



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Fachbereich Landschaftswissenschaften und Geomatik

Gesundheitskioske - ein Modell für die Mecklenburgische Seenplatte?

Zur Eignung kleinräumiger, dezentraler Anlaufstellen für die
Gesundheitsversorgung, -beratung und -prävention im dünn besiedelten
ländlichen Raum

Master-Thesis

zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Arts (M.A.)

Studiengang Digitalisierung und Sozialstrukturwandel

vorgelegt von
Brauns, Anke

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2022-0601-2

Datum der Abgabe: 23.09.2022

Betreuer(in) / Lehrende(r): Prof. Dr. Peter Dehne, Dipl. Ing Johann Kaether

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	1
1.1 Einführung.....	1
1.2 Methodik.....	2
1.3 Hintergrund und Stand der Forschung.....	3
2 Gesundheitsversorgung und -förderung im ländlichen Raum in Deutschland.....	6
2.1 Ländliche Regionen.....	6
2.1.1 Begriffsklärung.....	6
2.1.2 Probleme ländlicher Regionen.....	8
2.1.3 Besondere Probleme in der Gesundheitsversorgung.....	9
2.2 Rahmenbedingungen und Lösungsansätze.....	11
2.2.1 Gesetzliche Grundlagen und wissenschaftliche Erkenntnisse.....	11
2.2.2 Verschiedene innovative Lösungsansätze.....	13
2.2.3 Aktuelle politische Ziele der Bundesregierung.....	18
3 Internationale Erfahrungen.....	18
3.1 Ländliche Räume in anderen Ländern.....	18
3.2 Gesundheitskioske in Finnland.....	20
3.2.1 Entstehung und Organisation.....	20
3.2.2 Vernetzung und Angebote.....	20
3.2.3 Trägerschaft und personelle Ausstattung.....	22
3.2.4 Finanzierung.....	23
3.2.5 Entwicklung und aktueller Stand.....	23
3.3 Community Health Centres in Kanada.....	24
3.3.1 Entstehung und Organisation.....	24
3.3.2 Vernetzung und Angebote.....	25

3.3.3 Trägerschaft und personelle Ausstattung.....	26
3.3.4 Finanzierung.....	27
3.3.5 Entwicklung und aktueller Stand.....	27
3.4 Weitere vergleichbare Versorgungsmodelle.....	27
4 Gesundheitskioske in deutschen Großstädten.....	31
4.1 Das erste Modell in Hamburg.....	31
4.1.1 Entstehung und Organisation.....	31
4.1.2 Vernetzung und Angebote.....	33
4.1.3 Trägerschaft und personelle Ausstattung.....	36
4.1.4 Finanzierung.....	37
4.1.5 Entwicklung und aktueller Stand.....	39
4.1.6 Evaluation des Hamburger Modells.....	39
4.1.7 Das Hamburger Modell soll Schule machen.....	41
4.2 Das erste Nachfolgemodell in Essen.....	43
4.2.1 Entstehung und Organisation.....	43
4.2.2 Vernetzung und Angebote.....	44
4.2.3 Trägerschaft und personelle Ausstattung.....	44
4.2.4 Finanzierung.....	45
4.2.5 Entwicklung und aktueller Stand.....	45
4.3 Die Kölner „Kümmerei“.....	46
4.3.1 Entstehung und Organisation.....	46
4.3.2 Vernetzung und Angebote.....	46
4.3.3 Trägerschaft und personelle Ausstattung.....	47
4.3.4 Finanzierung.....	48
4.3.5 Entwicklung und aktueller Stand.....	48

4.4 Der erste kommunale Gesundheitskiosk in Aachen.....	48
4.4.1 Entstehung und Organisation.....	48
4.4.2 Vernetzung und Angebote.....	49
4.4.3 Trägerschaft und personelle Ausstattung.....	50
4.4.4 Finanzierung.....	50
4.4.5 Entwicklung und aktueller Stand.....	50
5 Gesundheitskioske im ländlichen Raum in Deutschland.....	51
5.1 Modell im Landkreis Soest noch nicht umgesetzt.....	51
5.2 Gesundheitskioske in der Thüringer Region Seltenrain.....	52
5.2.1 Entstehung und Organisation.....	52
5.2.2 Vernetzung und Angebote.....	55
5.2.3 Trägerschaft und personelle Ausstattung.....	57
5.2.4 Finanzierung.....	58
5.2.5 Entwicklung und aktueller Stand.....	58
5.3 Zwischenfazit.....	59
6 Gesundheitskiosk – ein Modell für die Mecklenburgische Seenplatte?.....	64
6.1 Struktur des ländlichen Raums im Landkreis.....	64
6.2 Gesundheitsversorgung in der Mecklenburgischen Seenplatte.....	66
6.2.1 Probleme der Gesundheitsversorgung.....	66
6.2.2 Gesundheitliche Probleme der Bevölkerung.....	69
6.2.3 Lösungsvorschläge für den Landkreis.....	72
6.2.4 Ziele und Projekte in der Gesundheitsförderung und Prävention.....	77
6.2.5 Modellprojekte in der Region.....	79
6.3 Gesundheitskioske als Modellprojekt in der Seenplatte.....	81
6.3.1 Erfolgsfaktoren für die Übertragung auf die Region.....	81

6.3.2 Mögliches Leistungsangebot.....	84
6.3.3 Der richtige Platz im Gesundheitsnetz.....	86
6.3.4 Trägerschaft und Finanzierung.....	88
6.3.5 Personelle Ausstattung, mobile und digitale Angebote.....	89
6.3.6 Standort und Erreichbarkeit.....	90
7 Fazit und Ausblick.....	91

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Abgrenzung und Typisierung ländlicher Räume, Thünen-Institut.....	7
Abbildung 2: Raumordnungspolitische Herausforderungen der Daseinsvorsorge	8
Abbildung 3: Erreichbarkeit von Hausärzten	10
Abbildung 4: Bereitschaft zur Nutzung neuer Versorgungsformen	15
Abbildung 5: Blick in den Gesundheitskiosk im finnischen Orimattila	22
Abbildung 6: Die mobile Mallu-Klinik	29
Abbildung 7: Gesundheitskiosk in Hamburg/Billstedt	33
Abbildung 8: "dieKümmerei" wirbt mit vielfältigen Angeboten	47
Abbildung 9: Ursprüngliche Planung [.....]	55
Abbildung 10: Darstellung der "Nutzungspotenziale" der Gesundheitskioske	57
Abbildung 11: Baustelle für den Gesundheitskiosk in Kirchheilingen im Juli 2022	59
Abbildung 12: Bevölkerungsentwicklung der Mittelbereiche [.....]	66
Abbildung 13: Patientenzahl in der Notaufnahme [.....]	68
Abbildung 14: Mögliche Leistungen eines Gesundheitskiosks	86
Abbildung 15: Vernetzung eines Gesundheitskiosks [.....]	88

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AG	Aktiengesellschaft
AGnES	Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
APN	Advanced Practice Nursing
App	Applikation
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BKK	Betriebskrankenkasse
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CHC	Community Health Centres
CHN	Community Health Nurses
COVID-19	coronavirus disease 2019
DAK	Deutsche Angestelltenkrankenkasse
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (Deutscher Erwachsenen- Gesundheits-Survey)
E-Bikes	electric bikes
E-Health	Electronic Health
EU	Europäische Union
e.V.	eingetragener Verein
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GfBH	Gesundheit für Billstedt/Horn
gGmbH	gemeinnützige GmbH
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GVPG	Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz
IBA	Internationale Bauausstellung
IGZ	Integriertes Gesundheitszentrum
ILSE	Integrierte Leitstelle Erweiterung

IKK	Innungskrankenkasse
INVEST Regionen	Integrierte Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen
IT	Informationstechnik
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KIM	Kommunikation im Medizinwesen
km ²	Quadratkilometer
LEADER	Liaison entre actions de développement de l'économie rurale
LGS	Landgesundheitsstudie
LGZ	Lokales Gesundheitszentrum
mHealth	Mobile Health
M-V	Mecklenburg-Vorpommern
NAKO	Nationale Kohorte
NAV	Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V.
NUTS o. Ä.	Nomenclature des unités territoriales statistiques oder Ähnliches
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
PHN	Public Health Nurses
Pkw	Personenkraftwagen
PORT Langzeitversorgung	Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung
PRC	Predominantly rural close to cities
PRR	Predominantly rural remote
RN	Registered Nurses
S.	Seite
SkF	Sozialdienst katholischer Frauen
SKH	Stadtteilklinik Hamburg
SVR Gesundheitswesen	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
UG	Unternehmergesellschaft
usw.	und so weiter
VERAH	Versorgungsassistent*in in der Hausarztpraxis
wfg	Wirtschaftsfördergesellschaft

WHO	World Health Organization
W-LAN	Wireless Local Area Network
z.B.	zum Beispiel

1 Einleitung

1.1 Einführung

Wer im digitalen Wörterbuch des Dudenverlags unter "Kiosk" nachschlägt, findet als Wort-Bedeutung eine "Verkaufsstelle (oft in einem leicht gebauten Häuschen) für Zeitschriften, Getränke, Süßigkeiten, Zigaretten o. Ä." (Duden, 2022). Kioske kennt wohl jeder, ob als Anlaufstelle in Stadtvierteln, Freibädern, Einkaufszentren oder Bahnhöfen - eben dort, wo Menschen sind und die Kioske gut erreichen können. Betreiber*innen solcher Verkaufsstellen bieten in der Regel das an, was die Kundschaft an ihrem Standort am meisten nachfragt. So kann man kompakt, auf kleinstem Raum, von Kiosk zu Kiosk verschiedene Dinge kaufen.

Da sich unter Kiosk fast jeder etwas vorstellen kann, fällt es auch nicht schwer, sich ein erstes Bild vom Begriff "Gesundheitskiosk" zu machen: eine kleine Anlaufstelle, gut erreichbar für Menschen und mit Angeboten rund um die Gesundheit, die an dem Standort am meisten gebraucht werden. Gesundheitskioske gibt es in Deutschland bereits in einigen Städten, die ersten entstanden 2017 in Hamburg. Die Bundesregierung folgte der Empfehlung der Wissenschaftler, die das Hamburger Projekt in der Pilotphase begleiteten, und will deutschlandweit in besonders benachteiligten Kommunen und Stadtteilen niedrigschwellige Beratungsangebote wie beispielsweise Gesundheitskioske für Behandlung und Prävention errichten (BR, 2021, S. 84).

Die Formulierung "Kommunen und Stadtteile" in der Koalitionsvereinbarung lässt solche Projekte auch für den ländlichen Raum möglich erscheinen. Alle bisherigen Nachfolgemodelle der Hamburger Gesundheitskioske, die von Krankenkassen finanziert werden, sind jedoch ebenfalls in Großstädten entstanden. Ihnen ist gemein, dass sie vor allem in sozioökonomisch benachteiligten Stadtgebieten mit einem großen Anteil von Bewohner*innen mit Migrationshintergrund angesiedelt wurden. Darauf sind die Leistungen und das Personal vorrangig ausgerichtet. Das ist nicht verwunderlich, denn das Hamburger Pilotprojekt sollte entsprechend der Förderung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss eine neue Versorgungsform testen als Prototyp für "Integrierte Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen" (INVEST) (Wild, Schreyögg, Golubinski, Ress & Schmidt, 2021, S. 9). Es steht deshalb zu befürchten, dass die Verantwortlichen der Regierung, die jetzt einen Gesetzentwurf für die

deutschlandweite Errichtung von Gesundheitskiosken erarbeiten (Lau, 2022), den ländlichen Raum dabei nicht ausreichend im Blick haben.

Dabei sind aufgrund vielfältiger Probleme wie Ärzte- und Fachkräftemangel, demografische Entwicklung mit all ihren Folgen, ausgedünnter öffentlicher Nahverkehr und vieles mehr auch in ländlichen Regionen gut erreichbare gesundheitliche Beratungs- und Behandlungsangebote in der Fläche wichtig. Es ist vor allem lokaler Initiative zu verdanken, dass in Thüringen aktuell erste Gesundheitskioske auf Dörfern entstehen. Auch wenn dort zur Betreuung noch viele Dinge zu klären sind, scheint eine Übertragung des Modells auf den ländlichen Raum möglich. Deshalb soll in dieser Arbeit beispielhaft untersucht werden, unter welchen Bedingungen solche kleinräumigen, niedrighwelligen Anlaufstellen auch eine Option für den peripheren Raum in der Mecklenburgischen Seenplatte sein könnten.

1.2 Methodik

Für diese Analyse war eine umfassende Literaturrecherche zu den internationalen Vorbildern und den bisherigen deutschen Gesundheitskiosk-Modellen nötig. Wie werden sie getragen und betrieben? Mit welchen Überlegungen sind die Verantwortlichen die regionalen Problemstellungen angegangen? Wer arbeitet dort und welche Leistungen werden aus welchem Grund erbracht? Wer sind die Partner*innen und wie erfolgt die Finanzierung und Anbindung im vorhandenen Gesundheitsnetz? Viele Fragen waren zu klären, um einen Vergleich zu ländlichen Regionen in unserem Bundesland ziehen zu können. Wissenschaftliche Quellen zu Projekten unter den Bedingungen des deutschen Gesundheitswesens sind allerdings begrenzt, da nur das Hamburger Modellprojekt entsprechend begleitet wurde.

Um mehr Hintergründe und Details zu erfahren und Prozesse besser verstehen zu können, fiel deshalb die Entscheidung für qualitative, leitfaden-gestützte Expert*inneninterviews. Da diese Untersuchung in etwa einer Fallstudie entspricht, die sich auf wenige vergleichbare Fälle bezieht (Kaiser, 2021, S. 7), gibt es auch nur sehr wenige Expert*innen, die mit ihrem exklusiven Wissen helfen können, die bisherigen Entwicklungen zu durchdringen. Vor allem ein*e Vertreter*in des Hamburger Modells mit Erfahrungen aus mehreren Jahren sowie des Thüringer Modells mit ersten Erfahrungen zum Aufbau von Gesundheitskiosken im ländlichen Raum sollten wichtige Auskünfte liefern. Da bei den bisherigen Modellen Beratung und Prävention im

Vordergrund stehen, schien es sinnvoll, auch ein Expert*inneninterview zur aktuellen gesundheitlichen Situation und zu bereits umgesetzten Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte zu führen.

Grundlage für die Interview-Leitfäden war eine umfangreiche Literaturrecherche, um schon eine gute Kenntnis des jeweiligen Forschungsfeldes zu haben. Die Leitfäden mit verschiedenen Fragenkomplexen sollten sicherstellen, dass in den Interviews das spezifische Wissen generiert wird, das für die Beantwortung der Forschungsfrage notwendig ist. Die drei ausgewählten Expert*innen gaben ihr Einverständnis, dass die Interviews aufgezeichnet, verschriftlicht, anonymisiert und ausgewertet werden. Die Leitfäden befinden sich im Anhang der Arbeit. Die Namen der Interviewpartner sind den Betreuern der Masterarbeit bekannt, die Einverständniserklärungen liegen ihnen vor. Aufgrund der Corona-Pandemie wurde das Interview mit dem/der Expert*in aus Hamburg per Videokonferenz geführt, in Thüringen war ein persönliches Gespräch möglich. Der/die Expert*in aus dem Landkreis Mecklenburgische Seenplatte konnte wegen der großen coronabedingten Arbeitsbelastung in der Kreisverwaltung nur schriftlich antworten.

Die beiden aufgezeichneten Interviews wurden selbstständig transkribiert. Bei der nachfolgenden Durchsicht des vorliegenden Materials wurden alle für die Beantwortung der Fragen relevanten Passagen markiert und Kategorien zugeordnet. Das sollte es angesichts der umfangreichen Textseiten ermöglichen, schnell die Stellen wiederzufinden, in denen beispielsweise wichtige Aussagen zur Trägerschaft, zur personellen Ausstattung oder zur Finanzierung stehen. Da in diesem Fall nicht mehrere Interviews mit ihren Aussagen zusammengeführt werden mussten, weil es jeweils nur eine*n Expert*in gab, wurde auf eine weitere Reduktion der Transkriptionen verzichtet. Die notwendigen Informationen konnten direkt aus den Abschriften entnommen werden.

1.3 Hintergrund und Stand der Forschung

Auch wenn die Forschungslage und die Erfahrungen zu Gesundheitskiosken in Deutschland aufgrund der Kürze der Zeit noch sehr übersichtlich sind - international sieht es anders aus. Das Vorbild und der Namensgeber der deutschen Modelle sind die

finnischen "Terveyskioski" - übersetzt "Gesundheitskioske". Sie bieten seit 2009 einen niedrigschwelligen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen mit den Schwerpunkten Gesundheitsberatung, Prävention und begrenzte medizinische Versorgungsleistungen, wobei sie sich am regionalen Bedarf ausrichten. Ohne Voranmeldung bekommen Menschen durch Pflegefachkräfte kompetente Erstinformationen und werden bei Bedarf weitervermittelt. Die Terveyskioski sind vor allem dort angesiedelt, wo Menschen zum Beispiel ihre täglichen Einkäufe erledigen: in Einkaufszentren und Innenstädten (Schaeffer, Hämel & Ewers, 2015, S. 75-83). Nähere Informationen zum finnischen Modell folgen im dritten Kapitel.

So wie die finnischen Gesundheitskioske finden sich in der Fachliteratur zahlreiche andere internationale Versorgungsmodelle für ländliche Räume. Viele Länder haben die Gestaltung der ländlichen Gesundheitsversorgung vor dem Hintergrund der sich wandelnden Bedarfslagen, der heterogenen Lebensumstände und strukturellen Probleme schon länger im Blick. Neue Versorgungsmodelle wurden entwickelt, evaluiert und in der Praxis ausgeweitet. Dass man in Deutschland relativ spät damit begonnen hat, kann unter anderem an der vergleichsweise dichten Siedlungsstruktur und relativ gut entwickelten Infrastruktur hierzulande liegen. Zudem stand viele Jahre die Angleichung der Lebensverhältnisse in Ost und West stärker im Mittelpunkt. Man favorisierte lange Zeit außerdem eher die Devise, durch Ausgleichszahlungen den allgemeinen Standard auch in ländlichen Regionen zu halten, anstatt regional differenzierte Versorgungskonzepte zu entwickeln (Schaeffer, Hämel & Ewers, 2015, S. 9-12).

Als in dieser Hinsicht ein Umdenken begann, lag es nahe, dass Deutschland aus internationalen Erfahrungen lernt. Die Robert-Bosch-Stiftung beispielsweise förderte zwischen 2012 und 2014 die Untersuchung "Regional differenzierte Versorgung - eine international vergleichende Analyse ländlicher Versorgungsmodelle" der Universität Bielefeld in Kooperation mit der Charité-Universitätsmedizin Berlin (Schaeffer, Hämel & Ewers, 2015, S. 12-13). Ziel war es, Modelle zu finden, die auf ländliche und/oder strukturschwache Regionen in Deutschland übertragbar sind. Aufgrund ähnlicher Problemlagen und der stark ländlichen Prägung wurden Kanada und Finnland als Beispielländer für die Studie gewählt (Schaeffer, Hämel & Ewers, 2015-1, S. 12-13). Die Projektbeteiligten haben dabei verschiedene Modelle zur Primärversorgung

identifiziert, zu denen unter anderem die finnischen Gesundheitskioske gehören (Schaeffer, Hämel & Ewers, 2015, S. 15-16).

Zwar unterscheiden sich die Gesundheitssysteme voneinander - in Finnland und Kanada beispielsweise wird das Gesundheitswesen staatlich organisiert und finanziert (SVR, 2014, S. 564). Die Probleme strukturschwacher ländlicher Regionen wie die Abwanderung jüngerer Menschen, rückläufige Geburtenzahlen und eine alternde Bevölkerung mit zunehmendem Versorgungsbedarf in Medizin und Pflege ähneln sich jedoch (Schaeffer, Hämel & Ewers, 2015, S. 9-12).

2 Gesundheitsversorgung und -förderung im ländlichen Raum in Deutschland

2.1 Ländliche Regionen

2.1.1 Begriffsklärung

Bevor die besonderen Probleme des ländlichen Raums genauer betrachtet werden, empfiehlt sich zu klären, was unter ländlichem Raum bzw. ländlichen Regionen überhaupt verstanden wird. Für Deutschland ist das erst in jüngerer Vergangenheit genauer definiert worden. Das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) weist nach einer Einteilung des Landes in Siedlungsstrukturelle Kreistypen etwa 70 % der Fläche Deutschlands als ländlich aus. Rund 30 % der deutschen Bevölkerung leben in diesem Raum.

Für die Einteilung legt das Institut die Einwohnerdichte sowie den Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten als Siedlungsstrukturmerkmale zugrunde und untergliedert Deutschland insgesamt in vier unterschiedliche Siedlungsstrukturelle Kreistypen. Neben den Kategorien "Kreisfreie Großstadt" und "Städtischer Kreis" gibt es zwei Typen für den ländlichen Raum - den "Ländlichen Kreis mit Verdichtungsansätzen" sowie "Dünn besiedelte ländliche Kreise", in denen weniger als 50 Prozent der Bevölkerung in Groß- und Mittelstädten leben und die Einwohnerdichte ohne diese Städte unter 100 Einwohnern pro Quadratkilometer liegt. Diese "Dünn besiedelten Kreise" machen in Deutschland allein 40 Prozent der Fläche aus, 15 Prozent der Bevölkerung sind in ihnen zuhause (BBSR, 2018).

Da die Einwohnerdichte und der Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten nicht die einzigen Indikatoren sind, die einen ländlichen Raum charakterisieren, hat das BBSR als Ergänzung Regionstypen nach der Lage unterschieden in "sehr zentral", "zentral", "peripher" und "sehr peripher". Die Kategorie "sehr peripher" findet sich auf einer Karte des Instituts von 2010 vor allem in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg, aber auch an der Nordsee und in sehr ländlichen Regionen Thüringens und Bayerns (BBSR, 2010).

Das Thünen-Institut hat zur Abgrenzung und Typisierung ländlicher Räume eine Methodik entwickelt, die einerseits die Ländlichkeit mit Merkmalen wie

Siedlungsdichte, Erreichbarkeit großer Zentren sowie Anteil land- und forstwirtschaftlicher Flächen berücksichtigt. Andererseits differenziert sie die ländlichen Regionen in solche mit guter und weniger guter sozioökonomischer Lage nach Merkmalen wie Durchschnittslohn, kommunale Steuerkraft, Arbeitslosigkeit, Wanderungssaldo und Lebenserwartung. Hintergrund ist, dass mit Ländlichkeit nicht zwangsläufig auch sozioökonomische Probleme einhergehen. Nach dieser Methodik zählen fast alle Landkreise Mecklenburg-Vorpommerns zu den sehr ländlichen Kreisregionen und alle zu den Kreisregionen mit weniger guter sozioökonomischer Lage (Küpper, 2016).

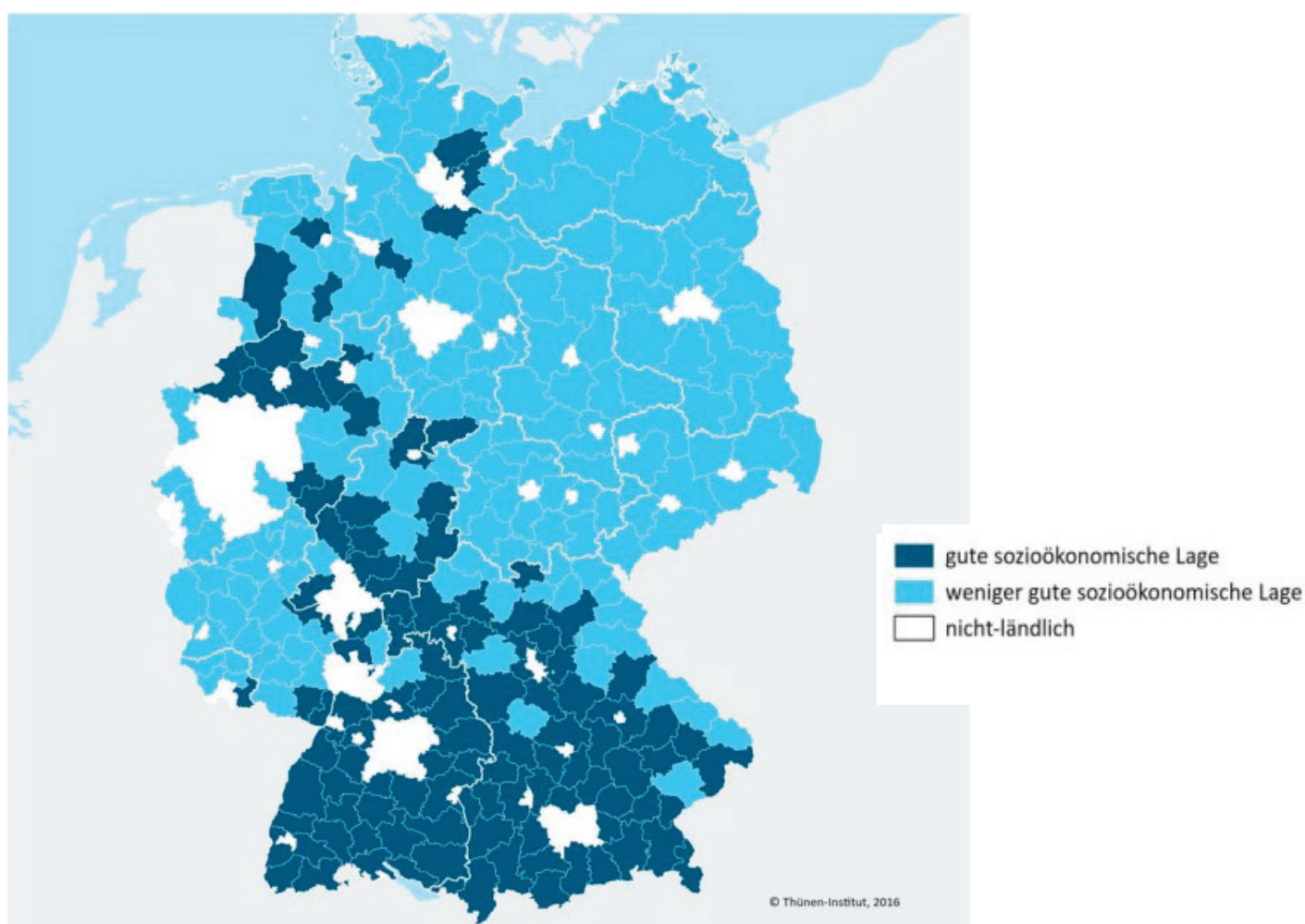


Abbildung 1: Abgrenzung und Typisierung ländlicher Räume, Thünen-Institut

Quelle: Küpper (2016, S. 21)

2.1.2 Probleme ländlicher Regionen

Die aufgezählten Merkmale ländlicher Regionen machen auch schon grundlegende Probleme deutlich. Der Schrumpfungsprozess durch Abwanderung und demografischen Wandel trifft ländliche Räume besonders stark. Während Abwanderung junger Menschen Folgen wie Fachkräftemangel und schlechtere Auslastung zentraler Infrastrukturen nach sich zieht, braucht es für immer mehr alte und hochbetagte Menschen zusätzliche und neue Angebote der Daseinsvorsorge. Je geringer die Bevölkerungsdichte, um so schwieriger wird es, die Tragfähigkeit der verschiedenen Einrichtungen der Daseinsvorsorge zu gewährleisten - zu sozial verträglichen Preisen, in bestimmter Qualität und akzeptabler Erreichbarkeit. Das ist schon heute in dünn besiedelten ländlichen und peripheren Räumen oft nur mit Einschränkungen möglich. Sinkende Einwohnerzahlen bedeuten auch sinkende kommunale Einnahmen und steigende Kosten pro Kopf für den Erhalt der Infrastruktur (BBSR, 2017, S. 6-27).

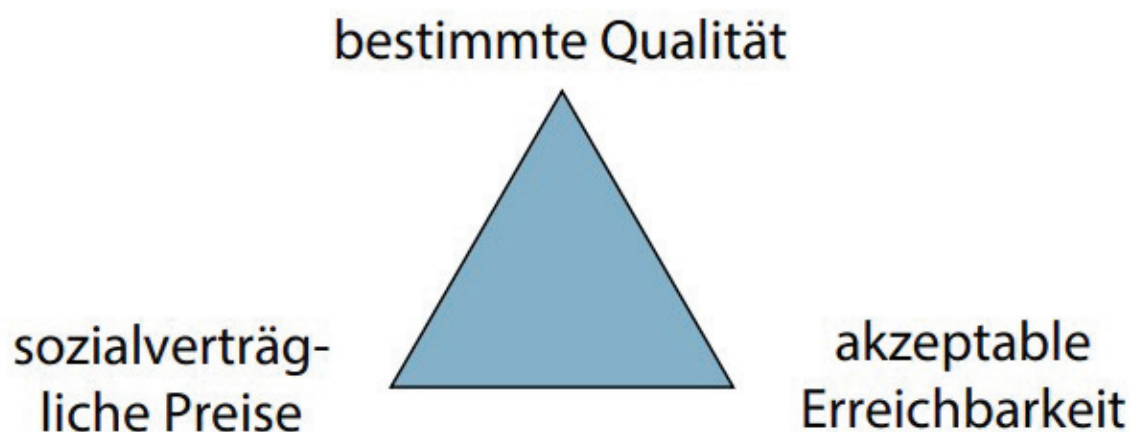


Abbildung 2: Raumordnungspolitische Herausforderungen der Daseinsvorsorge

Quelle: BBSR (2017, S. 6)

2.1.3 Besondere Probleme in der Gesundheitsversorgung

Stärkere Abwanderung, höheres Durchschnittsalter und andere Probleme im ländlichen Raum haben auch im Daseinsvorsorge-Bereich Gesundheit gravierende Folgen wie einen höheren Anteil chronischer Erkrankungen mit alterstypischem Verlauf. Krankheiten wie Diabetes und Adipositas sind in ländlichen Regionen häufiger. Bei älteren Menschen kommt dazu, dass bei ihnen oftmals mehrere Erkrankungen gleichzeitig auftreten. Das erfordert unter anderem eine enge haus- und fachärztliche Betreuung und Beratung, der Bedarf an medizinischer und pflegerischer Versorgung wächst, während gleichzeitig die Mobilität, die man dafür braucht, im Alter abnimmt. Zudem wird es schwieriger, Nachfolger*innen beispielsweise für Hausarztpraxen oder Apotheken zu finden (Weidmann & Reime, 2021, S. 14; Van den Berg, Fleßa & Hoffmann, 2021).

Auch wenn in Deutschland im internationalen Vergleich Versorgungskapazitäten nach wie vor auf sehr hohem Niveau vorhanden sind, ist die Versorgungssituation insbesondere in strukturschwachen ländlichen Regionen teilweise gefährdet und es drohen im Bundesgebiet zunehmend Schieflagen zwischen Ballungsgebieten und ländlichen Räumen (SVR, 2014, S. 345).

Diese Schieflage zeigt sich beispielhaft beim Thema Erreichbarkeit, eine wichtige Dimension der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum. Während in Großstädten fast 90 Prozent der Einwohner höchstens einen Kilometer Luftdistanz zur nächsten Apotheke haben, sind es im Nordosten Deutschlands und anderen ländlichen Regionen überwiegend weniger als 20 Prozent. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch beim Blick auf die Hausarztversorgung. In Großstädten haben rund 93 Prozent der Bevölkerung maximal einen Kilometer Luftdistanz zum/zur nächsten Hausarzt/Hausärztin, in dünn besiedelten Regionen wie in weiten Teilen Mecklenburg-Vorpommerns sind es nicht einmal 20 Prozent. Zu den weiten Wegen kommt erschwerend hinzu, dass der Öffentliche Personennahverkehr in solchen Regionen ausgedünnt ist. Um Fachärzt*innen zu erreichen, muss ohnehin eine längere Anfahrt in Kauf genommen werden (BBSR, 2017, S. 79-83). Weil es weniger Leistungserbringer im ländlichen Raum gibt, besteht die Gefahr, dass ein Teil der Bevölkerung nur eingeschränkten Zugang zur Versorgung hat. Das betrifft vor allem spezialisierte Versorgungsbereiche wie Alters- oder Palliativmedizin (Van den Berg, Fleßa & Hoffmann, 2021).

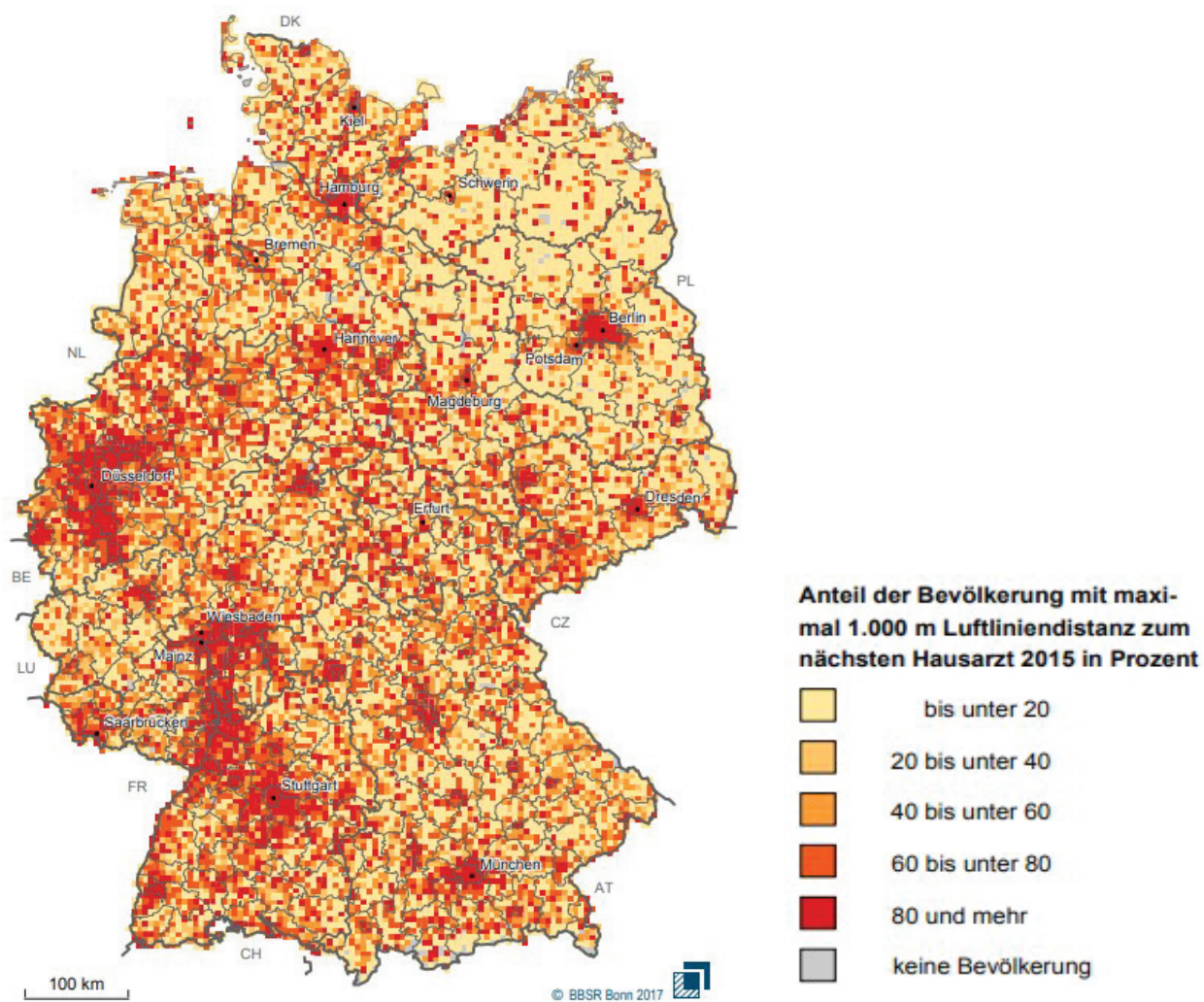


Abbildung 3: Erreichbarkeit von Hausärzten

Quelle: BBSR (2017, S. 83)

2.2 Rahmenbedingungen und Lösungsansätze

2.2.1 Gesetzliche Grundlagen und wissenschaftliche Erkenntnisse

Die Wege zur Gesundheitsversorgung, aber auch zu Beratungs- und Präventionsangeboten sind also oft weit auf dem Land. Wie weit sie sein dürfen, dafür gibt es in der Politik das Wort "angemessen". Da laut Grundgesetz in Deutschland gleichwertige Lebensverhältnisse herrschen sollen, ist beispielsweise im Paragraph 2 des Raumordnungsgesetzes zu lesen: "Die Versorgung mit Dienstleistungen und Infrastrukturen der Daseinsvorsorge, insbesondere die Erreichbarkeit von Einrichtungen und Angeboten der Grundversorgung für alle Bevölkerungsgruppen, ist zur Sicherung von Chancengerechtigkeit in den Teilräumen in angemessener Weise zu gewährleisten; dies gilt auch in dünn besiedelten Regionen." Dort steht aber auch, dass die soziale Infrastruktur vorrangig in Zentralen Orten gebündelt werden soll und die Erreichbarkeits- und Tragfähigkeitskriterien des Zentrale-Orte-Konzepts "flexibel an regionalen Erfordernissen auszurichten" sind (BBSR, 2017, S. 6).

