

Verena Vogt, Raimund Geene, Laurette Rasch

# Regionale ambulante Versorgung

Einflussmöglichkeiten der kommunalen Hand auf die Verbesserung der ambulanten ärztlichen Versorgung unter Berücksichtigung einer wachsenden, alternden und zunehmend diversen Bevölkerung im Bezirk



**Jun.-Prof. Dr. Verena Vogt, MSc PH**

Juniorprofessur für Versorgungsforschung und Qualitätsmanagement  
im ambulanten Sektor am Fachgebiet Management im Gesundheitswesen  
der Technischen Universität Berlin, Berlin School of Public Health

**Laurette Rasch, MSc PH**

Wissenschaftliche Mitarbeit im Fachbereich Gesundheit und Bildung  
der Alice Salomon-Hochschule, Berlin School of Public Health

**Prof. Dr. rer. pol. Raimund Geene, MPH**

Professur für Gesundheitsförderung und Prävention mit dem Schwerpunkt  
kommunale Ansätze an der Alice Salomon-Hochschule, Berlin School of Public Health

Impressum

kommunalpolitisches forum e. V. (berlin)

Ludwig-Renn-Straße 32

12679 Berlin

Telefon 030.55607720

[kommunalpolitisches.forum@berlin.de](mailto:kommunalpolitisches.forum@berlin.de)

[www.kommunalpolitik-berlin.de](http://www.kommunalpolitik-berlin.de)

V.i.S.d.P.: Hans-Ulrich Riedel, Geschäftsführer

Berlin 2021

## Regionale ambulante Versorgung

Einflussmöglichkeiten der kommunalen Hand auf die Verbesserung der ambulanten ärztlichen Versorgung unter Berücksichtigung einer wachsenden, alternden und zunehmend diversen Bevölkerung im Bezirk

**Autor:innen:** Verena Vogt, Raimund Geene, Laurette Rasch

# Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	4
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	6
<b>1. Einleitung</b>	<b>7</b>
<b>2. Rahmenbedingungen der ärztlichen ambulanten Versorgung</b>	<b>10</b>
2.1. Gesetzliche Rahmenbedingungen der Bedarfsplanung	10
2.1.1. Die Bedarfsplanungsrichtlinie	10
2.1.2. Berücksichtigung regionaler Besonderheiten bei der Bedarfsplanung	11
2.2. Die Umsetzung der Bedarfsplanung in Berlin	12
2.2.1. Status quo der Bedarfsplanung in Berlin	13
2.2.2. Ausblick	16
2.2.3. Empfehlungen zur Optimierung der Bedarfsplanung	16
<b>3. Kommunale Gesundheitsplanung als Bindeglied</b>	<b>19</b>
3.1. Gesundheitsberichterstattung	20
3.2. Gesundheitsberichte in föderaler Gliederung	21
3.3. Kommunale Gesundheitsplanung	22
3.4. Ausblick und Empfehlungen für die Gesundheitsberichterstattung	24
<b>4. Modellprojekte der ambulanten Versorgung in Deutschland</b>	<b>27</b>
4.1. Modellprojekte der regionalen Versorgung	27
4.1.1. Gesundheitskiosk in Billstedt-Horn	27
4.1.2. Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung	28
4.1.3. MVZ Schwarzenborn	28
4.2. Modellprojekte zur ambulanten Versorgung vulnerabler Gruppen	29
4.2.1. Menschen ohne festen Wohnsitz	29
4.2.2. Struktureller Rassismus, Migration und Flucht	32
4.2.3. Menschen mit Behinderungen	33
4.2.4. Gewalt im sozialen Nahraum (sog. Häusliche Gewalt)	34
4.2.5. Senior:innen	34
<b>5. Optionen der kommunalen Steuerung/Einflussnahme</b>	<b>37</b>
5.1. Versorgungsbedarfe erfassen: Gesundheitsberichterstattung	38
5.2. Versorgungsbedarfe kommunizieren und Initiativen koordinieren	38
5.3. Einrichtungen der Gesundheitsversorgung gründen und koordinieren	39

5.4. Attraktive Rahmenbedingungen zur Niederlassung schaffen	40
<b>6. Fazit</b>	<b>42</b>
<b>7. Empfehlungen für die Berliner Landespolitik</b>	<b>44</b>
Danksagungen	45
Weiterführende Informationen und Links zu den Modellprojekten	46
Literaturverzeichnis	49

## Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitsgruppe
AGG	Allgemeines Gleichstellungsgesetz
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
BPRL	Bedarfsplanungsrichtlinie
BVV	Bezirksverordnetenversammlung
HNO	Hals-, Nasen- und Ohrenkunde
GABI	Gesundheitsbezogene Angebote, Bedürfnisse und Inanspruchnahme durch ältere Menschen mit Migrationshintergrund
GeKO	Gesundheitskollektiv Berlin e.V.
G-BA	Gemeinsamer Bundessausschuss
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GDD	Gemeinde Dolmetsch Dienst
GDG	Gesundheitsdienstgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GSI	Gesundheits- und Sozialinformationssystem
GZO	Gesundheitszentrum für Obdachlose
HAZV	Hausarztzentrierte Versorgung
IKAT	Interkulturelles Aufklärungsteam Neukölln
IS-GBE	Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung+
JBA	Jugendberufsagenturen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LoI	Letter of Intent
LOR	Lebensweltlich orientierten Räume
MSS	Monitorings Soziale Stadt
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
MZEB	Medizinisches Zentrum für erwachsene Menschen mit Behinderung
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
QPK	Organisationseinheit Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination

RKI	Robert Koch Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
SKF	Sozialdienst Katholischer Frauen
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
WHO	Weltgesundheitsorganisation
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
VStG	Versorgungsstrukturgesetz

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

<b>Abbildung 1</b> Rechnerische Versorgungsgrade auf Bezirksebene für die Arztgruppe der Hausärzte .....	15
<b>Abbildung 2</b> Optionen der kommunalen Steuerung / Einflussnahme .....	37
<b>Tabelle 1</b> Relevante Akteure und Gremien für die ambulante Versorgung(-splanung) in Berlin .....	12
<b>Tabelle 2</b> Handlungsfelder und relevante Akteur:innen der Gesundheitsplanung in der Kommune .....	23

## 1. Einleitung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“ (WHO 1948). Die WHO zählt weiterhin die Gesundheit zu den Grundrechten jedes Menschen unabhängig von seiner ethnischen Zugehörigkeit oder seiner wirtschaftlichen oder sozialen Stellung (vgl. ebd.). Auch das Ziel eines gleichen Zugangs zu Gesundheitsleistungen für alle ist fest in der politischen Agenda der Weltgesundheitsorganisation verankert (vgl. Evans et al. 2013). Der Begriff Zugang beinhaltet dabei neben der finanziellen Erschwinglichkeit und der Akzeptanz der medizinischen Versorgung auch die räumliche Erreichbarkeit von Gesundheitsleistungen. Demnach soll es allen Menschen möglich sein, angemessene Gesundheitsversorgung im Bedarfsfall in Anspruch zu nehmen, unabhängig von ihrem Wohnort, ihrem sozialen Status oder ihrer ethnischen Zugehörigkeit. Der wohnortnahe Zugang zur Gesundheitsversorgung ist auch in Deutschland als wichtiges gesellschaftspolitisches Ziel gesetzlich verankert, um gleichwertige Lebensverhältnisse zwischen den Regionen zu gewährleisten (Art 72 Abs 2 GG.). Der Kommune kommt hierbei eine Schlüsselfunktion zu.

Ein niedrighschwelliger Zugang zur Gesundheitsversorgung wird durch den ambulanten Sektor ermöglicht. Dieser ist häufig die erste Anlaufstelle der Patient:innen und sollte daher möglichst wohnortnah erreichbar sein. Unter ambulanter Versorgung sind alle Leistungen der Gesundheitsversorgung zusammengefasst, die nicht im stationären Sektor bzw. in Kliniken erbracht werden. Der überwiegende Teil der ambulanten Versorgung in Deutschland wird von niedergelassenen Vertragsärzt:innen abgedeckt. Aber auch die nicht-ärztliche Versorgung, wie zum Beispiel die Hebammenhilfe oder die Heilmittelversorgung (Physiotherapie, Ergotherapie etc.), zählt zum ambulanten Sektor.

In Deutschland gilt der Leitsatz „ambulant vor stationär“. GKV-Versicherte können nur dann eine vollstationäre Behandlung in Anspruch nehmen, wenn das Behandlungsziel nicht durch eine ambulante Behandlung erreicht werden kann (§ 39 SGB V). Dieser Leitsatz wird auch im Rahmen der Sars-CoV-2 Pandemie unterstrichen. So ist im Nationalen Pandemieplan vorgesehen, die Versorgung möglichst lange ambulant durchzuführen, und Patient:innen frühzeitig aus der stationären Behandlung in den ambulanten Bereich zu überführen (vgl. Bundesärztekammer 2018).

Deutschland verfügt insgesamt über eine gut ausgebaute ambulante Versorgung mit einer der höchsten Arztdichten im internationalen Vergleich (vgl. OECD 2021). Gleichzeitig liegen ausgeprägte Unterschiede in der Verteilung der Ärzt:innen zwischen den Regionen

Deutschlands vor. Diese manifestieren sich vor allem zwischen städtischen und ländlichen Regionen mit einer höheren Ärzt:innendichte in den Städten. Aber auch innerhalb der Städte gibt es ausgeprägte regionale Unterschiede (vgl. Bauer et al. 2016). So zeigt eine vom Bezirksamt Lichtenberg in Kooperation mit dem Bezirksamt Neukölln in Auftrag gegebene Untersuchung, dass trotz einer höheren sozialen und gesundheitlichen Belastung der Bewohner, in diesen Bezirken eine unterdurchschnittliche Hausärztedichte vorliegt (vgl. Albrecht et al. 2017). Auch Pieper und Schweikart weisen in ihrer Studie auf erhebliche Unterschiede in der ambulanten Versorgung zwischen den Bezirken Berlins hin (z.B. Schweikart & Pieper 2017). Darüber hinaus kommt es auch innerhalb der Bezirke zu ausgeprägten Variationen. So weist eine vom Bezirk Berlin Mitte in Auftrag gegebene Studie bei nahezu allen Arztgruppen auf ausgeprägte innerbezirkliche Disparitäten in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung im Bezirk Mitte hin. Dabei kommt es häufig in denselben Gebieten entweder zu kleinräumiger Unter- oder Überversorgung (vgl. Schweikart & Pieper 2019). In einer weiteren Studie zeigen die Autoren, dass insbesondere wohlhabendere Stadtgebiete einen besseren Zugang zu den untersuchten Fachbereichen (Pädiatrie, Psychotherapie, Gynäkologie, HNO und Urologie) aufweisen (vgl. Pieper & Schweikart 2011).

Gesetzgeber und Administrative, Berufsverbände und Ausbildungsstätten haben mit verschiedenen Ansätzen auf diese regionale Ungleichverteilung reagiert. So adressieren zahlreiche gesetzliche Regelungen und untergesetzliche Normen die Ungleichverteilung der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung. Dazu zählen u.a. die Bedarfsplanungsrichtlinie sowie die gesetzlich definierten Zulassungsbeschränkungen bei Überversorgung und verschiedene Subventionierungsmechanismen für die Niederlassung in unterversorgten Regionen. Eine sozialräumlich differenzierte Planung, die Sozialstruktur und Morbidität ins Verhältnis zur ärztlichen Versorgung setzt, wird für Berlin in Form von Planungsräumen angestrebt (vgl. Czaja et al. 2012). Die regionalen Unterschiede schreiben sich jedoch, trotz der gesetzlichen Reformen und Überarbeitungen der Bedarfsplanung, weiter fort (Ozegowski & Sundmacher 2012). Daher bedarf es weiterer Initiativen und Maßnahmen, um dem Ziel der bedarfsgerechten und gleichmäßigen Versorgung gerecht zu werden.

Die Kommune spielt in den gesetzgeberischen Maßnahmen für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung – trotz ihrer zentralen Schlüsselrolle – bisher nur eine untergeordnete Rolle. Zwar sieht der Gesetzgeber die Gewährleistung einer medizinischen Basisversorgung als wichtige kommunale Aufgabe an (§ 95 Abs. 1a SGB V). Die Kommune ist damit zuständig für den Bereich der sog. Daseinsvorsorge, ohne jedoch über die entsprechenden Steuerungsmechanismen zu verfügen (vgl. Gerlinger et al. 2018, Böhm et al. 2018, Walter & Volkenand 2017). Erschwerend kommt hinzu, dass in den Stadtstaaten die Zuständigkeiten zwischen Land und Kommune weniger eindeutig geklärt sind als in den Flächenländern

(Hoffmann & Schwenkner 2010). Mit der 2020 verabschiedeten Neuen Leipzig-Charta wird die Bedeutung von Kommunen dafür, "verschiedene, teils gegensätzliche, Standpunkte und Interessen miteinander zu vereinbaren" und damit die Wahrung und Vertretung öffentlichen Interesses auch in Hinblick auf die Umsetzung der Nachhaltigkeitsziele der Agenda 2030 bestärkt (vgl. BMI 2020).

Obwohl der Sicherstellungsauftrag für die vertragsärztliche Versorgung bei den KVen liegt, sind die Kommunen häufig der/ die erste Ansprechpartner:in der Bürger:innen bei Fragen des wohnortnahen Zugangs zur Gesundheitsversorgung. Den Kommunen fehlen jedoch die entsprechenden Steuerungsmechanismen, um Zulassungen für Niederlassungen in überversorgten Stadtgebieten zu verhindern bzw. in unterversorgten Gebieten zu ermöglichen (vgl. Gerlinger et al. 2018). Die Kommunen können jedoch einen wichtigen Beitrag übernehmen, in dem sie z.B. als Ansprechpartner von Ärzt:innen bei der Suche von Praxisräumen fungieren, Unterstützung durch nicht-ärztliches Personal organisieren, Ärzt:innen durch eine Verbesserung der Mobilität (z.B. des öffentlichen Nahverkehrs) oder durch Telemedizin besser erreichbar machen (vgl. Gerlach et al. 2014). Auch spezielle Anreize für Niederlassungen, etwa durch Bereitstellung attraktiver Räumlichkeiten, sind möglich (vgl. Gerlinger et al. 2018). Seit Verabschiedung des Versorgungsstrukturgesetzes können die Kommunen sogar selbst als Versorger aktiv werden, indem sie Medizinische Versorgungszentren (mit)gründen. Aber auch außerhalb dieser gesetzlich vorgesehenen Maßnahmen kann die Kommune steuern, etwa darüber, Aushandlungsprozesse in Gesundheitskonferenzen anzustoßen (Geene 2000). Dafür kann die Gesundheitsberichterstattung die notwendigen Daten bereitstellen und idealer Weise sogar fachlich begründet Handlungsbedarf und Handlungspotenziale identifizieren (Meinlschmidt 2014).

In dieser Expertise soll erläutert werden, welche Möglichkeiten der Einflussnahme die Kommunen (insbesondere die Bezirke innerhalb Berlins) auf die Verbesserung des Zugangs zur ambulanten Versorgung haben. Dabei liegt der Fokus auf der vertragsärztlichen Versorgung. Hierzu soll zunächst eine Einführung in die gesetzlichen Rahmenbedingungen der ärztlichen ambulanten Versorgung, insbesondere der Bedarfsplanung, gegeben werden. Anschließend wird dargestellt, welche Rolle die Kommunale Gesundheitsplanung und -berichterstattung als Bindeglied zwischen Verwaltung, der lokalen Bevölkerung und weiteren Akteur:innen der Gesundheitsversorgung übernehmen kann. Im vierten Teil der Expertise werden Modellprojekte der ärztlichen und nicht-ärztlichen Versorgung beleuchtet, in denen die Kommune bereits aktiv die ambulante Versorgung mit gesteuert hat. Abschließend werden Optionen der kommunalen Steuerung bzw. Einflussnahme auf die ambulante Versorgung aufgezeigt.

## 2. Rahmenbedingungen der ärztlichen ambulanten Versorgung

### 2.1. Gesetzliche Rahmenbedingungen der Bedarfsplanung

#### 2.1.1. Die Bedarfsplanungsrichtlinie

Ein bundesweit einheitlicher Planungsrahmen für Zulassungsmöglichkeiten von Ärzt:innen in der vertragsärztlichen Versorgung wird in der Bedarfsplanungsrichtlinie (BPRL) definiert. Das Ziel der Bedarfsplanung ist es, eine bedarfsgerechte, d.h. an die Krankheitslast angepasste ärztliche Versorgung in den Regionen Deutschlands sicherzustellen. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossene BPRL legt nach Arztgruppen und Planungsbereichen differenzierte Verhältniszahlen von Einwohner:innen zu Ärzt:innen fest (vgl. § 101 Abs. 1 SGB V). Diese Verhältniszahlen stellen das Soll-Versorgungsniveau bzw. das Soll-Einwohner-Arzt-Verhältnis für die jeweilige Arztgruppe dar. Aus dem Verhältnis der in der BPRL vorgegebenen Verhältniszahlen (Soll-Niveau) und den tatsächlichen Verhältniszahlen (Ist-Niveau) errechnet sich der sogenannte Versorgungsgrad. Ein Versorgungsgrad von 110 % oder höher wird als Überversorgung definiert. Ein Versorgungsgrad von unter 75 % für haus- bzw. unter 50 % für fachärztliche Angebote gilt als Unterversorgung (vgl. G-BA 2020).

Um regionale Unterschiede in der Morbidität und der demographischen Struktur in der Bedarfsplanung zu berücksichtigen, werden die bundesweiten Maßzahlen in einem zweistufigen Verfahren an die regionale Verteilung der Altersgruppen, der Geschlechtergruppen und der Krankheitslast angepasst. Die hierdurch berechneten regionalen Verhältniszahlen geben an, inwieweit die Verhältniszahl des Planungsraums mit seinen regionalen Besonderheiten vom Bundesdurchschnitt abweicht – also ob in dem jeweiligen Planungsbereich mehr oder weniger Ärzt:innen benötigt werden als im Bundesdurchschnitt.

Für die Umsetzung der Bedarfsplanung sind die *Kassenärztlichen Vereinigungen* (KVen) zuständig. Diese haben den Gestaltungsauftrag, wobei sie im Einvernehmen mit der Gesetzlichen Krankenkasse, d.h. mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen auf Landesebene, einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufstellen (§99 SGB V). Die *Landesausschüsse Ärzte und Krankenkassen* stellen das Eintreten von Über- bzw. Unterversorgung fest (vgl. Tabelle 1).

Die derzeitige gesetzliche Ausgestaltung der Bedarfsplanung hat jedoch einige Schwächen: So können die Zulassungsbeschränkungen, die im Gesetz vorgesehen sind, zwar eine Zunahme von Überversorgung abbauen, jedoch nicht eine bestehende Überversorgung reduzieren, da bestehende Arztsitze wiederbesetzt werden können. Seit dem GKV Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) können Zulassungsausschüsse in gesperrten Planungsbereichen jedoch die Nachbesetzung eines bestehenden Vertragsarztsitzes ablehnen, wenn er aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist (§103 Abs. 3a SGB V) oder den freiwilligen Verzicht auf eine bestehende Vertragsarztzulassung finanziell fördern. Seit dem GKV-VStG sollen die KVen Nachbesetzungsanträge ab einem Versorgungsgrad von 140 % sogar ablehnen. Kritisch anzumerken ist die Grundlage für die Berechnung der Soll-Verhältniszahlen. Diese basiert auf den tatsächlichen Zahlen an dem Tag, an dem die Bedarfsplanung für die jeweilige Gruppe eingeführt wurde. Dem liegt die umstrittene Annahme zugrunde, dass der Versorgungsgrad mit Einführung der Bedarfsplanung dem angemessenen Versorgungsniveau entspricht (Ozegowski & Sundmacher 2012).

