



**Gesunde Städte-Netzwerk**  
der Bundesrepublik Deutschland

**Sekretariat**  
Stadt Frankfurt am Main  
Gesundheitsamt  
Breite Gasse 28  
60313 Frankfurt am Main  
Bundesweite Koordinatorinnen  
Jana Bauer & Anette Christ  
Tel:  
069 212-77459/ 069 212-36270  
[gesunde.staedte-sekretariat@stadt-frankfurt.de](mailto:gesunde.staedte-sekretariat@stadt-frankfurt.de)  
[www.gesunde-staedte-netzwerk.de](http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de)

## ***Positionspapier des Gesunde Städte-Netzwerks Deutschland zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz - GVSG) Etablierung von Gesundheitskiosken in Deutschland***

**Gesundheitliche, medizinische und soziale Indikation zusammen denken!**

**Prüfung vorhandener Strukturen, Vernetzung aller Akteure, Vermeidung von Parallelentwicklungen!**

Das Gesunde Städte-Netzwerk (GSN) hat sich, wie schon zuvor mit dem Eckpunktepapier des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), auch mit dem Referentenentwurf des BMG auseinandergesetzt. Im Folgenden ergänzt das GSN diese Entwürfe und bekräftigt sie erneut:

### **Aufgaben und Ziele eines Gesundheitskiosks**

Das Ziel eines Gesundheitskiosks ist die gegenseitige, trägerübergreifende Vermittlung innerhalb der Gesundheitsstrukturen und zwischen dem Gesundheits- und Sozialsystem. So werden die vorhandenen Gefüge genutzt, um die unzureichende Patientenorientierung, vorhandene Zugangsbarrieren sowie das Koordinierungsdefizit an den Schnittstellen von Versorgung im Sozial- und Gesundheitswesen zu beheben.

Es sind keine Doppelstrukturen zu befürchten, denn die im Gesetzesentwurf beschriebenen Aufgaben zur gesetzlichen Ausgestaltung eines Gesundheitskiosks sind klar umrissen, werden aber bisher noch nicht systemisch in allen sozial benachteiligten Stadtteilen erbracht. Begrüßenswert ist die beratende Lotsenfunktion seitens des Gesundheitskiosks, die zur gesundheitlichen Chancengleichheit der Bevölkerung deutlich beitragen kann.

Insbesondere für Menschen mit mangelnder Gesundheitskompetenz und/oder geringen Deutschkenntnissen scheint dieses Konstrukt als eine niedrighschwellige Anlaufstelle für erste Hilfsmaßnahmen sinnvoll zu sein.

Zudem sollten auch zukünftige Bedarfe in den Blick genommen werden, die durch eine Sozial-, Gesundheits- und Umweltberichterstattung, sowie in der Stadtplanung noch nicht (genügend) abgebildet sind, beispielsweise die Nachverdichtung in Gebieten mit besonderen sozialen Herausforderungen.

Neben dem Gesundheitskiosk sollte auch die Einrichtung von Gesundheitsregionen Gegenstand kritischer Betrachtung sein, werden diese doch ebenso in kommunaler Kooperation mit den Krankenkassen errichtet. Im Gesetz sollte die Intention einer Gesundheitsregion erheblich deutlicher formuliert werden.



Dasselbe gilt für Primärversorgungszentren. Zur Aufgabe des Gesetzgebers gehört, bestimmte Regelungen hinreichend zu fassen – dies ist hier noch nicht gegeben. Das Verhältnis zwischen den einzelnen Konstrukten zueinander sollte im Gesetzentwurf klar ausdifferenziert werden.

## **Strukturen und Netzwerke**

Gesundheitskioske können an Orten entstehen und andocken, die den Bürger:innen bereits bekannt sind, wie Gesundheitsämter oder Ärztehäuser, aber auch Sozialämter und andere soziale Einrichtungen vor Ort, die ohnehin im Alltag häufig frequentiert werden (Agglomerationseffekt). Zudem können die Kioske auch an Orten angesiedelt werden, die besonders niedrigschwellig besucht werden, z.B. Begegnungszentren, Marktplätze, Fußgängerzonen, Einkaufszentren oder vorhandene Beratungsbüros. Die Strukturen und die Expertise bereits bestehender Gesundheitskioske sollten ebenfalls berücksichtigt werden. Andere Betreiberstrukturen, wie beispielsweise eine direkte Ansiedlung des Gesundheitskiosks an das Gesundheitsamt, wären unter Berücksichtigung der individuellen Bedarfe und Voraussetzungen denkbar. Ein Vorteil wäre, dass eine direkte Rückkopplung zwischen Erkenntnissen der kommunalen Gesundheitsberichterstattung und dem Gesundheitskiosk stattfinden kann.

