen, etwa durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen oder durch schnellere Hilfen durch diesen fächerübergreifenden Ansatz, erreichen, indem die vorhandenen Kräfte gebündelt werden. Darüber hinaus: Transdisziplinäre Zusammenarbeit mag als eine humanisierende Kooperationsbedingung auch Arbeitszufriedenheit erzeugen, z. B. durch das Profitieren von gemeinsamen Wissensbasen.

Dieser Band nahm seinen Anfang im Herbst 2021. Kolja Heckes war seinerzeit der Netzwerkentwickler eines regionalen Verbunds zur Gesundheitsförderung im Kreis Borken (westliches Münsterland), genannt „reges:BOR“. Dabei handelte es sich um ein Teilvorhaben des Großprojekts *münster.land.leben* der FH Münster. Jörg Rövekamp-Wattendorf war damals wie heute Professor für die Fachwissenschaft Soziale Arbeit an der katho NRW. Ein erster Funke, der die Auseinandersetzung seitens der Herausgeber mit der regionalen Verantwortung für Gesundheit auslöste, erfolgte damals im Rahmen einer interessanterweise auf eine bestimmte Zielgruppe zugeschnittenen Analysewerkstatt zu „erwerbstätigen pflegenden/sorgenden Angehörigen“. (Damit erklärt sich auch ein gewisser, wenngleich nicht ausschließlicher Schwerpunkt einiger der Beiträge auf dieser Adressat*innengruppe). In seiner Netzwerkfunktion initiierte Heckes eine hochschulübergreifende Kooperation mit Rövekamp-Wattendorf; wissend, dass sich letzterer nicht nur bereits jahrelang auf dem Handlungsfeld des Gesundheitswesens bewegt, sondern die Gesundheitsförderung zu seinem Forschungsschwerpunkt zählte und ferner selbst aus dem Münsterland käme, mit den lokalen Eigenheiten also ebenfalls vertraut ist. Der immanente Fokus der Analysewerkstatt auf vorgenannte Zielgruppe, das Sich-Hefen an die Fersen der Adressat*innen, warf überdies immer mehr Fragen auf, die vor allem an die „Region“ als entscheidend gesundheitsrelevantes, gleichsam eigen-sinniges System zu stellen wären:

Inwieweit kann sich eine Region dafür verantwortlich zeichnen, dass es ihren Menschen bestmöglich gelingt, ihre Gesundheit zu stärken? Welche naheliegenden, aber ggf. auch noch zu wenig erkannten Gesundheitsproduzent*innen versammeln sich in der regionalen Arena? Welche Prozesse der Region an sich mitsamt ihren Akteuren lassen sich als Stärken herausarbeiten, und lässt sich das irgendwie bemessen? Welche Personengruppen bedürfen im Zuge regionaler Gesundheitssteuerung sensibilisierter Aufmerksamkeit? Lassen sich vor dem Hintergrund einer

gemeinsamen Verantwortung für die gemeinsame Region neue Kooperationskonstellationen initiieren, z. B. zwischen Sozial-/Gesundheitsberufen und lokaler Wirtschaft bzw. Lebenswelten? Sind regionale Umwelten ein geeignetes Surrounding für die Bestimmung des gesundheitsfördernden Einflusses anderer Artefakte (z. B. Technologien)? In welchen Modellen und Konzepten schlägt sich ein möglicher ‚turn‘ hin zur Gesundheitsregionalisierung nieder?

Wir Herausgeber und die Autor*innen möchten einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung in Regionen leisten. Absicht dieses Bandes ist, praktische Beispiele innovativer Praxen und konkrete Konzeptionierungsideen für Entscheidungsträger*innen aufzuzeigen. Wir möchten einen Einblick in aktuelle Entwicklungen, Herausforderungen und mögliche Entwicklungschancen geben. Die dargestellten Praxiserfahrungen der Autor*innen mögen also Handlungsoptionen aufzeigen *und* als Theoriebeiträge interessante Erklärungsbeiträge liefern und damit die aktuelle Diskussion bereichern. Die Beiträge lassen sich entsprechend den zwei Begriffen Gestaltungsorte und Aushandlungspraxen zuordnen. Im ersten Buchteil lassen sich Beiträge finden, die sich mit vielfältigen Settings, in denen wir leben, lernen, spielen und arbeiten oder pflegen, gepflegt oder behandelt werden, beschäftigen. Es geht um Zugangswege, um verschiedene Bevölkerungsgruppen in der Region zu erreichen. Obwohl einzelne, relativ abgrenzbare Orte als Sozialzusammenhänge in den Kapiteln beschrieben werden, geht es uns darum, integriert Gesundheit in sämtlichen Bereichen zu denken.

