

ZEFIR-Materialien Band 18

**DIE ROLLE DER KOMMUNEN IM BEREICH
GESUNDHEIT**

Eine Analyse der Kooperationen zwischen Kommunen und medizinischen Leistungserbringern des Versorgungssystems im Rahmen von Patientenorientierten Zentren der Primär- und Langzeitversorgung (PORT)

Katharina Böhm

Marian Schönknecht

ZEFIR-Materialien Band 18 (Februar 2022)

Katharina Böhm & Marian Schönknecht

Die Rolle der Kommunen im Bereich Gesundheit

Eine Analyse der Kooperationen zwischen Kommunen und Leistungserbringern des Versorgungssystems im Rahmen von Patientenorientierten Zentren der Primär- und Langzeitversorgung (PORT)

Forschungsbericht gefördert von der Robert Bosch Stiftung

Verlag: ZEFIR (Verlagsnummer: 978-3-946044)

Die Schriftenreihe wird herausgegeben vom

© Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung (ZEFIR), Fakultät für Sozialwissenschaft, Ruhr-Universität Bochum, LOTA 38, 44780 Bochum (zugleich Verlagsanschrift)

Herausgeber der Schriftenreihe:

Prof. Dr. Jörg Bogumil

Prof. Dr. Sören Petermann

Prof. Dr. Jörg-Peter Schräpler

ISBN: 978-3-946044-18-5

Die Rolle der Kommunen im Bereich Gesundheit

Eine Analyse der Kooperationen zwischen Kommunen und Leistungserbringern des Versorgungssystems im Rahmen von Patientenorientierten Zentren der Primär- und Langzeitversorgung (PORT)

Katharina Böhm, Marian Schönknecht

Inhalt

1.	Einleitung.....	1
2.	Die Rolle der Kommunen im Bereich Gesundheit.....	3
2.1	Die Rolle der Kommunen in der medizinischen Versorgung.....	3
2.2	Die Rolle der Kommunen in der Gesundheitsförderung und Prävention	6
2.3	Die Rolle der Kommunen in der integrierten Versorgung.....	7
2.4	Die Rolle der Kommunen im Rahmen der PORT-Zentren	8
3.	Die Kooperation zwischen Kommune und PORT-Zentrum	10
3.1	Forschungsdesign	10
3.2	Fallstudien	11
3.2.1	Büsum (Landkreis Dithmarschen): Multiprofessionelles Gesundheitszentrum Büsum....	11
3.2.2	Landkreis Darmstadt-Dieburg: Primärversorgungszentrum Ober-Ramstadt.....	14
3.2.3	Stadt Dornhan (Landkreis Rottweil): Gesundheitszentrum Dornhan	17
3.2.4	Hohenstein (Landkreis Reutlingen): Gesundheitszentrum Hohenstein.....	19
3.2.5	Gemeinden Willingen und Diemelsee (Landkreis Waldeck-Frankenberg): Gesundheitsnetzwerk PORT Willingen-Diemelsee e.V.	23
3.3	Analyse	25
4.	Integration von Gesundheitsförderung und Prävention in den PORT-Zentren	35
4.1	Exkurs: Konzepte der Gesundheitsförderung und Prävention.....	35
4.2	Internationale Erfahrungen in der Umsetzung von GFP in der Primärversorgung	38
4.3	Stand der Umsetzung von GFP in den untersuchten PORT-Zentren.....	39
4.4	Analyse	41
5.	Fazit	43
6.	Literaturverzeichnis.....	47
7.	Abkürzungsverzeichnis.....	50

1. Einleitung

Die Robert Bosch Stiftung fördert seit einigen Jahren patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung (PORT). Diese Zentren zeichnen sich durch eine bedarfsorientierte, patientenzentrierte und koordinierte Versorgung aus, die durch ein multiprofessionelles Team unterschiedlicher Berufe aus dem Gesundheits- und Sozialbereich erbracht wird. Weitere Merkmale sind die Nutzung von Innovationen wie E-Health, die Einbeziehung von Gesundheitsförderung und Prävention und eine gute kommunale Einbindung (Robert Bosch Stiftung 2021). Für Deutschland mit seiner arztzentrierten Versorgung und der immer noch strikten Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor ist der PORT-Ansatz mit seinem umfassenden Verständnis von Primärversorgung ein äußerst innovatives Vorhaben, das Antworten auf die manifesten Probleme des bestehenden Systems bietet. Aus steuerungspolitischer Sicht ist das PORT-Vorhaben interessant, weil es innerhalb des bestehenden korporatistischen Gesundheitssystems den Kommunen die Möglichkeit eröffnet, eine umfassendere Rolle in der ambulanten Versorgung zu übernehmen als bislang.

Ob und wie die Kommunen diese Möglichkeit nutzen, soll in der vorliegenden Studie untersucht werden. Kommunen können theoretisch vielfältige Aufgaben bei der Umsetzung eines PORT-Zentrums übernehmen. Diese reichen von der Initiierung über die Trägerschaft bis hin zur Unterstützung in unterschiedlichen Bereichen. Welche Rolle den Kommunen tatsächlich bei der Umsetzung von PORT-Zentren zukommt, wurde bislang empirisch nicht analysiert. In dieser Studie sollen deshalb folgende Fragen in Bezug auf die Rolle der Kommunen bei der Umsetzung von PORT-Zentren geklärt werden:

- I. Warum haben sich die Kommunen entschlossen, PORT-Zentren zu schaffen bzw. sich an deren Gründung zu beteiligen?
- II. Welche Voraussetzungen und förderlichen Faktoren sind in den Kommunen vorhanden, die eine erfolgreiche Umsetzung der PORT-Zentren ermöglichen? Welche Faktoren behindern die Umsetzung?
- III. Welche Rolle nimmt die Kommune in der Steuerung der PORT-Zentren bzw. der integrierten Versorgung insgesamt ein?

Ein zweiter Schwerpunkt der Studie liegt auf der Rolle von Gesundheitsförderung und Prävention (GFP) bei der Umsetzung von PORT-Zentren (Fragestellung IV). PORT-Zentren haben den Anspruch, nicht nur verschiedene ambulante medizinische und therapeutische Leistungen zu integrieren, sondern auch GFP umzusetzen. In dieser Studie analysieren wir, wie, d. h. in welchem Umfang und in welcher Form, GFP in den PORT-Zentren umgesetzt wird. Als Vergleichsmaßstab dienen dabei die internationalen Vorbilder der Primärversorgungszentren, welche die Umsetzung der PORT-Zentren in Deutschland inspiriert haben.

Die Studie ist Bestandteil eines zweiteiligen Forschungsvorhabens, das die Steuerungsrolle der Kommunen bei der Entwicklung und Umsetzung von integrierten Gesundheitsstrategien untersucht. Im ersten Teil, der von der Bertelsmann-Stiftung gefördert wurde, stand die Zusammenarbeit zwischen Kommunen und Leistungserbringern des Gesundheitswesens im Zuge integrierter Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder und Familien im Fokus der Analyse¹. Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse der zweiten Teilstudie vorgestellt. An dieser Stelle möchten wir der Robert Bosch Stiftung danken, dass sie diesen Teil der Studie ermöglicht hat. Unser besonderer Dank gilt dabei Herrn Jannis Feller für die kompetente Begleitung und Unterstützung des Vorhabens.

Inhalt

Im theoretischen Teil des Forschungsberichts (Kapitel 2) beschreiben wir zunächst die Rolle der Kommunen in der Gesundheitsversorgung für die drei Bereiche der ambulanten medizinischen Versorgung, der Krankenhausversorgung sowie der Gesundheitsförderung und Prävention und gehen anschließend kurz auf die wenigen Erkenntnisse zur Rolle der Kommunen in der integrierten Versorgung und auf mögliche kommunale Aufgaben bei der Umsetzung der PORT-Zentren ein. Zu Beginn des empirischen Teils in Kapitel 3 stellen wir das Forschungsdesign der Studie vor, um dann die fünf untersuchten PORT-Projekte² im Hinblick auf die Fragestellungen der Studie anhand einer einheitlichen Struktur ausführlich zu beschreiben. Der Deskription der Fallstudien folgt eine Analyse, welche die Ergebnisse mit Bezug zu den Fragestellungen I-III zusammenfasst und diskutiert. Kapitel 4 widmet sich dem Thema der Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in den PORT-Zentren (Fragestellung IV). Nach einem einführenden Exkurs über die grundlegenden Konzepte der GFP, gibt der Bericht einen Überblick über die internationalen Erfahrungen zur Umsetzung von GFP im Rahmen unterschiedlicher Primärversorgungskonzepte. Diesem folgt eine umfassende Darstellung des Stands der Umsetzung von GFP in den fünf untersuchten PORT-Projekten sowie eine Analyse der Umsetzung. Der Bericht schließt mit einem Fazit, das die Ergebnisse der Studie zusammenfasst, Voraussetzungen und förderliche Faktoren für ein kommunales Engagement in der Primärversorgung benennt und Empfehlungen zur Entwicklung von GFP in der Primärversorgung ableitet.

¹ Der Abschlussbericht steht unter https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/KeKiz_Zugaenge_zu_Kindern_und_Familien_17.pdf zum Download zur Verfügung.

² Als Fallstudien wurden drei Projekte aus der 2017 gestarteten PORT-Förderung (Büsum, Hohenstein & Willingen-Diemelsee) und zwei Projekte aus der 2018 begonnenen supPORT-Förderung (Darmstadt-Dieburg & Dornhan) der Robert Bosch Stiftung untersucht. supPORT-Projekte sind Initiativen, die dabei sind, sich zu umfassenden Gesundheitszentren nach dem PORT-Modell zu entwickeln. Aufgrund der zum Untersuchungszeitpunkt vielerorts erreichten ähnlichen Entwicklungsstände und aufgrund der besseren Lesbarkeit ist im Folgenden ausschließlich vom PORT-Programm bzw. PORT-Zentren die Rede.

2. Die Rolle der Kommunen im Bereich Gesundheit³

Die Kommunen übernehmen wichtige Aufgaben der Daseinsgestaltung und bestimmen damit maßgeblich die Lebensverhältnisse und damit auch die Gesundheit ihrer Bürger:innen mit. In Deutschland gibt es rund 11.200 Kommunen. Hierzu gehören neben den Gemeinden die Landkreise, die kreisangehörigen und die kreisfreien Städte (Bogumil und Jann 2020, 119f.). Kommunen bilden die unterste Verwaltungsebene in Deutschland. Neben diesem engeren Verständnis der Kommune als Gebietskörperschaft wird der Begriff der Kommune in einem weiteren Verständnis auch häufig für die Beschreibung der örtlichen Gemeinschaft verwendet. In dieser Studie beschränken wir uns auf die Analyse der formellen Beziehungen zwischen der Kommunalverwaltung bzw. -politik und den PORT-Zentren und damit auf den engeren Begriff. Beziehungen der PORT-Zentren zur lokalen Gemeinschaft (z. B. zu Vereinen, Kitas, Seniorenzentren) betrachten wir nur im Rahmen der Analyse der Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention (Kapitel 5).

Die Hauptverantwortung für Gesundheit liegt in Deutschland bei den Ländern. Der Bund ist im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung (Art. 74 GG) jedoch zuständig für die Sozialversicherungen und damit für die Regulierung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung sowie für weitere Elemente des Gesundheitsversorgungssystems (z. B. Arzneimittel und Medizinprodukte). Unter die konkurrierende Gesetzgebung fallen auch einzelne Teilbereiche des Public-Health-Systems (z. B. Infektionsschutz, Arbeitsschutz). Die Kommunen verfügen hingegen nur über sehr begrenzte Zuständigkeiten in der Versorgung. Ihnen kommt jedoch eine größere Rolle im Bereich des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsförderung und Prävention zu. Im Folgenden werden wir die Aufgaben der Kommunen für den Bereich der medizinischen Versorgung und den Bereich Gesundheitsförderung und Prävention ausführlicher beschreiben.

2.1 Die Rolle der Kommunen in der medizinischen Versorgung

Die medizinische Versorgung erfolgt in Deutschland weitgehend innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).⁴ Das GKV-System ist traditionell korporatistisch organisiert, d. h. der Staat hat die Organisation und Steuerung des Gesundheitswesens weitgehend auf die Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung, die gesetzlichen Krankenkassen und die Verbände der medizinischen Leistungserbringer (Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenhausgesellschaften), übertragen. Der

³ Die Ausführungen in diesem Kapitel basieren weitgehend auf dem im ersten Teil des Forschungsvorhabens erarbeiteten Grundlagen und sind in Böhm und Schönknecht 2021 ausführlicher dargestellt.

⁴ Die folgenden Ausführungen beziehen sich nur auf das GKV-System, das System der privaten Krankenversicherung wird hier nicht behandelt.

Bund übernimmt hier lediglich die Rahmensteuerung. Den Kommunen kommt innerhalb dieses korporatistischen Systems, mit Ausnahme ihrer Rolle als Krankenhausträger, keine Steuerungsfunktion zu. Sie sind hier auf indirekte Einflussmöglichkeiten (siehe unten) angewiesen.

So haben die Kommunen zum Beispiel im ambulanten Sektor keinen Einfluss⁵ auf die Bedarfsplanung (§ 99 SGB V), die von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erstellt wird. Sie können somit nicht über die Anzahl und Verteilung der Arztsitze mitentscheiden. Auch haben sie kein Mitentscheidungsrecht bei den Entscheidungen der Landesausschüsse (§ 90 SGB V) über die Sperrung bzw. partielle Öffnung von Planungsbereichen. Auch im Krankenhaussektor haben sie nur wenig Einflussmöglichkeiten. Bei der Krankenhausplanung können sie in einigen Bundesländern z. B. über Stellungnahmen mitwirken, diese sind jedoch mit Ausnahme eines Bundeslandes nicht verbindlich (Wabnitz 2013, 340f.).

Trotz der fehlenden Entscheidungsmacht stehen die Kommunen in der politischen Verantwortung, wenn die medizinische Versorgung vor Ort nicht ausreichend sichergestellt werden kann, z. B. wenn Arztsitze nicht nachbesetzt werden können oder das örtliche Krankenhaus geschlossen werden soll. Schon seit geraumer Zeit fordern daher die kommunalen Spitzenverbände mehr Mitspracherechte der Kommunen in der medizinischen Versorgung (z. B. Deutscher Landkreistag 2018). Aus diesem Grund sehen auch immer mehr Kommunen die Notwendigkeit, im Bereich der medizinischen Versorgung aktiv zu werden. Sie haben hier zum Teil sehr innovative Wege gefunden, um trotz eigentlich begrenzter Handlungsmacht das Versorgungsgeschehen zu beeinflussen.

Im *ambulanten Sektor* bestehen für die Kommunen drei Möglichkeiten, Einfluss auf die Versorgung zu nehmen: über die Beeinflussung der Rahmenbedingungen der Leistungserbringer, durch die Übernahme der Leistungserbringung und über kooperative Steuerung wie zum Beispiel kommunale Gesundheitskonferenzen. Insbesondere in ländlichen Regionen, aber nicht nur dort, gelingt es immer schwerer Haus- und Facharztsitze nachzubesetzen. Kommunen, die hiervon betroffen sind, versuchen deshalb häufig über entsprechende Anreizstrukturen eine Niederlassung in der eigenen Kommune für die medizinischen Leistungserbringer möglichst attraktiv zu gestalten. Die Bandbreite an Angeboten und Unterstützungsmaßnahmen ist dabei weit und reicht von der Bereitstellung von Immobilien oder Bauplätzen für die Praxis über Hilfe bei der Investorensuche bis zur Bereitstellung von Kinderbetreuungsplätzen (Geuter et al. 2017). Kommunen werben zudem auch auf entsprechenden Onlineportalen oder eigenen Webseiten mit ihren „Standortvorteilen“, wie zum Beispiel ausreichend Schul- und Betreuungsplätzen, einer guten ÖPNV-Anbindung oder hoher Lebensqualität (Geuter et al. 2017; Kuhn und Amelung 2016).

⁵ Die Kommunen können allenfalls versuchen, über die Länder den Bedarfsplan zu beeinflussen, da diese zur Stellungnahme berechtigt sind und den Bedarfsplan genehmigen (Hoffer 2013, S. 409). Seit kurzem dürfen die Länder zudem ländliche oder strukturschwache Teilregionen im Plan ausweisen, in welchen dann für bestimmte Arztgruppen keine Zulassungsbeschränkungen mehr gelten.

Diese Anreize werden aber nur in wenigen Fällen erfolgreich eingesetzt, da es viele suchende Kommunen und nur wenige niederlassungswillige Ärzt:innen gibt. Aus diesem Grund übernehmen zunehmend mehr Kommunen die medizinische Leistungserbringung selbst. Der Gesetzgeber hat hierfür schrittweise die Voraussetzung geschaffen: Mit dem Versorgungsstrukturgesetz 2012 wurde den Kommunen die Möglichkeit eröffnet, eigene Einrichtungen zu gründen, jedoch nur in begründeten Ausnahmefällen, die „insbesondere dann vorliegen, wenn eine Versorgung auf andere Weise nicht sichergestellt werden kann“ (§ 105 Abs. 5 SGB V) und nur, wenn die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) dem Vorhaben zustimmt. Als Folge der engen Vorgaben nutzte kaum eine Kommune die Möglichkeit der Gründung einer Eigeneinrichtung, weshalb der Gesetzgeber mit dem Versorgungsstärkungsgesetz 2015 die Möglichkeiten der Kommunen, als Leistungserbringer tätig zu werden, erweiterte und ihnen erlaubte, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) einzurichten (§ 95 Abs. 1a SGB V). Hier sind die Vorgaben weniger voraussetzungsvoll als bei Eigeneinrichtungen nach § 105 Abs. 5 SGB V.

Die oben beschriebenen Anreizinstrumente der Kommunen richten sich an einzelne Leistungserbringer. Es gibt auch Kommunen, die versuchen, die ambulante Versorgung über eine Zusammenarbeit mit den versorgungsrelevanten institutionellen Akteuren, wie den KVen und den gesetzlichen Krankenkassen, zu verbessern. Dies erfolgt über mehr oder weniger regelmäßige oder anlassbezogene bi- oder multilaterale Austauschtreffen, oder institutionalisiert in Gremien wie zum Beispiel kommunalen Gesundheitskonferenzen (siehe z. B. Holleder 2015). Ob ein entsprechender Austausch zustande kommt und ob hier gemeinsame Ziele erreicht werden können, hängt aufgrund fehlender gesetzlicher Verpflichtungen der Leistungserbringer zur Kooperation (Hoffer 2013, S. 409) jedoch stark von der Bereitschaft der jeweiligen Individualakteure ab (Burgi 2013, S. 37).

Im **Krankenhaussektor** spielen die Kommunen eine größere Rolle als im ambulanten Bereich, auch wenn ihre Steuerungsmacht hier ebenfalls begrenzt ist. Die Kommunen gehören immer noch, trotz des Privatisierungstrends der letzten zwei Jahrzehnte, zu den wichtigsten Krankenhausträgern in Deutschland: Knapp 50 Prozent aller Krankenhausbetten befinden sich in kommunaler Trägerschaft (Statistisches Bundesamt 2018). Dies ist unter anderem dadurch bedingt, dass viele Länder den Sicherstellungsauftrag für die Krankenhausversorgung auf die Kommunen übertragen haben, d. h. die Kommunen müssten die Krankenhausversorgung übernehmen, sollten private und gemeinnützige Krankenhäuser nicht ausreichen oder schließen (Burgi 2013; Wabnitz 2013; Schmidt am Busch 2012). Zwar haben die Kommunen kaum Einfluss auf die Krankenhausplanung (siehe oben), da sich viele Bundesländer aber inzwischen auf eine Rahmenplanung beschränken, können die kommunalen Krankenhäuser ihr Leistungsangebot flexibler festlegen und damit das Versorgungsangebot steuern (Gerlinger et al. 2018; Wabnitz 2013).