Sinnvoll und begrüßenswert wäre überdies der Ansatz der Primärversorgungszentren: die Einbindung von z.B. sozialer Arbeit in (bereits bestehende) ärztliche Praxen oder medizinische Einrichtungen (z.B. Apotheken) erscheint zielführender als die Schaffung neuer Beratungsstrukturen und -orte. Vielmehr sollte die Vernetzungsqualität im Fokus stehen, mit der Anbindung an weitere Angebote in den Bereichen Pflege, Soziales, Bildung, Arbeit, Rente etc. in unmittelbarer Umgebung.

Auch könnten regionale Versorgungszentren in Kombination mit Gesundheitskiosken, im Sinne eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), optimal zur Stärkung der allgemein- und fachärztlichen Versorgung, insbesondere in Randgebieten von Großstädten, beitragen. Um diese Qualität zu erfüllen, ist ein multiprofessionelles, -linguales, -kulturelles Team, auch auf Leitungsebene, erforderlich.

Die Leitung eines Gesundheitskiosks ausschließlich durch eine Pflegefachkraft ist zu hinterfragen. Falls Vernetzung, Koordination, Lotsenfunktion sowie Gesundheitsförderung und Prävention im Vordergrund stünden, gäbe es hierfür keine zwingende Veranlassung. Ärztlich delegierte medizinische Erst-/Grundversorgung und Routineaufgaben können nur zu einem gewissen Anteil erbracht werden. Insofern sollte die Leitung offener gestaltet sein und neben Community Health Nurses beispielsweise um ärztliches Personal, Sozialpädagog:innen, Gesundheitsmanager:innen oder Physician Assistants erweitert werden.

Mit Blick auf Kompetenzzuschreibungen, Verantwortlichkeiten, Zuständigkeiten - letztlich Qualitätssicherung - bedarf es für die kommunalen Gesundheitskioske, aber auch für die beratenden Bereiche der Primärversorgungszentren, einer zentral koordinierten, übergeordneten Beratungs- und Qualifizierungsstruktur für die Mitarbeitenden vor Ort, auch innerhalb der Gesundheitsregionen. Generell wäre zu klären, auf welche Weise die Zusammenarbeit mit

ambulanten und sektorenübergreifenden ärztlichen Strukturen im Detail funktioniert. Ebenso bedarf es für andere Leistungserbringende einer Verbindlichkeit – auch diesen Akteuren muss deutlich sein, welchen Mehrwert sie von den Gesundheitskiosken bei der Vermittlung ihrer Klient:innen in öffentliche Strukturen erwarten können.

Niedrigschwellige Angebote der Gesundheitskioske können in Stadtteilen oder Gemeinden mit einem hohen Anteil an sozioökonomisch belasteten Haushalten den größten Nutzen entfalten. Es ist von Vorteil, wenn die Gesundheitskioske gut infrastrukturell angebunden sind, so dass auch die Wege zu den Leistungserbringenden keine Hürde darstellen. Ergänzend wäre von Vorteil, wenn die Gesundheitskioske im jeweiligen Stadt- oder Gemeindegebiet in unmittelbarer Nähe zu anderen Hilfsstrukturen (z. B. ASD, offene Altenarbeit etc.) sind, um somit Synergieeffekte zu erzielen.

Vor diesem Hintergrund sollte sichergestellt sein, dass § 65 g Abs. 1 SGB V (siehe Gesetzentwurf, Artikel 1, Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch), in dem von „sozial benachteiligten Regionen“ die Rede ist, nicht zur Hürde für die Einrichtung eines Gesundheitskiosks und zur Verhandlungsbasis mit GKV und PKV wird. Hier sollte das Gesetz durch einen Komma-Zusatz ergänzt werden, nach welchen Indikatoren und Vergleichen ein sozial benachteiligtes Gebiet bemessen wird. Seitens des Gesunde Städte-Netzwerks wird eine Orientierung an den üblicherweise im Rahmen der kommunalen Sozial-, Bildungs- und Gesundheitsmonitorings erhobenen Daten für in Frage kommende Stadtteile oder Gemeinden im gesamtstädtischen Bezug vorgeschlagen. Zu fordern und zu favorisieren wäre ein einheitliches Indikatorenset für alle Gesundheitskioske, das zugleich die regionalen Besonderheiten berücksichtigt. Dieses Set wäre auch vor dem Hintergrund der wissenschaftlichen Begleitung relevant, die dann um Indikatoren zur Wirksamkeitsanalyse ergänzt werden sollte. Angesichts der bundesweit hohen finanziellen Mittel, die in den Aufbau von Gesundheitskiosken fließen sollen, kommt der Evaluation der tatsächlichen Wirkungen eine hohe Bedeutung zu.

Sowohl in ländlichen als auch in städtischen Regionen erscheinen dezentrale Ansätze besonders wichtig, um einen niedrigschwelligen Zugang und eine gute Weiterleitung in wohnortnahe Strukturen zu gewährleisten. Akteure, die im Wohngebiet aktiv sind, können auch am besten in wohnortnahe (präventive) Angebote weitervermitteln.