- *Helmut Hildebrandt, Anja Stühnberg und Daniel Dröschel* stellen das Konzept des Gesundheitskiosks mit seinem gesundheitspolitischen Hintergrund vor und begründen – sinngemäß anschlussfähig an die Positionen von Heerdt und Gottwald-Kobras –, dass Gesundheitskioske im Sinne einer umfassenden regionalen Gesundheitsförderung in ein erweitertes multisektorales Netzwerk eingebettet werden müssen.
- *Marc Gottwald-Kobras* berichtet als ehemaliger Quartiersentwickler aus erster Hand über ein Quartiersprojekt im Nordosten der Stadt Münster, das seinerzeit im Rahmen des Masterplans Altengerechte Quartiere.NRW durchgeführt wurde und programmatisch einen Gesundheitsschwerpunkt verfolgte; dabei zeigt sich u. a., dass sich die Bewohnerinnen und Bewohner erst langsam von einem Gesundheitsverständnis als „Reparaturbetrieb“ lösen.
- *Kolja Heckes, Marcel Siegler und Udo Seelmeyer* beleuchten in ihrem Beitrag die Bedeutung von Caretechnologien für die Gesundheitsunterstützung in Ostwestfalen-Lippe und bringen hierzu zwei Ansätze miteinander in den Dialog, das Modell der „Gesundheitsregion“, wie es von Hildebrandt et al. ausgearbeitet wird, und lokale transdisziplinäre Einheiten aus Technik, Gesundheit und Sozialem (sogenannte CareTechHUBs).

- *Philipp Leusbrock* bezieht sich in seinem Beitrag auf die ambulante Versorgung pflegebedürftiger Menschen und deren Angehörigen. Er erläutert deren Situation in direkter Verbindung mit der von Pflegenden und Pflegediensten unter den aktuell herrschenden Bedingungen von Gesundheitsökonomie und den Auswirkungen des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG).
- *Thomas Oelschläger* und *Andreas Schulte-Hemming* befassen sich in ihrem Beitrag mit Mentorship-Prozessen zwischen Arbeitgebern der Region, die von- und miteinander lernen, wie sie die Gesundheit in häusliche Pflege eingebundener Mitarbeitender fördern können.
- *Manuel Stübecke* beschreibt die Ortskirchengemeinde als Akteurin in der regionalen Gesundheitsvorsorge; dazu zeichnet der Autor historische Geneselinien von Kirche und Sozialer Arbeit in Bezug auf regionale Gesundheitsverantwortung nach und kommt zu dem Schluss, dass – trotz vieler konfessioneller Wohlfahrts-träger – zwar eine wachsende Diskrepanz das Verhältnis von Kirche und Sozialer Arbeit unter Druck setzt, in der regionalen Gesundheitsvorsorge jedoch ein geteiltes Mandat besteht und damit eine kooperative Perspektive eröffnet.
- *Ursula Tölle* gibt einen Einblick in historische und aktuelle Entwicklungen hin zu einer gesunden Schule. Es wird ein weites Verständnis von Bildung und Entwicklung entfaltet, das Grundlage von Gesundheit und Gesundheitsbildung auch im Setting Schule ist. Bezüge zu „kinderleichten“ Texten von Astrid Lindgren und Erich Kästner sowie Praxisbeispiele illustrieren den Ansatz einer Subjektorientierung.
- *Ulrich Deinert* und *Christian Reutlinger* zeigen Chancen und Grenzen zur Gestaltung von Lebensräumen von Kindern und Jugendlichen auf. Soziale Räume, in denen ihre Interaktionen und ihr soziales Handeln stattfinden, insbesondere ihr Nahraum, entstehen zwar durch Aneignung, müssen aber gleichsam relational durch sozialraumbezogene Gesundheitsförderung erschließbar werden.
- *Barbara Ortland* fängt eindrückliche persönliche Erfahrungen über nicht nur soziale Barrieren in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit einer Beeinträchtigung ein. Damit eröffnet sie vor dem Hintergrund des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) die Thematik der verpflichtenden Verantwortung für die Umsetzung von Barrierefreiheit.
- *Ann-Kathrin Scholten* geht mit ihrer Arbeit zur Bedeutung traumasensibler sozialer Räume auf ein Thema ein, das ins Zentrum aktueller Diskussionen gehört: Die vernetzte Schaffung sicherer Umgebungen für Betroffene ist ein zentraler Schutzfaktor vor den Folgen von Traumatisierungen, wenn nicht nur Segmente, sondern der gesamte Sozialraum Betroffener zu einem sicheren Ort werden kann.
- *Ursula Böing* entwickelt zu einer teilhabeorientierten Gestaltung regionaler Räume aus einer kritischen Reflexion bestehender sozialräumlicher Planungs-

prozesse die Anforderung an eine grundlegende neujustierte Strategie, welche die gleichgestellte Perspektive von Menschen mit Behinderung als Disability Mainstreaming einnimmt.

Im zweiten Teil des Bandes finden sich Beiträge zu Verständnisrahmen und Perspektiven der Gesundheitsförderung. Darin laden die Autor*innen zum Perspektivwechsel im Sinne einer erweiterten Deutung problematisch erscheinender gesundheitlicher Phänomene und Probleme ein. Ihre Beiträge beziehen sich auf Wahrnehmungen und Problematisierungen bzw. Entproblematisierungen sowie Bearbeitungsansätze und damit auf Rollen bei der Transformation gesundheitsbezogener Probleme. Sichtbar werden auch unterschiedliche Wirkungsvorstellungen, Implikationen und mögliche Organisationsformen für zukunftsfähiges gesundheitsförderndes Handeln.