### 2.1.2. Berücksichtigung regionaler Besonderheiten bei der Bedarfsplanung

Die Länder und Landesausschüsse können von den Zahlen der BPRL, die als bundeseinheitlicher Maßstab definiert sind, abweichen, soweit es zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demographie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist (vgl. § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V). Damit ist es den Ländern möglich, die lokale und regionale Verteilung von Vertragsärzt:innen und Psychotherapeut:innen bedarfsorientiert zu steuern. Die Bedarfsplanung kann somit auf Sonderbedarfe in Regionen reagieren, indem die Länder und Landesausschüsse die Festlegungen der Richtlinie an die regionalen Besonderheiten anpassen und ggf. zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten schaffen. Seit dem Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) am 11.05.2019 können die Landesbehörden zudem Zulassungssperren für die Neuniederlassung in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten aufheben.

Abweichungen können auch bzgl. der Raumordnung bzw. -gliederung vorgenommen werden: Gemäß § 11 Absatz 3 Satz 3 BPRL kann eine abweichende Raumgliederung (Zusammenlegung oder weitere Untergliederungen in Stadtteile) nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V zum Zwecke einer homogenen und stabilen Versorgung vorgenommen werden. Begründet werden können Abweichungen u.a. mit Kriterien wie der Demographie, der Morbidität, räumliche und infrastrukturelle Besonderheiten sowie sozioökonomische Faktoren (vgl. § 2 der BPRL).

Mit dem GKV-VStG wurde zudem durch den ergänzten § 90 a SGB V die Möglichkeit geschaffen, ein gemeinsames Gremium auf Landesebene zu gründen, um die Mitspracherechte der Länder bei der ambulanten Bedarfsplanung zu stärken. Die Landesgremien können aus Vertreter:innen des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft sowie weiteren Beteiligten gebildet werden. Hier können auch Vertreter:innen der Kommunen hinzugezogen werden. Das gemeinsame Landesgremium kann Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben und zu der Aufstellung und der Anpassung der Bedarfspläne sowie zu den von den Landesausschüssen zu treffenden Entscheidungen Stellung nehmen. Allerdings sind die Beschlüsse des Landesgremiums wenig bindend.

## 2.2. Die Umsetzung der Bedarfsplanung in Berlin

Im Folgenden wird dargestellt, wie die oben aufgeführten gesetzlichen Rahmenbedingungen der Bedarfsplanung in Berlin umgesetzt werden. Tabelle 1 liefert einen Überblick über die für die Bedarfsplanung in Berlin relevanten Akteure und Gremien, auf die auch in den folgenden Ausführungen Bezug genommen wird.

*Tabelle 1 Relevante Akteure und Gremien für die ambulante Versorgung(-splanung) in Berlin*

<b>Akteure</b>	<b>Aufgaben</b>
Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin	Sicherstellungsauftrag, Erstellen des Bedarfsplans zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung (im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen auf Landesebene)
Landesverbände der Gesetzlichen Krankenkassen	Unterstützung der Mitgliedskassen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und Wahrnehmung ihrer Interessen (u.a. im Landesausschuss für Ärzte und Krankenkassen)
Patientenbeauftragte	Vertretung der Patienteninteressen (z.B. im G-BA, Gemeinsamen Landesgremium, Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen). U.a. Stellungnahmen zum Bedarfsplan, Mitberatungsrecht im Landesausschuss
Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)	U.a. Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination sowie Prävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitshilfe, Gesundheitsberichterstattung auf kommunaler Ebene
<b>Gremien</b>	<b>Aufgaben</b>
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)	Erstellen der Bedarfsplanungsrichtlinie (BPRL), Festlegen der bundesweiten Soll-Verhältniszahlen von Einwohner:innen zu Ärzt:innen
Landesausschüsse Ärzte und Krankenkassen	Feststellen des Eintretens von Über- und Unterversorgung (Umsetzung der Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie), Beschluss von Zulassungsbeschränkungen

Zulassungsausschuss	Entscheidet über Zulassungen von Vertragsärzt:innen bzw. Vertragspsychotherapeut:innen
Gemeinsames Landesgremium (nach § 90 a)	Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen und zu der Aufstellung und der Anpassung der Bedarfspläne sowie zu den von den Landesausschüssen zu treffenden Entscheidungen

### 2.2.1. Status quo der Bedarfsplanung in Berlin

Berlin zählt, mit im Schnitt 17,9 Ärzt:innen pro Einwohner:in im Jahr 2017, zu den Bundesländern mit der höchsten Arztdichte. Innerhalb Berlins variiert die Zahl der Hausärzt:innen jedoch so stark, dass in einigen Bezirken ein Versorgungsgrad von < 90 % zu verzeichnen ist (vgl. Abbildung 1). Auch bezüglich der fachärztlichen Versorgung ergeben sich deutliche Schwankungen zwischen den Bezirken. So liegt bspw. der Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgungsgrad zwischen 430 % in Charlottenburg-Wilmersdorf und 71 % in Marzahn-Hellersdorf. Der Versorgungsgrad der Augenheilkunde bewegt sich zwischen 68 % in Neukölln und 152 % in Charlottenburg-Wilmersdorf. Ähnliche Schwankungen gibt es auch für die Fachrichtungen Gynäkologie und Dermatologie (vgl. Gemeinsames Landesgremium Berlin 2020).

#### *Gemeinsames Landesgremium*

Unter anderem, um diese (inner-)bezirklichen Disparitäten der Verteilung der Ärzt:innen zu nivellieren, hat das Land Berlin die Option genutzt, ein *gemeinsames Landesgremium* nach § 90 a SGB V zu bilden. Dieses Landesgremium kann zur Aufstellung und Anpassung der Bedarfspläne sowie zu Entscheidungen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen Stellung nehmen (vgl. ebd). In seiner konstituierenden Sitzung hat das Landesgremium die Kostenträger und die KV unter Einbezug der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales gebeten, Vorschläge zur Optimierung der Bedarfsplanung im Bezirk Berlin zu unterbreiten. Diese *Arbeitsgruppe zur Bedarfsplanung* hat im Jahr 2013 ein „Letter of Intent“ (LoI) vorgelegt, der zum Ziel hatte, die regionalen Unterschiede in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zwischen den Verwaltungsbezirken in Berlin anzugleichen. Das Ziel des LoI ist es, die Bezirksebene bei Praxisverlegungen innerhalb Berlins in den Zulassungsgremien im Land Berlin stärker zu berücksichtigen. Darüber hinaus sollten sozio-ökonomische Faktoren in der Bedarfsplanung stärker berücksichtigt werden. Hierzu wurde die von der BPRL vorgegebene Verhältniszahl an den Sozialindex I für Berlin gemäß dem Sozialstrukturatlas für Berlin angepasst. Der Sozialindex spiegelt die soziale und gesundheitliche Belastung in den Berliner Bezirken wider (vgl. Meinschmidt 2014). Die an den Index angepasste Verhältniszahl soll die Unterschiede im Versorgungsbedarf zwischen

den Verwaltungsbezirken genauer abbilden und so Praxisverlegungen in bislang unterversorgte Bezirke erleichtern.

Auf Grundlage dieses Lol hat das Landesgremium nach §90 a SGB V Beschlüsse gefasst, die zum Ziel haben, die unterschiedlichen Versorgungsgrade zwischen den Regionen auszugleichen. Die Entscheidungskompetenz über Anträge zu Praxisverlegungen liegt jedoch bei den *Zulassungsgremien*. Die Partner der Vereinbarung des Lol geben gegenüber den Zulassungsgremien lediglich Empfehlungen ab, diese regionalen Versorgungsgrade bei Entscheidungen über Praxisverlegungen zu berücksichtigen.

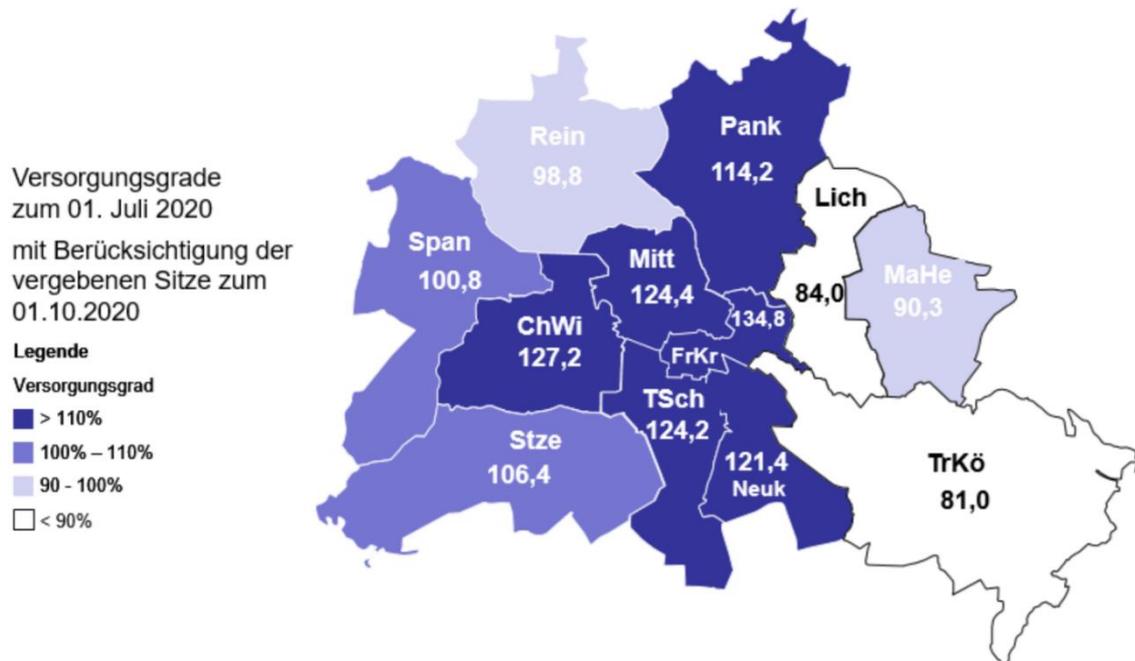
Als Ergebnis konnten innerhalb der folgenden zwei Jahre seit Unterzeichnung des Lol 25 % der Praxisverlegungsanträge in geringer versorgte Bezirke umgesteuert werden. Diese Wanderungseffekte schlugen sich jedoch bisher noch kaum in den Versorgungsgraden nieder (vgl. Gemeinsames Landesgremium Berlin 2017).

Mit Beschluss des gemeinsamen Landesgremiums vom 26.10.2017 wurde eine *Arbeitsgruppe (AG) zur Versorgungssteuerung* einberufen. Diese AG löst die vormalige AG Bedarfsplanung ab und stellt die Notwendigkeit einer effizienteren Gestaltung der Steuerungswirkung des Lol fest, um eine wohnortnahe und bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen zu können. Es ist jedoch noch nicht abschließend geklärt, wie der Lol konkret angepasst wird (vgl. Gemeinsames Landesgremium Berlin 2020).

#### *Berliner Bedarfsplan*

Im Jahr 2020 hat die KV Berlin den Bedarfsplan im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen neugestaltet. Dabei wurde erstmals die Möglichkeit genutzt, von der bundesweiten Bedarfsplanung bzgl. der in der BPRL vorgesehene Raumgliederung abzuweichen. Diese sieht seit 2003 für den Zulassungsbezirk Berlin für alle von der Bedarfsplanung betroffenen Ärzt:innengruppen nur einen Planungsraum vor. Mit dem Bedarfsplan 2020 wurden für die Hausärztliche Versorgung die drei Bezirke mit der niedrigsten Versorgungsdichte aus dem einheitlichen Planungsbereich Berlin in separate

Planungsbereiche überführt. Dies betrifft die Bezirke a) Lichtenberg, Hellersdorf-Marzahn und b) Treptow-Köpenick mit einem Versorgungsgrad zwischen 81 und 90,3 Prozent (vgl. Abb. 1).



**Abbildung 1** Rechnerische Versorgungsgrade auf Bezirksebene für die Arztgruppe der Hausärzte (vgl. KV Berlin 2020)

Neben der niedrigen Versorgungsdichte lässt sich die Separierung dieser drei Planungsbereiche auch mit demografischen Besonderheiten (hier einem überdurchschnittlichen Anteil an über 65-Jährigen) und einem höheren regionalen Morbiditätsfaktor begründen. Daraus ergeben sich für die hausärztliche Versorgung in Berlin die folgenden drei Planungsbereiche (vgl. KV Berlin 2020):

- **Planungsbereich I:** Spandau, Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf, Reinickendorf, Pankow, Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg, Tempelhof-Schöneberg und Neukölln
- **Planungsbereich II:** Marzahn-Hellersdorf, Lichtenberg
- **Planungsbereich III:** Treptow-Köpenick

Neue Hausarztsitze sollen ausschließlich in diesen drei Bezirken vergeben werden. Wenn sich das Niveau der Versorgungsdichte in diesen Bezirken an die übrigen Bezirke angenähert hat, sollen die Bezirke wieder in einen Planungsbereich zusammengeführt werden. Diese Vorgehensweise wurde damit begründet, dass in den Bezirken im übrigen Planungsbereich (I) ein Versorgungsgrad von ca. 100 – 130 % vorliegt.

Für die Fachärzt:innen wird der Planungsraum Berlin beibehalten, da laut Bedarfsplan hier deutlich weniger Niederlassungen in den gering versorgten Gebieten erforderlich sind, um die

Versorgungsdichten zu harmonisieren. Hier sollen jedoch die Niederlassungen anhand von Teilentsperrungen gezielt gesteuert werden. Neue Sitze werden nur noch in Bezirken mit einem Versorgungsgrad von unter 90 % vergeben.

Für die Feststellung von Über- oder Unterversorgung auf Grundlage des Bedarfsplans ist der *Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen* nach § 90 Abs. 1 SGB V zuständig. Auf Grundlage der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Berlin mit Beschluss vom 28.10.2020 Zulassungsbeschränkungen für Haus-, Augen-, und Hautärzt:innen aufgehoben. Insgesamt ergeben sich aus dem Beschluss 79,5 neue Niederlassungsmöglichkeiten für Hausärzt:innen im Planungsbereich II und 51,5 Niederlassungsmöglichkeiten im Planungsbereich III. Für Augen- bzw. Hautärzt:innen gibt es insgesamt zwei bzw. eine Niederlassungsmöglichkeit (vgl. Landesausschuss Ärzte und Krankenkassen Berlin 2020).

### 2.2.2. Ausblick

Im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG), das am 11.05.2019 in Kraft getreten ist, können die Länder nach §103 Abs. 2 Satz 4 SGB V strukturschwache Teilgebiete von überversorgten Planungsräumen bestimmen. In diesen Planungsräumen können die Zulassungssperren für bestimmte Ärzt:innengruppen entfallen. Der Landesausschuss hat zur Bestimmung der strukturschwachen Teilgebiete einen Arbeitsausschuss einberufen. Ergebnisse liegen bislang nicht vor.

Weiterhin wurde, im Rahmen des TSVG, den Ländern ein allgemeines Antragsrecht im Landesausschuss nach § 90 SGB V sowie ein (beschränktes) Mitberatungsrecht im Zulassungsausschuss nach § 96 SGB V eingeräumt. Wie sich diese Rechte auf die Mitbestimmung der Länder bei der Bedarfsplanung konkret auswirken, bleibt abzuwarten.

### 2.2.3. Empfehlungen zur Optimierung der Bedarfsplanung

Zunächst ist festzuhalten, dass mit der Überführung des gemeinsamen Planungsraums für Gesamt-Berlin in drei separate Planungsräume mit unterschiedlicher Versorgungsstruktur ein wichtiger Schritt in Richtung kleinräumiger Versorgungsplanung gegangen wurde. Auch die durch den Lol angestoßene Berücksichtigung der Sozialstruktur bei der Vergabe von Zulassungen ist anzuerkennen.

Aus Sicht der Autor:innen besteht jedoch weiterhin Optimierungsbedarf der Bedarfsplanung in Berlin, um die (inner-)bezirklichen Ungleichheiten im Zugang zur ambulanten Versorgung anzugleichen. Dieser lässt sich aus den folgenden Beobachtungen bzw. Studienergebnissen ableiten:

- Nicht nur die aus dem gemeinsamen Planungsraum heraus gehobenen beiden Bezirke verfügen über ein ungünstiges Versorgungsniveau. Auch in weiteren Bezirken, wie z.B. Neukölln, liegt eine unterdurchschnittliche Hausärztedichte vor (vgl. Albrecht et al. 2017).
- Unterschiede im Zugang zur ambulanten Versorgung manifestieren sich nicht nur zwischen sondern auch *innerhalb* der Berliner Bezirke. So kommt es z.B. innerhalb des Bezirks Mitte zu ausgeprägten regionalen Variationen, die sich bereits entlang der drei ‚Alt-Bezirke‘ Wedding, Tiergarten und Mitte zeigen (vgl. Schweikart & Pieper 2019).
- Eine günstige Dichterelation an Ärzt:innen liegt vor allem in den wohlhabenderen Regionen vor, während in den sozial schwachen Regionen mit einer höheren Krankheitslast weniger Ärzt:innen vorzufinden sind, wobei die Niederlassungen sog. Privatärzt:innen diese Tendenz sogar noch zusätzlich verstärken (vgl. Pieper & Schweikart 2011, Bauer et al. 2016).
- Die in der Bedarfsplanungsrichtlinie vorgeschlagenen Versorgungsgrade schreiben das Niveau der Versorgung zu Beginn der Bedarfsplanung lediglich fort. Diese Zahlen bilden daher nicht den tatsächlichen Bedarf ab, sondern spiegeln die Versorgungsverhältnisse zu einem historischen Stichtag ab (Ozegowski & Sundmacher 2012).
- Ein hoher Anteil an Ärzt:innen in Berlin ist bereits über 60 Jahre alt und das Durchschnittsalter der niedergelassenen Ärzt:innen steigt kontinuierlich. Im Jahr 2019 lag das Durchschnittsalter bei 55,19 Jahren (vgl. v.d. Bussche 2019, KV Berlin 2020).