Ausgehend von einer derzeit eher unzureichenden sektorenübergreifenden Kommunikation und Zusammenarbeit im Bereich der gesundheitlichen Versorgung ist die Vernetzung eines Gesundheitskiosks mit allen relevanten Akteuren, inklusive Selbsthilfe, Gesundheitsinitiativen, freien Trägern etc., in seinem Einzugsgebiet höchst sinnvoll. Es sollte also eine Andockung an bereits vorhandene Strukturen erfolgen, um Doppel-/Parallelstrukturen zu vermeiden.

Im Vorfeld der Einrichtung von Gesundheitskiosken sind Bedarfsanalysen erforderlich, welche die jeweiligen unterschiedlichen strukturellen Gegebenheiten, vor allem die Sozialraumstrukturen, und die gesundheitliche Versorgungslandschaft, insbesondere die der ärztlichen Versorgung, berücksichtigen. Hierbei sollte eine Priorisierung auf Stadtteilen/Regionen mit besonderen Bedarfen liegen.



**Gesunde Städte-Netzwerk**  
der Bundesrepublik Deutschland

**Sekretariat**  
Stadt Frankfurt am Main  
Gesundheitsamt  
Breite Gasse 28  
60313 Frankfurt am Main  
Bundesweite Koordinatorinnen  
Jana Bauer & Anette Christ  
Tel:  
069 212-77459/ 069 212-36270  
[gesunde.staedte-sekretariat@stadt-frankfurt.de](mailto:gesunde.staedte-sekretariat@stadt-frankfurt.de)  
[www.gesunde-staedte-netzwerk.de](http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de)

Der gesundheitliche Versorgungsmangel lässt sich nicht allein an der Anzahl der Kassenarztsitze in einer Region ablesen. Es geht vielmehr darum, die soziale Ungleichheit in der Gesundheitskompetenz zu verringern und Menschen an das Gesundheitssystem mit seinen präventiven Angeboten heranzuführen. Gesundheitskioske sollten also sehr wohl neben der Versorgungsstruktur unter Beachtung von Sozialraumstruktur und Morbidität entstehen. Auch ist in die Bedarfsanalyse einzubeziehen, ob im betreffenden Sozialraum bereits regional vernetzte, berufsgruppenübergreifende kooperative Strukturen existieren und gelebt werden.

Grundsätzlich erscheint eine sozialkompensatorische Vorgehensweise sinnvoll. Vor allem bei mobilen Angeboten sind Standorte in Schwerpunktquartieren zu bevorzugen.

Gerade bei Gesundheitskiosken bedarf es einer umfangreichen und kostspieligen IT-technischen Anbindung, die im aktuellen Gesetzesentwurf komplett unberücksichtigt bleibt. Die Verfügbarkeit gesundheitsbezogener und medizinischer Informationen ist für ein funktionierendes Fall-Management essentiell. Die datenschutzrechtlichen Hürden gilt es im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens unmittelbar zu glätten.

## **Finanzierung und Initiativrecht**

Bezüglich Finanzierung und Ausgestaltung eines Gesundheitskiosks bleiben verschiedene Fragen offen. Beispielsweise erscheint die im Gesetzesentwurf aufgeführte Kostenkalkulation von jährlichen 400.000 € für den Betrieb eines Gesundheitskiosks unangemessen. Der erste Gesundheitskiosk seiner Art entstand in Hamburg-Billstedt und wurde 45 Monate lang mit € 6,3 Millionen gefördert.<sup>1</sup> Selbst nach Abzug von Evaluations- und Projektbegleitungsaufwendungen etc. sind die anfallenden Kosten pro Jahr als erheblich höher einzuschätzen.

Weiterhin stellt sich die Frage, inwieweit die Aufteilung der Finanzierung und Verantwortlichkeit bei den Städten und Gemeinden oder beim Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und somit bei der Region liegt. Eine Einbindung des ÖGD in den Finanzierungsprozess wurde von anderen Stellen, beispielsweise Dr. Ute Teichert (Leiterin der Abteilung 6 „Gesundheitsschutz, Gesundheitssicherheit, Nachhaltigkeit“ im Bundesgesundheitsministerium) betont. Im Gesetzesentwurf ist diesbezüglich keine klare Zuschreibung zu erkennen.

Unklar ist auch, inwieweit den Kommunen bei der Ausgestaltung tatsächlich das Initiativrecht zukommt, da die finanziellen Mittel primär durch die Krankenkassen beigesteuert werden. Hier ist zu klären, aus welchen „Töpfen“ die Finanzen bereitgestellt werden, denn inhaltlich handelt es sich um eine Schnittstelle zwischen Versorgung und Prävention.