- *Johanna Hofzumberge, Jörg Rövekamp-Wattendorf und Sara Remke* zeichnen Auswirkungen gesellschaftlicher Konstruktionen sozialer Probleme im Feld der Gesundheitsförderung nach. Wie entstehen aus Beobachtungen und Zuschreibungen gesellschaftlich anerkannte Probleme, und welche Mechanismen des Umgangs damit können identifiziert werden? In diesem Zusammenhang stellen sie die Frage, ob und inwiefern Soziale Arbeit die sehr verschiedenen Prozesse rund um soziale Probleme im Gesundheitssektor überhaupt jonglieren kann. Sie bieten den Leser*innen mittels des Kokonmodells eine Kombination objektivistischer und konstruktivistischer Perspektiven an, um den Diskurs um Gesundheitsförderung sowie die Rollenanforderungen für diese junge Wissenschaft im Kontext von gesellschaftlichen Konstruktionen sozialer Probleme nachzuvollziehen.
- *Sarah Hampel* formuliert in ihrem empirischen Beitrag die Ausgangslage, dass „Gesundheit“ – hier bezogen auf pflegende Angehörige demenziell veränderter Menschen – weitestgehend durch eine Expert*innenperspektive bestimmt ist, und geht der Frage nach, inwieweit die noch unterrepräsentierte Laienperspektive zur Wissenserweiterung zur Überwindung von Systembarrieren beitragen kann.
- *Christian Heerdt* kommt komplementär zu Hampels Beitrag zu der Einsicht, dass tragfähige regionale Sozialraumstrukturen im Sinne von Sorgelandschaften nicht von allein entstehen und einzelne Beratungsstellen die sozialrechtliche und akteursübergreifende Komplexität kaum steuern können; als ein Lösungsmodell diskutiert der Autor Agenturen der Sozialraumentwicklung und Sozialkapitalbildung.
- *Kolja Heckes* nimmt die Einschätzung vor, dass die „Gesundheitsregion“ aktuell an einem womöglich reduktionistischen Wirkungsbegriff rund um Mortalitätä-

ten, Diagnosehäufigkeiten und Kosten bemessen wird, und erkundet am empirischen Beispiel einer konkreten Adressat*innengruppe (der erwerbstätigen sorgenden Angehörigen, als einer Gruppe zwischen teils konträren Ansprüchen; siehe Hampel als auch Oelschläger/Schulte-Hemming) alternative prozessimamente Wirkungsdimensionen.

- *Jörg Rövekamp-Wattendorf* prüft Gelingens- und Hemmnisfaktoren eines transprofessionell ausgerichteten Case Managements. Er spürt notwendigen transprofessionellen Kompetenzen für ein vernetzendes Bemühen nach, um Bürger*innen Angebote einer Gesundheitsversorgung zugänglich zu machen, welche über Differenzierungs- und Spezialisierungstendenzen hinausgehen.
- *Anna Hürten* ergründet unter dem Titel *Gesundheit demokratisch gestalten* die Potenziale einer Demokratisierung des Gesundheitswesens. Zuvor wirft sie einen dezidierten Blick auf Defizite und Notwendigkeiten im Gesundheitssystem. Sie nimmt Hindernisse und Möglichkeiten eines ernsthaften Umgangs mit Vielfalt, Partizipation und Antidiskriminierung in den Blick und stellt Lösungsstrategien und best-practice Beispiele zur Diskussion.
- *Michael Rölver* und *Emine Ibrahim* arbeiten in ihrem Beitrag unterschiedliche, aber auch verbindende Logiken zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen in Bezug auf Gesundheitsförderung heraus und plädieren zu einer Weiterentwicklung vor dem Hintergrund von „Health in all policies“ für eine gemeinsame regionale Verantwortungsgemeinschaft.

Die beiden Herausgeber haben ihre Verortung in der Sozialarbeitswissenschaft und sind jeweils sowie gemeinsam mit der Frage befasst, wie sich traditionelle, sozialraumorientierte Essenzen aus dem Repertoire der Sozialen Arbeit für den in dieser Form noch jungen Diskurs um Gesundheitsregion(-alisierung) transdisziplinär aufbereiten lassen. Wohlwissend, dass der besondere Wert von Gesundheitsregionen in der integrierten Perspektivenvielfalt liegt, soll es mit vorliegendem Band darum gehen, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, ein Mosaik zusammenzusetzen. Diesem Band ging kein weitgestreuter Call for Papers voraus. Vielmehr ging es den Herausgebern darum, Gäst*innen zu Wort kommen zu lassen, mit denen in den vergangenen Jahren entlang des hier einleitend umrissenen Themas intensiv zusammen gedacht wurde. Umso mehr freuen wir uns über die hohe Perspektivenvielfalt und heterogenen Verortungen, wie sie den Diskurs um „Gesundheitsregionen“ bereichern.

Unser höchster Dank gilt somit den Autor*innen aus Praxis und Wissenschaft für ihr bereicherndes Wissen und ihre reflektierten Erfahrungen. Außerdem danken wir Marcellus Bonato, Leiter von reges:BOR, und Marcus Flachmeyer, Projektentwickler ebenda, für den plastizierenden Austausch über die Eigenheiten und Besonderheiten der für diesen Band ausgangsstiftenden Region des Kreises Borken im

Westmünsterland. Ebenfalls bedanken wir uns bei Lukas Walbaum, ebenfalls von der FH Münster, für die Gestaltung des Covers dieses Bandes. Gemeinsam danken wir der Katholischen Hochschule NRW, der FH Münster sowie dem Verlag Barbara Budrich. Kolja Heckes dankt den Netzwerkpartner*innen von reges:BOR für die intensive, vertrauensvolle und innovationsbegeisterte Zusammenarbeit, außerdem dankt er dem Team von reges:BOR an der FH Münster sowie dem Team von Care-Tech OWL an der Hochschule Bielefeld, insbesondere dankt er Hellen Brüggemann für die redaktionelle Arbeit, ferner gilt sein persönlicher Dank Johanna Burkhart. Jörg Rövekamp-Wattendorf dankt Carolin Leugers für die redaktionelle Arbeit sowie schließlich Barbara Rövekamp.