Gesundheit ist ein essenzieller Teil der Daseinsvorsorge. Deshalb erwarten die Menschen in ländlichen Räumen von gleichwertigen Lebensverhältnissen auch eine annähernd gleichwertige Gesundheitsversorgung. Gesundheitliche Lebensqualität und Lebenserwartung sollen auf dem Land genauso gut sein wie in der Stadt. Das entspricht aber nicht der Realität. In peripheren ländlichen Räumen gibt es weniger Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Medizinische Leistungserbringer müssen angesichts geringerer Bevölkerungsdichte größere Einzugsbereiche haben, um wirtschaftlich arbeiten zu können (Van den Berg, Fleßa & Hoffmann, 2021).

Dort, wo deshalb Leistungen und Funktionalitäten nicht oder nur eingeschränkt von den Akteur*innen der jeweiligen Region erbracht werden können, sind deshalb innovative Versorgungskonzepte nötig (Van den Berg, Fleßa & Hoffmann, 2021). Damit befassen sich Wissenschaftler bundesweit seit vielen Jahren. Erst 2018 und 2019 entwickelte eine Kommission "Gleichwertige Lebensverhältnisse" Handlungsempfehlungen mit Blick auf unterschiedliche regionale Entwicklungen und den demografischen Wandel (BMI, 2022). Regelmäßig unterbreitet auch der "Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen" (SVR) im Auftrag der Bundesregierung Vorschläge. In seinem 2014 vorgelegten Gutachten

"Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche" macht der Rat deutlich, dass eine bedarfsgerechte Versorgung nicht nur den objektiven Bedarf berücksichtigen muss - also vor allem den Schweregrad einer Erkrankung und deren sachgerechte Versorgung -, sondern zum Teil auch den subjektiven, also die Bedürfnisse und Wünsche der Menschen. Doch auch wenn das gegeben ist, kann es sein, dass es im ländlichen Raum Lücken gibt zwischen Bedarf an gesundheitlicher Versorgung und Nutzung der dazu passenden Angebote, weil die Menschen entweder nicht ausreichend informiert sind oder eine zu große Entfernung zum entsprechenden Leistungserbringer besteht. Die Gesundheitspolitik sollte deshalb dafür sorgen, dass diese Lücken geschlossen werden - einerseits durch eine "flächendeckende hochwertige Gesundheitsversorgung", andererseits durch Wissensangebote geeigneter Institutionen, verbunden mit gezielter Beratung (SVR, 2014, S. 31-32). In seinem Gutachten von 2018 "Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung" präzisiert der Rat die Aussage zur Erreichbarkeit: Wenn Gesundheitsleistungen mangels Angebotskapazitäten nicht genutzt werden können, ist dafür Sorge zu tragen, "dass ausreichende Angebotskapazitäten in zumutbarer örtlicher Nähe zum Patienten verfügbar sind" (SVR, 2018, S. 50).

Auch in Sachen Gesundheitsförderung und Prävention sind ländliche Regionen schlechter gestellt, es gibt weniger Angebote. Durch räumliche Entfernungen und höhere Fahrtkosten werden deren Zugang und Erreichbarkeit erschwert. Das wirkt sich auf ältere Menschen, die in ihrer Gesundheit und Mobilität beeinträchtigt sind, besonders gravierend aus. Dabei lassen sich mit Gesundheitsförderung und Prävention nachweislich auch im höheren Alter noch wirkungsvolle Effekte erzielen, um Gesundheitsverluste abzuwehren oder zumindest hinauszuschieben und einen Gesundheitsgewinn zu erzielen. Das gilt vor allem für Bewegungs- und Mobilitätsförderung, gesunde Ernährung sowie Förderung der Gesundheitskompetenz und des Wohlbefindens (SVR, 2014, S. 487-493). Dem hofft die Politik beispielsweise mit dem 2015 verabschiedeten Präventionsgesetz zu begegnen. Prävention und Gesundheitsförderung sollen damit in den Lebenswelten (Settings) der Menschen gestärkt und die Krankenkassen verpflichtet werden, sich an deren Finanzierung zu beteiligen (Rauland, Böhme & Köckler, 2018, S. 239).

Dabei wird der Lebenswelt "Kommune" besondere Bedeutung beigemessen, weil sie die anderen Lebenswelten wie Kinder-, Bildungs- oder Pflegeeinrichtungen und Betriebe umgreift. In der Kommune kann man auch Zielgruppen erreichen, die in keiner der anderen Lebenswelten zu erfassen sind. Weil kommunale Daseinsvorsorge zu ihren Aufgaben gehört, können Kommunen in der Gesundheitsförderung eine Steuerfunktion übernehmen und in ländlichen Regionen auch gemeindeübergreifende Ansätze verfolgen. Aktivitäten zur Prävention und Gesundheitsförderung sollen zu größerer gesundheitlicher Chancengleichheit beitragen. Deshalb sind Maßnahmen vor allem notwendig in Kommunen und Einrichtungen im ländlichen Raum sowie Gebieten, in denen die Infrastruktur schlecht und der Anteil älterer Menschen hoch ist (NPK, 2018, S. 7-10). Um alle Lebenswelten zu berücksichtigen, sollen Maßnahmen nach dem Präventionsgesetz drei wesentliche Ziele erreichen:

- gesund aufwachsen
- gesund leben und arbeiten
- gesund im Alter (NPK, 2018, S. 12-15).

Dabei kommt den Kommunen insbesondere beim Ziel "Gesund im Alter" eine große Rolle zu, aber auch für das gesunde und sichere Aufwachsen der Kinder tragen sie eine Mitverantwortung im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge (NPK, 2018, S. 17-32).

2.2.2 Verschiedene innovative Lösungsansätze

Innovative Versorgungskonzepte für die Probleme der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum sind schon vielfältig entwickelt und oft auch in Modellprojekten getestet worden. Dabei kommt es darauf an, solche Modelle regional zu organisieren und mit den beteiligten Akteuren abzustimmen. Viele Konzepte zielen auf sektorenübergreifende Lösungen, das heißt Lösungen, die die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer oder auch gesundheitlicher und sozialer Versorgung aufbrechen, weil sie nicht mehr zeitgemäß sind. Zu den Vorschlägen gehören unter anderem Kooperationen zwischen Haus- und Facharzt*innenpraxen, eine stärkere Übernahme von Aufgaben und Funktionen im ambulanten Bereich durch Krankenhäuser oder bessere digitale Vernetzung von Leistungserbringern (Van den Berg, Fleßa & Hoffmann, 2021).

Große Hoffnungen ruhen auf der Telemedizin, weil sie Gesundheitsdienstleistungen zwischen Leistungserbringern und Patient*innen ortsunabhängig ermöglicht, zum Beispiel in Form von Videosprechstunden oder Überwachung von Vitalparametern wie Herzfrequenz oder Blutdruck (Telemonitoring). Auch wenn es gerade im Telemonitoring schon langjährige Erfahrungen gibt (Van den Berg, Fleßa & Hoffmann, 2021), hat doch gerade die Corona-Pandemie gezeigt, dass die Telemedizin in Deutschland noch großen Nachholbedarf hat. Patient*innen mit COVID-19 hätten - wenn die Entwicklung fortgeschrittener gewesen wäre - viel besser begleitet und telemedizinisch überwacht werden können (SVR, 2021, S.4-5). Fest steht aber, dass digitale Anwendungen wie Videosprechstunden, Telekonsile oder Telemonitorings unter den coronabedingten Einschränkungen stärker genutzt und durch die Ärzt*innen "als hilfreich empfunden" wurden (SVR, 2021, S. 38).

Insgesamt wird E-Health-Anwendungen wie Assistenzsystemen oder Telemedizin eine wichtige Rolle in der gesundheitlichen Versorgung der Zukunft beigemessen, weil sie vielfältige Nutzenpotenziale haben, zum Beispiel zur Überbrückung wachsender räumlicher Distanzen (wie in Videokonferenzen), zur Kooperation, Vernetzung und Delegation (wie mit elektronischen Patientenakten bei arztentlastenden Delegationsmodellen oder zum schnellen Austausch wichtiger Patientendaten zwischen verschiedenen Gesundheitseinrichtungen) oder zur Erhaltung der Selbstständigkeit von Patient*innen (wie durch Assistenztechnologien in der Häuslichkeit). Um die Versorgungsqualität in einem sich ausdünnenden ländlichen Versorgungsnetz zu erhalten, fordern Wissenschaft und Politik interdisziplinäre, interprofessionelle, intersektorale, umfassende und patientenorientierte Versorgungsleistungen. E-Health-Anwendungen können zu all diesen Anforderungen einen Beitrag leisten und Teil eines umfassenden Versorgungskonzeptes sein.

Dafür müssen allerdings in Deutschland noch manche Hürden, zum Beispiel technische, finanzielle und rechtliche, genommen und die Akzeptanz erhöht werden (Bach, Meyer & Müller, 2021).

Bei einer Befragung in ländlichen Regionen Niedersachsens 2015 sollten die Menschen angeben, welche Modelle zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung sie nutzen würden. Der Delegation ärztlicher Leistungen auf nicht-ärztliches Personal, der Behandlung in mobilen Arztpraxen oder der Nutzung eines Patientenbusses zum Erreichen der Praxen standen die meisten sehr offen gegenüber. Dem Vorschlag,

leichtere Erkrankungen durch weitergebildete Apotheker*innen behandeln zu lassen, stimmte knapp die Hälfte der Teilnehmer*innen zu. Die telemedizinische Behandlung wurde jedoch überwiegend abgelehnt. Der fehlende direkte Kontakt zum Arzt/zur Ärztin war dabei der Hauptgrund. Dazu kamen mangelnde Technik-Kompetenz älterer Menschen und schlechtere Internetverbindungen auf dem Land. (Tangermann, Krinke, Krauth & Amelung, 2019).

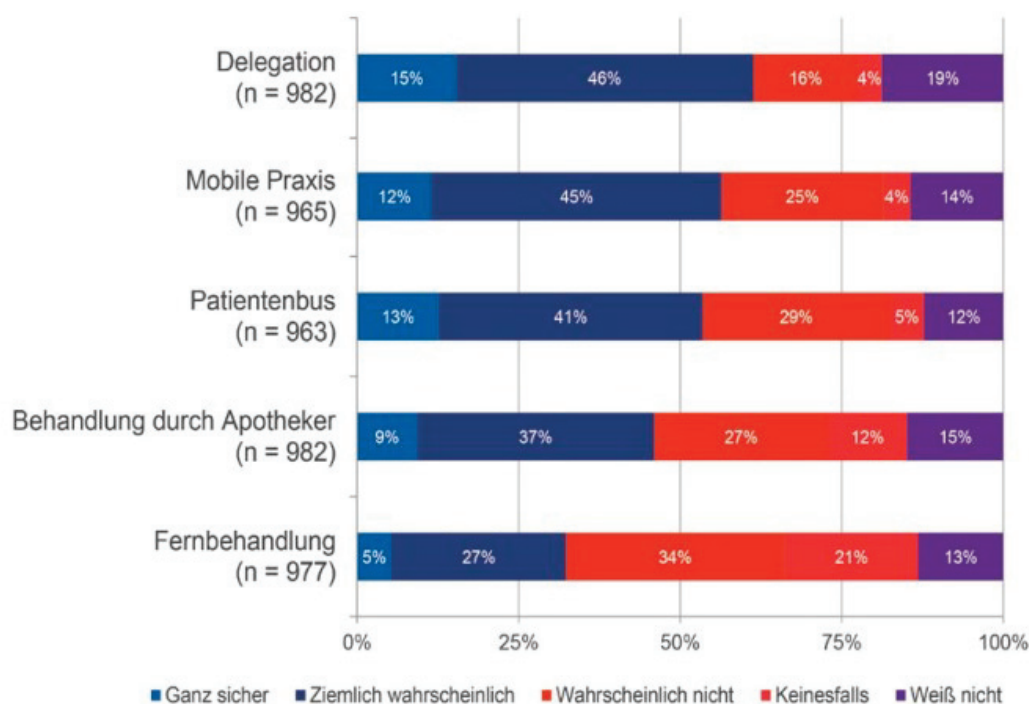


Abbildung 4: Bereitschaft zur Nutzung neuer Versorgungsformen

Quelle: Tangermann, Krinke, Krauth & Amelung (2019, S. 23)

Zu den innovativen Konzepten für eine bessere Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum gehören auch regionale Gesundheitszentren, die es in verschiedenen Ausprägungen bundesweit als Modellvorhaben gibt. Die Robert-Bosch-Stiftung förderte beispielsweise die Entwicklung und Einführung von "Patientenorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung" (PORT). Dabei orientierte man sich an den Empfehlungen des SVR, der von solchen Zentren unter anderem forderte, dass sie abgestimmt sind auf den regionalen Bedarf, kommunal eingebunden, dass sie neue Potenziale wie E-Health nutzen und auch Gesundheitsförderung und Prävention einschließen (Herrmann, Ohlbrecht & Seltrecht, 2019). Wissenschaftler*innen versprechen sich großes Entlastungspotenzial von solchen sektorenübergreifenden, multiprofessionellen, populationsbezogenen Organisations- und Kooperationsformaten

wie eben in Lokalen Gesundheitszentren (LGZ) oder multiprofessionellen Primärversorgungsteams, die insbesondere chronisch Kranke versorgen können (SVR, 2014, S. 389). Dabei soll in einem Zentralen Ort ambulante und stationäre Versorgung unter einem Dach angeboten werden und speziell auf die älter werdende Landbevölkerung ausgerichtet sein - unter anderem durch verschiedene Pflegeangebote. Der Öffentliche Nahverkehr, möglicherweise ergänzt durch einen Fahrdienst des LGZ bzw. Taxidienste sollen die Erreichbarkeit gewährleisten. Und zusätzlich, so die Empfehlung, sollen die LGZ regelmäßige Sprechzeiten in den Dörfern anbieten und telemedizinische Anwendungen einbinden (SVR, 2014, S. 448-449).

Eine bessere Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsfachberufen wird ebenfalls immer wieder von Wissenschaftler*innen vorgeschlagen und in der Praxis erprobt. Dazu gehören unter anderem Modelle, die Hausarzt*innen entlasten, indem andere Gesundheitsfachberufe Aufgaben mit übernehmen. Dabei muss man allerdings bedenken, dass dafür vor allem Pflegefachkräfte in Frage kommen, bei denen der Fachkräftemangel oft noch größer ist als bei den Mediziner*innen (SVR, 2014, S. 389). In der ambulanten Versorgung können ärztliche Leistungen an nichtärztliches Personal delegiert werden. Wenn Medizinische Fachangestellte bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger*innen sich entsprechend qualifizieren, dürfen sie delegierte ärztliche Aufgaben übernehmen, wenn kein Arzt/keine Ärztin dabei ist - eine Option, die in anderen Ländern schon viel länger genutzt wird, um die gesundheitliche Versorgung zu verbessern.

Basierend auf dem an der Universität Greifswald entwickelten Konzept zur Arztentlastenden, Gemeindenahen, E-Health-gestützten, Systemischen Intervention (AGnES), gewann das Modell bundesweit immer mehr an Bedeutung und erhielt regional unterschiedliche Bezeichnungen (Bach, Meyer & Müller, 2021). In sieben Modellstudien mit mehr als 50 Hausarzt*innen, 40 geschulten AGnES-Kräften und fast 1500 Patient*innen wurde das Konzept in vier Bundesländern untersucht und ein Weiterbildungs-Curriculum für diese speziellen Fachkräfte entwickelt. Weil die Modellprojekte erfolgreich waren, schuf man schließlich im Sozialgesetzbuch eine rechtliche Grundlage für die Delegation ärztlicher Tätigkeiten (Hoffmann et al., 2020, S. 164-165). Eine Stufe des AGnES-Modells ist die berufsbegleitende Weiterbildung zum/zur Versorgungsassistent*in in der Hausarztpraxis (VERAH). Die VERAHS

übernehmen Aufgaben wie Praxis- und Wundmanagement sowie Hausbesuche und sind beim Hausarzt/der Hausärztin angestellt (Ackenhausen, Guenther, Urdahl & Voigt, 2019).

In vielen innovativen Versorgungsansätzen wird die besondere Rolle spezialisierter Pflegefachkräfte hervorgehoben, nicht nur als Angestellte und Unterstützer*innen von niedergelassenen Mediziner*innen. Es gibt beispielsweise Modellprojekte, in denen akademisch qualifizierte Pflegefachkräfte eine Art Kümmererfunktion zwischen Kommune und Pflegewissenschaft übernehmen und durch präventive Hausbesuche bei älteren Menschen Pflegebedürftigkeit vorbeugen (Blotenberg & Seeling, 2021). In einem anderen Lösungsansatz bilden sich Pflegefachkräfte zu "Digital Nurses" weiter, um die Gesundheitskompetenz älterer Menschen zu stärken, wobei die Techniknutzung im Kontext von Gesundheit im Mittelpunkt steht. Sie helfen den Menschen, Technik- und Medienkompetenz zu erlangen, damit beispielsweise digitale Anwendungen wie assistive Technologien sie bei der Bewältigung des Alltags unterstützen können (Hauptelshofer & Seeling, 2021).

Für Gesundheitsförderung und Prävention in Kommunen oder Vierteln bzw. in multiprofessionellen Teams in Gesundheitszentren spielen "Community Health Nurses" (CHN) eine immer wichtigere Rolle. In anderen Ländern - wie beispielsweise Finnland - hat sich der Einsatz dieser Art von "Gemeindeschwestern" in der primären Gesundheitsversorgung in städtischen und ländlichen Regionen bewährt. In Deutschland ist CHN noch ein relativ neues Berufsbild, für das sich der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) aber seit langem einsetzt. Die hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen unterstützen Menschen im Alltag, sind erste Ansprechpartner*innen für Menschen mit chronischen oder Mehrfach-Erkrankungen, mit Behinderung oder Pflegebedarf. Ein Projekt "Community Health Nursing" gibt es in Kooperation mit dem DBfK schon seit 2017 in Deutschland. Bisher wird der Masterstudiengang bzw. ein vergleichbares Studium aber nur an wenigen Hochschulen angeboten (DBfK, 2022).

Ähnlich verhält es sich mit "Advanced Practice Nursing" (APN). Laut Berufsverband für Pflegeberufe sind diese Pflegeexpert*innen mit akademischer Zusatzqualifikation und erweitertem Aufgabenbereich stärker in Kliniken tätig und CHN ist eine Ausprägung davon. Diese Fachkräfte arbeiten in einem bestimmten Bereich autonom. Wie weit ihre Kompetenzen und Rechte reichen, hat sich in

verschiedenen Ländern unterschiedlich entwickelt. Das hängt auch von bestehenden gesetzlichen Regelungen in den jeweiligen Ländern ab - beispielsweise, ob sie Medikamente verordnen dürfen oder ob dies Ärzt*innen vorbehalten ist. Die "Diskussion um eine erweiterte Pflegepraxis" ist deshalb auch in Deutschland längst noch nicht abgeschlossen. Vereinzelt wird der Masterstudiengang in Deutschland schon angeboten. An einigen Krankenhäusern ist der Einsatz von Pflegeexpert*innen APN bereits etabliert (DBfK, 2019).

2.2.3 Aktuelle politische Ziele der Bundesregierung

Die Politik greift den Bedarf an neuen Qualifikationen in der Pflege auf, der beispielsweise durch Pilotprojekte mit sektorenübergreifenden Ansätzen entsteht. So kündigt die neue Bundesregierung in ihrem Koalitionsvertrag an, professionelle Pflege durch heilkundliche Tätigkeiten zu ergänzen und unter anderem das neue Berufsbild Community Health Nurse zu schaffen (BR, 2021, S. 82), das sich beispielsweise auch in den Hamburger Gesundheitskiosken bereits bewährt hat. Im ländlichen Raum sollen Angebote durch Gemeindeschwestern und Gesundheitslots*innen ausgebaut werden (BR, 2021, S. 84).

Die Bundesregierung schließt sich außerdem den Wissenschaftler*innen der Universität Hamburg an, die das Gesundheitskiosk-Projekt in Hamburg-Billstedt und -Horn evaluierend begleitet und eine Überführung in die Regelversorgung empfohlen haben. Laut Koalitionsvereinbarung sollen in besonders benachteiligten Kommunen und Stadtteilen (5 Prozent) niedrigschwellige Beratungsangebote wie beispielsweise Gesundheitskioske für Behandlung und Prävention errichtet werden (BR, 2021, S. 84).

3 Internationale Erfahrungen

3.1 Ländliche Räume in anderen Ländern

Dass Gesundheitskioske in Deutschland nun Teil der Regelversorgung werden sollen, ist auch der Vorreiterrolle anderer Länder bei der Erprobung dieser und anderer Modelle für die Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen zu verdanken - zum Beispiel Finnland und Kanada. Dabei kann man die ländlichen Regionen in Deutschland mit denen in diesen beiden Ländern durchaus vergleichen. Das Bundesinstitut für Bau-,

Stadt- und Raumforschung (BBSR) hat auf der Grundlage sogenannter NUTS-3-Regionen, die in Deutschland den Kreisen und kreisfreien Städten entsprechen, Siedlungsstrukturtypen für europaweit vergleichende Analysen entwickelt. Neben zwei städtischen Regionstypen werden auch zwei ländliche unterschieden: "Ländliche Regionen mit Verdichtungsansätzen" und "Dünn besiedelte Ländliche Regionen" (mit einem Anteil der Bevölkerung in Groß- und großen Mittelstädten unter 45 % und einer Bevölkerungsdichte der Region ohne die Groß- und großen Mittelstädte unter 100 Einwohner/km²). Letztere Kategorie macht beispielsweise den größten Teil der Fläche Finnlands aus. Der Anteil ist in Deutschland zwar nicht so hoch, aber erheblich, in Mecklenburg-Vorpommern macht sie ebenfalls den größten Teil der Fläche aus (BBSR, 2016).

Für den Blick über den europäischen Tellerrand ist die Klassifizierung der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD) hilfreich. Sie unterteilt die Fläche ihrer 38 Mitgliedsstaaten in vier verschiedene Regionstypen. Die am meisten periphere Kategorie ist "Predominantly rural remote" (PRR) für "überwiegend ländlich abgelegen" (mindestens 50 Prozent der Bevölkerung brauchen mehr als 60 Minuten Fahrzeit zum nächsten Ort mit mehr als 50 000 Einwohnern) - die gibt es in Deutschland im Gegensatz zu Kanada und Finnland zwar nicht. Aber in Regionen der Kategorie "Predominantly rural close to cities" (PRC) für "überwiegend ländlich in der Nähe zu Städten" (Fahrzeit unter einer Stunde) leben in Kanada etwa 20 Prozent der Bevölkerung, in Finnland 42 und in Deutschland 18 Prozent der Menschen (OECD, 2010).

Ländliche Versorgungsmodelle in Finnland und Kanada waren Gegenstand der Untersuchung "Regional differenzierte Versorgung - eine international vergleichende Analyse ländlicher Versorgungsmodelle" (siehe Kapitel 1.3.). Deshalb sollen hier die finnischen Gesundheitskioske als Vorbild für die deutschen Modelle und einige andere Projekte der Primärversorgung kurz betrachtet werden. Ihnen ist gemein, dass sie einen niedrighschwelligem Zugang zum Gesundheitssystem darstellen und gleichzeitig eine umfassende, wohnortnahe Grundversorgung in ländlichen Regionen gewährleisten sollen. Im Gegensatz zu Deutschland, wo diese Grundversorgung vor allem über die Hausärzt*innen läuft, zeichnen sich diese Modelle durch ein breites, präventiv

ausgerichtetes, multiprofessionelles Angebot für alle Teile der Bevölkerung aus. Dabei ist die Pflege in der Regel der erste Ansprechpartner, meistens sind die Fachkräfte akademisch qualifiziert (Schaeffer, Hämel & Ewers, 2015, S. 15).

3.2 Gesundheitskioske in Finnland

3.2.1 Entstehung und Organisation

Die finnischen Gesundheitskioske, die seit der ersten Einrichtung 2009 im Rahmen eines Modellprogramms immer weitere Verbreitung finden, haben ein kommerzielles Vorbild: die Retail Clinics, die es in den USA in großen Einkaufszentren und Supermärkten gibt. Oft werden sie dort von privaten Anbietern betrieben. Die Menschen können sie ohne Termin aufsuchen und erhalten von akademisierten Pflegefachkräften Leistungen wie Impfungen, kleine Untersuchungen wie Blutzucker- oder Labortests und Hilfe bei kleineren Gesundheitsproblemen wie Verletzungen. Die finnischen Gesundheitskioske sind aber Teil der kommunalen Primärversorgung und haben einen größeren Schwerpunkt in der Prävention. Die Kioske entstanden vor allem in Einkaufszentren der Großstädte, in die Menschen alltäglich zum Einkaufen kommen und so auch unkompliziert diese Einrichtungen aufsuchen können. (Schaeffer, Hämel & Ewers, 2015, S. 75-77).

3.2.2 Vernetzung und Angebote

Da sie von den Kommunen initiiert werden, sind die finnischen Gesundheitskioske mit den jeweiligen Gemeinden besonders gut vernetzt. In ihrer Lotsenfunktion zur Weitervermittlung an andere Stellen für weiterführende Unterstützung haben die Mitarbeitenden darüber hinaus enge Verbindung zu den unterschiedlichen örtlichen Akteur*innen (Schaeffer, Hämel & Ewers, 2015, S. 79).

Aus den Erfahrungen mit den ersten Modellprojekten wurden Leitlinien entwickelt für Kommunen, die am Aufbau eines Gesundheitskiosks interessiert sind. Sie beschreiben die typischen Leistungen in den Kiosken:

- "Informationen zu Prävention und Gesundheitsförderung sowie vorhandenen Angeboten in der Gemeinde und der Region

- präventive Gesundheitsberatung
- kleinere medizinische Versorgungsleistungen und Check-ups wie Impfungen, Versorgung kleiner Wunden und Blutdruck- und Blutzuckermessung
- themenbezogene Veranstaltungen rund um das Thema Gesundheit (z. B. zu Zahngesundheit, Diabetes)" (Schaeffer, Hämel & Ewers, 2015, S. 76).

Trotz des gemeinsamen Grundkonzeptes wird jeder Kiosk jedoch entsprechend der Bedarfslage der regionalen Bevölkerung gestaltet und in die vorhandenen Versorgungsstrukturen integriert (Schaeffer, Hämel & Ewers, 2015, S. 76).

Die tragende Säule der Gesundheitsversorgung in Finnland sind flächendeckende kommunale Gesundheitszentren, die einen ambulanten und stationären Teil haben und ein weites Aufgabenspektrum von präventiven und medizinischen bis zu sozialen, pflegerischen und rehabilitativen Leistungen abdecken. In ländlichen Regionen sind sie oft die einzige Versorgungseinrichtung (Schaeffer, Hämel & Ewers, 2015, S. 95-98). Von den Gesundheitskiosken als noch kleinere Einheiten versprechen sich Kommunen einerseits, Bürger*innen frühzeitig zu erreichen, die die präventiven Angebote der Gesundheitszentren kaum nutzen, damit sie möglichst keine Hemmungen haben, bei Gesundheitsproblemen professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Zum Teil wollen Gemeinden mit einem Gesundheitskiosk aber auch Gesundheitszentren entlasten und setzen einen Schwerpunkt in der Behandlung kleinerer akuter Gesundheitsprobleme (Schaeffer, Hämel & Ewers, 2015, S. 77).

Im Vordergrund stehen jedoch in der Regel Gesundheitsförderung, Prävention und Beratung. Die Besucher*innen sollen in die Lage versetzt werden, selbst aktiv zu werden für ihre Gesundheit und gesunde Lebensweise - also Gesundheitskompetenz zu erlangen. Dabei sagen die Pflegekräfte den Menschen nicht, wie sie sich besser verhalten sollen, sondern erarbeiten im Gespräch gemeinsam mit den Klient*innen, wie sie gesundheitsfördernde Verhaltensweisen am besten in ihren Alltag integrieren können, da sie Expert*innen in eigener Sache sind. Die Fragen und Anliegen der Besucher*innen sind oft breit gefächert und beschränken sich nicht auf gesundheitliche Dinge. Häufig tangieren sie auch soziale und ökonomische Belange. Das ist Teil des Konzepts: Die Gesundheitskioske sollen niedrighschwelliger erster Anlaufpunkt sein.

Die Pflegenden übernehmen dann auch Informations- und Vermittlungsfunktion. Als Lots*innen kennen sie auch andere örtliche Akteur*innen und Unterstützungsangebote und vereinbaren bei Bedarf für die Menschen Termine (Schaeffer, Hämel & Ewers, 2015, S. 78-80).



Abbildung 5: Blick in den Gesundheitskiosk im finnischen Orimattila

Quelle: Schaeffer, Hämel & Ewers (2015, S. 78)

3.2.3 Trägerschaft und personelle Ausstattung

Als Teil der kommunalen Primärversorgung werden die Gesundheitskioske von den Kommunen selbst oder von den Trägern der kommunalen Gesundheitsversorgung in der jeweiligen Region betrieben. Das sind Non-Profit-Organisationen, die oftmals für mehrere Kommunen für die Primär- und Sozialversorgung zuständig sind.

Die Ansprechpartner*innen in den Gesundheitskiosken sind Pflegendе. Meistens sind es die sehr gut ausgebildeten Public Health Nurses (PHN). Teilweise arbeiten dort aber auch Vertreter*innen anderer Gesundheitsberufe wie zum Beispiel Physiotherapeut*innen mit (Schaeffer, Hämel & Ewers, 2015, S. 76). Die Arbeit dort erfordert eine sehr hohe Kompetenz des Teams, da die Anliegen so vielfältig sind. Die Pflegenden müssen sich auf viele verschiedene Themen und Lebenssituationen einstellen und die Nutzer*innen informieren, beraten und bei Bedarf vermitteln

(Schaeffer, Hämel & Ewers, 2015, S. 79). Für Thementage, die regelmäßig organisiert werden, laden die Fachkräfte weitere Expert*innen wie beispielsweise Pharmazeut*innen oder Sozialarbeiter*innen und auch Vertreter*innen sozialer Dienste oder örtlicher Vereine ein. Darüber hinaus haben die PHN, die abwechselnd im Gesundheitskiosk arbeiten, oftmals verschiedene Spezialisierungen, um den vielschichtigen Problem- und Lebenslagen gerecht zu werden - beispielsweise in der Mutter- und Kindgesundheit oder für chronische Erkrankungen. Teilweise sind sie auch noch in anderen Einrichtungen, wie Gesundheitszentren, tätig und bringen so weitere Erfahrungen mit (Schaeffer, Hämel & Ewers, 2015, S. 81).

Die große Kompetenz und tragende Rolle der Pflege zeigt sich in Finnland nicht nur in den Gesundheitskiosken, sondern in der gesamten Primärversorgung. Das Aufgabenspektrum ist traditionell sehr groß und die Bedeutung der Pflege nimmt immer weiter zu, auch befördert durch den Ärztemangel, der seit Jahren größer wird, vor allem in ländlichen Regionen. So sind die Kompetenzen der Pflege auch immer weiter ausgebaut worden. Die Fachkräfte führen beispielsweise eigenständig Kontrolluntersuchungen bei chronisch kranken Menschen durch, verschreiben zum Teil selbst Medikamente, behandeln selbstständig leichte akute Beschwerden, übernehmen in bestimmtem Umfang Diagnose und Durchführung therapeutischer Maßnahmen, nähen Wunden und stellen Krankschreibungen aus. Sie nehmen immer mehr Aufgaben wahr, die früher Ärzt*innen vorbehalten waren, was aber auch mit höheren Qualifikationsabschlüssen auf akademischem Niveau, fachlichen Spezialisierungen und einer Erweiterung des Berufsrechts einherging (Schaeffer, Hämel & Ewers, 2015, S. 97).

3.2.4 Finanzierung

Das Gesundheitswesen in Finnland wird staatlich getragen und finanziert. Dabei gehören die Gesundheitskioske zur kommunalen Primärversorgung. Für alle Bürger*innen der Gemeinden sind die Leistungen als Teil der öffentlichen Gesundheitsvorsorge kostenlos (Schaeffer, Hämel & Ewers, 2015, S. 76).

3.2.5 Entwicklung und aktueller Stand

Zunächst entstanden die Gesundheitskioske ausschließlich in Einkaufszentren der Großstädte. Da es jedoch zunehmend Interesse aus ländlichen Regionen gab, werden seit einigen Jahren auch im ländlichen Raum Gesundheitskioske errichtet. Es begann

eine zweite Gründungswelle, um diese Einrichtungen auch für die Landbevölkerung anbieten zu können. Zunächst wurden die Gesundheitskioske auf dem Land überwiegend von älteren Menschen aufgesucht. Durch Erweiterung der Öffnungszeiten versuchte man, auch die Erwerbstätigen stärker zu erreichen. Trotz ihrer Ausrichtung am regionalen Bedarf haben die Gesundheitskioske ein gemeinsames Profil, das nach außen erkennbar ist und die überregionale Verbreitung der Einrichtungen erleichtert. Vertreter*innen aller finnischen Gesundheitskioske treffen sich jährlich zum Austausch, sodass gute Erfahrungen Schule machen können. Das einfache und übersichtliche Angebot, der leichte Zugang, die schnelle und unkomplizierte Unterstützung machen die Gesundheitskioske zu einem Erfolgsmodell (Schaeffer, Hämel & Ewers, 2015, S. 77-83).

3.3 Community Health Centres in Kanada

3.3.1 Entstehung und Organisation

Sicher kann man die finnischen Gesundheitskioske, die vor allem von Pflegenden getragen werden und den Schwerpunkt auf Prävention und Gesundheitsberatung, Vermittlung und kleinere medizinische Versorgungsleistungen legen, nur bedingt mit Community Health Centres (CHC) in Kanada vergleichen. Diese haben zumeist einen größeren Einzugsbereich und dienen stärker der primären Gesundheitsversorgung. Sie sind jedoch wie Gesundheitskioske niedrigschwellig zugänglich, am regionalen Bedarf ausgerichtet und in den ländlichen Regionen verbreitet. Prävention und Gesundheitsförderung gilt in den CHC ebenfalls große Aufmerksamkeit und sie zielen auch darauf ab, die Gesundheit in der Kommune zu verbessern. Sie bieten aber auch soziale Dienste an und haben deshalb ein multiprofessionelles Team (Schaeffer, Hämel & Ewers, 2015, S. 113-133). Das sind sehr interessante Aspekte für ein kleinräumiges Versorgungsmodell in peripheren Regionen Deutschlands. Deshalb sollen die CHC an dieser Stelle betrachtet werden.

Das Konzept der Community Health Centres in Kanada orientiert sich an der Erklärung von Alma-Ata der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1978. Bei der Konferenz wurde die primäre Gesundheitsversorgung zum Schlüssel für ein Gesundheitsniveau erklärt, das es den Menschen in allen Völkern erlaubt, "ein gesellschaftlich aktives und wirtschaftlich produktives Leben" zu führen. Die WHO

erklärt Gesundheit zum Menschenrecht und fasst unter primärer Gesundheitsversorgung "Gesundheitsförderungs-, Präventions-, Heil- und Rehabilitationsangebote" zusammen. Der Erklärung liegt ein sehr umfassendes Gesundheitsverständnis zugrunde, es ist mehr als die Abwesenheit von Krankheiten oder Gebrechen, sondern bezieht alle mit dem Gesundheitsbereich verbundenen Bereiche mit ein (WHO, 1978).

Als das kanadische Gesundheitsministerium in den 70-er Jahren den Aufbau der ersten CHC förderte, hatte man vor allem die Gesunderhaltung und Primärversorgung einkommensschwacher Bevölkerungsgruppen im Blick und wollte sie in strukturschwachen und ländlichen Regionen sicherstellen. Die Gesundheitszentren haben ein weites Aufgabenspektrum und regional etwas abweichende Konzepte. Organisiert werden sie als gemeinnützige Einrichtungen, die nicht gewinnorientiert arbeiten. Zum Teil haben die CHC mehrere Standorte, trotzdem müssen die Menschen dorthin oft weite Wege zurücklegen. Die Zentren verfolgen eine integrierte Versorgungsstrategie und bieten alle Dienste aus einer Hand an. Das Team bespricht sich regelmäßig und nutzt für jeden Klienten/jede Klientin eine gemeinsame Dokumentation in Form einer elektronischen Gesundheitsakte (Schaeffer, Hämel & Ewers, 2015, S. 113-133).