Die Gestaltungsfreiheit der Kommune lässt sich aus dem Gesetzesentwurf nicht explizit ableiten. Grundsätzlich sind bei der Einrichtung von Gesundheitskiosken die Sicht und Partizipation der

---

<sup>1</sup> INVEST Billstedt/Horn – Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für eine Integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen  
<https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/invest-billstedt-horn-hamburg-billstedt-horn-als-prototyp-fuer-eine-integrierte-gesundheitliche-vollversorgung-in-deprivierten-grossstaedischen-regionen.73>

kleineren Kommunen und Landkreise wichtig – wie kann eine Umsetzung in diesen Regionen gelingen? Wo sollten Gesundheitskioske angesiedelt werden?

Aus der Sicht eines Landkreises stellt sich die Frage, welche „Kommune“ das Initiativrecht genießt: Ist es die Kreisverwaltung, ist das Gesundheitsamt gemeint? Welches Recht haben die zugehörigen Städte und Gemeinden? Hier bedarf es einer genaueren Definition, um Kompetenzen zuzuschreiben und Doppelstrukturen zu vermeiden.

Hierbei sind besondere Herausforderungen in Landkreisen zu berücksichtigen: Es ist ratsam, die Bürgermeister:innen aller zugehörigen Kommunen zu informieren, um das Angebot mit Unterstützung der Kommunen umzusetzen. Die Kooperation mit den örtlichen Einrichtungen/Partner:innen bindet große Ressourcen aufgrund der komplexen Strukturen. Um dem Ansatz eines niedrighschwelligem Beratungsangebots gerecht zu werden, empfiehlt sich bei der Umsetzung in Landkreisen eine dezentrale Struktur/dezentrale Standorte bzw. eine Satellitenstruktur zur Erreichung aller Bürger:innen. Dies erfordert einen entsprechenden Strukturaufbau und Personaleinsatz. Die Möglichkeit „mobiler Leistungsorte“ ist zu begrüßen und wurde bereits im Referentenentwurf berücksichtigt. Aufgrund der genannten Punkte ist in Landkreisen im Vergleich zu kreisfreien Städten insgesamt mit einem höheren Ressourceneinsatz zu rechnen.

Es ist deutlich zu umreißen, dass neben reinen Betriebsausgaben auch Kosten der erstmaligen Errichtung eines Gesundheitskiosks Teil der Vereinbarung sind. Weiterhin sollte in den Gesetzentwurf aufgenommen werden, dass Kommunen den gesetzmäßigen bedingten Anteil von 20 v. H. auch in Form kostenfreier Räumlichkeiten oder sonstigen Sachkosten, eigenen Personalkosten, z. B. durch Stellung der Leitung und Übernahme der Personalkosten, einbringen können.

### **Gesundheitskioske im Zusammenspiel mit ambulanter medizinischer Versorgung**

Wichtig ist, sich zu vergegenwärtigen, dass Gesundheitskioske nicht dazu gedacht sind, den ärztlichen Versorgungsmangel zu beheben und fehlende, niedergelassene Ärzte zu ersetzen. Im Gegenteil: eine gute Vernetzung zwischen Gesundheitskiosk und Hausärzte:innen kann nur dann gelingen, wenn eine fähige ambulante Versorgung gewährleistet ist und die Hausärzte:innen (wieder) ihre steuernde und beratende „Gatekeeper“-Funktion wahrnehmen.

Gesundheitskioske sollen dazu beitragen, die Sektorengrenzen zu überwinden und so vorhandene Ressourcen und die Versorgung effizienter zu gestalten. Eine regional vernetzte, kooperative Gesundheitsversorgung hätte das Potential, Haus- und Fachärzte:innen zu entlasten (Rückgang der Multimorbidität und Krankenhauseinweisungen). Im Gesundheitskiosk würden Bürger:innen niedrighschwellig beraten und bei entsprechenden Indikationen in die medizinische und therapeutische Versorgung der Regelsysteme vermittelt. Im Sinne von Case Management würden Leistungen koordiniert und gleichzeitig die Selbstwirksamkeit der Betroffenen gestärkt. Wiederum könnten Personen mit komplexen, über eine rein medizinische Versorgung hinausgehenden Bedarfen ärztlicherseits an den Gesundheitskiosk verwiesen werden.



Hinsichtlich des Mehrwerts, den die kommunalen Gesundheitskioske für die Bürger:innen tatsächlich entfalten, bleibt der Gesetzesentwurf vage. Eine konkretere Ausdifferenzierung des minimalen Leistungsumfangs, insbesondere im Bereich der Versorgungsangebote, bereits in Eckpunkten im Gesetzestext, wäre wünschenswert. In vielen unterversorgten Regionen/Kommunen besteht ein tatsächlicher Versorgungsengpass, weniger ein Beratungsmangel. Die Kommunen müssen befähigt werden, diesen Mangel mit Anschluss an das SGBV-Leistungssystem auszugleichen, also voll oder weitestgehend rezeptier- und verschreibungsfähig zu sein. Dies widerspricht der Gesetzesforderung einer pflegerischen Leitung, die – ärztlich delegiert - Aufgaben der medizinischen Erst-/Grundversorgung übernehmen kann.