Münster, im September 2023

Jörg Rövekamp-Wattendorf & Kolja Heckes

I. Teil: Gestaltungsorte

Gesundheitskioske als Ausgangspunkt für die Entwicklung regionaler Gesundheitsverbesserung

Helmut Hildebrandt, Anja Stührenberg & Daniel Dröschel

Ein Fallbeispiel

*Ein Kinderarzt im Bochumer Stadtteil Wattenscheid erkennt bei einer Routineuntersuchung eines sechsjährigen Jungen bereits ein massives Übergewicht, und die junge Mutter scheint mit der Erziehung rund um die Ernährung und Bewegung überfordert zu sein. Das Kind hat bereits Schwierigkeiten, Aktivitäten in der Schule mitmachen zu können, und wird zeitweise von Mitschüler*innen aufgrund des Übergewichts ausgeschlossen. Der Arzt empfiehlt ihr, sich umfassend bei einer kindgerechten Ernährungsberatung vorzustellen. Weil die Mutter nicht weiß, wie sie eine geeignete Praxis finden und einen Termin bekommen kann, rät ihr der Arzt, sich im Gesundheitskiosk in der Nähe beraten zu lassen. Die Mitarbeiter*innen dort haben viel Erfahrung mit Herausforderungen dieser Art in Familien und arbeiten eng mit Institutionen aus dem Bereich zusammen. Schon beim ersten Termin wird ihr viel klarer, welche Hilfe ihr Kind braucht und was nun zu tun ist. Sie wird vom Gesundheitskiosk an eine nahegelegene Praxis für Ernährungsberatung speziell für Kinder vermittelt. Außerdem wird ihr Sohn in ein Gruppenangebot für gesunde Ernährung und Bewegungseinheiten im Gesundheitskiosk aufgenommen, wo er regelmäßig mit gleichaltrigen Kindern zusammen in der Entwicklung gefördert wird und Spaß an Aktivitäten findet. Die Mutter fühlt sich im Gesundheitskiosk gut aufgehoben und beraten. Die Tipps für eine bessere Ernährung und die Motivation zu mehr Bewegung für ihren Sohn helfen ihr, selbst auch gesünder zu leben.*

Dieses Beispiel zeigt, wie niedrigschwellige Beratung gerade Menschen mit wenig Gesundheitskompetenz und Sprachbarrieren helfen und gleichzeitig das Gesundheitssystem insgesamt entlasten kann – ein Thema, das in Zeiten von knapper werdenden personellen Ressourcen im medizinischen und sozialen Sektor immer mehr an Relevanz gewinnt. Es müssen Lösungen gefunden werden, die alle Systemstrukturen in unserer Gesundheits- und Sozialversorgung adressieren und gleichzeitig nicht noch mehr Ressourcen verschwenden.

Gesundheitsversorgung für alle Menschen zugänglich machen, egal wie alt, krank oder gebildet sie sind, bleibt eine der wichtigsten Aufgaben unserer Zeit. Gesundheitskioske werden dabei eine große Rolle spielen, weil sie gut umzusetzen sind, die Menschen vor Ort wirklich erreichen, Gesundheit fördern, die Gesundheitsversorger merklich entlasten und nicht zuletzt auch politisch gewollt sind. Doch woher kommt diese Entwicklung, und warum stellen Gesundheitskioske ein sinnvolles Versorgungskonzept im regionalen Setting-Ansatz für die Gesundheitsverbesserung dar?

1 Von Modellprojekten zur Entwicklung weiterer Gesundheitskioske – die gesundheitspolitische Agenda

1.1 Projekt INVEST Billstedt/Horn – Entwicklung des ersten Gesundheitskiosks in Deutschland und weiterer Projekte

Der bundesweit erste Gesundheitskiosk wurde 2017 in den soziostrukturell benachteiligten Hamburger Stadtteilen Billstedt und Horn eröffnet. Die Entwicklungsarbeit begann jedoch bereits viel früher: OptiMedis hatte zusammen mit zwei lokalen Vertretern der Ärzteschaft bereits 2012 aufgrund zunehmender Versorgungsprobleme und des Wegzugs von Arztpraxen mit den Vorbereitungen begonnen und mit Unterstützung durch die Gesundheitsbehörde der Freien und Hansestadt die regionale Versorgungssituation beschrieben und eine Machbarkeitsstudie für die Verbesserung der Gesundheitssituation in diesen Stadtteilen entwickelt.¹ Darauf aufbauend wurde zusammen mit der AOK Rheinland/Hamburg, die auch Daten dafür bereitstellte, sowie einzelnen Ersatzkassen und unter Einbeziehung von sozialen Einrichtungen, Initiativen des Stadtteils und kommunalen Dienststellen ein Antrag an den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) entwickelt und ein Ärztenetz gegründet. Zwei Gründe ergänzten sich dabei für die Antragstellung zugunsten einer regionalen Gesundheits- und Versorgungsverbesserung: Im Verhältnis zu anderen, eher reicheren Hamburger Stadtteilen war die Versorgungsdichte in Billstedt/Horn ungünstig. Die Ärzt*innen berichteten über einen Patientenansturm, dem sie nur durch Aufnahmestopps Herr zu werden glaubten. Gleichzeitig stellten sie erhebliche Verständigungsprobleme und eine geringe Gesundheitskompetenz vieler Patient*innen fest.