2.2 Die Rolle der Kommunen in der Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung und Prävention (GFP) fallen weitgehend in den Zuständigkeitsbereich der Länder. Diese haben viele GFP-Aufgaben an den kommunalen⁶ Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) delegiert. Welche Aufgaben dem ÖGD zukommen, ist in den jeweiligen Landesgesundheitsdienstgesetzen geregelt. Einige Bundesländer machen den Kommunen darüber hinaus noch weitere GFP-bezogene Vorgaben, wie z. B. Baden-Württemberg, das 2015 ein Landesgesundheitsgesetz⁷ erlassen hat, welches darauf zielt, die sektorenübergreifende Zusammenarbeit und Vernetzung zu verbessern und hierfür die Kommunen unter anderem verpflichtet, regelmäßig kommunale Gesundheitskonferenzen durchzuführen. Der Inhalt der ÖGD-Gesetze variiert stark zwischen den Bundesländern. Zwar legen alle Gesundheitsdienstgesetze Gesundheitsförderung als ÖGD-Aufgabe fest, das jeweilige Verständnis von Gesundheitsförderung unterscheidet sich jedoch zwischen den Ländern (Walter und Volkenand 2017; Schmidt am Busch 2012). Viele Bundesländer übertragen dem ÖGD auch Planungs-, Koordinations- und Steuerungsaufgaben im Bereich der GFP (Deutscher Bundestag 2015).

Kommunale GFP ist jedoch nicht auf die Aufgaben des ÖGD beschränkt. Kommunen können auf Grundlage der grundgesetzlich verbrieften Selbstverwaltungsgarantie (Art. 28 Abs. 2 GG)⁸ auch selbstständig im Bereich der GFP tätig werden (Walter und Volkenand 2017; Luthé 2013a; Schmidt am Busch 2012). Viele Kommunen können den Handlungsspielraum der freiwilligen Selbstverwaltungsaufgaben jedoch aufgrund der oftmals begrenzten Kommunalfinzen kaum nutzen (Bogumil und Jann 2020, S. 121). Kommunen sind für viele Handlungsfelder, die direkt oder indirekt einen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung haben, zuständig. Im Bereich der pflichtigen kommunalen Aufgaben sind dies z. B. die Sozialhilfe, Jugendhilfe oder Bauleitplanung. Im Bereich der freiwilligen Aufgaben gehören hierzu z. B. die offene Jugendarbeit, Sportförderung oder der soziale Wohnungsbau. Weil die Kommunen für so viele Aufgabenfelder zuständig sind, können sie GFP, wie von der Ottawa Charta gefordert, als „gesundheitsförderliche Gesamtpolitik“ im Sinne einer Querschnittsaufgabe realisieren (Böhm 2017). Auch kennen die Kommunen die Probleme, die vor Ort in den Quartieren oder Gemeinden bestehen, meist gut. Sie können GFP deshalb an den jeweiligen Bedarfen orientieren und so zur Verbesserung gesundheitlicher Ungleichheit beitragen (Böhm 2017).

Eine direkte Steuerung der GFP ist den Kommunen trotz ihrer umfassenden Zuständigkeiten dennoch kaum möglich. Vor Ort existieren häufig unüberschaubar viele Maßnahmen der GFP, die von vielfälti-

⁶ In Bayern und Baden-Württemberg ist der gesamte ÖGD staatlich. Hier sind die staatlichen Gesundheitsämter auf kommunaler Ebene bei den Landratsämtern angesiedelt.

⁷ Gesetz zur Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Vernetzung aller Beteiligten des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg und zur Änderung anderer Gesetze vom 17.12.2015 <https://www.gesundheitsdialog-bw.de/fileadmin/media/Download/Landesgesundheitsgesetz.pdf> (22.03.2021)

⁸ „Den Gemeinden muß das Recht gewährleistet sein, alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung zu regeln.“ (Art. 28 Abs. 2 S. 1 GG)

gen Akteuren, vom lokalen Verein bis zum gewinnorientierten Anbieter, angeboten werden. Die Maßnahmen sind meist weder auf die Bedarfe der verschiedenen Bevölkerungsgruppen noch aufeinander abgestimmt. Um hier koordinierend tätig werden zu können, bedarf es Ressourcen, die in den meisten Kommunen fehlen. Zudem sind die Kommunen bei der Koordination auf die freiwillige Mitarbeit der anderen Akteure angewiesen, da sie keine Weisungsmacht gegenüber den meisten GFP-Akteuren besitzen.

Insgesamt verfügen die Kommunen also über vielfältige Zuständigkeiten in der GFP und könnten die Gesundheit ihrer Bevölkerung somit nachhaltig verbessern. Bislang verfolgen jedoch nur wenige Kommunen dieses Ziel strategisch. Viele Kommunen übernehmen zwar einzelne GFP-Aufgaben, in den meisten Kommunen fehlt es jedoch an entsprechenden Ressourcen, oftmals aber auch am politischen Willen, Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe umzusetzen.

2.3 Die Rolle der Kommunen in der integrierten Versorgung

Das deutsche Gesundheitsversorgungssystem ist durch eine im internationalen Vergleich besonders ausgeprägte Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor gekennzeichnet. Diese strikte sektorale Trennung führt zu zahlreichen Ineffizienzen und erschwert eine nutzerorientierte Ausrichtung der Versorgung. Aus diesem Grund hat der Gesetzgeber in den vergangenen Jahrzehnten mit zahlreichen Reformen versucht, die beiden Sektoren besser miteinander zu verzahnen. Zwar sind die Sektorengrenzen heute dadurch durchlässiger und es existieren viele unterschiedliche Modelle einer „integrierten“ Versorgung, diese bleiben jedoch zumeist auf den ambulanten und Krankenhaussektor und dadurch auf die direkte medizinische Behandlung durch Ärzt:innen begrenzt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) dagegen hat ein sehr viel breiteres Verständnis von integrierter Versorgung. Sie versteht darunter

„health services that are managed and delivered so that people receive a continuum of health promotion, disease prevention, diagnosis, treatment, disease-management, rehabilitation and palliative care services, coordinated across the different levels and sites of care within and beyond the health sector, and according to their needs throughout the life course (WHO 2016).

Die Definition der WHO umfasst damit nicht nur verschiedene medizinische, pflegerische und therapeutische Leistungsdimensionen, sondern auch Gesundheitsförderung und Prävention und zusätzlich Maßnahmen, die außerhalb des Gesundheitssektors (z. B. im Sozialbereich) erbracht werden. Diese Definition hebt zudem den Fokus auf die Bedarfe und Bedürfnisse der Patient:innen bzw. Nutzer:innen als ein weiteres zentrales Merkmal integrierter Versorgung hervor (Goodwin et al. 2017; Hildebrandt und Trojan 2017).

Es gibt international und inzwischen auch in Deutschland viele unterschiedliche integrierte Versorgungsmodelle. Hildebrandt und Trojan (2017) unterteilen diese in indikationsbezogene und populationsbezogene Ansätze. Während bei den erstgenannten Ansätzen eine Integration der verschiedenen

Leistungen zur Behandlung einer bestimmten Erkrankung (z. B. Diabetes) erfolgt, wird bei populationsbezogenen Ansätzen das gesamte gesundheitliche Leistungsspektrum für eine bestimmte Bevölkerungsgruppe (z. B. die Bürger:innen einer Gemeinde) aufeinander abgestimmt. Umfassende populationsbezogene Versorgungsansätze sind in Deutschland bislang noch selten umgesetzt. Eine Ausnahme bildet - neben den PORT-Zentren - das „Gesunde Kinzigtal“. Dieses regionale Versorgungsnetz umfasst mehrere Haus- und Fachärzt:innen, weitere Gesundheitsdienstleister (z. B. Pflegeheime, Therapeut:innen) und zahlreiche Vorsorge- und Gesundheitsangebote. Zudem arbeitet das Versorgungsnetz mit vielen lokalen Vereinen und Initiativen zusammen und versucht so, auch verhältnisbezogene Maßnahmen umzusetzen. Das Gesunde Kinzigtal ist als GmbH organisiert. Getragen wird sie von einem lokalen Ärztenetzwerk und der OptiMedis AG.

Das Beispiel des Gesunden Kinzigtals zeigt, dass integrierte Versorgung auch von privaten Akteuren organisiert und getragen werden kann. Es ist jedoch sinnvoll, die Kommunen insbesondere bei umfassenden integrierten Vorhaben zu beteiligen, denn nur sie können „Gesundheit zu einem Thema lokaler Sozialräume“ (Luthe 2013b, S. 49) machen. Als Verantwortliche für die lokale Daseinsvorsorge können sie die medizinischen Versorgungsangebote mit den anderen in der Kommune vorhandenen gesundheitsrelevanten Angeboten und Einrichtungen, wie z. B. Kitas, Sportvereinen, Selbsthilfegruppen, vernetzen und so eine umfassende integrierte Versorgung, wie in der WHO-Definition gefordert, verwirklichen. Der Aufgabenumfang, den Kommunen hier übernehmen (können), ist breit und reicht von reiner Beratung über die Koordinierung bis hin zur Leistungserbringung (Schneider et al. 2018). Welche Rolle den Kommunen in Bezug auf integrierte Versorgungsansätze in der Praxis jedoch zukommt, ist bisher kaum erforscht.

2.4 Die Rolle der Kommunen im Rahmen der PORT-Zentren

Die Oberender AG hat in ihrem Gutachten „Vision und Umsetzung eines PORT-Gesundheitszentrums“ (2020, 68ff., 79) auch die Rolle der Kommunen bei der Umsetzung eines PORT-Gesundheitszentrums adressiert und folgende mögliche Aufgaben identifiziert:

- Initiierung des PORT-Zentrums,
- Gesellschafter des PORT-Zentrums, wenn dieses als kommunales MVZ betrieben wird,
- Eigentümer des Gebäudes, in dem das PORT-Zentrum untergebracht ist,
- Unterstützung beim Finden einer geeigneten Immobilie oder eines Investors,
- Unterstützung bei der Bedarfsermittlung,
- Kooperationspartner bei der Planung und Durchführung von GFP,
- (Unterstützung bei der) Vernetzung mit anderen Leistungserbringern, mit zivilgesellschaftlichen Akteuren (z. B. Vereinen), sozialen Einrichtungen (z. B. Kitas, Altenheime) und anderen relevanten Akteuren,

- finanzielle, fachliche oder organisatorische Unterstützung eines ggf. zu gründenden Vereins,
- Nutzung des PORT-Zentrums für eigene Angebote, wie z. B. Beratungsstellen, Sprechstunde des Gesundheitsamts,
- Überlassung von kommunalen Räumlichkeiten für Angebote des PORT-Zentrums,
- Unterstützung bei der Verbesserung der Erreichbarkeit des PORT-Zentrums, z. B. durch die Bereitstellung von Parkplätzen, Sicherstellung einer guten ÖPNV-Erreichbarkeit oder der Organisation eines Fahrdienstes.

Das Gutachten kommt zu dem Schluss, dass die Kommune aufgrund ihrer vielfältigen Unterstützungsmöglichkeiten und möglichen Aufgabenfelder ein „unverzichtbarer Partner“ (Oberender AG 2020, S. 74) des PORT-Zentrums ist. Welche Rolle den Kommunen bei der Umsetzung der PORT-Zentren in der Umsetzung tatsächlich zukommt, ist Gegenstand dieser Studie und wird anhand von fünf PORT-Standorten exemplarisch untersucht.

3. Die Kooperation zwischen Kommune und PORT-Zentrum⁹

3.1 Forschungsdesign

Für die Analyse haben wir fünf der von der Robert Bosch Stiftung geförderten PORT-Projekte als Fallstudien ausgewählt. Die Auswahl erfolgte in Abstimmung mit der Robert Bosch Stiftung und war geleitet vom Forschungsinteresse des Vorhabens: Es wurden PORT-Projekte ausgewählt, bei denen die jeweilige Kommune (Stadt und/oder Landkreis) eine aktive Rolle bei der Umsetzung übernimmt. Insofern handelt es sich bei der Fallauswahl um eine Positivauswahl. Diese ermöglicht eine umfassende Analyse der Rolle der Kommune, bedingt allerdings, dass sich die Ergebnisse nicht auf die Gesamtheit der PORT-Projekte übertragen lassen.

In den fünf ausgewählten PORT-Standorten haben wir insgesamt 20 semi-strukturierte, leitfadengestützte Experteninterviews mit Vertreter:innen der Kommunalpolitik (Bürgermeister:in bzw. Landrat), der Leitungsebene des PORT-Projektes, mit Leistungserbringern und weiteren Beteiligten des Projektes (z. B. Beratungs-/Dienstleistungsunternehmen, kooperierende Leistungserbringer) geführt. Eine Übersicht über die Interviewpartner:innen gibt Tabelle 1. Die Interviews fanden im Zeitraum August bis Oktober 2020 statt und wurden pandemiebedingt ausschließlich per Telefon durchgeführt. Die Interviews wurden aufgenommen und im Anschluss transkribiert.

Tabelle 1: Übersicht der durchgeführten Interviews

PORT-Standort	Vertreter:in Kommunalpolitik	Leitungsebene PORT-Zentrum	Leistungserbringer PORT-Zentrum	Weitere Beteiligte
Dornhan	1	-	-	1
Ober-Ramstadt	1	2	1	1
Willingen	1	1	3	-
Büsum	-	2	2	-
Hohenstein	2	-	1	1

Die Interviews wurden mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2015) unter Verwendung der Software MAXQDA ausgewertet. Grundlage der Auswertung der Rolle der Kommune bildete der von der Oberen AG in ihrem Gutachten „Vision und Umsetzung eines PORT-Gesundheitszentrums“ genannten möglichen Aufgaben von Kommunen bei der Umsetzung von PORT-Gesundheitszentren (siehe Kapitel 2.4). Die Gelingens- und Hinderungsfaktoren für eine erfolgreiche Umsetzung der PORT-Zentren unter kommunaler Beteiligung wurden induktiv aus den Interviews abgeleitet. Die Analyse der Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention erfolgte anhand der Kategorien „Verhaltensprävention“, „Verhältnisprävention“ „Vernetzung in die Gemeinde“ (siehe Kapitel 4).

⁹ Wenn im Folgenden von PORT-Zentrum gesprochen wird, sind damit auch die PORT-Netzwerke gemeint, die im Rahmen der Förderung durch die Robert Bosch Stiftung entwickelt wurden.

3.2 Fallstudien

Um eine Vergleichbarkeit zu gewährleisten, erfolgt die Darstellung der Fallstudien anhand einer einheitlichen Struktur mit den Gliederungspunkten *Hintergrund/Entstehungsgeschichte, Projektbeschreibung, Strukturen & Akteure, Rolle der Kommune, Gelingens- /Hinderungsfaktoren*.

3.2.1 Büsum (Landkreis Dithmarschen): Multiprofessionelles Gesundheitszentrum Büsum

Hintergrund/Entstehungsgeschichte

Der abzusehende Mangel an Hausärzt:innen bewog die Gemeinde Büsum 2015 dazu, selbst als Leistungserbringer tätig zu werden und die damals bundesweit erste kommunale Eigeneinrichtung nach § 105 SGB V zu gründen. Die Idee der kommunalen Eigeneinrichtung der Gemeinde Büsum geht zurück auf die Initiative des Koordinators für die ambulante Versorgung im Kreis Dithmarschen, in Kooperation mit der Ärztegenossenschaft Nord eG (äg Nord). Der Koordinator war von den ansässigen Hausärzt:innen frühzeitig, damals noch in seiner Rolle als Geschäftsführer der kommunalen Kreiskliniken, darauf aufmerksam gemacht worden, dass sie keine Nachfolger:innen für ihre Praxen finden. So wurde zunächst mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein, auf der Basis einer Projektplanung der äg Nord, ein Hausärztezentrum als kommunale Eigeneinrichtung gegründet. Vier der fünf Büsumer Hausärzt:innen verzichteten zugunsten einer Anstellung in der kommunalen Eigeneinrichtung auf Ihre Zulassung. Der Umbau des vorhandenen Ärztehauses in ein gemeinsames Hausarztzentrum wurde von der Gemeinde Büsum finanziert. Durch das operative Zusammenrücken der vier Einzelpraxen zu einer wirtschaftlichen Einheit wurde so viel Raum gewonnen, dass eine Apotheke eingeplant werden konnte.

In einer ersten baulichen Erweiterung kamen eine Physiotherapiepraxis mit Kurmittelanwendungen, eine Osteopathiepraxis sowie ein Pflegeüberleitungsbüro hinzu. Die Praxen und anderen genannten Einrichtungen sind selbstständig tätig und als Untermieter kooperierende Leistungserbringer des Ärztezentrams.

Projektbeschreibung

Ab 2017 wurde das Ärztezentrum auf Initiative des Kreises Dithmarschen und mit Hilfe der Förderung der Robert Bosch Stiftung zu einem Gesundheitszentrum weiterentwickelt. Im Zuge dessen wurde ein Schulungszentrum angebaut, um Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention – wie z.B. Informationsveranstaltungen oder Sportkurse – anbieten zu können. Zudem konnte eine ärztliche Psychotherapeutin gewonnen werden, die auf einem halben Vertragsarztsitz im Gesundheitszentrum Patient:innen behandelt. Eine dritte Erweiterung um ein Sanitätshaus, eine Zahnarztpraxis sowie eine Erweiterung der Physiotherapiepraxis fand zum Zeitpunkt der Interviews Ende des Jahres 2020 statt.

Eine durch die PORT-Förderung finanzierte Case Managerin ist für das Fallmanagement zuständig und übernimmt zusätzlich eine „Kontroll-Kümmerer-Funktion“ (Case-Managerin_Bü, #00:14:37-8#) innerhalb des Gesundheitszentrums. Ihr kommt auch eine Koordinierungsfunktion im Netzwerk des Gesundheitszentrums zu. So kümmert sie sich um die Einbindung der ehrenamtlichen Strukturen in die Arbeit des Gesundheitszentrums. Durch die Einbindung ehrenamtlicher Bürger:innen sollen insbesondere Themen wie Immobilität oder Einsamkeit bedient werden. Hierzu wurde im April 2019 der Verein Nachbarschaftshilfe Amt Büsum Wesselburen e. V. gegründet. Das Gesundheitszentrum ist dort im Vorstand vertreten und übernimmt die Schriftführung. In den Räumlichkeiten des Gesundheitszentrums finden zudem regelmäßig Treffen von Ehrenamtlichen statt und auch Selbsthilfegruppen können diese nutzen.

Ein weiteres Merkmal des PORT-Gesundheitszentrums ist der Einsatz verschiedener E-Health-Techniken, wie z. B. die Etablierung einer Videosprechstunde, ein mobil einsetzbarer Tele-Rucksack oder eine digitale Wunddokumentation. Mit den ansässigen Pflegeeinrichtungen wurde ein Kooperationsvertrag geschlossen, der regelmäßige Visiten der nichtärztliche Praxisassistent:innen (NäPa) in den Einrichtungen und einen regelmäßigen Austausch zwischen NäPa und Pflegepersonal ermöglicht. Außerdem wurde eine digitale Konsiliarsprechstunde mit Augenärzt:innen eingeführt.

Wesentliches Augenmerk wird im Ärztezentrum auf die Aus- und Weiterbildung gelegt. So wurden in den ersten fünf Jahren vier Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin in Büsum ausgebildet, von denen heute drei in Anstellung im MVZ in Büsum tätig sind. Auch in der nichtärztlichen Tätigkeit wird im Ärztezentrum regelmäßig ausgebildet und die Qualifizierung der Mitarbeiter:innen durch Nutzung von Fortbildungsangeboten konsequent vorangetrieben. Zudem ist das Ärztezentrum Partner in einem vom Land Schleswig-Holstein geförderten Projekt zur Ausbildung des Physician Assistant.

Strukturen & Akteure

Die Gemeinde Büsum ist alleiniger Gesellschafter der Ärztezentrum Büsum gGmbH. Sie ist Besitzerin des Gebäudes und vermietet die gesamten Räumlichkeiten des Gesundheitszentrums an die Ärztezentrum Büsum gGmbH. Die Geschäftsführung für das Ärztezentrum hat die Gemeinde Büsum über einen Managementvertrag an die Ärztegenossenschaft Nord delegiert. Die äg Nord ist ein freiwilliger Zusammenschluss von niedergelassenen Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen aus Schleswig-Holstein, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern, die sich mit der Frage der Entwicklung der ambulanten Versorgung in der Region befasst. Im Rahmen des Managementvertrages bringt sie ihre Expertise für die Weiterentwicklung des PORT-Zentrums ein, organisiert das Ärztezentrum und verwaltet die Untermietverträge für die anderen Gesundheitsakteure.