Ebenso ist die Verpflichtung des Gesetzgebers zu nennen, seine Stimme zu erheben, seinen Einfluss geltend zu machen, um einer gesundheitsbezogenen Fehlversorgung entgegenzuwirken.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ermittelt gemäß der bundesweit geltenden Bedarfsplanungs-Richtlinie (BP-RL) alle zwei Jahre arztgruppenbezogene Verteilungsfaktoren (Allgemeine Verhältniszahlen). Die Verhältniszahlen beschreiben das Soll-Versorgungsniveau – Einwohnerzahl pro Ärztin\*Arzt – für die jeweilige Arztgruppe. Nach Ermittlung der bundesweiten Allgemeinen Verhältniszahlen werden diese in einem zweiten Schritt anhand der regionalen Morbiditätsstruktur (Alter, Geschlecht, Morbiditätsgrad) angepasst und ergeben die regionalen Verhältniszahlen.

Ist das in der Bedarfsplanungs-Richtlinie vorgesehene Verhältnis von Einwohnerzahl pro Ärzt:innen genau erfüllt, liegt der Versorgungsgrad bei 100%. Ab einem Versorgungsgrad von 110% hat der Landesausschuss der Ärzt:innen und Krankenkassen Überversorgung festzustellen und Zulassungsbeschränkungen anzuordnen.

Die Bedarfsplanung erfolgt für die verschiedenen Versorgungsebenen der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung (z. B. hausärztliche Versorgung und allgemeine fachärztliche Versorgung) in unterschiedlich großen Planungsregionen. Bei der Festlegung der Größe der Planungsregion wird die angemessene Erreichbarkeit der Arztgruppen berücksichtigt. Innerhalb dieser Planungsregionen besteht für die Ärzt:innen Niederlassungsfreiheit.

Diese Vorgehensweise führt regelhaft zu einer geringen Niederlassung von Ärzt:innen in unterversorgten und sozial benachteiligten Gebieten. Bei der Verteilung der KV-Sitze sollten künftig die jeweiligen Sozialraumstrukturen berücksichtigt und zugrunde gelegt werden. Wünschenswert wäre, wenn ein auf der Grundlage der Sozialraumstrukturen festgestellter zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf oder ein lokaler Sonderbedarf in Regionen mit vergleichsweise ungünstiger vertragsärztlicher ambulanter Versorgung auch dann geltend gemacht werden könnte, wenn auf gesamtstädtischer Ebene eine Überversorgung festgestellt wurde. Auch eine Teilung der Planungsregionen würde in einigen Regionen Deutschlands eine kleinräumigere Bedarfsplanung ermöglichen und unter Umständen zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung beitragen.

Weiterhin wäre eine stärkere Steuerung inklusive Anreizsystem für Ärzt:innen vonnöten, um sich in diesen Gebieten zu engagieren. Andernfalls kann der Gesundheitskiosk in seiner vernetzenden Funktion nur bedingt wirksam werden.

Demnach sollte die Kassenärztliche Vereinigung (KV) in die Pflicht genommen werden, auf kommunal angezeigte Versorgungslücken zu reagieren und ihrem Sicherstellungsauftrag gerecht zu werden. Die alleinige Einbindung der obersten Landesbehörden in die Zulassungsausschüsse erscheint nicht ausreichend, da diese auch in der Vergangenheit von ihrem Mitberatungsrecht trotz bestehender Erkenntnisse zur Unterversorgung nur selten Gebrauch gemacht haben. Hier bedarf es Steuerungsmechanismen seitens der Kommune gegenüber den übergeordneten Strukturen.

### **Aufgaben der Krankenversicherungen und weiterer Leistungserbringer**

Die gesetzlichen Krankenversicherungen stehen in der Verantwortung, ihre Versicherten bezüglich ihrer Gesundheit aufzuklären, zu beraten und auf eine gesunde Lebensführung hinzuwirken. Der Gesundheitskiosk ist ein Ansatz, der Entstehung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit durch Stärkung der Gesundheitskompetenz und Reduzierung von Zugangs- und Navigationsproblemen in Bezug auf Leistungen und Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens zu begegnen. Aktuell werden die gesundheitlichen Bedarfe von sozial belasteten Personen sowie Personen mit Migrationserfahrung nicht ausreichend gedeckt. Hier kann der Gesundheitskiosk mit seiner spezifisch vermittelnden Funktion Transaktionskosten und Reibungsverluste zwischen medizinischen Leistungserbringenden reduzieren.