Aus diesen Beobachtungen lassen sich die folgenden Empfehlungen zur Optimierung der Bedarfsplanung ableiten:

1. Unterschiede in der **Versorgungsdichte zwischen den Berliner Bezirken** sollten im Bedarfsplan stärker berücksichtigt werden. Hierzu ist es notwendig, den Planungsraum auf die bezirkliche Ebene (oder sogar auf noch kleinräumigere Ebene) aufzuteilen.
2. Auch **innerbezirkliche Variationen** sollten Berücksichtigung in der Bedarfsplanung finden. Hierzu sollten die Bezirke mit ihrem regionalspezifischen Wissen stärker in die Aktivitäten der Bedarfsplanung eingebunden werden, um auf lokale Versorgungsbedürfnisse aufmerksam zu machen.
3. Neben den in der BPRL vorgesehenen Versorgungsgraden sollten weitere Faktoren berücksichtigt werden, um **den realen Versorgungsbedarf besser abschätzen** zu können. Dies kann Faktoren wie die durchschnittliche Fahrzeit zur nächstgelegenen

Arztpraxis, Barrierefreiheit oder Wartezeiten berücksichtigen. Aber auch die Krankheitslast, die Altersstruktur und die soziale Struktur einer Region sollte hierbei Berücksichtigung finden. Hier kann die kommunale Gesundheitsberichterstattung (GBE) einen wichtigen Beitrag leisten (siehe Vorschläge im folgenden Kapitel).

4. Auch das **Alter der Ärzt:innen** innerhalb Berlins sollte in der Bedarfsplanung und bei der Vergabe von Zulassungen berücksichtigt werden.

Darüber hinaus ist anzumerken, dass die ambulante Versorgung bisher unabhängig von der stationären Versorgungsstruktur geplant wird. Aufgrund des zunehmend größer werdenden ambulant-stationären Grenzbereichs [z.B. durch Belegärzte (§121 SGB V), Praxiskliniken (§115 SGB V), ambulante Behandlung bei Unterversorgung (§116 SGB V), Vor- und nachstationäre Versorgung (§115 SGB V), Hochschulambulanzen (§117 SGB V) u.v.m.] plädieren die Autor:innen für den Vorschlag des Sachverständigenrats, die **Bedarfsplanung der medizinischen Versorgung sektorübergreifend zu gestalten** (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014). Die Länder sollten auf diese integrierte Bedarfsplanung maßgeblichen Einfluss haben.

Weiterhin ist festzuhalten, dass die überregionale Verortung des Sicherstellungsauftrags und der Bedarfsplanung bei den KVen und den Landesausschüssen derzeit nur eine geringe Einflussnahme der Kommunen erlaubt. Den Kommunen fehlt eine rechtliche Basis, um in die Steuerung z.B. der Bedarfsplanung einzugreifen. Gress & Stegmüller (2011, 2018) schlagen daher vor, dass die Verantwortung für die Sicherstellung auf **sektorübergreifende, regionale Versorgungskonferenzen** auf die kommunale Ebene der Stadt- und Landkreise übertragen werden sollte. Neben den KVen und Krankenkassen sollten in diesen Versorgungskonferenzen auch die Kommunen stimmberechtigt vertreten sein. Dies birgt den Vorteil, dass die Bedarfsplanung in Zusammenhang mit den vielfältigen Initiativen der Kommunen abgestimmt und koordiniert werden kann (vgl. Gress & Stegmüller 2017).

Als ein nächster Schritt in diese Richtung kann angedacht werden, die rechtlichen Regelungen zum **Landesgremium nach § 90 a so zu erweitern, dass auch die Bezirke regelhaft mit einbezogen werden**. So können die Bezirke durch ihr regionales Wissen auf besondere Versorgungsbedarfe innerhalb der Bezirke aufmerksam machen und konkrete Zielvereinbarungen mit der KV schließen (vgl. QPK Lichtenberg/ QPK Neukölln 2017). Dies betrifft insbesondere auch die Versorgung vulnerabler Gruppen wie etwa ältere Menschen (Alich & Kümpers 2018) oder Menschen mit Migrationshintergrund (Schmitt & Dieterich 2018).

### 3. Kommunale Gesundheitsplanung als Bindeglied

In allen Kommunen existiert ein Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD), dessen Kern das Gesundheitsamt als zuständige kommunale Behörde darstellt. In Berlin gibt es 12 Gesundheitsämter, die nicht unmittelbar der Senatsverwaltung als Hauptverwaltung, sondern den Bezirksverwaltungen zugeordnet sind. Ihre jeweilige Zuständigkeit bezieht sich auf die örtlich gebundenen Aufgaben, gesteuert durch die Bezirksverordnetenversammlung (BVV) als beschlussfassendes Organ der Verwaltungspolitik und umgesetzt durch den/die für Gesundheit zuständige Stadträt:in sowie dem zugeordneten Bezirksamt als Verwaltungsbehörde (vgl. Elvers & Henke 2012). Ziel dieser kommunalen Strukturen ist es, "neben den für die komplex ausdifferenzierten Versorgungseinrichtungen der kurativen medizinischen Versorgung, Infrastrukturen, die dem Schutz und der Förderung der Gesundheit dienen können, auszubauen" und damit die "Verantwortung der Kommune für die Herstellung und Sicherung von Kollektivgütern wie Gesundheit, Sicherheit, Wohlfahrt, usw." zu stärken (vgl. Weth 2013).

In Berlin wird das zuständige Bezirksamt im ÖGD durch eine Organisationseinheit Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination (QPK) unterstützt. Im Gesundheitsdienstgesetz Berlin (GDG) vom 15.05.2006 werden der QPK Zuständigkeiten und Aufgabengebiete in den folgenden fünf Bereichen zugeordnet:

1. Gesundheits- und Sozialberichtserstattung
2. Sozialindikative Gesundheitsplanung
3. Koordination, Planung und Steuerung der psychiatrischen Versorgung und der Suchthilfe
4. Initiierung und Koordination von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und die Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements
5. Erarbeitung und Weiterentwicklung fachlicher Standards zur Sicherstellung der Qualität/Nachhaltigkeit von Leistungen des Gesundheitssystems

Im Sinne der öffentlichen Daseinsvorsorge obliegt den QPK die evidenzbasierte "Entwicklung von fachlichen Zielvorstellungen für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung und deren Weiterentwicklung auf der Grundlage der integrierten Gesundheitsberichterstattung" (GDG § 6). Hierzu zählt „insbesondere das Aufzeigen von Schwachstellen und Problemfeldern in der gesundheitlichen und sozialen Versorgung sowie die Definition von Schnittstellen einschließlich des Koordinierungs- und Vernetzungsbedarfs zwischen den verschiedenen Handlungsträgern und Planungsbereichen“ (GDG § 6). Die räumliche Bezugseinheit der QPK ist hierbei der Bezirk mit seinen Sozialräumen (vgl. Elvers & Henke

2012). Im Gegensatz zu anderen Akteur:innen der Gesundheitsversorgung sind Kommunen der Sicherung des Gemeinwohls verpflichtet, haben Zugang zu vielfältigen Bevölkerungsgruppen und eine vorrangig koordinierende Funktion (vgl. Weth 2013, Böhme & Stender 2020).

Die QPK sind vielfach Ausrichter regionaler Gesundheitskonferenzen, jeweils im Auftrag der/des zuständigen Stadträt:in für Gesundheit. Sie koordinieren zudem die Kooperation mit Nachbarschaftszentren und Selbsthilfekontaktstellen. Besonders ausgewiesen sind dabei entsprechende Aktivitäten, die im Rahmen der Mitgliedschaft der Berliner Bezirke im bundesdeutschen Gesunde Städte-Netzwerk erfolgen. Aus diesem Grund sind neben der Stadt Berlin neun der zwölf Berliner Bezirke Mitglieder im Gesunde Städte-Netzwerk. Gemeinsam bilden sie mit der Stadt Berlin den Berliner Regionalverbund im Gesunde Städte-Netzwerk Berlin. Dabei handelt es sich (Stand März 2021) um die folgenden Bezirke:

- Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf
- Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg
- Bezirk Lichtenberg
- Bezirk Marzahn-Hellersdorf
- Bezirk Mitte
- Bezirk Neukölln
- Bezirk Pankow
- Bezirk Tempelhof-Schöneberg
- Bezirk Treptow-Köpenick

Durch die QPKs arbeiten auch die übrigen Bezirke, die dem Regionalverbund nicht angehören, nach ähnlichen Prinzipien.

Mit der Organisationseinheit QPK verfügt die bezirkliche Verwaltung über eine Arbeitseinheit, die sich der kommunalen Steuerung widmen und notwendige Reformprozesse anstoßen kann. Im Folgenden werden die Aufgabengebiete der Gesundheitsberichterstattung und der Gesundheitsplanung im Einzelnen dargestellt.

### 3.1. Gesundheitsberichterstattung

Gesundheitsberichterstattung (GBE) hat den Auftrag, für Politik und Öffentlichkeit Daten und Informationen zu Gesundheit, Krankheit, Gesundheitsrisiken und Gesundheitsförderung und Prävention, sowie die Lebens- und Umweltbedingungen, welche die Gesundheit beeinflussen, einer räumlich und zeitlich definierten Bevölkerung aufzubereiten. Nicht nur der Gesundheitszustand der Bevölkerung (soziodemographische Daten, Inzidenzen und Prävalenzen zu Morbidität und Mortalität) einschließlich Präventionsberichterstattung und der sozialen Determinanten (d.h. der Lebens- und Umweltbedingungen, welche die Gesundheit

beeinflussen), sondern auch die Ausgestaltung des Gesundheitswesens (z.B. ambulante und stationäre Versorgung, Reha und Pflege, Kosten der Versorgung) sind Teil dieser integrierten Berichterstattung (vgl. Kurth et al. 2020; Starke & Szagun 2020; Trojan 2020; Ziese et al. 2020).

GBE dient als Grundlage gesundheitspolitischer Maßnahmen, als Wegbereiter für gezielte Ressourcenallokation, unterstützt den Prozess der öffentlichen Meinungsbildung und ist somit Teil des zivilgesellschaftlichen Anliegens bürger:innenschaftlicher Partizipation (Claßen & Meikel 2020). Handlungsstrategien können so auf Basis der bereitgestellten Daten und unter Berücksichtigung ökonomischer Faktoren und gesellschaftlicher Relevanz sowie lokaler Rahmenbedingungen entwickelt und auf ihre Wirksamkeit überprüft werden (vgl. Starke et al. 2019; Ziese et al. 2020).

GBE kann daher als Bindeglied zwischen Verwaltung, der lokalen Bevölkerung und weiteren Akteur:innen der Gesundheitsversorgung fungieren. Die Daten der GBE dienen dabei als Basis für informierte Entscheidungen, die Entwicklung gemeinsamer Maßnahmen im Rahmen von Gesundheitsplanung und zur Evaluation.

### 3.2. Gesundheitsberichte in föderaler Gliederung

Das Robert Koch-Institut (RKI) als zentrale Einrichtung des Bundes (Bundesoberbehörde) im Bereich von Public Health/öffentlicher Gesundheit trägt in enger Zusammenarbeit mit dem Informations- und Dokumentationszentrum der GBE des Bundes (IS-GBE) beim Statistischen Bundesamt die Durchführungsverantwortung für die GBE auf Bundesebene. Die Aufgabe der Präventionsberichterstattung wiederum liegt bei der Nationalen Präventionskonferenz gemäß § 20d SGB V (NPK 2019).

Auf Länderebene wurde die Erstellung von Gesundheitsberichten den Landesgesundheitsämtern übertragen, wobei die Frequenz der Berichte variiert (vgl. Fischer 2013). Im Katalog der Gesundheitsberichterstattung der Länder sind etwa 300 Indikatoren zu verschiedenen gesundheitsrelevanten Themen erfasst, die eine vergleichbare Datenbasis auf Bundesländerebene ermöglichen. Eine Auswahl an Kernindikatoren steht für alle Bundesländer einheitlich abrufbar über das Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) zur Verfügung (vgl. GSI o.J.). Die landesbezogene Präventionsberichterstattung befindet sich aktuell im Aufbau (Ziese et al. 2020).

GBE wird entsprechend direkt von den Gesundheitsbehörden oder in Zusammenarbeit mit beauftragten Einrichtungen (z.B. Hochschulen, Statistisches Landesamt, Krankenkassen, Wissenschaftliche Institute) erstellt. Auf kommunaler Ebene sind Gesundheitsberichte

Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und im Gesundheitsdienstgesetz (GDG) den QPKs zugeordnet. Dabei ist die GBE aber nicht in allen Bundesländern gesetzlich verankert, weil die Normierung in föderaler Gesetzgebungskompetenz liegt.

Für Berlin wird zudem seit den 1990er Jahren in wechselnder Frequenz der „Handlungsorientierte Sozialstrukturatlas Berlin“ veröffentlicht, anknüpfend an entsprechende Gesundheits- und Sozialberichterstattung im Berliner Westteil der 1980er Jahre (Hermann & Meinschmidt 1997). Schlüsselindikatoren für die Bestimmung der sozialen Struktur der Berliner Bevölkerung sind Erwerbslosigkeit, Transferleistungsbezug, Lebenserwartung, vorzeitige Sterblichkeit, Bildungs- und Ausbildungsstruktur, Einkommenslage und weitere demografische Indikatoren. Auf dieser Grundlage werden drei Sozialindizes definiert und entlang der räumlichen Analyseebene der Lebensweltlich orientierten Räume (LOR) des Landes Berlin und Veränderungen im Zeitverlauf dargestellt (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung 2021b). Die sozialräumliche Entwicklung wird in Berlin zudem auf kleinräumiger Ebene im Rahmen des Monitorings Soziale Stadt (MSS) betrachtet. Durch einen zweijährlichen Beobachtungszeitraum werden so im gesamtstädtischen Bereich überdurchschnittlich auftretende soziale Benachteiligungen kleinräumig aufgezeigt und können mit anderen Daten in Zusammenhang gebracht werden (vgl. Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen 2020).

Über die von den jeweiligen QPKs der Bezirke erstellten Basisberichte hinaus werden spezielle Gesundheitsberichte erarbeitet, die sich mit lokalen Thematiken beschäftigen. Diese sind vielfach auf Präventionsberichterstattung ausgerichtet. Beispielgebend genannt seien hier die Berichte „Lebensqualität, Interessen und Selbständigkeit im Alter“ (LISA und LISA II) Bezirk Mitte (vgl. Butler 2021), „Gesundheitsbezogene Angebote, Bedürfnisse und Inanspruchnahme durch ältere Menschen mit Migrationshintergrund“ (GABI) in den Bezirken Neukölln und Lichtenberg (vgl. Wolter & Stellmacher o.J.).

### 3.3. Kommunale Gesundheitsplanung

Kommunale Gesundheitsplanung ist ein permanenter Prozess der in einem Regelkreislauf von Problemdiagnose (Bewertung), Zielformulierung (normativ, strategisch), Bestandsaufnahme (Gegenstandsbestimmung), Bedarfsklärung (quantitativ, qualitativ), Soll-Ist-Vergleich, Maßnahmen, Finanzierung, Umsetzung und Kontrolle (Zielerreichung) stattfindet (vgl. Rosenbrock & Hartung 2015). Die Beteiligung der verschiedenen Akteur:innen und Adressat:innengruppen in der Kommune ist für das Gelingen von Maßnahmen unabdingbar. Kommunale GBE und Gesundheitsplanung orientieren sich an bereits bestehenden Strukturen und vorhandenen Ressourcen und tragen durch die Stärkung der

bereichs- und professionsübergreifenden Zusammenarbeit zur Vernetzung und Kooperation der lokalen Akteur:innen bei (Claßen & Mekel 2020). Diese Vernetzung wird gefördert im Rahmen von Gesundheitskonferenzen (Hollederer 2015), partizipativen Planungsprozessen z.B. im Rahmen der integrierten bezirklichen Strategien zur Gesundheitsförderung (Präventionsketten, vgl. Sandvoss & Hermann-Biert 2017) oder auch beim Kongress Armut und Gesundheit (Amler & Pospiech 2018).

**Tabelle 2** Handlungsfelder und relevante Akteur:innen der Gesundheitsplanung in der Kommune (Beispiele)

<b>Handlungsfelder</b>	<b>Akteur:innen u.a.</b>
<b>Gesundheitspolitik/ Verwaltung</b>	Gesundheitsausschüsse der Kommunalparlamente/ BVV; Gesundheitsämter (insb. QPKs); Regionalverbund Gesunde Städte-Netzwerk; Themenbezogen andere Verwaltungsressorts, insb. Kinder- und Jugendhilfe u.a. mit KJGDs, Vertreter:innen der Parteien
<b>Ambulante/Stationäre Gesundheitsversorgung</b>	Kassenärztliche Vereinigung, Ärzte-/Pflegekammern, Heilmittelerbringer, Pflegedienste, (Teil-)Stationäre Einrichtungen der Krankenversorgung, Pflege-/Rehabilitationseinrichtungen, Palliativversorgung
<b>Sozialversicherungsträger</b>	Kranken-, Unfall- Renten-, Pflegeversicherung, Private Versicherungen, Regionale Arbeitsgemeinschaften der Sozialversicherungen
<b>Wissenschaft</b>	Universitäten, Hochschulen, öfftl. und private Forschungsinstitute, Forschungsverbände
<b>Zivilgesellschaft</b>	Gewerkschaften, Wohlfahrt (u.a. Beratungsstellen, Selbsthilfe, Patient:innenorganisationen), Sportvereine, Jugendverbände, Wohnungsbaugesellschaften, Vertretungen religiöser Gemeinschaften

Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Alfons Hollederer (2015)

Als Steuerungsgremien sind kommunale Gesundheitskonferenzen besetzt durch Vertretungen aus Politik, Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (ambulant und stationär), der Sozialversicherungsträger, der Wissenschaft und der Zivilgesellschaft. Sie bieten eine Plattform, um gesundheitsbezogene Aktivitäten zu koordinieren, die Finanzierung zu planen und im engen Kontakt mit Vertreter:innen der Zivilgesellschaft die lokalen Besonderheiten und Bedarfe zu klären und Interventionsstrategien zu entwickeln. In Fachdialogen werden so die kommunalen Gesundheitsziele definiert und ausgestaltet (vgl. Hollederer 2015; Trojan 2017).

Neben der Stärkung von Steuerung und Governance liegt eine wichtige Gestaltungsaufgabe in der Beteiligung der Bevölkerung, und insbesondere der Repräsentation von marginalisierten sowie weiteren vulnerablen Gruppen. Im Zentrum steht dabei die Frage, wie Bedürfnisse und Bedarfe von Bürger:innen (idealerweise aktivierend) ermittelt und in der Versorgungsstruktur berücksichtigt werden. In den bezirklichen Gesundheitsausschüssen gibt es durch Hinzuziehung verschiedener Expertisen sowie Bestellung von sog. "Bürgerdeputierten" bereits Ansatzpunkte, die in diesem Sinne genutzt werden können. Insbesondere regionale Gesundheitskonferenzen können darüber hinaus auch breite Foren der öffentlichen Meinungsbildung darstellen, wenn sie sich nicht auf reinen Fachaustausch beschränken, sondern eine breite Beteiligung ermöglichen (vgl. Denzin 2000; Beirat für Familienfragen 2017). Dabei können Gesundheitskonferenzen hinterlegt sein durch kontinuierlich tagende Arbeitsgruppen, etwa zu spezifischen Versorgungsbedarfen einzelner Bevölkerungsgruppen, sowie durch aktivierende Veranstaltungsformate wie etwa Planungswerkstätten, Fachdialoge u.ä.. Beispiele dazu geben die Berliner Familienforen, in denen dezentrale Zukunftswerkstätten in professioneller Begleitung ausgerichtet werden (Beirat für Familienfragen 2017), der Bürgerdialog Pflege 2030 der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (vgl. Ebd. o.J.) oder das Modell der „Sorgenetzwerke“ (Caring Communities) (vgl. Bezirksamt Treptow Köpenick o.J.).