In der ersten Entwicklungsphase existierte eine multiprofessionell besetzte Lenkungsgruppe, bestehend aus dem Koordinator der ambulanten Versorgung des Kreis Dithmarschen, der den Vorsitz der

Lenkungsgruppe innehat, dem Geschäftsführer des Ärztezentums, der Case Managerin sowie dem ärztlichen Leiter des Ärztezentums, die sich einmal monatlich traf.

Die Etablierung der erarbeiteten Prozesse und deren Weiterentwicklung erfolgt ebenso wie die Entwicklung neuer Versorgungsansätze in interprofessionellen und/oder intersektoralen Routinerunden der beteiligten Akteure. Im Ärztezentrum Büsum finden zum Beispiel wöchentliche Teambesprechungen und bei Bedarf spontane kleine Runden statt. Die Gemeinde als Gesellschafter wird regelmäßig im Rahmen von Gesellschafterversammlung über die Entwicklung im Gesundheitszentrum, sowohl inhaltlich als auch wirtschaftlich, auf dem Laufenden gehalten und in die Weiterentwicklung der PORT-Idee einbezogen.

Rolle der Kommune

Die Gemeinde Büsum und der Landkreis übernehmen zentrale Aufgaben bei der Umsetzung des PORT-Gesundheitszentrums. Die Gemeinde ist die alleinige Gesellschafterin der Ärztezentrum Büsum gGmbH, hat aber das Management des Ärztezentums auf die äg Nord übertragen. Der Bürgermeister der Gemeinde war Teil der Lenkungsgruppe des PORT-Gesundheitszentrums und wird im Rahmen der Gesellschafterversammlung über alle Entscheidungen informiert, ist aber nicht in die operativen Abläufe eingebunden. Die Kommune ist nicht nur Träger des Ärztezentums, sondern hat auch dessen Umbau und die baulichen Erweiterungen, die im Rahmen des PORT-Projektes erfolgten, finanziert. Darüber hinaus unterstützt die Gemeinde den Verein, der die ehrenamtliche Arbeit koordiniert.

Zentrale Unterstützung erfährt das PORT-Gesundheitszentrum auch durch den Landkreis Dithmarschen in Person des Beauftragten für die ambulante Versorgung. Dieser hat den PORT-Antrag maßgeblich verantwortet und übernimmt wichtige Aufgaben in der Vernetzung und Steuerung des PORT-Gesundheitszentrums. Er war Teil der Lenkungsgruppe und hat dadurch wesentliche Teile der inhaltlichen Ausgestaltung vorangetrieben.

Gelingens-/Hinderungsfaktoren

Der Landkreis Dithmarschen ist Vorreiter in Deutschland und hat schon früh medizinische Versorgung in die kommunale Hand genommen. Neben dem MVZ in Büsum existieren inzwischen vier weitere MVZ im Landkreis. Mit dem Koordinator für die ambulante Versorgung verfügt der Landkreis auch über einen ausgewiesenen Experten des Gesundheitswesens. Dieser hat die MVZ-Gründung initiiert und auch den PORT-Antrag, auf den er durch seine beruflichen Netzwerke aufmerksam wurde, maßgeblich formuliert. Neben seiner fachlichen Expertise verfügt er zudem über sehr gute Kontakte zu den Ärzt:innen in der Region, was bei der Besetzung der Arztstellen im MVZ hilfreich ist. Er übernimmt auch eine Vermittlerrolle in die Kommunalpolitik, indem er den Gemeindevertreter:innen die komplexen Problemlagen des deutschen Gesundheitssystems erläutert und Lösungsstrategien formuliert.

Ein weiterer wichtiger Motor des Gesundheitszentrum Büsum ist nach Aussage mehrerer Interviewpartner:innen der Bürgermeister der Gemeinde, der den „Mut“ hatte, das Thema ambulante Versorgung aktiv anzugehen. Er war in den ersten Jahren über die Lenkungsgruppe und heute über die Gesellschafterfunktion eng in die Steuerung des Gesundheitszentrums eingebunden und setzt sich intensiv für das Gesundheitszentrum ein.

Wichtig für das Gelingen des Gesundheitszentrums ist auch die umfassende Einbeziehung aller relevanten Akteure. So wurde zum Beispiel früh der Kontakt zur KV gesucht, deren Zustimmung für die Gründung einer Eigeneinrichtung notwendig ist. In die Überlegungen zur Weiterentwicklung wurden Ergebnisse aus Arbeitsgruppen und Gesprächskreisen, unter Einbindung der Kooperationspartner einbezogen. Hervorzuheben ist auch die enge Zusammenarbeit zwischen dem Landkreis und der Gemeinde, ohne die das Gesundheitszentrum in dieser Form wohl nicht möglich gewesen wäre.

3.2.2 Landkreis Darmstadt-Dieburg: Primärversorgungszentrum Ober-Ramstadt

Hintergrund/Entstehungsgeschichte

Im Landkreis Darmstadt-Dieburg sind bis zum Jahr 2030 über 100 Hausarztsitze nachzubeseetzen. Auch im fachärztlichen Bereich bestehen aufgrund von Zentralisierungsprozessen Versorgungsbedarfe. Der Landkreis ist Träger des Eigenbetriebes Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg und hat sich aufgrund des drohenden Ärztemangels auch die Sicherung der ambulanten Versorgung als Aufgabe gesetzt. Aus der Erkenntnis heraus, dass dieses Problem nur unter Einbindung aller betroffenen Akteure gelöst werden kann, hat der Landkreis einen Beteiligungsprozess mit den Kommunen, der KV und den niedergelassenen Leistungserbringern gestartet. In Absprache mit den ansässigen Haus- und Fachärzt:innen einer Gemeinschaftspraxis in Ober-Ramstadt hat der Landkreis im Jahr 2014 sein erstes MVZ durch den Kauf von Arztsitzen gegründet. Inzwischen unterhält der Landkreis fünf haus- und fachärztliche MVZ. Der Landkreis erarbeitete zudem mit Unterstützung der OptiMedis AG 2016 ein „Gesundheitskonzept 2025“, welches die Versorgung im stark ländlich geprägten Landkreis sichern und ausbauen soll. Das Konzept definierte vier Handlungsfelder: „Sicherung der Grundversorgung“, „Geriatrische Versorgung“, „Versorgung psychisch Erkrankter“ und „sektorübergreifende Kooperation“. Der Landkreis beauftragte die OptiMedis AG gemeinsam mit der kommunalen Projektleitung, die aus der Geschäftsführung der Kreiskliniken und der Geschäftsführung der MVZ GmbH bestand, diese Handlungsfelder konzeptionell mit Leben zu füllen. Außerdem sollten neue Versorgungsformen vorgeschlagen und der Landkreis bei der Antragsstellung zu Fördermöglichkeiten unterstützt werden. Zudem begleitet die OptiMedis AG den Landkreis bei der Implementierung der neuen Maßnahmen.

Projektbeschreibung

Auch bei der Antragsstellung für das PORT-Programm hat die OptiMedis AG den Landkreis unterstützt. In dem PORT-geförderten Projekt wurde das hausärztlich-internistische MVZ in Ober-Ramstadt ab 2018 zu einem kommunalen Primärversorgungszentrum (PVZ) weiterentwickelt. Dort werden die sechs angestellten Ärzt:innen durch eine nichtärztliche Praxisassistent:innen (NäPa) sowie zwei ambulante Case Manager:innen unterstützt, was insbesondere die Versorgung geriatrischer Patienten erleichtern soll. Ein weiterer Fokus wird im PVZ auf die Erkennung von Diabetes gerichtet, da die Region eine steigende Prävalenz von Diabetes mellitus Typ 2 verzeichnet und Diabetiker:innen bereits jetzt die größte Patientengruppe im MVZ ausmachen. Aus diesem Grund wurde im PVZ neben einem geriatrischen Versorgungsprogramm auch ein Prä-Diabetes-Versorgungspfad eingerichtet.

Neben der berufsübergreifenden Zusammenarbeit innerhalb des PVZ umfasst das Versorgungskonzept auch die Zusammenarbeit mit weiteren Gesundheitsversorgern wie den Hausärzt:innen und Physio- und Ergotherapeut:innen im Landkreis sowie der geriatrischen Klinik der Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg. So wurde z. B. ein „Qualitätsdialog ambulante geriatrische Versorgung“ eingerichtet, bei dem die Hausärzt:innen des Landkreises eingeladen sind, sich mit der im PVZ angestellten Geriaterin, den Case Manager:innen und einem Experten der Universität Heidelberg Mannheim über die Versorgung geriatrischer Patient:innen auszutauschen. Zudem besteht eine Kooperation mit dem Pflegestützpunkt des Landkreises. Diese umfasst u. a. die Weitervermittlung von Klient:innen, den Informationsaustausch und gemeinsame Hausbesuche von Mitarbeiter:innen des Pflegestützpunktes und den Case Manager:innen.

Strukturen & Akteure

Die Projektleitung besteht aus der Geschäftsführung der MVZ GmbH, dem MVZ-Manager, der als Manager aller MVZ des Landkreises auch für den operativen Teil des PVZ in Ober-Ramstadt verantwortlich ist, sowie einer:m Mitarbeitenden der OptiMedis AG.

Der Landkreis bezieht auch die kreisangehörigen Städte und Gemeinden mit ein. Hierfür hat er einen regionalen Beirat gegründet, dem der Landrat als Vorsitzender des Kreisausschusses, fünf Bürgermeister:innen der kreisangehörigen Kommunen sowie die Betriebsleitung des Eigenbetriebs Kreiskliniken angehören. Aufgabe des regionalen Beirats ist es u. a. frühzeitig und kleinräumig Versorgungsbedarfe zu identifizieren. Der Beirat tagt zweimal jährlich und nach Bedarf. Neben dem regionalen Beirat wurde zusätzlich ein Fachbeirat mit regionalen und überregionalen Expert:innen (u. a. Universität Frankfurt, KV Hessen, Hessisches Sozialministerium, Hessischer Landkreistag, Ärzteschaft, Kommunaler Pflegestützpunkt) eingerichtet.

Die Rolle der Kommune

Die Förderantragstellung im Rahmen des PORT-Programms geht auf die Initiative des Landkreises zurück und erfolgte im Rahmen des Gesundheitskonzepts 2025. Der Antrag enthält eine umfassende Bestands- und Bedarfsanalyse. Der Landkreis übernimmt im PORT-Projekt eine zentrale Rolle: Über die landkreiseigene MVZ GmbH ist er alleiniger Gesellschafter des PVZ in Ober-Ramstadt und Dienstherr der Geschäftsführung. Der Landrat, der gleichzeitig auch Gesundheitsdezernent des Landkreises ist, ist zwar nicht Teil der Projektleitung, steht jedoch regelmäßig mit dieser in Kontakt. Außerdem ist er Vorsitzender des regionalen Beirats sowie des Fachbeirats und somit in alle strategische Entscheidungsprozesse eingebunden. Er bildet gemeinsam mit der Geschäftsführung der MVZ die Schnittstelle zwischen den Kommunen des Landkreises und dem Landkreis.

Auch die Stadt Ober-Ramstadt engagiert sich für das PVZ. Als vor einigen Jahren einer der Facharztsitze drohte aus Ober-Ramstadt nach Darmstadt verlegt zu werden, hat sich der Bürgermeister für die Gründung des MVZs eingesetzt. Als 2017 ein Umzug des MVZ notwendig wurde, war die Stadt bei der Suche nach einem neuen Mietobjekt behilflich.

Gelingens- /Hinderungsfaktoren

Der Landkreis Darmstadt-Dieburg versteht die medizinische Versorgung schon seit mehreren Jahren als kommunale Aufgabe. Durch die Erfahrung mit den kreiseigenen Kliniken traute sich der Landkreis zu, auch im ambulanten Bereich aktiv zu werden und als eine der ersten Kommunen in Deutschland ein MVZ zu gründen: „... also wir haben ja auch unsere Expertise im Bereich der Krankenhäuser. Und wir haben dann also auch gesagt ja natürlich können wir das.“ (Landrat_DaDi_1 #00:23:39-1#). So konnte bei der Weiterentwicklung des MVZ in Ober-Ramstadt zu einem PVZ im Zuge des PORT-Projektes auf bereits bestehende Strukturen zurückgegriffen werden. Obwohl im Landkreis bereits viel Fachexpertise bestand, hat sich der Landkreis entschieden, zusätzlich die Optimedis AG zu beauftragen, die einen „eigenen Blick“ und einen „anderen Erfahrungswert“ in Bezug auf neue Versorgungsformen (Interview_DaDi_1, #00:29:27-5#) mitbringt.

Der Landrat „lebt das Thema der medizinischen Versorgung“ (Interview_DaDi_1, #00:32:08-4#) und ist als Vorsitzender der beiden Beiräte zentral in die Steuerung eingebunden. Auch steht er im engen Austausch mit der PORT-Projektleitung. Zusätzlich zur kommunalen Ebene engagiert er sich als Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Hessischen und des Deutschen Landkreistages auch auf Landes- und Bundesebene für das Thema.

Ein weiterer Gelingensfaktor sind die umfassenden Beteiligungsstrukturen, die im Landkreis aufgebaut wurden. So sind die Bürgermeister:innen der kreisangehörigen Städte und Gemeinden über den regionalen Beirat eingebunden. Zudem werden vor Gründung eines neuen MVZ die Kommunen und die niedergelassenen Ärzt:innen der jeweiligen kreisangehörigen Kommune einbezogen. Sind diese gegen ein landkreisbetriebenes MVZ, wird der Landkreis nicht in diese Richtung tätig. Im Falle des PVZ in

Ober-Ramstadt waren es die Kommune und einzelne Praxisinhaber:innen, die auf den Landkreis zugekommen sind und um Unterstützung gebeten hatten.

Beim PVZ in Ober-Ramstadt liegen sowohl Trägerschaft als auch das Management in kommunaler Hand, was eine direktere Versorgungssteuerung ermöglicht. Durch die Organisationsform des MVZ müssen die angestellten Ärzt:innen zudem viel weniger organisatorische Aufgaben erledigen als in einer selbstständigen Praxis (z. B. Personalverwaltung, Steuerangelegenheiten), was ihnen mehr Zeit für die Behandlung ihrer Patient:innen lässt.

3.2.3 Stadt Dornhan (Landkreis Rottweil): Gesundheitszentrum Dornhan

Hintergrund/Entstehungsgeschichte

Nachdem ein ortsansässiger Hausarzt seinen beruflichen Rückzug ankündigte, drohte in der kreisangehörigen Stadt Dornhan ein Engpass bei der hausärztlichen Versorgung zu entstehen. Die Kommune wurde daraufhin aktiv und hat sich von der DIOMEDES GmbH zu möglichen Lösungen beraten lassen. Mit ihrer Hilfe entstand die Idee eines Gesundheitszentrums, in dem die Leistungserbringer in einem multiprofessionellen Team arbeiten und die Patient:innen „aus einer Hand“ versorgen. Um der innovativen Grundidee gerecht zu werden und gleichzeitig sowohl für potentielle medizinische Leistungserbringer:innen sowie für Patient:innen attraktiv zu sein, entschied man sich für einen Neubau in zentraler Lage im Ortskern. Zu diesem Zweck wurde ein ehemaliges Industriegebäude von der Kommune aufgekauft und abgerissen und mithilfe eines lokalen Investors ein Neubau errichtet.

Projektbeschreibung

Das Gesundheitszentrum Dornhan ist ein Projekt aus dem PORT-Förderprogramm der Robert-Bosch-Stiftung. Ziel des 2018 gestarteten Projektes ist es, für eine ausreichende Hausarztversorgung im Ort zu sorgen. Zudem soll eine medizinische Versorgung durch ein multiprofessionelles Team und ein direkter Zugang zu Therapeut:innen und Hilfsmitteln gewährleistet werden. Zu diesem Zweck wurden neben zwei Hausärzt:innen auch eine Physio- und eine Ergotherapiepraxis sowie eine Logopädiepraxis für das Projekt gewonnen, die alle im Gesundheitszentrum angesiedelt sind und dort selbstständig arbeiten. Gleichzeitig wurde die Sozialstation in diese Räumlichkeiten verlegt. Darüber hinaus berät ein Gesundheitscoach im Gesundheitszentrum Menschen zu einer gesunden Lebensführung. Die Leistungserbringer haben jeweils Mietverträge mit dem Eigentümer abgeschlossen, die Stadt Dornhan übernahm für das Erdgeschoss, in dem die Arztpraxis untergebracht ist, eine Mietgarantie. In den Räumlichkeiten des Gesundheitszentrums wird ein breites Programm an gesundheitlichen Informationsveranstaltungen und Präventionskursen angeboten.

Akteure & Strukturen

Die Zusammenarbeit des Gesundheitszentrums wird über den eigens gegründeten Verein „Gesundheitsnetz Dornhan e.V.“ organisiert. Gründungsmitglieder des Vereins sind neben der Stadt Dornhan die therapeutischen Praxisinhaber:innen sowie die örtliche Apotheke und Sozialstation. Der Vorstand des Vereins wird von den Mitgliedern aus dem Kreis der Mitglieder gewählt. Der Verein dient einerseits als Austauschplattform für alle Beteiligten des Projekts. Hier werden alle Belange des Gesundheitszentrums betreffend besprochen und die Zusammenarbeit reflektiert und evaluiert. Der Verein ist andererseits für die Einbindung weiterer, externer Akteure, wie z. B. Kostenträger, Krankenhäuser, niedergelassene Fachärzt:innen, verantwortlich.

Eine zentrale Rolle im Projekt spielt daneben die DIOMEDES GmbH, die über Erfahrungen in der Entwicklung von Gesundheitszentren und anderen Modellen der integrierten Versorgung verfügt. Sie verfasste in Abstimmung mit der Kommune federführend den PORT-Antrag und war für die Akquise der Leistungserbringer verantwortlich. Im Anschluss übernahm sie als Projektmanagerin die Geschäftsführung des Gesundheitszentrums.

Die Rolle der Kommune

Angesichts der drohenden hausärztlichen Versorgungslücke hatte der Bürgermeister mit der zuständigen KV Kontakt aufgenommen, war sich aber deren begrenzter Handlungsmöglichkeiten bewusst: „die KV kann keine Ärzte backen und [...] kann auch nur bedingt Einfluss nehmen auf Entscheidungen der Ärzte und Ärztinnen und bei der Verteilung, wo die Ärzte hinkommen.“ (Bürgermeister_Do, #00:09:46-0#) Gerade im ländlichen Bereich, so die Schlussfolgerung der Kommune, müsse man daher selbst aktiv werden. Mit der Beauftragung der DIOMEDES GmbH hat sie deshalb eine auf die eigenen Bedürfnisse zugeschnittene Lösung gesucht und mit dem Gesundheitszentrum dann auch realisiert.

Die Kommune hat mit der Erschließung des Grundstücks für das Gesundheitszentrum den baulichen Grundstein für das Projekt gelegt. Mit Fördermitteln des Landes Baden-Württemberg hat sie das alte Industriegebäude abgerissen. Errichtet wurde das Gebäude von einem lokalen Investor. Zusätzlich wurde von der Kommune ein weiteres angrenzendes Grundstück erworben, welches für eine spätere Erweiterung oder einen zweiten Bauabschnitt nutzbar wäre.

Die Projektleitung und der fachliche Austausch mit den Leistungserbringern ist Aufgabe der DIOMEDES GmbH. Diese übernimmt auch die Prüfung weiterer Fördermöglichkeiten, da die Finanzierung des Gesundheitszentrums nach Ablauf der PORT-Förderung zum Zeitpunkt des Interviews noch nicht sichergestellt war. Die Kommune ist über den Bürgermeister im Vorstand des Vereins „Gesundheitsnetz Dornhan e. V.“ vertreten und so an allen wichtigen Entscheidungen beteiligt.

Gelingens-/Hinderungsfaktoren

Einen großen Einfluss auf die erfolgreiche Umsetzung wird von kommunaler Seite der fachlichen Unterstützung durch eine externe Beratungsagentur zugeschrieben. Die Kommunalverwaltung verfüge weder über die erforderliche Expertise im Gesundheitsbereich noch über die zeitlichen Ressourcen, sodass sie sowohl für die konzeptionelle Arbeit als auch für die Fachgespräche mit den medizinischen Akteuren und die operative Umsetzung auf externe Unterstützung angewiesen sei.