Wenn der Gesundheitskiosk Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention, Beratung, Begleitung und Koordinierung im Hinblick auf medizinische und soziale Leistungen sowie Präventionsketten anbietet, stehen grundsätzlich verschiedene Sozialversicherungsträger und die Kommunen in der finanziellen Verantwortung. Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention können zudem zusätzlich über Mittel der Landesrahmenvereinbarungen zum Präventionsgesetz genutzt werden. Wichtig ist, dass die Finanzierung der Gesundheitskioske das zur Verfügung stehende Präventionsbudget der Kassen nicht schmälert, sondern dieses unverändert verfügbar bleibt. Die von GKV und PKV aufzubringenden Mittel für den Gesundheitskiosk müssen daher zusätzlich zur Verfügung stehen. Es gilt zu vermeiden, dass die Einrichtung von Gesundheitskiosken von GKV und PKV als großes Präventionsprojekt verstanden wird, das sich aus eben jenen Präventionsmitteln speist, wodurch sich in der Folge eine Angebotsreduzierung abzeichnen würde. Andernfalls steht zu befürchten, dass durch die Installierung von Gesundheitskiosken kein Mehrwert für die Landschaft der Gesundheitsförderung und Prävention entsteht.

Es ist fraglich, inwieweit die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen eigene Leitlinien und Kooperationsvereinbarungen vorlegen dürfen, die für die Gründung eines Gesundheitskiosks obligatorisch zu beachten sind. Hier sollte § 65 g Abs. 3 SGB V (siehe Gesetzentwurf, Artikel 1, Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch), dergestalt ergänzt werden, dass die Einzelheiten zur Errichtung, Organisation und Aufgabenerfüllung der

Gesundheitskioske den regionalen Besonderheiten Rechnung tragen und zudem eine Verbindung verschiedener Leistungsangebote möglich wird. Hier sollte das Vorschlagsrecht der Ausgestaltung der Kommune als Vertragspartner obliegen, um die größtmögliche Gestaltung vornehmen zu können. Aus Sicht des Gesunde Städte-Netzwerks bedeutet der Gesundheitskiosk in erster Linie ein niedrigschwelliger Einstieg in die Gesundheits- und Sozialberatung mit Stärkung der individuellen und organisationalen Gesundheits- (und Sozial-) Kompetenz. Der Gesundheitskiosk sollte ein Bindeglied zwischen der ambulanten Regelversorgung und Prävention/Gesundheitsförderung sein. Das sollte sich auch bei der Finanzierung widerspiegeln, indem Fördermittel aus § 20 SGB V und weiteren Sozialgesetzbüchern, z.B. SGB IX, XII einfließen.

### **Entlastung der Kommunen**

Die Aussage im Gesetzentwurf, „Bund und Ländern entstehen durch die vorgesehenen Regelungen keine Kosten“, ist irreführend: Es wird argumentiert, die Kommunen seien durchaus in der Lage, Gesundheitskioske zu finanzieren, da „durch die Übernahme von Aufgaben, die der Prävention und Gesundheitsförderung dienen, sich etwa für den ÖGD Entlastungen ergeben, die mittel- und langfristig zu Minderausgaben für die Kommunen führen“. Das dürfte nicht auf Zustimmung der kommunalen Ebene treffen. Die Nutzung der in der Folge entstehenden Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten würde eher durch ein Mehr an Informationen und Angeboten steigen. Vor diesem Hintergrund scheint es relativ unwahrscheinlich, dass die Einrichtung eines Gesundheitskiosks zu einer finanziellen Entlastung der Kommune führt, errichtet sie diesen doch gerade an einem Standort mit entsprechend defizitären Strukturen, nicht als Ersatz für bestehende Angebote, sondern als Ergänzung im Sinne einer Bedarfsdeckung. Insofern ist es umso wichtiger, dass die Präventionsmittel weiterhin nutzbar bleiben.

Der Effekt vermiedener Behandlungskosten wäre eher bei den Kassen zu verorten. Nicht zuletzt aufgrund von Haushaltskonsolidierungen werden diverse Kommunen, Landkreise und Regionen erst bei Verankerung einer gangbaren gesetzlichen Grundlage aktiv werden können.

Es gilt zu unterstreichen, dass der Erfüllungsaufwand als nicht sachgerecht zu betrachten ist. Die eingepreiste Ersparnis von Präventionsmitteln zugunsten des Gesundheitskiosks ist unrealistisch, deckt der Kiosk doch bis dato gegebene, defizitäre Strukturen in bestimmten Stadtteilen ab und ergänzt entsprechende Angebote dort, wo sie derzeit fehlen. In den übrigen, ggfs. besser aufgestellten Vierteln, Quartieren und Wohnbereichen einer Kommune werden damit nicht weniger Präventionsmittel aufgebracht. Vielmehr ist mit einem wachsenden als mit einem sinkenden Bedarf zu rechnen. Daher ist die Vorstellung, ein Gesundheitskiosk vereine alle Bedarfe einer Kommune in sich und trage somit zu einer verringerten Ausgabenlast bei, schlichtweg unzutreffend.