Eine wichtige Wissensplattform stellt dafür in Berlin der Regionalverbund Gesunde Städte-Netzwerk (s.o.) und bundesweit insb. der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit dar. Mit Mitteln des bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung angesiedelten GKV-Bündnisses für Gesundheit sowie der Länder wurden in allen Bundesländern Koordinierungsstellen eingerichtet, überwiegend angesiedelt bei den Landesvereinigungen für Gesundheit (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit o.J.). Die Koordinierungsstellen haben den Auftrag, Transparenz und Orientierung über bestehende Strukturen und Angebote zur Gesundheitsförderung herzustellen und zur Vernetzung der Akteur:innen beizutragen. Sie unterstützen die Qualitätsentwicklung und begleiten die Umsetzung gesundheitsfördernder Prozesse auf Landes- und Bezirksebene mit dem Fokus darauf, die Gesundheits- und Teilhabechancen insbesondere von Menschen in schwierigen sozialen Lebenslagen zu erhöhen und damit die gesundheitliche Chancengleichheit in Berlin zu stärken (vgl. NPK 2019).

### 3.4. Ausblick und Empfehlungen für die Gesundheitsberichterstattung

Mittels der kontinuierlich weiterentwickelten kommunalen GBE ist es möglich nachzuzeichnen, wie sich Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und die Gesundheitsversorgung über die Zeit entwickelt haben. Um auf der Grundlage einer

einheitlichen Datenbasis Aussagen über die ambulante ärztliche Versorgung und regionale Unterschiede innerhalb Berlins treffen zu können, sind kleinräumige Analysen notwendig. Neben nachprüfbaren Indikatoren wie z.B. der Patient:innen - Ärzt:innen Relation sind subjektive Patient:innen Wünsche nach zeitnahe Behandlung, Gewährung der freien Ärzt:innenwahl oder geringem Aufwand in der Erreichbarkeit der Praxen zu berücksichtigen. Die Wahrnehmung von Unterversorgung kann, so die Ergebnisse einer Untersuchung von Schang und Kolleg:innen (2019), von den in der Bedarfsplanung bestimmten Versorgungsgraden deutlich abweichen. Patient:innenbedürfnisse in der Organisation der Versorgung zu berücksichtigen trage insbesondere zum sozialgesetzlichen Auftrag der Beachtung der besonderen Bedarfe von Menschen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten bei (§ 2a SGB V).

Für die Gestaltung und Planung von Versorgungskapazitäten wird eine differenzierte Festlegung von Indikatoren vorgeschlagen, die sowohl die verschiedenen Dimensionen des Zugangs zur Versorgung – Verfügbarkeit (Angebotskapazität, Einwohner:innen: Ärzt:innenverhältnis, aber auch zeitnahe Terminvergabe), Erreichbarkeit (Distanz zur nächstgelegenen Praxis), Organisation (Fähigkeit des Versorgungssystems, auf patientenseitige Wünsche und Bedarfe einzugehen), Akzeptanz (kulturelle und soziale Erwartungen und Wahrnehmungen von potenziell Nutzenden) und Bezahlbarkeit (direkte und indirekte Kosten der Inanspruchnahme) – berücksichtigen, als auch Versorgungsbedarfe und gesundheitliche Ziele beinhalten. Beispielsweise wird ein Katalog ambulant sensibler Indikationen vorgeschlagen, d.h. von Diagnosen auf Grund derer Menschen ins Krankenhaus eingewiesen werden, die bei optimaler ambulanter Versorgung vermeidbar gewesen wären (Schang et al. 2019).

Darüber hinaus ist eine bundesweit vergleichbare, umfassende Dokumentation und Sektoren übergreifende Erhebung von Daten zum Zugang und zur Inanspruchnahme und zur tatsächlichen Auslastung von Praxen, sowie zu Wartezeiten auf ambulante Arzttermine differenziert nach Dringlichkeit des Termins auf Basis des Konsultationsanlasses zielführend (ebd.).

Eine Transparenz über die regionale Versorgungssituation, die durch Daten der lokalen KVen und ein in regionale Planungsprozesse integriertes Monitoring- System festgelegter Indikatoren hergestellt werden könnte, ermöglicht, die kleinräumigen ärztlichen Versorgungsgrade für die wohnortnahe Versorgung in Verhältnis zur Inanspruchnahme zu setzen und ggf. nachzusteuern. Als Herausforderung ist hier jedoch auf die mangelnde Datenverfügbarkeit zu den Adressen der Ärzt:innen, die als Grundlage für die kleinräumige Analyse dienen könnte, hinzuweisen. Regelmäßige Daten zum Versorgungsangebot stehen

den Bezirken nicht zur Verfügung; entsprechende Aufbereitungen werden bei der KV Berlin nicht vorgenommen, was eine regionale Analyse des Versorgungsangebots erschwert. Einen möglichen Ansatz zur Kompensation dieser fehlenden Daten liefern Pieper & Schweikart (2009) mit dem Verweis auf den automatisierten Download der Adressen aus dem Online-Angebot zur Arzt- und Psychotherapeuten-Suche der KV Berlin.

GBE und Gesundheitsplanung als partizipativer Prozess können die Sichtbarkeit der Tätigkeiten von Kommunen, die die Gesundheit fördern, stärken und auch damit zur Zufriedenheit der Bürger:innen beitragen. Im Gegensatz zu verwaltungsinternen Ausarbeitungen können diese Planungsverfahren z.B. im Rahmen der kommunalen Gesundheitskonferenzen und anderer partizipativer Formate und Arbeitsweisen, mit den Wünschen und Bedarfen der Bürger:innen abgestimmte, ergebnisorientierte Prozesse gestaltet und hinsichtlich ihrer Wirkungen evaluiert werden. Besonders das Konzept integrierter bezirklicher Strategien zur Gesundheitsförderung in Form von Präventionsketten ermöglicht getrennt voneinander erbrachte Leistungen und Angebote ineinandergreifend und sich gegenseitig ergänzend zu koordinieren und damit nachhaltig zu verankern (vgl. Richter-Kornweitz & Utermark 2013; Sandvoss & Hermann-Biert 2017, Fischer & Geene 2019).

Darüber hinaus bieten kommunale Gremien die Möglichkeit zur Entwicklung übergreifender Gesundheitsstrategien ("Health in All Policies", vgl. Geene et al. 2020a), die einerseits die ambulante Versorgung durch Vernetzung stärkt, andererseits Träger:innen wie etwa Ärzt:innen auch in übergreifende politische Strukturen einbindet und ihnen dabei eine Schlüsselrolle einräumt, etwa bei öffentlichkeitswirksamen Aktivitäten wie Präventionsketten oder kommunalen Bündnissen wie z.B. Bündnis gegen Depression oder – ein Beispiel aus dem Land Brandenburg – dem Netzwerk Gesunde Kinder (vgl. Geene et al. 2020b).

## 4. Modellprojekte der ambulanten Versorgung in Deutschland

Im Folgenden werden einige Modellprojekte zur ambulanten Versorgung in Deutschland vorgestellt, die unter Mitwirkung der kommunalen Hand entstanden sind. Dabei liegt der Fokus auf Projekten, die sich potenziell auf die Berliner Bezirke übertragen lassen. Das Ziel ist es, aus diesen Modellprojekten mögliche Handlungsoptionen für die Akteur:innen auf Bezirksebene abzuleiten. Die vorgestellten Projekte umfassen dabei sowohl die ärztliche als auch die nicht-ärztliche ambulante Versorgung sowie Ansätze, die beide Versorgungsstränge integrieren. Ein besonderes Augenmerk wird im Sinne der Daseinsvorsorge als Teil der sozialen Sicherung auf die gezielte Versorgung vulnerabler Gruppen gelegt.

### 4.1. Modellprojekte der regionalen Versorgung

#### 4.1.1. Gesundheitskiosk in Billstedt-Horn

Der Stadtteil Billstedt-Horn in Hamburg ist gekennzeichnet von einem hohen Anteil an Personen mit Migrationshintergrund, einer hohen Arbeitslosenquote, einem schlechten Gesundheitsstatus und gleichzeitig geringer werdenden Arztdichte. Um die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung im Stadtteil Billstedt Horn zu verbessern, wurde im Jahr 2016 die regionale Managementgesellschaft „Gesundheit für Billstedt-Horn UG“ (GfBH) gegründet. Mithilfe von Mitteln aus dem Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschuss wurde unter dem Projekt INVEST1 Billstedt/Horn bzw. „Gesundheit für Billstedt/Horn“ (Fördervolumen 6,3 Mio. €) das zuvor entwickelte Konzept realisiert. Die Initiative zur Gründung des Projekts ging von zwei niedergelassenen Ärzten im Bezirk aus.

Die übergeordneten Ziele des Projekts sind die Entlastung der Ärzt:innen, die Stärkung der wohnortnahen Versorgung und die Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Ein weiteres Ziel des Projekts ist die Vernetzung des medizinischen und des sozialen Sektors. Der **Gesundheitskiosk** bildet das Kernelement der Intervention. Hier werden Menschen vor und nach Arztbesuchen beraten. Das Ziel ist zum einen, durch die Beratungen die Gesundheitskompetenz der Patienten zu erhöhen und zum anderen die überfüllten Arztpraxen zu entlasten. Die ersten Evaluationen weisen auf eine hohe Akzeptanz des Gesundheitskiosks hin. So fanden nach Angaben des Ärzteblattes in dem ersten halben Jahr nach Gründung ca. 1000 Beratungsgespräche in acht Sprachen statt (vgl. o.A. 2018).

Weitere Elemente des Konzepts sind die **strukturierten Arzneimittelkonsile**, um die medikamentöse Versorgung der multimorbiden Bevölkerung zu verbessern und das

Versorgungsprogramm „**Pflege im Blick**“, dass eine enge Vernetzung der an der Pflege beteiligten Akteure anstrebt.

Im Dezember endete die Projektlaufzeit durch den Innovationsfond. Die Folgefinanzierung erfolgt über Selektivverträge von Krankenkassen. Der gemeinnützige Verein Gesundheitskiosk e.V. Hamburg übernimmt seit Ende des Jahres 2019 den Großteil der Management-Aufgaben. Der Bezirk Hamburg Mitte nimmt dabei im Beirat der GmbH eine beratende Funktion ein. Die Kooperation mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie die Vernetzung mit den vorhandenen Programmen und Projekten in den Stadtteilen wird in regionalen Gremien organisiert (vgl. Fischer 2015).

#### 4.1.2. Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung

Die Robert-Bosch-Stiftung fördert mit dem Programm PORT „Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ an aktuell 13 Standorten in Deutschland die Einführung von Gesundheitszentren für die Primär- und Langzeitversorgung. Die PORT Zentren zeichnen sich dadurch aus, dass sie kommunal eingebunden sind und als erste Anlaufstelle für die Gesundheitsversorgung in der Region dienen sollen. Die Zentren haben zum Ziel, die Versorgungskoordination zu verbessern und die Kooperation der Fachkräfte sicherzustellen. Die Ausgestaltung der PORT-Zentren unterscheidet sich je nach Region.

Ein Beispiel für ein (zukünftiges) PORT-Gesundheitszentrum ist das Gesundheitskollektiv Berlin e.V. (GeKo). Dieses soll in Berlin Neukölln aufgebaut werden und als Stadtteilgesundheitszentrum Gesundheitsversorgung mit verschiedenen sozialen Einrichtungen und Stadtteilinitiativen in einem Gebäude integrieren. In GeKo soll ein multiprofessionelles Team aus unter anderem Ärzt:innen, Pflegenden, Sozialarbeitenden, Physio- und Psychotherapeut:innen zusammenarbeiten. Das Ziel ist, auch die sozialen Bedürfnisse und Determinanten der Bürger:innen zu berücksichtigen (vgl. Raslan 2018). Bisher konnte ein Kassensitz für Allgemeinmedizin erworben werden, Bewerbungen auf Kassensitze für eine Kinder- und Jugendtherapeutin und für einen Kinderarzt laufen.

#### 4.1.3. MVZ Schwarzenborn

In der Gemeinde Schwarzenborn, mit ca. 1.500 Einwohnern, wurde das erste kommunal geführte Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) gegründet, um eine drohende Unterversorgung zu vermeiden. Um dies zu ermöglichen, musste die Gemeinde die Finanzierung der Baukosten und der technischen Ausstattung (in Höhe von 1,35 Millionen Euro) organisieren. Da die Betriebskosten des MVZ zunächst nicht durch die Einnahmen gedeckt sind, müssen weiterhin jährliche Zuschüsse zur Aufrechterhaltung des Betriebs gezahlt werden. Die Verwaltung des MVZ wird ebenfalls durch die Kommune organisiert.

## 4.2. Modellprojekte zur ambulanten Versorgung vulnerabler Gruppen

Den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit und die dafür notwendige Versorgung unabhängig von individuellen Lebensumständen zu garantieren, ist ein Menschenrecht. Der deutsche Sozialstaat basiert auf den Prinzipien von Solidarität, Subsidiarität und Partnerschaft. Die Kommune und ihre jeweilige Zivilgesellschaft können Möglichkeiten für nachbarschaftliche und kommunale Teilhabe auch für diejenigen schaffen, die durch ökonomische und soziale Gründe benachteiligt sind (vgl. Geene 2018, Weth 2020). Zum Grundverständnis einer solidarischen Gesundheitspolitik gehört, allen Menschen unabhängig von Einkommen, Rasse/ Ethnie, Geschlecht, Religion/ Weltanschauung, Alter, Behinderung oder sexueller Identität (siehe Allgemeines Gleichstellungsgesetz) den gleichen Zugang zu allen notwendigen medizinischen Leistungen zu gewähren. Dennoch kann der Zugang zum Gesundheitssystem für Menschen in ‚prekären Lebenslagen‘, also diejenigen, die unter materieller Armut leiden, oder die durch eingeschränkte Teilhabe am ökonomischen, sozialen, kulturellen und politischen Leben in der Gemeinschaft gekennzeichnet sind, erschwert sein (vgl. Lampert et al. 2018). Die Chance, solche Lebenslagen zu erleben, ist in bestimmten Bevölkerungsgruppen erhöht - beispielsweise bei Kindern und Erwachsenen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen, (Langzeit-) erwerbslosen Frauen und Männern, alleinerziehenden Elternteilen, Menschen mit Migrationsgeschichte, Menschen im Rentenalter mit unterdurchschnittlichen Rentenbezügen („Altersarmut“), Menschen, die in materieller Abhängigkeit von einem Partner, einer Partnerin leben (strukturell bedingt meist Frauen) oder Personen ohne festen Wohnsitz.

Strukturelle, institutionelle und direkte Marginalisierung und der fehlende Zugang marginalisierter Bevölkerungsgruppen zu Versorgung und Informationen sowie fehlendes Vertrauen und gegenseitige Vorbehalte können negative Auswirkungen auf Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sowie den Gesundheitszustand haben (vgl. Robert Koch-Institut 2020).

In der ärztlichen Versorgung sind nicht-medizinische Versorgungsthemen zeitintensive Aspekte, die Einfluss auf den Verlauf und Erfolg von Behandlungen haben können (vgl. Zimmermann et al. 2018). Im Folgenden werden exemplarisch einzelne Personengruppen oder Themen und Ansätze der Versorgung vorgestellt.

### 4.2.1. Menschen ohne festen Wohnsitz

Die Personengruppe der Menschen ohne festen Wohnsitz ist in ihrer sozio-strukturellen Zusammensetzung heterogen, Menschen sind aus unterschiedlichen Gründen wohnungslos,

nicht alle leben auf der Straße (vgl. Specht et al. 2018). Die Lebenssituation einzelner Menschen ohne festen Wohnsitz ist bestimmt durch einen schlechteren gesundheitlichen Allgemeinzustand (Co- bzw. Multimorbidität) und mangelndes bzw. fehlendes Gesundheitswissen. Auch Stigmatisierungs-/Marginalisierungserfahrungen, sowie die fehlende Bereitschaft und fehlende Möglichkeiten zur Mitwirkung am Versorgungsprozess (z.B. regelmäßige Medikamenteneinnahme, Verabreden und Einhalten von Terminen, Änderungen des Lebensstils) hindern Einzelne daran, Gesundheitsversorgung in Anspruch zu nehmen.

Auf der strukturellen Ebene ist die Lebenssituation von Menschen ohne festen Wohnsitz häufig von verschiedenen (sozial)rechtlichen Herausforderungen begleitet (insb. Schnittstelle SGB V und SGB VII, Krankenversicherung, Aufenthaltsstatus). Während Menschen mit Transferleistungsbezug in Deutschland krankenversichert sind, ändert sich dies bei einem Rückstand von Beiträgen verursacht beispielsweise durch den Wegfall der Transferleistungen<sup>1</sup>.

Um gesellschaftliche Inklusion zu fördern, macht der Versorgungsbedarf wohnungsloser Menschen daher Konzepte notwendig, die eine Brückenfunktion zum Wohnungs- und Arbeitsmarkt haben. Dies kann durch den Ausbau der aufsuchenden Arbeit, niedrigschwelliger interprofessioneller Ambulanzen und ein Entlassungsmanagement der Krankenhäuser, welches die Lebenssituation des obdachlosen Menschen berücksichtigt (Grundsatz ‚ambulant vor stationär‘), gefördert werden.

Die Versorgung von Menschen ohne festen Wohnsitz und insbesondere obdachlosen Menschen erfolgt maßgeblich durch den ehrenamtlichen Einsatz von Ärzt:innen, Zahnärzt:innen und Fachkräften aus anderen Gesundheitsberufen. Um Nachhaltigkeit zu erreichen, erfordert diese Arbeit darüber hinaus Orte, an denen Möglichkeiten zur stationären/ „häuslichen“ Versorgung von Erkrankungen (Infektionen, Wunden, palliative Versorgung) bestehen (vgl. Ärztekammer 2021; Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V. 2016).

---

<sup>1</sup> Laut Mikrozensus waren 2019 rund 61 000 Personen nicht krankenversichert und besaßen auch keinen sonstigen Anspruch auf Krankenversicherung. Dies betrifft insbesondere Männer, Selbständige und Erwerbslose Menschen (0,4 % der Selbständigen sowie 0,8 % der Erwerbslosen). [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/09/PD20\\_365\\_23.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/09/PD20_365_23.html)  
Beim Bundesamt für Soziale Sicherung werden die aggregierten Beitragsrückstände in der Sozialversicherung auf Grundlage der von den Krankenkassen erstellten Monatsabrechnungen aufgezeigt (siehe auch Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage der Fraktion Die Linken im Bundestag (Drucksache 19/4754; <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/047/1904754.pdf>))  
<https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/gesundheitsfonds/beitragsaufkommen-und-rueckstaende/>, siehe auch Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage der Fraktion Die Linken im Bundestag (Drucksache 19/4754; <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/047/1904754.pdf>))

Die Stadt Berlin veröffentlichte 2019 Leitlinien für die Wohnungslosenhilfe und Wohnungslosenpolitik, welche eine Überleitung in die Regelversorgung vorsehen (vgl. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales 2021). Um dieses Ziel zu erreichen, muss der Personenkreis der Menschen ohne festen Wohnsitz im Rahmen von strategischen Überlegungen zur systematischen Gesundheitsförderung und Prävention regelhaft berücksichtigt werden. Die Zusammenführung von bürgerschaftlichem Engagement, Selbsthilfe, und solidarfinanzierten Leistungen in der Kommune (z.B. im Rahmen regionaler Gesundheitskonferenzen, Versorgungsverbänden mit Sozialraumbezug), die finanzielle Absicherung bestehender Strukturen aber auch Maßnahmen zur Qualitätssicherung der ehrenamtlichen Versorgung sind von Bedeutung (vgl. Gerull 2016).