1 OptiMedis, 2015, „Entwicklungs- und Handlungskonzept für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung in Billstedt und Horn. Kleinräumige Analyse der Bedarfssituation“ https://optimedis.de/files/Publikationen/Studien-und-Berichte/2016/Billstedt_Horn_BGV_Analyse_Final.pdf [Zugriff 03.01.2023].

Zugleich konnte aus den Daten der AOK Rheinland/Hamburg abgeleitet werden, dass die Patient*innen in der Region durchschnittlich mit bis zu 13 Jahren früher verstarben als in anderen Stadtteilen Hamburgs und gleichzeitig auch mit ungefähr dem gleichen Zeitabstand früher chronisch erkrankten.²

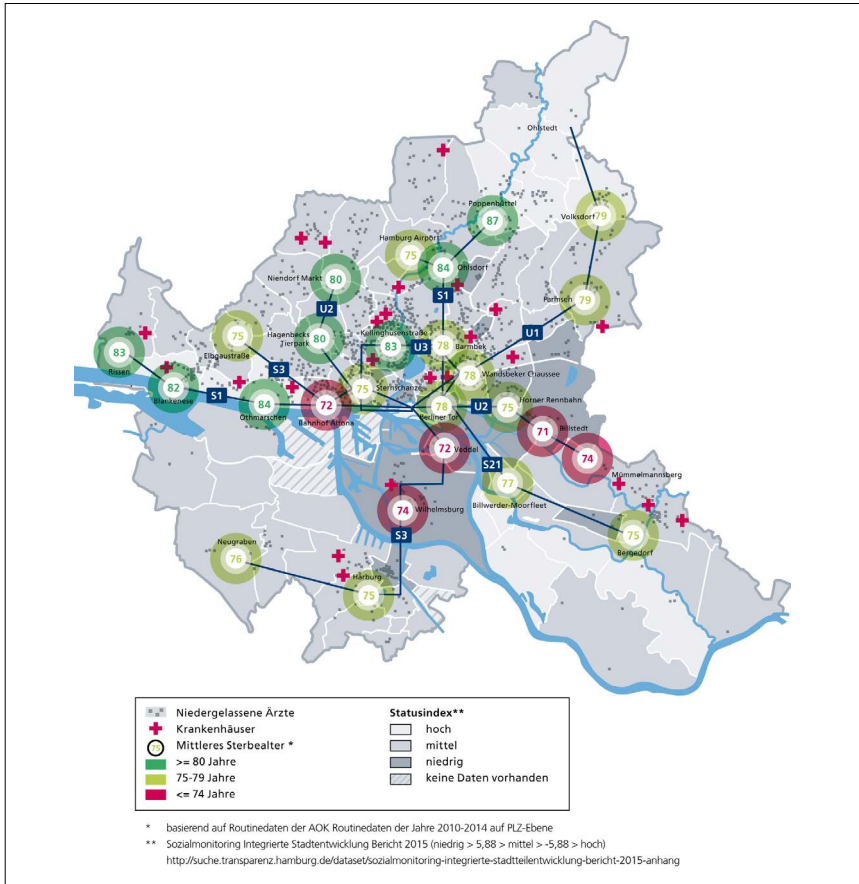


Abb. 1: Das durchschnittliche Sterbealter in den Stadtteilen Hamburgs auf Basis der Routinedaten der AOK von 2010–2014 (Quelle: OptiMedis)

2 Gesundheit Aktiv „Ein gesundes Projekt für einen benachteiligten Stadtteil“, https://optimedis.de/files/Billstedt-Horn_GESUNDHEIT_AKTIV.pdf [Zugriff 04.01.2023].

Für die Umsetzung einer zielgerichteten regionalen Intervention wurde 2016 die regionale Managementgesellschaft „Gesundheit für Billstedt/Horn UG“ (GfBH) gegründet. Mithilfe von OptiMedis stellte die GfBH einen Antrag beim Innovationsfonds des G-BA für INVEST Billstedt/Horn, der bewilligt wurde. Mit dem Antrag verbunden war die vertragliche Verpflichtung der AOK und der GfBH, die Arbeit nach dem Förderzeitraum – auf Basis eines Einsparcontractingvertrags³ – gemeinsam weiterzuführen. Die Einrichtung eines Gesundheitskiosks (mit einer weiteren Filiale in einer Großsiedlung) war eines der Interventionsmodule. Hinzu kamen die systematische Vernetzung der sozialen und medizinischen Akteure, deren digitale Verknüpfung sowie die gezielte Intervention zugunsten einer Gesundheitsoptimierung in der Region und die Entwicklung zahlreicher Kurs- und Trainingsangebote mit den sozialen Vereinen. Innerhalb des Förderzeitraums von 2017 bis 2020 wurden im Gesundheitskiosk zirka 10.000 Beratungen durchgeführt, ein Netzwerk mit zirka 140 Akteur*innen aufgebaut und Kooperationen mit vier Krankenhäusern, vielen Ärzt*innen im Netz und stationären Pflegeeinrichtungen geschlossen.⁴

Exkurs: Gesundheitskiosk – ein problematischer Name?