3.3.2 Vernetzung und Angebote

Die Community Health Centres sind stark kommunal orientiert und vernetzt. Da die Verbesserung der Gesundheit in der Gemeinde und der Region sowie die Verbesserung der kommunalen Infrastruktur zu ihren wichtigen Zielen gehören, arbeiten sie unter anderem eng mit verschiedenen Institutionen wie Schulen und anderen Bildungseinrichtungen, der Kommunalpolitik und sozialen Diensten zusammen.

Entsprechend des weit gefassten Gesundheitsverständnisses sind die Aufgaben und Angebote der Community Health Centres sehr umfangreich. Dazu gehören

- Prävention
- allgemeinmedizinische Leistungen
- Organisation von Pflegeangeboten
- Rehabilitation
- psycho-soziale Unterstützungsangebote
- Gesundheitsbildung
- Stärkung der Gesundheitskompetenz

- Aufgaben zur Verbesserung der Gesundheit in der Kommune (Schaeffer, Hämel & Ewers, 2015, S. 113-133)

Wie diese Aufgaben realisiert werden, kann je nach Bedarf, Struktur der Bevölkerung, Risikogruppen usw. sehr unterschiedlich sein. Neben der Primärversorgung und Prävention helfen die CHC dabei, soziale Hilfsnetze aufzubauen und vermitteln Kontakte. Sie legen Programme entsprechend des regionalen Bedarfs auf, zum Beispiel zu Gesundheit und Ernährung bei geringem Einkommen, zum gesunden Älterwerden oder zur Gesundheit von Migrant*innen. Die Arbeit der Einrichtungen ist stark kommunal und gemeinwesenorientiert ausgerichtet, indem die Politik angeregt wird, mehr für eine gesunde Kommune zu tun, aber zum Teil auch gezielt Maßnahmen gemeinsam mit der Gemeinde angeschoben und umgesetzt werden (Schaeffer, Hämel & Ewers, 2015, S. 113-133).

3.3.3 Trägerschaft und personelle Ausstattung

Dieses breite Aufgabenspektrum bedingt, dass an den CHC multiprofessionelle Teams, in denen Pflegende den größten Anteil ausmachen, weitgehend ohne Hierarchien zusammenarbeiten. Unter den Pflegenden sind die Registered Nurses (RN) mit Bachelor-Abschluss die größte Gruppe, gefolgt von den Nurse Practitioners mit Master-Abschluss und Ärzt*innen. Außerdem gehören Sozialarbeiter*innen, Diätolog*innen, Logopäd*innen und Podolog*innen zur Mannschaft. Zum Teil haben die Teams auch eine*n Pharmazeut*in, wenn es beispielsweise viele ältere Klient*innen mit chronischen Erkrankungen im Einzugsbereich gibt. Die Nurse Practitioners sind auch in Kanada arztvertretend tätig und nehmen in der Primärversorgung teilweise eigenständig medizinische Aufgaben wahr. Die Pflegenden (RN) haben ergänzend Aufgaben in der Betreuung, Organisation, Aufklärung/Schulung.

Die CHC gehören in Kanada zum staatlichen Gesundheitssystem und werden von gemeinnützigen Organisationen getragen. Die wichtigsten Netzwerkpartner sind die Kommunen, in die die Einrichtungen eng eingebunden sind, damit sich die Gemeinden mit den Zentren identifizieren und sie unterstützen. Die Struktur der Leitung spiegelt das wider: Sogenannte "Community Boards" leiten die Community Health Centres. Sie bestehen aus ehrenamtlichen Mitglieder*innen aus den jeweiligen Gemeinden (Schaeffer, Hämel & Ewers, 2015, S. 113-133).

3.3.4 Finanzierung

Als Teil des staatlichen Gesundheitssystems werden die Community Health Centres auch überwiegend aus staatlichen Mitteln finanziert. Oft gibt es eine Mischfinanzierung mit weiteren Quellen, zum Beispiel Fördermitteln und Spenden (Schaeffer, Hämel & Ewers, 2015, S. 113-133).

3.3.5 Entwicklung und aktueller Stand

Auch wenn die ersten Community Health Centres bereits in den 1970-er Jahren entstanden, gab es nach 2000 noch mal eine größere Ausbauwelle im ganzen Land. In der Provinz Ontario beispielsweise entstanden 2004 und 2005 insgesamt 44 CHC in städtischen und ländlichen Regionen und zehn spezielle Zentren für die nordamerikanischen Ureinwohner*innen. 2015 gab es in Ontario insgesamt 73 Community Health Centres, die zur Versorgung in 110 Gemeinden beitrugen und oftmals weitere Niederlassungen betrieben, um ein größeres Gebiet abdecken zu können.

Wissenschaftliche Evaluationen zeigten, dass die Community Health Centres vor allem sozio-ökonomisch benachteiligte sowie chronisch kranke Menschen und somit schwer erreichbare Teilpopulationen versorgten. Auch alte Menschen konnten besser versorgt werden als mit anderen Modellen. Der Erfolg zeigte sich unter anderem darin, dass diese Bevölkerungsgruppen weniger die Notfallambulanzen in Anspruch nahmen (Schaeffer, Hämel & Ewers, 2015, S. 113-133).

3.4 Weitere vergleichbare Versorgungsmodelle

Solche Gesundheitszentren, die mit innovativen Lösungsansätzen, verschiedenen Konzepten und Varianten auf veränderte Versorgungsbedarfe in der Bevölkerung reagieren, gibt es weltweit. Die höchste Dichte findet man in Finnland, das flächendeckende Netz gewährleistet einen Großteil der medizinischen Versorgung (Schaeffer, Hämel & Ewers, 2015, S. 95). Im Rahmen der bereits im Kapitel 2.3.2. erwähnten, von der Robert-Bosch-Stiftung geförderten Entwicklung und Einführung von "Patientenorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung" (PORT) an mehreren Standorten in Deutschland wurden solche Zentren in Schweden, Brasilien, Slowenien und Spanien untersucht, um daraus Ansätze für die Ausgestaltung der PORT-Modellvorhaben zu gewinnen (RBS, 2022).

Die spanischen Gesundheitszentren (Centros de Salud) beispielsweise, die in den 1980-er Jahren entwickelt wurden, orientieren sich stark an der Erklärung von Alma-Ata. Neben medizinisch-heilenden Maßnahmen sollen in den Einrichtungen Gesundheitsförderung und Prävention, Pflege und Rehabilitation den veränderten Gesundheitsproblemen Rechnung tragen. Hier hat die Teamarbeit der verschiedenen Gesundheitsprofessionen einen besonders großen Stellenwert, ebenso die Kooperation mit Fachärzt*innen und Krankenhäusern sowie die Nutzung digitaler Technologien. Mehr als 3000 Gesundheitszentren mit etwa 10 000 Stationen gibt es in Spanien. Neben den Ärzt*innen (Allgemeinmediziner*innen, Kinder- und teilweise Zahnärzt*innen) arbeiten akademisch qualifizierte Pflegenden im Team, je nach Region und Bedarf auch Physiotherapeut*innen, Hebammen, Sozialarbeiter*innen. Die meisten Zentren gehören zum staatlichen Gesundheitswesen, es gibt aber auch einen kleinen Anteil privater Zentren. Das Angebot ist strikt am Bedarf ausgerichtet und die Bürger*innen sollen die Zentren möglichst innerhalb von 15, aber maximal 30 Minuten erreichen können. Um Menschen in ländlichen Regionen sowie immobile Patient*innen gut versorgen zu können, gibt es oft kleine Zweigstellen mit Mini-Besetzung (Hausarzt/Hausärztin, eine Pflegenden, eine Verwaltungskraft) und Hausbesuche.

Eine tragende Rolle spielen auch in den spanischen Centros de Salud die Pflegenden, deren Ausbildung schon seit den 1970-er Jahren vollständig akademisiert ist. Die Aufgabenteilung zwischen ihnen und den Mediziner*innen hat sich immer weiter entwickelt. Heute sind die Ärzt*innen in den Zentren vor allem für die Versorgung von Patient*innen mit akuten oder chronischen Krankheiten in instabilen und krisenhaften Krankheitsphasen zuständig. Die Pflegenden versorgen vor allem chronisch Kranke in stabilen Phasen, stellen regelmäßig Kontrolluntersuchungen an und sind besonders für Prävention, Gesundheitsbildung und -förderung im Zentrum verantwortlich (Hämel & Vössing, 2018).

Ein Versorgungsangebot dort zu einzurichten, wo die Menschen es gut erreichen können, ist eine Möglichkeit. Das Versorgungsangebot direkt zu den Menschen zu bringen, kann ebenfalls eine sein. Erfahrungen mit mobilen Kliniken wurden schon in vielen Ländern gesammelt. Man kennt aus einigen Ländern die "Flying Doctors", die die gesundheitliche Versorgung in abgelegenen Gebieten sicherstellen. Heute sind das meistens nicht nur Ärzt*innen, sondern multiprofessionelle Teams. Auch in

Deutschland gibt es verschiedene mobile Modellprojekte. Ein seit Jahren immer weiterentwickeltes Beispiel sind die mobilen finnischen Mallu-Kliniken. Sie werden von Pflegenden geleitet und in der Primärversorgung eingesetzt. Man hat sie in Finnland speziell für solche Gemeinden entwickelt, in denen es keine kommunalen Gesundheitszentren gibt. Sie sind also kein Konkurrenz-, sondern ein Ergänzungsangebot. Dabei sind die Menschen weiterhin Patient*innen in einem Gesundheitszentrum, müssen sich aber nicht so oft auf den Weg dorthin machen, weil ein Stück Primärversorgung in ihr Dorf kommt. Telefonisch über ihr Gesundheitszentrum oder online können sie einen Termin für die Mallu-Klinik vereinbaren. Damit keine Doppelstrukturen entstehen, ist viel Abstimmung nötig und die Nutzung einer elektronischen Patientenakte unerlässlich. Schwerpunkte der Mallu-Klinik sind Prävention und Gesundheitsförderung sowie Überwachung und Versorgung chronisch kranker Menschen. Dabei werden unter anderem Beratung und Gesundheitschecks, Blutuntersuchungen, Impfungen, die Versorgung von Wunden, Injektionen, teilweise auch physiotherapeutische Leistungen angeboten.



Abbildung 6: Die mobile Mallu-Klinik

Quelle: Schaeffer, Hämel & Ewers (2015, S. 86)

Die Mallu-Kliniken waren kein Selbstläufer. Immer wieder wurden Routen angepasst, mit Gemeinden und örtlichen Vereinen optimale Standorte gesucht. Durch Einbettung

in lokale Angebote und die Einstellung auf Nutzerbedarfe, die in Befragungen ermittelt wurden, konnte die Akzeptanz immer weiter erhöht werden. Die Nutzer*innen wünschten sich bei den Befragungen im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation weitere Angebote wie Medikamentenverschreibungen, Hilfe bei der Alltagsbewältigung und die Möglichkeit, einen Arzt/eine Ärztin über die mobile Klinik zu konsultieren (Schaeffer, Hämel & Ewers, 2015, S. 85-89).

4 Gesundheitskioske in deutschen Großstädten

4.1 Das erste Modell in Hamburg

4.1.1 Entstehung und Organisation

Das Modell des ersten deutschen Gesundheitskiosks in Hamburg-Billstedt ist angelehnt an die Konzepte der finnischen Terveyskioski und der Retail Clinics in den USA (Wild, Schreyögg, Golubinski, Röss & Schmidt, 2021, S. 15). Die Initiative ging von zwei Ärzten aus, die sich 2012 an das Unternehmen OptiMedis AG wandten, eine Gesellschaft, die sich auf Projekte zur integrierten Gesundheitsversorgung spezialisiert und zuvor bereits viele Erfahrungen auf dem Gebiet gesammelt hat. Die Mediziner wünschten sich bessere ärztliche Strukturen in dem Viertel, in dem überdurchschnittlich viele Bezieher*innen von Sozialleistungen, Menschen mit Migrationshintergrund und Alleinerziehende lebten, wo die Menschen im Schnitt früher starben und früher und häufiger unter chronischen Erkrankungen litten. Gleichzeitig war der Versorgungsgrad mit Haus- und Fachärzt*innen deutlich geringer als in anderen Stadtteilen und die Zahl der Notaufnahmen in den Krankenhäusern stieg an (GfBH, 2018).

Grundlage für ein Entwicklungs- und Handlungskonzept für die Versorgungsverbesserung war eine kleinräumige Analyse der sozialen und gesundheitlichen Lage in den Stadtteilen Billstedt und Horn in den Jahren 2014 und 2015 (OptiMedis, 2015, S. II-IV). Sie konstatierte für das Untersuchungsgebiet und seine Bewohner*innen unter anderem Folgendes:

- höhere Krankheitslast als in anderen Vierteln
- höhere Prävalenz chronischer Erkrankungen
- höheres Risiko für chronische körperliche und psychische Erkrankungen schon im mittleren Alter
- überdurchschnittliche hohe Gesundheitskosten in den meisten Altersklassen
- gehäufte Risikofaktoren wie Substanzmissbrauch (z.B. Alkohol, Drogen), Rauchen, Bewegungsmangel und Übergewicht im Hamburger Vergleich bereits in den jüngeren Altersklassen
- vergleichsweise mehr Menschen, die wegen Adipositas, Bluthochdruck und Diabetes mellitus in ambulanter Behandlung sind

- oft niedrige Gesundheitskompetenz, schlechtes Risikoverhalten, wenig Bereitschaft, Vorsorge-Angebote anzunehmen, mangelndes Gesundheitsbewusstsein und Schwierigkeiten, wichtige Informationen rund um die Gesundheit zu erhalten, zu verstehen und für sich anzuwenden
- zum Teil eingeschränkte Bereitschaft, sich aus ihrem Quartier zu bewegen, um beispielsweise Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen oder am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben
- geringerer Versorgungsgrad mit Ärzt*innen (OptiMedis, 2015, S. 22-70)

Auf der Basis dieser Daten entstand mit Unterstützung der Hansestadt Hamburg und weiterer Partner*innen wie der AOK Rheinland/Hamburg ein Konzept für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung in den beiden Vierteln (OptiMedis, 2015, S. IV). Die neue Versorgungsform „Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für Integrierte Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen“ (INVEST) sollte die gesundheitlichen Chancen der Bevölkerung, die Patientenerfahrung sowie die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung verbessern und die Patientenzufriedenheit erhöhen. Die Akteur*innen der Gesundheitsversorgung sollten mit ihrer Arbeit zufriedener und untereinander besser vernetzt werden. Von der besseren Vernetzung versprach man sich auch einen größeren Schwerpunkt in der Prävention. Um diese Ziele zu erreichen, wurden drei Interventionsfelder festgelegt:

- ein regionales, populationsorientiertes Gesundheitsnetzwerk
- ein Gesundheitskiosk als Anlaufpunkt für Beratung, Prävention, Information
- Behandlungs- bzw. Versorgungspfade für vulnerable und Hochrisiko-Patient*innen (Wild, Schreyögg, Golubinski, Ress & Schmidt, 2021, S. 9-13).

Um das Netzwerk und die neuen Versorgungsprozesse aufzubauen und zu steuern, brauchte man eine zentrale Koordination. Dafür wurde 2016 die Managementgesellschaft "Gesundheit für Billstedt/Horn UG" gegründet (GfBH, 2018). Der erste Gesundheitskiosk öffnete im September 2017 am Marktplatz im Stadtteil Billstedt (Wild, Schreyögg, Golubinski, Ress & Schmidt, 2021, S. 15). Die teilnehmenden Versicherten können die Angebote mit und ohne Überweisung nutzen. Heute werden rund 60 Prozent der Kunden von Ärzt*innen mit einem speziellen Überweisungsschein geschickt. Dann geben die Mitarbeitenden dem/der jeweiligen

Mediziner*in auch schriftlich Rückmeldung darüber, was im Gesundheitskiosk besprochen wurde (Grabbe, 2022).



Abbildung 7: Gesundheitskiosk in Hamburg/Billstedt

Quelle: Foto Felix Göpfert

4.1.2 Vernetzung und Angebote

Die Vernetzung war gleich der erste Schwerpunkt des Modellprojekts. Dabei ging es nicht nur um die Zusammenarbeit der Haus- und Fachärzt*innen untereinander. Die Managementgesellschaft vernetzte sich sowohl mit dem medizinischen Sektor als auch im Sozialraum mit zahlreichen Einrichtungen und gründete einen Ärztlichen Beirat, einen Patientenbeirat und zuletzt einen Sozialbeirat (GfBH, 2022). Zu den Partner*innen gehören neben den Ärzt*innen unter anderem Krankenhäuser, Pflegeheime, Jugendzentren und Sportvereine. Weit mehr als 100 Einrichtungen zählen heute zum Netzwerk (Grabbe, 2022).

Die Angebote im Gesundheitskiosk wurden auf den Bedarf in den Stadtteilen zugeschnitten. Ein Beispiel: Bedingt durch den hohen Migrationsanteil und die dadurch existierenden Sprachhürden gibt es in den Hamburger Stadtteilen einen nicht unerheblichen Anteil von Menschen, die gar keinen Zugang zur medizinischen Versorgung haben. Es existiert im Haus ein Seniorencafé, in dem sich türkische Frauen treffen. Als "Gegenleistung" lassen sie sich zu Gesundheitsthemen informieren und Blutdruck messen. Bei mehreren Teilnehmerinnen, die keinen Hausarzt/keine Hausärztin hatten, wurden deutlich zu hohe Blutdruckwerte gemessen. Sie wurden an Hausärzt*innen verwiesen (Gespräch 1, 2022).

Diverse Beratungs- und Kursangebote - unter anderem zur Rauchentwöhnung, Gewichtsreduktion oder Muskelentspannung, zu verschiedenen Erkrankungen wie Bluthochdruck oder Diabetes - gehören zu den Leistungen des Gesundheitskiosks (GfBH, 2018). Die Mitarbeitenden vermitteln die Nutzer*innen zu Mediziner*innen, erklären ihnen in ihrer Muttersprache Befunde, hören manchmal einfach nur zu und übernehmen die Funktion von "Kümmerern". Eltern mit Kindern im Grund- und Vorschulalter können sich beraten lassen, Fachkräfte messen Gesundheitswerte wie Blutdruck, Gewicht und Blutzucker. Der Kiosk bietet Corona-Impfungen an, Ernährungsberatung, Sport- und Bewegungskurse. Müttern, die keine professionelle Betreuung haben, hilft eine Hebamme bei Fragen rund ums Stillen oder Wickeln. Für alle verbreiteten Krankheiten bis hin zu Long Covid haben die Fachleute im Gesundheitskiosk Beratungsstandards entwickelt, die sich an wissenschaftlichen Leitlinien orientieren. Für das erste Gespräch nehmen sie sich eine Dreiviertelstunde Zeit, für nachfolgende eine halbe. Im Idealfall kommen die Patient*innen regelmäßig wieder (Grabbe, 2022).

Chronisch und mehrfach erkrankte Menschen gehören zu den Haupt-Zielgruppen im Hamburger Gesundheitskiosk, auch Krebserkrankte. Coronabedingt ist deren Nutzung als besonders vulnerable Gruppen aber zurückgegangen. In dieser Zeit haben sich die Mitarbeitenden vor allem stärker um Familien gekümmert, die Schwierigkeiten hatten, angesichts von Schul- und Kitaschließungen mit ihren Kindern noch die richtige Struktur in den Alltag zu bekommen. Unterstützung gab es unter anderem auch bei gesundheitsfördernder Erziehung (Gespräch 1, 2022).

Laut Konzept sollten elektronische Gesundheitsangebote, auch solche, die mit mobilen Endgeräten nutzbar sind (mHealth), bei der Vernetzung von Patient*innen, Gesundheitskiosken, Ärzt*innen und weiteren Partner*innen einen Schwerpunkt bilden. Sinnvolle Gesundheits-Apps sollten je nach Bedarf der Patient*innen ausgewählt und eine einrichtungsübergreifende elektronische Patientenakte eingeführt werden (GfBH, 2018). Zu Beginn arbeitete man im Projekt mit der LifeTime-Software, die laut Anbieter sichere Kommunikation zwischen Patient*innen - über die LifeTime-App -, Gesundheitskiosken, Arztpraxen und anderen Partner*innen ermöglicht und mit allen Praxisverwaltungssystemen und Diensten des KIM-Standards (Kommunikation im Medizinwesen) kompatibel ist (LifeTime, 2022).

Das System hat sich allerdings in dem Modellprojekt nicht bewährt. Die Nutzung der LifeTime-Software ist von den Arztpraxen, mit denen man sich darüber vernetzen wollte, nicht angenommen worden, weil es als zweites System, zusätzlich zum Praxismanagementsystem, bedient werden musste. Dieser Aufwand war den Mitarbeitenden in den Arztpraxen zu groß. Auch die Einführung einer digitalen Patientenakte funktionierte nach Angaben der Verantwortlichen nicht, da man sich in den Arztpraxen ebenfalls zusätzlich zum Praxen-System anmelden musste, um die Daten der Patient*innen einsehen zu können (Gespräch 1, 2022).

Einen Versuch startete die GfBH noch mit einem Praxisverwaltungssystem des Anbieters Doc Cirrus. Es wurde für den Gesundheitskiosk umgebaut und angepasst, sodass es dort nutzbar ist. Austauschen kann sich das Team darüber aber nur mit einigen wenigen Arztpraxen, die dieses System ebenfalls für ihre Verwaltung nutzen. Unter anderem werden darüber die Rückmeldebriefe an Ärzt*innen versendet. Wenn Patient*innen im Gesundheitskiosk beraten wurden, stehen in diesen Briefen wichtige Informationen für die Mediziner*innen, zum Beispiel zur Anamnese. Die Praxen, die das System nicht nutzen, bekommen die Briefe per Fax oder sie werden persönlich vorbeigebracht. Der Gesundheitskiosk an sich ist nach Aussagen der Verantwortlichen durchaus digital aufgestellt, aber die Schnittstelle nach außen funktioniert nicht. Die Hoffnung ruht auf der Telematik-Infrastruktur, die deutschlandweit alle Akteur*innen des Gesundheitswesens vernetzen soll. (Gespräch 1, 2022).

Auch insgesamt hat die Nutzung digitaler Anwendungen bisher nicht den Umfang erreicht, den sich die Verantwortlichen versprochen hatten. Eine Erhebung unter den Nutzer*innen zeigte, dass viele von ihnen gar nicht digital angebunden sind und auch

wenig Affinität dazu haben. Viele gaben an, zu Hause kein Internet und keinen Laptop mit Kamera zu haben. Das Interesse an Gesundheits-Apps war gering. Von etwa 300 Kontakten/Beratungen im Monat finden drei online statt. Die Menschen kommen lieber direkt in den Gesundheitskiosk und suchen den persönlichen Kontakt. Das Team der Einrichtung hat in dieser Hinsicht zwar vieles versucht, bisher aber auch keine großen Anstrengungen unternommen, den digitalen Bereich stärker auszubauen. Wie nützlich das sein kann, hat den Mitarbeitenden die Corona-Pandemie aber gezeigt. Videokonferenzen sind bei Terminen wie überall viel häufiger geworden, zum Beispiel für Fallbesprechungen mit Ärzt*innen (Gespräch 1, 2022).

4.1.3 Trägerschaft und personelle Ausstattung

Trägerin der Hamburger Gesundheitskioske ist die Managementgesellschaft Gesundheit für Billstedt/Horn UG (GfBH). Gesellschafter waren zu Beginn das Ärztenetzwerk Billstedt-Horn e.V., die OptMedis AG, die SKH Stadtteilklinik Hamburg GmbH und der NAV-Virchow-Bund (Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.) (GfBH, 2018). Inzwischen ist statt der OptiMedis AG der eigens gegründete Gesundheitskiosk e.V. Gesellschafter. Das hat sich nach Ansicht der Verantwortlichen bewährt, da nun überwiegend lokale Akteur*innen in der Gesellschaft vertreten sind, die die örtliche Versorgung sehr gut im Blick haben (Gespräch 1, 2022).

Um der Struktur und den Bedürfnissen der Bewohnerschaft in den Vierteln gerecht zu werden, musste das Team in den Hamburger Gesundheitskiosken nicht nur mehrsprachig ausgerichtet sein, sondern auch multiprofessionell. Es besteht heute aus akademisierten Pflegefachkräften, Gesundheitsökonomen, Altenpfleger*innen, Community Health Nurses (CHN), medizinischem Fachpersonal, Gesundheitsmanager*innen, Betriebswirt*innen und IT-Spezialist*innen (GfBH-1, 2022). Gute Erfahrungen hat man nicht nur mit den CHN, sondern auch mit Advanced Practice Nurses (APN) gemacht. Sie sind stärker medizinisch ausgebildet und nach Einschätzung der Verantwortlichen noch besser geeignet für die Zusammenarbeit mit den Arztpraxen. Die Anwerbung solcher spezialisierten Fachkräfte gestaltet sich allerdings schwierig, zum einen wegen des allgemeinen Fachkräftemangels, aber auch, weil die erforderliche Mehrsprachigkeit im Team immer mit beachtet werden muss. Zudem gibt es bisher in Deutschland verhältnismäßig wenige Fachkräfte mit dieser akademischen Qualifikation (Gespräch 1, 2022).

4.1.4 Finanzierung

Von 2017 bis 2019 wurden der Aufbau und die Betreuung der Gesundheitskioske im Rahmen des Modellprojektes "INVEST Billstedt/Horn" durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) mit ca. 6,3 Millionen Euro gefördert. Im Rahmen der Förderung neuer Versorgungsformen galt das Vorhaben als "Prototyp für eine Integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen" mit der Aussicht, das Modell im Erfolgsfall auch auf ähnliche Regionen zu übertragen (GBA, 2022).

Geplant war, dass sich das Modell nach der dreijährigen Förderung durch Einsparungen finanziert, die den beteiligten Krankenkassen durch die besseren Versorgungsstrukturen und die stärkere Einbeziehung der Patient*innen in ihre Gesundheitsversorgung entstehen - nach dem Grundsatz, dass Krankheit für das Gesundheitssystem teurer ist als Gesundheit (GfBH, 2018). 2019 unterzeichnete die Trägergesellschaft "Gesundheit für Billstedt/Horn UG" (GfBH) zur Weiterfinanzierung Selektivverträge mit den vier Krankenkassen AOK Rheinland/Hamburg, Techniker, Barmer und DAK Gesundheit. Im August 2020 schloss sich eine fünfte Krankenkasse, die BKK Mobil Oil, dem Vorhaben per Vertrag an. Damit konnten rund 90 Prozent der Versicherten in den Stadtteilen die Leistungen des Gesundheitskiosks und der Gesellschaft in Anspruch nehmen (GfBH, 2020).

Da Selektivverträge für die Hamburger und auch die nachfolgenden Gesundheitskioske bisher die entscheidende Finanzierungsgrundlage sind, soll an dieser Stelle etwas näher darauf eingegangen werden. Selektivverträge sind Versorgungsverträge in der ambulanten Versorgung, die Krankenkassen mit einzelnen Leistungserbringern bzw. deren Gemeinschaften u.a. abschließen - wie hier mit der GfBH. Im Gegensatz dazu werden Kollektivverträge zwischen dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) über die Grundlagen der Versorgung und Vergütung der Mediziner*innen abgeschlossen und sind dann für alle Kassen und alle niedergelassenen Ärzt*innen gültig (Regelversorgung). Die medizinischen Leistungen der Regelversorgung stehen allen gesetzlich Versicherten zu. Damit sie in den Leistungskatalog der gesetzlichen Kassen aufgenommen werden, müssen sie bestimmten Anforderungen entsprechen. Unter anderem müssen sie dem anerkannten Stand der Wissenschaft entsprechen. Sie

müssen "ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten". Welche Leistungen die gesetzlich Versicherten in Anspruch nehmen können, legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als höchstes Organ der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen fest. Es besteht aus Vertretern der Krankenkassen, der Krankenhäuser und der Vertragsärzt*innen (BfG, 2016).

Während also bei der Kollektivversorgung die einzelnen Leistungen klar geregelt sind, kann mit Selektivverträgen beispielsweise Erfordernissen bei besonderen Versorgungsformen, regionalen Besonderheiten oder bei der Behandlung bestimmter Krankheiten Rechnung getragen werden (BfG, 2011). Unter anderem, um durch den Innovationsfonds geförderte Projekte - wie INVEST in Hamburg - auf freiwilliger Basis weiterzuführen, hat die Bundesregierung mit dem Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GVPG) den Krankenkassen erweiterte Möglichkeiten für Selektivverträge gegeben (BfG, 2021).

Allerdings können diese neuen Versorgungsformen auf der Grundlage von Selektivverträgen dann auch nur von den Versicherten der Kassen genutzt werden, die so einen Vertrag abgeschlossen haben. Kritiker befürchten unter anderem, dass durch die Ausweitung der Selektivverträge der Prozess zur Überführung von neuen Versorgungsformen in die Regelversorgung noch schwieriger und länger wird und erprobte Strukturen auf dem Weg dorthin wieder verloren gehen, weil die Teilnahme von der Kassenzugehörigkeit abhängig ist (RubiN, 2020).

Für die Gesundheitskioske in Hamburg bietet die Finanzierung über Selektivverträge allerdings Gestaltungsspielräume, die es bei Überführung in die Regelversorgung möglicherweise nicht mehr gibt. Die Fokussierung auf die einzelne Leistung ist für ein niedrighschwelliges Angebot wie den Gesundheitskiosk nicht leicht darzustellen. Ähnlich wie in einer Notaufnahme gibt es auch im Gesundheitskiosk Zeiten, in denen niemand kommt. Um gut erreichbar zu sein, sind die Einrichtungen möglichst zentral im Viertel positioniert, was nicht unerhebliche Mietkosten mit sich bringt. Schon an diesen zwei Beispielen wird deutlich, dass die Einzelleistung dadurch ziemlich teuer ist. Der Selektivvertrag bietet dem Team gewisse Freiheiten. Es gibt zwar Orientierungswerte für die Mitarbeitenden bei Gesprächen mit Nutzer*innen, aber die können mitunter auch deutlich überschritten werden, wenn beispielsweise jemand zum ersten Gespräch kommt und die gesamte Krankengeschichte dokumentiert werden

muss. Sich Zeit nehmen zu können für jede*n Nutzer*in, ist ein großes Plus im Gesundheitskiosk.

Bisher wird das Modell nur über die Krankenkassen finanziert, das wird sich aber voraussichtlich ändern. Die Kassen drängen darauf, dass sich auch die Stadt Hamburg beteiligt (Gespräch 1, 2022).

4.1.5 Entwicklung und aktueller Stand

Den Hamburger Gesundheitskiosk gibt es aktuell an drei Standorten - in Billstedt, Horn und Mümmelmannsberg. Der Kiosk in Billstedt wird am besten angenommen, was wohl ganz wesentlich damit zu tun hat, dass er von montags bis freitags ganztägig geöffnet hat. In Horn gibt es dienstags und donnerstags nachmittags Sprechstunden, in Mümmelmannsberg montags, dienstags und donnerstags ganztägig sowie mittwochs vormittags. Aber auch der Standort spielt eine wichtige Rolle. In Billstedt liegt die Einrichtung direkt an einem Marktplatz mitten im Viertel. In der Nähe gibt es zahlreiche Arztpraxen. In Mümmelmannsberg befinden sich mehrere Arztpraxen und eine Klinik im selben Gebäude, was sich sehr vorteilhaft auswirkt. Zum einen gibt es viel Publikumsverkehr im Haus. Zum anderen nutzen die Mediziner*innen die kurzen Wege und schicken Patient*innen zum Teil direkt von der Sprechstunde zum Gesundheitskiosk für eine spezielle Beratung. In Horn allerdings wird der Gesundheitskiosk wenig angenommen. Neben den begrenzten Öffnungszeiten ist das auch der Lage in einer Art Stadtteilhaus geschuldet. Während der Corona-Pandemie galten dort strenge Zutritts-Voraussetzungen, was eher abschreckend wirkte. Außerdem gab es monatelang eine große Baustelle vor dem Haus.

Der Gesundheitskiosk zählt aktuell (Stand März 2022) etwa 5600 registrierte Nutzer*innen. Die meisten Versicherten sind 2021 dazugekommen - etwa 2000. Die Menschen fassen zunehmend Vertrauen in die Institution, die Ärzt*innen auch, wodurch mehr Versicherte an den Gesundheitskiosk überwiesen werden (Gespräch 1, 2022).

4.1.6 Evaluation des Hamburger Modells

Die Hamburger Einrichtung mit ihren drei Standorten ist bisher der einzige deutsche Gesundheitskiosk, der wissenschaftlich evaluiert wurde. Den Evaluationszeitraum von 18 Monaten schätzen die Wissenschaftler*innen allerdings als sehr kurz ein, um ein so "komplexes Gebilde wie den Gesundheitskiosk abschließend zu bewerten". Die Studie hat aber gezeigt, dass die Menschen durch den Anlaufpunkt deutlich seltener unnötig

ins Krankenhaus kommen als in vergleichbaren Stadtvierteln. Dafür nahm die Zahl der Arztbesuche zu (Grabbe, 2022).

Im Ergebnis der Untersuchung zeigte sich unter anderem, dass der Großteil der Nutzer*innen sehr zufrieden mit der Einrichtung ist, dass die Nutzungsintensität steigt, wenn die Versicherten per ärztlicher Überweisung kommen, und dass die meisten Beratungen zum Thema Übergewicht erfolgten. Die allgemeine Patientenzufriedenheit sowie die Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung wuchs im Laufe des Projekts. Die neue Versorgungsform konnte einen besseren Zugang zur ambulanten Versorgung erwirken. Im Hinblick auf die Gesundheitskompetenz und die Patientenaktivierung wurden jedoch während des Prozesses noch keine messbaren Veränderungen erreicht. Über die Wirtschaftlichkeit konnten auf Grund des recht kurzen Beobachtungszeitraums ebenfalls keine belastbaren Aussagen getroffen werden. Bei den Leistungs- und Kooperationspartner*innen wuchs die Zufriedenheit im Laufe des Projekts. Aus ihrer Sicht trug insbesondere der Gesundheitskiosk zu einer Arbeitserleichterung und Verbesserung der Patientenversorgung bei (Wild & Schreyögg, 2021, S. 3-7).

Die Autor*innen der Evaluation kamen zu dem Schluss, dass die Ziele des Projekts überwiegend erreicht wurden. Wirtschaftliche Auswirkungen sind nach ihrer Ansicht aber erst über einen längeren Zeitraum zu erwarten. Die bisherigen Ergebnisse deuten auf einen Mehrwert gegenüber der Regelversorgung hin, deshalb empfahlen sie eine Überführung des INVEST-Modells in die Regelversorgung. Sie schlagen vor, die Zahl der Versicherten in der Versorgungsform schrittweise zu erhöhen, damit die Potenziale besser ausgeschöpft werden können, und das Modell weiter zu evaluieren (Wild, Schreyögg, Golubinski, Ress & Schmidt, 2021, S. 133-134).

Seit Abschluss der Evaluation durch die Universität Hamburg wird der Prozess zunächst jedoch nicht weiter wissenschaftlich begleitet. Da die Daten aus der Analyse vor der Intervention vorliegen und alle laufenden Daten erfasst werden, ist das aber jederzeit möglich. Im Frühjahr 2022 waren Gespräche zwischen Vertreter*innen des Gesundheitskiosks und der Universität Hamburg geplant, um die weitere Evaluation zu besprechen. (Gespräch 1, 2022).