Der Bürgermeister von Dornhan engagiert sich im besonderen Maß für das Projekt. Als sich das Problem der möglichen ärztlichen Unterversorgung abzeichnete, hat er aktiv nach Lösungen gesucht und bei deren Umsetzung maßgeblich mitgewirkt. Er ist Mitglied des Vorstandes des Vereins und so eng in die Arbeit des Gesundheitsnetzes eingebunden.

Ein großer Vorteil des Gesundheitszentrums wird von den Interviewpartner:innen in der Vernetzung der unterschiedlichen, lokalen gesundheitlichen Akteure untereinander und mit der Kommune im Verein „Gesundheitsnetz Dornhan e. V.“ gesehen: Mit dem Verein habe man

„auf jeden Fall eine Plattform, [eine] Ebene gefunden, die für die Praxis, für den Ablauf sehr hilfreich war, weil die Leute sich kennen. Also das hat einen Mehrwert schon tatsächlich erbracht, indem die Leute sich kennengelernt haben, wissen, wer was machen kann und im Nebengebäude, wo jetzt hier schon viele zusammenarbeiten, dass diese persönliche Brücke gebaut wurde. Das ist so ein Effekt, durch einen Verein, muss man sagen, hat man [den] automatisch.“ (Bürgermeister_Do, #00:14:04-2#)

Die lose Zusammenarbeit über einen Verein bringt aber auch Nachteile mit sich. So konnte mit den ärztlichen Leistungserbringer:innen eine multiprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe bislang noch nicht so umfassend umgesetzt werden, wie dies von manchen Akteuren des Gesundheitszentrums und der Kommune gewünscht wird. Als maßgebliche Hürde hierfür wird die selbstständige Tätigkeit der Ärzt:innen benannt. Andere organisationale Lösungen, wie z. B. ein MVZ, sind jedoch von einer kleinen kreisangehörigen Stadt wie Dornhan nicht zu realisieren. Hierfür wäre eine Zusammenarbeit mit dem Kreis oder einem Krankenträger notwendig. Hierzu waren Gespräche erfolgt, diese hatten jedoch zu keinem produktiven Ergebnis geführt.

Sorge besteht in der Kommune über die Weiterfinanzierung nach Auslaufen der PORT-Förderung, da viele Leistungen der integrierten Versorgung nicht über den Leistungskatalog der GKV abgedeckt werden.

3.2.4 Hohenstein (Landkreis Reutlingen): Gesundheitszentrum Hohenstein

Hintergrund

Zur Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung auf kommunaler Ebene wurde vom Kreisgesundheitsamt des Landkreis Reutlingen im Jahr 2010 die erste Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK) Baden-Württembergs ins Leben gerufen. Ein zentrales Thema gleich zu Beginn war die Frage,

wie in Zukunft die hausärztliche Versorgung sichergestellt werden kann. In diesem Rahmen wurde eine Arbeitsgruppe unter dem Vorsitz des Landrats eingerichtet, die sich aus einer Vielzahl relevanter regionaler Akteure zusammensetzte (z. B. Bürgermeister:innen der kreisangehörigen Gemeinden, Gesundheits- und Landratsamt, Kassenärztliche Vereinigung). Diese Arbeitsgruppe formulierte eine Reihe von Handlungsempfehlungen und betonte dabei, dass die Gewährleistung einer guten medizinischen Versorgung zur allgemeinen Daseinsvorsorge gehöre. Neben der Forderung einer kleinräumigeren Strukturierung der Versorgungsbereiche im Landkreis umfassten die Handlungsempfehlungen u. a. auch die Schaffung innovativer Kooperationsmodelle für niedergelassene Hausärzt:innen und die Entlastung der Ärzt:innen durch den verstärkten Einsatz nichtärztlicher Gesundheitsberufe. Gleichzeitig sollten Gesundheitsförderung und Prävention gestärkt werden.

Die Arbeitsgruppe der KGK initiierte zudem ein Projektvorhaben „Gesundheitszentrum/Innovative Kooperationsmodelle“ und nahm Kontakt zu den besonders betroffenen Gemeinden auf. Die Gemeinde Hohenstein zeigte Interesse und begann in Kooperation mit dem Landkreis mit den Planungen für den Bau eines Gesundheitszentrums. Als weiteres Ergebnis der oben genannten Arbeitsgruppe der KGK wurde später in enger Abstimmung zwischen der Gemeinde Hohenstein und der KGK der PORT-Antrag für ein Gesundheitszentrum erstellt.

Auf der dritten KGK des Landkreises im Jahr 2013 wurde entschieden, eine Zertifizierung „Gesunde Gemeinde“ nach dem Vorbild der Ottawa-Charta für die kreisangehörigen Gemeinden einzuführen. Zu den Kriterien einer „Gesunden Gemeinde“ zählen u. a. der politische Wille, ausgedrückt durch einen Gemeinderatsbeschluss, die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen sowie die Schaffung eines Gemeinденetzwerks für eine gesundheitsorientierte Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Interessen in der Gesellschaft. Die Gemeinde Hohenstein wurde im Jahr 2015 als „Gesunde Gemeinde“ zertifiziert und im Jahr 2018 rezertifiziert.

Projektbeschreibung

Das Gesundheitszentrum Hohenstein, das 2019 eröffnet wurde, umfasst eine Hausarztpraxis, eine Gesundheitslotsin, eine Kinderarztpraxis, eine Hebammenpraxis und eine Physiotherapiepraxis. Die drei letztgenannten Leistungserbringer:innen sind selbstständig tätig. Die Hausärztin ist beim MVZ II der Kreiskliniken Reutlingen angestellt. Zum Gesundheitszentrum gehören darüber hinaus eine psychiatrische Institutsambulanz, eine Frühförderungsstelle, die Außenstelle des Pflegestützpunkts des Landkreises und ein Veranstaltungszentrum, in welchem Informationsveranstaltungen und Gesundheitskurse stattfinden. Die Geschäftsstelle der KGK des Landkreises verantwortet den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention und bietet ein umfangreiches Veranstaltungsprogramm sowie Sprech-

stunden im Gesundheitszentrum an. Das PORT-Gesundheitszentrum kooperiert zudem mit dem Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung der Universität Tübingen, das die Evaluation des Projektes übernimmt.

Das Team des PORT-Zentrum arbeitet interprofessionell zusammen und tauscht sich z. B. in Fallkonferenzen über Bedarfe und Therapien von Patient:innen aus. Zum Zeitpunkt der Interviews war geplant, eine elektronische Patientenakte einzuführen, um die Zusammenarbeit zu vereinfachen. Eine enge Zusammenarbeit besteht mit der Arbeitsgruppe „Gesunde Gemeinde“ Hohenstein, in der viele Bürger:innen, die beruflich oder in ihrer Freizeit mit dem Thema Gesundheit in Verbindung stehen, vertreten sind.

Strukturen & Akteure

Als Steuerungsgremium wurde ein Lenkungskreis eingerichtet, in dem alle Akteure des Gesundheitszentrums, Vertreter:innen des Landkreises und der Gemeinde sowie die Universität Tübingen vertreten sind. Der Lenkungskreis kommt in der Regel einmal pro Monat zusammen, um sich auszutauschen, die Weiterentwicklung des Gesundheitszentrums zu diskutieren und strategische Entscheidungen zu treffen.

Projekträger sind die Gemeinde Hohenstein und der Landkreis Reutlingen. In der Bau- und Aufbauphase (2017-2020) wurden die Projekträger durch eine Koordinatorin unterstützt. Seit Juli 2020 ist der ehemalige Geschäftsführer der Kreiskliniken Reutlingen für das Projektmanagement verantwortlich. Zu Beginn der Planungen des Gesundheitszentrums wurde ein Förderverein „Verein zur Förderung der hausärztlichen Versorgung e. V.“ gegründet, der eine Anschubfinanzierung leistete und das Projekt z. B. bei der Evaluation finanziell unterstützt.

Die Rolle der Kommune

Der Landkreis Reutlingen engagiert sich schon lange und intensiv für die gesundheitliche Versorgung seiner Bürger:innen (siehe oben). Mit der Gemeinde Hohenstein bestand schon vorher eine enge Zusammenarbeit, sodass der Landkreis und die Gemeinde gemeinsam die Trägerschaft des PORT-Projektes übernahmen. Landkreis und Gemeinde sind im Lenkungskreis vertreten und somit maßgeblich in die Entwicklung des PORT-Gesundheitszentrums eingebunden.

Die Gemeinde Hohenstein brachte sich von Beginn an aktiv in das Projekt ein, führte z. B. verschiedene Formate der Bürgerbeteiligung durch und warb bei den Leistungserbringern für die Mitarbeit. Der Bau des Gebäudes wurde von einem ortsansässigen Fertighaushersteller übernommen. Die Grundstücke wurden von der Gemeinde zur Verfügung gestellt. Neben der PORT-Förderung hat die Gemeinde auch weitere Fördermittel für das Gesundheitszentrum eingeworben. Über den Arbeitskreis „Gesunde Gemeinde“ findet eine Vernetzung des PORT-Gesundheitsamtes in die Bürgerschaft statt.

Die Geschäftsstelle der KGK, die im Gesundheitsamt des Landkreises verortet ist, übernimmt die Umsetzung der Gesundheitsförderung und Prävention im PORT-Gesundheitszentrum und hat hierfür ein umfassendes Veranstaltungs- und Kursprogramm erarbeitet. Die Geschäftsstelle nutzt auch die Räumlichkeiten des Gesundheitszentrums und bietet dort Sprechstunden an.

Gelingens- und Hinderungsfaktoren

Der Landkreis und die Gemeinde verstehen die gesundheitliche Versorgung ihrer Bürger:innen als Aufgabe der kommunalen Daseinsvorsorge und sehen sich entsprechend in der Verantwortung, hier tätig zu werden. So hat der Landkreis Reutlingen schon vor über zehn Jahren die relevanten Akteure der Region zur KGK an einen Tisch geholt und auch entsprechende personelle Ressourcen für das Thema in der Kreisverwaltung aufgebaut. Der bis April 2021 amtierende Landrat war ausgewiesener Experte für das Gesundheitswesen und war zeitweise Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

Auch der Bürgermeister der Gemeinde Hohenstein engagiert sich seit langem für die gesundheitliche Versorgung. Er war von Beginn an maßgeblich an der Kommunalen Gesundheitskonferenz des Landkreises beteiligt und formulierte die Handlungsempfehlungen mit. Er ist Mitglied im Arbeitskreis „Gesunde Gemeinde“ und hat das PORT-Projekt in seiner Gemeinde aktiv vorangetrieben. Neben der Bereitstellung der materiellen Voraussetzungen des Gesundheitszentrums, wie z. B. die Bereitstellung des Grundstücks, Organisation des Baus und Beantragung von Fördermitteln, spielt der Bürgermeister insbesondere für die Vernetzung des Gesundheitszentrums in die Gemeinde eine bedeutende Rolle. In der Kommunalverwaltung der Gemeinde bestehen mit der Referentin für Soziales und Gesundheit zudem entsprechende personelle Ressourcen, um das Projekt voranzubringen.

Im Gesundheitszentrum sind viele Leistungserbringer selbstständig tätig. Dies hat Auswirkungen auf den Umfang des Engagements, den die Akteure für das PORT-Projekt leisten können. Die Leistungserbringer müssen die Steuerungs- und Koordinierungsarbeit, die das Projekt erfordert, nebenbei in ihrer Freizeit erbringen und können sich deshalb nicht so vollumfänglich einbringen, wie dies vielleicht von manchen Akteuren gewünscht wäre. Koordinierung und Absprachen, wie sie z. B. im Lenkungskreis erfolgen, sind jedoch für die erfolgreiche Zusammenarbeit enorm wichtig. Die Möglichkeit, Anregungen, aber auch Kritik, zu teilen, wird von den von uns interviewten Personen sehr geschätzt, auf diese Weise bilde sich Vertrauen zueinander, was die interprofessionelle Zusammenarbeit erleichtere.

Ein weiterer Gelingensfaktor ist das partizipative Vorgehen. Von Anbeginn an wurde versucht, eine möglichst breite Beteiligung aller relevanten Akteure zu realisieren. In der KGK sind sowohl die politischen Entscheider:innen als auch die maßgeblichen Akteure des Gesundheitswesens (u. a. KV) vertreten und in die Entscheidungsfindung einbezogen. Im Rahmen der Zertifizierung der Gemeinde Hohenstein zur „Gesunden Gemeinde“ hat zudem ein Bürgerbeteiligungsverfahren stattgefunden, bei dem Bedarfe und Wünsche der Bevölkerung ermittelt wurden, sodass die Angebote des Gesundheitszentrums genau darauf ausgerichtet werden konnten.

Der Erfolg des PORT-Gesundheitszentrums in Hohenstein ist auch Ergebnis des gelungenen Zusammenspiels von Landkreis- und Gemeindeebene. Die Gemeinde wird bei dem Vorhaben vom Landkreis sowohl personell als auch fachlich umfassend unterstützt und es findet ein enger Austausch zwischen beiden Ebenen statt.

3.2.5 Gemeinden Willingen und Diemelsee (Landkreis Waldeck-Frankenberg): Gesundheitsnetzwerk PORT Willingen-Diemelsee e.V.

Hintergrund

Seit Ende der 2000er Jahre gibt es im Landkreis Waldeck-Frankenberg Bemühungen, die patientennahe hausärztliche Versorgung entgegen dem drohenden Ärztemangel sicherzustellen und die noch tätigen Ärzt:innen zu entlasten. Hierfür hat der Landkreis die Initiative „Gesundheit schafft Zukunft“ mit dem Projekt „landarzt-werden.de“, welches junge Ärzt:innen von einer selbstständigen oder angestellten Tätigkeit im ländlichen Bereich überzeugen soll, ins Leben gerufen. Zudem hat der Landkreis eine Kommunale Gesundheitskonferenz, in der alle relevanten Gesundheitsakteure vertreten sind, initiiert und ein Expertennetzwerk an Hausärzt:innen und Pflegeeinrichtungen aufgebaut.

Zu diesem Netzwerk gehörte auch eine in Willingen ansässige hausärztliche Gemeinschaftspraxis und ein in der direkten Nachbarschaft gelegenes Pflegehotel. Zwischen beiden bestand bereits eine gute Zusammenarbeit. Das Pflegehotel hatte außerdem schon ein Case Management etabliert, sodass die im Landkreis zuständige Referentin für „Gesundheit schafft Zukunft“ beide Leistungserbringer anfragte, ob diese Interesse hätten, sich an der PORT-Ausschreibung zu beteiligen.

Projektbeschreibung

Im Zentrum von Willingen liegen eine hausärztliche Gemeinschaftspraxis, ein Pflegehotel (Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtung), ein mobiler Pflegedienst sowie eine Apotheke, die eng mit dem PORT-Projekt verknüpft sind. Mit den medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungserbringern im Nachbarort Diemelsee besteht ebenfalls eine Zusammenarbeit im Sinne eines Gesundheitsnetzwerkes. Zudem arbeitet das PORT-Netzwerk mit dem Sanitätshaus, dem Pflegestützpunkt des Landkreises Waldeck-Frankenberg sowie anderen Akteuren in den Kommunen (z. B. Kirche) zusammen. Mit Mitteln aus der PORT-Förderung hat die hausärztliche Praxis in Willingen eine VERAH (Versorgungsassistent:in in der Hausarztpraxis) eingestellt. Das PORT-Netzwerk verfügt über eine:n Geschäftsführer:in. Seit Sommer 2018 gehören zu dem Gesundheitsnetzwerk zudem eine Versorgungslotsin und seit Sommer 2019 ergänzen zwei Werkstudent:innen das Team.

Strukturen & Akteure

Als Organisationsform wurde ein Verein gewählt, der im Jahr 2017 gegründet wurde. Alle Beteiligten des Projekts sind Mitglieder des Vereins „Gesundheitsnetzwerk e.V.“. Bei den Treffen des gesamten

Netzwerks, die üblicherweise zweimal pro Jahr stattfinden, waren in der Vergangenheit 40-60 Mitwirkende anwesend. Zwischen den großen Treffen findet die Arbeit in kleineren Arbeitsgruppen statt. Vorsitzender des Vereins ist der Bürgermeister der Gemeinde Diemelsee, Finanzvorstand ist der Bürgermeister der Gemeinde Willingen. Der Vorstand des Vereins besteht darüber hinaus aus dem Landrat des Landkreises Waldeck-Frankenberg sowie der Geschäftsführerin, die noch als Mitarbeiterin des Landkreises den PORT-Antrag maßgeblich formulierte und danach in die Geschäftsstelle des Gesundheitsnetzwerks wechselte. In beratender Tätigkeit sind die Leiterin des Pflegehotels und der Inhaber der hausärztlichen Gemeinschaftspraxis als Beirat des Vorstands eingebunden. Der Vorstand tagt monatlich.

Die Rolle der Kommune

Die Gemeinden und der Landkreis waren von Beginn an in das Projekt involviert. Die Initiative für den PORT-Antrag ging von der damals beim Landkreis Waldeck-Frankenberg beschäftigten Referentin des Projektes „Gesundheit schafft Zukunft“ aus. Im Zuge der Antragserarbeitung wurde eine Steuerungsgruppe, bestehend aus der Referentin, den beiden oben genannten Leistungserbringern, den Bürgermeistern der beiden Gemeinden, der Leitung des Fachdienstes Gesundheit des Landkreises, einer externen Beratungsagentur und dem Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt, gegründet. Auch im weiteren Verlauf waren die Bürgermeister der beiden Gemeinden und der Landrat als Mitglieder des Vereinsvorstandes zentral ins PORT-Gesundheitsnetzwerk eingebunden (siehe oben). Alle drei sind Mitglieder des Vorstandes des Vereins. Die Bürgermeister sind so einerseits in alle strukturellen Entscheidungen des Gesundheitsnetzwerkes eingebunden und andererseits für die Einbindung des PORT-Gesundheitsnetzwerkes in ihre Gemeinden verantwortlich.

Da sowohl das Pflegehotel als auch die hausärztliche Gemeinschaftspraxis bereits über Räumlichkeiten verfügten, war hier keine Unterstützung durch die Kommunen notwendig. Die Geschäftsstelle des Gesundheitsnetzwerkes konnte im Gebäude der hausärztlichen Gemeinschaftspraxis untergebracht werden. Eine Unterstützung des PORT-Gesundheitsnetzwerkes im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention durch den Landkreis war zum Zeitpunkt der Interviews geplant (siehe Kapitel 4).

Gelingens-/Hinderungsfaktoren

Der Landkreis Waldeck-Frankenberg übernimmt schon länger Verantwortung für die Gesundheitsversorgung seiner Bürger:innen. Er gehörte zu den ersten Kommunen in Deutschland, die sich aktiv um die Nachbesetzung von Arztsitzen bemühten und ein entsprechendes Programm auflegten. Die in diesem Programm beschäftigte Mitarbeiterin promovierte zu kommunalen Versorgungsnetzwerken und verfügte so über ausgewiesene Fachexpertise in dem Bereich. Sie konnte im Rahmen ihrer Tätigkeit

ein entsprechendes Netzwerk an Leistungserbringer:innen aufbauen, aus dem sie das PORT-Team gewinnen konnte. Sie hat den PORT-Antrag maßgeblich erarbeitet und ist später als Geschäftsführerin in das Gesundheitsnetzwerk gewechselt.

Als weiterer Gelingensfaktor ist das besondere Engagement der politischen Vertreter der beiden Gemeinden hervorzuheben. Diese waren schon früh in die Konzeption des Gesundheitsnetzes eingebunden und übernehmen mit dem Vorstandsvorsitz und dem Finanzvorstand wichtige Rollen bei der Steuerung des Projektes. Auch sind sie insbesondere hilfreich bei der Vernetzung des Gesundheitsnetzes in die Gemeinden. Für die Netzwerkarbeit ist es zudem von Vorteil, dass der Verein über eine hauptamtliche Geschäftsführung mit langjähriger Erfahrung in der Netzwerkarbeit verfügt.