Der Gesundheitskiosk in Billstedt/Horn sollte gleichzeitig Treffpunkt und Kursanbieter sein, mehrsprachige Unterstützung anbieten sowie für möglichst viele Bewohner*innen der zwei Stadtteile, die sich mehrheitlich durch Menschen aus vielen unterschiedlichen Ländern auszeichnen, geeignet sein. Da stellte sich die Frage, welche Bezeichnung für ein solches Koordinations- und Beratungszentrum passend ist. Niedrigschwelligen Zugang sollte der Begriff suggerieren, außerdem für Menschen aus möglichst vielen Kulturräumen verständlich sowie kurz und knackig sein. „Kiosk“ bot sich dafür an, da er sowohl für die deutschsprachige als auch die russisch-, türkisch-, syrisch- und farsisprachige Bevölkerung verständlich war. Dagegen sprach die Befürchtung, dass der Kiosk als Verkaufsstelle verstanden werden könnte. Im Endeffekt entschieden wir uns für die Niedrigschwelligkeit und

3 Unter Einsparcontracting wird ein Vertrag verstanden, der eine Verbesserung des Gesundheitsstatus einer regionalen Bevölkerung belohnt. Hintergrund ist die Annahme, dass aus einem höheren Gesundheitsstatus geringere Versorgungskosten für die Bevölkerung resultieren. Technisch kann das so gelöst werden, dass die Steigerung der Gesundheitsausgaben pro Kopf einer Region für die Krankenkasse von Jahr zu Jahr, gemessen an einem Index zu einem Ausgangsjahr, mit anderen Regionen oder dem Bundesschnitt verglichen wird. Eine geringere Steigerung in der Interventionsregion führt im Erfolgsfall dann zu einem relativen positiven Ertrag der Krankenkasse, die diesen Ertrag zu einem Anteil an die Managementgesellschaft zur nachträglichen Vergütung ihres Aufwands teilen kann.

4 Gesundheit für Billstedt/Horn, „Ergebnisbericht“, https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/139/2022-02-16_INVEST_Billstedt.Horn_Ergebnisbericht.pdf [Zugriff 04.01.2023].

die Kürze des Namens und setzten auf eine entsprechende Ausstattung und ein Design, das den Beratungscharakter (statt einer Verkaufsstelle) hervorhob. Auch für die gesetzliche Verankerung wird der Begriff weiterhin verwendet, wenngleich jede Betreibergesellschaft im Endeffekt selbst entscheiden kann, ob sie dem Versorgungskonzept auch diesen Namen gibt, denn geschützt ist er nicht. Je nach Verankerung im sozialen Raum, ob ländlich oder städtisch, bieten sich ggf. auch andere Bezeichnungen an.

Der Förderzeitraum wurde umfassend durch das Hamburg Center for Health Economics (HCHE) der Universität Hamburg wissenschaftlich begleitet und auf eine mögliche Übertragbarkeit in die Regelversorgung hin evaluiert. Zum Ende des Jahres 2019, nach vielen Jahren erfolgreicher Aufbauarbeit gemeinsam mit dem heutigen Ärztenetz Billstedt-Horn e. V., hat OptiMedis den Großteil der Gesellschafteranteile an der Gesundheit für Billstedt/Horn UG an den gemeinnützigen Verein Gesundheitskiosk e. V. Hamburg abgegeben. Damit wurde den sozialen Einrichtungen und Patientenvertretungen eine stärkere Rolle im Gesundheitsnetzwerk ermöglicht.

Weitere Projekte folgten seitdem – ganz aktuell hat OptiMedis mit der Stiftung Landleben im thüringischen Unstrut-Hainich-Kreis eine gemeinsame Gesellschaft gegründet – die „Gesundes Landleben GmbH“. Im ersten Schritt soll in fünf Gemeinden jeweils ein Gesundheitskiosk entstehen. In den nächsten Jahren wird damit eine Umgebung geschaffen, in der die Menschen vor Ort besonders niedrigschwellig in allen Fragen zur Gesundheit, zu sozialen Problemlagen und zur Gesundheitsförderung beraten werden. Dabei ist auch an eine Videoübertragung von Vitaldaten gedacht. So sollen Ärzt*innen und Therapeut*innen entlastet und der medizinische mit dem sozialen Bereich verknüpft werden.

Auch für den städtischen Kontext sind weitere Vorhaben geplant: In Bochum-Wattenscheid wird nach einer umfassenden Machbarkeitsstudie gemeinsam mit der AOK NordWest, der Stadt Bochum, der AWO Rhein-Ruhr und weiteren Netzwerkakteuren nach und nach der Grundstein für die Errichtung eines Gesundheitskiosks gelegt.

1.2 Vom Innovationsfondsprojekt zur Empfehlung in die Regelversorgung – Aufgreifen der Absichtserklärung aus dem Koalitionsvertrag

Auf Basis der wissenschaftlichen Evaluation durch das HCHE hat sich der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) Anfang 2022 dafür ausgesprochen, Ansätze des Projekts „INVEST Billstedt/Horn – Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für eine integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen“ mit dem ersten Gesundheitskiosk Deutschlands

in die Regelversorgung zu übernehmen.⁵ Die AOK Rheinland/Hamburg hat, nach dem Start in Hamburg, mittlerweile auch in weiteren Städten Gesundheitskioske aufgebaut – jeweils zusammen mit lokalen Partnern.⁶ Unter anderem haben diese Erfahrungen in Hamburg, Essen, Köln oder Aachen dazu beigetragen, dass die Verhandlungspartner von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP eine Absichtserklärung in den Koalitionsvertrag 2021–2025 eingebracht haben.⁷ Dort heißt es: „Zudem erhöhen wir die Attraktivität von bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen und weiten den gesetzlichen Spielraum für Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern aus, um innovative Versorgungsformen zu stärken. In besonders benachteiligten Kommunen und Stadtteilen (fünf Prozent) errichten wir niedrigschwellige Beratungsangebote (z. B. Gesundheitskioske) für Behandlung und Prävention.“