Ein ganz wesentliches Ziel der wissenschaftlichen Begleitung bestand darin, Faktoren aufzuzeigen, die die Implementierung der neuen Versorgungsform INVEST beeinflusst

haben. Das sollte es ermöglichen, allgemeine Schlüsse für die Übertragung und Skalierung dieser integrierten Versorgungsform in anderen Regionen abzuleiten. 23 wichtige Erfolgsfaktoren wurden insgesamt identifiziert. Einige davon sind in den für die Fallstudie geführten Interviews, den untersuchten Dokumenten und Beobachtungsprotokollen besonders oft genannt worden:

1. eine Standortanalyse, die einen akuten Handlungsbedarf aufzeigt
2. ausreichende finanzielle Ressourcen für die Initiierung des Projekts
3. Unterstützung durch Krankenkassen, politische Akteur*innen und Mediziner*innen bei der Initiierung des Projekts
4. gut funktionierende und etablierte Strukturen zur Kommunikation zwischen den Akteur*innen
5. eine Geschäftsstelle, die die Aufgaben koordiniert und das Projekt führt
6. Akteur*innen, die bereit sind, sich aktiv an der Entwicklung und Umsetzung der gemeinsamen Aktionen zu beteiligen
7. offener Informationsaustausch und gemeinsame Entscheidungsfindung der Beteiligten

(Wild, Schreyögg, Golubinski, Ress & Schmidt, 2021, S. 117)

Als weitere Faktoren wurden unter anderem gegenseitiges Vertrauen, genügend zeitliche und personelle Ressourcen der Beteiligten, Konfliktmanagement durch eine*n Mediator*in, Erfahrungen im Change-Management und Flexibilität bei der Anpassung des Modells an das lokale Versorgungssystem identifiziert. Als entscheidenden Faktor für die Übertragung der neuen Versorgungsform auf andere Regionen sehen die Autor*innen der Evaluation allerdings, dass durch eine bedarfsorientierte Planung sichergestellt wird, "dass die neue Versorgungsform einen akuten lokalen Bedarf adressiert". Davon ist auch in großem Maß abhängig, wie veränderungsbereit die Akteur*innen sind, wie viel Zeit und Ressourcen sie einsetzen (Wild, Schreyögg, Golubinski, Ress & Schmidt, 2021, S. 119).

4.1.7 Das Hamburger Modell soll Schule machen

Nachdem das Modell Gesundheitskiosk zur Überführung in die Regelversorgung in den Koalitionsvertrag aufgenommen worden war, wird seit einigen Monaten an einer gesetzlichen Grundlage für die Ausweitung des Projektes auf ganz Deutschland

gearbeitet. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach kündigte Ende August 2022 beim Besuch des Hamburger Gesundheitskiosks an, dass in Deutschland rund 1000 Gesundheitskioske nach dem Vorbild der Hamburger Einrichtung in benachteiligten Regionen und Stadtvierteln entstehen sollen. Die Hauptaufgabe besteht darin, den Zugang zur Versorgung der Patientinnen und Patienten mit besonderem Unterstützungsbedarf zu verbessern und die Versorgung zu koordinieren. Nach Vorstellungen des Ministeriums sollen mit einem Kiosk bis zu 80 000 Menschen erreicht werden (BfG, 2022).

Nach Angaben des Ministers ist es dabei unerheblich, ob jemand krankenversichert ist oder einen Hausarzt/eine Hausärztin hat. Dabei soll für eine Entscheidung über einen Gesundheitskiosk "die Armut des Stadtteils" im Vordergrund stehen (Klemm, 2022). In den Einrichtungen finden die Menschen nach den Vorstellungen des Ministeriums niedrigschwellige Beratung, werden in ihrer Gesundheitskompetenz gefördert und im Bedarfsfall zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil beraten. In dem Zusammenhang ist auch angedacht, in den Gesundheitskiosken Kommunen und anderen Interessierten Informationen zu Projekten der Gesundheitsförderung zur Verfügung zu stellen (BfG, 2022).

Als wichtige Aufgaben nannte der Minister die Vermittlung medizinischer Behandlung, allgemeine Beratungs- und Unterstützungsleistungen, Koordinierung von erforderlichen Gesundheitsleistungen, Unterstützung bei der Klärung sozialer Angelegenheiten, Bildung eines sektorenübergreifenden Netzwerkes und Erledigung einfacher medizinischer Routineaufgaben, die durch Ärzt*innen veranlasst werden, wie Blutdruck und Blutzucker messen, Spritzen verabreichen und Verbände wechseln. Dabei ist es nach dem Eckpunktepapier für die Gesetzesinitiative auch möglich, Angebote mobil, zum Beispiel mit Bussen, zu unterbreiten. Mit den Aufgaben werden examinierte Pflegefachkräfte und perspektivisch auch Pflegefachkräfte "mit Heilkundekompetenz" im Sinne von Community Health Nursing betraut (BfG, 2022).

Vorgesehen ist, dass die Initiative für einen Gesundheitskiosk von den Kommunen ausgeht. Sie sollen 20 Prozent der Kosten tragen, weil die Einrichtungen auch Aufgaben der Daseinsvorsorge übernehmen. 74,5 Prozent sollen über die gesetzliche Krankenversicherung finanziert werden, 5,5 Prozent über die privaten (BfG, 2022). Der Gesundheitsminister geht davon aus, dass sich die Kioske selbst tragen und auch das Gesundheitssystem am Ende entlasten, vor allem, indem die Menschen nicht mehr so

häufig die Notaufnahmen der Krankenhäuser aufsuchen, wo die Versorgung dann besonders teuer ist (Klemm, 2022).

Gesundheitskioske, die nach dem Hamburger Vorbild entstehen, können von der Expertise der Verantwortlichen profitieren, die bereits Erfahrungen gesammelt haben. Die Trägergesellschaft Gesundheit für Billstedt/Horn UG (GfBH) gibt Wissen und Erfahrungen des Teams aus "Gesundheitsökonom*innen, Gesundheitswissenschaftler*innen, Versorgungsmanagern und akademisch weitergebildeten Pflegefachkräften" weiter. Insbesondere bietet die Gesellschaft eine Machbarkeitsanalyse in vier Teilschritten an (quantitative und qualitative Bestands- und Bedarfsanalyse, Aufzeigen aller wesentlichen strukturellen Inhalte wie Standort, Steuerung und Koordination des Aufbaus und der nachhaltigen Umsetzung eines Gesundheitskiosks, Unterstützungsanalyse und Ermittlung des konkreten Finanzierungsbedarf anhand der Leistungen) (GfBH-3, 2022). Auch die OptiMedis AG, die das Konzept für den Hamburger Gesundheitskiosk entwickelt hat, bietet anderen Interessenten an, Machbarkeitsanalysen für einen Gesundheitskiosk in einer Stadt bzw. einem Stadtteil zu erstellen, mit Krankenkassen zu verhandeln und das Modell in der jeweiligen Region unter Einbeziehung von Akteur*innen aus dem gesundheitlichen und sozialen Bereich aufzubauen (OptiMedis, 2022).

4.2 Das erste Nachfolgemodell in Essen

4.2.1 Entstehung und Organisation

Als in Hamburg der erste Gesundheitskiosk eröffnet wurde, debattierten die Stadtpolitiker in Essen gerade über die Neuausrichtung der gesundheitlichen Versorgung im Norden der Stadt. Dort sind einige Stadtteile sozioökonomisch und soziokulturell stark benachteiligt, was auch auf die gesundheitliche Situation Auswirkungen hat. Viele Menschen haben einen Migrationshintergrund, oft mangelnde Sprachkenntnisse und leben von staatlichen Leistungen. Deshalb wurde die Hamburger Idee aufgegriffen (Bierod & Orman, 2022). Die Stadt nahm das Angebot der Hamburger Trägergesellschaft an und brachte mit deren Unterstützung Gesundheitskioske auf den Weg. Der erste wurde Ende April 2022 im Stadtteil Altenessen eröffnet (Clemens, 2022). Inhaltlich und organisatorisch orientieren sich die

Essener Gesundheitskioske im Wesentlichen am Hamburger Modell, weil die Problemlagen in den ausgewählten Stadtvierteln vergleichbar sind (GfEgG, 2022).

4.2.2 Vernetzung und Angebote

Der Gesundheitskiosk ist eng mit den niedergelassenen Mediziner*innen und auch Krankenhäusern im Norden Essens vernetzt, die im 2008 gegründeten Ärztenetz Essen Nord-West e.V. organisiert sind (Ärztenetz, 2022). Der Verein ist auch Gesellschafter der Trägergesellschaft. Der Gesundheitskiosk unterhält zudem Kontakte zu verschiedenen Anlaufstellen, zu denen die Nutzer*innen auch vermittelt werden, wie Schwangerschaftsberatung, Selbsthilfegruppen, Anbieter von Sport- und Ernährungskursen oder Sportvereine (GK Ruhr, 2022).

Das Fachpersonal soll Patient*innen in allen Fragen zur Gesundheitsförderung und Prävention unterstützen und auf dem Weg zu einer geeigneten Behandlung begleiten. Dabei werden die Leistungen ebenfalls mehrsprachig angeboten und richten sich an alle Menschen, schwerpunktmäßig an chronisch Erkrankte, verschieden belastete Menschen, Familien mit verschiedenen Beratungsbedarfen und Bewohner*innen, die wenig über das Gesundheitssystem in Essen wissen. Die Leistungen sind vielfältig mit verschiedenen Angeboten rund um die Familiengesundheit über Ernährungs- und Bewegungskurse sowie psychosoziale Beratung bis zu Versorgungspfaden für chronische Erkrankungen und aufsuchende Beratung, vor allem für Familien mit Migrationshintergrund (GfEgG, 2022).

4.2.3 Trägerschaft und personelle Ausstattung

Die als Träger gegründete, gemeinnützige Managementgesellschaft Gesundheit für Essen gGmbH (GfEgG) besteht aus drei Gesellschaftern: dem Ärztenetz Essen Nord-West e.V., dem Sport- und Gesundheitszentrum (SGZ) Altenessen e.V. und als Hauptgesellschafter der Caritas-SkF-Essen gGmbH (GfEgG, 2022). Letztere ist eine gemeinsame Gesellschaft aus dem Caritasverband für die Stadt Essen e.V. und dem Sozialdienst katholischer Frauen Essen-Mitte e.V. (SkF), die an verschiedenen Standorten in Essen etwa 900 Mitarbeitende in diversen Einrichtungen wie Pflegezentren, Kindertagesstätten und Hospiz beschäftigt. Darüber hinaus hat die Gesellschaft zahlreiche Beratungs-, Hilfs-, Wohn-, Präventions-, Bildungs- und Erziehungsangebote in ihrem Leistungskatalog (CSE, 2022).

Für die Träger-Gesellschaft in Essen hat man also auf einen Hauptgesellschafter gesetzt, der schon über langjährige Erfahrungen im sozialen und gesundheitlichen Bereich in der Stadt verfügt. Anders als in Hamburg, wo der zentrale Gesellschafter, der Verein Gesundheitskiosk e.V., extra und nur für diesen Zweck gegründet wurde. Das Essener Modell hat dadurch den Vorteil, dass das Management, die Verwaltung, Infrastruktur und das Know-how bereits vorhanden sind. Das macht es auch kostengünstiger. Während das Geschäftsführer-Gehalt in Hamburg beispielsweise zu 100 Prozent in den Kosten des Gesundheitskiosks zu Buche schlägt, ist es in Essen nur ein geringer Anteil, weil die Geschäftsführung auch für andere Bereiche innerhalb der Caritas-Gesellschaft zuständig ist. Ob es auch Nachteile bzw. Auswirkungen auf das Leistungsangebot hat, wenn ein angestammter Träger - in diesem Fall ein kirchlicher - die Management-Gesellschaft für den Gesundheitskiosk prägt, wird die Erfahrung zeigen (Gespräch 1, 2022).

Die Mitarbeitenden des Gesundheitskiosks haben nach Angaben der Gesundheit für Essen gGmbH eine pflegerische oder medizinische Grundausbildung und Studienabschlüsse rund um die Themen Gesundheit und Soziales und werden als "Community Health Nurses" aktiv. Sie decken über Englisch und Französisch hinaus auch noch polnische, russische und arabische Sprachkenntnisse ab (Bierod & Orman, 2022).

4.2.4 Finanzierung

Wichtige finanzielle Grundlage sind auch in Essen Selektivverträge (Gespräch 1, 2022), in diesem Fall mit der AOK Rheinland/Hamburg. Da aber auch die Stadt Essen den Gesundheitskiosk finanziert, kann das Angebot dort von allen Bürger*innen genutzt werden, unabhängig davon, welcher Krankenkasse sie angehören (CSE, 2022). Die Stadt Essen hat sich in einem Ratsbeschluss verpflichtet, mindestens in den ersten drei Jahren die Hälfte der Kosten zu tragen (Bierod & Orman, 2022).

4.2.5 Entwicklung und aktueller Stand

Der zweite Essener Gesundheitskiosk soll im Herbst dieses Jahres im Stadtteil Katernberg in Betrieb gehen (Clemens, 2022). Zu den Erfahrungen der ersten Monate im Stadtteil Altenessen gibt es bisher keine Veröffentlichungen. Unter Federführung des Gesundheitskiosks fand aber im August bereits ein Familiengesundheitstag mit dem

Schwerpunkt Diabetes-Prävention in Altenessen statt. Unter anderem gehörten das Gesundheitsamt der Stadt, das Diabeteszentrum eines Krankenhauses und der Kinderschutzbund zu den Kooperationspartnern (GfEgG-1, 2022).

4.3 Die Kölner „Kümmerei“

4.3.1 Entstehung und Organisation

Wie in Hamburg und Essen ist die AOK Rheinland/Hamburg auch Partner bei ähnlichen Modellen, zum Beispiel in Köln. Im Kölner Stadtteil Chorweiler, wo viele Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status leben, eröffnete am 15. September 2021 eine Quartierszentrale mit dem Namen "die Kümmerei" (AOK, 2021). Hierbei wird nicht der Begriff Gesundheitskiosk verwendet, aber inhaltlich gibt es sehr große Gemeinsamkeiten wie den niedrighschwelligem Zugang, mehrsprachige, multiprofessionelle Beratung, enge Zusammenarbeit mit Ärzt*innen, viele Nutzer*innen mit Migrationshintergrund usw.. Es scheint, dass der Ansatz in der "Kümmerei" noch stärker ins Sozialsystem hineinreicht (Strohm, 2022).

4.3.2 Vernetzung und Angebote

Die Kölner "Kümmerei" ist nicht nur mit vielen Einrichtungen und Anbietern vernetzt, an die sie die Menschen bei Bedarf vermitteln kann. Sie hat auch Partner*innen direkt im Haus. So haben Migrationsberater*innen der Caritas und eine psychoonkologische Beratung der Uniklinik Köln Räumlichkeiten in der "Kümmerei". Das Fallmanagement des Jobcenters berät ebenfalls in dem Haus (Strohm, 2022). Insgesamt bieten Ansprechpartner*innen aus fast 20 Organisationen an unterschiedlichen Tagen Sprechstunden in der "Kümmerei" an (Haß, 2022).



Abbildung 8: "dieKümmererei" wirbt mit vielfältigen Angeboten.

Quelle: AOK (2021)

Ziel ist es auch in der Kölner Einrichtung, einen niedrighwelligen Zugang zu medizinischen und sozialen Leistungen zu ermöglichen und so Gesundheitsförderung und -kompetenz zu verbessern. Die Mitarbeitenden begleiten Menschen unter anderem bei Behördengängen und Arztbesuchen, übersetzen und beraten und vermitteln an örtliche Einrichtungen. Damit übernimmt "die Kümmererei" eine Mischung aus Aufgaben von Kommunen und gesetzlichen Krankenversicherungen (AOK, 2021). Das Team vermittelt an Ärzt*innen, hilft, medizinische Unterlagen zu verstehen, und nimmt sich diverser sozialer Probleme an, sei es mit der Wohnung, mit dem Kindergarten, mit Familienzusammenführung, mit behördlichen Anträgen, mit Gewalt in der Familie oder mit Arbeitslosigkeit (Strohm, 2022).

4.3.3 Trägerschaft und personelle Ausstattung

Die AOK hat das Gesundheitsnetzwerk in Köln-Chorweiler mit der in Köln ansässigen HerzNetzCenter GmbH aufgebaut, einem Sozialunternehmen, das systemübergreifende Struktur- und Versorgungsmodelle im Sozial- und Gesundheitswesen erprobt und implementiert. Auch die Stadt Köln und etablierte Akteur*innen vor Ort sind eingebunden. Nach AOK-Angaben sollen weitere Kassen folgen (AOK, 2021). Die HerzNetzCenter GmbH hat das Management übernommen.

Die Mitarbeitenden verstehen sich als Gesundheitslotsinnen, die die Menschen durch das deutsche Gesundheits- und Sozialsystem führen. Sie haben alle Erfahrungen mit

dem Leben in anderen Kulturen und können sich mit den Ratsuchenden in 13 Sprachen unterhalten (Haß, 2022). Die neun Mitarbeitenden kommen aus verschiedenen Berufen. Unter anderem sind Pflegefachkräfte, Sozialpädagog*innen, Gesundheitswissenschaftler*innen und Medizinische Fachangestellte dabei, die die Bereiche medizinische Versorgung, Case Management und Pflege abdecken sollen (AOK, 2021).

4.3.4 Finanzierung

Die "Kümmerei" wird über einen Selektivvertrag mit der AOK finanziert, dem zum 1. Oktober 2021 auch die Krankenkasse IKK classic beigetreten ist, sodass zunächst Versicherte dieser beiden Kassen die Angebote kostenlos nutzen können (AOK, 2021). Eine Erstberatung, die eine Erstanamnese und eine bedarfsorientierte Beratung zu Leistungen des Gesundheits- und Sozialwesens beinhaltet, können auch Versicherte anderer Kassen kostenlos in Anspruch nehmen (Litzenberger, 2021).

4.3.5 Entwicklung und aktueller Stand

Das Modell "dieKümmerei" ist zunächst bis 2024 angelegt. Die Verantwortlichen hoffen, dass es fortgesetzt und in die Regelversorgung übernommen wird. Inzwischen ist die Einrichtung so bekannt, dass das Team die Anfragen nach Dringlichkeit sortieren muss (Haß, 2022). Gerade Menschen aus Kulturen im Nahen Osten sehen in ihrem Arzt/ihrer Ärztin eine sehr wichtige Vertrauensperson, die sie mit allen möglichen Problemen konfrontieren. Jetzt haben die Mediziner*innen des Stadtviertels die Möglichkeit, ihre Patient*innen mit nicht-medizinischen Anliegen vom Schimmel in der Wohnung bis zu Schwierigkeiten mit behördlichen Unterlagen und anderen sozialen oder gesellschaftlichen Problemen an "die Kümmerei" zu verweisen. Das empfinden sie als große Entlastung (Strohm, 2022). Das Modell soll von der Technischen Hochschule Köln evaluiert werden (Schlingensiepen, 2021).

4.4 Der erste kommunale Gesundheitskiosk in Aachen

4.4.1 Entstehung und Organisation

Zum 1. Januar 2022 schloss die AOK Rheinland/Hamburg einen Vertrag mit der StädteRegion Aachen (AOK, 2022) - einem Kommunalverband aus mehreren Städten und Gemeinden, der seit 2009 Rechtsnachfolger des Kreises Aachen ist (StädteRegion

Aachen, 2022). Ziel war es, für Menschen in sozioökonomisch benachteiligten Quartieren eine zentrale Anlaufstelle zu schaffen, in der eine niedrigschwellige Beratung in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitserhaltung angeboten wird. Auch hier soll - mit Verweis auf die Modelle in Hamburg und Köln - vor allem Bürgerinnen und Bürgern geholfen werden, die sich durch Sprachbarrieren, geringe Kenntnisse des komplexen Gesundheitssystems und entmutigende Erfahrungen nicht ausreichend versorgt fühlen und eine geringere Gesundheitskompetenz haben. Auf der Grundlage des Vertrags wurde am 1. April 2022 ein Gesundheitskiosk in Aachen eröffnet.

Bei diesem Modell sollen nicht nur Bewohner*innen in Aachen selbst profitieren, sondern die ganze Region. Es ist geplant, den Gesundheitskiosk beziehungsweise sein Team mobil zu gestalten und beispielsweise Öffnungszeiten von Tafeln oder Stadtteilstellen zu nutzen, um Beratung anzubieten. (StädteRegion Aachen, 2022-1).

4.4.2 Vernetzung und Angebote

Das Team kooperiert eng mit Haus- und Fachärzt*innen und anderen Leistungserbringern vor Ort. In das Gesundheitsnetzwerk sollen alle Berufsfelder und Einrichtungen einbezogen werden, die an der Gesundheitsversorgung beteiligt sind wie Ärzt*innen, Therapeut*innen, Krankenhäuser, Pflegedienste und andere Dienstleister (StädteRegion Aachen, 2022-1).

In der Beratungsarbeit sollen die Zuständigkeitsgrenzen zwischen Kommunen, Krankenkassen und anderen Sozialleistungsträgern überwunden werden, indem der Gesundheitskiosk in einer Art Lotsenfunktion die Vermittlung der notwendigen Hilfen übernimmt. Die Bewohner*innen erhalten eine qualifizierte, mehrsprachige Beratung in medizinischen und sozialen Fragen, bekommen Schulungen zu Gesundheitsthemen angeboten und können auf sie zugeschnittene Unterstützungsangebote des Sozial- und Gesundheitswesens nutzen.

Die Früherkennung schwerwiegender Erkrankungen wird als ein praktisches Beispiel der Beratungsarbeit genannt, die die Gesundheitschancen sozioökonomisch benachteiligter Menschen verbessern soll. Der Onkologie-Report 2021 der AOK hat gezeigt, dass Menschen mit niedrigem Renteneinkommen durchschnittlich sieben Jahre früher an Krebs erkranken als Menschen mit höherem Renteneinkommen. Das Team des Gesundheitskiosks soll die Bürger*innen dazu beraten, wie Gesundheitsrisiken

verringert werden können, und Früherkennung und Vorsorge stärker ins Bewusstsein der Menschen bringen (StädteRegion Aachen, 2022-1). Die Mitarbeitenden des Gesundheitskiosks bieten allgemein Unterstützung bei der Haus- und Facharztsuche sowie für pflegende Angehörige an, bei Schwangerschaft, Mutter- und Vaterschaft, in Fragen der Erziehung, Prävention, Vorsorge, seelischen Gesundheit, Bewegung und Ernährung, bei Pflegebedürftigkeit und beim Verstehen von Dokumenten wie Arztbriefen (GK Aachen, 2022).

4.4.3 Trägerschaft und personelle Ausstattung

Trägergesellschaft ist die Sprungbrett gGmbH, eine hundertprozentige Tochtergesellschaft der StädteRegion Aachen (StädteRegion Aachen, 2022-1). Damit ist die Einrichtung in Aachen im Prinzip der erste deutsche Gesundheitskiosk in kommunaler Trägerschaft.

Laut Impressum ist der Gesundheitskiosk StädteRegion Aachen ein Gemeinschaftsprojekt der AOK Rheinland/Hamburg und der Sprungbrett gGmbH unter Federführung der AOK Rheinland/Hamburg (GK Aachen, 2022).

Die Mitarbeitenden des Gesundheitskiosks sind medizinisch ausgebildet und können die Menschen in mehreren Sprachen beraten (GK Aachen, 2022). Das Team ist interdisziplinär besetzt und wird von einer Orientalistin und Wirtschaftswissenschaftlerin geleitet (StädteRegion Aachen, 2022-1).

4.4.4 Finanzierung

Da das neue Angebot von allen Bürgerinnen und Bürgern, unabhängig von ihrer individuellen Krankenkassenzugehörigkeit, genutzt werden kann (StädteRegion Aachen, 2022-1), wird der Gesundheitskiosk offensichtlich durch die AOK und die StädteRegion Aachen gemeinsam finanziert.

4.4.5 Entwicklung und aktueller Stand

Über Erfahrungen und Entwicklungen der ersten Monate ist bisher nichts nachzulesen. Angedacht ist aber, das Netzwerk auszubauen: Eine Kooperation mit Apotheken ist geplant, um beispielsweise multimorbide Menschen besser über die Einnahme von Medikamenten aufklären zu können (Habich, 2022).

Nach Angaben der AOK Rheinland/Hamburg sind weitere Gesundheitskiosk-Standorte in Solingen, Duisburg und Krefeld vorgesehen (AOK, 2022). Während die Krankenkassen "die Kümmerei" in Köln bisher allein finanzieren, ist es gelungen, in Aachen die StädteRegion mit ins Boot zu holen. Bei weiteren Modellen will die AOK versuchen, Kommunen, weitere Kassen und andere Sozialversicherungsträger für die Co-Finanzierung zu gewinnen (Schlingensiepen, 2022).

5 Gesundheitskioske im ländlichen Raum in Deutschland

5.1 Modell im Landkreis Soest noch nicht umgesetzt

Die ersten Gesundheitskioske in Deutschland sind in Großstädten entstanden und berücksichtigen dort auch die besonderen Ausgangsbedingungen großer Städte wie einen höheren Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund. Pläne für so ein niedrigschwelliges Angebot im ländlicheren Raum schmiedete die Wirtschaftsfördergesellschaft des Landkreises Soest 2019. Für den Zeitraum von 2019 bis 2022 ist das Projekt „wfg.medPULS“ durch das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft im Rahmen des Bundesprogramms "Ländliche Entwicklung" im Bereich "Land.Digital" mit 198 000 Euro gefördert worden. Dabei sollte ein digitaler Gesundheitstreffpunkt in der Region eingerichtet werden, um telemedizinische Lösungen zu erproben und damit die ambulante ländliche Gesundheitsversorgung zu verbessern. Eine Treffpunktecke mit Sitzmöglichkeiten, ein separater Raum für Videosprechstunden und ein sogenannter E-Health-Kiosk für Prävention, Verlaufsbeobachtung und Gesundheitsförderung sollten in den Räumlichkeiten untergebracht werden, in denen Medizinische Fachangestellte die Nutzer*innen anleiten und begleiten. Außerdem gehörte die "Vernetzung und persönliche Beratung von niedergelassenen Ärzten im Kreis Soest" zum Projekt. Dafür sollte ein/eine "Digital-Lotse/Lotsin" die Ärzt*innen zu digitalen Werkzeugen beraten, durch die in der Praxis Arbeitsabläufe effizienter gestaltet und die Mitarbeitenden in den Praxen entlastet werden können (BMEL, 2020). Ein wichtiger Grundsatz des Projekts bestand darin, die niedergelassenen Mediziner*innen eng in die Ausgestaltung und Umsetzung des Gesundheitstreffpunktes einzubeziehen, damit der persönliche Austausch zwischen Arzt/Ärztin und Patient*innen die Basis der medizinischen Versorgung bleibt, die der Treffpunkt ergänzt (BI Gesundheitswirtschaft SWF, 2018).

Allerdings ist der Gesundheitstreffpunkt - der in einem Ortsteil mit 4500 Einwohner*innen geplant war, in dem es keinen Hausarzt/keine Hausärztin mehr gab - im Projektzeitraum nicht umgesetzt worden. Obwohl die Wirtschaftsfördergesellschaft nach Auskunft von Prokurist Marcel Frischkorn im Vorfeld ein Rechtsgutachten für das Projekt durch die Universität Köln anfertigen ließ, seien am Ende die rechtlichen - vor allem versicherungsrechtlichen - Bedenken der Kassenärztlichen Vereinigung zu groß gewesen. Die Medizinische Fachangestellte in dem Gesundheitstreff sollte nach seinen Angaben bei der Wirtschaftsfördergesellschaft angestellt werden, aber von niedergelassenen Ärzt*innen arztentlastende Aufgaben übertragen bekommen. Über haftungsrechtliche Fragen sei man nicht zu einer Einigung gekommen (Frischkorn, 2022). Es gab aber auch datenschutzrechtliche Bedenken. Ein Rechtsgutachten zeigte, dass der Umgang mit Patientendaten, die im Gesundheitstreff anfallen, problematisch ist (Westfalenspiegel, 2020). Die Wirtschaftsfördergesellschaft konzentrierte sich deshalb auf den Aufbau digitaler Modellpraxen mit Hilfe der "Digital-Lots*innen" und die Entwicklung eines Telemedizinrucksacks und schloss dieses Projekt erfolgreich ab. Der Prokurist ist aber überzeugt, dass sich der digitale Gesundheitstreff gerade während der Corona-Pandemie bewährt hätte. Vor dem Hintergrund, dass die Bundesregierung nun bundesweit den Aufbau von Gesundheitskiosken plant, wolle man das Thema wieder aufgreifen (Frischkorn, 2022).

5.2 Gesundheitskioske in der Thüringer Region Seltenrain

5.2.1 Entstehung und Organisation

In Thüringen dagegen hat man ein ähnliches Vorhaben nicht aufgegeben und die Frage, ob Gesundheitskioske in Deutschland auch für den ländlichen Raum ein geeignetes Modell sind, bereits mit "Ja" beantwortet. Das Projekt "Gesundheitskioske für die Region Seltenrain" wird von 2021 bis 2023 vom Land Thüringen und der EU gefördert. Thüringens Infrastrukturminister Benjamin-Immanuel Hoff begründet die Unterstützung des Projekts: "Wir fördern die Gesundheitskioske, weil sie ein wirksames Instrument sind, die Lebensqualität im ländlichen Raum weiter zu verbessern und die Gemeinden noch attraktiver zu gestalten. Die Menschen erhalten in ihren Orten einen sozialen und kulturellen Anlaufpunkt, der auch Gesundheits- und Mobilitätsangebote abdeckt. Die Holzkonstruktion ist zudem eine besonders umweltfreundliche Bauweise." Mit den Gesundheitskiosken sollen "Ankerpunkte der Daseinsvorsorge" entstehen. Ziel

ist ein dezentrales Gesundheits-, Pflege- und Versorgungsnetzwerk. Die Gesundheitskioske sollen bis 2023 an Haltestellen in mehreren Dörfern der Region entstehen und mit Mobilitätsangeboten verknüpft werden (TLLLR, 2021).

Die Initiative kam aus den Kommunen, die zum Unstrut-Hainich-Kreis gehören. Die Region Seltenrain ist kein verwaltungstechnischer Begriff, sondern umfasst sechs Gemeinden im Bereich des Flusses Seltenrain, die ihre Zusammenarbeit 2006 in einem Gewässerunterhaltungszweckverband begannen und später auch gemeinsam im Rahmen der Dorferneuerung eine Region bildeten (Gespräch 2, 2022): Kirchheilingen, Sundhausen, Tottleben, Blankenburg, Urleben und Bruchstedt. 2011 wurde durch vier dieser Gemeinden die Stiftung Landleben gegründet, um auf den Dörfern ein attraktives Wohnumfeld und das Leben auf dem Land für alle Generationen lebenswert zu erhalten. Unter anderem schuf die Stiftung altersgerechten Wohnraum, einen Fahrdienst für Senior*innen und ein Dorfkümmerer-Projekt, das aktuell unter dem Namen "AGATHE" läuft und in dem sich Fachkräfte in den Dörfern um verschiedene Belange der Menschen kümmern. Sie gehen zu den Menschen nach Hause und bieten in verschiedenen Räumen auf den Dörfern Sprechstunden an.

2017 startete die Stiftung das Projekt "Landengel" zur Entwicklung eines regionalen Gesundheits-, Pflege- und Versorgungsnetzwerkes und gründete einen gleichnamigen Verein (Stiftung Landleben, 2022). Die Idee für den Aufbau von Gesundheitskiosken entstand im Rahmen einer Abschlussarbeit aus der Befragung von 160 älteren Menschen in den sechs Dörfern (Gespräch 2, 2022). Wichtige Themen, die die Bewohner*innen bewegten, waren die eingeschränkte Mobilität auf dem Land und die Angst, im Alter einsam zu sein und niemanden zu haben, der sich um sie kümmert (BzgA, 2022). Es ging den Menschen um Hilfe im Alltag, zum Beispiel beim Umgang mit Ämtern, Fahrten zu Ärzt*innen, Einkäufen oder kulturellen Veranstaltungen. Viele Befragte wünschten sich, dass es wieder Gemeindefrauen wie in der DDR gibt (IBA, 2019).

Daraus resultierte die Überlegung, einen niedrighwelligen Zugang zu sozialen, medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen zu schaffen, damit Menschen nicht isoliert werden, und Unterstützung von außen zu organisieren, damit sie auch im Alter in ihrem Zuhause auf dem Land bleiben können. Dafür sehen es die

Projektverantwortlichen als besonders wichtig an, dass alle örtlichen Akteur*innen in einem engen Kooperationsnetz zusammenarbeiten (BzgA, 2022).

Vorbild für die geplanten Gesundheitskioske in der Region Seltenrain waren nicht in erster Linie die Hamburger Modelle, sondern die Primärzentren in Spanien (siehe Kapitel 3.4.). Das bezieht sich vor allem auf die Primärversorgung durch ein multiprofessionelles Team aus Ärzt*innen, verschiedenen Pflegekräften, Sozialarbeiter*innen, die im Sinn der Erklärung von Alma Ata und unter Nutzung digitaler Möglichkeiten die Nutzer*innen gemeinsam ganzheitlich betreuen, wobei alle jeweils den gleichen Informationsstand haben - inklusive Patient/Patientin (Gespräch 2, 2022).

Die Internationale Bauausstellung Thüringen GmbH (IBA Thüringen), eine Gesellschaft des Landes Thüringen, gab dem Gesundheitskiosk-Projekt 2021 den Status eines IBA-Projekts. Die IBA beauftragte das Büro Pasel-K-Architects in Berlin, für die etwa 25 Quadratmeter großen Kioske, die an Bushaltestellen andockt werden sollen, ein Design-Manual zu erarbeiten, das die Kioske - auch wenn sie an unterschiedlichen Standorten entstehen - "als architektonische Familie begreift". Dabei mussten bei minimalem Platz ein Beratungsraum, ein Warte-/Aufenthaltsbereich und eine Toilette integriert werden (IBA, 2022).

Die Dörfer, in denen die Gesundheitskioske entstehen sollen, sind unterschiedlich groß. Das größte Dorf hat ca. 800 Einwohner, die kleinste Gemeinde nur etwa 160. Ursprünglich waren der Bau eines Landambulatoriums in Kirchheilingen als Zentrum und die Gesundheitskioske als dezentrale Anlaufstellen in weiteren fünf Dörfern geplant (siehe Abb. 9). Das wurde im Laufe des Projekts etwas modifiziert. Vier Dörfer (Urleben, Kirchheilingen, Blankenburg, Bruchstedt) erhalten nun einen Gesundheitskiosk wie geplant und der in Sundhausen wird als Landzentrum etwas größer angelegt. Er wird nicht neu gebaut, sondern zieht nach Sanierung und Umbau in das Gebäude der alten Konsum-Verkaufsstelle ein. Dort sollen Ärzt*innen, Therapeut*innen, ein Kindergarten und ein Pflegezentrum - also verschiedene Gesundheitsangebote und Dienstleistungen - sowie die Geschäftsstelle der neuen Organisationsform integriert werden (Gespräch 2, 2022). Außerdem soll Tottleben einen Versorgungsstandort erhalten (IBA, 2022).

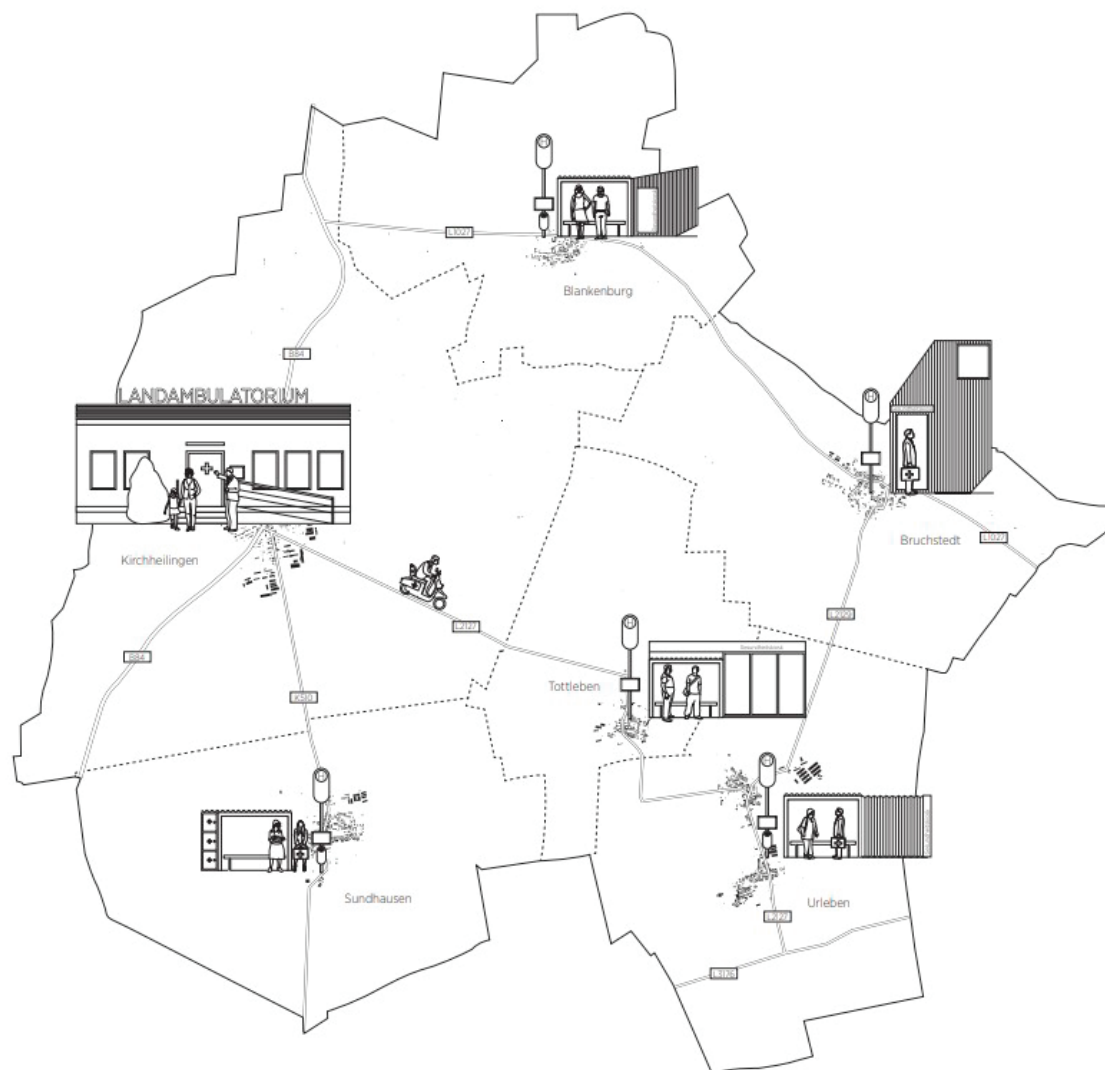


Abbildung 9: Ursprüngliche Planung mit Landambulatorium und Gesundheitskiosken

Quelle: IBA (2019, S. 76)

5.2.2 Vernetzung und Angebote

Für das "Landengel"-Projekt, also den Aufbau eines regionalen Gesundheits-, Pflege- und Versorgungsnetzwerkes, konnte der Verein zahlreiche Kooperationspartner wie regionale Unternehmen, niedergelassene Ärzt*innen, aber auch die Kassenärztliche Vereinigung, das Gesundheits- und Sozialministerium sowie den Landkreis als Partner gewinnen (Stiftung Landleben, 2022). 2019 hatte das Projekt 16 Partner*innen (Faber & Pasel, 2019).