Seit 2002 betreibt die Jenny de la Torre Stiftung mit Unterstützung des Bezirksamtes Berlin-Mitte und anderen finanziellen Mittelgebern ein **Gesundheitszentrum für Obdachlose (GZO)** in Berlin. Ziel ist die "Reintegration von Menschen ohne festen Wohnsitz in unsere Gesellschaft" durch umfassende medizinische, soziale und psychologische Betreuung.

Das **Nostel-Projekt** aus dem Handlungsfeld 3 „Wohnen und Konflikte im Stadtraum“ des Aktionsplans zur Einbeziehung ausländischer Roma im Jahr 2013 (Aktionsplans Roma) hat eine dauerhafte Vermeidung von Wohnungslosigkeit und die Schaffung von wirtschaftlicher und sozialer Stabilität und gesundheitlicher Versorgung bei in Berlin lebenden wohnungslosen Familien mit minderjährigen Kindern ohne Leistungsbezug nach SGB II und XII (mindestens ein Familienmitglied Staatsbürger:in aus einem EU-Land) zum Ziel.

Das **Duschmobil** für Frauen des Sozialdienst Katholischer Frauen (SKF) leistet seit 2019 einen Beitrag zur Entstigmatisierung von Obdachlosigkeit. Über das niedrighschwellige Angebot persönlicher Hygiene unter dem Motto "Wasser, Würde, Wohlbefinden" wird eine Möglichkeit zur Kontaktaufnahme und weiterführender Beratung für Frauen hergestellt.

Ein weiteres Beispiel zur Schnittstellenförderung bilden die **Jugendberufsagenturen (JBA)**, welche zur ganzheitlichen Unterstützung für alle jungen Menschen am Übergang Schule – Beruf zur Vermeidung von Arbeitslosigkeit und damit einhergehenden Folgen eingerichtet wurden. Zum Aufgabenspektrum der JBA gehört u.a. das Angebot sozialintegrativen Leistungen (nach § 16a SGB II), d.h. Sucht- und Schuldner:innenberatungen sowie psychosoziale Betreuung (vgl. Neander 2019; Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie o.J.).

#### 4.2.2. Struktureller Rassismus, Migration und Flucht

Im Rahmen des Projektes Improving Health Monitoring in Migrant Populations (IMIRA) am Robert Koch-Institut (RKI) wurden erhebliche Probleme im Bereich der interpersonellen und strukturellen Diskriminierung herausgestellt:

*Interpersonelle und strukturelle Diskriminierung spielt eine entscheidende Rolle für die körperliche und mentale Gesundheit. Dabei können Personen von rassistischer Diskriminierung (beispielsweise aufgrund von Herkunft, Aussehen, Akzent, Namen) betroffen sein, ohne selbst einen der derzeitigen Definition des Mikrozensus entsprechenden Migrationshintergrund aufzuweisen. (vgl. Schumann et al. (2019), siehe auch Nationaler Aktionsplan gegen Rassismus (BMI 2017))*

Laut Mikrozensus hat etwa ein Viertel (23,6%) der in Deutschland lebenden Bevölkerung entweder selbst oder mindestens ein Elternteil eine andere als die deutsche Staatsangehörigkeit (vgl. Bartig et al. 2019). Die Gesundheit von Menschen mit Migrationserfahrung und Menschen mit Fluchterfahrung ist durch vielerlei Faktoren beeinflusst. Sowohl im Ursprungsland als auch während des Prozesses der Migration, sowie im Zuzugsland können Einfluss auf den gesundheitlichen Zustand haben. Menschen mit Fluchterfahrung (Geflüchtete) machen zudem häufig sowohl im Ursprungsland, als auch auf der Flucht traumatische Erlebnisse, die zu psychischer Belastung führen können (vgl. Bozorgmehr et al. 2016; Lampert et al. 2016; Razum et al. 2018; Razum und Brzoska 2020).

Auch der Zugang zum Gesundheitssystem kann durch sprachliche Barrieren, kulturell unterschiedliche Ausgestaltung medizinischer Versorgung und deren Inanspruchnahme, sowie durch die Erfahrung von strukturellem Rassismus im Gesundheitssystem (vgl. Schranz 2018; Bartig et al. 2019; Wanger 2020) und die Vorgaben zur Inanspruchnahme für Asylsuchende gemäß dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)<sup>2</sup> erschwert sein.

---

<sup>2</sup> In den ersten 18 Monaten des Aufenthaltes in Deutschland sind Asylsuchende nicht krankenversichert, sondern haben laut § 4 AsylbLG Anspruch auf Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt, sowie Akutversorgung. Die Leistungsvereinbarung innerhalb dieser ersten 18 Monate wird über die Ausgabe spezieller Behandlungsscheine durch die Sozialversicherungsträger kommunal unterschiedlich geregelt. ([https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse\\_themen/asylbewerber/20160527\\_Bundesrahme\\_nempfehlung\\_Asylsuchende\\_264\\_Abs\\_1\\_SGB\\_V.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/asylbewerber/20160527_Bundesrahme_nempfehlung_Asylsuchende_264_Abs_1_SGB_V.pdf); [https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/fluechtlinge\\_asylbewerber/fluechtlinge.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/fluechtlinge_asylbewerber/fluechtlinge.jsp))

Menschen, die über keinen rechtlich anerkannten Status in Deutschland verfügen („undokumentierte Migrant:innen“, „Illegalisierte“) riskieren darüber hinaus durch den Kontakt zum Gesundheitssystem in den Fokus staatlicher Behörden zu kommen (vgl. Razum und Brzoska 2020).

Der **Gemeinde Dolmetsch Dienst (GDD)** ist eine zentrale Anlaufstelle in Berlin für Sprach- und Kulturmittlung im ÖGD sowie für freie Träger und Einrichtungen der Gesundheits-, Bildungs- und Sozialversorgung im Berliner Raum. Durch den GDD können auf Gesundheitsthemen spezialisierte freiberufliche Honorar-Dolmetscher:innen in bis zu 50 Sprachen und Dialekten vermittelt werden.

Einen weiteren Beitrag leisten Integrationslotsenprojekte wie z.B. das **Interkulturelle Aufklärungsteam Neukölln (IKAT)**, welches durch Gesundheitsmittler:innen und mobile hausärztliche Beratung im Bezirk Neukölln Aufklärungsarbeit zur Sars-CoV-2-Prävention und den geltenden Infektionsschutzbestimmungen macht.

Der **Checkpoint Berlin** bietet als Teil der *Fast-Track Cities Initiative To End Aids* niedrigschwellige Angebote auf Deutsch, Englisch, Arabisch, Farsi und Russisch zu sexueller Gesundheit und entsprechender medizinischer Behandlung, sowie zu Substanzkonsum oder queeren Themen. Während die Einrichtung sich regulär an Männer, die Sex mit Männern haben/ schwule Männer richten, wird am letzten Samstag im Monat ein exklusives Angebot für Menschen, die sich als trans\*, inter\* oder nicht-binär identifizieren, gemacht.

#### 4.2.3. Menschen mit Behinderungen

Im Jahr 2009 wurde die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen - UN-BRK – für Deutschland ratifiziert. Alle 16 Bundesländer sind aufgefordert, in ihrer Zuständigkeit Aktionspläne zur Umsetzung der UN-BRK auf Länderebene auszuarbeiten. Die UN-BRK bezieht sich nicht nur auf die individuellen Voraussetzungen, sondern die Wechselwirkung mit haltungs- und umweltbedingten Barrieren welche als Behinderung bezeichnet werden. Die Förderung von individuellen Ressourcen und gelingende Interaktion zwischen Individuum und materieller und sozialer Umwelt unterstützt Menschen entsprechend diesem bio-psycho-sozialen Modell darin, selbstbestimmt und gleichberechtigt in allen Lebensbereichen teilhaben zu können. Besondere Barrieren und Herausforderungen können für Menschen mit Behinderungen im Zugang zur Gesundheitsversorgung bestehen.

Auf Grundlage des TSVG sind die KVen verpflichtet, bundesweit einheitlich über den barrierefreien Zugang zur Versorgung zu informieren (§ 75 Absatz 1a Satz 2 SGB V). Entsprechend informiert die KV Berlin auf ihrer Online-Präsenz zum Grad der Barrierefreiheit von Praxen nach Selbstauskunft der Ärzt:innen. Deutschlandweit erfüllten die Kriterien des

barrierefreien Zugangs 2016 laut 2. Bundesteilhaberbericht der Bundesregierung nur 11% der Arztpraxen (vgl. Engels 2017).

Gesundheitsförderung ist eine Voraussetzung für eine chancengerechte Teilhabe an der Gesellschaft für Menschen mit Behinderung und wird in der UN-Behindertenrechtskonvention (u. a. Art. 26) explizit eingefordert. Die Lebenswelt Kommune bietet über Wohneinrichtungen wie Wohnheime, ambulantes Wohnen oder betreutes Einzelwohnen sowie Werkstätten, Schulen, Sportvereine oder andere Freizeiteinrichtungen die Möglichkeit, Netzwerkstrukturen für die Erreichbarkeit der vielfältigen Gruppe der Menschen mit Behinderungen zu etablieren.

Wohnortnahe, barrierefreie und flächendeckende Versorgung mit Präventions-, Gesundheits-, Rehabilitations- und Pflegeangeboten schaffen Medizinische Zentren im Sinne des § 119c SGB V. Ein **medizinisches Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB)** der Cooperative Mensch mit einem multiprofessionellen Team wurde 2020 in Berlin eröffnet.

#### 4.2.4. Gewalt im sozialen Nahraum (sog. Häusliche Gewalt)

Das Übereinkommen des Europarats zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (Istanbul Konvention) ist seit dem 1. Februar 2018 in Deutschland geltendes Recht. Die Istanbul Konvention fokussiert strukturellen Ursachen von Gewalt gegen Frauen und enthält konkrete Maßnahmen zur Anpassung des Hilfesystems und zur Kooperation der verschiedenen Beteiligten. Die Umsetzung der Istanbul Konvention bietet die Chance, einen öffentlichen Diskurs über veraltete Rollenbilder zu führen, gesellschaftlichen Wandel anzustoßen und geschlechtsspezifische Gewalt strukturell zu verhindern.

Hausärztliche und Notfallmedizinische Versorgung ist eine der wesentlichen Schnittstellen Gewalt betroffener Menschen zum Hilfesystem. Scham und bestehende Abhängigkeitsverhältnisse sind Gründe, warum Gewalterfahrungen häufig nicht direkt thematisiert werden. Das Wahrnehmen von Symptomen und direkte Ansprechen der Betroffenen Menschen auf die Ursache, sowie die Dokumentation der Gewaltfolgen und die Weiterleitung an entsprechende Fachberatungsstellen sind Möglichkeiten für Ärzt:innen hier unterstützend einzugreifen (vgl. Amin et al. 2017; WHO 2013; siehe auch S.I.G.N.A.L. e.V.). 2019 wurde von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung der **Runder Tisch zur Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt** eingerichtet.

#### 4.2.5. Senior:innen

Auch Senior:innen sind nicht grundsätzlich als Bevölkerungsgruppe zu begreifen, die von Marginalisierung betroffen ist. Mit zunehmender Lebenserwartung ist jedoch auch vermehrte

Pflegebedürftigkeit von älteren und hochaltrigen Menschen verbunden. In Kombination mit anderen Merkmalen (z.B. Migrationserfahrung, Armut, Multimorbidität) ist die Sicherstellung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Versorgung vor Herausforderungen erforderlich. Bedingt durch den Rückgang informeller Pflege und zunehmender Alterseinsamkeit kommt der Stärkung familienunabhängiger „Sorgenetzwerke“ (Caring Communities) (vgl. BMFSFJ 2016; Klein 2018; Klie 2020) besondere Bedeutung zu. Die an der Versorgung von alten und hochalten Menschen und ihre Angehörigen beteiligten Berufsgruppen (z.B. Hausärzt:innen, Pflege, Heilmittelerbringer) sind besonders gefordert, die Beteiligung am bestehenden Hilfesystem und den Zugang zu Ansprüchen sicherzustellen (siehe auch Pflegeunterstützungsverordnung – PUVO).

Ein Modellprojekt im Raum Berlin sind die **Interkulturelle BrückenbauerInnen in der Pflege**. Mittels der interkulturell geschulten Brückenbauer:innen wird die Kommunikation zwischen Pflegebedürftigen Senior:innen, (pflegenden) Angehörigen und Versorgungserbringenden (Pflege, Arzt:innen, Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK)) gestärkt und Menschen über ihre Ansprüche und das vorhandene Hilfesystem informiert.

Auch das Bundesmodellprojekt **Hilfelotse-Berlin** unterstützt bei der Vermittlung gesundheitlicher und sozialer Hilfsangebote in Berlin. Über eine digitale Oberfläche lassen sich hier Informationen für die professionelle Beratungstätigkeit insbesondere der **Pflegestützpunkte Berlin** abrufen. Träger der Pflegestützpunkte Berlin sind seit 2009 auf Basis des Landesrahmenvertrages gemäß § 7c Abs. 6 SGB XI (Pflegeversicherung) die Berliner Kranken- und Pflegekassen sowie das Land Berlin.

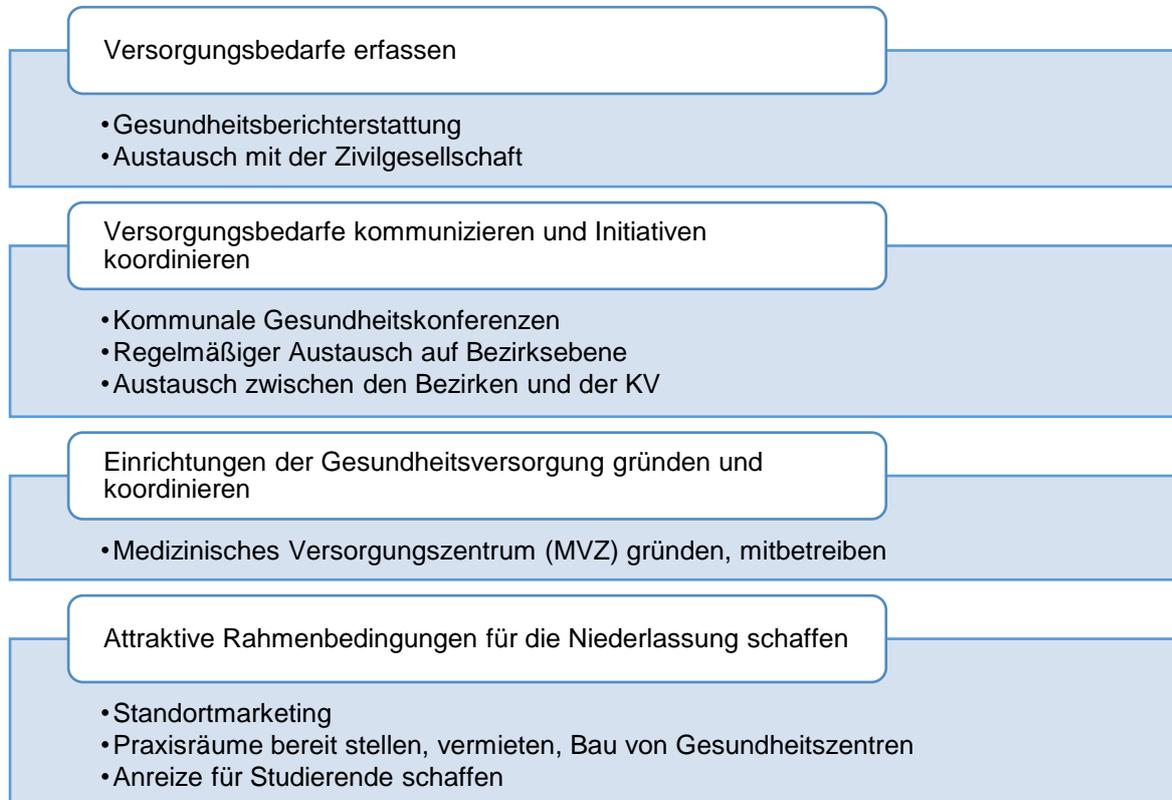
Das **digitale Senioren-Magazin** „Spätlese“ ist Teil der Arbeit der an die Stadtteilzentren im jeweiligen Sozialraum angegliederten Sozialkommissionen des Bezirkes Marzahn-Hellersdorf, welches zweimonatlich Wissenswertes aus dem Bezirk Marzahn-Hellersdorf vermittelt. Die Sozialkommissionen der Bezirke unterstützen Senior:innen darin, selbst gestaltet und aktiv zu altern, helfen Vereinsamung vorzubeugen und vorzeitige Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Der Verein „Soziale Gesundheit“ bietet **soziale Beratung in Hausarzt:innenpraxen in Lichtenberg** an. Das Bezirksamt Lichtenberg unterstützt seit 2013 das Projekt, seit 2020 (Laufzeit 3 Jahre) gewährt die Stiftung Deutsche Klassenlotterie Berlin (Stiftung-DKLB) finanzielle Förderung. Zielgruppe für die Beratung sind insbesondere Senior:innen und ihre Angehörigen. Die Beratungsinhalte umfassen soziale Probleme, die mit dem Älterwerden zusammenhängen, rechtliche Fragen nach einem Klinikaufenthalt, Familienkonflikte oder das Ausfüllen von Antragsformularen (vgl. Müller 2018, Voß 2020). Die soziale Beratung wurde in enger Zusammenarbeit mit einer Hausärztin gegründet, die gleichzeitig staatlich anerkannte

Sozialarbeiterin ist. Das Projekt wird durch einen ehrenamtliche Besuchs- und Betreuungsdienst unterstützt und gut angenommen.

## 5. Optionen der kommunalen Steuerung/Einflussnahme

Während die Kommunen bei den Pflichtaufgaben, die vom Bund oder Land vorgeschrieben sind (wie zum Beispiel Bedarfsplanung), nur einen geringen Einfluss ausüben können, besteht bei der Umsetzung von freiwilligen Aufgaben ein größerer Handlungsspielraum (vgl. Kuhn & Amelung 2015). So können die Kommunen alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung regeln (Artikel 28 Absatz 2 Grundgesetz). Hierzu zählt auch die ärztliche Gesundheitsversorgung als Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge. Im Folgenden wird dargelegt, wie die Kommunen bzw. Bezirke, den Handlungsspielraum dieser freiwilligen Aufgaben nutzen können, um die ambulante Versorgungssituation und damit die Voraussetzungen für gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern. So können die Kommunen mit der Gesundheitsberichterstattung einen wichtigen Beitrag leisten, um die Versorgungsbedarfe zu erfassen. Darüber hinaus können Sie eine zentrale Rolle in der Kommunikation der identifizierten Versorgungsbedarfe leisten. Seit einigen Jahren ermöglicht die Gesetzgebung den Kommunen sogar, in die Rolle des Gesundheitsversorgers zu treten und selbst Medizinische Versorgungszentren zu gründen. Abbildung 2 gibt einen Überblick über mögliche Optionen der kommunalen Steuerung, die im Folgenden näher erläutert werden



**Abbildung 2** Optionen der kommunalen Steuerung / Einflussnahme

## 5.1. Versorgungsbedarfe erfassen: Gesundheitsberichterstattung

Einen wichtigen Stellenwert in der Einflussnahme auf die Planung der ambulanten Versorgung nimmt die Gesundheitsberichterstattung ein. Die Bezirke können die Gesundheitsberichterstattung nutzen, um über die Bedarfsplanung hinaus, Informationen zum lokalen Versorgungsbedarf und innerbezirklichen Variationen in der Versorgung zu generieren und so die verschiedenen Akteure aus Politik und Zivilgesellschaft zu informieren.