Die Zusammenarbeit der Leistungserbringer im Gesundheitsnetzwerk Willingen-Diemelsee zeichnet sich dadurch aus, dass sie schon vor dem PORT-Projekt bestand. Die hausärztliche Gemeinschaftspraxis und das Pflegehotel kooperierten schon vorher eng, sodass hier die interprofessionelle Zusammenarbeit nicht neu aufgebaut werden musste. Die Leistungserbringer:innen zeigen ein überdurchschnittlich hohes Engagement für das Gesundheitsnetzwerk. Das PORT-Gesundheitsnetzwerk ist für sie mit zeitlichem Mehraufwand verbunden, aber der von uns interviewte ärztliche Leistungserbringer sieht für sich durch die Einführung des Case-Managements und die Delegation von Aufgaben auch eine große Entlastung im Alltag durch das PORT-Projekt.

Hilfreich war sicherlich auch, dass alle relevanten Akteure sehr frühzeitig über eine Steuerungsgruppe in die Antragstellung einbezogen wurden und so die Inhalte des Gesundheitsnetzwerkes mitgestalten konnten. Außerdem erfolgt auch hier ein enges Zusammenspiel von Landkreis und Gemeinde; welches in Zukunft über das Thema der GFP noch Erweiterung finden soll.

3.3 Analyse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse im Hinblick auf die Fragestellungen I-III zusammengeführt und analysiert. Die Darstellung und Analyse der Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in den PORT-Projekten erfolgt in Kapitel 4.

Fragestellung I: Warum haben sich die Kommunen entschlossen, PORT-Zentren zu schaffen bzw. sich an deren Gründung zu beteiligen?

Bei allen von uns untersuchten PORT-Standorten war die Kommune bereits vor der Antragsstellung in der ambulanten Versorgung aktiv. Auslöser für das Engagement der Kommunen im Bereich der ambulanten Versorgung war in allen Fällen der sich abzeichnende bzw. akut drohende (Haus-)Ärztmangel vor Ort. Der Ärztemangel trifft allerdings inzwischen sehr viele Kommunen, sodass in vielen Kommunen ein Handlungsdruck besteht. Für das Engagement der Kommunen muss es also darüber hinaus

weitere Erklärungsfaktoren geben. Unsere Fallstudien lassen zwei Faktoren erkennen. Erstens verstehen die politisch verantwortlichen Akteure (z. B. Bürgermeister:innen, Gemeinderat, Landrät:innen) Gesundheitsversorgung als Bestandteil kommunaler Daseinsvorsorge. Sie sehen sich in der Verantwortung diese sicherzustellen, wenn eine ausreichende Versorgung nicht durch andere Akteure gewährleistet werden kann. Für eine solche Sichtweise bedarf es zweitens zumindest Grundkenntnisse über Zuständigkeiten und Limitationen des deutschen Versorgungssystems:

„Das liegt aber auch an der Politik, die das Problem erkannt hat. Also müssen ja mehrere letztlich überzeugt sein [...], nachdem ich mit den Ärzten gesprochen habe, auf den Bürgermeister und die Gemeindevertretung zugegangen bin, also irgendeiner muss die Initiative ergreifen. Irgendeiner muss der Gemeinde erklären, wo das Problem liegt. Also ich komme ja wöchentlich in Gemeindevertreter-sitzungen, wo man erstmal versuchen muss, als Gemeinde dieses relativ komplexe System von Bedarfsplanung und Zulassung und Hausarzt und Gebietsfacharzt und Vergütung und Begrenzung der Zulassung und "Warum kommen die Ärzte nicht mehr in die Region?" und so weiter, das muss ihnen ja irgendjemand mal erklären.“ (Koordinator_Bü, #00:27:04-8#)

„aber, dass man die Möglichkeit hat, sich da das Fachwissen auch entsprechend zu besorgen. Ob man das selber hat mit jemand, den man einstellt, oder man jemand bezahlt dafür als externe Beratung. Aber erst, wenn ich verstanden habe, wie das System Gesundheit funktioniert und welche Rolle auch Kommunen haben, dann kann ich mich auch erst darum kümmern.“ (Interview_Wi_1, Pos. 33)

Diese Annahme wird auch dadurch bestätigt, dass in drei der fünf von uns untersuchten Fälle die (politischen) Schlüsselpersonen, die die kommunalen Aktivitäten vorangetrieben haben, über ausgewiesene Fachexpertise des deutschen Gesundheitswesens verfügten. In Büsum ist dies der Koordinator für ambulante Versorgung des Landkreises, der zuvor Geschäftsführer der kommunalen Kliniken gewesen ist, in Darmstadt-Dieburg ist der Landrat zugleich Gesundheitsdezernent und Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Hessischen und des Deutschen Landkreistages und in Hohenstein ist der Landrat ausgewiesener Experte für das Gesundheitswesen und war zudem 2015 bis 2017 Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Die beiden anderen untersuchten Kommunen haben fachliche Expertise eingestellt bzw. eingeholt, um Lösungen für das Problem des Ärztemangels umzusetzen bzw. zu finden: Der Landkreis Waldeck-Frankenberg hat für sein Projekt „Gesundheit schafft Zukunft“ eine Projektleiterin eingestellt, die zur Rolle der Kommunen in der Versorgung promovierte. Die Gemeinde Dornhan hat eine auf das Thema spezialisierte Beratungsagentur engagiert. In allen fünf Fällen war somit eine umfassende Fachexpertise vorhanden.¹⁰

¹⁰ Ob Fachexpertise eine notwendige Voraussetzung für kommunales Engagement in der ambulanten Versorgung ist, kann auf Basis des kleinen Samples und der von der Robert Bosch Stiftung getroffenen Vorauswahl der Projekte nicht beantwortet werden. Auffällig ist, dass das Sample mit Büsum und dem Landkreis Darmstadt-Dieburg die beiden deutschen Vorreiter bezogen auf kommunale MVZ und mit dem Landkreis Waldeck-Frankenberg einen Vorreiter in der Landarztakquise enthält.

Auch für die PORT-Förderung scheint diese Fachexpertise ein relevanter Faktor zu sein, denn das Antragsverfahren erforderte ein gewisses Maß an Fachkenntnis. Auch haben die untersuchten Kommunen über ihre Fachkräfte vor Ort bzw. die beauftragten Beratungsunternehmen von der Ausschreibung der Robert Bosch Stiftung erfahren.

Fragestellung II: Welche Rolle nimmt die Kommune bei der Initiierung, Umsetzung und Steuerung des PORT-Zentrums bzw. der integrierten Versorgung insgesamt ein?

Das Gutachten der Oberen AG „Vision und Umsetzung eines PORT-Gesundheitszentrums“ beschreibt ausführlich mögliche Aufgaben der Kommunen in Bezug auf das PORT-Zentrum (siehe Kapitel 1.4), geht aber nicht weiter auf die Governance-Rolle der Kommunen ein. Unsere Analyse zeigt jedoch, dass unterschiedliche Governance-Modelle mit unterschiedlich weitreichenden Kompetenzen der Kommunen in der Praxis bestehen. Wir beschreiben zunächst die Ausprägung der vom Gutachten der Oberen AG aufgeführten möglichen kommunalen Funktionen in den fünf von uns untersuchten Kommunen und gehen dann ausführlicher auf die vorgefundenen Governance-Strukturen ein.

Initiierung

In allen fünf untersuchten Fallstudien waren die Kommunen bereits vor dem PORT-Vorhaben in der ambulanten Versorgung aktiv. Auch bestanden in allen Standorten schon Ansätze einer integrierten Versorgung oder zumindest Ideen, die bestehenden Strukturen in diese Richtung zu entwickeln. Auf die Möglichkeit der PORT-Förderung der Robert Bosch Stiftung wurden die Kommunen entweder selbst aufmerksam (Netzwerke der zuständigen Personen) oder sie wurden von den beauftragten Beratungsunternehmen vorgeschlagen. In allen fünf Fällen ist die Kommune (entweder zuständiger Landkreis oder Gemeinde selbst) Antragsteller. Dies geht auf die Fallauswahl zurück: Die Studie verfolgte eine Positivauswahl und hat nur PORT-Standorte berücksichtigt, bei denen die Kommune eine starke Rolle spielt.

Gesellschafter

Nur zwei der von uns untersuchten PORT-Zentren sind als MVZ organisiert. Beide befinden sich in kommunaler Trägerschaft. Die Gemeinde Büsum und der Landkreis Darmstadt-Dieburg gehören zu den ersten Kommunen in Deutschland, die diesen Weg beschritten haben. Die MVZ bestanden schon vor der PORT-Förderung.

Eigentümer & Unterstützung Immobilie

Ein ausreichend großes Gebäude in zentraler Lage ist eine Grundvoraussetzung für ein PORT-Zentrum, um die Erreichbarkeit für die Patient:innen bzw. Bürger:innen zu gewährleisten. Die Gesundheitszentren in Büsum, Dornhan, Hohenstein und Darmstadt sind jeweils in einem Gebäude untergebracht. In

Willingen sind einige Leistungserbringer des Netzwerks in einem Gebäude vereint, das einem der Leistungserbringer gehört, weitere Leistungserbringer sind in der Umgebung verortet. Von den vier erstgenannten Standorten befindet sich nur das Gebäude des Gesundheitszentrums in Büsum im Eigentum der Gemeinde. Bei allen anderen Standorten hat die Kommune das PORT-Zentrum jedoch in Bezug auf das Gebäude unterstützt: In Dornhan hat die Gemeinde das Grundstück für das Gebäude zur Verfügung gestellt und den Abriss der alten Gebäude organisiert und finanziert. Der Neubau wurde dann von einem lokalen Investor übernommen. Auch in Hohenstein gehört das Grundstück der Gemeinde und der Neubau wurde von einem ortsansässigen Unternehmen gebaut und finanziert. Die Gemeinde und der Landkreis zahlen Mietzuschüsse für die gemeinschaftlich genutzten Räume. In Ober-Ramstadt befindet sich die Immobilie, in der das MVZ untergebracht ist, ebenfalls in privater Trägerschaft. Als 2017 ein Umzug notwendig wurde, war die Stadt bei der Suche nach einem neuen Mietobjekt behilflich.

Bedarfsermittlung

Die PORT-Zentren haben den Anspruch, patienten- und bedarfsorientiert zu sein, weshalb am Beginn der Planungen eine ausführliche Bedarfsanalyse stehen sollte. Im Idealfall erfolgt eine umfassende Ist-Analyse der gesundheitlichen Problemlagen der Bevölkerung sowie eine Bestandsanalyse der Versorgung. Kommunen können bei einer solchen Analyse unterstützen, da sie - sofern eine kommunale Gesundheitsberichtserstattung besteht – über Daten zur Bevölkerungsgesundheit verfügen. Auch haben sie Zugang zu unterschiedlichen Lebenswelten und Zielgruppen und kennen daher meist die Gesundheitsbedarfe der Bevölkerung recht gut oder können zumindest beim Zugang zu diesen Zielgruppen unterstützen. In vier der fünf untersuchten PORT-Zentren wurde eine Bestandsanalyse durchgeführt und in allen vier Fällen haben die Kommunen dabei unterstützt bzw. diese selbst durchgeführt. Allerdings erfolgte dies in nur zwei Fällen durch den ÖGD.

Planung und Durchführung GFP

Bei der Gesundheitsförderung und Prävention sind die Kommunen in den PORT-Zentren kaum eingebunden. Einzige Ausnahme bildet Hohenstein, wo das Kreisgesundheitsamt die Organisation und Durchführung der GFP-Aktivitäten des PORT-Zentrums maßgeblich übernimmt. In Dornhan ist der Bürgermeister über seine Mitgliedschaft im Verein in die Präventionsarbeit eingebunden, aber ein Einbezug des Landkreises bzw. des Kreisgesundheitsamtes erfolgt nicht. In Zukunft soll es in Willingen-Diemelsee eine Kooperation mit dem Gesundheitsamt geben, welches über Mittel aus dem Präventionsgesetz gerade dabei ist, GFP-Strukturen im Landkreis auf- und auszubauen.

Vernetzung

In allen fünf untersuchten Fällen kommt den Kommunen eine bedeutende Rolle bei der Vernetzung des PORT-Zentrums zu. Vernetzung findet dabei auf unterschiedlichen Ebenen und durch unterschiedliche Akteure statt. In Büsum kommt dem Koordinator für ambulante Versorgung des Landkreises eine zentrale Rolle in der Vernetzung zu. Durch seine frühere Tätigkeit als Geschäftsführer der kommunalen Kliniken verfügt er über Kontakte zu vielen Ärzt:innen und anderen Leistungserbringern, zu Verbänden der Leistungserbringer, zur Lokalpolitik auf Landkreis- und Gemeindeebene u.v.m. Er konnte so z. B. neue Ärzt:innen für das MVZ und viele Kooperationspartner gewinnen. In Darmstadt wurden im Zuge der Projektumsetzung mit dem Fachbeirat und dem politischen Beirat formale Vernetzungsstrukturen geschaffen, bei denen der Landkreis und die Kommunen als zentrale Akteure eingebunden sind (siehe Abschnitt zu Governance unten). Eine Vernetzung in die ehrenamtlichen Strukturen erfolgt über die Case-Managerin des PVZ. In den Interviews wurde deutlich, dass gerade beim Zugang zur Bevölkerung und der Einbindung ins Ehrenamt den Bürgermeister:innen eine bedeutende Rolle zukommt. Diese kennen in der Regel die Ehrenamtsstrukturen vor Ort und verfügen über eine gewisse Anerkennung in der Bevölkerung, was sie zu idealen Multiplikator:innen für das PORT-Zentrum macht.

Unterstützung des Vereins

In vier der fünf analysierten PORT-Standorte wurde im Zusammenhang mit der ambulanten Versorgung ein Verein gegründet. In Büsum erfolgte die Vereinsgründung, um das Ehrenamt zu organisieren und einzubinden. Der Verein ist hier bei der Kommune angesiedelt. In Dornhan und Willingen ist der Verein ein relevantes Organ der Governance-Struktur des PORT-Zentrums (siehe unten). In beiden Fällen ist der Bürgermeister Gründungsmitglied und im Vorstand vertreten. In Hohenstein wurde bereits vor der PORT-Antragsstellung ein Förderverein gegründet, der das Vorhaben finanziell und personell unterstützt.

Governance - Steuerungsrolle der Kommune

Welche Steuerungsmacht den Kommunen zukommt, ist maßgeblich von den formalen Organisationsstrukturen des PORT-Zentrums abhängig. Von grundsätzlicher Bedeutung ist dabei die gewählte Organisationsform. Ist das PORT-Zentrum als kommunales MVZ organisiert, ist eine direkte Steuerung durch die Kommune möglich. Bei alternativen Organisationsformen (z. B. Verein) sind in der Regel Verhandlungen mit den anderen beteiligten Akteuren (z. B. Leistungserbringer) erforderlich, sodass die Kommune hier ihre Interessen nicht einseitig durchsetzen kann.

Wie weitreichend die Handlungsmacht der Kommunen bei kommunalen MVZ ist, hängt davon ab, ob die Kommune auch die Geschäftsführung übernimmt oder diese an externe Akteure überträgt wie in Büsum. Dort hat sie die Geschäftsführung an eine Ärztegenossenschaft übertragen und kann so das

operative Geschäft nicht mehr direkt bestimmen. Als Mitglieder der Lenkungsgruppe können der Landkreis und die Gemeinde sich dennoch in strategische Entscheidungen des PORT-Zentrums einbringen. In Darmstadt-Dieburg übernimmt der Landkreis auch die Geschäftsführung des MVZ. Er kann so direkt Einfluss auf das operative Geschäft des PVZ nehmen und z. B. das Leistungsangebot mitbestimmen. Dies birgt den Vorteil, dass das PVZ auch Leistungen erbringen kann, die im kommunalen Interesse sind, aber (noch) nicht wirtschaftlich erbracht werden können. Wenn die Kommune weitere Einrichtungen betreibt, wie dies beim Landkreis Darmstadt-Dieburg der Fall ist, ist aufgrund der direkten Steuerungsmacht der Kommune eine intensivere Verzahnung und Zusammenarbeit der Leistungsbereiche möglich.

Die weitreichende Handlungsmacht der Kommunen bei kommunalen MVZ bezieht sich nur auf die Steuerung nach innen (z. B. Personal, Leistungsangebot, Betriebsabläufe). Grundlegendes Element von PORT-Zentren ist die Vernetzung mit weiteren Leistungserbringern und zivilgesellschaftlichen Akteuren in der Region. Hier sind die PORT-Zentren, auch wenn sie als kommunales MVZ betrieben werden, immer auf die freiwillige Zusammenarbeit der Akteure angewiesen. Neben bilateralen Kooperationsgesprächen und informeller Netzwerkarbeit haben die beiden Kommunen auch formalisierte Strukturen der Zusammenarbeit aufgebaut. Der Landkreis Darmstadt-Dieburg hat einen regionalen Beirat, indem neben dem Landrat und der Betriebsleitung der kommunalen Kliniken, fünf Bürgermeister:innen der kreisangehörigen Kommunen vertreten sind, und einen Fachbeirat eingerichtet. In Büsum wurde ein Verein gegründet, um Ehrenamtsstrukturen einzubinden.

In Dornhan und Willingen ist das PORT-Zentrum über einen Verein organisiert. In beiden Fällen ist die Kommune im Vorstand des Vereins mit einem (Dornhan) oder mehreren (Willingen-Diemelsee) Repräsentant:innen vertreten und kann somit über Entwicklung des PORT-Zentrums mitentscheiden. Die Handlungsmacht der Kommunen ist hier jedoch insofern begrenzt, dass sie nicht alleine entscheiden können, sondern immer eine Mehrheit der Mitglieder des Vorstandes bzw. des Vereins erforderlich ist. Grundsätzlich sind die Strukturen jedoch auf Konsensentscheidungen ausgerichtet, da die Umsetzung der Entscheidungen von der Kooperation der Beteiligten abhängt.

Ähnlich sieht die Governance-Struktur in Hohenstein aus. Hier wurde ein Lenkungskreis eingerichtet, in dem der Landkreis und die Gemeinde vertreten sind. Daneben sind alle weiteren Akteure des Gesundheitszentrums Mitglied des Lenkungskreises. Auch hier ist die Handlungsmacht der Kommunen abhängig von der Kooperationsbereitschaft der anderen beteiligten Akteure.

Insgesamt fällt auf, dass die **Gesundheitsämter** nur wenig in die Umsetzung der PORT-Zentren eingebunden sind. Neben Hohenstein ist das Gesundheitsamt lediglich noch in Willingen-Diemelsee in das PORT-Projekt involviert. Diese geringe Rolle der Gesundheitsämter hat mehrere Ursachen. Ein Grund ist, dass die Gesundheitsämter in Deutschland traditionell nicht für die Versorgung zuständig und daher kaum bis gar nicht eingebunden sind (siehe Kapitel 2). Wenn Kommunen in diesem Bereich tätig

werden, schaffen sie dafür, wie die Fallbeispiele zeigen, oftmals neue Strukturen. So ist der Koordinator für die ambulante Versorgung des Landkreises Dithmarschen als Stabstelle in der Kreisverwaltung verankert. Das Projekt „Gesundheit schafft Zukunft“ des Landkreises Waldeck-Frankenberg ist bei der Wirtschaftsförderung angesiedelt. Ein weiterer Grund ist, dass die Gesundheitsämter oftmals nicht über die nötigen personellen Ressourcen verfügen. Der Öffentliche Gesundheitsdienst wurde in den vergangenen Jahrzehnten in den meisten Kommunen stark zusammengespart, sodass er über seine Pflichtaufgaben hinaus oftmals nicht tätig werden kann.

Zusammenfassung: In allen fünf untersuchten Standorten kommt den Kommunen eine bedeutende Rolle bei der Initiierung, Umsetzung und Steuerung der PORT-Projekte zu. Die Kommunen verstehen die gesundheitliche Versorgung als kommunale Aufgabe der Daseinsvorsorge und engagieren sich entsprechend auf vielfältige Weise. Alle Kommunen übernehmen mehrere der im Gutachten der Oberen der AG beschriebenen möglichen Aufgaben (siehe Abbildung 1). Bezogen auf die Steuerungsrolle der Kommunen gibt es bei den untersuchten PORT-Projekten einen grundlegenden Unterschied: Kommunen, die MVZ-Eigentümer sind, kommt grundsätzlich eine größere Handlungsmacht zu, insbesondere, wenn sie auch die Geschäftsführung stellen, als Kommunen, die auf kooperative Organisationsformen setzen und daher Entscheidungen immer aushandeln müssen. Bezogen auf die Kooperation mit externen Akteuren sind alle Kommunen auf eine freiwillige Zusammenarbeit angewiesen.