Die Gesundheitskioske sollen in den gewachsenen Dorfstrukturen zentrale Orte für die Dorfgemeinschaften werden, als Anlaufstelle für Information, Beratung und Lenkung, als soziale Mitte und Treffpunkt (Faber & Pasel, 2019). Fest steht schon, dass die Gesundheitskioske Stützpunkte der bereits seit einigen Jahren aktiven "Dorfkümmerner" werden, die dort auch ihre Sprechstunden anbieten und kleinere medizinische Leistungen. Wie Gemeindegewestern sollen diese Pflegefachkräfte die Menschen mit ihren gesundheitlichen und sozialen Problemen begleiten, Verschlechterungen erkennen und gegensteuern, sodass weniger Arztbesuche nötig werden. So sind sie auch Mittler*innen zwischen den Bewohner*innen und Mediziner*innen in der Region, zu denen der Verein und die Stiftung ohnehin schon Kontakte haben, weil sie die Menschen mit ihrem Fahrdienst dorthin bringen. Der Verein "Landengel" kann sich dort perspektivisch auch telemedizinische Sprechstunden vorstellen, zum Beispiel zur Demenzversorgung oder für Vorsorgeuntersuchungen. Auch dabei haben die Pflegenden die Mittlerfunktion, indem sie anleiten und erklären. Prävention soll eine wichtige Rolle spielen, indem es Beratung und Angebote zu verschiedenen Themen wie Ernährung, Rauchen oder Bewegung gibt bzw. dorthin vermittelt wird.

Die Gesundheitskioske werden digital miteinander verbunden und bieten gleichzeitig freies W-LAN für Besucher*innen und Nutzer*innen an (Gespräch 2, 2022). Sie umfassen laut Plan auch einen hochwertig gestalteten öffentlichen Außenbereich, der zum Verweilen und zum Austausch anregt, mit Sitzplätzen und der Möglichkeit, diverse weitere Angebote zu integrieren wie Ladestellen für E-Bikes oder Verkaufsautomaten. Auch die Räumlichkeiten selbst sollen vielfältig genutzt werden können, sei es für Kaffeeklatsch, als Wartebereich oder für Beratungsangebote verschiedener Einrichtungen. Durch die Anbindung an die Bushaltestellen sollen die Gesundheitskioske mit dem öffentlichen Nahverkehr gut erreichbar sein (Faber & Pasel, 2019). Gleichzeitig ist der Platz Sammelpunkt für Fahrten mit dem Fahrdienst, wenn eine Tour zum Arzt oder für andere Erledigungen mit dem öffentlichen Bus nicht möglich ist (Gespräch 2, 2022).

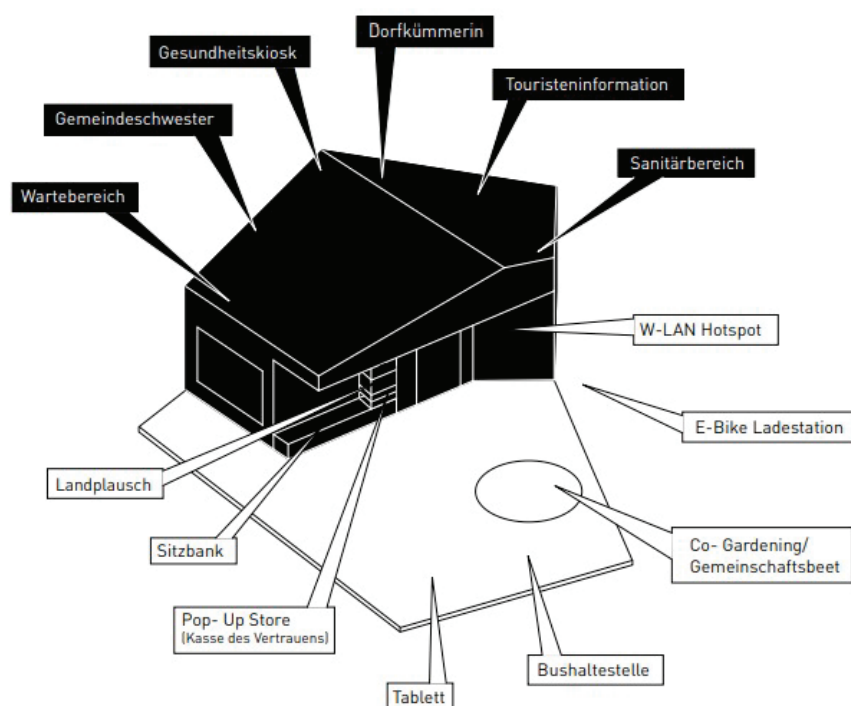


Abbildung 10: Darstellung der "Nutzungspotenziale" der Gesundheitskioske

Quelle: Faber & Pasel (2019, S. 28)

5.2.3 Trägerschaft und personelle Ausstattung

Ursprünglich war angedacht, dass der Verein Landengel Träger der Gesundheitskioske wird. Er hat auch einen Pachtvertrag mit den Gemeinden für die Standorte, an denen sie entstehen sollen. Dann gab es Überlegungen, ähnlich wie in den großstädtischen Modellen eine (gemeinnützige) GmbH für den Betrieb der Gesundheitskioske zu gründen, in der der Verein Landengel einer der Gesellschafter ist. Ein Zweckverband wurde ebenfalls in Betracht gezogen, weil die Gemeinden bereits in einem anderen Bereich in einem Zweckverband zusammenarbeiten. Ob so ein Verband aber für diese Art von Versorgungsnetz geeignet ist, konnten die Akteur*innen vor Ort nicht abschließend einschätzen. (Gespräch 2, 2022). Eine Machbarkeitsstudie, bei der im Auftrag der IBA Thüringen vor allem das multifunktionale Landzentrum mit Trägerschaft, Betrieb und Finanzierung im Fokus stand, kam kürzlich aber zu dem Schluss, dass gerade ein Zweckverband der beteiligten Gemeinden eine "nachhaltige Organisation von Vorsorge" ist, "die nicht mehr das Dorf alleine oder in Konkurrenz zu anderen, sondern die Region kooperativ als Ganzes denkt". Der "Zweckverband

Landleben Thüringen" soll Träger des Landzentrums mit Kindertagesstätte und Tagespflege sowie der Gesundheitskioske werden und damit "Träger der öffentlichen Daseinsvorsorge der Dorfregion Seltenrain" in einer "regionalen Verantwortungsgemeinschaft". Diese Verantwortung ist viel weiter gefasst als das Verständnis eines Gesundheitskiosks. Sie betrifft auch Bereiche wie Erziehung und Bildung, Kultur und Wirtschaft (IBA, 2022-1).

Der Verein Landengel setzt beim Personal bislang vor allem auf die "Dorfkümmerer". Das sind ausgebildete Pflegefachkräfte mit langjähriger Erfahrung im ambulanten und klinischen Bereich und Weiterbildungen in verschiedenen Bereichen. Sie halten Sprechstunden ab, suchen die Menschen in der Häuslichkeit auf und sehen auch andere Probleme, über die Gesundheitsversorgung hinaus (Gespräch 2, 2022).

5.2.4 Finanzierung

Knapp 300 000 Euro Landes- und europäische Fördermittel sind 2021 für das Projekt "Gesundheitskioske für die Region Seltenrain" bewilligt worden. Sie sind für den Aufbau an allen Standorten gedacht (TLLR, 2021). Der Verein Landengel als Pächter der Grundstücke baut die Gesundheitskioske. Zusätzlich zu den Fördermitteln bekommt er dafür Kredit von der Stiftung Landleben.

Wie der Betrieb der Gesundheitskioske finanziert werden soll, steht noch nicht fest. Der Verein will auf jeden Fall die Kommunen finanziell mit ins Boot holen, weil sie davon profitieren, indem Daseinsvorsorge in den Anlaufstellen geleistet wird - ähnlich wie im "AGATHE"-Projekt, das auch mehrere Gemeinden mitfinanzieren. Außerdem will der Verein - ähnlich wie bei den anderen bisherigen Gesundheitskiosken in Deutschland - Verträge mit Krankenkassen schließen. Und schließlich sollen sich auch die Menschen beteiligen, die die Angebote nutzen (Gespräch 2, 2022).

5.2.5 Entwicklung und aktueller Stand

Die Umbauarbeiten am alten Konsum an der Bushaltestelle in Sundhausen haben bereits im Frühjahr begonnen. In Zusammenarbeit mit der IBA Thüringen wurden für die Entwicklung des Netzwerkes innovative Bauprozesse ausgewählt - als Bauhüttenprozess mit offenem Baubüro. Studierende und Auszubildende sind am Bauprozess beteiligt (IBA, 2022).

Darüber hinaus läuft aktuell der Bau der Gesundheitskioske in Kirchheilingen - wo eine Bedarfs-Bushaltestelle am Standort neu eingerichtet wird - und Urleben. Die Einrichtungen in Bruchstedt und Blankenburg sollen als nächste folgen (Spitzer, 2022).



Abbildung 11: Baustelle für den Gesundheitskiosk in Kirchheilingen im Juli 2022

Quelle: Funke Mediengruppe Thüringen, Foto Sabine Spitzer

5.3 Zwischenfazit

Beim Aufbau der ersten deutschen Gesundheitskioske im ländlichen Raum hatten die Thüringer Akteur*innen zwar auch die ersten Modelle in Hamburg und die nachfolgenden politischen Entwicklungen im Blick. Zumal sie mit der OptiMedis AG zusammenarbeiten, die das Hamburger Konzept entwickelte (Gespräch 2, 2022). Die Initiative, die gesundheitliche und soziale Versorgung zu verbessern, entstand jedoch aus den eigenen Erfahrungen der Verantwortlichen in den Gemeinden, die den Bedarf in den Dörfern durch ihre langjährige Arbeit sahen und ermittelten. Der entscheidende Impuls, wie man diese Probleme angehen kann, kam dann aus den primären Gesundheitszentren in Spanien. Längst haben es Forschungsprojekte gezeigt: Deutschland kann aus internationalen Erfahrungen viel lernen, aber sie lassen sich nicht einfach übertragen. Man muss hierzulande eigene, auf den jeweiligen Bedarf

zugeschnittene Modelle entwickeln. Die internationalen Erfahrungen und die deutschen - auch wenn sie begrenzt sind - machen einige Erfordernisse für den Aufbau und das Funktionieren von Gesundheitskiosken deutlich, die sich zum großen Teil auch in der Evaluation des Hamburger Modells wiederfinden. Einige wichtige, die sich aus den vorhergehenden Betrachtungen ergeben, sollen an dieser Stelle genannt werden.

- 1 Essenziell ist ein dringender Bedarf vor Ort, der mit der Einrichtung gedeckt werden soll - seien es wie in Hamburg viele sozioökonomisch benachteiligte Menschen und Menschen mit Migrationshintergrund, die nur schwer einen Zugang zum Gesundheitswesen finden, oder wie in Thüringen viele alte, multimorbide, immobile Menschen. Dieser Bedarf muss durch eine Erhebung belegt werden. Die internationalen Erfahrungen haben gezeigt, dass in den Einrichtungen mit der Zeit noch so manche andere Probleme zur Sprache kommen, die man dann ebenfalls angehen kann, sodass sie Schnittstellen zwischen gesundheitlicher Versorgung und Sozialraum werden. Was auch bedeutet, dass ein Gesundheitskiosk keine starre Einrichtung ist, sondern sich anpassen und verändern muss.
- 2 Man braucht ausreichend finanzielle Ressourcen für die Errichtung von Gesundheitskiosken und anschließend ein tragfähiges Finanzierungskonzept für die Betreuung. Die Pilotprojekte in Deutschland (Hamburg und Thüringen) haben staatliche Förderung bekommen. Auch bei den internationalen Beispielen haben die Länder neue Versorgungsformen angeschoben. Mit der jetzigen Gesetzesinitiative des Bundesgesundheitsministeriums soll sowohl die Errichtung als auch der Betrieb künftiger Gesundheitskioske abgesichert werden. Bei den Krankenkassen hat sich allerdings sofort Widerstand geregt gegen die Ankündigung des Ministers, dass sie 80 Prozent (davon rund 75 Prozent die gesetzlichen Kassen) der Kosten tragen sollen. Sie fordern eine höhere Beteiligung der Kommunen, weil die Einrichtungen viele Aufgaben der Daseinsvorsorge übernehmen sollen (Klemm, 2022). Allerdings werden schon 20 Prozent für so manche Kommune in strukturschwachen Regionen eine finanzielle Herausforderung sein. Es ist deshalb zu überlegen, nach Möglichkeit weitere finanzielle Unterstützer*innen bzw. Nutzer*innen, die eventuell Miete zahlen, zu gewinnen.

- 3 Für die erfolgreiche Betreuung eines Gesundheitskiosks bedarf es eines guten Netzwerkes. In den internationalen und deutschen Beispielen werden vielfältige Kooperationen genannt; mit Arztnetzen, Krankenhäusern, sozialen Einrichtungen, örtlichen Vereinen usw.. Zum Teil sind sie auch an den Trägergesellschaften beteiligt. Denn die Gesundheitskioske haben wichtige Mittlerfunktion und brauchen deshalb gute Partner, an die sie bei verschiedenen Problemen weitervermitteln können und von denen sie wiederum Nutzer*innen vermittelt bekommen.
- 4 Besonders wichtig ist eine enge Verankerung in der Kommune. Dort kennt man die Bedarfe am besten, vor allem im ländlichen Raum. Und dort ist auch das Interesse am größten, etwas für die bessere Versorgung der Bevölkerung zu tun. Nicht umsonst kam die Initiative in Thüringen aus den Gemeinden. Ob die demnächst gesetzlich verankerten Gesundheitskioske auch direkt von Kommunen getragen werden können, geht aus dem Eckpunktepapier des Ministers nicht hervor. Dort steht lediglich, dass sie von Kommunen initiiert werden (BfG, 2022).
- 5 Als neue Versorgungsform stehen die Gesundheitskioske für eine sektorenübergreifende, integrierte Versorgung, wie sie auch bei den meisten internationalen Modellen praktiziert wird. Das heißt, dass Grenzen überwunden werden zwischen präventiver, heilender, rehabilitativer und pflegerischer Versorgung, aber auch zwischen Gesundheits- und Sozialversorgung. In Deutschland ist das noch mit vielen Hindernissen behaftet, weil nach wie vor überwiegend in Sektoren getrennt wird (Schaeffer, Hämel & Ewers, 2015, S. 233-234), sei es zwischen ambulant und stationär, Gesundheits- und Sozialsystem, Medizin und Pflege - obwohl Wissenschaftler seit vielen Jahren eine integrierte Versorgung fordern.
- 6 Für eine übergreifende Versorgung in Gesundheitskiosken braucht es auch entsprechend ausgebildetes Personal. Während in vielen anderen Ländern die Pflegeausbildung überwiegend längst akademisiert und auf eine umfassende, ganzheitliche Versorgung der Menschen ausgerichtet ist, steht man hierzulande damit noch fast am Anfang. Es ist gut, dass Community Health Nurses jetzt flächendeckend in Deutschland ausgebildet werden sollen, aber das reicht nicht. In Medizin und Pflege muss sich die Ausbildung dem veränderten Bedarf in der Bevölkerung anpassen, müssen Studiengänge entwickelt werden, die eine stärkere

Übertragung von bisher ärztlichen Aufgaben auf die Pflege ermöglichen - und nicht nur "einfache medizinische Routineaufgaben ..., veranlasst von Ärztinnen und Ärzten", wie es jetzt in der Gesetzesinitiative formuliert ist (BfG, 2022).

- 7 Engagierte Akteur*innen sind für so ein Vorhaben ebenfalls nötig. Das wird besonders deutlich in Thüringen, wo Stiftung und Verein die Gesundheitskioske ohne Initiative einer großen Krankenkasse angeschoben haben. Allerdings ist es dort auch nur ein kleiner Kreis besonders aktiver Menschen, die das Projekt momentan engagiert vorantreiben (Gespräch 2, 2022). Eine sehr anspruchsvolle Aufgabe, bei der es sicher gut wäre, die Last auf mehr Schultern verteilen zu können. Je mehr Aktive sich vor Ort in das Vorhaben einbringen, um so größer wird vermutlich auch die Akzeptanz sein. Sich die IBA Thüringen als starken begleitenden Partner ins Boot geholt zu haben, ist ein sehr großer Vorteil.
- 8 Gerade bei den internationalen Beispielen fällt auf, dass die Akteur*innen gut digital miteinander vernetzt sind und elektronische Patientenakten nutzen. Beim Hamburger Modell hat sich gezeigt, dass es da noch großen Nachholbedarf gibt. Wenn Gesundheitskioske ein fester Teil des Gesundheits- und Sozialsystems werden sollen, angedockt zwischen Kommunen, Haus- und Fachärzt*innen, Krankenhäusern, Integrierten Gesundheitszentren und sozialen Einrichtungen, muss sichergestellt sein, dass sie alle gut, schnell und ohne Informationsverluste miteinander kommunizieren können. Die Telematikinfrastuktur und die elektronische Patientenakte sind dafür ganz wichtige Elemente.
- 9 Ein Punkt, der in den vom Hamburger Modell abgeleiteten Erfolgsfaktoren für die Übertragung auf andere Regionen zwar keine Rolle spielte, aber sehr wichtig ist, ist die Erreichbarkeit. In der vorangegangenen Erhebung in Hamburg/Billstedt hatte sich als ein Problem ergeben, dass Einwohner*innen zum Teil nur eingeschränkt bereit sind, sich für Gesundheitsdienstleistungen aus dem Quartier zu bewegen (siehe Kapitel 4.1.1.). Da der Gesundheitskiosk mitten im Viertel liegt, war das Thema Erreichbarkeit dann sicher kein Thema, aber bei nicht-städtischen Modellen ist es das schon. In Kanada beispielsweise ist die Erreichbarkeit der Community Health Centres ein großes Problem. Einen öffentlichen Nahverkehr gibt es nicht und die Menschen müssen zum Teil sehr weite Wege dorthin zurücklegen, sind auch auf Nachbarschaftshilfe und ehrenamtliches Engagement angewiesen. Die

Verantwortlichen in den Einrichtungen planen die Besuche der Patient*innen deshalb sehr genau, versuchen, möglichst viel in die Termine zu legen und ausreichend Zeit einzuräumen (Schaeffer, Hämel & Ewers, 2015, S. 113-133). Die Thüringer Verantwortlichen haben in der Erreichbarkeit ein zentrales Thema gesehen und die Gesundheitskioske deshalb an Bushaltestellen in den Dörfern geplant. Dort ist der öffentliche Personennahverkehr zwar auch ausgedünnt, aber da es bereits einen etablierten Fahrdienst der Stiftung Landleben in den Gemeinden gibt, kann das ÖPNV-Angebot so ergänzt werden (Gespräch 2, 2022). Deshalb muss Erreichbarkeit ein wichtiges Kriterium sein, gerade wenn - wie es das Bundesgesundheitsministerium angedacht hat - vor allem Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf durch die Gesundheitskioske erreicht werden sollen (BfG, 2022). Denn diese Menschen sind nicht selten auch in ihrer Mobilität eingeschränkt.

In der Gesetzesinitiative der Bundesregierung für die deutschlandweiten Gesundheitskioske wird Erreichbarkeit zwar nicht als Kriterium genannt. Allerdings schreibt der Gesundheitsminister in seinem Eckpunkte-Papier, "in strukturell schwachen Gebieten sollen alle die Möglichkeit haben, schnell und kompetent in Gesundheitsfragen beraten zu werden". Andererseits ist geplant, in Deutschland "pro 80 000 Einwohner" einen Gesundheitskiosk zu errichten (BfG, 2022). In Hamburg/Billstedt - einem Stadtteil mit gut 70 000 Einwohner*innen auf knapp 17 Quadratkilometern (Hamburg, 2019) - mag es funktionieren mit der schnellen Beratung, da ein zentral gelegener Gesundheitskiosk in dem Viertel sicher für die meisten gut zu erreichen ist. Im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte allerdings bedeutet die Vorgabe "ein Gesundheitskiosk für 80 000 Menschen" bei gut 258 000 Einwohner*innen auf fast 5000 Quadratkilometern (MSE, 2022), dass nicht mehr als drei Kioske im ganzen Kreis errichtet werden.

Unter diesen Voraussetzungen wäre die Forschungsfrage, ob sich Gesundheitskioske als kleinräumige Anlaufstellen für die Gesundheitsversorgung, -beratung und -prävention im peripheren ländlichen Raum eignen, an dieser Stelle mit "Nein" zu beantworten. Denn sie wären nicht mehr kleinräumig, sondern schwerer zu erreichen als das nächste Krankenhaus, die nächste Arztpraxis. Die vom Ministerium

ausgegebene Zahl zeigt den Versuch, mit 1000 Gesundheitskiosken alle gut 80 Millionen Menschen in Deutschland zu erreichen. Sie zeigt aber auch den Versuch, ein in Großstädten erprobtes Modell auf den ländlichen Raum überzustülpen. Das funktioniert nicht. Es braucht Gesundheitskiosk-Konzepte, die auf die speziellen Herausforderungen im ländlichen Raum zugeschnitten sind. Bleibt deshalb zu hoffen, dass die Zahl der Nutzer*innen nicht gesetzlich festgelegt wird, sonst sind Gesundheitskioske für benachteiligte ländliche Regionen gar kein Modell. Wenn aber nicht die Zahl, sondern der Nutzen als Gradmesser gilt, dann können Gesundheitskioske unter bestimmten Voraussetzungen durchaus einen wichtigen Beitrag für die gesundheitliche und soziale Versorgung der Menschen im ländlichen Raum leisten.

6 Gesundheitskiosk – ein Modell für die Mecklenburgische Seenplatte?

6.1 Struktur des ländlichen Raums im Landkreis

Um einschätzen zu können, welche Bedarfe Gesundheitskioske im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte decken sollten, wo sie angedockt und wie sie vernetzt sein müssen, ist es wichtig, etwas genauer auf die Struktur und die Probleme im Landkreis zu schauen. Der Landkreis Mecklenburgische Seenplatte gehört - wie der größte Teil des Landes Mecklenburg-Vorpommern - in der Einteilung des BBSR in "Siedlungsstrukturelle Kreistypen" zu den "Dünn besiedelten ländlichen Kreisen" mit weniger als 50 Prozent der Bevölkerung in Groß- und Mittelstädten und einer Einwohnerdichte von weniger als 100 Einwohner*innen pro Quadratkilometer außerhalb dieser Städte. Dies ist die "ländlichste" der vier Kategorien, in die das Institut die Regionen Deutschlands einteilt (BBSR, 2018). Was die Lage betrifft, zählt der Kreis zudem zu den "sehr peripheren" Raumtypen (BBSR, 2010).

Das Institut hat zudem zwischen 2011 und 2016 das Wachsen und Schrumpfen der Kreise in Deutschland untersucht. Dabei wurden sowohl demografische Entwicklungsindikatoren (Bevölkerungsentwicklung, Wanderungssaldo, Entwicklung der Erwerbstätigen) als auch wirtschaftsorientierte Entwicklungsindikatoren (Entwicklung der Beschäftigten, der Arbeitslosenquote und des Gewerbesteuergrundaufkommens) einbezogen. Denn eine schwierige wirtschaftliche

Lage bedeutet in der Regel Verlust von Arbeitsplätzen, was Abwanderung und damit Rückgang der Bevölkerung nach sich ziehen kann. Aus diesen Indikatoren leitete das BBSR eine Klassifizierung der Kreise in "überdurchschnittlich wachsend", "wachsend", "keine eindeutige Entwicklungsrichtung", "schrumpfend" und "überdurchschnittlich schrumpfend" ab. Der Landkreis Mecklenburgische Seenplatte wird als "schrumpfend" eingestuft (BBSR, 2016-1).

Eine kleinteilige Siedlungsstruktur und große Entfernungen zwischen den Zentralen Orten sind prägend für die Mecklenburgische Seenplatte. Mit etwa 48 Einwohner*innen pro Quadratkilometer wies die Bevölkerungsdichte des Landkreises 2016 einen der geringsten Werte bundesweit auf (Bundesdurchschnitt 231) und wird in den nächsten Jahren weiter sinken (RPV MSE, 2018, S. 7).

Seit Beginn der 1990-er Jahre hält der Bevölkerungsrückgang in der Region Mecklenburgische Seenplatte an. 1990 lebten noch rund 336 000 Menschen auf dem Gebiet des heutigen Landkreises. 2016 war die Zahl um etwa 22 Prozent auf knapp 262 000 Einwohner*innen geschrumpft. Hauptursache war die Abwanderung von Menschen im jungen und mittleren Alter aus der Region (RPV MSE, 2018, S. 6).

Nach der fünften Bevölkerungsprognose des Landes bis 2040 wird dieser Trend weiter anhalten. In dem Jahr leben voraussichtlich nur noch etwa 227 000 Menschen im Landkreis. Der Bevölkerungsrückgang wird so groß wie in keinem anderen Landkreis Mecklenburg-Vorpommerns sein. Der Anteil der unter 18-Jährigen an der Bevölkerung im Landkreis wird nach der Prognose bis 2040 zwar nahezu konstant mit etwa 15 Prozent sein. Der Anteil der über 65-Jährigen aber erhöht sich deutlich von knapp 29 Prozent im Jahr 2017 auf mehr als 36 Prozent im Jahr 2040. Nach Berechnung des Landes auf Ebene der Mittelbereiche der Zentralen Orte fällt der Bevölkerungsrückgang mit 9,5 Prozent im Mittelbereich Neubrandenburg am geringsten aus, es folgt der Bereich Waren mit 10,5 Prozent. Deutlich stärker geht die Bevölkerungszahl im Mittelbereich Neustrelitz mit 20,4 Prozent zurück und am stärksten im Bereich Demmin mit fast 30 Prozent (MEID, 2019, S. 4-7).

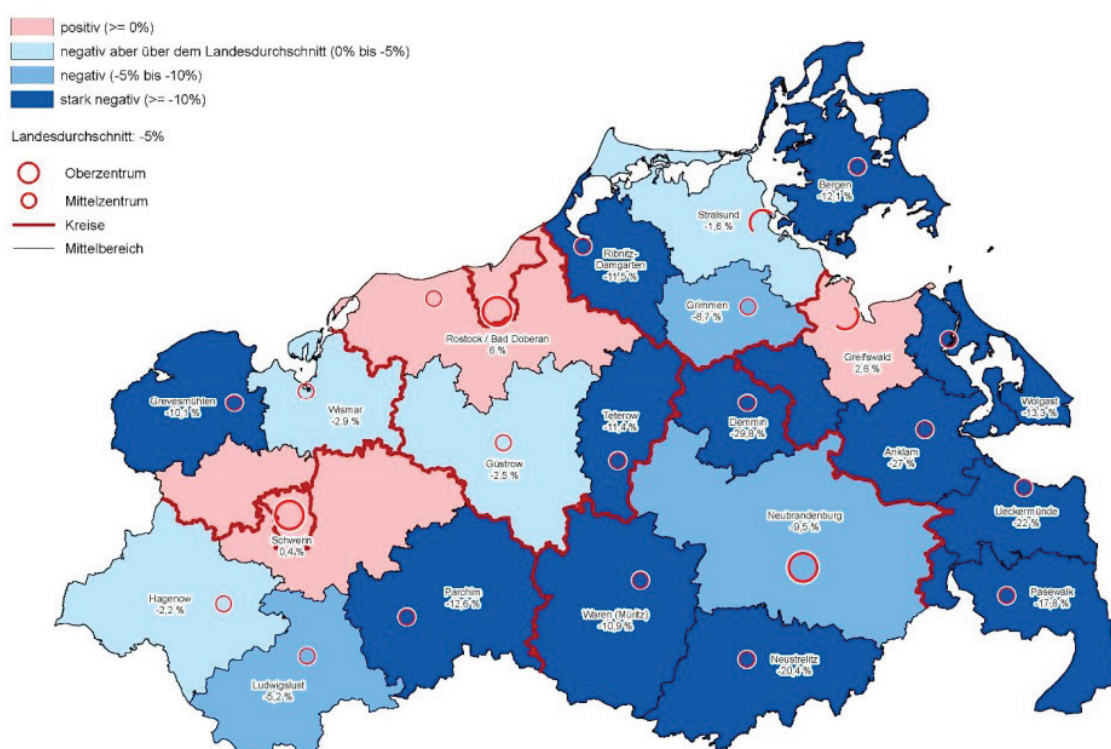


Abbildung 12: Bevölkerungsentwicklung der Mittelbereiche aus der 5. Bevölkerungsprognose MV-Regionalisierung

Quelle: MEID (2019, S. 7)

6.2 Gesundheitsversorgung in der Mecklenburgischen Seenplatte

6.2.1 Probleme der Gesundheitsversorgung

Da der Landkreis schrumpft, könnten weniger Einwohner*innen weniger Bedarf an medizinischen Leistungen bedeuten. Da aber der Anteil der älteren Menschen und damit die Multimorbidität steigt - also das gleichzeitige Auftreten mehrerer Erkrankungen -, gleicht sich das wieder aus (RPV MSE, 2018, S. 7). Mit dem erhöhten Bedarf an medizinischen Leistungen ist auch eine Kostensteigerung verbunden. Die Menschen, die älter als 65 Jahre sind, machen in Deutschland nach einer Erhebung zwar nur 18 Prozent der Bevölkerung aus, verursachen aber im Gesundheitswesen 45 Prozent der Kosten (EK, 2021, S. 21).

Der Regionale Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte, dessen Zuständigkeitsbereich inzwischen deckungsgleich mit dem Landkreis ist, untersucht seit 2006 in regelmäßigen Abständen in sogenannten Monitorings die Situation der

hausärztlichen Versorgung im Landkreis, da die medizinische Versorgung ganz wesentlich für Attraktivität und Lebensqualität in der Region ist und der Hausarzt/die Hausärztin dabei eine zentrale Funktion als erste*r Ansprechpartner*in innehat (RPV MSE, 2018, S. 5-8).

Über die Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen wird die Ansiedlung und Verteilung von Kassenarzt*innen geregelt. Dabei werden nicht die Landkreise zugrunde gelegt, sondern die kleinräumigeren Mittelbereiche. Neubrandenburg wird dabei separat betrachtet und aus dem Mittelbereich Neubrandenburg herausgelöst. Dem Monitoring von 2018 liegt die Statistik von 2015 zugrunde. In dem Jahr waren 192 Hausarzt*innen im Landkreis tätig. Sie konzentrierten sich vor allem in den Zentralen Orten, während die meisten Gemeinden mit weniger als 1000 Einwohner*innen nicht über medizinische Angebote verfügten. Das durchschnittliche Verhältnis von Einwohner*innen pro Hausarzt/Hausärztin zeigt für die Mecklenburgische Seenplatte statistisch eine ausreichende hausärztliche Versorgung. Im Vergleich der Mittelbereiche ergibt sich ein differenzierteres Bild und noch detaillierter ist die Betrachtung der 17 Verflechtungsbereiche um die Zentralen Orte im Landkreis. Die Nahbereiche der Grundzentren Rechlin, Penzlin, Malchow und Feldberger Seenlandschaft waren danach 2015 deutlich unterversorgt. Einige Nahbereiche (Malchin, Mirow, Altentreptow) waren überversorgt (RPV MSE, 2018, S. 9-15).

In den Erhebungen zum Hamburger Gesundheitskiosk wird die zunehmende Inanspruchnahme der Notaufnahmen der Krankenhäuser als eine Folge der mangelhaften haus- und fachärztlichen Versorgung gewertet (siehe Kapitel 4.1.1.). Diesen Trend gibt es auch im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte, jedenfalls wird es am Beispiel der Zentralen Notaufnahme des Dietrich-Bonhoeffer-Klinikums in Neubrandenburg deutlich. Abgesehen von der Corona-Pandemie, während der die Nutzung zeitweise zurückging, nimmt die Zahl der Patient*innen in der Notaufnahme seit Jahren kontinuierlich zu. Sie stieg von knapp 33 800 Patient*innen im Jahr 2012 auf fast 39 500 im Jahr 2019. Dementsprechend stieg auch die Zahl der Menschen, die von der Notaufnahme aus stationär ins Krankenhaus aufgenommen wurden (siehe Abb. 14) (GBA, 2012, GBA, 2019).

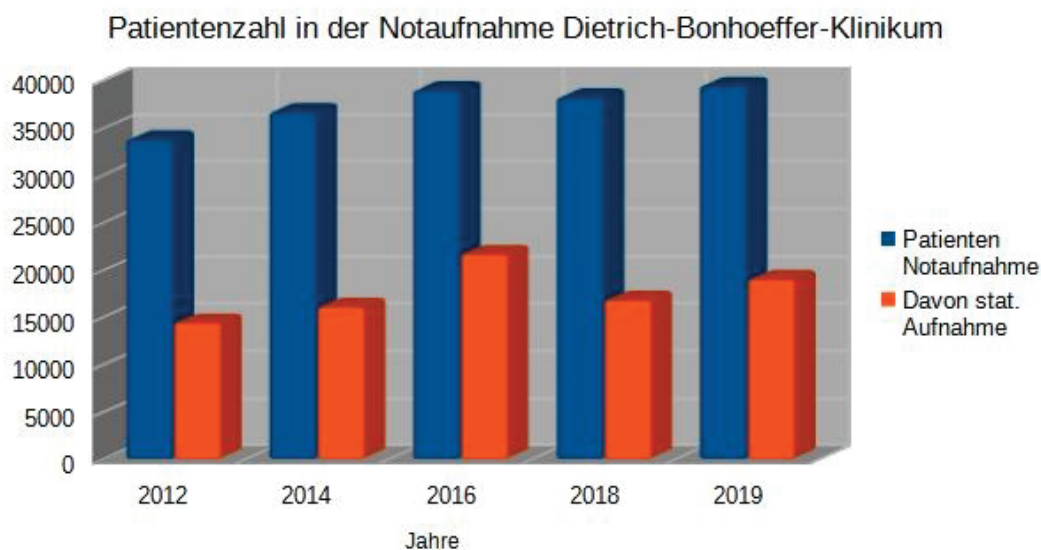


Abbildung 13: Patientenzahl in der Notaufnahme des Dietrich-Bonhoeffer-Klinikums

Quelle: eigene Darstellung/(GBA, 2012; GBA, 2014; GBA, 2016; GBA, 2018; GBA, 2019)

Fast 70 Prozent aller Hausärzt*innen im Landkreis waren 2015 schon älter als 50 Jahre. Die Nachbesetzung von Hausarztstellen sieht der Regionale Planungsverband deshalb als eine zentrale Herausforderung der kommenden Jahre. Bis 2025 ging der Verband von einem Wiederbesetzungsbedarf von etwa 100 Hausarztstellen aus. Je dünner das Arztnetz, um so wichtiger ist Mobilität. Allerdings zeigte eine Erreichbarkeitsanalyse im Rahmen des Hausarztmonitorings 2018 (auf der Basis von Daten aus 2013), dass es einem Drittel der Bevölkerung des Landkreises nicht möglich ist, mit öffentlichen Verkehrsmitteln innerhalb von drei Stunden einen Hausarzt bzw. eine Hausärztin aufzusuchen und wieder nach Hause zu kommen. Die betroffenen Menschen wohnen insbesondere in peripheren ländlichen Gemeinden abseits der ÖPNV-Achsen. (RPV MSE, 2018, S. 20).