Ein Beispiel für die Integration von Indikatoren zur gesundheitlichen Versorgung in die GBE auf Bezirksebene liefert der Basisgesundheitsbericht des Bezirks Berlin Mitte aus dem Jahr 2006 (vgl. Butler 2006). Hier werden u.a. die Versorgungsgrade für die Regionen in Mitte aufgeschlüsselt, um die innerbezirklichen Variationen in der Versorgung aufzuzeigen. Der Basisgesundheitsbericht zeigt auf, dass vor allem in sozial belasteten Quartieren Unterversorgung gemessen wurde.

Die Gesundheitsberichterstattung kann eine wichtige Grundlage für Verhandlungen mit den für die Bedarfsplanung und Zulassung zuständigen Gremien liefern, indem sie datenbasiert und nachvollziehbar, Variationen im Zugang zur ambulanten Versorgung innerhalb und zwischen den Bezirken aufzeigt. So können Versorgungsbedarfe identifiziert und gezielt adressiert werden. Gesundheitsberichterstattung kann die (von der Zivilgesellschaft geäußerte) subjektive Wahrnehmung von Lücken im wohnortnahen Zugang zur ambulanten Versorgung mit wissenschaftlicher Evidenz untermauern.

## 5.2. Versorgungsbedarfe kommunizieren und Initiativen koordinieren

Die, der Kommune (z.B. durch die Gesundheitsberichterstattung) bekannten Versorgungsbedarfe sollten, im Rahmen eines öffentlichen Prozesses den zentralen Akteuren in der ambulanten Versorgung (vgl. Tabelle 1) kommuniziert werden. Als Gremium eignen sich hierfür die in Kapitel 3.3 dargestellten **kommunalen Gesundheitskonferenzen**. Kommunalvertreter:innen sollten sich mit Vertreter:innen der KVen vernetzen. Das ist insbesondere wichtig, um z.B. Sonderbedarfe, die dem Bürgermeister bekannt sind, zu kommunizieren und um Zulassungsausschuss zwischen der KV und den Krankenkassen anerkennen zu lassen.

Ein weiterer Ansatz kann in der Etablierung eines regelmäßigen Austauschs zwischen den Bezirken zur Verbesserung der Versorgungssituation liegen. So können die Bezirke zum Beispiel gemeinsam Standards entwickeln, um Handlungsbedarfe bzgl. der Versorgung zu identifizieren (z.B. maximal zurücklegbare Distanz / Fahrzeit zum nächstgelegenen Haus- oder Facharzt). Dieses Vorhaben könnte sich z.B. an der Regionalstrategie Daseinsvorsorge einer Modellregion in Mitte Niedersachsen orientieren (vgl. Fichtner 2013).

### 5.3. Einrichtungen der Gesundheitsversorgung gründen und koordinieren

Eine besondere Option der Einflussnahme auf die ambulante Versorgung besteht über die Bildung von lokalen Zentren zur Koordination von ärztlichen und weiteren Gesundheitsleistungen (vgl. z.B. das Modellprojekt Gesundheitskollektiv Berlin e.V.). Damit kann die Kommune zum einen Ärzt:innen für eine Niederlassung in Ihrer Region gewinnen und zum anderen dazu beitragen, die Versorgung durch verschiedene Fachrichtungen und Disziplinen in der Region zu koordinieren.

Seit einigen Jahren kann die Kommune selbst als Gesundheitsversorger aktiv werden, indem sie, mit der Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), eine eigene Einrichtung zur unmittelbaren Versorgung der Versicherten betreibt (vgl. § 105 Abs. 5 SGB V). Mit den MVZs wird an die lange und gut etablierte Tradition der Polikliniken der DDR angeknüpft.

Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz im Jahr 2015 wurden die Voraussetzungen für die Gründung kommunaler MVZ erleichtert. Während sie zuvor nur in begründeten Ausnahmefällen ein MVZ gründen konnten (insbesondere, wenn die Versorgung andernfalls nicht sichergestellt werden kann (§ 105 Abs. 5 Satz 2 SGB V)), sind Kommunen seit 2015 regelhaft zulässige Träger von MVZ (§ 95 Abs. 1a SGB V). Eine explizite Zustimmung der KV ist seitdem ebenfalls nicht mehr erforderlich.

Ein Vorteil der Regelungen des Versorgungsstärkungsgesetzes zur Gründung von MVZ durch die Kommune ist, dass es den Kommunen damit möglich ist, Ärzt:innen selbst anzustellen und so potenziell gegen lokale Unterversorgung selbst vorzugehen. Die Anstellung über ein MVZ ist attraktiv für junge Ärzt:innen (vgl. Absolventenbefragungen, z.B. der Landesärztekammer Hessens). Das liegt u.a. daran, dass Ärzt:innen in Anstellung weniger finanzielle Risiken tragen müssen und auch weniger administrative Hürden in ihrer Arzttätigkeit überwinden müssen.

Um ein MVZ zu gründen und zu managen, müssen bei der Kommune die entsprechenden Management-Kompetenzen vorhanden sein oder gefördert werden. Dies ist auch vor dem Hintergrund der Übernahme der wirtschaftlichen Verantwortung für das MVZ durch die Kommune relevant. Darüber hinaus muss die Kommune die Ressourcen zur Finanzierung des MVZs mobilisieren. Die Kommunen können selbst entscheiden, in welcher Organisationsform sie die Einrichtung betreiben. Mögliche Organisationsformen sind öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierte Träger sowie organisatorisch verselbstständigte Eigenbetriebe (vgl. Deutscher Bundestag 2018). Es können sich auch mehrere Kommunen zusammenfinden, um ein MVZ gemeinsam zu betreiben. Voraussetzung

ist, dass das MVZ durch einen ärztlichen Leiter geführt wird. Einen **Handlungsleitfaden** für die Gründung eines MVZ liefert eine Studie der Universität Regensburg, die vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege in Auftrag gegeben wurde (vgl. Kingreen & Kühling 2018).

In Berlin gibt es aktuell noch kein kommunal geführtes MVZ. Die Bezirke Neukölln und Lichtenberg haben angekündigt, ein MVZ gründen zu wollen, um die lokale Versorgungssituation zu verbessern. Allerdings ist es aufgrund der komplizierten rechtlichen Regelungen zwischen dem Land Berlin und den Bezirken bisher noch nicht zu einer Gründung gekommen (vgl. Misslbeck 2019).

#### 5.4. Attraktive Rahmenbedingungen zur Niederlassung schaffen

Neben der Gesundheitsberichterstattung und der Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums können die Kommunen auch aktiv werden, indem sie attraktive Rahmenbedingungen für die Niederlassung in unterversorgten Gebieten schaffen. Wie im Kapitel 2 dargestellt, haben die Kommunen bzw. Bezirke derzeit zwar nur ein eingeschränktes Mitspracherecht bzw. einen geringen Einfluss auf die Umsetzung der Bedarfsplanung. Die Bedarfsplanung ist jedoch nur ein Baustein in der Sicherstellung einer wohnortnahen ärztlichen Versorgung. Allein durch die Regulation der Bedarfsplanung lassen sich die regional variierenden Anreize zur Niederlassung nicht ausgleichen. Neben der Regulierung durch die Bedarfsplanung bedarf es daher weiterer Faktoren, die die Ansiedlungsbereitschaft von Ärzt:innen in bisher weniger attraktiven Regionen fördern. Befragungen und Untersuchungen zum Standortwahlverhalten zeigen, dass insbesondere die folgenden Faktoren bei der Standortwahl durch Mediziner:innen berücksichtigt werden (vgl. Kistemann & Schröer 2007; Roick et al. 2012):

- Rahmenbedingungen und Wohnumfeld (auch für Kinder und Familie (z.B. Verfügbarkeit von Schulen und Kitas, Arbeitsmöglichkeiten für ‚significant other‘))
- Finanzielle Bedingungen und Optionen (z.B. Mietpreise für Praxisräume, Investitionskosten, Anteil privat Versicherter)
- Angebot an Freizeit- und Erholungsmöglichkeiten und Kultur
- Berufliche Kooperationsmöglichkeiten (z.B. Nähe zu Krankenhaus und (weiteren) Fachärzt:innen, gemeinsame Nutzung von Geräten, günstige Wettbewerbssituation)

Einige dieser Faktoren (wie zum Beispiel der Anteil der privat Versicherten) können durch die Kommunen bzw. Bezirke nicht beeinflusst werden. Trotzdem lassen sich aus diesen Erkenntnissen einige Handlungsempfehlungen für Bezirke zur Förderung von Niederlassung in ihren Bezirken generieren (vgl. Langer et al. 2015).

So kann der Bezirk Ansprechpartner der Ärzt:innen sein und z.B. durch Bereitstellung von oder bei der Suche nach Praxisräumen, Wohnungen und Plätzen in Kita und Schule unterstützen. Darüber hinaus kann der Bezirk aktives Standortmarketing im Sinne von Imagekampagnen betreiben, um die ärztliche Niederlassung zu unterstützen. Dies könnte zum Beispiel in Form von Plattformen/ Webseiten eingerichtet werden, die sich an Medizinstudierende und approbierte Ärzt:innen wenden. Neben der Werbung für den Standort können solche Plattformen auch als niedrigschwellige Möglichkeit der Kontaktaufnahme fungieren und über Hilfsangebote informieren (wie z.B. finanzielle Förderung, Unterstützung bei der Suche nach Betreuungsplätzen für die Kinder etc.) (vgl. Kuhn & Amelung 2015). Bisher wurden solche Internetplattformen vor allem zur Förderung der Niederlassung im ländlichen Raum veröffentlicht (vgl. z.B. <https://www.aerzte-in-den-kreis-borken.de/index.php?id=268>). Dieser Ansatz ließe sich jedoch auch auf die Bezirksebene innerhalb einer Stadt übertragen.

Eine finanzielle Förderung kann zum Beispiel über Zuschüsse bei der Praxisgründung oder die Gewährung von Darlehen ausgestaltet sein. Es bestehen jedoch strukturelle Unsicherheiten bzgl. des Ausmaßes, in dem Kommunen die ärztliche Versorgung subventionieren dürfen. So ist im Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union festgehalten, dass kommunale Beihilfen nicht den Wettbewerb verfälschen dürfen. Daher müssen hier wettbewerbsrechtliche Rahmenbedingungen berücksichtigt werden (vgl. Kuhn et al. 2017).

Darüber hinaus können Anreizsysteme für Studierende in Kooperation mit dem Kompetenzzentrum Weiterbildung Berlin zur Unterstützung der allgemeinmedizinischen Facharztausbildung, z.B. in Form finanzieller Unterstützung oder der Bereitstellung von Wohnraum bei Blockpraktika und Praktischem Jahr in weniger versorgten Stadtteilen eine Niederlassung fördern (vgl. Zimmermann 2021).

## 6. Fazit

Die Steuerung der ambulanten Versorgung durch kommunale Akteure ist eine komplexe Herausforderung, welche die Kommunalpolitik vor vielfach kaum lösbare Anforderungen stellt. Einerseits steht insbesondere Kommunalpolitik unter hohem Druck, weil von ihr die Sicherstellung einer breiten und niedrighschwelligigen Versorgung erwartet wird. Wenn in der Bevölkerung Versorgungslücken wahrgenommen werden, sind Kommunalvertreter:innen die ersten Adressat:innen entsprechenden Unmuts. Die kommunalen Handlungsmöglichkeiten sind, insbesondere was die "großen Lösungen" angeht, jedoch deutlich begrenzt. Dies gilt in besonderem Maße für das Land Berlin mit seiner zweigestuften Kommunalfunktion bei den Bezirken und der landesweiten Senatsverwaltung.

Diese Steuerungsproblematik ist bundesweit thematisiert und wird in verschiedenen Maßnahmen aufgegriffen. Dabei liegt das Zentrum der Aktivitäten jedoch weniger im städtischen (auch kaum im städtisch peripheren) Raum, sondern insbesondere in der Frage der ländlichen Versorgung. Hier ergriffene Maßnahmen etwa der Digitalversorgung, der dezentralen Ausbildung oder zur Anreizbildung für Niederlassungen sind für den städtischen Bereich ebenfalls interessant, aber als Strukturbildungsmaßnahmen nur begrenzt geeignet.

Im Land Berlin gibt es über die Landesausschüsse und entsprechende Vereinbarungen von Land, Kostenträgern und Leistungserbringern (etwa dem "Letter of Intent" der *Arbeitsgruppe zur Bedarfsplanung*) verschiedene Initiativen zur verstärkten regionalen Steuerung. So wichtig diese Maßnahmen sind, so schwer ist ihre nachhaltige Implementierung.

Dies verweist darauf, dass der Kommunalpolitik eine wichtige Rolle dahingehend zukommt, regionale Steuerungsprozesse mit Maßnahmen der indirekten Politikgestaltung zu flankieren. Dazu gehören Anreizsetzungen, aber auch Formen der öffentlichen Diskursivierung etwa über Fachexpertisen sowie Fachforen unter Bürger:innenbeteiligung, mit denen Fragen regionaler Bedarfe und Bedürfnisse breit thematisiert werden können. Die hier aufgelisteten Beispiele zeigen, wie mühsam und aufwändig entsprechende Ansätze sind; sie verweisen aber zugleich auf substanzielle Erfolge, etwa hinsichtlich der verbesserten Versorgung für vulnerable Gruppen. Auch die Sicherstellung eines breiten Angebotes in oft unterversorgten Regionen und Sozialräumen, insbesondere bei spezialisierten Versorgungsangeboten mit hoher Nachfrage wie etwa einzelnen fachmedizinischen Angeboten, ist eine Aufgabe, denen die Kommune mit einer Palette von öffentlicher Thematisierung über niedrighschwellige Anreizsystemen bis hin zu konkreten Rahmenvereinbarungen mit Verbänden der Leistungserbringung begegnen kann – ein mühsames, aber im Ergebnis lohnendes Bemühen,

das in entsprechenden Bilanzen kommunaler Tätigkeiten regelmäßig herausgestellt werden sollte.

## 7. Empfehlungen für die Berliner Landespolitik

Als Quintessenz der Ausführungen in unserer Expertise möchten wir abschließend folgende Empfehlungen für die Berliner Landespolitik anregen, um die bezirklichen Bedarfe und ihre Interessenvertretung zu stärken:

1. Eine Ergänzung des Berliner Landesgremiums gemäß § 90 a SGB V mit Vertreter:innen der Bezirke als zusätzlich Teilnehmende
2. Eine Erarbeitung von Datengrundlagen im Landesgremium, die eine kleinräumige Analyse und Planung ermöglichen (Versorgungsgrade für die Arztgruppen im kleinräumigen Planungssystem und Spiegelung mit der Demographie und Sozialstruktur)
3. Eine stärkere Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor als zu priorisierende Zielsetzung des Berliner Landesgremiums gemäß §90 a SGB V einschl. entsprechenden Ansätzen zur formativen Evaluation der ambulanten Versorgung und ihres Schnittstellenmanagements
4. Eine personelle und strukturelle Aufwertung der bezirklichen Gesundheitsämter, insb. der QPKs, mit dem Ziel einer verbesserten Datenlage insb. hinsichtlich der Bedarfe vulnerabler Bevölkerungsgruppen, einer breiteren Koordination sowie verstärkter Diskursivierung über Öffentlichkeitsarbeit/ öffentliche Transparenz sowie durch bezirkliche Gesundheitskonferenzen und weitere Abstimmungsgremien.

## Danksagungen

Für die Beauftragung der Expertise bedanken wir uns beim Kommunalpolitischen Forum e.V.

Für zahlreiche Hintergrundgespräche sowie Kommentare, Anregungen und Anmerkungen zu dieser Expertise bedanken wir uns bei Petra Brangsch, Jeffrey Butler, Bezirksstadträtin a.D. Prof. Dr. Eva Luber, Lena Plamp, Prof. Dr. Gerhard Meinschmidt, Bezirksbürgermeisterin Dagmar Pohle sowie den Kolleg:innen an der Berlin School of Public Health und unseren Projektteams an der Alice Salomon Hochschule und der TU Berlin.

## Weiterführende Informationen und Links zu den Modellprojekten

### **Bedarfsplan für Berlin:**

<https://www.kvberlin.de/fuer-praxen/zulassen-niederlassen-in-berlin/bedarfsplan-fuer-berlin>

### **Bürgerdialog Pflege 2030 der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung**

<https://www.berlin.de/sen/pflege/grundlagen/pflege-2030/>

### **Checkpoint Berlin**

<https://checkpoint-berlin.de/>

Siehe auch: <https://www.berlin.de/rbmskzl/politik/internationales/taedtenetzwerke/fast-track-cities/artikel.497509.php>

### **Duschmobil für Frauen des Sozialdienst Katholischer Frauen (SKF)**

<https://duschmobil.de/>

### **Gemeinde Dolmetsch Dienst (GDD)**

<https://www.gemeindedolmetschdienst-berlin.de/>

### **Gesundheitskiosk in Billstedt-Horn:**

<https://gesundheit-bh.de/>

### **Gesundheitskollektiv Berlin e.V. (GeKo):**

<https://www.geko-berlin.de/>

### **Kommunal geführtes MVZ in Schwarzenborn:**

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

### **Hilfelotse Berlin**

<https://www.hilfelotse-berlin.de/>

Siehe auch: <https://www.desi-sozialforschung-berlin.de/uploads/Integrationslotsenprojekte-in-Deutschland-BF01.pdf>

### **Imagekampagne Ärzte in den Kreis Borken:**

<https://www.aerzte-in-den-kreis-borken.de/index.php?id=268>

### **Interkulturelle BrückenbauerInnen in der Pflege**

[https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte/pflege\\_abgeschlossene\\_projekte\\_8/i\\_bjp.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte/pflege_abgeschlossene_projekte_8/i_bjp.jsp)

<https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/interkulturelle-brueckenbauerinnen-in-der-pflege-modellprojekt/>

### **Interkulturelles Aufklärungsteam Neukölln**

<https://www.chance-berlin.com/index.php/unsere-angebote/interkulturelles-aufklaerungsteam-gesundheitsmittler>

### **Jenny de la Torre Stiftung**

<https://www.delatorre-stiftung.de/>

### **Jugendberufsagenturen (JBA)**

<https://www.berlin.de/sen/bildung/schule-und-beruf/jugendberufsagentur/>

Siehe auch: [http://www.neukoelln-jugend.de/redsys/images/Neander/jba/BA\\_Neukoelln\\_Jugendberufshilfe\\_WEB.pdf](http://www.neukoelln-jugend.de/redsys/images/Neander/jba/BA_Neukoelln_Jugendberufshilfe_WEB.pdf)

### **KV Berlin zum Grad der Barrierefreiheit von Praxen**

<https://www.kvberlin.de/fuer-patienten/arzt-und-psychotherapeutensuche/barrierefreiheit>

### **Medizinisches Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) der Cooperative Mensch**

<https://www.cooperative-mensch.de/mzeb>

Siehe auch: [https://www.paritaet-berlin.de/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/Aktuelles/2015/2015\\_12\\_16\\_Gutachten\\_MZEB.pdf](https://www.paritaet-berlin.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Aktuelles/2015/2015_12_16_Gutachten_MZEB.pdf).