## **Datenlage**

Kennzahlen und Daten der Krankenkassen sollten zwecks Datenauswertung und im Sinne einer adäquaten Versorgung auf sogenannten Vergleichsplattformen zur Verfügung stehen. Der Gesetzesentwurf hat das Potential zur verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten: Die kommunale Ebene sollte im Kontext des Gesundheitsdatennutzungsgesetzes ein eigenständiges Antragsrecht beim Forschungsdatenzentrum zur kleinräumigen Auswertung von Krankenkassendaten erhalten, um regionale gesundheitsbezogene Bedarfe vor Ort ermitteln zu können.

Die Daten von Versorgung und Inanspruchnahme stellen einen Teil bei der Evaluation der Gesundheitskioske dar. Eine auf einheitlich in den Kiosken zu erfassenden Kennziffern zu Nutzung und Wirkung basierende jährliche und einheitliche Veröffentlichung trägt zur Transparenz bei. Auswirkungen auf die Gesundheitskompetenz, Zufriedenheit, Lebensqualität und Wirtschaftlichkeit lassen sich aus den bisherigen Kennzahlen nicht ableiten. Für die laufende Bedarfsplanung braucht es die zusätzliche Erhebung von Daten (z.B. in Form eines Gesundheitsindizes, der derzeit in der GSN-Mitgliedsstadt Dresden entwickelt wird). Die laufende Beauftragung einer wissenschaftlichen Begleitung sollte gut abgestimmt sein. Zielstellung sollte ein auf Routinedaten und einheitlichen Befragungen fußendes Versorgungsmonitoring in Kombination mit regelmäßiger Evaluation sein. Dies schafft realistischere Ausblicke auf den Ressourceneinsatz und sichert einheitliche Verfahren für eine wissenschaftliche Begleitung.

Eine Verknüpfung zum Innovationsfonds wäre zielführend, in dem Versorgungspfade zwischen verschiedenen Säulen des Gesundheitswesens im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit bedient werden. Auch ein genereller Hinweis auf die Verknüpfung von GKV und ÖGD wäre sinnvoll.

## **Digitalisierung im Sinne spezifischer Dialoggruppen**

Aus Sicht des GSN wäre es sinnvoll, zur Verbesserung der navigationalen Gesundheitskompetenz einen zentralen, bundesweiten digitalen Gesundheits-Chatbot zu etablieren, der auf Basis von künstlicher Intelligenz (KI) und ohne manuelle Pflege, aber qualitätsgesichert, die Orientierung im Gesundheitssystem erleichtert, indem er direkt zu Angeboten der ambulanten und stationären Versorgung wie auch der Gesundheitsförderung und Prävention verweist. Er sollte mehrsprachig sein, auch leichte Sprache und Gebärdensprache berücksichtigen und auch über Spracheingabe bedienbar sein.

Grundsätzlich erscheint es sinnvoll, ergänzend alternative Zugangswege zu Zielgruppen mit einer hohen Medienkompetenz zu schaffen. Digitale Angebote, die für jede Altersgruppe nutzbar sein sollten, können hierbei ein guter Ansatz sein.



**Gesunde Städte-Netzwerk**  
der Bundesrepublik Deutschland

**Sekretariat**  
Stadt Frankfurt am Main  
Gesundheitsamt  
Breite Gasse 28  
60313 Frankfurt am Main  
Bundesweite Koordinatorinnen  
Jana Bauer & Anette Christ  
Tel:  
069 212-77459/ 069 212-36270  
[gesunde.staedte-sekretariat@stadt-frankfurt.de](mailto:gesunde.staedte-sekretariat@stadt-frankfurt.de)  
[www.gesunde-staedte-netzwerk.de](http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de)

Bei digitalen Angeboten sollte ein besonderer Schwerpunkt auf Menschen mit Migrationshintergrund, vor allem mit Fluchterfahrung, gelegt werden. Neben fehlenden/geringen Deutschkenntnissen liegt oftmals eine unzureichende Lese-/Schreibfähigkeit vor. Hier gilt es, niedrigschwellige Angebote mit Sprachmittler:innen, einfacher Sprache und kultursensiblen Multiplikator:innen zu etablieren (im Koalitionsvertrag auf Bundesebene ist festgeschrieben „Sprachmittlung auch mit Hilfe digitaler Anwendungen wird im Kontext notwendiger medizinischer Behandlung Bestandteil des SGB V“). Der Vorteil an digitalen Angeboten wäre zudem die Möglichkeit, in verschiedene Sprachen zu übersetzen und bei Leseschwierigkeiten vorzulesen. Zudem könnten auch Menschen mit Mobilitätseinschränkungen digitale Angebote nutzen. Auch zusätzliche mobile und zugehende Angebote haben das Potential, die verschiedenen Dialoggruppen besser zu erreichen.