Der Empfehlung des Innovationsausschusses des G-BA folgend hatte die Gesundheitsministerkonferenz im Juni 2022 eine gesetzliche Hinleitung beschlossen und im August 2022 wurde durch das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zunächst ein Eckpunktepapier für die Gesundheitskioske vorgelegt.⁸ Dem Eckpunktepapier folgend hat das Ministerium nun seit dem 15.06.2023 weitere Themenschwerpunkte im Referentenentwurf zum zum „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)“ aufgenommen. Neben den Gesundheitskiosken sind hier auch Primärversorgungszentren, Gesundheitsregionen und kommunale Medizinische Versorgungszentren näher beschrieben. Was die Gesundheitskioske betrifft, so ist der Referentenentwurf recht nah am Eckpunktepapier geblieben.

Das Initiativrecht zur Errichtung und Gründung eines oder mehrerer Gesundheitskioske liegt zukünftig bei den Kreisen bzw. kreisfreien Städten, welche mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen und den privaten Krankenkassen scheidsamtsfähige Verträge schließen können. Die Verpflichtung der gesetzlichen und privaten Krankenkassen gilt jedoch nur, wenn sich der Kreis bzw. die kreisfreie Stadt an dem Versorgungskonzept beteiligen und eine enge Zusammenar-

5 Gemeinsamer Bundesausschuss, „Impulse für die Regelversorgung aus weiteren drei Projekten des Innovationsausschusses“, <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1023/> [Zugriff 16.03.2022].

6 „Regionale Versorgung: Gesundheitskiosk | AOK Rheinland/Hamburg | AOK Rheinland/Hamburg“, <https://www.aok.de/pk/cl/rh/inhalt/gesundheitskiosk-essen-geht-an-den-start/> [Zugriff 28.06.2022].

7 Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, „Koalitionsvertrag 2021“, Webseite der Bundesregierung | Startseite, 2022, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/koalitionsvertrag-2021-1990800> [Zugriff 07.04.2023].

8 „Gesundheitskiosk | BMG“, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/g/gesundheitskiosk.html> [Zugriff 15.12.2022]

beit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst gewährleistet wird. Die wesentlichen Punkte des neuen Gesetzesvorhabens sind zusammenfassend folgende:

Gesundheitskiosk (§ 65g SGB V)

- Die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenkassen schließen gemeinsam und einheitlich mit einem Kreis oder der kreisfreien Stadt auf deren Verlangen einen Vertrag
- Die Verpflichtung besteht nur, sofern sich der Kreis oder die kreisfreie Stadt beteiligen und enge Zusammenarbeit mit dem ÖGD gewährleistet
- Voraussetzung in sozial benachteiligten Regionen, hier ist auch Unterversorgung relevant
- Die Leitung übernimmt perspektivisch eine Pflegefachkraft; die Trägerschaft ist nicht näher definiert, sinnvoll wäre wohl eine neutrale Trägereinrichtung z. B. über Dritte
- Die Aufgaben und Leistungen eines Gesundheitskiosks legen den Fokus auf Beratungs- und Unterstützungsleistungen zu verschiedenen Fragestellungen, sowie Koordinierungsaufgaben, Informationsbereitstellung und die Übernahme von kleineren medizinischen Routineleistungen im Rahmen ärztlicher Delegation
- Die Finanzierung soll zwischen 80% (74,5% GKV + 5,5% PKV) über die Krankenkassen über ein Umlagesystem und 20% über die Kommunen aufgeteilt werden. Eine Größenordnung pro Kiosk 400.000 € pro ca. 80.000 Einwohner und eine Personal- zu Sachkostenrelation von 80% zu 20% ist dabei bisher angedacht.
- Es hat eine wissenschaftliche Begleitevaluation zu erfolgen.

Auch wenn hier schon einige Details zur Initiierung, zum Aufbau und zur Finanzierung der Gesundheitskioske aufgelistet sind, ist zu erwarten, dass bis zum Inkrafttreten des Gesetzes noch einige Diskussionspunkte der adressierten Stellen wie von den Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den Kommunen eingebracht werden.

2 Ziele eines Gesundheitskioskes – Versorgungslücken schließen, Gesundheitschancen verbessern, Gesundheitskompetenz stärken

Sind die genannten Beispiele aus Hamburg, NRW und Thüringen auch in der gegenwärtig durch finanzielle Knappheit herausgeforderten Situation des Gesundheitswesens zum Nachmachen geeignet? Wir finden ja, denn in den aktuellen

Diskussionen um Gesundheitskioske wird ein wichtiger Punkt außer Acht gelassen: Richtig ausgerichtet und incentiviert kann der Kiosk durch die Einbettung in ein Gesundheitsnetzwerk aus medizinischen und sozialen Versorgungsstrukturen dazu beitragen, dass Menschen – vor allem in vulnerablen Regionen – ihre Chancen auf gute Gesundheit verbessern. Mittel- und langfristig können sie damit die eigene Krankheitshäufigkeit verringern und verursachen gleichzeitig weniger Kosten für das Gesundheits- und Sozialwesen.