### **MVZ Schwarzenborn**

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

### **Nostel-Projekt**

<http://phinove.org/phinove-e-v-projekt-nostel/>

Siehe auch: [https://minor-wissenschaft.de/wp-content/uploads/2019/12/Minor\\_EvAP\\_Berliner-Praxisbeispiele-zur-Einbeziehung-ausl%C3%A4ndischer-Roma-und-zur-Bek%C3%A4mpfung-von-Antiziganismus\\_2019.pdf](https://minor-wissenschaft.de/wp-content/uploads/2019/12/Minor_EvAP_Berliner-Praxisbeispiele-zur-Einbeziehung-ausl%C3%A4ndischer-Roma-und-zur-Bek%C3%A4mpfung-von-Antiziganismus_2019.pdf)

### **Pflegestützpunkte Berlin**

<https://www.pflegestuuetzpunkteberlin.de/>

### **Runder Tisch zur Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt Geschäftsstelle S.I.G.N.A.L. e.V.**

<https://www.berlin.de/sen/gpg/service/presse/2019/pressemitteilung.776047.php>

Siehe auch: <https://www.signal-intervention.de/>

### **Senioren-Magazins „Spätlese“**

[www.magazin-spaetlese.net](http://www.magazin-spaetlese.net)

**Verein „Soziale Gesundheit“**

<https://www.sozialegesundheits.de/>

## Literaturverzeichnis

- Albrecht, M., Brenck, A. & Ochmann, R. (2017). Ambulante ärztliche Versorgung in den Berliner Bezirken Lichtenberg und Neukölln - Grundlagen für die Entwicklung eines Versorgungskonzepts. doi:10.13140/RG.2.2.29732.68487. Verfügbar unter: [https://www.berlin.de/ba-neukoelln/assets/dokumente/abteilung-gesundheit/studie\\_webversion.pdf](https://www.berlin.de/ba-neukoelln/assets/dokumente/abteilung-gesundheit/studie_webversion.pdf)
- Alisch, M. & Kümpers, S. (2018). Gesundes Altern angesichts von Ungleichheit? Kommunale und sozialräumliche Aufgaben. In: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 52: Die Kommune als Ort der Gesundheitsproduktion. Argument-Verlag, Hamburg. S. 42-59.
- Amin, P., Buranosky, R. & Chang, J. C. (2017). Physicians' Perceived Roles, as Well as Barriers, Toward Caring for Women Sex Assault Survivors. Women's Health Issues: Official Publication of the Jacobs Institute of Women's Health, 27 (1), 43–49. doi:10.1016/j.whi.2016.10.002
- Amler, M., & Pospiech, S. (2018, September). Kongress Armut und Gesundheit. In Public Health Forum (Vol. 26, No. 3, pp. 209-211). De Gruyter.
- Ärztekammer Berlin (2020). Berliner Ärzt:innen nach Gebietsbezeichnungen und Tätigkeitsarten 2020. Zugriff am 28.4.2021. Verfügbar unter: [https://www.aerztekammer-berlin.de/40presse/30\\_Statistik\\_index/index.htm](https://www.aerztekammer-berlin.de/40presse/30_Statistik_index/index.htm)
- Ärztekammer. (2021). Hilfsorganisationen und -angebote zur medizinischen Versorgung in Berlin. Zugriff am 30.3.2021. Verfügbar unter: [https://www.aerztekammer-berlin.de/10arzt/71\\_Hilfsorganisationen/index.shtml](https://www.aerztekammer-berlin.de/10arzt/71_Hilfsorganisationen/index.shtml)
- Bauer, J., Brueggmann, D., Ohlendorf, D. & Groneberg, D.A. (2016) General Practitioners in German Metropolitan Areas – Distribution Patterns and Their Relationship with Area Level Measures of the Socioeconomic Status. BMC Health Services Research, Zugriff am 30.3.2021. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1921-5>
- Bartig, S., Wengler, A. & Rommel, A. (2019). Gesundheitsberichterstattung zu Menschen mit Migrationshintergrund -Auswahl und Definition von Kernindikatoren. Journal of Health Monitoring 4(3):30–50.doi:10.25646/6437
- Berliner Beirat für Familienfragen. (2017). Berliner Beirat für Familienfragen, Dokumentation der Familienforen. Zugriff am 30.3.2021. Verfügbar unter: [https://familienbeirat-berlin.de/fileadmin/Ver%C3%B6ffentlichungen/Publikationen/PDF/BBFF\\_FFbericht2017\\_web.pdf](https://familienbeirat-berlin.de/fileadmin/Ver%C3%B6ffentlichungen/Publikationen/PDF/BBFF_FFbericht2017_web.pdf)
- Bezirksamt Treptow Köpenick (o.J.) Sorgender Bezirk Treptow-Köpenick – Compassionate Community. Zugriff am 30.3.2021. Verfügbar unter: <https://www.berlin.de/ba-treptow-koepenick/politik-und-verwaltung/service-und-organisationseinheiten/sozialraumorientierte-planungskoordination/artikel.653403.php>

- Böhm, K. & Klinnert, D. (2018). Krankenkassen als Partner der kommunale Gesundheitsförderung und Prävention (FGW-Studie Vorbeugende Sozialpolitik). Düsseldorf: Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung e.V. (Darmstadt). Zugriff am 30.3.2021. Verfügbar unter: [http://fgw-nrw.de/fileadmin/user\\_upload/FGW-Studie-VSP-10-Boehm-2018\\_10\\_08-komplett-web.pdf](http://fgw-nrw.de/fileadmin/user_upload/FGW-Studie-VSP-10-Boehm-2018_10_08-komplett-web.pdf)
- Böhme, C. & Stender, K.P. (2020). Gesundheitsförderung und Gesunde – Soziale Stadt – Kommunalpolitische Perspektive. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. BZGA - Federal Centre for Health Education. Zugriff am 30.3.2021. Verfügbar unter: **doi:10.17623/BZGA:224-i043-2.0**
- Bozorgmehr, K., Noest, S., Thaiss, H. M. & Razum, O. (2016). Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden. Bundesweite Bestandsaufnahme über die Gesundheitsämter. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 59 (5). <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2329-4>
- Bundesärztekammer. (2008). Influenza-Pandemie: Risikomanagement in Arztpraxen Zugriff am 30.3.2021. Verfügbar unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/notfallmedizin/influenza-pandemie/arztinformationen/risikomanagement-in-praxen/>
- Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (BMI). (2017). Nationaler Aktionsplan gegen Rassismus. Positionen und Maßnahmen zum Umgang mit Ideologien der Ungleichwertigkeit und den darauf Bezogenen Diskriminierungen. Zugriff am 30.3.2021. Verfügbar unter: [https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/themen/heimat-integration/nap.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=6](https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/themen/heimat-integration/nap.pdf?__blob=publicationFile&v=6)
- Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (BMI). (2020). Neue Leipzig Charta – Die Transformative Kraft Der Städte Für Das Gemeinwohl. Verabschiedet beim Informellen Ministertreffen Stadtentwicklung am 30. November 2020. Zugriff am 25.4.2021. Verfügbar unter: [https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/veroeffentlichungen/2020/eu-rp/gemeinsame-erklaerungen/neue-leipzig-charta-2020.html?jsessionid=658D42D4BDAB2EAA6E3E5079DBD76EF4.2\\_cid295](https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/veroeffentlichungen/2020/eu-rp/gemeinsame-erklaerungen/neue-leipzig-charta-2020.html?jsessionid=658D42D4BDAB2EAA6E3E5079DBD76EF4.2_cid295).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). (2016). Siebter Altenbericht, 388. Zugriff am 30.3.2021 Verfügbar unter: [https://www.siebter-altenbericht.de/fileadmin/altenbericht/pdf/Der\\_Siebte\\_Altenbericht.pdf](https://www.siebter-altenbericht.de/fileadmin/altenbericht/pdf/Der_Siebte_Altenbericht.pdf)
- van den Bussche, H. (2019). Die Zukunftsprobleme Der Hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends Und Notwendige Maßnahmen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 1129-1137. Zugriff am 30.3.2021, Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00103-019-02997-9>.
- Butler, J. (2006). Gesundheitliche und soziale Lage der Bevölkerung in Berlin-Mitte (Beiträge zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung) (1. Aufl., Berlin. Zugriff am 30.3.2021 Verfügbar unter: <https://docplayer.org/8840850-Gesundheitliche-und-soziale-lage-der-bevoelkerung-in-berlin-mitte-basisgesundheitsbericht.html>

- Butler, J. (2021). LISA II Studie in Berlin-Mitte Lebensqualität, Interessen & Selbständigkeit im Alter. Berichte und Publikationen der OE QPK im Bezirksamt Mitte. Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: <https://www.berlin.de/ba-mitte/politik-und-verwaltung/service-und-organisationseinheiten/qualitaetsentwicklung-planung-und-koordination-des-oeffentlichen-gesundheitsdienstes/publikationen/>
- Claßen, T., Mekel, O. (2020) Fachplan Gesundheit und Leitfaden Gesunde Stadt – Instrumente für eine gesundheitsorientierte kommunale Planung in Nordrhein-Westfalen. In: Böhm, K., Bräunling, S., Geene, R., Köckler, H. (Hrsg.) Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Springer VS. Wiesbaden. 397-405
- Czaja, M., Meinlschmidt, G., Bettge, S. (2012). Sozialindikative Planung der Regionalen Ärztlichen Versorgung. Ein Diskussionsbeitrag für Berlin am Beispiel der Psychotherapeuten und Hausärzte. Gesundheits- und Sozialpolitik, Berlin, Nomos. doi.org/10.5771/1611-5821-2012-3-34
- Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V. (2016). Gesundheitsbericht zur Lage der medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung obdachloser Menschen in Berlin. Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: <https://www.caritas-berlin.de/presse/pressemitteilungen/erster-gesundheitsbericht-zur-medizinischen-versorgung-obdachloser-menschen-in-berlin-58a3935d-93d6-43ca-ab54-59a60c673b>
- Denzin, C. (2000). Bestandsaufnahme und Potentiale der „Gesunden Stadt Kreuzberg“ (Band Berlin-Gesunde Stadt?: Die Diskussion um das Healthy-City-Programm: Neuorientierung für die Berliner Gesundheitspolitik). Zugriff am 30.3.2021. Verfügbar unter: <https://www.abebooks.de/Berlin-Gesunde-Stadt-Diskussion-Healthy-City-Programm-Neuorientierung/30365950655/bd>
- Deutscher Bundestag. (2018). Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Zugriff am 30.3.2021. Verfügbar unter: <https://www.bundestag.de/resource/blob/592582/d4aca46bab1a855ba81fb38a2684dfc2/WD-9-084-18-pdf-data.pdf>
- Elvers, H. D. & Henke, H. (2012). Abschlussbericht der bezirksübergreifenden Arbeitsgruppe „Qualitätszirkel der OE QPK“. Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: <https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:kobv:109-opus-190341>
- Engels, D., Engel, H., Schmitz, A. (2017). Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. TEILHABE – BEEINTRÄCHTIGUNG – BEHINDERUNG. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). Zugriff am 30.3.2021. Verfügbar unter: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/976072/480512/6b249c2a22eb36f7a1ffb1f2029543b9/2017-01-18-teilhabebericht-2016-data.pdf?download=1>
- Evans, D. B., Hsu, J. & Boerma, T. (2013). Universal health coverage and universal access. Bulletin of the World Health Organization, 91 (8), 546-546A. doi:10.2471/BLT.13.125450.
- Fichtner, T. (2013). Regionalstrategie Daseinsvorsorge. Ergebnisse, Konsequenzen und Maßnahmen der Modellregion Mitte Niedersachsen aus dem Arbeitsprozess im

- MOROAktionsprogramm „Regionale Daseinsvorsorge“ des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung; Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: <http://docplayer.org/115512481-Modellvorhaben-der-raumordnung-moro-aktionsprogramm-regionale-daseinsvorsorge-bisherige-aktivitaeten-und-ersterkenntnisse.html>
- Fischer, A. (2015). Stadtteilentwicklung in Billstedt und Horn, 186. Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: <http://experten.gesundheit-bh.de/wp-content/uploads/2017/07/Entwicklungs-und-Handlungskonzept-Billstedt-Horn.pdf>
- Fischer, J., & Geene, R. (2019). Gelingensbedingungen der Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen. Handlungsansätze und Herausforderungen im Kontext kommunaler Präventionsketten. Düsseldorf: FGW. Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-66316-2>
- Fischer, S. (2013). Vergleichende Analyse von interaktiven Kartensystemen der Bundesländer und deren Nutzungsmöglichkeiten für die Gesundheitsberichterstattung, 252. Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: [https://www.hs-nb.de/storages/hs-neubrandenburg/ppages/Elkeles/Forschung/Gesundheitsberichterstattung/130708\\_Fischer-2013-Interaktive-Kartensysteme-GBE.pdf](https://www.hs-nb.de/storages/hs-neubrandenburg/ppages/Elkeles/Forschung/Gesundheitsberichterstattung/130708_Fischer-2013-Interaktive-Kartensysteme-GBE.pdf)
- G-BA. (2020). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung Bedarfsplanungsrichtlinie. Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2391/BPL-RL\\_2020-12-17\\_iK-2021-02-18.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2391/BPL-RL_2020-12-17_iK-2021-02-18.pdf)
- Geene, R. (2000). Braucht Berlin eine Landesgesundheitskonferenz? (Band Berlin-Gesunde Stadt?: Die Diskussion um das Healthy-City-Programm: Neuorientierung für die Berliner Gesundheitspolitik). Zugriff am 30.3.2021. Verfügbar unter: <https://www.abebooks.de/Berlin-Gesunde-Stadt-Diskussion-Healthy-City-Programm-Neuorientierung/30365950655/bd>
- Geene, R. (2018). Familiäre Gesundheitsförderung - Ein nutzerorientierter Ansatz zur Ausrichtung kommunaler Gesundheitsförderung bei Kindern und Familien. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 61(10), 1289-1299. Zugriff am 20.4.2021. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2814-z>
- Geene, R., Kurth, B. M., Matusall, S. (2020a). Health in All Policies – Entwicklungen, Schwerpunkte und Umsetzungsstrategien für Deutschland. Das Gesundheitswesen, 82(07), e72-e76. Zugriff am 28.4.2021. Verfügbar unter: DOI: 10.1055/a-1138-0389
- Geene, R., von Haldenwang, U., Bär, G., Kuck, J., & Lietz, K. (2020b). Nutzerorientierte familiäre Gesundheitsförderung – Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Netzwerk Gesunde Kinder. Prävention und Gesundheitsförderung. Zugriff am 28.4.2021. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s11553-020-00807-8>
- Gemeinsames Landesgremium Berlin. (2020). Ambulante Bedarfsplanung und Versorgungssteuerung - Fortschreibung gemäß Protokollnotiz zum Letter of Intent

- (Lol). Verfügbar unter: <https://www.berlin.de/sen/gesundheit/themen/ambulante-versorgung/landesgremium/>
- Gemeinsames Landesgremium Berlin. (2017). Beschluss vom 26.10.2017. Verfügbar unter: <https://www.berlin.de/sen/gesundheit/themen/ambulante-versorgung/landesgremium/>
- Gemeindedolmetschdienst Berlin. (2020). Sprach- und Kulturmittlung | Gemeindedolmetschdienst Berlin. GDD. Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: <https://www.gemeindedolmetschdienst-berlin.de/>
- Gerlach, F. M., Greiner, W. & Haubitz, M. (2014). Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gesundheits- und Sozialpolitik, 68 (6), 7–14. doi:10.5771/1611-5821-2014-6-7
- Gerlinger, T., Kutzner, J., Lückenbach, C. & Schmidt, P. (2018). Die Kommune als Akteur der Gesundheitspolitik. Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, 52. Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: <https://pub.uni-bielefeld.de/record/2936550>
- Gerull, S. (2016). Wege aus der Wohnungslosigkeit, 50. Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: <https://opus4.kobv.de/opus4-ash/frontdoor/index/index/docId/158>
- Greß, S. & Stegmüller, K. (2011). Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land: ein Zukunftskonzept ; Expertise für die Friedrich-Ebert-Stiftung. Wiesbaden: Friedrich-Ebert-Stiftung. Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/hessen/07866.pdf>
- Greß, S. & Stegmüller, K. (2017). Rahmenbedingungen für eine effektive Versorgungssteuerung auf kommunaler Ebene (Gesundheit. Politik - Gesellschaft - Wirtschaft). In A. Brandhorst, H. Hildebrandt & E.-W. Luthé (Hrsg.), Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems (S. 375–385). Wiesbaden: Springer Fachmedien. doi:10.1007/978-3-658-13783-0\_19
- GSI. (o.J.). GBE- Indikatoren der Länder. Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: <http://www.gsi-berlin.info/>
- Hermann, S., & Meinlschmidt, G. (1997). Sozialstrukturatlas Berlin. Fortschreibung 1997. Zugriff am 15.4.2021. Verfügbar unter: [https://www.berlin.de/gbe\\_spezial\\_ssa1997fort](https://www.berlin.de/gbe_spezial_ssa1997fort)
- Hoffmann, H., & Schwenkner, F. (2010). Kommunalpolitik in Berlin. In: Kost, A., & Wehling, H. G. (Hrsg.). Kommunalpolitik in den deutschen Ländern: eine Einführung. VS Verlag für Sozialwissenschaften. (pp. 63-78).
- Holleder, A. (2015). Gesundheitskonferenzen in Deutschland: ein Überblick. Das Gesundheitswesen, 77(03), 161-167.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2021) Gesundheitsdaten – Die Medizin wird weiblich Zugriff am 28.4.2021. Verfügbar unter: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16396.php>
- Kingreen, T. & Kühling, T. (2018). Kommunen als Träger Medizinischer Versorgungszentren, 85. Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: <https://www.stmgp.bayern.de/wp->

[content/uploads/2019/09/gutachten-zu-kommunen-als-traeger-medizinischer-versorgungsz.pdf](https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/content/uploads/2019/09/gutachten-zu-kommunen-als-traeger-medizinischer-versorgungsz.pdf)