*Das Gesunde Städte-Netzwerk ist ein freiwilliger Zusammenschluss von aktuell 93 Städten, Gemeinden und Landkreisen. Die einzelnen Mitglieder sind jeweils durch die Kommune selbst und durch eine/n zivilgesellschaftlichen Träger\*in (Gesundheitsinitiative, Selbsthilfe) vertreten. Das Netzwerk sieht sich der Ottawa-Charta von 1986 verpflichtet, in der erstmalig international über Gesundheitsförderung diskutiert und die Charta verabschiedet wurde. Mit der Charta wurde das Ziel „Gesundheit für alle“ ausgerufen, für das sich über den ÖGD hinaus möglichst alle Ressorts und Sektoren einzubringen haben. („Health in all Policies“). Somit betreibt das Gesunde Städte-Netzwerk eine bundesweite Lobbyarbeit für die kommunale Gesundheitsförderung.*

Mit freundlichen Grüßen

Geschäftsstelle Gesundes Städte-Netzwerk

*Dr. Christ*  
Dr. Anette Christ

*Bauer*  
Jana Bauer

*Frankfurt am Main, 22.11.2023*  
Ort, Datum

## ANHANG

### **Modellbeispiele für Gesundheitskioske in Mitgliedskommunen des Gesunde Städte-Netzwerks**

In verschiedenen Kommunen des Gesunde Städte-Netzwerks existieren bereits „Good practice“-Einrichtungen, die der Idee eines Gesundheitskiosks nahekommen, deren Ausgestaltung und Expertise bei der Umsetzung des Gesetzesentwurfs berücksichtigt werden sollten. In allen Beispielen liegt der Fokus auf niedrigschwelligen Zugängen, gesundheitlicher und sozialer Chancengleichheit, Multikultur, Multiprofessionalität, Partizipation aller Bürger:innen – gesunde und lebenswerte Lebenswelten/Quartiere:

1. Hamburg-Billstedt, der „Referenz“-Gesundheitskiosk, <https://gesundheit-bh.de/>; Errichtung durch Optimedis
2. GeKo – Stadtteil-Gesundheits-Zentrum Neukölln, getragen vom Gesundheits-Kollektiv Berlin, <https://geko-berlin.de/>
3. Münchener Gesundheitstreffs, <https://stadt.muenchen.de/service/info/gesundheitstreff/1075063/n0/>
4. Die Kümmerei, Köln, <https://express.adobe.com/page/EdjCzyemqC9n8/>
5. Lokale Gesundheitszentren in Hamburg, z.B. Poliklinik Veddel, Hamburg-Veddel, soziales Stadtteilgesundheitszentrum, [Poliklinik Veddel \(poliklinik1.org\)](http://PoliklinikVeddel.poliklinik1.org) und [Lokale Gesundheitszentren - hamburg.de](http://LokaleGesundheitszentren-hamburg.de)
6. PORT-Zentren der Robert-Bosch-Stiftung im ländlichen Raum, <https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/port-patientenorientierte-zentren-zur-primar-und-langzeitversorgung>
7. Gesundheitskiosk der Städteregion Aachen als Beispiel für einen Gesundheitskiosk im Landkreis <https://www.staedteregion-aachen.de>

### **Berliner Gesundheitspreis 2023,** [https://www.aokbv.de/engagement/berliner\\_gesundheitspreis/](https://www.aokbv.de/engagement/berliner_gesundheitspreis/)

Erster Preis: Stadtteilgesundheitszentrum Neukölln, Gesundheitskollektiv Berlin e. V., Poliklinik Veddel, Gruppe für Stadtteilgesundheit und Verhältnisprävention e. V.

### **Weitere Ansätze integrierter Gesundheits- und Sozialberatung**

<https://www.aerztezeitung.de/Kooperationen/Sozialberatung-in-der-Arztpraxis-440930.html>

[https://www.sozialgesundheit.de/.cm4all/uproc.php/0/imported/pdf/Evaluation%20Sozialberatung\\_2021.pdf?cdp=a&\\_id=186cb71cbb0](https://www.sozialgesundheit.de/.cm4all/uproc.php/0/imported/pdf/Evaluation%20Sozialberatung_2021.pdf?cdp=a&_id=186cb71cbb0).

In Berlin gab es im letzten Jahr ein Fachforum bzgl. verschiedener Ansätze:  
<https://www.berlin.gesundheitfoerdern.de/gesundheitsversorgung>

Eine AG des GSN-Regionalverbundes Berlin bereitet gerade für Ende dieses Jahres einen Workshop vor, um verschiedene Ansätze erneut zu diskutieren und kennenzulernen.