Mit dem Pkw sieht die Erreichbarkeit von Hausärzt*innen wesentlich besser aus, allerdings verfügen etwa 22 Prozent der Haushalte im Land nicht über ein eigenes Auto. Je älter die Menschen werden, um so eingeschränkter wird zudem die persönliche Mobilität, zum Beispiel weil sie aufgrund gesundheitlicher Probleme nicht mehr selbst

fahren können. Die Erreichbarkeit von Krankenhäusern ist teilweise sogar mit dem Auto problematisch. Nur etwa die Hälfte der Menschen in Mecklenburg-Vorpommern erreicht das nächste Krankenhaus innerhalb von 15 Minuten mit dem Pkw - im Bundesdurchschnitt sind es zwei Drittel der Bevölkerung. Dabei ist noch nicht berücksichtigt, dass nicht in allen Krankenhäusern alle Basisdienstleistungen angeboten werden, wodurch häufig sicher noch längere Wege entstehen (EK, 2021, S. 82-85).

Schwerere Erreichbarkeit und geringere Verfügbarkeit ist auch bei Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung nach Auskunft des Landkreises eine Herausforderung. Sieht man sich als Beispiel die Bewegungsförderung an, so haben zahlreiche Landgemeinden in "ihrer Umgebung kaum Zugang zu Sportvereinen, Fitnessstudios oder von den gesetzlichen Krankenkassen angebotenen Gesundheitskursen". Mit dem demografischen Wandel und der Abwanderung jüngerer Menschen werden ältere Bewohner*innen "zur Hauptzielgruppe in diesen Gemeinden". Da aber nur nachfolgende Generationen diesem Schrumpfungsprozess entgegenwirken können, sind generationsübergreifende Projekte besonders wertvoll. Das zeigt sich auch im Austausch zwischen Landkreis und Landgemeinden. Von Bürgerinnen und Bürgern ist dabei häufig zu hören, dass sie das Miteinander der Generationen als besonders wichtig einschätzen für eine intakte Dorfgemeinschaft, in der besonders die älteren Bewohner*innen Unterstützung erfahren (Gespräch 3, 2022).

6.2.2 Gesundheitliche Probleme der Bevölkerung

Neben den strukturellen Problemen wie zunehmender Ärztemangel und teilweise schlechte Erreichbarkeit von Gesundheitsdienstleistungen soll auch auf die gesundheitliche Lage der Bevölkerung eingegangen werden. Daraus können sich Bedarfe für Gesundheitskioske ergeben, wobei Erhebungen auf Land- oder Landkreisebene nur der Orientierung dienen können. Entscheidend für so eine kleinräumige Einrichtung muss ein akuter lokaler Bedarf sein. Insgesamt zeigt sich auf der Grundlage der NAKO-Gesundheitsstudie, die auch in der Mecklenburgischen Seenplatte (in Neubrandenburg) ein Studienzentrum hat, dass es nur geringfügige Unterschiede zwischen den gesundheitlichen Problemlagen der Menschen in den peripheren ländlichen Regionen des Landkreises und den Kreiszentren gibt (Gespräch 3, 2022).

Für den Landkreis Mecklenburgische Seenplatte liegt bisher nur ein Gesundheitsbericht vor, der die Jahre 2011 bis 2015 direkt nach der Kreisgebietsreform und der Bildung des Großkreises betrachtet. Bei den Kindern und Jugendlichen des Landkreises sieht der Gesundheitsbericht im Bereich von Übergewicht und Adipositas einen großen Handlungsbedarf, da Übergewicht oft weitere Erkrankungen nach sich zieht. Wie die Vorsorgeuntersuchungen zeigten, konnte der Anteil der übergewichtigen und adipösen Schüler*innen im Berichtszeitraum trotz zahlreicher Gesundheitsprojekte nicht gesenkt werden. Das Problem zieht sich durch bis in die höheren Klassenstufen. In der achten Klasse waren im Vergleichszeitraum etwa 30 Prozent der Regelschüler*innen und 50 Prozent der Förderschüler*innen übergewichtig (Irre & Petznick, 2016, S. 23-28).

Übergewicht bei Kindern muss deshalb ein wichtiges Thema in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Lebensphase "Gesund aufwachsen" sein. Ob dabei allerdings ein Gesundheitskiosk eine tragende Rolle spielen kann, ist zu überlegen. Eventuell ist die "bereits stattfindende settingbasierte Thematisierung/Intervention in Kindertagesstätten und Schulen ausreichend bzw. sogar besser geeignet" (Gespräch 3, 2022).

Die gesundheitliche Lage der arbeitenden Bevölkerung betrachtet der Gesundheitsbericht am Beispiel der jährlichen AOK-Gesundheitsberichte. Dabei sind die meisten Fälle von Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Erkrankungen der Atemwege sowie Muskel- und Skelettkrankheiten zu verzeichnen (Irre & Petznick, 2016, S. 84). Bei der Betrachtung der Todesursachen zeigt sich, dass Kreislauferkrankungen und Krebs die größten Probleme darstellen. Durch präventive Maßnahmen wie Vorsorgeuntersuchungen und gesündere Lebensweise wären viele Todesfälle vermeidbar (Irre & Petznick, 2016, S. 95-100). Der Anteil der Pflegebedürftigen im Kreis stieg zwischen 2011 und 2015 um knapp 900 auf etwa 12 000 Menschen. Die Tendenz war weiter steigend und Expert*innen gingen davon aus, dass auch immer häufiger demenzielle Erkrankungen mit der Pflegebedürftigkeit einhergehen (Irre & Petznick, 2016, S. 129).

Aktuell ist ein neuer Gesundheitsbericht für den Landkreis angedacht, der - wie der erste Bericht - in Zusammenarbeit mit der Hochschule Neubrandenburg entstehen soll. Allerdings sind noch viele inhaltliche und organisatorische Fragen zu klären, sodass unklar ist, wann mit dem Bericht zu rechnen ist (Gespräch 3, 2022).

Eine noch etwas ältere, aber sehr aufschlussreiche Erhebung ist die Landgesundheitsstudie (LGS) in 14 nordostdeutschen Landgemeinden von 2008 bis 2010 hinsichtlich der Nutzung von Gesundheitsförderung und -versorgung. Eine nachträgliche Auswertung der Studie zeigte, dass die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen in diesen ländlich-peripheren Gemeinden ähnlich hoch ist wie im gesamtdeutschen Vergleich. Verglichen wurde dabei mit der 2008 bis 2011 durchgeführten Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Der Mangel bzw. die schlechtere Erreichbarkeit von niedergelassenen Ärzt*innen im ländlichen Raum Nordostdeutschlands wurde zwar nicht in geringerer Inanspruchnahme deutlich, zeigte sich aber in einer "statistisch signifikanten geringeren Zufriedenheit der Befragten mit der (qualitativ eingeschätzten) örtlichen Versorgungslage" (Röding & Elkeles, 2021, S.138) . Die Autor*innen schließen daraus, dass sich die Bevölkerung noch mit der Versorgungslage arrangiert, allerdings unter höheren Anpassungsleistungen.

Im Durchschnitt nahmen die Männer und Frauen zudem deutlich weniger Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Anspruch als in der DEGS1-Studie. Ein Zusammenhang zur Einschätzung der Versorgungslage ergab sich jedoch nicht. Bei der Nutzung von Angeboten der Primärprävention und Gesundheitsförderung (wie Rückenschule oder Kurse für gesunde Ernährung) unterschieden sich die im Nordosten befragten Menschen kaum von denen in der deutschlandweiten Studie. Die LGS bestätigte, dass mit solchen Angeboten die Menschen, die den größten Bedarf daran haben könnten, oft nicht erreicht werden (Röding & Elkeles, 2021). Zu den bereits früher publizierten Ergebnissen der LGS gehörten unter anderem positiv zu bewertende Veränderungen in der Bevölkerung hinsichtlich Ernährungsweise, Rauchen, Bewegung, Alkoholkonsum und gesundheitlichem Befinden. Es zeigte sich jedoch auch, dass die Krankheitslast in der Untersuchungsregion im interregionalen Vergleich überdurchschnittlich hoch und das gesundheitliche Befinden überdurchschnittlich schlecht ist. Im interregionalen Vergleich ist auch der Anteil der Menschen "mit eher gesundheitsriskanten Verhaltensweisen tendenziell höher". Die insgesamt schlechtere gesundheitliche Situation wird mit dem unterdurchschnittlichen Bildungsniveau und der "deutlich überdurchschnittlichen Betroffenheit von Arbeitslosigkeit und beruflichen Gratifikationskrisen" (Elkeles et al., 2010, S. 119) erklärt. Zwischen armen und reichen

Teilen der Bevölkerung gab es aber nur geringe gesundheitliche Unterschiede. Die Autor*innen werten die Ergebnisse vor allem als Effekt der Ländlichkeit und Peripherisierung, die unter anderem mit Rückzug von Infrastruktur und Verringerung der Lebensqualität, geringer Wertschöpfung und geringer politischer Partizipation sowie sozialstruktureller Abkopplung eines Teils der Bevölkerung einhergeht (Elkeles et al., 2010).

Es kann davon ausgegangen werden, dass die gesundheitlichen Probleme im Landkreis den in den anderen Landesteilen im Durchschnitt ähneln. In Mecklenburg-Vorpommern liegt die Häufigkeit von Adipositas- und Diabetes-Erkrankungen deutlich über dem Durchschnitt bundesweit und die Tendenz ist weiter steigend (EK, 2021, S. 138)

Im Zusammenhang mit den Einschränkungen während der Corona-Pandemie haben nach Auskunft des Landkreises Themen der psychischen Gesundheit und des Suchtmittelkonsums vor allem bei Jugendlichen, Alleinerziehenden und sozial benachteiligten Familien an großer Bedeutung gewonnen. Auch die Unterstützung pflegender Angehöriger hat sich in dem Zusammenhang als wichtiges Thema erwiesen (Gespräch 3, 2022).

6.2.3 Lösungsvorschläge für den Landkreis

Sowohl für das Land Mecklenburg-Vorpommern als auch für den Landkreis Mecklenburgische Seenplatte suchen Fachleute aus Politik, Wissenschaft und Gesundheitswesen seit Jahren nach Lösungen für die aktuellen und künftigen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung. Lösungsvorschläge hat vor allem die Enquete-Kommission "Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern" für das ganze Land zusammengetragen, während sich der Regionale Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte Gedanken über die Verbesserung der Gesundheitsversorgung im Landkreis macht. Dabei bilden die immer älter werdende Bevölkerung und die großen Entfernungen in peripheren ländlichen Räumen zentrale Problemstellungen, bei denen Ansprüche wie gute Erreichbarkeit, gute Qualität und Finanzierbarkeit nur schwer vereinbar sind. Die Handlungsempfehlungen der Expert*innen sind vielfältig. Sie umfangreich darzustellen, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. An dieser Stelle soll deshalb vor allem auf Vorschläge bzw. Ziele

eingegangen werden, die zum einen in den Fokus stellen, was auch der Idee der Gesundheitskioske zugrunde liegt: Erreichbarkeit, Vernetzung, Bündelung von Angeboten der medizinischen Versorgung, Prävention und Beratung. Zum anderen sollen Handlungsempfehlungen genannt werden, die spezialisiertes Personal, mobile oder digitale Angebote betreffen, die mit Gesundheitskiosken verknüpft werden könnten. Denn sollten solche Anlaufstellen beispielsweise als Modellprojekt in Erwägung gezogen werden, müssen sie die Chance bieten, einen Beitrag zur Meisterung der Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung der Region zu leisten..

Die Einrichtung von Gesundheitskiosken im peripheren ländlichen Raum gehört bisher nicht zu den Lösungsvorschlägen von Gremien auf regionaler oder Landes-Ebene. Eine regionale Empfehlung ist die Einrichtung Zentraler Gesundheitshäuser in Zentralen Orten, in denen Haus- und Fachärzt*innen zusammenarbeiten und weitere Dienstleistungsangebote - zum Beispiel der Pflege und Betreuung - angebunden werden können (RPV MSE, 2011, S. 120-122). Da die Erreichbarkeit von Hausärzt*innen mit öffentlichen Verkehrsmitteln ein großes Problem ist, hat der Regionale Planungsverband im Hausärzte-Monitoring von 2018 zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung in peripheren ländlichen Räumen neben Hausbesuchen und Außenstellen auch vermehrt Anwendungen der Telemedizin empfohlen (RPV MSE, 2018, S. 21)..

Ein weiteres Papier, in dem sich Fachleute mit der künftigen Gesundheitsförderung und -versorgung im Landkreis befassen, ist das Regionale Entwicklungskonzept. Darin haben der Regionale Planungsverband und der Landkreis Mecklenburgische Seenplatte 2015 verschiedene regionale Planungen zusammengeführt und daraus Handlungsfelder und Leitprojekte abgeleitet, auch im Bereich der Daseinsvorsorge (RPV MSE, 2015, S. 6-7). Dazu gehört unter anderem der "Aufbau kooperativer Strukturen zur besseren Verzahnung medizinischer und pflegerisch-sozialer Betreuungsangebote (Bündelung der unterschiedlichen Angebote)" (RPV MSE, 2015, S. 72).

Daraus ist als ein Leitprojekt der Aufbau und die Etablierung regionaler Pflege- und Gesundheitsnetzwerke entwickelt worden. Der steigende Anteil älterer, pflege- und unterstützungsbedürftiger Menschen, Kostensteigerungen im Bereich Gesundheit und Pflege, schwierige Erreichbarkeit und Probleme bei der Fachkräftegewinnung und -sicherung gefährden zunehmend qualitativ hochwertige, professionelle Pflege- und Gesundheitsangebote. Der Vernetzung aller Akteur*innen im Bereich Gesundheit und

Pflege kommt deshalb eine bedeutende Rolle zu. Verwaltungen, Krankenkassen, Pflegedienste, Ärzt*innen, Krankenhäuser und ehrenamtliche Helfer*innen sollen in den regionalen Netzwerken zusammenarbeiten, heißt es in der Beschreibung des Leitprojekts. Landkreis und Planungsverband erhoffen sich davon Synergien und Erleichterung bei der Arbeits- und Organisationsaufteilung zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Pflege. Das Netzwerk soll Informations- und Beratungsplattform für alle Akteur*innen sein und gut aufeinander abgestimmte Angebote in den Bereichen Medizin und Pflege ermöglichen (RPV MSE, 2015, S. 85).

Seit 2018 gibt es im Landkreis einen "Pfleigestammtisch" - als Forum zum fachlichen Austausch und um ein Netzwerk aufzubauen. Langfristig sollen über diese Plattform Lösungen für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung im Landkreis gefunden werden. Ein wichtiger Aspekt ist dabei, das Image der Pflege im Landkreis zu verbessern und den Pflegeberuf attraktiver zu machen. Die Kreisverwaltung koordiniert und leitet eine Lenkungsgruppe, die die Aufgaben des Pflegestammtisches steuert. Dazu gehören die Durchführung des Fachforums mit thematischen Arbeitskreisen und Öffentlichkeitsarbeit, zum Beispiel in Form der Woche der Demenz oder des Pfl egetages des Landkreises. Pflegestammtische werden an verschiedenen Orten des Landkreises zu ausgewählten Themen veranstaltet. Im Landkreis gibt es noch weitere Netzwerke, zum Beispiel vier regionale zu frühen Hilfen und Kinderschutz sowie dazu ein übergeordnetes Verbundnetzwerk und einen "Gemeindepsychiatrischen Verbund" mit mehreren Netzwerken und Arbeitsgruppen (Gespräch 3, 2022).

Grundsätzliche Lösungsansätze für das ganze Land hat die Enquete-Kommission "Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern" im Auftrag des Landtags 2021 in einem Bericht auf der Grundlage eines umfassenden Gutachtens und einer Befragung aller relevanten Akteur*innen des Gesundheitswesens eingebracht. Das Gremium sollte "Rahmenbedingungen und Maßnahmen eines integrierten, sektorenübergreifenden und multiprofessionellen medizinischen Versorgungsplans für Mecklenburg-Vorpommern" skizzieren (EK, 2021, S. 7). Zuvor hatte es bereits unter gleicher Führung eine Enquete-Kommission "Älter werden in M-V" gegeben, die 2016 ihren Abschlussbericht vorlegte. Zwischen den Handlungsempfehlungen beider Gremien gibt es nach Einschätzung der Autoren eine große Schnittmenge. Als Beispiele

werden eine "sektorenübergreifende, regionalisierte Versorgungsplanung, regionale Versorgungsbudgets sowie die Errichtung Integrierter Gesundheitszentren" genannt (EK, 2021, S. 4). Diese IGZ sollen an kleineren Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung eingerichtet werden, die die Versorgung in der Fläche langfristig sichern. In den IGZ ist es möglich, sektorübergreifend fachärztliche, pflegerische und weitere heilberufliche Versorgung zusammenzubringen. Weitere Angebote können angedockt werden. In der Koordination der örtlichen Versorgung sollen IGZ eine zentrale Rolle einnehmen und auch die Prävention zu ihren Aufgaben zählen (EK, 2021, S. 57, 130-131).

Die Institute for Health Care Business GmbH, die das Gutachten für die Enquete-Kommission erstellte, empfiehlt, dass nach dem Vorbild der finnischen Gesundheitszentren "dezentrale Kümmerer" eng mit den IGZ zusammenarbeiten. Ihnen wird eine ganz wichtige Rolle als Ansprechpartner*innen für Patient*innen und Bürger*innen in allen Gesundheitsfragen und als Koordinator*in von Diensten im Bedarfsfall zugewiesen. Die Gutachter bezeichnen die Aufgabe des "Case Managers", wie der Kümmerer auch genannt werden kann, als gemeinsame Aufgabe von Ärzt*innen und Pflegeexpert*innen. Im Englischen gibt es für diese Funktion Begriffe wie "Community Health Nurse"- dieses Berufsbild findet man auch in den Hamburger Gesundheitskiosken - oder „Advanced Nurse Practitioner“. Bei diesen Ansprechpartner*innen sollen, auch durch Nutzung moderner Technologien, die Fäden für die Patient*innen zusammenlaufen. Der Case Manager ist damit in der Lage, die Gesundheitsversorgung vor Ort zu organisieren, er koordiniert unter anderem die Angebote von Therapeut*innen, Kliniken, Apotheken, Altenpflege und Sozialarbeit (Augurzky et al, 2021, S. 78-79). Das Institut sieht auch Prävention als eine Aufgabe des "dezentralen Kümmerers", um Versorgungsbedarfe möglichst gering zu halten (Augurzky et al, 2021, S. 106).

Im Gutachten und dem Abschlussbericht der Enquete-Kommission werden noch mehr Fachkräfte genannt, die die Patienten in der Fläche erreichen sollen, zum Beispiel mobile Gesundheits- und Pflege-Expert*innen, mit denen die Gesundheitszentren eng zusammenarbeiten, die Patient*innen persönlich aufsuchen und telemedizinisch angebunden werden sollen. Solche mobilen Expert*innen können Hausbesuche machen oder in regelmäßigen Abständen Dörfer aufsuchen und in geeigneten Räumen oder in

einem "Gesundheitsbus" Sprechstunden abhalten. Empfohlen wird ein festes Team mobiler Expert*innen, sodass ein Vertrauensverhältnis zu den Patient*innen aufgebaut werden kann. Es wären telemedizinische Erstanlaufstellen denkbar, die die medizinische Versorgung entlasten und so ein Teil der medizinischen Grundversorgung werden könnten (EK, 2021, S. 93, 109). Die Autor*innen des Gutachtens sehen es auch als mögliche Aufgabe für diese mobilen Expert*innen, chronisch kranken Menschen mit wiederkehrenden Bedarfen eine persönliche Einweisung in digitale Anwendungen zu geben, mit denen diese in Kontakt mit pflegerischer oder medizinischer Expertise treten können. Die Verfasser*innen geben zudem die Anregung für "immobile" Pflegeexpert*innen, die eine kleine Praxis betreiben, wenn die ärztliche Versorgung auf dem Land nicht so breit aufrechterhalten werden kann. Sie tauschen sich telemedizinisch mit den Gesundheitszentren aus (Augurzky et al, 2021, S. 86, 91-92).

Die Enquete-Kommission sieht zudem eine zunehmende Bedeutung für die Berufsgruppe der Patientenlots*innen - vor allem auf Grund des immer komplexer werdenden Gesundheitssystems und der alternden Bevölkerung mit zunehmender Morbidität. Die Lots*innen können helfen, die Patient*innen sektorenübergreifend durch das teilweise komplizierte Versorgungssystem zu führen und so eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleisten. Je nach Ausrichtung können sie bei Hausarzt*innen angesiedelt sein oder werden von Kommunen bzw. vom Land oder von den Krankenkassen finanziert (EK, 2021, S. 72-73, 126).

Neben der Nutzung der Telemedizin zur Überbrückung der oft großen Entfernungen im ländlichen Raum und von aufsuchenden/mobilen Betreuungsangeboten betrachtete die Enquete-Kommission auch Mobilitäts-Projekte, um die Patient*innen zu den Gesundheitsangeboten zu bringen. Sie legt der Landesregierung nahe, eine bedarfsgerechte Mobilitätsinfrastruktur zu entwickeln, durch Optimierung des ÖPNV oder innovative Transportlösungen (EK, 2021, S. 27-28), zum Beispiel mit Rufbussystemen oder Sammeltaxen (EK, 2021, S. 140).

Die Krankenkassen sprachen sich in der Befragung überwiegend dafür aus, Leistungserbringer in regionalen Netzen zusammenzuführen, telemedizinische Angebote stärker zu nutzen und hochspezialisierte Medizin zu konzentrieren. Laut AOK kann die wohnortnahe ärztliche Versorgung aufgrund der demografischen Entwicklung und des Fachkräftemangels auf Dauer nicht wie gewohnt aufrechterhalten werden. Die

Bevölkerung muss sich auf längere Fahrwege und Wartezeiten einstellen - insbesondere im fachärztlichen Bereich. Arztentlastende Unterstützung ist nach Ansicht der größten deutschen Krankenkasse möglich, um den Ärzt*innen kleinere Untersuchungen, Routineuntersuchungen oder Hausbesuche abzunehmen. Auch Videokonferenzen werden als Alternative zu Praxisbesuchen genannt (EK, 2020, S. 35).

6.2.4 Ziele und Projekte in der Gesundheitsförderung und Prävention

Neben der Suche nach Lösungen für die Aufrechterhaltung einer hochwertigen gesundheitlichen Versorgung im ländlichen Raum spielen Prävention und Gesundheitsförderung eine große Rolle, um medizinischen Versorgungsbedarf zu verringern und Erkrankungen vorzubeugen. In Gesundheitskiosken sollen diese Themen breiten Raum einnehmen. Da zudem nach den Vorstellungen des Bundesgesundheitsministers in den Gesundheitskiosken Informationen für Kommunen und andere interessierte Stellen über Projekte zur Gesundheitsförderung in den Lebenswelten der Menschen angeboten werden sollen, wird an dieser Stelle auf Ziele und Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention im Land und der Region eingegangen.

2017 wurde mit den Krankenkassen sowie Trägern der Renten- und Unfallversicherung eine Landesvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie auf der Grundlage des Präventionsgesetzes geschlossen. Die Gesundheitsziele für das Land im Rahmen dieser Vereinbarung werden vom Aktionsbündnis für Gesundheit festgelegt (LRV M-V, 2017). Aktuell gehören etwa 40 Akteur*innen mit gesundheitsförderlichem bzw. präventivem Bezug zum Aktionsbündnis, unter anderem Krankenkassen, die Krankenhausgesellschaft, die Landkreise und verschiedene Landesverbände (AGMV, 2022). Die Ziele sind für das Land so gesteckt worden, dass sie alle Lebenswelten umfassen. Für die Kommunen ist dabei besonders der Bereich "Gesund älter werden" relevant. In diesem Bereich verständigten sich die Mitglieder*innen des Aktionsbündnisses als Ziele darauf, älteren Menschen ein selbstbestimmtes und gesundheitsorientiertes Leben zu ermöglichen sowie eine flächendeckende interdisziplinäre Versorgung zu gewährleisten. Zu den Maßnahmenpaketen, die zur Erreichung dieser Ziele für die älteren Menschen entwickelt werden sollen, gehören unter anderem die Verbesserung von Gesundheitskompetenzen und die Schaffung effizienter Versorgungsstrukturen und

flankierender Maßnahmen, besonders im ländlichen Raum, zum Beispiel im Bereich Erreichbarkeit medizinischer Versorgung (AGMV, 2020).

Projekte des Aktionsbündnisses für Gesundheit, die direkt im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte angesiedelt sind, gibt es aktuell nicht. Aber der Landkreis partizipiert von landesweiten Kampagnen von Landesverbänden, die auch in der Mecklenburgischen Seenplatte aktiv sind. Beispiele sind die Projekte "KinderBewegungsLand" (Bewegung), "Schatzsuche" (psychische Gesundheit) oder "Klasse 2000" (Gesundheitsförderung, Sucht- und Gewaltprävention), die die Lebensphase "Gesund aufwachsen" thematisieren (Gespräch 3, 2022; AGMV, 2022-1).

Unabhängig vom Aktionsbündnis gibt es weitere Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention im Landkreis. Aktuell laufen beispielsweise das Projekt "Bewegungsförderung für Ältere" des Landessportbundes, das vom Landkreis in Kommunen vermittelt wurde, oder das Programm "BevOr - Begegnung vor Ort" des Ausbildungsförderungszentrums Friedland (Gespräch 3, 2022) zur Stärkung der Teilhabe Älterer gegen Einsamkeit und Isolation (AFZ, 2022). Im Zuständigkeitsbereich des Jobcenters Mecklenburgische Seenplatte Süd wird in der Lebensphase "Gesund leben und arbeiten" ein Projekt umgesetzt, das Arbeits- und Gesundheitsförderung verbindet und Erwerbslosen Gesundheitsangebote vermittelt. Darüber hinaus finden abseits dieser geförderten Maßnahmen in den Gemeinden in etablierten Strukturen wie Sportvereinen oder Begegnungsstätten zahlreiche Projekte zu Themen der Prävention und Gesundheitsförderung statt (Gespräch 3, 2022).

Einen Gesamtüberblick über Projekte der Prävention und Gesundheitsförderung im Landkreis gibt es nicht. Der Erhebungsaufwand wäre sehr zeitintensiv, wie sich auch bei einem begrenzten Projekt im vergangenen Jahr zeigte: Der Landkreis hat solche Übersichten 2021 mit ausgewählten Kommunen wie Neustrelitz, Waren oder Friedland erstellt. Der Aufwand war sehr hoch und sie waren schnell wieder unaktuell. Es wird deshalb darüber nachgedacht, auf Gemeindeebene eine Informationsplattform zu schaffen, auf der die Angebote aus diesem Bereich von den Anbietern eigenständig eingestellt und bei Bedarf aktualisiert werden können (Gespräch 3, 2022).

Für den Bereich der Gesundheitsförderung wurde 2021 auf der Ebene der Kreisverwaltung eine Lenkungsgruppe eingerichtet. Um die Rahmenbedingungen für Gesundheit in den Gemeinden für die Einwohner*innen zu verbessern, soll diese

Lenkungsgruppe auf einen kommunalen Strukturaufbau (zum Beispiel Gründung von Arbeitskreisen und Netzwerken) hinwirken (Gespräch 3, 2022).

Mit Unterstützung der Koordinierungsstelle für gesundheitliche Chancengleichheit können Gemeinden eigene Strategien für Prävention und Gesundheitsförderung entwickeln. Bisher verfügt noch keine Kommune im Landkreis über so eine nachhaltige und integrierte Strategie. Der Landkreis bietet Gemeinden an, sie bei dem dafür nötigen Strukturaufbau und der Erstellung integrierter Strategien zur Gesundheitsförderung zu begleiten - unter Einbindung der Koordinierungsstelle, angebunden an die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung M-V (Gespräch 3, 2022).

6.2.5 Modellprojekte in der Region

Aus wissenschaftlichen Forschungen und den vielfachen Vorschlägen auf Bundes- und Landesebene für eine zukunftssichere Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum haben sich auch in der Mecklenburgischen Seenplatte und angrenzenden Regionen Modellprojekte entwickelt, von denen hier einige kurz vorgestellt werden sollen. So gibt es seit einigen Jahren Gesundheitshäuser, beispielsweise in Woldegk und Mirow. Weil sich keine Nachfolger für niedergelassene Ärzt*innen fanden, suchte man in Woldegk seit 2005 nach Lösungen. Eine wissenschaftliche Studie untermauerte den Bedarf und schließlich entstand gemeinsam mit der städtischen Wohnungsbaugesellschaft ein Neubau, in dem seit 2014 mehrere Mediziner*innen als Praxisgemeinschaft zusammenarbeiten und Fachärzt*innen aus anderen Orten zeitweise Sprechstunden anbieten. Außerdem gibt es eine Physiotherapiepraxis im Haus und barrierefreie Wohnungen (IGM, 2022). Bereits einige Jahre zuvor eröffnete ein Gesundheitshaus in Mirow, in dem zwei hausärztliche Gemeinschaftspraxen angesiedelt sind und zusätzlich regelmäßig Spezialist*innen Patient*innen betreuen. Dazu kommen weitere Angebote wie Physio- und Ergotherapie und touristische Appartements. Auch hier war es schwierig, Ärztenachwuchs für den ländlichen Raum zu gewinnen. Dadurch, dass Ärzt*innen in Gemeinschaftspraxen auch in Anstellung und in flexiblen Arbeitszeitmodellen tätig sein können, wurde die Arbeit dort attraktiver für junge Mediziner*innen (IGM, 2022-1).

Ein Modellprojekt, das eigentlich längst keins mehr ist, sind die Fachkräfte, die Aufgaben per Delegation von Ärzt*innen übernehmen - zum Beispiel Hausbesuche - und sie dadurch entlasten. Für die Arztlastende Gemeindenähe, E-Health-gestützte,

Systemische Intervention (AGnES) hat Mecklenburg-Vorpommern eine Vorreiterrolle bei der Entwicklung des dreistufigen Greifswalder Modells und der Erprobung eingenommen. Angelehnt an die Funktion der Gemeindeschwestern in der DDR gibt es das Modell inzwischen bundesweit in vielen Ausprägungen, nicht nur in Arztpraxen, sondern beispielsweise auch in Arztnetzen. Ein Beispiel dafür ist das "VERAH-Care"-Programm, wobei VERAH für "Versorgungsassistent*in in der Hausarztpraxis" steht. In dem Programm werden chronisch schwer kranke Patient*innen auf dem Land seit 2014 durch die speziell ausgebildeten Fachkräfte in der Häuslichkeit versorgt. Allerdings hat die AOK Nordost das Programm im Frühjahr 2022 gekündigt, weil der Vertrag nach Ansicht der Krankenkasse hohe Kosten verursacht, aber keine Verbesserung in der Versorgung zeigt. Dem widersprechen aber andere Kassen, die Kassenärztliche Vereinigung und der Hausärzteverband (Spreemann, 2022).

Beispiele für vorbildliche Vernetzungen finden sich in Mecklenburg-Vorpommern unter anderem beim Ärztenetz "HaffNet", ein Zusammenschluss von mehr als 40 Ärzt*innen unter dem Dach einer Management GmbH, die nicht nur untereinander, sondern auch mit Krankenhäusern und anderen Partner*innen eng vernetzt sind, gemeinsam hohe Qualitätsstandards erarbeiten und ärztliche Nachwuchsgewinnung organisieren. Das Netzwerk beteiligt sich an Modellprojekten wie dem vom Innovationsfonds des G-BA geförderten Programm "InDePendent", bei dem speziell geschulte Dementia Care Manager*innen Demenzkranke und die Menschen, die sie pflegen, in der Häuslichkeit unterstützen (HaffNet, 2022).

Mobile Modellprojekte gibt es in der Region ebenfalls. Der Landkreis Mecklenburgische Seenplatte und die Hochschule Neubrandenburg kooperieren zum Beispiel in einem Vorhaben, bei dem ein Gesundheitsmobil als Informations- und Dienstleistungsangebot in die Dörfer fahren soll. Im Mittelpunkt steht dabei die Gesundheitskompetenz der Bürger*innen. Menschen in kleinen Gemeinden, die Informationen und Angebote in Gesundheits- und Krankheitsfragen suchen, im Bereich Pflege, Gemeinwesenarbeit oder Sozialberatung, sollen durch das Gesundheitsmobil Unterstützung erhalten. Es soll zudem kommunalen Akteur*innen im Sozial- und Gesundheitsbereich einen zusätzlichen Zugang zu den Bewohner*innen ermöglichen, bestehende Dienstleistungs-, Beratungs- und Informationsstrukturen ergänzen und vor allem die Menschen zu den bestehenden Angeboten im Umkreis lotsen.

In der jüngeren Vergangenheit hat die Caritas ein anderes mobiles Projekt in der Region angeboten. Im Rahmen von "Rat auf Rädern" wurde ein Bus zum mobilen Hilfezentrum umgebaut. Ein*e Berater*in und ehrenamtliche Helfer*innen waren damit in Regionen mit wenig Hilfsangeboten unterwegs, um aufzuklären, zu beraten und zu vermitteln (Gespräch 3, 2022).

6.3 Gesundheitskioske als Modellprojekt in der Seenplatte

6.3.1 Erfolgsfaktoren für die Übertragung auf die Region

Die beiden letztgenannten mobilen Modellprojekte zeigen schon wichtige Funktionen auf, die Gesundheitskioske in ländlichen Regionen in der Gesundheitsversorgung, -förderung und -prävention übernehmen könnten: beraten, informieren, vermitteln, lotsen. Sie zeigen aber auch, dass diese Aufgaben möglicherweise als mobile Angebote ebenso gut erfüllt werden können. Oder vielleicht ist eine Kombination aus beidem die beste Lösung. Es ist auch nicht ausgeschlossen, dass es gar nicht nötig ist, vor die Haustüren der Menschen zu fahren oder ihnen eine Anlaufstelle im Dorf zu bauen, weil sie schnell und unkompliziert zu allen Angeboten gebracht werden. Zum Beispiel mit dem ILSE-Rufbus, der seit dem Frühjahr 2022 auch in der Mecklenburgischen Seenplatte ohne Fahrplan verkehrt und telefonisch oder online gebucht werden kann. Noch ist die Nachfrage zwar verhalten, aber die Verantwortlichen wissen aus Erfahrung, dass es zwei Jahre dauern kann, bis sich so ein Angebot etabliert hat (Prahle, 2022).

So wie das Gesundheitsmobil als mobiles Angebot in einem Modellprojekt erprobt wird, müssten auch Gesundheitskioske im peripheren ländlichen Raum der Mecklenburgischen Seenplatte als Pilotprojekt ausprobiert werden, wenn man wissen möchte, ob man mit ihnen Herausforderungen wie Ärztemangel, Zunahme älterer, multimorbider Menschen und weiteren gesundheitlichen und sozialen Problemstellungen begegnen kann. Fest steht, dass das Hamburger Modell auf die Bedingungen im ländlichen Raum nicht einfach angewendet werden kann. Menschen mit Migrationshintergrund gibt es auf den Dörfern beispielsweise fast gar nicht. Menschen überhaupt erst einen Zugang zum Gesundheitssystem zu verschaffen, dürfte auch kaum eine Rolle spielen. Im Gegenteil: Eher müssen die niedergelassenen Mediziner*innen und Notaufnahmen entlastet werden, zum Beispiel durch Stärkung der

Gesundheitskompetenz, durch Prävention und eine gute Begleitung chronisch kranker Menschen.