- Kistemann, T. & Schröer, M.-A. (2007). Kleinräumige kassenärztliche Versorgung und subjektives Standortverhalten von Vertragsärzten in einem überversorgten Planungsbiet. *Gesundheitswesen*, 69, 593–600. doi:10.1055/s-2007-991174
- Klein, L. (2018). Caring Communities – Vom Leitbild zu Handlungsansätzen. in: Michael Vilain, Sebastian Wegner (Hrsg.) *Crowds, Movements & Communities?! (S. 37–54)*. Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. <https://doi.org/10.5771/9783845283050-37>
- Klie, T. (2020). Caring Community Beliebiger Dachbegriff oder tragfähiges Leitbild in der Langzeitpflege? in *Pflege*, Bundeszentrale für Politische Bildung; Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/shop/buecher/schriftenreihe/306145/pflege>
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. (N.N.). Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Berlin. Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/berlin/>
- Kuhn, B. & Amelung, V. E. (2015). Gemeinden unter Druck – Welche Rolle kann die Kommune bei der Lösung von ambulanten ärztlichen Versorgungsproblemen spielen? *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 69 (6), 16–24. doi:10.5771/1611-5821-2015-6-16
- Kuhn, B., Steinhäuser, J., Eberhard, S., Hufenbach, R. & Amelung, V. E. (2018). Die Rolle von niedersächsischen Kommunen für die zukünftige ärztliche Versorgung – Eine Befragung der Bürgermeister und Landräte. *Das Gesundheitswesen*, 80 (8/9), 711–718. doi:10.1055/s-0042-121602
- Kurth, B.M., Saß, A. & Ziese, T. (2020). Gesundheitsberichterstattung, in *Handbuch Gesundheitswissenschaften 7. Aufl.*, K.P. Razum O. (Hrsg). 2020, Beltz Juventa: Weinheim, Basel.
- Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin. (2020). *Bedarfsplan 2020 für den Zulassungsbezirk Berlin*, 35. Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: [https://www.kvberlin.de/fileadmin/user\\_upload/bedarfsplanung\\_zulassung/bz\\_bedarfsplan\\_20-10-28.pdf](https://www.kvberlin.de/fileadmin/user_upload/bedarfsplanung_zulassung/bz_bedarfsplan_20-10-28.pdf)
- Lampert, T., Kuntz, B. & Hoebel, J. (2018). *Gesundheitliche Ungleichheit*. Statistisches Bundesamt (Destatis). Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/Datenreport/Downloads/datenreport-2018.pdf;jsessionid=F8D0A925E0C1C631D10AB78C12DCF35D.internet741?\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/Datenreport/Downloads/datenreport-2018.pdf;jsessionid=F8D0A925E0C1C631D10AB78C12DCF35D.internet741?_blob=publicationFile)
- Lampert, T., Richter, M., Schneider, S., Spallek, J. & Dragano, N. (2016). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung. doi:10.25646/2403
- Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen Berlin. (2020). *Beschlüsse*. Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter:

[https://www.kvberlin.de/fileadmin/user\\_upload/bedarfsplanung\\_zulassung/bz\\_beschl\\_uesse\\_la\\_20-10-28.pdf](https://www.kvberlin.de/fileadmin/user_upload/bedarfsplanung_zulassung/bz_beschl_uesse_la_20-10-28.pdf)

- Langer, A., Ewert, T., Holleder, A. & Geuter, G. (2014). Literaturüberblick über niederlassungsfördernde und -hemmende Faktoren bei Ärzten in Deutschland und daraus abgeleitete Handlungsoptionen für Kommunen. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 20. doi:10.1055/s-0033-1356303
- Meinlschmidt, G. (Hrsg.) (2014). Handlungsorientierter Sozialstrukturatlas Berlin 2013 – Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung. Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales.
- Misslbeck, A. (2019). Boomtown Berlin sucht nach Ärzten. *AerzteZeitung.de*. Zugriff am 30.3.2021. Verfügbar unter: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Boomtown-Berlin-sucht-nach-Aerzten-256093.html>
- Müller, B. (2018). Beratung in der Arztpraxis: Verein „Soziale Gesundheit“ baut sein innovatives Projekt aus. *Berliner Woche*. Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: [https://www.berliner-woche.de/lichtenberg/c-soziales/verein-soziale-gesundheit-baut-sein-innovatives-projekt-aus\\_a168890](https://www.berliner-woche.de/lichtenberg/c-soziales/verein-soziale-gesundheit-baut-sein-innovatives-projekt-aus_a168890)
- Neander, I. (2019). Bezirksliches Konzept Jugendberufshilfe Berlin Neukölln im Kontext der Jugendberufsagentur. *Bezirksamt Neukölln von Berlin Abteilung Jugend und Gesundheit*, Berlin, 52. Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: [http://www.neukoelln-jugend.de/redsys/images/Neander/jba/BA\\_Neukoelln\\_Jugendberufshilfe\\_WEB.pdf](http://www.neukoelln-jugend.de/redsys/images/Neander/jba/BA_Neukoelln_Jugendberufshilfe_WEB.pdf)
- Niedersächsischer Landtag (2021). Abschlussbericht der Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ vom 22.02.2021. Drucksache 18/8650. Zugriff am 15.4.2021. Verfügbar unter: [https://www.landtag-niedersachsen.de/fileadmin/user\\_upload/redaktion/hauptseite/downloads/gremien/kommissionen/enquete\\_abgeschlossen/enquetebericht\\_medv\\_18-08650.pdf](https://www.landtag-niedersachsen.de/fileadmin/user_upload/redaktion/hauptseite/downloads/gremien/kommissionen/enquete_abgeschlossen/enquetebericht_medv_18-08650.pdf)
- Nationale Präventionskonferenz (NPK). (2019). Erster Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V. Zugriff am 30.3.2021. Verfügbar unter: <https://www.npk-info.de/>
- Ohne Autor (2018). Gesundheitskiosk in Hamburger Problembezirk wird gut angenommen. *Deutsches Ärzteblatt*. Zugriff am 29.1.2021. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/91649/Gesundheitskiosk-in-Hamburger-Problembezirk-wird-gut-angenommen>
- Ono, T, Schoenstein, M & Buchan, J (2014). „Geographic Imbalances in Physician Supply and Policy Responses“, *Oecd Health Working Paper No.69*. 2014. Zugriff am 29.1.2021. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1787/5jz5sq5ls1wl-en>.
- OECD. (2021). Doctors (indicator). doi: 10.1787/4355e1ec-en: Zugriff am 30.3.2021. Verfügbar unter: <https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm>
- Ozegowski, S., Sundmacher, L. (2012). Wie „bedarfsgerecht“ ist die Bedarfsplanung? Eine Analyse der regionalen Verteilung der vertragsärztlichen Versorgung. *Das Gesundheitswesen* 74 (10). doi: 10.1055/s-0032-1321748

- Pieper, J. & Schweikart, J. (2009). Kleinräumige Modellierung der vertragsärztlichen Versorgungssituation in Berlin, 8. Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: [https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/Publikationen/Aufsaeetze/2009/HZ\\_200902-01.pdf](https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/Publikationen/Aufsaeetze/2009/HZ_200902-01.pdf)
- Pieper, J. & Schweikart, J. (2011). Sozialstruktur und ambulante Gesundheitsversorgung im urbanen Raum am Beispiel Berlins. In: Strobl, J., Blaschke, T. & Griesebner, G. (Hrsg.) (2011): Angewandte Geoinformatik 2011. Herbert Wichmann Verlag, Berlin/Offenbach, S. 294-299.
- Pieper, J. & Schweikart, J. (2019). Kleinräumige Analyse der ambulanten ärztlichen Versorgung im Berliner Bezirk Mitte. Zugriff am 30.3.2021. Verfügbar unter: <https://digital.zlb.de/viewer/resolver?urn=urn:nbn:de:kobv:109-1-15410344>
- QPK Lichtenberg/ QPK Neukölln. (2017). Gemeinsame politische Forderungen. Verfügbar unter: <https://www.berlin.de/ba-lichtenberg/auf-einen-blick/buergerservice/gesundheit/politische-forderungen-fuer-eine-verbesserte-aerzteversorgung.pdf>
- Raslan, K. J. (2018). Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung GmbH. Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: <https://digital.zlb.de/viewer/toc/34246587/1/>
- Razum, O. & Brzoska, P. (2020). Einwanderung. In K. Böhm, S. Bräunling, R. Geene & H. Köckler (Hrsg.), Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe : Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland (S. 99–108). Wiesbaden: Springer Fachmedien. doi:10.1007/978-3-658-30504-8\_8
- Razum, O., Butler, J. & Spallek, J. (2018). Gesundheitliche Chancen und Risiken von MigrantInnen: Handlungsmöglichkeiten einer kommunalen Gesundheitspolitik. springerprofessional.de. Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: <https://www.springerprofessional.de/gesundheitsliche-chancen-und-risiken-von-migrantinnen-handlungsmo/15034618>
- Richter-Kornweitz, A. & Utermark, K. (2013). Werkbuch Präventionskette. Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen. Landesvereinigung für Gesundheit und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: [https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation\\_Werkbuch\\_Praeventionskette.pdf](https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_Werkbuch_Praeventionskette.pdf)
- Roick, C., Heider, D., Günther, O. H., Kürstein, B., Riedel-Heller, S. G. & König, H. H. (2012). Was ist künftigen Hausärzten bei der Niederlassungsentscheidung wichtig? Ergebnisse einer postalischen Befragung junger Ärzte in Deutschland. Das Gesundheitswesen, 74 (1), 12–20. doi:10.1055/s-0030-1268448
- Robert Koch-Institut. (2020). RKI - Coronavirus SARS-CoV-2 - Allgemeine Hinweise für Gesundheitsbehörden zur Kontaktaufnahme und Zusammenarbeit mit marginalisierten Bevölkerungsgruppen. Zugriff am 30.1.2021. Verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Marginalisierte\\_Groupen.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Marginalisierte_Groupen.html)

- Robert Koch-Institut. (2020). Über Prävention berichten – aber wie? Methodenprobleme der Präventionsberichterstattung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg). RKI, Berlin. doi: 10.25646/6945
- Rosenbrock, R. & Hartung, S. (2015). Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. BZGA - Federal Centre for Health Education. doi:10.17623/BZGA:224-I099-1.0
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2014). Bedarfsgerechte Versorgung : Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche : Gutachten 2014 (Gutachten / Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (1. Aufl.). Bern : Huber. Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: <https://shop.reguvis.de/parlamentsdrucksachen/bedarfsgerechte-versorgung-perspektiven-fuer-laend/>
- Sandvoss, U. & Hermann-Biert, M. (2017). Präventionsketten als Netzwerk. In: Fischer J, Geene R (Hrsg) Netzwerke in Frühen Hilfen und Gesundheitsförderung – Neue Perspektiven kommunaler Modernisierung. Weinheim: Beltz Juventa. Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: [https://www.beltz.de/fachmedien/sozialpaedagogik\\_soziale\\_arbeit/buecher/produkt\\_produktdetails/33292-netzwerke\\_in\\_fruenen\\_hilfen\\_und\\_gesundheitsfoerderung.html](https://www.beltz.de/fachmedien/sozialpaedagogik_soziale_arbeit/buecher/produkt_produktdetails/33292-netzwerke_in_fruenen_hilfen_und_gesundheitsfoerderung.html)
- Schang, L., Weinhold, I., Wende, D. & Sundmacher, L. (2019). Monitoring und Bewertung des regionalen Zugangs zur ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland. In: Repschläger U., Schulte C., Ostercamp N. (Hrsg.) (2019): BARMER Gesundheitswesen aktuell 2019: S. 230-271.
- Schmitt, S. & Dieterich, A. (2018). Migrant\*innen ohne ausreichenden Zugang zum Gesundheitssystem: Neue Engpässe und alte Probleme. In: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 52: Die Kommune als Ort der Gesundheitsproduktion. Argument-Verlag, Hamburg. S. 22-41.
- Schranz, M. (2018). "Rassismus als soziale Determinante von Gesundheit". Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: [https://www.ash-berlin.eu/fileadmin/Daten/Internationales/EmpA/PowerExperts/190710\\_PowerExperts\\_Rassismus\\_als\\_SDH\\_Fachtext.pdf](https://www.ash-berlin.eu/fileadmin/Daten/Internationales/EmpA/PowerExperts/190710_PowerExperts_Rassismus_als_SDH_Fachtext.pdf)
- Schumann, M., Kajikhina, K., Sarma, N., Lampert, T. & Santos-Hövener, C. (2019). Konzepte für ein migrationssensibles Gesundheitsmonitoring (S. s-0039-1694474). Gehalten auf der „Neue Ideen für mehr Gesundheit“, Düsseldorf. Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: doi:10.1055/s-0039-1694474
- Schweikart, J. & Pieper, J. (2017). Regionale Ansätze ambulanter Versorgungsplanung am Beispiel von Berlin-Brandenburg. In: Pfannstiel M., Focke A., Mehlich H. (Hrsg.) (2017): Management von Gesundheitsregionen II. Springer Gabler, Wiesbaden: S. 41-50.
- Schweikart, J. & Pieper, J. (2019). Kleinräumige Analyse der ambulanten ärztlichen Versorgung im Berliner Bezirk Mitte. Zugriff am 30.3.2021. Verfügbar unter:

[https://www.bfmberlin.de/fileadmin/user\\_upload/kleinraeumige-versorgungsanalyse\\_2019.pdf](https://www.bfmberlin.de/fileadmin/user_upload/kleinraeumige-versorgungsanalyse_2019.pdf)

- Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie. (o.J.). Jugendberufsagentur Berlin. Zugriff am 30.3.2021. Verfügbar unter: <https://www.berlin.de/sen/bildung/schule-und-beruf/jugendberufsagentur/>
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung. (2021b). Spezialberichte. Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: <https://www.berlin.de/sen/gesundheits/service/gesundheitsberichterstattung/veroeffentlichungen/spezialberichte/>
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung. (o.J.). Dialog Pflege 2030 Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: <https://www.berlin.de/sen/pflege/grundlagen/pflege-2030/>
- Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales. (2021). Wohnungslose und von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen - Berlin.de. Zugriff am 30.3.2021. Verfügbar unter: <https://www.berlin.de/sen/soziales/besondere-lebenssituationen/wohnungslose/>
- Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen. (2020). Monitoring Soziale Stadtentwicklung (MSS) Berlin: Erläuterungen zu den Indikatoren und Indizes zum MSS 2019, 100. Zugriff am 30.3.2021. Verfügbar unter: [https://www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/basisdaten\\_stadtentwicklung/monitoring/download/indikatoren/MSS\\_Indikatorenheft\\_FortschreibungMSS2019.pdf](https://www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/basisdaten_stadtentwicklung/monitoring/download/indikatoren/MSS_Indikatorenheft_FortschreibungMSS2019.pdf)
- S.I.G.N.A.L. e. V. (2020). S.I.G.N.A.L. e. V. - Intervention im Gesundheitsbereich gegen häusliche und sexualisierte Gewalt | S.I.G.N.A.L. e. V. - Intervention im Gesundheitsbereich gegen häusliche und sexualisierte Gewalt. Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: <https://www.signal-intervention.de/>
- Specht, T., Rosenke, W., Jordan, R. & Giffhorn, B. (2018). Handbuch der Hilfen in Wohnungsnotfällen: Entwicklung lokaler Hilfesysteme und lebenslagenbezogener Hilfeansätze (2., unveränderte Auflage.). Berlin Düsseldorf: BAG W-Verlag der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V.
- Starke, D., Tempel, G., Butler, J., Starker, A., Zühlke, C. & Borrmann, B. (2019). Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung – Leitlinien und Empfehlungen. In: Journal of Health Monitoring 2019, 4(S1) doi:10.25646/6058
- Trojan, A. (2017). Gesundheitskonferenzen. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. BZGA - Federal Centre for Health Education. doi:10.17623/BZGA:224-I067-1.0
- Trojan, A. (2020). Integrierte Gesundheitsberichterstattung auf Landes- und kommunaler Ebene: Initiativen und Ansätze der letzten 20 Jahre. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 63 (9), 1084–1093. doi:10.1007/s00103-020-03196-7
- Voß, M. (2020). Arztpraxisinterne Sozialberatung als Modellprojekt im gesunden Bezirk Berlin-Lichtenberg. Raus aus der Unsichtbarkeit – Für mehr Lebensqualität und Teilhabe im hohen Alter Zugriff. In: Gesunde Städte Nachrichten 20/1, 16-18. Zugriff

- am 29.3.2021. Verfügbar unter: <https://gesunde-staedte-netzwerk.de/wp-content/uploads/GSN-Nachrichten-2020-2.pdf>
- Walter, U. & Volkenand, K. (2017). Kommunale Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland: Pflichten, Rechte und Potenziale im Kontext der kommunalen Daseinsvorsorge. *Das Gesundheitswesen*, 79 (04), 229–237. doi:10.1055/s-0042-113129
- Wanger, L., Kilgenstein, H. & Poppel, J. (2020). Über Rassismus in der Medizin, 8. Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: [https://kritischemedizinmuenchen.de/wp-content/uploads/2020/08/%C3%9Cber-Rassismus-in-der-Medizin\\_14.08.2020\\_KritMedMuc.pdf](https://kritischemedizinmuenchen.de/wp-content/uploads/2020/08/%C3%9Cber-Rassismus-in-der-Medizin_14.08.2020_KritMedMuc.pdf)
- Weth, C. (2013) Lokale Gesundheitsplanung, In: Luthe, E.-W. (Hrsg.) Kommunale Gesundheitslandschaften. Springer Fachmedien Wiesbaden: Wiesbaden. 87-101. Zugriff am 15.4.2021. Verfügbar unter: DOI: 10.1007/978-3-658-02431-4\_5
- Weth, C. (2020). Das Gesunde Städte-Netzwerk. In: Böhm, K., Bräunling, S., Geene, R., Köckler, H. (Hrsg.) Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Springer VS. Wiesbaden. 305-311. Zugriff am 15.4.2021. Verfügbar unter: [https://doi.org/10.1007/978-3-658-30504-8\\_28](https://doi.org/10.1007/978-3-658-30504-8_28)
- WHO. (2013). Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik. Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen. Zugriff am 30.3.2021. Verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/84612/6914801e1d81730e0e58ed7d9c8b32b6/who-leitlinien-data.pdf>
- WHO. (1948). Constitution of the World Health Organization. Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
- Wieners, K. & Winterholler, M. (2016). Häusliche und sexuelle Gewalt gegen Frauen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 59 (1), 73–80. Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: doi:10.1007/s00103-015-2260-0
- Wolter, B. & Stellmacher, T. (2021). Gesundheitsbezogene Angebote, Bedürfnisse und Inanspruchnahme durch ältere Menschen mit Migrationshintergrund (GABI). Institut für Gerontologische Forschung (IGF). Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: <https://www.igfberlin.de/schwerpunkte/gesundheit/167-gabi>
- Ziese, T., Prütz, F., Rommel, A., Reitzle, L. & Saß, A. (2020). Gesundheitsberichterstattung des Bundes am Robert Koch-Institut – Status quo und aktuelle Entwicklungen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 63 (9), 1057–1066. Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: doi:10.1007/s00103-020-03195-8
- Zimmermann, T, Mews, C, Kloppe, T, Tetzlaff, B, Hadwiger, M, Knesebeck, O von dem et al. (2018). Social problems in primary health care – prevalence, responses, course of action, and the need for support from a general practitioners' point of view. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 131, 81–89. Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: doi:10.1016/j.zefq.2018.01.008

Zimmermann, T (2021). Primäre Gesundheitsversorgung/Primary Health Care. BZgA-Leitbegriffe, 2021. Zugriff am 29.3.2021. Verfügbar unter: doi:10.17623/BZGA:224-i096-1.0.