Abbildung 1: Übersicht Aufgaben der Kommunen in den untersuchten PORT-Projekten

	Initiierung PORT ¹¹	Eigentümer/Gesellschafter	Eigentümer Gebäude	Unterstützung Gebäude	Unterstützung Bedarfsermittlung	(Unterstützung) Umsetzung GFP	Vernetzung	Unterstützung Verein
Büsum	X	X	X		X		X	X
Landkreis Darmstadt-Dieburg	X	X		X	X		X	-
Dornhan	X			X	-	(X)	X	X
Hohenstein	X			X	X	X	X	X
Willingen u. Diemelsee	X				X		X	X

Fragestellung III: Welche Voraussetzungen und förderlichen Faktoren sind in den Kommunen vorhanden, die eine erfolgreiche Umsetzung der PORT-Zentren ermöglichen? Welche Faktoren behindern die Umsetzung?

Wie bereits oben erwähnt ist **Fachexpertise** eine Grundvoraussetzung dafür, dass Kommunen eine kommunale Handlungsnotwendigkeit erkennen und sich auch zutrauen, im Feld der Gesundheitsversorgung tätig zu werden. Fachexpertise ist auch für die erfolgreiche Durchführung integrierter Versorgungsstrategien eine notwendige Voraussetzung. Die Organisation des deutschen Gesundheitssystems (z. B. Planungs- und Zulassungsrecht, Vergütungssystem) ist äußerst komplex, sodass die Umsetzung

¹¹ Für die Studie wurden PORT-Standorte ausgewählt, bei denen die Kommune die Antragsstellung übernommen hat.

von integrierten Versorgungsansätzen durch Fachexpert:innen erfolgen muss. Wie die Analyse gezeigt hat, ist es hilfreich, wenn diese Fachexpertise bereits in den Kommunen vorhanden ist. Kommunen können sich die Fachexpertise durch die Beauftragung von entsprechenden Dienstleistern jedoch auch einkaufen.

Aber auch wenn die Geschäftsführung und andere Aufgaben weitgehend an externe Dienstleister vergeben wurden, bedarf es **personeller Ressourcen** in der Kommune, die das Projekt von kommunaler Seite aus begleiten. Zu den Aufgaben, die von kommunaler Seite aus übernommen werden, gehören z. B. die Teilnahme an Steuerungsunden, Netzwerkarbeit oder ggf. die Unterstützung bei Anträgen. Diese Aufgaben müssen entweder zusätzlich zur bestehenden Arbeit geleistet werden oder es werden dafür eigene Stellen geschaffen, bzw. bestehende kommunale Stellen mit diesen Aufgaben betraut. Die entstehende Arbeitslast ist dabei abhängig von der Größe des Vorhabens bzw. der Rolle, die die Kommune beim Projekt übernehmen will. Bei den von uns untersuchten PORT-Projekten werden Steuerungsaufgaben zumeist von den Bürgermeister:innen bzw. Landrät:innen übernommen und Aufgaben, die die direkte Umsetzung betreffen, von kommunalen Beschäftigten.

Die **Einbindung der Bürgermeister:innen bzw. Landrät:innen** ist essentiell. Neben ihrer Eigenschaft als Netzwerker:innen (siehe unten) ist insbesondere ihre Fähigkeit politische Mehrheiten zu organisieren von grundlegender Bedeutung. Damit eine Kommune über informelle Unterstützung hinaus bei PORT-Projekten tätig werden kann, braucht es einen Gemeinde- bzw. Kreistagsbeschluss. Die politischen Vertreter:innen in den Ausschüssen und Gremien müssen über das Vorhaben informiert und von der Handlungsnotwendigkeit überzeugt werden.

Für ein kommunales Engagement bei der Umsetzung von PORT-Zentren ist eine **finanzielle Beteiligung** keine notwendige Voraussetzung. Kommunen können sich durch Unterstützung bei der Netzwerkarbeit, Unterstützung beim Finden von Investoren oder der Einwerbung von Fördergeldern, durch Überlassen von Räumlichkeiten oder anderen Unterstützungsmaßnahmen in PORT-Vorhaben einbringen. Ohne finanzielles Engagement ist die Steuerungsmacht der Kommunen jedoch begrenzt. Möchte die Kommune maßgeblich mitgestalten, erfordert dies finanzielle Ressourcen. Gehört der Kommune zum Beispiel das Gebäude des Gesundheitszentrums, kann sie entscheiden, wer (räumlich) Teil des Gesundheitszentrums wird. Ist die Kommune Träger des MVZ, kann sie den Leistungsumfang (mit-)bestimmen. Mit der Trägerschaft der Einrichtung übernimmt die Kommune jedoch auch nicht unerhebliche finanzielle Risiken, was kommunalrechtlich nicht unproblematisch ist. Gerade bei integrierten Versorgungsansätzen, wie sie PORT-Zentren verfolgen, werden viele Leistungen meist nicht über den Leistungskatalog der GKV vergütet, sodass hier zusätzliche Mittel von der Kommune (direkt oder über Fördermittel) aufgebracht werden müssen.

Unabhängig von einer kommunalen Beteiligung hängt das Gelingen eines PORT-Zentrums stark von den **Netzwerkkompetenzen** der Beteiligten ab. Ein PORT-Zentrum ist im Idealfall sowohl mit den weiteren Leistungserbringern in der Region als auch in die Kommune hinein mit zivilgesellschaftlichen und privaten Akteuren (z. B. Vereinen, Unternehmen) vernetzt. Netzwerke zu knüpfen und zu unterhalten ist mit Arbeit verbunden und erfordert bestimmte Kompetenzen. Bürgermeister:innen bzw. Landrät:innen verfügen über vielfältige Kontakte und haben in der Regel Erfahrung darin, Menschen von einer Idee zu überzeugen. Sie können deshalb die Netzwerkarbeit des PORT-Zentrums wesentlich unterstützen. Die politischen Vertreter:innen können die Netzwerkarbeit jedoch aufgrund ihrer breiten Zuständigkeiten und damit begrenzten zeitlichen Ressourcen nicht alleine übernehmen. Für die Netzwerkarbeit braucht es in jedem PORT-Zentrum eine zuständige Person, die die Netzwerkarbeit übernimmt und hierfür mit entsprechenden zeitlichen Ressourcen ausgestattet ist. Netzwerkarbeit kann, soll sie erfolgreich verlaufen, nicht „nebenbei“ geleistet werden.

Dies gilt nicht nur für die Außenbeziehungen, sondern auch für die Zusammenarbeit innerhalb des PORT-Teams. Eine gute Zusammenarbeit insbesondere über Professionsgrenzen hinweg (siehe hierzu Böhm und Schönknecht 2021) ist kein Selbstläufer, sondern erfordert **strukturierte Prozesse und regelmäßige Absprachen**. Die Interviews haben gezeigt, dass insbesondere die Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen Ärzt:innen und anderen Gesundheitsprofessionen eine Herausforderung darstellt. Nicht selten kommt es zu Konflikten, die bearbeitet werden müssen. Hier ist es hilfreich, wenn es innerhalb des Teams eine:n „**Kümmerer:in**“ gibt, die die Prozesse organisiert und die Zusammenarbeit moderiert. Da die Kommune meist nicht in die Organisation der Arbeitsprozesse involviert ist, kommt ihr hier keine Aufgabe zu. Sie sollte jedoch bei der Planung eines PORT-Zentrums entsprechende zeitliche Ressourcen bzw. Personalstellen einplanen bzw. dies bei der Wahl der **Organisationsstruktur** berücksichtigen. Bei einem nur lose verbundenen PORT-Zentrum mit selbstständigen Ärzt:innen und anderen Leistungserbringern hängt die Zusammenarbeit von der freiwilligen Mitarbeit der beteiligten Leistungserbringern ab. Da interprofessioneller Austausch im bestehenden System nicht vergütet wird, ist dies von den selbstständigen Ärzt:innen und anderen Professionen zusätzlich zu ihrer Arbeit zu leisten. Zwar kann eine verbesserte Zusammenarbeit und damit verbundene Aufgabenübertragung die ärztlichen Leistungserbringer entlasten, hierfür müssen entsprechende Strukturen jedoch erst etabliert werden, was wiederum mit einem Zeitaufwand verbunden ist. Bessere Rahmenbedingungen für die interprofessionelle Zusammenarbeit bietet ein MVZ, denn hier kann die Zusammenarbeit im Rahmen der Arbeitszeit erfolgen.

Als weiterer Gelingensfaktor hat sich in den untersuchten PORT-Projekten die **Beteiligung aller relevanten Akteure** gezeigt. Um mögliche Konkurrenzsituationen zu vermeiden, sollten die lokalen Ärzt:innen von Beginn an in den Prozess eingebunden werden. Gegebenenfalls besteht bei ihnen Interesse sich am Projekt zu beteiligen (z. B. Wechsel in das MVZ). Selbst wenn dies nicht der Fall ist, kann den

Mediziner:innen durch eine enge Einbindung die Angst vor negativen Auswirkungen des PORT-Zentrums auf ihre Praxis genommen und so wertvolle Kooperationspartner:innen gewonnen werden. Selbiges gilt für die weiteren Gesundheitsdienstleister vor Ort bzw. in der Region. Auch ist es hilfreich, die Kassenärztlichen Vereinigungen frühzeitig und umfassend einzubinden. Sie haben den Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung inne und sind deshalb für die ambulante Versorgungsplanung und Zulassung von Kassenärzt:innen zuständig. Oftmals benötigt die Zusammenarbeit Zeit, zunächst muss Vertrauen aufgebaut und Akteure davon überzeugt werden, dass das PORT-Zentrum auch für sie einen Gewinn (oder zumindest keinen Nachteil) darstellt.

Es macht einen Unterschied, von welcher **kommunalen Ebene** ein PORT-Zentrum initiiert und gesteuert wird. Gemeinden und kreisangehörige Städte können zwar ein PORT-Zentrum initiieren, wie das Beispiel Dornhan zeigt, ihre Ressourcen sind jedoch in der Regel geringer als die eines Landkreises. Dies betrifft nicht nur die finanziellen Ressourcen, sondern insbesondere auch die personellen und fachlichen Ressourcen, die für solch ein Projekt notwendig und eher auf Landkreisebene vorhanden sind. Auch inhaltlich lässt sich eine Verortung des PORT-Zentrums auf Landkreisebene begründen, weil so überörtliche Versorgungsstrukturen (z. B. kommunale Kliniken, Fachärzt:innen) besser berücksichtigt und eingebunden werden können. Die Kreise hingegen sind auf die Zusammenarbeit mit den kreisangehörigen Städten bzw. Gemeinden angewiesen, um das PORT-Zentrum lokal zu verankern.

4. Integration von Gesundheitsförderung und Prävention in den PORT-Zentren

4.1 Exkurs: Konzepte der Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung und Prävention spielen im Vergleich zur medizinischen Versorgung eine viel geringere Rolle in Deutschland und den meisten anderen Industrieländern der Welt. Dadurch sind auch die theoretischen und normativen Grundlagen der GFP zumeist nur in Fachkreisen bekannt, weshalb hier kurz auf die verschiedenen Konzepte der GFP eingegangen wird, die später für die Analyse herangezogen werden.

In Deutschland wird der Begriff der Prävention häufig als Überbegriff für alle gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen verwendet. Auf einer konzeptionellen Ebene macht es jedoch Sinn, zwischen den Begriffen der Prävention und der Gesundheitsförderung zu unterscheiden, da sie unterschiedliche historische Ursprünge, ideelle Grundlagen und Ziele haben. **Prävention**, abgeleitet von lateinischen Wort *praevenire*, meint die Verhinderung von Krankheit. Der Prävention liegt eine pathologische Sichtweise zugrunde, was heißt, dass der Fokus auf die Krankheitsentstehung und deren Verhütung gerichtet ist. So zielen Präventionsmaßnahmen in der Regel darauf, Risikofaktoren (z. B. Übergewicht, Stress, Rauchen) zu minimieren. Die pathologische Sichtweise geht einher mit einem negativen Gesundheitsverständnis, das Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit definiert (Altgeld und Kolip 2018). Präventionsmaßnahmen lassen sich klassischer Weise anhand des Zeitpunkts der Intervention unterscheiden: Primärprävention adressiert gesunde Menschen und versucht Krankheit noch vor deren Entstehung zu verhindern (z. B. Impfungen, Gesundheitsaufklärung). Sekundärprävention zielt darauf Krankheiten bzw. Risikofaktoren möglichst frühzeitig zu erkennen, um durch gezielte Interventionen einen milderen Verlauf oder eine Heilung zu ermöglichen (z. B. Krebsfrüherkennungsprogramme). Tertiärprävention richtet sich an bereits erkrankte Menschen und versucht den Verlauf der Krankheit positiv zu beeinflussen bzw. deren Fortschreiten zu verhindern oder zu verlangsamen (Hurrelmann und Richter 2013). Eine weitere klassische Unterscheidung ist die zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention¹²: Während Verhaltensprävention primär auf das Individuum und dessen Gesundheitsverhalten abzielt (z. B. Sport- und Entspannungskurse) versucht Verhältnisprävention die Lebensbedingungen der Menschen zu ändern (z. B. Wohnverhältnisse, Arbeitsbedingungen) (Leppin 2018). Im Unterschied zur Prävention liegt der Gesundheitsförderung eine salutogenetische Sichtweise zugrunde: sie fragt danach, was Menschen gesund hält, nicht was sie krank macht. Das Konzept fußt auf einem positiven, mehrdimensionalen Gesundheitsverständnis, das Gesundheit als physisches, psychisches und soziales Wohlergehen begreift und Gesundheit und Krankheit nicht als dichotome Zustände,

¹² Die Begriffe Verhaltens- und Verhältnisprävention beziehen sich nicht nur auf Prävention, sondern umfassen auch Gesundheitsförderung (Altgeld und Kolip 2018).

sondern als Kontinuum versteht, auf dem sich die Individuen ständig hin und her bewegen (Altgeld und Kolip 2018). Gesundheitsförderung zielt darauf, die Ressourcen der Menschen zu stärken, um so ihre Gesundheit zu verbessern.

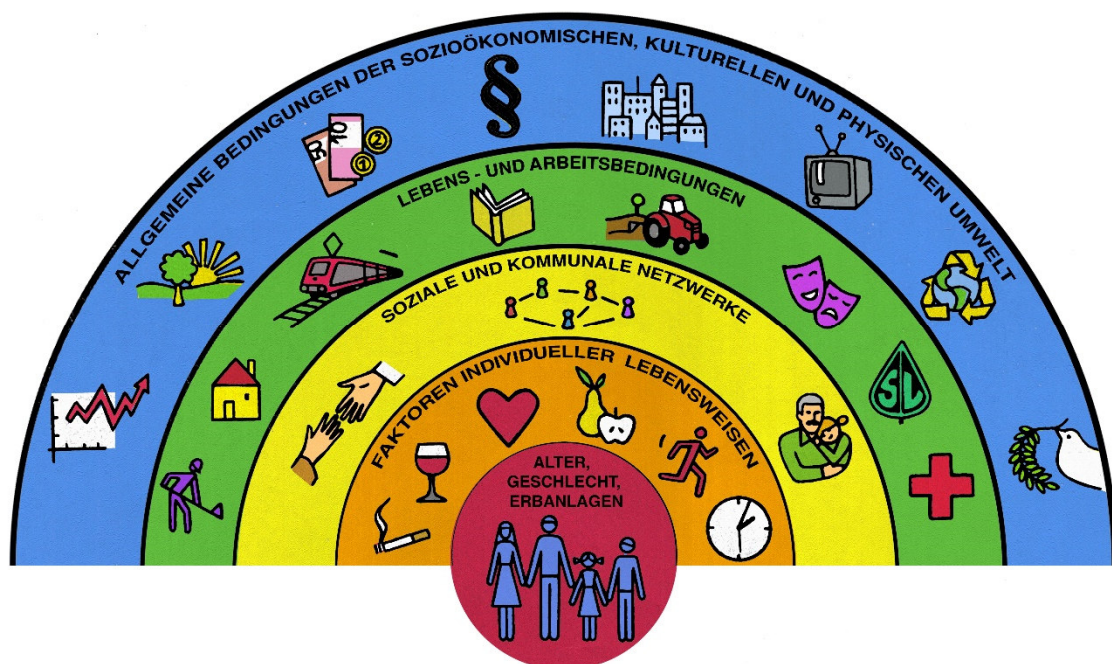
Das Konzept der Gesundheitsförderung ist aus der internationalen Gesundheitsbewegung erwachsen. Auf der Weltgesundheitskonferenz 1978 in Alma-Ata, die als Wendepunkt der Gesundheitspolitik der WHO von einem medizinisch dominierten hin zu einem holistischen Gesundheitsverständnis gilt, wurde „Gesundheit für alle“ bis zum Jahr 2000 als Ziel postuliert (Kaba-Schönstein 2018b). Die Deklaration von **Alma-Ata** verweist auf die bestehende gesundheitliche Ungleichheit und hebt hervor, dass Gesundheit nicht allein durch Gesundheitspolitik erreicht werden kann, sondern eine Berücksichtigung der sozialen und wirtschaftlichen Faktoren bedingt (WHO 1978). Als Schlüsselkonzept benennt die Deklaration die **Primärversorgung** (primary health care). Diese umfasst alle gesundheitsbezogenen Maßnahmen von der Prävention und Gesundheitsförderung über die Kuration bis hin zur Rehabilitation und ist u.a. gekennzeichnet durch multidisziplinäre, integrierte, gemeindenahe Leistungserbringung. Sie bezieht sich sowohl auf die individuelle als auch auf die gesellschaftliche Ebene und fördert die Eigenverantwortung durch Partizipation (WHO 1978).

Angestoßen durch die Deklaration von Alma-Ata und befördert von einer vielseitigen Kritik am begrenzten bio-medizinischen Gesundheitsmodell wurde das Konzept der **Gesundheitsförderung** unter dem Einfluss vielfältiger sozialer Strömungen im Rahmen der europäischen WHO entwickelt (Kaba-Schönstein 2018a) und die zentralen Strategien und Handlungsbereiche 1986 in der **Ottawa Charta** veröffentlicht. Die Charta benennt anwaltschaftliches Handeln, befähigen und ermöglichen sowie vermitteln und vernetzen als zentrale Strategien. Zentrale Handlungsfelder sind die Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik, die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, die Stärkung gemeinschaftlichen Handelns, die Entwicklung persönlicher Kompetenzen und die Re-orientierung der Gesundheitssysteme (WHO 1986). Die Forderung nach einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik und gesundheitsförderlicher Lebensverhältnisse trägt der Tatsache Rechnung, dass zahlreiche Faktoren in der sozialen und ökologischen Umwelt Einfluss auf die Gesundheit haben und eine bessere Gesundheit deshalb nur erreicht werden kann, wenn diese Einflussfaktoren von der Politik adressiert und gesundheitsförderlich verändert werden. Das Konzept der Gesundheitsförderung wurde auf zahlreichen weiteren internationalen Konferenzen bestätigt und weiterentwickelt. In den letzten Jahren erfolgte eine konzeptionelle Zusammenführung mit den nachhaltigen Entwicklungszielen (Kaba-Schönstein 2018c).