Die internationalen Beispiele oder auch die Entwicklung der Gesundheitskioske in Thüringen zeigen, dass eine solche kleinräumige Einrichtung genau auf die jeweiligen Bedürfnisse, die Region abgestimmt sein muss. Das sieht man auch an den Erfolgsfaktoren, die die Wissenschaftler*innen im Rahmen der Evaluation des Hamburger Modells für die Übertragung auf andere Regionen herausgearbeitet haben (siehe Kapitel 4.1.6):

1. Es muss einen akuten Handlungsbedarf geben, der durch eine Standortanalyse belegt ist. In Thüringen war es eine Befragung älterer Menschen in den Gemeinden, die Bedarfe zu Tage förderte. In Hamburg wurde eine umfangreiche Analyse der gesundheitlichen und sozialen Lage im Viertel in Auftrag gegeben. Eine Erhebung des Ist-Zustands und des daraus resultierenden Handlungsdrucks wäre also auch für ein Modellprojekt im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte unabdingbar. Es ist sehr wahrscheinlich, dass sich der größte Bedarf auch hier in der älteren Bevölkerung ergibt.
2. Man braucht ausreichend finanzielle Ressourcen für die Initiierung. Der Aufbau eines Modellprojektes mit Gesundheitskiosken an mehreren Standorten wird nur mit Unterstützung von Fördermitteln möglich sein. Der Innovationsfonds des G-BA kommt dafür wahrscheinlich nicht mehr in Frage, da mit Geldern aus diesem Fonds bereits das Hamburger INVEST-Modell gefördert wurde. Eine Unterstützung durch das Land und die EU wie in Thüringen könnte erreicht werden, wenn ein überzeugendes Konzept vorliegt.
Da im Landkreis das LEADER-Programm ein bedeutsamer Part der EU-Politik zur Förderung und Entwicklung ländlicher Räume ist, mit dem innovative und nachhaltige Projekte umgesetzt werden, könnte eine Unterstützung aus diesem Fonds eine Option sein, die zu prüfen wäre (Gespräch 3, 2022). Außerdem ist es sicher sinnvoll, weitere Finanzierungspartner ins Boot zu holen.
3. Die Evaluation in Hamburg ergab als weitere bedeutende Erfolgsfaktoren die Unterstützung durch Krankenkassen, politische Akteur*innen und

Mediziner*innen bei der Initiierung des Projekts, gute Kommunikationsstrukturen zwischen den Akteur*innen und eine Geschäftsstelle, die alles koordiniert. Das zielt darauf ab, dass ein gutes Netzwerk in der Region mit starken Partnern unabdingbar ist. Dass Kassen, Politik und Medizin dabei eine tragende Rolle spielen, ist nicht nur im Hamburger Projekt deutlich geworden, sondern auch bei den anderen Modellen. Der stärkste Partner muss die Gemeinde sein, denn hier geht es nicht nur um Gesundheit im engeren Sinne, sondern um Daseinsvorsorge in den Kommunen. Für das Netzwerk und die Verständigung zwischen den Partner*innen ist eine Zentrale nötig, die die Fäden spinnt und zusammenhält.

4. Der nächste Erfolgsfaktor hat eine nicht zu unterschätzende Dimension: Es braucht Akteur*innen, die bereit sind, sich aktiv an der Entwicklung und Umsetzung der gemeinsamen Aktionen zu beteiligen. Das erscheint - neben dem akuten Bedarf - als ganz wichtiger Aspekt bei der Auswahl einer oder mehrerer Gemeinden für ein mögliches Modellprojekt, denn für so ein komplexes Vorhaben wird langer Atem und viel Engagement nötig sein. Die Initiative sollte aus der/den Gemeinde/n kommen und es sollte dort schon ein aktives Gemeindeleben/eine aktive Gemeinschaft geben. In der Thüringer Region Seltenrain haben die beteiligten Kommunen schon andere Projekte zusammen auf den Weg gebracht. Der Fahrdienst und die "Dorfkümmerer" lassen sich bestens in das neue Projekt einbinden. Wenn man engagierte Akteur*innen hat, ist der nächste Erfolgsfaktor - offener Informationsaustausch und gemeinsame Entscheidungsfindung der Beteiligten - eine logische Folge.
5. Auf weitere Erfolgsfaktoren bzw. wichtige Punkte bei der Umsetzung ist bereits im Zwischenfazit eingegangen worden (siehe Kapitel 5.3). Dazu gehört unter anderem der Ausbau des Breitbandnetzes und der Telematikinfrastruktur, damit die Gesundheitskioske untereinander und mit ihren Partnern gut digital vernetzt werden können und sich die Einrichtungen auch zu telemedizinischen Anlaufstellen entwickeln können, wie sie von der Enquete-Kommission vorgeschlagen werden (EK, 2021, S. 109).

6. Außerdem ist die Erreichbarkeit ein ganz wichtiger Erfolgsfaktor. Als Ankerpunkt im Dorf hat ein Gesundheitskiosk zwar schon einen großen Vorteil in Sachen Erreichbarkeit gegenüber beispielsweise dem Hausarzt/der Hausärztin in vier Dörfern Entfernung, dem Gesundheitshaus in der nächsten Kleinstadt oder einem künftigen Integrierten Gesundheitszentrum an einem kleinen Krankenhaus in der Region. Trotzdem: Es kann nicht in jedem Dorf ein Gesundheitskiosk entstehen und für immobile Menschen kann es schon schwierig sein, ein Angebot im Nachbarort wahrzunehmen. Deshalb muss schon im Vorfeld genau überlegt werden, wie die Menschen erreicht werden und wie sie den Gesundheitskiosk erreichen können. Der ÖPNV wird dabei nicht ausreichen. Man könnte auf Fahrdienste, ehrenamtliche Unterstützung, Rufbus und zusätzlich mobile, aufsuchende Angebote vom Gesundheitskiosk aus setzen. So ist es auch in Thüringen geplant, wo die "Dorfkümmerer" einerseits Ansprechpartner*innen im Gesundheitskiosk sein sollen, aber auch weiterhin die Menschen zuhause besuchen.

6.3.2 Mögliches Leistungsangebot

Das Leistungsangebot eines Gesundheitskiosks ergibt sich aus dem lokalen Bedarf. Der müsste für ein Modellprojekt in der Mecklenburgischen Seenplatte erst noch ermittelt werden. Doch aus den bereits existierenden internationalen und deutschen Modellen sowie aus den bereits bekannten Problemen im ländlichen Raum lassen sich einige grundsätzliche Aufgaben/Leistungen bereits skizzieren.

- Eine wichtige Aufgabe ergibt sich aus der Zunahme älterer Menschen mit mehrfachen und chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit. Typisch sind dabei "langfristige und komplexe Verläufe". Die Menschen in den Gesundheitsfachberufen haben deshalb nicht nur die Aufgabe der Heilung, sondern müssen die Menschen über einen langen Zeitraum begleiten, ihnen helfen und sie unterstützen, damit sie trotzdem ein selbstbestimmtes Leben in möglichst guter Qualität führen können. Weil viele dieser Patient*innen keine ausreichende Gesundheitskompetenz haben, müssen die Pflegenden hier auch vermitteln und verstärkt beraten (Schaeffer & Hämel, 2020).

- Um den medizinischen Versorgungsbedarf trotz immer älter werdender Bevölkerung zu reduzieren oder zumindest nicht weiter anwachsen zu lassen, spielen Prävention und Gesundheitsförderung eine tragende Rolle. Bereits durch einfache Präventionsmaßnahmen wie mehr Bewegung, Vermeidung von starkem Übergewicht, Nicht-Rauchen kann die Hälfte der Erkrankungsfälle bei Diabetes vermieden werden, bei Demenz sind es 40, bei Krebs und Herz-Kreislaufkrankungen mehr als 30 Prozent (EK, 2021, S. 137). Dabei kann der Gesundheitskiosk die Menschen unterstützen und beraten, gemeinsam mit ihnen Strategien für das eigene Leben entwickeln, kann Veranstaltungen und Kurse anbieten oder vermitteln.
- Der Gesundheitskiosk ist ein niedrighschwelliges Angebot. Wer Fragen rund um die Gesundheit oder auch in sozialen Belangen, bei der Bewältigung des Alltags usw. hat, kann während der Öffnungszeiten hereinkommen und erhält Beratung und Informationen, wird durchs Gesundheits- und Sozialsystem gelotst, wenn er sich selbst nicht gut genug darin auskennt. Patientenorientierung muss im Mittelpunkt stehen. Die Enquete-Kommission empfiehlt, die Versorgung der Menschen als Versorgungskette zu organisieren, die nicht an Sektorengrenzen endet. Dafür braucht man Lots*innen (EK, 2021, S. 125-126) und die können ganz nah bei den Menschen im Gesundheitskiosk ihren Platz haben.
- Der Gesundheitskiosk ist durch sein pflegerisches Fachpersonal in der Lage, Arztpraxen zu entlasten, indem begrenzte Leistungen wie die Versorgung kleinerer Wunden, das Messen von Vitalwerten oder Impfungen angeboten werden. Nach den Vorstellungen des Gesundheitsministers sollen die "einfachen medizinischen Routineaufgaben" durch Ärztinnen oder Ärzte veranlasst werden. Das ist hoffentlich nur der Anfang. Zahlreiche internationale Modelle der Primärversorgung zeigen, wie Pflegende durch eine akademische Ausbildung befähigt werden, in Teilen arztersetzend und eigenverantwortlich zu arbeiten und damit die Medizin wirklich zu entlasten.

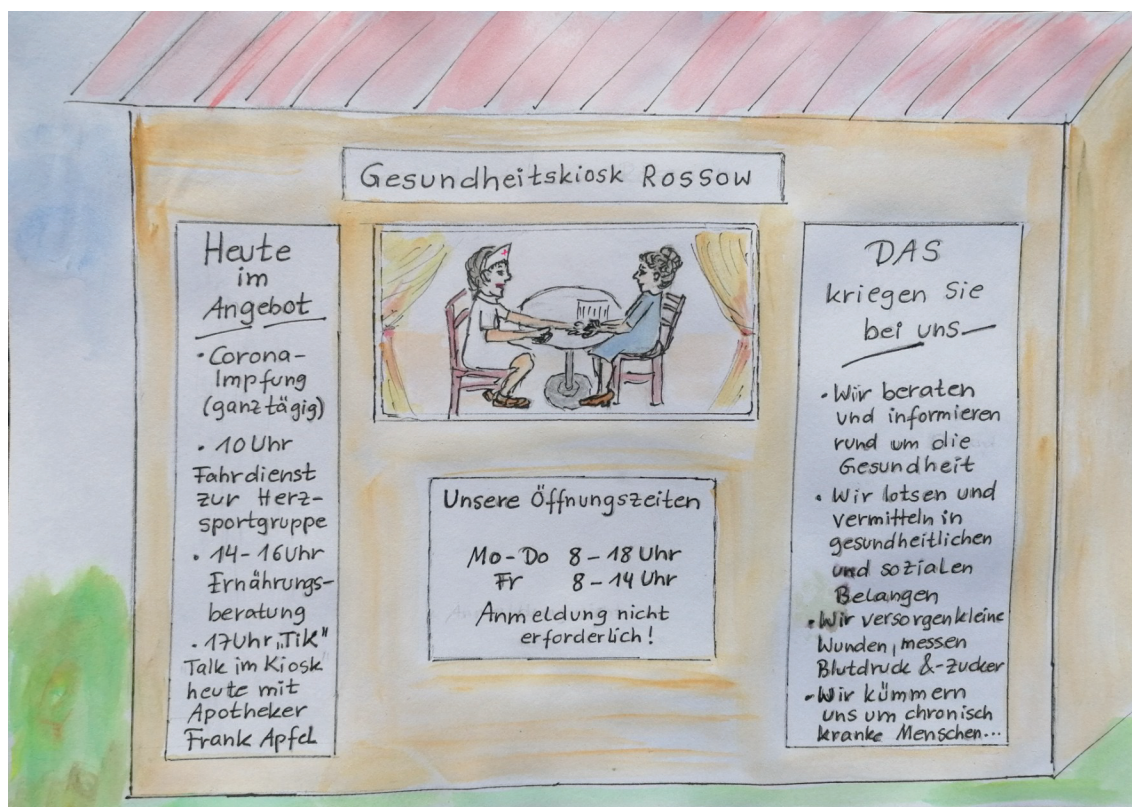


Abbildung 14: Mögliche Leistungen eines Gesundheitskiosks

Quelle: eigene Darstellung/Zeichnung Karin Heims

6.3.3 Der richtige Platz im Gesundheitsnetz

Für die Zukunft der medizinischen Versorgung in ländlichen Räumen werden von Wissenschaftlern seit Jahren sektorenübergreifende, populationsorientierte, multiprofessionelle Versorgungsformen angemahnt. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen nennt dafür Lokale Gesundheitszentren (siehe Kapitel 2.2.2), die Enquete-Kommission schlägt für Mecklenburg-Vorpommern Integrierte Gesundheitszentren vor, die an kleineren Krankenhäusern angedockt sein können und in denen ambulante und stationäre Versorgung verzahnt wird (siehe Kapitel 6.2.3). Dort sollen auch Prävention und Gesundheitsförderung eine wichtige Rolle spielen. Wozu braucht man dann noch einen Gesundheitskiosk? Diese Frage zu beantworten, ist wichtig, um für diese Einrichtungen einen Platz im Gesundheitsnetz zu finden.

Gesundheitskioske sind in der Lebenswelt der Menschen verankert und gut erreichbar. Und nicht nur das; die Mitarbeitenden suchen die Menschen bei Bedarf auch auf. Entsprechend der Erklärung der WHO von Alma-Ata sehen sie Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Erkrankungen und Beschwerden, sondern betrachten die Menschen ganzheitlich in ihrer Lebensumwelt. Sie sind ein Bindeglied zwischen Gesundheits- und Sozialsystem und begleiten Menschen in der Kommune wie Fallmanager durchs Leben. Dadurch kennen sie die Bewohner*innen gut, können sie in schwierigen Phasen unterstützen und durch vorausschauende Hilfe so manchen Arzt- oder Krankenhausbesuch vermeiden.

Das klingt wie eine idealisierte Vorstellung, soll aber deutlich machen, dass Gesundheitskioske das Gesamtsystem entlasten und gleichzeitig die Versorgung der Menschen verbessern können. Sie müssen in diesem Netzwerk Vermittler zwischen den Menschen und den Hausärzt*innen bzw. den Gesundheitzentren sein und auf der anderen Seite auch ein Bindeglied zwischen den Menschen und der Gemeinde. Dazwischen sollten sie angedockt sein, das sind ihre wichtigsten Partner*innen.

Für ihre Arbeit brauchen sie aber zahlreiche weitere Partner*innen, mit denen sie gut vernetzt sein müssen, wie Landkreis und Behörden, Vereine, Gesundheitsdienstleister wie Physiotherapie, Apotheken, Pflegedienste, soziale Einrichtungen, Pflegeheime, Beratungsstellen, Pflegestützpunkte... Die Liste ließe sich beliebig verlängern. Wer zum Netzwerk gehören kann oder sollte, ist in den internationalen und deutschen Modellbeispielen mehrfach beschrieben und kommt letztendlich auch darauf an, welche lokalen Akteur*innen es gibt, wie aktiv sie sind.

Für Gesundheitskioske in der Mecklenburgischen Seenplatte ist unbedingt auch die Hochschule Neubrandenburg als Netzwerkpartner zu nennen. Die langjährigen Erfahrungen und Forschungen in Fragen der Daseinsvorsorge im ländlichen Raum sind ein wichtiges Pfund bei der Erprobung einer solchen Versorgungsform, die natürlich evaluiert werden muss. Da neue Gesundheitsfachberufe und Qualifizierungen mit dieser Versorgungsform einhergehen müssen, kann auch hier der Hochschule eine wichtige Rolle zukommen, die schon das Curriculum zum AGnES-Konzept mitkonzipiert und verschiedene Studiengänge im Bereich Pflege entwickelt hat.

Die nachfolgende Abbildung zeigt beispielhaft, wie ein Gesundheitskiosk vernetzt sein könnte.



Abbildung 15: Vernetzung eines Gesundheitskiosks in der Mecklenburgischen Seenplatte

Quelle: eigene Darstellung/Zeichnung Karin Heims

6.3.4 Trägerschaft und Finanzierung

Von welcher Organisationsform ein Gesundheitskiosk in der Mecklenburgischen Seenplatte getragen wird, kann an dieser Stelle nicht eingeschätzt werden. Bei den bisherigen deutschen Modellen wurden überwiegend Trägergesellschaften gegründet. Es kommt darauf an, wer für ein Modellprojekt die Initiative übernimmt, welche lokalen Akteur*innen es gibt, welche Partner*innen dafür gewonnen werden können. Auf jeden Fall sollte die Kommune eine tragende Rolle übernehmen, wenn nicht gar DIE tragende Rolle. Das hat sich auch bei internationalen Beispielen bewährt. Ergibt sich ein Projekt mit mehreren beteiligten Gemeinden, lohnt es sich, sich genauer mit dem für Thüringen vorgeschlagenen Zweckverband als Träger zu beschäftigen. Gemeinsame kommunale Verantwortung ist ein guter Ansatz.

Für die Finanzierung deutscher Gesundheitskioske hat der Bundesgesundheitsminister Eckpunkte vorgestellt: 80 Prozent sollen die Krankenkassen tragen und 20 Prozent die Kommunen. Die Kassen fordern eine höhere Beteiligung der Kommunen. Durch die strikte Trennung von Gesundheits- und Sozialsystem und deren unterschiedliche Finanzierung wird die Umsetzung einer solchen sektorenübergreifenden Versorgungsform erschwert. Es kann tatsächlich sein, dass der Anteil der sozialen Aufgaben der Daseinsvorsorge am Ende höher ist, das lässt sich vorab schlecht einschätzen. Aber gerade in strukturschwachen ländlichen Regionen wie in der Mecklenburgischen Seenplatte werden sich nur wenige Kommunen finden, die einen großen Anteil an einer solchen Einrichtung finanziell schultern können.

Da ist zum einen der Staat gefordert. Wenn nun wirklich integrierte Versorgung über Sektorengrenzen hinweg aufgebaut werden soll, muss auch eine sektorenübergreifende Finanzierung ermöglicht werden. Zum anderen müssen sich die Initiatoren um eine möglichst breite Verteilung der Finanzlast bemühen. Da Prävention eine große Rolle spielt, lassen sich in einem Gesundheitskiosk sicher geförderte Projekte nach dem Präventionsgesetz integrieren. Und auch wenn der Platz begrenzt ist, sind möglicherweise Dienstleister aus dem Gesundheits- oder Sozialbereich zu gewinnen, die dort regelmäßig Angebote unterbreiten (Kurse, Sprechstunden, Beratungen) und dafür Miete zahlen.

6.3.5 Personelle Ausstattung, mobile und digitale Angebote

Nach den Vorstellungen des Bundesgesundheitsministeriums sind als Personal im Gesundheitskiosk examinierte Pflegefachkräfte und perspektivisch Fachkräfte mit Heilkundekompetenz im Sinne von Community Health Nursing vorgesehen (BfG, 2022). Perspektivisch, weil es ja längst nicht genügend dieser "Gemeindeschwestern" gibt, die hochschulische Qualifikation muss erst deutschlandweit ausgeweitet werden (siehe Kapitel 2.2.2), was aber zumindest schon als Ziel im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung steht (siehe Kapitel 2.2.3). Im Zusammenhang mit der künftigen Versorgung im ländlichen Raum werden verschiedene Berufsbilder und Funktionen genannt und vorgeschlagen: Lots*innen, Case Manager*innen oder "Kümmerer" oder auch Digital Nurses, um den Menschen die Möglichkeiten von Telemedizin und E-Health zu erschließen. Fest steht, dass Mitarbeitende in Gesundheitskiosken Fachkräfte aus dem Pflegebereich sein müssen, die sich qualifizieren für den erweiterten

Aufgabenbereich über die eigentliche Gesundheitsversorgung hinaus. Im Thüringer Modellprojekt haben die Verantwortlichen den Vorteil, dass es bereits ein "Dorfkümmerer"-Projekt gibt, in dem Fachkräfte seit mehreren Jahren Menschen in verschiedenen Bereichen des Lebens in den Kommunen betreuen. Sie werden sozusagen die Erstbesetzung in den Gesundheitskiosken. Zum Vergleich: Im Hamburger Gesundheitskiosk in Billstedt sind inzwischen 16 Mitarbeitende beschäftigt (Gespräch 1, 2022). Wie viel Personal gebraucht wird, hängt vom lokalen Bedarf ab und davon, für welchen Einzugsbereich ein Gesundheitskiosk konzipiert wird.

Wie im Thüringer Modell ist es auch bei einem möglichen Modellprojekt im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte sinnvoll, den Anlaufpunkt mit mobilen und digitalen Angeboten zu verknüpfen. Die Mitarbeitenden können Menschen bei Bedarf zuhause aufsuchen, es ist aber auch eine Kooperation mit anderen bestehenden mobilen Angeboten möglich - gerade soll ja eins im Landkreis erprobt werden (siehe Kapitel 6.2.5). Das Bundesgesundheitsministerium schreibt im Eckpunktepapier, dass die Angebote des Gesundheitskiosks ausdrücklich auch mobil erfolgen können, zum Beispiel mit Bussen (BfG, 2022).

Da Assistenzsystemen und anderen E-Health-Anwendungen sowie der Telemedizin große Bedeutung für die zukünftige Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen beigemessen werden, sollten digitale Angebote auch in Gesundheitskiosken eingebunden werden. Es ist nicht anzunehmen, dass die Modellprojekte gleich telemedizinische Erstanlaufstellen werden, aber technisch sollten sie so angebunden sein, dass perspektivisch alle digitalen Möglichkeiten offen sind. Wenn die älteren Menschen das Hauptklientel sind, müssen für die Nutzung digitaler Anwendungen sicher oft große Vorbehalte überwunden werden und die Mitarbeitenden im Gesundheitskiosk als "Übersetzer*innen" fungieren.

6.3.6 Standort und Erreichbarkeit

Ein Gesundheitskiosk soll gut erreichbar sein - das ist wohl ein Grundprinzip für ein niedrighschwelliges Angebot. In Hamburg/Billstedt ist die Einrichtung deshalb an einem Marktplatz zu finden. In der Thüringer Region Seltenrain sollen die Gesundheitskioske an Bushaltestellen angedockt werden, um sie an den ÖPNV, aber auch den örtlichen Fahrdienst anzubinden. An einem Standort wird extra eine neue Haltestelle am

Gesundheitskiosk eingerichtet, weil an der vorhandenen Bushaltestelle der Bau nicht möglich war.

Bei der Festlegung eines Standortes ist die Erreichbarkeit sicher ein wichtiges Kriterium, aber nicht das einzige. In Thüringen werden die Gesundheitskioske alle neu gebaut und Teil einer architektonischen Familie. Das wird vielleicht nicht immer möglich sein. Deshalb kann es auch eine Option sein, sie an bestehenden Gemeindezentren oder Dorfgemeinschaftshäusern anzusiedeln. Dabei muss auf Barrierefreiheit geachtet werden. Auf jeden Fall ist es günstig, den Standort so zu wählen, dass das Gebäude und das Gelände auch anderweitig für die Gemeinde genutzt werden können - so wie es das Konzept auch in Thüringen vorsieht. Denn anders als beispielsweise in Hamburg, wo der Gesundheitskiosk tausende Klient*innen zählt, wird so eine Einrichtung auf dem Land viel weniger Nutzer*innen haben - aber auch deutlich weniger Personal. Hier bietet sich die Möglichkeit, mehrere Funktionalitäten unter einem Dach unterzubringen.

7 Fazit und Ausblick

Beim Nachdenken über die zentrale Frage, ob Gesundheitskioske als kleinräumige Anlaufstellen eine Option in der Gesundheitsversorgung im peripheren ländlichen Raum in der Mecklenburgischen Seenplatte sein können, taucht plötzlich die Frage auf, ob sie überhaupt noch eine Option für Deutschland sind. Am 22.09.2022 haben drei große Krankenkassen angekündigt, sich zum Jahresende aus der Finanzierung des Gesundheitskiosks in Hamburg zurückzuziehen. Das Angebot ist nach ihrer Ansicht zu teuer und in Teilen redundant, die Leistungen würden auch von anderen Einrichtungen angeboten werden. Außerdem werden im Gesundheitskiosk auch Beratungen angeboten, die zwar die Gesundheit betreffen, aber nicht in den Aufgabenbereich der gesetzlichen Krankenversicherung fallen, so die Kassen. Dem Gesundheitskiosk droht jetzt die Insolvenz (SZ, 2022).

Dabei ist die Ankündigung des Bundesgesundheitsministers, 1000 Gesundheitskioske in ganz Deutschland zu errichten, erst wenige Wochen her (siehe Kapitel 4.1.7). Im Versuch, ein in der Großstadt erprobtes Modellprojekt wie mit der Gießkanne zu verteilen, die Aufgaben und die Finanzierung unabhängig von örtlichen Gegebenheiten festzulegen, besteht aber vielleicht auch das Problem. Ein

Gesundheitskiosk ist kein Modell von der Stange und vielleicht auch kein Modell für jede Gegend. In Finnland sind die ersten Gesundheitskioske 2009 entstanden, zunächst nur in größeren Städten, seit einigen Jahren auch im ländlichen Raum. Alle Kioske haben natürlich das gemeinsame Grundkonzept, einen niedrighschwelligem Zugang zu Beratung, Information und Hilfe bei kleineren Gesundheitsproblemen zu schaffen. Aber sie variieren alle in Struktur und Angebot, weil sie sich am regionalen Bedarf ausrichten. Sie erproben unterschiedliche Ansätze und machen deshalb auch Entwicklungen durch (Schaeffer, Hämel & Ewers, 2015, S. 75-83).

Es wäre gut gewesen, der Gesundheitsminister hätte mit seinem Eckpunktepapier nicht einen Haufen Pflöcke eingeschlagen, sondern stattdessen ein Dach mit wenigen Eckpfeilern errichtet, unter dem sich die neue Versorgungsform entsprechend regionaler Bedarfe entwickeln kann. Wie die Diskussion um das Hamburger Modell und seine Übertragung auf ganz Deutschland ausgeht, ist ungewiss. Das hat allerdings auch keinen Einfluss auf die Beantwortung der Forschungsfrage. Ohne Erprobung kann zwar nicht abschließend gesagt werden, ob Gesundheitskioske als kleinräumige, dezentrale Anlaufstellen für die Gesundheitsversorgung, -beratung und -prävention im dünn besiedelten ländlichen Raum geeignet sind. Aber nach der Untersuchung internationaler Beispiele und deutscher Modellprojekte könnten sie es unter bestimmten Voraussetzungen sein.

Ganz oben steht der lokale Bedarf - besser gesagt, stehen die lokalen Bedarfe. Denn alle Modelle zeigen, dass die Menschen, wenn sie einmal im Gesundheitskiosk sind, nicht nur gesundheitliche Probleme zur Sprache bringen, sondern oft beispielsweise auch in sozialen Belangen Bedarf an Beratung oder Vermittlung haben. Das ist auch gut so; der Mensch muss mit seinen Bedürfnissen im Mittelpunkt stehen. Daraus folgert als zweiter wichtiger Punkt, dass die Arbeit nicht von Sektorengrenzen behindert wird, sondern integriert erfolgt, was wiederum gut qualifizierte Fachkräfte erfordert, die dem breiten inhaltlichen Spektrum gewachsen sind. Gerade diese kleinräumigen Strukturen mit (wahrscheinlich) minimaler Besetzung, aber maximalem Aufgabenspektrum müssen bestens vernetzt sein mit ihren Partner*innen und gut unterstützt von lokalen Akteur*innen - allen voran die Gemeinde als Partner, Initiator und am besten auch Mit-Träger.

Es sollen an dieser Stelle nicht noch einmal alle Kriterien aufgezählt werden, die für einen Gesundheitskiosk von Bedeutung sein können. Zum Abschluss wird einfach mal einer am Anger eines mecklenburgischen Dorfes unweit der Bushaltestelle aufgestellt. Ein kleines kompaktes Haus, die Tür steht ein Stück offen, man sieht zwei Menschen am Tisch im Gespräch. Kann das einen wichtigen Beitrag leisten für die Gesundheitsversorgung, -beratung und prävention im ländlichen Raum? Dafür muss noch einmal ein Blick zurück in die Zukunft geworfen werden: Die Bevölkerung schrumpft, der Anteil der immer älter werdenden Menschen mit mehrfachen Erkrankungen steigt und damit ihr medizinischer Versorgungsbedarf, die Zahl der Haus- und Fachärzt*innen sinkt in der Peripherie, auch in der Pflege wird der Fachkräftemangel immer größer. Alles Entwicklungen, die es schon gibt und die sich fortsetzen werden.

Es gibt viele Ideen und Modellprojekte, diesen Trends zu begegnen, wie diese Arbeit gezeigt hat. Der Gesundheitskiosk kann ein Baustein dabei sein. Er ist auch für weniger mobile Menschen noch gut zu erreichen. In ihm werden Menschen mit gesundheitlichen und sozialen Problemen begleitet und beraten. Die Menschen überlegen sich gemeinsam mit Pflegekräften im Gesundheitskiosk, wie sie gesundheitsfördernde Verhaltensweisen besser in ihren Alltag integrieren können, um länger gesund zu bleiben, gesünder zu werden oder ihre Erkrankung nicht zu verschlimmern. Durch diese Unterstützung und kleinere medizinische Leistungen müssen gerade chronisch kranke Menschen nicht mehr so oft zum Hausarzt/zur Hausärztin oder ins IGZ/Gesundheitshaus, was die Mediziner*innen entlastet. Die Menschen fühlen sich gut versorgt in ihrer Gemeinde, weil sie Ansprechpartner*innen in der Nähe haben, die ihnen in gesundheitlichen Belangen helfen, aber auch für viele andere Fragen und Sorgen ein offenes Ohr haben. Zudem ist der Gesundheitskiosk auch ein kleiner Treffpunkt im Dorf geworden.

So oder ähnlich könnte es mit einem Gesundheitskiosk auf dem Dorf funktionieren. Um es genau herauszufinden, müssen sich eine oder mehrere Gemeinden auf den Weg machen, es auszuprobieren. Das erfordert viel Engagement und Durchhaltevermögen und es ist angeraten, insbesondere die Entwicklung in Thüringen im Auge zu behalten und von den Erfahrungen dort zu profitieren.

Literaturverzeichnis

- Ackenhausen, C., Guenther, J., Urdahl, G. & Voigt, J. (2019). *Potenziale und Nebenwirkungen hausärztlicher Delegation an VersorgungsasststentInnen in Hausarztpraxen*. In M. Herrmann, H. Ohlbrecht & A. Seltrecht (Hrsg.), *Hausärztemangel auf dem Land* (S. 73-88). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- AFZ. Ausbildungsförderungszentrum Friedland e.V. (2022). „*BevOr – Begegnung vor Ort*“. Zugriff am 22.09.2022 unter <https://www.afz-friedland.de/individuelle-integrationshilfen/bevor-begegnung-vor-ort.html>
- AGMV. Aktionsbündnis für Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern (2020). *Informationen zum Aktionsbündnis für Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern sowie zu den Gesundheitszielen für Mecklenburg-Vorpommern*. Zugriff am 12.06.2022 unter <https://www.aktionsbuendnis-gesundheit-mv.de/static/AGMV/Dateien/Downloads/Informationen%20zum%20Aktionsbuendnis%20und%20den%20Gesundheitszielen%20fuer%20M-V.pdf>
- AGMV. Aktionsbündnis für Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern (2022). Zugriff am 06.04.2022 unter <https://www.aktionsbuendnis-gesundheit-mv.de/Aktionsbündnis/Aktionsbuendnis/>
- AGMV. Aktionsbündnis für Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern (2022-1). *Gesamtprojektübersicht*. Zugriff am 22.09.2022 unter <https://www.aktionsbuendnis-gesundheit-mv.de/Mitglieder/Gesamtprojektuebersicht/#arbeitswelt>
- AOK. Allgemeine Ortskrankenkasse (2021). *Nah am Menschen: „dieKümmerei“ eröffnet erste Zentrale in Köln*. Zugriff am 17.07.2022 unter <https://www.aok.de/pk/cl/rh/inhalt/nah-am-menschen-diekuemmerei-eroeffnet-erste-zentrale-in-koeln/>
- AOK. Allgemeine Ortskrankenkasse (2022). *Erster Gesundheitskiosk in Aachen berät künftig in sozialen und medizinischen Fragen*. Zugriff am 18.07.2022 unter <https://www.aok.de/pk/cl/rh/inhalt/gesundheitskiosk-in-aachen/>
- Ärztetenetz Essen Nord-West e.V. (2022). *Willkommen!* Zugriff am 04.09.2022 unter <http://aerztenetz-essen-nordwest.de/>

- Augurzky, B., Emde, A., Kuske, V., Lemm, M. & Wrobel, M. (2021). Institute for Health Care Business GmbH. *Gutachten der Institute for Health Care Business GmbH zur "Zukunft der medizinischen Versorgung in M-V"*. Kommissionsdrucksache 7/42 vom 09.04.2021. Zugriff am 18.04.2022 unter https://www.landtag-mv.de/fileadmin/media/KDrs._7-42.pdf
- Bach, M., Meyer, I. & Müller, S. (2021). *E-Health als Integrationsmotor in der ländlichen Krankenversorgung: Voraussetzungen, Herausforderungen und Chancen*. In C. Weidmann & B. Reime (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Versorgung im ländlichen Raum. Grundlagen, Strategien und Interventionskonzepte* (S. 262-276). Bern: Hogrefe.
- BBSR. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2010). *Laufende Raumb Beobachtung – Raumabgrenzungen. Raumtypen 2010 auf Kreisebene*. Zugriff am 30.01.2022 unter https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumb Beobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/kreise/Raumtypen2010_krs/Raumtypen2010_Kreise.html?nn=2544954
- BBSR. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2016). *Europäische Raumb Beobachtung – Raumabgrenzungen. Siedlungsstrukturelle Regionstypen Europas*. Zugriff am 23.01.2022 unter <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumb Beobachtung/Raumabgrenzungen/europa/SiedlungsstrukturelleRegionstypenEuropa/regionstypen.html?nn=2544954>
- BBSR. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2016-1). *Raumb Beobachtung – Wachsen und Schrumpfen von Stadt- und Landkreisen im bundesweiten Vergleich*. Zugriff am 30.01.2022 unter <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumb Beobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/kreise/wachsend-schrumpfend-kreise/wachsend-schrumpfend-kreise.html?nn=2544954>
- BBSR. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2017). *Raumordnungsbericht 2017. Daseinsvorsorge sichern*. Zugriff am 01.08.2022 unter <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/veroeffentlichungen/sonderveroeffentlichungen/2017/rob-2017-final->

dl.pdf;jsessionid=DAF7CE4AC7961839CAAFED27CA2AEB74.live21323?
__blob=publicationFile&v=1

BBSR. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2018). *Laufende Raubeobachtung - Raumabgrenzungen. Siedlungsstrukturelle Kreistypen*. Zugriff am 23.01.2022 unter <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raubeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/kreise/siedlungsstrukturelle-kreistypen/kreistypen.html?nn=2544954>

BfG. Bundesministerium für Gesundheit (2011). *Selektivvertrag*. Zugriff am 19.02.2022 unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/s/selektivvertrag.html>

BfG. Bundesministerium für Gesundheit (2016). *Leistungskatalog der Krankenversicherung*. Zugriff am 28.05.2022 unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/l/leistungskatalog.html>

BfG. Bundesministerium für Gesundheit (2021). *Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GVPG)*. Zugriff am 19.02.2022 unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/versorgungsverbesserungsgesetz.html>

BfG. Bundesministerium für Gesundheit (2022). *Regierung plant Gesundheitskioske bundesweit*. Zugriff am 04.09.2022 unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/regierung-plant-gesundheitskioske-deutschlandweit-lauterbach-praesentiert-eckpunkte-fuer-gesetzesinitiative.html>

Bierod, A. & Orman, D. (2022). *Die Essener Gesundheitskioske - mehr als nur ein Büdchen*. Zugriff am 04.09.2022 unter https://media.essen.de/media/wwwessende/aemter/0115_1/gesundheitsstandort_essener_norden/Bierod_Orman_Gesundheitskiosk_Deutscher_Fuersorgetag.pdf

BI Gesundheitswirtschaft SWF. Brancheninitiative Gesundheitswirtschaft Südwestfalen e.V. (2018). *Projekt "wfg.medPULS" erhält Bundesförderung*. Zugriff am 03.07.2022 unter <https://www.gesundheitswirtschaft.net/projekt-wfg-medpuls-erhaelt-bundesfoerderung/>