Allerdings reichen Gesundheitskioske allein nicht aus, um Gesundheitsförderung umfassend umzusetzen. Das Konzept muss ganzheitlich in ein multisektorales Netzwerk eingebettet werden – mit den Ebenen Fallberatung und -steuerung (Case und Care Management) sowie Organisation von Überleitungsprozessen (Systemmanagement). Gleichzeitig muss der Kiosk bzw. das Gesundheitsnetzwerk an bereits bestehende Konzepte und Angebote im Sozialraum angebunden werden, z. B. an Vernetzungsstellen Frühe Hilfen, Präventionsketten, integrierte kommunale Strategien, kommunales Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit, Pflegestützpunkte etc. Es gibt hierfür bereits eine große Anzahl kommunaler Projekte⁹, die vorbildlich integriert handeln, und das sollte genutzt werden.

Gesundheitskioske sind daher in ihrer Zielsetzung niedrigschwellige Versorgungseinheiten und Vernetzungsstrukturen, die insbesondere vulnerablen Bevölkerungsgruppen einen besseren Zugang zum Gesundheits- und Sozialsystem ermöglichen und in einem multiprofessionellen Netzwerk die Prozesse verbessern. Sie werden jeweils an die Region oder den Stadtteil angepasst. Es sollte immer mindestens eine zentrale Anlaufstelle geben, aber auch Filialen und Gesundheitsfachkräfte an anderen Standorten können einbezogen werden.

2.1 Kernelemente des Versorgungskonzepts

Kernelemente eines Kiosks sind ein am **Case-Management-Ansatz orientiertes Systemmanagement und Fallmanagement** durch Case Manager*innen, die Stärkung der Gesundheitskompetenz von Klient*innen und die Steuerung in zielgruppenadaptierte Angebote für Gesundheitsförderung sowie Prävention.

Dabei kann der Gesundheitskiosk bereits durch eine einmalige Beratung für Klient*innen einen erheblichen Mehrwert für die Gesundheitskompetenz leisten oder auch an weitere notwendige Stellen im Gesundheits- und Sozialsystem vermitteln. Andere Klient*innen benötigen wiederum eine intensivere Begleitung durch die Case Manager*innen, so z. B. chronisch erkrankte Menschen mit multiplen sozial-psychiatrischen Problemen in ihrem Alltag. Hierbei kann der Gesundheitskiosk

9 Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, online: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/> [Zugriff 07.09.2023].

die Klient*innen durch gezieltes Case Management begleiten, sie und ihr soziales Umfeld unterstützen, die richtigen Wege im Gesundheits- oder Sozialsystem einzuschlagen, und die Schnittstellen dabei an den wichtigen Wegpunkten einbeziehen. Gleichzeitig wird dabei der Patientenpfad, die sogenannte Patient Journey, effizienter gesteuert. Fehlallokation und eine Überinanspruchnahme von Leistungserbringern*innen entlang des Behandlungspfades werden so vermieden.

Für die beteiligten **Netzwerkakteur*innen**, Träger*innen von Gesundheits- und Sozialinstitutionen und Expert*innen der Gesundheitsfachberufe bietet sich mit den Gesundheitskiosken ein **Ankerpunkt für eine interprofessionelle Netzwerkarbeit** auf Augenhöhe. Daran lässt sich auch erkennen, wie die Akteur*innen gleichermaßen an dem Konzept eines Gesundheitskiosks partizipieren und davon profitieren. Viele Institutionen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen sind bereits gut etabliert im regionalen Kontext, wissen jedoch zu wenig von den Ressourcen und fachlichen Kompetenzen untereinander. Durch neue Schnittstellen zwischen Gesundheits- und Sozialwesen werden die bestehenden Hilfs- und Versorgungsangebote anschlussfähig gemacht und nachhaltige regionale Kooperationen ermöglicht, z. B. mit der kommunalen Verwaltung, den Gesundheitsämtern und den Pflegestützpunkten. Der Gesundheitskiosk dient damit als aktivierendes Element zugunsten der Gesundheit der betreffenden Bevölkerung sowie als Versorgungselement zwischen den Akteur*innen und Versorgungssektoren. Allerdings sollte auf eine Neutralität des Gesundheitskiosks und seiner Träger geachtet werden, um keine Herausforderungen bei Kooperationen mit den jeweiligen anderen Sektoren und Trägern zu schaffen. Für die **Bürger*innen** bieten sich durch die Etablierung eines Gesundheitskiosks ebenfalls gute Möglichkeiten zu partizipieren. Das findet u. a. bereits in der Vorbereitungs- und Aufbauphase statt, indem das Konzept an den objektivierbaren Bedürfnissen der Bürger*innen mitgeplant wird (Datenanalyse über Morbidität, Gesundheitsverhalten, Nutzungsrate von Gesundheitsangeboten). Aber auch in der Ausgestaltung und Weiterentwicklung ist die **Bürgerbeteiligung** essenziell, um den Kiosk in die Community einzubinden und mit Leben zu füllen. Community-Vertreter*innen können sich beispielsweise über Beiratsfunktionen (Sozial-, Patienten- oder Seniorenbeiräte) und ehrenamtliche Tätigkeiten (Peer-to-Peer-Angebote) engagieren. Ihre Bedürfnisse zielgerichtet zu adressieren und sie zugunsten der regionalen wie persönlichen Gesundheitsentwicklung zu aktivieren, ist eine der entscheidenden Aufgaben und Herausforderungen.