Weil sie für die spätere Analyse relevant sind, wird hier noch ausführlicher auf die **Determinanten der Gesundheit** eingegangen. Grundsätzlich lassen sich die Determinanten der Gesundheit auf fünf Ebenen unterscheiden (siehe Abbildung 2): Faktoren auf der individuellen Ebene, die in der Regel vom

Individuum nicht zu beeinflussen (z. B. Alter, Geschlecht und Erbanlagen) sind, die individuelle Lebensweise (z. B. Bewegungs- und Ernährungsverhalten), soziale Beziehungen (z. B. Familie, Freundeskreis) und kommunale Netzwerke (z. B. Nachbarschaftshilfen, Vereinsleben), Lebens- und Arbeitsbedingungen (z. B. das Wohnumfeld, Arbeitszeiten, Arbeitsbelastungen) sowie die allgemeinen sozioökonomischen, kulturellen und umweltbezogenen Bedingungen, die Einfluss auf unser Leben und damit auf unsere Gesundheit haben (z. B. wirtschaftliche Lage, Klimawandel, rechtliche Regulierungen) (Dahlgren und Whitehead 1991). Die einzelnen Ebene stehen in Verbindung zueinander, so ist zum Beispiel die Lebensweise von unseren Lebensverhältnissen beeinflusst und die Lebensbedingungen werden maßgeblich durch politische Entscheidungen gestaltet. Gesundheitsförderung versucht alle vier äußeren Ebenen zu adressieren. Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta ist der Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit verpflichtet und legt deshalb insbesondere Wert auf die Veränderung der Verhältnisse. Ein rein verhaltensorientiertes Handeln läuft Gefahr, die gesundheitliche Ungleichheit noch zu verstärken, da Menschen in schlechteren sozio-ökonomischen Verhältnissen in der Regel von diesen Angebote weniger gut erreicht werden. Zudem besteht die Gefahr, dass sie für ihren schlechteren Gesundheitszustand verantwortlich gemacht werden („blaming the victim“), obwohl sie diesen aufgrund der schlechten Lebensverhältnisse kaum beeinflussen können (Richter und Hurrelmann 2018).

Abbildung 2: Determinanten der Gesundheit



Quelle: Fonds Gesundes Österreich nach Dahlgren und Whitehead (1991)

4.2 Internationale Erfahrungen in der Umsetzung von GFP in der Primärversorgung

Die Robert Bosch Stiftung hat das PORT-Projekt auf Grundlage der Erkenntnisse zweier Vorläuferprojekte entwickelt (Raslan 2019). Im Projekt „Innovative Gesundheitsmodelle“ machten Forscher:innen eine Bestandsaufnahme bestehender innovativer Versorgungsmodelle in Deutschland. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass es zwar viele unterschiedliche Modelle gibt, aber keines existiert, „das präventive, kurative, palliative, pflegerische, Wohn- und Mobilitätskonzepte vereint (...)“ (Erlor 2015, zitiert nach Raslan). Ein zweites Projekt analysierte Versorgungsmodelle für ländliche Räume in Kanada und Finnland mit dem Ziel, Lösungsideen für Deutschland zu generieren. Viele der in dieser Studie von Schaeffer, Hämel und Ewers (2015) identifizierten Merkmale der ländlichen Versorgungsmodelle haben später Eingang in die PORT-Konzeption gefunden, weshalb hier etwas ausführlicher auf diese Ergebnisse im Hinblick auf Gesundheitsförderung und Prävention eingegangen wird.¹³

Gegenstand der Untersuchung waren die Versorgungsmodelle „Family Health Teams“, „Nurse Practitioner-Led Clinics“, „Community Health Centers“ aus Kanada und die Gesundheitskioske, Gesundheitszentren und Local Health Hubs aus Finnland.¹⁴ Allen untersuchten Modellen gemeinsam ist, dass GFP inhärenter Bestandteil des Versorgungsangebots sind. Die einzelnen Modelle umfassen dabei zum Teil mehrere unterschiedliche GFP-Maßnahmen mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Neben der medizinischen Primär- und Sekundärprävention (z. B. Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen) gehörten die Bereitstellung von Gesundheitsinformationen, Beratung und Schulung zu den zentralen Angeboten der untersuchten Versorgungsmodelle. Diese Angebote zielen darauf, die Gesundheitskompetenz der Patient:innen bzw. Bürger:innen zu verbessern und ein besseres Selbstmanagement im Umgang mit Gesundheit und Krankheit zu erreichen. Das Angebot richtet sich dabei sowohl an bereits Erkrankte, als auch an die gesunde Bevölkerung. Einige der untersuchten Modelle (z. B. Gesundheitskioske in Finnland) erfüllen darüber hinaus eine Lotsenfunktion. Sie informieren über bestehende GFP-Angebote in der Kommune und vermitteln Ratsuchende und interessierte Bürger:innen in die Angebote. Alle Modelle sind multidisziplinär ausgerichtet, dabei umfasst der Kreis der integrierten Akteure in einigen Fällen nicht nur medizinische, pflegerische und therapeutische Fachkräfte sondern auch Sozialarbeiter:innen. Viele der untersuchten Modelle gehen mit ihren GFP-Bemühungen über die individuelle Ebene hinaus: So werten zum Beispiel sowohl die Gesundheitszentren in Finnland als auch die Zentren in Kanada lokale, bevölkerungsbezogene Gesundheitsdaten und zum Teil auch Umweltdaten aus, um Bedarfe frühzeitig erkennen und entsprechende Maßnahmen ergreifen zu können.

¹³ Für diesen Abschnitt wurde die Projektpublikation Schaeffer et al. 2015 im Hinblick auf die Umsetzung von GFP analysiert.

¹⁴ Unsere Ausführungen beziehen sich auf die im Projekt untersuchten Lösungen für Primärversorgung und Gesundheitszentren. Die ebenfalls untersuchten Lösungen für die Krankenhausversorgung und die Neuorganisation der häuslichen Versorgung werden hier aufgrund ihrer geringeren Relevanz für die PORT-Zentren nicht betrachtet.

Von allen oben genannten Modellen verfolgen die Community Health Center aus Kanada den breitesten bevölkerungsbezogenen Ansatz bei der Umsetzung von GFP. Die Community Health Center basieren auf dem Modell der Primärversorgung wie sie in der Deklaration von Alma-Ata (WHO 1978) gefordert wird (siehe Abschnitt 4.1). Sie umfassen sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Elemente und verfolgen insbesondere das Ziel, gesundheitliche Ungleichheit zu reduzieren (Schaeffer et al. 2015, S. 113). Der Fokus der Community Health Center liegt auf der Community¹⁵ und den sozialen Determinanten der Gesundheit (ebd. 120). Mittels „Community Development“ und „Community Capacity Building“ zielen sie darauf, Strukturen in der Gemeinde zu schaffen, die es allen Menschen ermöglicht, gesund zu leben. Aus diesem Grund erfolgt eine umfassende Zusammenarbeit mit anderen Akteuren und Institutionen in der Gemeinde, wie z. B. Bildungseinrichtungen und sozialen Diensten (ebd. 115).

Für alle von Schaeffer et al. untersuchten Versorgungsmodelle gehört GFP zum festen Bestandteil ihres Leistungsumfangs. Aus deutscher Sicht ist den Autor:innen der Studie zufolge dabei

„besonders zu betonen, dass Gesundheitsförderung und Prävention wichtige und selbstverständliche Bestandteile der Primärversorgung darstellen. Auch die Gesundheitszentren werden in Einklang damit nicht erst im Fall von Krankheit tätig, sondern engagieren sich bereits im Vorfeld der Krankheitsentstehung, um die Wahrscheinlichkeit des Eintritts von Gesundheitsrisiken und Krankheiten zu vermindern und die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern. Dabei adressieren sie sich an das Individuum und seine Angehörigen, widmen sich aber auch dem Lebensumfeld, besonders den die Gesundheit schädigenden und schützenden Faktoren in der natürlichen, sozialen und kulturellen Umwelt der Bevölkerung. Typisch ist daher, wie zu sehen war, ein breites, an Public-Health-Prinzipien orientiertes Interventionsverständnis, das über die individuelle Ebene hinausreicht, Bevölkerungsgruppen und deren spezifische Bedarfslagen in den Blick nimmt und auch auf die Lebensverhältnisse und -bedingungen in der Gemeinde abzielt.“ (Schaeffer et al. 2015, S. 227)

4.3 Stand der Umsetzung von GFP in den untersuchten PORT-Zentren

Die Integration von Prävention und Gesundheitsförderung ist eines der Kernelemente eines PORT-Zentrums (siehe oben) und gehörte zu den von der Robert Bosch Stiftung vorgegebenen Förderkriterien, weshalb alle von uns untersuchten PORT-Projekte in ihrem Antrag entsprechende Maßnahmen benannt haben. Nicht in allen Fällen hat jedoch eine vertiefte Auseinandersetzung mit GFP stattgefunden, wie durch die Verwendung des Begriffs der „Gesundheitsprävention“¹⁶ in zwei Anträgen deutlich wird. Es gibt jedoch auch Anträge, die auf einem umfassenden Gesundheitsverständnis basieren und

¹⁵ Community wird hier als lokale, soziale Gemeinschaft verstanden. Diese ist meist durch mehrere Merkmale als nur den gemeinsamen Wohnort verbunden. Im Unterschied hierzu zielen die meisten Modelle in Deutschland allgemein auf die lokale Bevölkerung.

¹⁶ Gesundheitsprävention bedeutet wörtlich übersetzt Gesundheit vorbeugen bzw. verhindern und wird in Fachkreisen deshalb für gewöhnlich nicht verwendet

wesentliche Elemente einer gesundheitsförderlichen Strategie (z. B. Ist- und Bedarfsanalyse unter Beteiligung der Zielgruppe) enthalten. Allen Anträgen gemeinsam ist ihr starker Fokus auf verhaltensbezogene GFP-Angebote wie Informationsveranstaltungen und Gesundheitskurse.

Dies zeigt sich auch in der Umsetzung. Drei der fünf untersuchten PORT-Zentren bieten regelmäßig Informationsveranstaltungen zu gesundheitlichen Themen sowie Präventionskurse an. Bei einem weiteren PORT-Standort ist ein solches Angebot in Planung, aber bislang noch nicht umgesetzt. Die thematische Bandbreite dieser Angebote ist groß. So wurden von den PORT-Zentren zum Beispiel Informationsveranstaltungen zu Themen wie Diabetes, Notfälle im Kindesalter, Pflegebedürftigkeit, Osteoporose oder Stress und Burnout durchgeführt. Das Kursangebot umfasste u. a. Achtsamkeitstraining, Atemtraining, Yoga, Beckenbodengymnastik und Kochkurse. Die Veranstaltungen und Kurse wurden dabei häufig von Akteuren des PORT-Projektes selbst durchgeführt oder von lokalen Anbietern bzw. Vereinen. An zwei Standorten wurden die Angebote im Zuge der Corona-Pandemie auf digitale Angebote umgestellt.

Die Vernetzung mit bestehenden Präventions- und Unterstützungsstrukturen vor Ort ist in den einzelnen PORT-Standorten unterschiedlich weit vorangebracht. In Dornhan und Hohenstein ist das PORT-Zentrum aus den lokalen Strukturen heraus entstanden, weshalb hier von Beginn an eine enge Verbindung zwischen PORT-Zentrum und lokalen Gesundheitsakteuren bestand. In Hohenstein wird das GFP-Angebot von der Geschäftsstelle der Kommunalen Gesundheitskonferenz des Landkreises organisiert. In Hohenstein erfolgt dies durch den Verein „Gesundheitsnetz Dornhan e. V.“, dessen Akteure auch maßgeblich an der Entwicklung des Gesundheitszentrums beteiligt waren. Das Gesundheitszentrum in Dornhan hatte sich zum Ziel gesetzt, GFP auch für Kitas und Betriebe in der Kommune anzubieten. Dies konnte zunächst aus Ressourcengründen nicht umgesetzt werden. Im Jahr 2020 wurde dann zusätzlich eine Fachkraft für GFP in Teilzeit angestellt, die diese Prozesse voranbringen soll. Büsum verfolgt sehr aktiv die Einbeziehung Ehrenamtlicher, mit welchen vor allem die soziale Integration verbessert und einer Vereinsamung vorgebeugt werden sollen. Hierfür wurde eigens ein Verein gegründet, der die ehrenamtliche Arbeit koordiniert. Zudem werden die Räumlichkeiten für Treffen von Selbsthilfegruppen zur Verfügung gestellt. Im MVZ in Ober-Ramstadt hat sich die Case-Managerin mit den bestehenden Präventionsstrukturen vor Ort („Netzwerk Gesundheit“) vernetzt. Abgesehen davon bleibt die GFP-Arbeit in Ober-Ramstadt mit dem Angebot des Prä-Diabetespfads auf medizinische Prävention beschränkt.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass in drei der fünf analysierten Standorte GFP durch das PORT-Projekt substanziell vorangebracht worden ist. Verglichen mit den Vorbildmodellen aus Kanada und Finnland (siehe Abschnitt 4.2) ist die Integration von GFP in den PORT-Standorten jedoch noch nicht umfassend erfolgt: Die Umsetzung bleibt zumeist auf verhaltensbezogene Angebote begrenzt und die Determinanten der Gesundheit werden kaum adressiert. Positivbeispiele sind das

PORT-Zentrum in Hohenstein, welches auch soziale Dienstleistungen, wie z. B. Beratungen der Interdisziplinären Frühförderstelle im Konsiliarraum des Gesundheitszentrums, anbietet. In Büsum wurde im Zuge der Weiterentwicklung des Gesundheitszentrums Ehrenamtsstrukturen auf- und ausgebaut, um hierüber den sozialen Zusammenhalt und die soziale Unterstützung in den Gemeinden zu stärken. In den anderen Standorten blieb das Angebot weitgehend auf Informations- und Kursangebote bzw. medizinische Prävention und Früherkennung beschränkt. In einigen PORT-Zentren erfolgt immerhin eine gute Vernetzung mit den bestehenden Strukturen vor Ort. Der Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit, die ein konstitutives Element des Gesundheitsförderungskonzeptes ist (siehe Abschnitt 4.1), wird jedoch von keinem der fünf Standorte vorrangig verfolgt.

4.4 Analyse

Die Dominanz von verhaltenspräventiven Maßnahmen, die in den PORT-Projekten zu beobachten ist, ist charakteristisch für die GFP-Umsetzung der vergangenen Jahrzehnte in Deutschland. Verhaltensprävention verfügt gegenüber der Verhältnisprävention über einige Merkmale, die eine Umsetzung begünstigen: verhaltenspräventive Maßnahmen sind relativ einfach, auch mit geringen finanziellen Mitteln und geringer Fachkenntnis umzusetzen, sie zeigen schnelle und gut messbare „Erfolge“ (z. B. Anzahl Teilnehmer:innen, abgenommene Kilos, gewalkte Kilometer), und sie folgen dem Zeitgeist, indem sie die Gesundheit des Einzelnen in den Mittelpunkt stellen. Dadurch sind entsprechende Maßnahmen auch gut als Marketinginstrument einsetzbar. Die Umsetzung verhältnispräventiver Maßnahmen dauert hingegen in der Regel sehr lange, weil meist viele Akteure einbezogen werden müssen. Hierfür ist ein langer Atem notwendig. Ergebnisse werden oft erst nach Jahren sichtbar und sind häufig aufgrund komplexer Kausalzusammenhänge nicht eindeutig messbar. Oftmals müssen Entscheidungen auch gegen starke Interessensgruppen durchgesetzt werden, was nicht immer gelingt.

Neben den eben geschilderten allgemeinen „Vorteilen“ verhaltenspräventiver Maßnahmen kommen bei den PORT-Zentren noch strukturelle Aspekte hinzu, die die Umsetzung verhältnispräventiver Interventionen erschweren. PORT-Zentren widmen sich primär der medizinischen (und ggf. pflegerischen) Versorgung. Damit liegt der Fokus der handelnden Akteure in ihrem Alltag auf dem Individuum. Hinzu kommt, dass die PORT-Akteure zumeist über keine Entscheidungsmacht im Hinblick auf strukturelle Faktoren verfügen. Sie können lediglich, wenn entsprechende Fachexpertise besteht, die Verantwortlichen von Lebenswelten in der Umsetzung von verhältnisbezogenen GFP-Maßnahmen beraten, wie dies zum Beispiel in Dornhan geplant ist. Eine Verbindung der individuellen mit der Verhältnisebene kann darüber hinaus nur durch eine enge Einbindung des PORT-Zentrums in die bestehenden kommunalen GFP-Netzwerke erfolgen. Ob und wie umfassend GFP in den PORT-Zentren umgesetzt werden kann, ist damit aber auch immer abhängig von den bestehenden kommunalen GFP-Strukturen. Diese

sind von Kommune zu Kommune unterschiedlich gut entwickelt. In Baden-Württemberg existieren oftmals bereits schon gute Strukturen auf kommunaler Ebene durch die gesetzliche Verpflichtung zur Einrichtung von Kommunalen Gesundheitskonferenzen sowie eine umfassende gesetzliche Verankerung von GFP im ÖGD-Dienstgesetz und im Landesgesundheitsgesetz. In anderen Bundesländern sind die Unterstützung für kommunale GFP weniger umfassend und die GFP-Strukturen dadurch noch heterogener.

Neben diesen strukturellen Aspekten gibt es weitere Faktoren, die sich hinderlich bzw. förderlich auf die Umsetzung von GFP in den PORT-Zentren auswirken. Hierzu gehört die Finanzierung. Diese gestaltet sich schwierig, da Präventionsleistungen, abgesehen von klar definierten medizinischen Vorsorgeuntersuchungen und der Bezuschussung der Kosten verhaltensbezogener Kurse, nicht über die GKV finanziert werden. Die gesetzlichen Krankenkassen wurden zwar mit dem Präventionsgesetz seit 2015 zu Leistungen der Gesundheitsförderung und Primärprävention in Lebenswelten (§ 20a SGB V) verpflichtet, diese Leistungen werden von den Akteuren vor Ort jedoch als schwer zugänglich beschrieben. Ein weiterer limitierender Faktor sind ausreichende personelle Ressourcen. Die Umsetzung qualitativer GFP erfordert qualifiziertes Fachpersonal und kann nicht von einer Case-Managerin „nebenbei“ geleistet werden. Das Gesundheitszentrum in Dornhan hat deshalb sein Team um eine GFP-Fachkraft erweitert. In Hohenstein wird die Umsetzung von GFP von den Fachkräften des Landkreises übernommen und in Willingen wird es voraussichtlich eine Unterstützung im Rahmen der Umsetzung des vom GKV-Bündnis finanzierten Auf- und Ausbaus gesundheitsförderlicher Strukturen im Landkreis Waldeck-Frankenberg geben. Ein dritter ermöglichender Faktor sind die räumlichen Ressourcen. Bei allen drei PORT-Standorten, die regelmäßig präventive Kurse und Veranstaltungen anbieten, existieren im Gesundheitszentrum entsprechende Räumlichkeiten, die hierfür genutzt werden können.

5. Fazit

Kommunen können vielfältige Aufgaben im Zuge der Initiierung und Umsetzung von PORT-Zentren übernehmen und tun dies auch, wie die fünf von uns untersuchten PORT-Projekte zeigen. Für die Studie wurden PORT-Standorte ausgewählt, bei denen die Kommunen als Antragssteller das PORT-Projekt (mit-)initiiert hatten und somit von Beginn an Verantwortung für das Projekt übernommen haben. In allen fünf Fällen waren die Kommunen schon vor der Förderung durch die Robert Bosch Stiftung in der ambulanten Versorgung aktiv. Die Fallauswahl ist damit nicht repräsentativ, sondern stellt eine Positivauswahl dar von Kommunen, die die medizinische Versorgung als Teil der kommunalen Daseinsvorsorge verstehen und daraus eine Handlungsnotwendigkeit ableiten.

Wie die Kommunen die Handlungsnotwendigkeit interpretieren, unterscheidet sich von Fall zu Fall. Manche übernehmen die ambulante Versorgung selbst, indem sie MVZ gründen, andere fokussieren sich auf die Schaffung förderlicher Rahmenbedingungen und die Erbringung vielfältiger Unterstützungs- und Vernetzungsleistungen. So haben zum Beispiel vier der fünf untersuchten Kommunen bei der *Immobilie* für das PORT-Zentrum unterstützt. In einem Fall hat die Kommune selbst den Bau übernommen, in den anderen Fällen hat sie beim Bau unterstützt bzw. bei der Suche eines Mietobjektes. In vier der fünf untersuchten PORT-Standorte wurde im Zuge der Umsetzung des Projektes ein *Verein* gegründet, der von den Kommunen (mit-)getragen wird. Als zentrale Aufgabe beteiligen sich alle Kommunen an der *Vernetzung* des PORT-Zentrums. Sie unterstützen zum Beispiel bei der Kontaktaufnahme und Kooperation mit Leistungserbringern und/oder bei der Einbindung von Ehrenamtsstrukturen. Zudem werben die politischen Vertreter:innen für das Zentrum in der Bevölkerung und tragen so zu dessen Akzeptanz bei. Bei der *Planung und Durchführung von Gesundheitsförderung und Prävention (GFP)* wurden hingegen nur wenige Kommunen aktiv.