- Blotenberg, B. & Seeling, S. (2021). *Durch Präventive Hausbesuche länger zu Hause wohnen bleiben*. In C. Weidmann & B. Reime (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Versorgung im ländlichen Raum. Grundlagen, Strategien und Interventionskonzepte* (S. 94-108). Bern: Hogrefe.
- BMEL. Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (2020). *Bundesprogramm Ländliche Entwicklung. Geförderte Modell- und Demonstrationsvorhaben Bereich "Land.Digital"*. Zugriff am 02.07.2022 unter https://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/DE/_laendliche-Regionen/Digitales/land-digital-projektuebersicht.pdf?__blob=publicationFile&v=1
- BMI. Bundesministerium des Innern und für Heimat (2022). *Kommission gleichwertige Lebensverhältnisse*. Zugriff am 03.08.2022 unter <https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/topthemen/DE/topthema-kommission-gleichwertige-lebensverhaeltnisse/kom-gl-artikel.html>
- BR. Bundesregierung (2021). *Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP 2021-2025*. Zugriff am 19.12.2021 unter <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/koalitionsvertrag-2021-1990800>
- BzgA. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2022). *"Gesund und aktiv älter werden"*. *Projektdatenbank. Interviews mit Projektverantwortlichen. Landengel*. Zugriff am 03.07.2022 unter <https://www.gesund-aktiv-aelter-werden.de/projektdatenbank/interviews-mit-projektverantwortlichen/landengel/>
- Clemens, K. (2022). *Gesundheitskiosk in Katernberg: Lob für den Standort*. Westdeutsche Allgemeine Zeitung (WAZ) vom 27.06.2022. Zugriff am 27.06.2022 unter <https://www.waz.de/staedte/essen/gesundheitskiosk-in-katernberg-lob-fuer-den-standort-id235737665.html>
- CSE. Caritas-SkF-Essen gGmbH (2022). *Willkommen bei der Caritas-SkF-Essen gGmbH*. Zugriff am 02.07.2022 unter <https://www.cse.ruhr/>
- DBfK. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2019). *Advanced Practice Nursing - Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung*. Zugriff am 07.05.2022 unter <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Advanced-Practice-Nursing-Broschuere-2019.pdf>

- DBfK. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2022). *Community Health Nursing*. Zugriff am 07.05.2022 unter <https://www.dbfk.de/de/themen/Community-Health-Nursing.php>
- Duden (2022). Wörterbuch. *Kiosk, der*. Zugriff am 29.07.2022 unter <https://www.duden.de/rechtschreibung/Kiosk>
- EK. Enquete-Kommission (2020). *Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern. Fragenkatalog und Stellungnahmen der Krankenkassen*. Kommissionsdrucksache 7/11 vom 09.09.2020. Zugriff am 12.04.2022 unter https://www.landtag-mv.de/fileadmin/media/KDrs._7-11.pdf
- EK. Enquete-Kommission (2021) *Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern. Abschlussbericht*. Drucksache 7/6210 vom 02.06.2021. Zugriff am 15.04.2022 unter https://www.landtag-mv.de/fileadmin/media/abschlussbericht_der_enquete_kommission_zukunft_der_medizinischen_versorgung_in_mecklenburg_vorpommern.pdf
- Elkeles, T., Beck, D., Beetz, S., Forkel, J., Hinz, E., Nebelung, C., Röding, D. & Fischer, S. (2010). *Gesundheit und alltägliche Lebensführung in nordostdeutschen Landgemeinden (Landgesundheitsstudie - LGS): Abschlussbericht an die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG)*. Schriftenreihe G der Hochschule Neubrandenburg. Friedland: Steffen GmbH.
- Faber, K. & Pasel, R. (2019). *Landengel. Gesundheitskioske. Eine IBA. Und ein Design-Manual. Gestaltungsleitlinien für dezentrale Gesundheitskioske in der Region Seltenrain/Thüringen zur Entwicklung und zum Ausbau einer nachhaltigen Daseinsvorsorge*. Pasel-K Architects. Zugriff am 11.09.2022 unter https://iba-thueringen.de/sites/default/files/projekte/downloads/Gesundheitskioske_Design%20Manual_Pasel-K.pdf
- Frischkorn, M. (2022), *Telefonat mit Marcel Frischkorn*, Prokurist der Wirtschaftsfördergesellschaft Kreis Soest, am 27.07.2022
- GBA. Gemeinsamer Bundesausschuss (2012). *Referenzbericht zum Qualitätsbericht 2012 Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg-Altentreptow-Malchin*. Zugriff am 17.09.2022 unter <https://www.g-ba-qualitaetsberichte.de/#search>

- GBA. Gemeinsamer Bundesausschuss (2014). *Referenzbericht zum Qualitätsbericht 2014 Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg-Altentreptow-Malchin*. Zugriff am 17.09.2022 unter <https://www.g-ba-qualitaetsberichte.de/#search>
- GBA. Gemeinsamer Bundesausschuss (2016). *Referenzbericht zum Qualitätsbericht 2016 Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg-Altentreptow-Malchin*. Zugriff am 17.09.2022 unter <https://www.g-ba-qualitaetsberichte.de/#search>
- GBA. Gemeinsamer Bundesausschuss (2018). *Referenzbericht zum Qualitätsbericht 2018 Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg-Altentreptow-Malchin*. Zugriff am 17.09.2022 unter <https://www.g-ba-qualitaetsberichte.de/#search>
- GBA. Gemeinsamer Bundesausschuss (2019). *Referenzbericht zum Qualitätsbericht 2019 Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg-Altentreptow-Malchin*. Zugriff am 17.09.2022 unter <https://www.g-ba-qualitaetsberichte.de/#search>
- GBA. Gemeinsamer Bundesausschuss (2022). *INVEST Billstedt/Horn – Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für eine Integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen*. Zugriff am 13.02.2022 unter <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/invest-billstedt-horn-hamburg-billstedt-horn-als-prototyp-fuer-eine-integrierte-gesundheitliche-vollversorgung-in-deprivierten-grossstaedtischen-regionen.73>
- Gespräch 1 (2022). *Gespräch mit einem/einer Vertreter*in der Gesundheit für Billstedt/Horn UG* als Trägerin der Hamburger Gesundheitskioske am 03.03.2022
- Gespräch 2 (2022). *Gespräch mit einem/einer Vertreter*in des Vereins Landengel e.V.* als Initiator der Gesundheitskioske in der Thüringer Region Seltenrain am 12.05.2022
- Gespräch 3 (2022). *Schriftliches Interview mit einem Vertreter des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte* am 16.05.2022
- GfBH. Gesundheit für Billstedt/Horn UG (2018). *Hintergrundinformationen Gesundheitskiosk*. Pressemitteilung vom 25.09.2018. Zugriff am 09.02.2022 unter https://gesundheit-bh.de/wp-content/uploads/2021/02/GfBH_Pressemitteilung-Gesundheitskiosk_Hintergrund_20180925.pdf
- GfBH. Gesundheit für Billstedt/Horn UG (2020). *Starkes Signal für Patienten in Billstedt und Horn*. Pressemitteilung vom 11.08.2020. Zugriff am 09.02.2022 unter

- http://experten.gesundheit-bh.de/wp-content/uploads/2020/08/GfBH_Pressemitteilung_Selektivvertrag_BMO-1.pdf
- GfBH. Gesundheit für Billstedt/Horn (2022). *Gesellschafter und Beiräte*. Zugriff am 10.02.2022 unter https://gesundheit-bh.de/gesellschafter_beiraete/
- GfBH-1. Gesundheit für Billstedt/Horn (2022). *Team*. Zugriff am 13.02.2022 unter <https://gesundheit-bh.de/teamneu/>
- GfBH-3. Gesundheit für Billstedt/Horn (2022). *Interessierte*. Zugriff am 27.06.2022 unter <https://gesundheit-bh.de/interessierte/>
- GfEgG. Gesundheit für Essen gGmbH (2022). *Team Gesundheitskiosk*. Zugriff am 02.07.2022 unter <https://www.gesundheitskiosk.ruhr/>
- GfEgG-1. Gesundheit für Essen gGmbH (2022). *Präventionstag*. Zugriff am 04.09.2022 unter <https://www.gesundheitskiosk.ruhr/praeventionstag/>
- GK Aachen. Gesundheitskiosk StädteRegion Aachen (2022). Zugriff am 18.07.2022 unter <https://gkinfo.de/aachen/>
- GK Ruhr. Gesundheitskiosk Ruhr, Altenessen (2022). *Hallo*. Flyer. Zugriff am 04.09.2022 unter https://media.essen.de/media/wwwessende/aemter/0115_1/gesundheitsstandort_essen_norden/FlyerGesundheitskioskAltenessen2022_05.pdf
- Grabbe, H. (2022). *Hilfe um die Ecke*. Die Zeit. 34/18.08.2022, 29
- Habich, I. (2022). *Gesundheitskioske sollen Teil der Regelversorgung werden*. Deutsche Apotheker-Zeitung DAZ.online vom 06.09.2022. Zugriff am 07.09.2022 unter <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2022/09/06/gesundheitskioske-sollen-teil-der-regelversorgung-werden>
- HaffNet (2022). *Aktuelles und Mitteilungen*. Zugriff am 22.09.2022 unter <https://haffnet-online.de/aktuelles/>
- Hamburg (2019). *Billstedt: Wissens- und Sehenswertes. Ein Stadtteil im Wandel*. Zugriff am 14.09.2022 unter <https://www.hamburg.de/sehenswertes-billstedt/>
- Hämel, K. & Vössing, C. (2018). *PORT- Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung. Gesundheitszentren in Spanien (Centros de Salud)*. Publikation der Robert-Bosch-Stiftung. Zugriff am 21.08.2022 unter <https://www.bosch->

stiftung.de/de/projekt/port-patientenorientierte-zentren-zur-primar-und-langzeitversorgung/im-detail

- Haß, D. (2022). *Zentrum für Beratungs- und Hilfsangebote - "dieKümmerei"*. KölnerLeben - Das Stadtmagazin von 27.08.2022. Zugriff am 04.09.2022 unter <https://koelnerleben-magazin.de/themen/leben-in-koeln/diekummerei.html>
- Hauptelshofer, A. & Seeling, S. (2021). *Gesundheitskompetenz stärken - durch digitales, vernetzendes Bildungsmanagement, die "Digital Nurse"*. In C. Weidmann & B. Reime (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Versorgung im ländlichen Raum. Grundlagen, Strategien und Interventionskonzepte* (S. 81-93). Bern: Hogrefe.
- Herrmann, M., Ohlbrecht, H. & Seltrecht, A. (2019). *Das PORT-Projekt: Aufbau eines interdisziplinären Gesundheitszentrums in Wolmirstedt*. In M. Herrmann, H. Ohlbrecht & A. Seltrecht (Hrsg.), *Hausärztemangel auf dem Land* (S. 7-14). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Hoffmann, W., Stentzel, U. Görsch, M., Kleinke, F., Thome-Soós, F. & van den Berg, N. (2020). *Medizinische Versorgung in ländlichen Räumen - Herausforderungen und Lösungsansätze*. In S. Kröhnert, R. Ningel & P. Thome (Hrsg.), *Ortsentwicklung in ländlichen Räumen* (S. 160-177). Bern: Haupt-Verlag.
- IBA. Internationale Bauausstellung Thüringen GmbH (2019). *Engagiert fürs Dorf. Interview mit Frank Baumgarten*. IBA-Magazin 5. Zugriff am 07.01.2022 unter <https://iba-thueringen.de/sites/default/files/boxeintrag/downloads/IBA%20Magazin%205.pdf>
- IBA. Internationale Bauausstellung Thüringen GmbH (2022). *Region Seltenrain, Gesundheitskioske: Kooperative Vorsorge auf dem Land*. Zugriff am 11.09.2022 unter <https://www.iba-thueringen.de/projekte/region-seltenrain-gesundheitskioske>
- IBA. Internationale Bauausstellung Thüringen GmbH (2022-1). *Region Seltenrain. Landzentrum: Kooperative Vorsorge auf dem Land*. Zugriff am 15.09.2022 unter <https://iba-thueringen.de/projekte/region-seltenrain-landzentrum>
- IGM. Innovative Gesundheitsmodelle (2022). *Gesundheitshaus Woldegk*. Zugriff am 22.09.2022 unter <https://innovative-gesundheitsmodelle.de/modelle/gesundheitshaus-woldegk/>

- IGM. Innovative Gesundheitsmodelle (2022-1). *Gesundheitshaus Mirow*. Zugriff am 22.09.2022 unter <https://innovative-gesundheitsmodelle.de/modelle/gesundheitshaus-mirow/>
- Irre, V. & Petznick, U. (2016). *Gesundheitsberichterstattung im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte 2011-2015*. Masterarbeit. Hochschule Neubrandenburg.
- Kaiser, R. (2021). *Qualitative Experteninterviews. Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Klemm, M. (2022). *Kioske sollen Probleme der Gesundheitsversorgung lösen*. Nordkurier. 204/01.09.2022, 7
- Küpper, P. (2016). *Abgrenzung und Typisierung ländlicher Räume*. Thünen Working Paper 68. Thünen-Institut für Ländliche Räume. Braunschweig
- Lau, T. (2022). *Gesundheitskioske, Cannabis, GKV: Lauterbachs Fahrplan bis zur nächsten Welle*. Ärzteblatt vom 04.05.2022. Zugriff am 17.07.2022 unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/133932/Gesundheitskioske-Cannabis-GKV-Lauterbachs-Fahrplan-bis-zur-naechsten-Welle>
- LifeTime (2022). *Der sichere All-in-one-Messenger für Ärzte, Einrichtungen und Patienten*. Zugriff am 12.02.2022 unter <https://lifetime.eu/>
- Litzenberger, A. (2021). *"Bei uns ist der Mensch im Fokus"*. Chorweiler Panorama vom 18.09.2021. Zugriff am 04.09.2022 unter <https://chorweiler-panorama.de/2021/09/18/bei-uns-ist-der-mensch-im-fokus/>
- LRV M-V. Landesrahmenvereinbarung Mecklenburg-Vorpommern (2017). *Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemäß § 20f SGB V im Land Mecklenburg-Vorpommern*. Zugriff am 06.04.2022 unter <https://www.aktionsbuendnis-gesundheit-mv.de/static/AGMV/Dateien/Downloads/Landesrahmenvereinbarung-Mecklenburg-Vorpommern.pdf>
- MEID. Ministerium für Energie, Infrastruktur und Digitalisierung Mecklenburg-Vorpommern (2019). *5. Bevölkerungsprognose Mecklenburg-Vorpommern 2017-2040, Regionalisierung für die Landkreise, kreisfreien Städte sowie die Mittelbereiche der Zentralen Orte*. Zugriff am 20.03.2022 unter

<https://www.regierung-mv.de/static/Regierungsportal/Ministerium%20f%C3%BCr%20Energie%2c%20Infrastruktur%20und%20Digitalisierung/Dateien/Downloads/Bev%C3%B6lkerungsprognose-Regionalisierung.pdf>

MSE. Landkreis Mecklenburgische Seenplatte (2022). *Unser Landkreis*. Zugriff am 14.09.2022 unter <https://lk-mecklenburgische-seenplatte.de/Landkreis/>

NPK. Nationale Präventionskonferenz (2018). *Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V*. Zugriff am 06.06.2022 unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Praeventionsgesetz/BRE_Fassung_vom_29.08.2018.pdf

OECD. Organisation for Economic Co-operation and Development (2010). *Refinement of the OECD regional typology: Economic Performance of Remote Rural Regions*. Zugriff am 07.08.2022 unter <https://www.oecd.org/regional/regional-policy/45511797.pdf>

OptiMedis AG (2015). *Entwicklungs- und Handlungskonzept für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung in Billstedt und Horn. Kleinräumige Analyse der Bedarfssituation*. Zugriff am 09.02.2022 unter https://optimedis.de/files/Publikationen/Studien-und-Berichte/2016/Billstedt_Horn_BGV_Analyse_Final.pdf

OptiMedis AG (2022). *Der Gesundheitskiosk - ein Modell auch für Ihre Region?* Zugriff am 27.06.2022 unter <https://optimedis.de/gesundheitskiosk/>

Prahle, T. (2022). *ILSE-Rufbus: Große Freude, verhaltene Nachfrage*. Nordkurier. 88/14.04.2022, 15

Rauland, H., Böhme, C. & Köckler, H. (2018). *Das Präventionsgesetz und seine Potenziale für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung*. In S. Baumgart, H. Köckler, A. Ritzinger & A. Rüdiger (Ed.), *Planung für gesundheitsfördernde Städte* (S. 238-251). Hannover: Verlag der Akademie für Raumforschung und Landesplanung. Zugriff am 27.012.2021 unter <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0156-0853180>

RBS. Robert-Bosch-Stiftung (2022). *PORT - Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung*. Zugriff am 21.08.2022 unter <https://www.bosch->

stiftung.de/de/projekt/port-patientenorientierte-zentren-zur-primar-und-langzeitversorgung/im-detail

- Röding, D. & Elkeles, T. (2021). *Gesundheitsförderung und -versorgung in ländlich-peripheren Gemeinden Nordostdeutschlands*. In C. Weidmann & B. Reime (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Versorgung im ländlichen Raum. Grundlagen, Strategien und Interventionskonzepte* (S. 125-140). Bern: Hogrefe.
- RPV MSE. Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte (2011). *Regionales Raumentwicklungsprogramm Mecklenburgische Seenplatte*. Zugriff am 26.03.2022 unter https://www.region-seenplatte.de/media/custom/3148_40_1.PDF?1544607618
- RPV MSE. Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte (2015). *Regionales Entwicklungskonzept Mecklenburgische Seenplatte*. Zugriff am 26.03.2022 unter https://www.region-seenplatte.de/media/custom/3148_120_1.PDF?1548944281
- RPV MSE. Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte (2018). *Hausärztliche Versorgung in der Planungsregion Mecklenburgische Seenplatte Monitoring 2018*. Zugriff am 20.03.2022 unter https://www.region-seenplatte.de/media/custom/3148_114_1.PDF?1548942188
- RubiN. Regional ununterbrochen betreut im Netz (2020). *Mit dem GPVG scheitern Innovationsfondsprojekte weiter an der Überführung in die Regelversorgung*. Pressemitteilung vom 23.09.2020. Zugriff am 19.02.2022 unter <https://www.rubin-netzwerk.de/mit-dem-gpvg-scheitern-innovationsfondsprojekte-weiter-an-der-ueberfuehrung-in-die-regelversorgung/>
- Schaeffer, D. & Hämel, K. (2020). *Kooperative Versorgungsmodelle - Eine international vergleichende Betrachtung*. In P. Kriwy & M. Jungbauer-Gans (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssoziologie* (S. 463-480). Wiesbaden: Springer-Verlag
- Schaeffer, D., Hämel, K. & Ewers, M. (2015). *Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada*. Weinheim: Beltz Juventa

- Schaeffer, D., Hämel, K. & Ewers, M. (2015-1). *Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada*. Vortrag im Rahmen des Fachforums Kompetenz und Wissenstransfer am 27. April 2015. Berlin
- Schlingensiepen, I. (2021). „Die Kümmererei“ in Köln begleitet und hilft, wo Ärzte es nicht können. *ÄrzteZeitung* vom 17.09.2021. Zugriff am 17.07.2022 unter <https://www.aerztezeitung.de/Nachrichten/Die-Kuemmererei-in-Koeln-begleitet-und-hilft-wo-Aerzte-es-nicht-koennen-422894.html>
- Schlingensiepen, I. (2022). *Gesundheitskiosk expandiert in die Region Aachen*. *ÄrzteZeitung* vom 01.02.2022. Zugriff am 18.07.2022 unter <https://www.aerztezeitung.de/Nachrichten/Gesundheitskiosk-expandiert-in-die-Region-Aachen-426478.html>
- Spitzer, S. (2022). *Gesundheitskioske revolutionieren bald Leben auf dem Land*. Thüringische Landeszeitung, online. 26.07.2022. Zugriff am 11.09.2022 unter <https://www.tlz.de/regionen/muehlhausen/gesundheitskioske-revolutionieren-bald-leben-auf-dem-land-id235984035.html>
- Spreemann, J. (2022). *AOK-Ärger: Hausärzte fühlen sich von Kasse kriminalisiert*. Nordkurier. 85/11.04.2022, 4
- StädteRegion Aachen (2022). *Über die StädteRegion Aachen*. Zugriff am 18.07.2022 unter <https://www.staedtereion-aachen.de/de/navigation/staedtereion>
- StädteRegion Aachen (2022-1). *Erster Gesundheitskiosk in der StädteRegion Aachen eröffnet. Neue Einrichtung in den Aachen-Arkaden berät in sozialen und medizinischen Fragen*. Pressemitteilung. Zugriff am 18.07.2022 unter <https://www.staedtereion-aachen.de/de/navigation/aemter/oeffentlichkeitsarbeit-s-13/aktuelles/pressemitteilungen/aktuelle-pressemitteilungen/gesundheitskiosk-1>
- Stiftung Landleben (2022). *Internetseite der Stiftung Landleben*. Zugriff am 03.07.2022 unter <http://www.stiftung-landleben.de/index.php>
- Strohm, M. (2022). *Die Kümmererei im Brennpunkt*. Rheinisches Ärzteblatt 8/2022 vom 16.07.2022. Zugriff am 04.09.2022 unter <https://www.aekno.de/aerzte/rheinisches-aerzteblatt/ausgabe/artikel/2022/august-2022/die-kuemmererei-im-brennpunkt>
- SVR. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014). *Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und*

- ausgewählte Leistungsbereiche*. Gutachten 2014. Langfassung. Zugriff am 23.04.2022 unter https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Langfassung2014.pdf
- SVR. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018). *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung*. Gutachten 2018. Kurzfassung. Zugriff am 24.04.2022 unter https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Kurzfassung_2018.pdf
- SVR. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2021). *Digitalisierung für Gesundheit - Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems*. Gutachten 2021. Zugriff am 23.04.2022 unter https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2021/SVR_Gutachten_2021.pdf
- SZ. Süddeutsche Zeitung (2022). *Kassen wollen Gesundheitskiosk nicht weiter finanzieren*. online. 22.09.2022. Zugriff am 23.09.2022 unter <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/gesundheits-hamburg-kassen-wollen-gesundheitskiosk-nicht-weiter-finanzieren-dpa.urn-newsml-dpa-com-20090101-220922-99-860678>
- Tangermann, U., Krinke, K., Krauth, C. & Amelung, V. (2019). *Akzeptanz neuer hausärztlicher Versorgungsformen in ländlichen Regionen*. *Ländlicher Raum*. Agrarsoziale Gesellschaft e.V.. 70(03), 20-23.
- TLLLR. Thüringer Landesamt für Landwirtschaft und Ländlichen Raum (2021). *Für die Lebensqualität im ländlichen Raum*. Medieninformation 09/2021 vom 10.06.2021. Zugriff am 03.07.2022 unter <https://tlllr.thueringen.de/wir/aktuelles/import-mi/detailseite/fuer-die-lebensqualitaet-im-laendlichen-raum>
- Van den Berg, N., Fleßa, S. & Hoffmann, W. (2021). *Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum*. Bundeszentrale für politische Bildung. Zugriff am 25.12.2021 unter

<https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/laendliche-raeume/334219/gesundheitsversorgung>

Weidmann, C. & Reime, B. (2021). *Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Versorgung im ländlichen Raum: eine Einleitung*. In C. Weidmann & B. Reime (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Versorgung im ländlichen Raum. Grundlagen, Strategien und Interventionskonzepte* (S. 11-18). Bern: Hogrefe.

Westfalenspiegel (2020). *Telemedizin-Modellprojekt scheitert am Datenschutz*. Zugriff am 15.09.2022 unter <https://www.westfalenspiegel.de/telemedizin-modellprojekt-scheitert-am-datenschutz/>

Wild, E. & Schreyögg, J. (2021). *Kurzbericht zur Evaluation INVEST Billstedt/Horn. Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für eine Integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen*. Universität Hamburg, Hamburg Center for Health Economics. Zugriff am 19.02.2022 unter <https://www.hche.uni-hamburg.de/forschung/transfer/invest/2021-03-31-hche-kurzbericht-invest-evaluation.pdf>

Wild, E., Schreyögg, J., Golubinski, V., Ress, V. & Schmidt, H. (2021). *Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für eine Integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen, Evaluationsbericht zum Projekt*. Universität Hamburg, Hamburg Center for Health Economics. Zugriff am 22.12.2021 unter <https://www.hche.uni-hamburg.de/forschung/transfer/invest/2021-03-31-evaluationsbericht-langfassung.pdf>

WHO. World Health Organization (1978). *Erklärung von Alma-Ata*. Zugriff am 20.08.2022 unter https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf

Anhang

Leitfaden zum Gespräch mit einem/einer Vertreter*in der Gesundheit für Billstedt/Horn UG als Trägerin der Hamburger Gesundheitskioske

Leitfaden zum Gespräch mit einem/einer Vertreter*in des Vereins Landengel e.V. als Initiator der Gesundheitskioske in der Thüringer Region Seltenrain

Leitfaden zum schriftlichen Interview mit einem/einer Vertreter*in des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Rossow, 23.09.2022

Ort, Datum

Unterschrift

Leitfaden zum Gespräch mit einem/einer Vertreter*in der Gesundheit für Billstedt/Horn UG als Trägerin der Hamburger Gesundheitskioske

Themenblock 1: Trägerschaft

Trägerschaft: Bei Ihnen sind drei Vereine und ein Krankenhaus Gesellschafter der UG. In Essen, wo Sie beratend tätig sind, ist die Kommune als Gesellschafter involviert. In der Thüringer Region Seltenrain, so sagte mir der Vorsitzende des Vereins Landengel e.V., soll voraussichtlich der Verein der Träger der entstehenden Gesundheitskioske sein. Kommunale Trägerschaft (Landkreis und Gemeinde) ist für uns ein interessantes Modell.

- Wäre eine rein kommunale Trägerschaft aus Ihren bisherigen Erfahrungen überhaupt möglich und sinnvoll?
- Wie müsste man vorgehen, um das passende Trägermodell zu finden?
- Wie sind Sie in Hamburg vorgegangen, um die richtigen Partner*innen für die Trägergesellschaft zu finden?
- Warum haben Sie sich für eine Unternehmersgesellschaft entschieden? Wäre auch eine gemeinnützige UG in Frage gekommen?

Themenblock 2: Digitale Anwendungen

Elektronische Gesundheitsangebote und digitale Anwendungen zur besseren Kommunikation sollten einen Schwerpunkt im Projekt bilden. Von sinnvollen Gesundheits-Apps und Nutzung der LifeTime-Software habe ich gelesen.

- Welchen Stellenwert nimmt die Digitalisierung, der Bereich eHealth/mHealth heute in Ihrem Modell ein und welche weiteren Möglichkeiten sehen Sie für die Zukunft?
- Haben sich Vorteile durch digitale Angebote ergeben wie Entlastung des Personals, weniger Wege für die Nutzer*innen?
- Wie offen zeigen sich die Nutzer*innen der Gesundheitskioske für digitale Angebote? Nutzen sie digitale Kommunikationsmöglichkeiten, um mit den Mitarbeitenden der Gesundheitskioske in Kontakt zu treten?
- Wie offen stehen die Mediziner*innen im Netzwerk digitalen Anwendungen und Kommunikationsmöglichkeiten gegenüber?
- Konnten Sie schon Erfahrungen sammeln, wie die Akzeptanz digitaler Angebote erhöht werden kann?

Themenblock 3: Wirtschaftlichkeit

Die Autoren der wissenschaftlichen Begleitstudie kamen zu dem Schluss, dass der Evaluationszeitraum zu kurz war, um wirtschaftliche Effekte aufzeigen zu können, deshalb sollte begleitend weiter evaluiert werden.

- Sind die Teilnehmerzahlen inzwischen so weit gestiegen, dass man das Potenzial der neuen Versorgungsform auch wirtschaftlich besser abbilden kann?
- Konnten schon Effekte hinsichtlich der Leistungsausgaben und Krankenhausfälle verzeichnet werden?
- Läuft die weitere Evaluation ebenfalls über die Universität Hamburg?
- Bleibt INVEST ein über Selektivverträge finanziertes Modell oder wird sich das mit der Überführung in die Regelversorgung ändern?

Themenblock 4: Machbarkeitsanalyse/Übertragbarkeit

Die GfBH UG bietet auf Grundlage der Hamburger Erfahrungen Machbarkeitsanalysen für andere interessierte Regionen an, Sie begleiten unter anderem in Essen den Aufbau eines Gesundheitskiosks.

- Gibt es in Deutschland weitere Interessenten, die Ihre Expertise nutzen wollen, vor allem auch aus ländlichen Regionen?
- Dort wären die Bedarfe wahrscheinlich ganz anders. Sehen Sie das Modell aus Ihren Erfahrungen überhaupt als Option für den ländlichen Raum und wenn ja, wie müsste man vorgehen, wenn man das Modell von einer Großstadt quasi auf ein Dorf übertragen möchte?
- Orientieren Sie sich bei den Machbarkeitsanalysen an den Erfolgsfaktoren, die in der wissenschaftlichen Evaluation als besonders relevant bei einer Übertragung eingestuft wurden?
- In Essen haben Sie bereits Erfahrungen mit der Übertragung gesammelt? Welche wesentlichen Unterschiede haben sich zur Projektentwicklung in Hamburg gezeigt? Werden dort andere Angebote/Leistungen gebraucht?
- Welche Faktoren sind aus Ihrer Erfahrung besonders wichtig bei einer Übertragung des Modells auf andere Regionen?

Leitfaden zum Gespräch mit einem/einer Vertreter*in des Vereins Landengel e.V. als Initiator der Gesundheitskioske in der Thüringer Region Seltenrain

Themenblock 1: Nachfrage und Angebot

Durch die Projekte Dorfkümmerer/Agathe hat der Verein "Landengel" schon Erfahrung mit Bedarfen in den Orten. Deren Sprechstunde soll aber nur ein Angebot in den Gesundheitskiosken sein. Woher wissen Sie, was noch gebraucht wird? In den Projektbeschreibungen liest man, der Schwerpunkt soll auf Prävention und Gesundheitsförderung liegen, es soll aber auch um Pflege und ambulante Versorgung gehen, soziale Treffpunkte sollen die Kioske auch sein. Wie haben Sie diese Bedarfe ermittelt und wie bekommen Sie die Angebote auf so kleinem Raum untergebracht? Welche Funktionen soll das Landambulatorium/Landzentrum erhalten? Werden Angebote nach dem Präventionsgesetz (Lebenswelt Kommune) eine Rolle spielen? Welche Berufsgruppen sollen neben den Dorfkümmerern in den Gesundheitskiosken arbeiten?

Themenblock 2: Trägerschaft und Finanzierungsmöglichkeiten

Wenn ich es richtig verstanden habe, wird der Verein Landengel Träger der Gesundheitskioske sein. Haben Sie darüber nachgedacht, eine Managementgesellschaft dafür zu gründen, ähnlich wie bei den ersten deutschen Gesundheitskiosken in Hamburg und jetzt in Essen? Haben Sie sich mit der "Gesundheit für Billstedt-Horn UG" ausgetauscht?

Das Agathe-Projekt gehört zum Verein und wird gefördert, aber wie werden die anderen Angebote in den Gesundheitskiosken finanziert? Mieten sich andere Anbieter beim Verein ein oder wie kann das Projekt tragfähig gemacht werden, vor allem mit Blick auf die laufenden Kosten? Welche Rolle spielen die Kommunen, in denen die Gesundheitskioske bzw. das Landambulatorium entstehen, bei der Finanzierung und Nutzung?

Der Verein hat knapp 300 000 Euro Fördermittel von Land und EU für den Aufbau der Gesundheitskioske bekommen. Müssen Sie zusätzlich Eigenmittel aufbringen und wenn ja, wie stemmen Sie das? Können Sie diese Fördermittel auch für das zentrale Zentrum in Sundhausen verwenden?

Themenblock 3: Digitale Anwendungen

Laut Projektbeschreibung sind bei den Gesundheitskiosken eine digitale Vernetzung und eine einheitliche Kommunikationsplattform angedacht. Soll es eine Möglichkeit für Telemedizin durch Verbindung mit Arztpraxen geben? Werden Sie die im Aufbau befindliche Telematik-Infrastruktur nutzen können, die perspektivisch alle Akteure im Gesundheitswesen verbinden soll? Was für eine Kommunikationsplattform nutzen Sie für den Austausch mit den Kooperationspartnern im Projekt?

Sie wissen aus Ihrer Befragung und dem Agathe-Projekt, dass vor allem die älteren Menschen als eine Ihrer wichtigsten Zielgruppen in erster Linie persönliche Kontakte brauchen. Wie viel digital ist da überhaupt möglich und sinnvoll? Wie aufgeschlossen sind die Menschen, die im Ahgathe-Projekt betreut werden, gegenüber digitalen Möglichkeiten?

Themenblock 4: Aktueller Stand

Ich habe vom aktuellen Bauhüttenprozess in Sundhausen gesehen (MDR) und gelesen (IBA). Es wäre schön, wenn Sie mich über die aktuellen Entwicklungen im Projekt informieren, vielleicht auch darüber, was sich anders entwickelt als ursprünglich gedacht und warum.

Leitfaden zum schriftlichen Interview mit einem/einer Vertreter*in des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte

Themenblock Gesundheit/Probleme im Landkreis

- Der erste Gesundheitsbericht des Landkreises stammt von 2015. Ist ein neuer bzw. eine Überarbeitung in der Entstehung? Wenn ja, wann soll der Bericht vorliegen? Sind schon neue Schwerpunkte bekannt?
- Wichtigste Basis für eine Entscheidung über einen Gesundheitskiosk, der gesundheitsfördernde oder auch medizinische Angebote besser erreichbar machen soll im ländlichen Raum, ist ein akuter Bedarf vor Ort. Der Gesundheitsbericht des Landkreises sieht beispielsweise beim Übergewicht bei Kindern großen Handlungsbedarf, der Planungsverband im Hausärzte-Monitoring bei der Hausarztversorgung im peripheren Bereich. Wo sehen Sie aus Sicht der Gesundheitsförderung besonders Bedarfe im peripheren ländlichen Raum des Kreises?
- Im Regionalen Entwicklungskonzept Mecklenburgische Seenplatte von 2015 haben der Landkreis und der Planungsverband mehrere Leitprojekte festgelegt. Eins davon war der Aufbau und die Etablierung regionaler Pflege- und Gesundheitsnetzwerke zur Vernetzung von Akteuren aus dem Bereich Gesundheit und Pflege. Das Netzwerk sollte Informations- und Beratungsplattform für die Akteure sein und gut abgestimmte Angebote in Medizin und Pflege ermöglichen. Gibt es so ein Netzwerk/solche Netzwerke bereits oder befindet es/befinden sie sich im Aufbau? Wenn ja, was können Sie mir zum Stand und zum Konzept sagen?

Themenblock Präventionsgesetz

Mit Hilfe des Präventionsgesetzes sollen Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten der Menschen greifen. Der Lebenswelt in Kommunen und Landkreisen wird dabei besondere Bedeutung beigemessen. Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist wichtiger Kooperationspartner.

- Gibt es im Landkreis Kommunen, die Strategien zur Gesundheitsförderung erarbeitet haben (z.B. mit Unterstützung der Koordinierungsstelle für gesundheitliche Chancengleichheit?)
- Sind Ihnen kommunale Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention im Landkreis bekannt (mit und ohne Förderung nach dem Präventionsgesetz)?
- Wäre es vorstellbar, dass auch ein Gesundheitskiosk als kleinräumige Anlaufstelle im Dorf mit Angeboten der Prävention und Beratung, aber eventuell auch medizinischen Leistungen, gefördert wird? Oder eher "nur" bestimmte Angebote innerhalb des Gesundheitskiosks? Ist es bei einer Förderung in einer Kommune unerheblich, wer Träger des Projekts ist oder muss es die Kommune selbst sein?

- Gibt es einen Überblick über Maßnahmen/Angebote/Einrichtungen der Prävention und Gesundheitsförderung im Landkreis, den man einsehen kann?

Themenblock Gesundheitskiosk

Bisher gibt es Gesundheitskioske im ländlichen Raum in Deutschland nicht. Ich will mich der Frage nähern, ob sie ein Baustein sein könnten, um die Menschen in peripheren Bereichen besser mit gesundheitsfördernden und präventiven oder medizinischen Angeboten zu erreichen. Deshalb bitte ich Sie - auch wenn das vielleicht nicht unmittelbar zu Ihrem Berufsbereich gehört - um Einschätzungen.

- Die Enquete-Kommission "Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern" hat die Einrichtung Integrierter Gesundheitszentren (IGZ) in kleineren Krankenhäusern empfohlen. Im Regionalen Raumentwicklungsprogramm für die Seenplatte von 2011 wird empfohlen, in Zentralen Orten "Zentrale Gesundheitshäuser" einzurichten, in denen Haus- und Fachärzte zusammenarbeiten. Erste Gesundheitshäuser entstanden in Woldegk und Mirow. Denken Sie, es könnte sinnvoll sein, noch kleinräumigere Strukturen zu schaffen, die den Zugang zu solchen Leistungen erleichtern und Hausärzt*innen entlasten?
- Aus Ihrer Erfahrung mit anderen Modellprojekten: Denken Sie, ein Gesundheitskiosk im ländlichen Raum der Seenplatte ließe sich mit anderen Angeboten - zum Beispiel mobile oder digitale verbinden?
- Ist Ihnen bekannt, ob es aktuell Modellprojekte im Landkreis gibt, die insbesondere darauf abzielen, gesundheitsfördernde oder medizinische Angebote zu den Menschen im ländlichen Raum zu bringen?