Welche *Steuerungsrolle* den Kommunen im PORT-Zentrum zukommt, hängt maßgeblich von der gewählten Organisationsform ab. Zwei der untersuchten PORT-Zentren sind als kommunales MVZ organisiert, die anderen drei als Verein oder Netzwerk. Als MVZ-Eigentümerinnen können die Kommunen Entscheidungen direkt treffen, bei den anderen Organisationsformen müssen sie Entscheidungen immer mit den weiteren Beteiligten aushandeln und sind somit auf deren Kooperationsbereitschaft angewiesen. Übernimmt die Kommune neben der Trägerschaft auch das Management des MVZ, kann sie die Organisation und die Leistungserbringung direkt steuern. Eine solch weitreichende Entscheidungsmacht ist jedoch mit sehr hohen Anforderungen verbunden, sowohl was das Fachwissen als auch was das finanzielle Engagement betrifft. Diese sind von kleineren Kommunen kaum zu erfüllen.

Die Studie hat folgende Voraussetzungen und förderliche Faktoren für das kommunale Engagement im Rahmen der Umsetzung von PORT-Zentren identifiziert:

- *Fachexpertise*: Die Umsetzung von PORT-Zentren erfordert aufgrund der Komplexität des Gesundheitssystems umfassende Fachexpertise. Diese muss von den Kommunen entweder durch

qualifiziertes Personal selbst eingebracht oder über die Beauftragung von entsprechenden Beratungsunternehmen eingekauft werden. Die Fallstudien deuten zudem darauf hin, dass Kommunen, die über gesundheitssystembezogene Fachexpertise verfügen, eher eine Handlungsnotwendigkeit in der ambulanten Versorgung sehen und selbst aktiv werden.

- *Personelle und finanzielle Ressourcen:* Kommunales Engagement erfordert immer den Einsatz von zumindest personellen Ressourcen. Möchte eine Kommune maßgeblich mitgestalten, ist dies ohne Einsatz finanzieller Ressourcen nicht möglich. Je höher der Steuerungsanspruch, desto mehr personelle und finanzielle Ressourcen sind in der Regel notwendig.
- *Politische Unterstützung:* Ein umfassenderes kommunales Engagement erfordert die Zustimmung der politischen Gremien (Gemeinderat, Kreistag). Es ist daher unabdingbar, die politischen Gremien frühzeitig in PORT-Vorhaben einzubinden und politische Mehrheiten zu organisieren.
- *Netzwerkkompetenzen und -ressourcen:* Idealerweise ist ein PORT-Zentrum sowohl mit den verschiedenen Leistungserbringern der Region als auch mit den relevanten zivilgesellschaftlichen und privaten Akteuren (z. B. Vereinen, soziale Einrichtungen) vernetzt. Netzwerkarbeit ist daher eine zentrale Aufgabe eines PORT-Zentrums, die nicht „nebenbei“ erledigt werden kann. Ein umfassendes Netzwerk kann nur von Menschen geschaffen werden, die über die notwendigen Kompetenzen für die Netzwerkarbeit und über ausreichend zeitliche Ressourcen verfügen. Die Netzwerkarbeit kann üblicherweise sehr gut von der Bürgermeister:in bzw. Landrät:in unterstützt werden. Diese verfügen in der Regel über zahlreiche für das PORT-Zentrum hilfreiche Kontakte und können hier vermitteln.
- *Breiter Beteiligungsprozess:* Die Fallstudien haben gezeigt, dass es hilfreich ist, die ärztlichen Leistungserbringer und die Gesundheitsdienstleister möglichst frühzeitig und umfassend einzubinden, um ihnen die Angst vor einer Konkurrenzsituation zu nehmen und sie für das PORT-Netzwerk zu gewinnen. Auch sollte die Kassenärztliche Vereinigung frühzeitig eingebunden werden. Sie hat den Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung und kann bei der Suche nach Ärzt:innen gegebenenfalls unterstützen. Um das PORT-Zentrum an den Bedarfen der Bevölkerung vor Ort auszurichten, sollten auch die Bürger:innen am besten schon bei der Planung umfassend beteiligt werden.
- *Kooperation zwischen Kreis und Gemeinde:* Unabhängig davon, welche kommunale Ebene die Initiative für das PORT-Zentrum ergreift, empfiehlt es sich, die andere Ebene frühzeitig und umfassend einzubeziehen. Jede Ebene verfügt über besondere Kenntnisse und Ressourcen, die zum Gelingen des PORT-Zentrums beitragen: Die Kreise haben in der Regel einen Überblick über die regionalen Versorgungsbedarfe und -angebote und können deshalb dazu beitragen,

das PORT-Zentrum entsprechend nicht nur der lokalen, sondern der regionalen Bedarfe auszurichten und mit den regionalen Angeboten zu vernetzen. Auch verfügen die Kreise in der Regel über entsprechendes Verwaltungsfachpersonal (z. B. im ÖGD), das in den Gemeinden und kreisangehörigen Städten für gewöhnlich nicht vorhanden ist. Umgekehrt kennen die Gemeinden bzw. kreisangehörigen Städte in der Regel den lokalen Bedarf besser und haben oftmals einen direkteren Zugang zu den Leistungserbringern und relevanten Akteuren. Allerdings sind ihre personellen und finanziellen Ressourcen in der Regel weniger umfangreich als die eines Kreises.

Grundsätzlich sollten Kommunen „ihr“ Primärversorgungsprojekt immer auf die vorhandenen Bedarfe und Strukturen abstimmen. Die Bedarfe einer kleinen Dorfgemeinschaft im Umkreis einer Metropolregion sind andere als die einer ländlichen Kleinstadt. Auch unterscheiden sich die personellen, finanziellen und strukturellen Ressourcen zwischen den Kommunen, sodass es keine universelle Lösung für alle Kommunen geben kann.

Ob bzw. in welchem Umfang sich Kommunen in der integrierten Versorgung engagieren, hängt nicht nur von den Interessen und Ressourcen der jeweiligen Kommune ab, sondern ist maßgeblich auch von den gesetzlichen Rahmenbedingungen beeinflusst, und diese sind in Deutschland bislang wenig förderlich. Den Kommunen kommt im korporatistischen Gesundheitssystem, sowohl was die Leistungserbringung als auch die Steuerung betrifft, nur eine sehr begrenzte Rolle zu. Auch wenn der Bundesgesetzgeber hier seit 2012 die Möglichkeit der Einrichtung kommunaler MVZ geschaffen und ausgeweitet hat, sind die Hürden für viele Kommunen immer noch zu groß. Ein Hemmnis ist insbesondere, dass eine auskömmliche Finanzierung integrierter Versorgungskonzepte bislang über das GKV-System nicht möglich ist, sodass Kommunen die zusätzlichen Kosten entweder selbst tragen oder zusätzliche Finanzierungsoptionen, wie die PORT-Förderung der Robert Bosch Stiftung, erschließen müssen. Aktivitäten im Bereich der Versorgung gehören zudem zu den freiwilligen Leistungen, sodass sich Kommunen, deren Ressourcen stark begrenzt sind, ein Engagement besonders gut überlegen müssen. Auch von Landesseite erfahren die Kommunen bislang nur vereinzelt Unterstützung: Einzelne Bundesländer (z. B. Baden-Württemberg¹⁷, Hessen¹⁸) haben inzwischen Förderrichtlinien erlassen, um Kommunen beim Auf- und Ausbau vernetzter Versorgungsstrukturen zu unterstützen.

Im Hinblick auf die Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen der PORT-Zentren besteht in nahezu allen untersuchten PORT-Projekten noch Verbesserungspotential. Wenn sich die PORT-Zentren der Primärversorgung im Sinne der Alma-Ata-Deklaration verpflichtet fühlen, müssen sie die sozialen Determinanten der Gesundheit konsequent mitdenken. Dies ist bislang jedoch nur

¹⁷ <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/land-foerdert-projekte-zur-medizinischen-primarversorgung-mit-jeweils-bis-zu-300000-euro/> (22.08.21)

¹⁸ https://soziales.hessen.de/sites/default/files/media/hsm/fr-gesundheitlichen_versorgung_insbesondere_in_laendlichen_raeumen_-_gezeichnet.pdf (22.08.21)

in Ansätzen der Fall, was zum einen an begrenzten fachlichen Ressourcen liegt. Zum anderen stehen einer konsequenten Umsetzung auch einige strukturelle Hindernisse im Weg. Gesundheitsförderung und Prävention ist ein eigenständiges, komplexes Handlungsfeld, das eine entsprechende Fachexpertise benötigt, die in den meisten PORT-Projekten nicht ausreichend vorhanden ist. Im Idealfall existiert eine kommunale Gesundheitsförderungs- und Präventionsstruktur, sodass das PORT-Zentrum entsprechende Aufgaben nicht selbst übernehmen muss, sondern entsprechende Kooperationen eingehen kann. Dieser Fall ist aber nur in wenigen Kommunen in Deutschland gegeben. Grundlegendes Problem ist auch die Finanzierung von GFP. Das Präventionsgesetz sieht zwar eine entsprechende Förderung durch die GKV vor, die Förderung ist jedoch an zahlreiche Voraussetzungen geknüpft und das Antragsverfahren aufwendig, sodass die Kommunen den Zugang zu diesen Mitteln als sehr schwierig beschreiben. Alternative Finanzierungsmöglichkeiten bestehen kaum.

Bislang dominieren verhaltensbezogene Ansätze bei der Umsetzung von GFP in den PORT-Zentren. Dies ist keine Besonderheit der PORT-Zentren, sondern spiegelt die GFP-Umsetzung in Deutschland der vergangenen Jahrzehnte wider. Ein rein verhaltensbezogenes Vorgehen wird aber dem Anspruch von Alma-Ata nicht gerecht. Die Alma-Ata-Deklaration fordert, auch die sozialen und ökonomischen Verhältnisse in den Blick zu nehmen. Dies könnte in den PORT-Zentren zum Beispiel durch eine Ausweitung des Angebots um soziale Unterstützungsangebote (z. B. Sozialberatung) und die Erweiterung des Netzwerks um weitere Akteure wie z. B. Wohlfahrtsverbände und soziale Einrichtungen erfolgen. Ein weiterer Ansatzpunkt wäre die Gemeinde – verstanden als lokale Gemeinschaft – stärker einzubeziehen, indem z. B. bestehende Ehrenamtsstrukturen integriert bzw. neue Ehrenamtsstrukturen geschaffen werden, wie dies etwa in Büsum erfolgt ist. Ein weiterer wichtiger Aspekt wäre, gesundheitliche Ungleichheit stärker und expliziter als bisher zu adressieren. Gesundheit ist in der Bevölkerung ungleich verteilt. Diesen Umstand gilt es sowohl bei der GFP als auch bei der medizinischen Versorgung zu berücksichtigen, indem zum Beispiel das Angebot auf die Bedarfe besonders vulnerabler Bevölkerungsgruppen abgestimmt und die Inanspruchnahme im Hinblick auf sozio-ökonomische Unterschiede evaluiert wird.

6. Literaturverzeichnis

Altgeld, Thomas; Kolip, Petra (2018): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Klaus Hurrelmann, Matthias Richter, Theodor Klotz und Stephanie Stock (Hg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. 5., vollst. überarb. Aufl. Bern: Hogrefe, S. 57–72.

Bogumil, Jörg; Jann, Werner (2020): Verwaltung und Verwaltungswissenschaft in Deutschland. Eine Einführung. 3., vollst. überarb. Aufl. Wiesbaden: Springer VS (Grundwissen Politik).

Böhm, Katharina (2017): Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention. In: *Zeitschrift für Sozialreform* 63 (2), S. 275–299. DOI: 10.1515/zsr-2017-0014.

Böhm, Katharina; Schönknecht, Marian (2021): Zugänge zu Kindern und Familien über das Gesundheitssystem verbessern. Hg. v. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh (Arbeitspapiere wissenschaftliche Begleitforschung „Kein Kind zurücklassen!“ Werkstattbericht, 17). Online verfügbar unter https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Ke-Kiz_Zugaenge_zu_Kindern_und_Familien_17.pdf, zuletzt geprüft am 12.05.2021.

Burgi, Martin (2013): Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung. Baden-Baden: Nomos (Bochumer Schriften zum Sozial- und Gesundheitsrecht, 15).

Dahlgreen, G.; Whitehead, M. (1991): Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Future Studies.

Deutscher Bundestag (2015): Die Gesundheitsdienstgesetze der Länder. Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestags. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.bundestag.de/resource/blob/410444/a2f24acb7bdabf15da541c95d2946167/WD-9-027-14-pdf-data.pdf>, zuletzt geprüft am 19.07.2021.

Deutscher Landkreistag (2018): Ambulante Versorgung sicherstellen. Rolle der Landkreise bei der Gestaltung einer zukunftsfähigen medizinischen Struktur vor Ort. Online verfügbar unter <https://www.landkreistag.de/images/stories/publikationen/180110%20PosPap%20Ambulante%20Versorgung.pdf>, zuletzt geprüft am 19.07.2021.

Fonds gesundes Österreich: Determinanten der Gesundheit nach Dahlgreen, G. und Whitehead, M. (1991). Online verfügbar unter https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/2017-10/Determinanten_farbe_0.jpg, zuletzt geprüft am 27.07.21.

Gerlinger, Thomas; Kutzner, Janina; Lückenbach, Caspar; Reiter, Renate; Schmidt, Phillip Florian (2018): Die Kommune als Akteur in der Gesundheitspolitik. In: Monika Alisch, Meredith Dale, Anja Dieterich, Raimund Geene, Thomas Gerlinger und Stefan Greß (Hg.): Die Kommune als Ort der Gesundheitsproduktion. Hamburg: Argument Verlag (Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, 52), S. 103–126.

Geuter, Gunnar; Ewert, Thomas; Deiters, Timo; Holleder, Alfons (2017): Optimierung der kommunalen Gesundheitsversorgung. Erste Erfahrungen des Kommunalbüros für ärztliche Versorgung des Landes Bayern. In: *Gesundheitswesen* 79 (1), S. 28–34. DOI: 10.1055/s-0042-102343.

Goodwin, Nicholas; Stein, Viktoria; Amelung, Volker E. (2017): What is integrated care? In: Volker E. Amelung, Viktoria Stein, Nicholas Goodwin, Ran Balicer, Ellen Nolte und Esther Suter (Hg.): Handbook integrated care. Cham, Switzerland: Springer, S. 3–23.

Hildebrandt, Helmut; Trojan, Alf (2017): Gesundheitsförderung und Integrierte Versorgung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln (Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention). Online verfügbar unter <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-und-integrierte-versorgung/>, zuletzt geprüft am 19.07.2021.

- Hoffer, Heike (2013): Die Kommune im Kontext neuer Versorgungsansätze. In: Ernst-Wilhelm Luthe (Hg.): Kommunale Gesundheitslandschaften. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, S. 399–414.
- Hollederer, Alfons (2015): Gesundheitskonferenzen in Deutschland: ein Überblick. In: *Gesundheitswesen* 77 (3), S. 161–167. DOI: 10.1055/s-0033-1361109.
- Hurrelmann, Klaus; Richter, Matthias (2013): Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung. 8., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa.
- Kaba-Schönstein, Lotte (2018a): Gesundheitsförderung 1: Grundlagen. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln (Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention). Online verfügbar unter <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-1-grundlagen/>, zuletzt geprüft am 19.07.2021.
- Kaba-Schönstein, Lotte (2018b): Gesundheitsförderung 2: Entwicklung vor Ottawa 1986. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln (Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention). Online verfügbar unter <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-2-entwicklung-vor-ottawa-1986/>, zuletzt geprüft am 19.07.2021.
- Kaba-Schönstein, Lotte (2018c): Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln (Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention). Online verfügbar unter <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-3-entwicklung-nach-ottawa/>, zuletzt geprüft am 19.07.21.
- Kuhn, Bertolt; Amelung, Volker E. (2016): Gemeinden unter Druck – Welche Rolle kann die Kommune bei der Lösung von ambulanten ärztlichen Versorgungsproblemen spielen? In: *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik* 69 (6), S. 16–24. DOI: 10.5771/1611-5821-2015-6-16.
- Leppin, Anja (2018): Konzepte und Strategien der Prävention. In: Klaus Hurrelmann, Matthias Richter, Theodor Klotz und Stephanie Stock (Hg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. 5., vollst. überarb. Aufl. Bern: Hogrefe, S. 35–46.
- Luthe, Ernst-Wilhelm (2013a): Gesundheitliche Versorgung und kommunale Selbstverwaltungsgarantie. In: Ernst-Wilhelm Luthe (Hg.): Kommunale Gesundheitslandschaften. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, S. 55–66.
- Luthe, Ernst-Wilhelm (2013b): Modellebenen der Integrierten Versorgung. In: Ernst-Wilhelm Luthe (Hg.): Kommunale Gesundheitslandschaften. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, S. 37–54.
- Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Oberender AG (2020): Vision und Umsetzung eines PORT-Gesundheitszentrums. Hg. v. Robert Bosch Stiftung. Stuttgart. Online verfügbar unter https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2020-11/Vision_und_Umsetzung_eines_PORT-Gesundheitszentrums.pdf, zuletzt geprüft am 13.05.2021.
- Raslan, Kathrin Janine (2019): Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung. Eine neue Perspektive für die zukünftige Gesundheitsversorgung in Deutschland. Hg. v. Robert Bosch Stiftung. Stuttgart. Online verfügbar unter https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2019-04/PORT_Neue_Perspektive_Gesundheitsversorgung.pdf, zuletzt geprüft am 27.07.21.
- Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus (2018): Determinanten von Gesundheit. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln (Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention). Online verfügbar unter <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/determinanten-von-gesundheit/>, zuletzt geprüft am 19.07.21.
- Robert Bosch Stiftung (2021): PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung. Online verfügbar unter <https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/port-patientenorientierte-zentren-zur-primar-und-langzeitversorgung/im-detail>, zuletzt geprüft am 15.08.2021.

Schaeffer, Doris; Hämel, Kerstin; Ewers, Michael (2015): Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada: Beltz Juventa.

Schmidt am Busch, Birgit (2012): Die Gesundheitssicherung im Mehrebenensystem. Tübingen: Mohr Siebeck.

Schneider, Michael; Hamm, Steffen; Zerth, Jürgen (2018): Die Kommune als Gestalter von Versorgungsprozessen – Eine organisationstheoretische Betrachtung. In: Mario A. Pfannstiel, Patrick Da-Cruz und Christoph Rasche (Hg.): Entrepreneurship im Gesundheitswesen III. Digitalisierung - Innovationen - Gesundheitsversorgung. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 243–263.

Statistisches Bundesamt (2018): Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1 – 2017. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611177005.html>, zuletzt geprüft am 19.07.2021.

Wabnitz, Reinhard Joachim (2013): Kommune und Krankenhauswesen – zwischen staatlicher Steuerung, Kommunalisierung, Privatisierung und Fusion. In: Ernst-Wilhelm Luthe (Hg.): Kommunale Gesundheitslandschaften. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, S. 337–350.

Walter, Ulla; Volkenand, Katrin (2017): Kommunale Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Pflichten, Rechte und Potenziale im Kontext der kommunalen Daseinsvorsorge. In: *Gesundheitswesen* 79 (4), S. 229–237. DOI: 10.1055/s-0042-113129.

WHO (1978): Erklärung von Alma-Ata. Weltgesundheitsorganisation. Online verfügbar unter https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf, zuletzt geprüft am 27.07.21.

WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Weltgesundheitsorganisation. Online verfügbar unter https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf, zuletzt geprüft am 27.07.21.

WHO (2016): Framework on integrated, people-centred health service. Weltgesundheitsorganisation. Online verfügbar unter https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1, zuletzt geprüft am 19.07.2021.

7. Abkürzungsverzeichnis

äg Nord	Ärztegenossenschaft Nord eG
GFP	Gesundheitsförderung und Prävention
GG	Grundgesetz
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
KGK	Kommunale Gesundheitskonferenz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NäPa	nichtärztliche Praxisassistent:in
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PORT	Patientenorientierte Zentren der Primär- und Langzeitversorgung
PVZ	Primärversorgungszentrum
SGB V	Sozialgesetzbuch V
VERAH	Versorgungsassistent:in in der Hausarztpraxis
WHO	World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation