

Expertise für den Vierten Gleichstellungsbericht der
Bundesregierung

Sozial-ökologische Transformation der Gesundheitsinfrastruktur

Genderaspekte der niedrigschwelligen Gesundheitsversorgung in
ländlichen und städtischen Gebieten

Sabine Baumgart / Gabriele Bolte / Angelique Hallmann

Vierter
Gleichstellungs-
bericht



Impressum

Dieses Dokument wurde im Auftrag der Sachverständigenkommission für den Vierten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung erstellt. Der Inhalt des Dokuments wird vollständig von den Autor*innen verantwortet und spiegelt nicht notwendigerweise die Position der Sachverständigenkommission wider.

Alle Internetquellen, die in der Publikation genannt werden, wurden am 16.06.2024 zuletzt geprüft.

Herausgeberin

Geschäftsstelle Vierter Gleichstellungsbericht
der Bundesregierung
Bundesstiftung Gleichstellung
Karl-Liebknecht-Str. 34
10178 Berlin
<http://www.gleichstellungsbericht.de>

Stand: Januar 2025
Erscheinungsjahr: 2025

Zitierhinweis

Baumgart, Sabine/Bolte, Gabriele/Hallmann, Angélique (2025): Sozial-ökologische Transformation der Gesundheitsinfrastruktur. Genderaspekte der niedrigschwelligen Gesundheitsversorgung in ländlichen und städtischen Gebieten. Expertise für den Vierten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung, Berlin: Bundesstiftung Gleichstellung.

Umschlaggestaltung

www.zweiband.de

Inhalt

1	Problemstellung und methodisches Vorgehen	5
2	Gesundheit und soziale Teilhabe als Komponenten sozial-ökologischer Transformation	7
2.1	Gesundheit und soziale Teilhabe	8
2.2	Konzepte und Ziele einer sozial-ökologischen Transformation	11
2.3	Daseinsvorsorge und Chancengleichheit	13
2.4	Zwischenfazit	14
3	Gesundheitliche Chancen- und Geschlechtergerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung	14
3.1	Geschlecht und ökonomische sowie sozial-räumliche Benachteiligung	15
3.2	Geschlecht und Einsamkeit/Isolation	16
3.3	Geschlecht und fehlende Krankenversicherung in Deutschland	17
3.4	Geschlecht und mangelnde Systemkenntnis des Gesundheitswesens in Deutschland	18
3.5	Geschlecht und sprachliche sowie sonstige Barrieren	19
3.6	Geschlecht und Diskriminierungserfahrungen	20
3.7	Zwischenfazit	21
4	Formate niedrigschwelliger Gesundheitsinfrastruktur in städtischen Quartieren und in ländlichen Räumen unter besonderer Berücksichtigung von Geschlechtergerechtigkeit	22
4.1	Familiengesundheitszentren	26
	Exkurs I: GesundheitsPUNKTe in Bremen	27
4.2	Gesundheitsbezogene Angebote für obdachlose Frauen	28
	Exkurs II: Frauenzimmer für obdachlose Frauen in Bremen	28
4.3	Polikliniken/Medizinische Versorgungszentren	28
	Exkurs III: Poliklinik, Hamburg	28
4.4	Aufsuchende Gesundheitsversorgung	29
	Exkurs IV: Das Programm AGATHE in Thüringen für die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen	29
4.5	Gesundheitsversorgung im Stadtteil und in der Region	30
	4.5.1 Gesundheitskioske im Stadtteil	31
	Exkurs V: Gesundheitskiosk in Hamburg Billstedt/Horn	32
	Exkurs VI: Das Gesundheitsnetzwerk in Bochum-Wattenscheid	32
	4.5.2 Gesundheitskioske im ländlichen Raum	32
	Exkurs VII: Gesundheitskioske in Thüringen	33
4.6	Koordination der Angebote zur gesundheitlichen Chancengerechtigkeit	33
4.7	Zwischenfazit	35

5	Raumrelevante Anforderungen an eine geschlechtergerechte niedrigschwellige Gesundheitsversorgung	36
5.1	Standortanforderungen im Rahmen von Public Health	37
5.2	Strategische Bausteine zum Aufbau einer niedrigschwelligen geschlechtergerechten Gesundheitsversorgung	38
5.2.1	Sozialraumrelevante Datengrundlagen	38
5.2.2	Nutzungskopplungen	39
	Exkurs VII: Stiftung Landleben	41
5.3	Städtebauliche Instrumente zur strategischen Unterstützung	41
	Exkurs VIII: Wohnen in Nachbarschaften (WiN)	44
5.4	Akteurskonstellationen	45
5.5	Zwischenfazit	45
6	Zusammenfassung und Fazit	46
6.1	Zusammenfassende Antworten auf die gestellten Fragen	46
6.2	Fazit	50
	Literaturverzeichnis	52

1 Problemstellung und methodisches Vorgehen

Gesundheit berührt alle Lebensbereiche und erfordert entsprechende Strategien zur Anpassung an die Auswirkungen des Klimawandels, für eine Verkehrswende und den Zugang zu einer angemessenen Infrastrukturversorgung sowie die Sicherung der elementaren Ressourcen wie Luft, Boden, Wasser in Verbindung mit einer sozioökonomisch tragfähigen Lebensgestaltung für alle Bevölkerungsgruppen. Das politisch aktuelle Konzept „Health in all Policies“, das von einem umfassenden Gesundheitsverständnis der WHO ausgeht, fokussiert ebenso auf unterschiedliche räumliche Ebenen wie das Humanökologische Modell der Gesundheitsdeterminanten von Barton und Grant (2006), das den individuellen Lebensstil mit der sozialen und gesellschaftlichen Umgebung verknüpft, gerahmt von den generellen sozioökonomischen, kulturellen und ökologischen Bedingungen.

Die planetaren Grenzen in ökologischer, ökonomischer und sozialer Dimension zu erkennen und politische Strategien zu entwickeln, ist eine umfassende Herausforderung. Aus einer Umweltgerechtigkeitsperspektive sind insbesondere vulnerable Bevölkerungsgruppen, d. h. sozioökonomisch oder gesellschaftlich benachteiligte Menschen mit einem mangelnden Zugang zu einer gleichberechtigten Teilhabe, in den Blick zu nehmen. Eine zentrale Rolle spielt hierbei die Kategorie Geschlecht. In dieser Expertise wird auf ein umfassendes Geschlechterkonzept Bezug genommen (DIVERGesTOOL-Projektgruppe 2023). Biologische Dimensionen von Geschlecht beziehen sich auf körperliche Eigenschaften, die „nicht einfach biologisch gegeben sind, sondern sich in Wechselwirkung mit der Umwelt herausbilden und daher nicht unabhängig vom multifaktoriellen Kontext eines Körpers betrachtet werden können“ (Bolte et al. 2018: 740). Mit dem Begriff Gender werden soziale Dimensionen von Geschlecht zusammengefasst. Sie beziehen sich auf Identitäten, Normen und Beziehungen und umfassen eine individuelle, strukturelle und symbolische Ebene (DIVERGesTOOL-Projektgruppe 2023). „Gender ist kein individuelles, statisches Merkmal, sondern verweist auf dynamische identitäre, soziale und symbolische Machtrelationen in lokal spezifischen, historisch wechselnden Kontexten“ (Bolte et al. 2018: 740). Vor allem die strukturelle Ebene beinhaltet, „wie soziale Beziehungen, Positionen und Privilegienzuteilungen in Bezug auf das Geschlecht in einer sozialen Gruppe oder Gesellschaft organisiert werden“ (DIVERGesTOOL-Projektgruppe 2023). Biologische und soziale Dimensionen von Geschlecht interagieren in Bezug auf ihre gesundheitlichen Wirkungen. Hinsichtlich gesellschaftlicher Diskriminierungsprozesse gerade auch im Gesundheitswesen und der Entstehung gesundheitlicher Ungerechtigkeiten sind geschlechtliche Vielfalt, die Multidimensionalität und Variabilität von Geschlecht sowie die Verwobenheit von Geschlecht mit weiteren sozialen Kategorien wie beispielsweise der sozialen Lage von Bedeutung (ebd.; Krieger 2020).

Im Folgenden wird in der Expertise der Begriff Geschlechtergerechtigkeit verwendet. „In der Zusammenführung verschiedener geschlechterpolitischer Positionen (Gleichheit, Differenz, Aufhebung) und auf Basis eines Gerechtigkeitsbegriffs, der Freiheit und Gleichheit als Gerechtigkeitsforderungen integriert, lässt sich Geschlechtergerechtigkeit verstehen als die Freiheit zu unterschiedlichen und nicht nach Geschlecht vorgezeichneten Seins- und Lebensweisen auf der Basis von Gleichheit in der Verteilung von Ressourcen, Einflussmöglichkeiten und Wertschätzung“ (Pimminger 2014: 53). Bei der Forderung nach „Gleichheit“ ist zu beachten, dass alle Menschen von gegebenen Möglichkeiten tatsächlich auch Gebrauch machen können (Nagl-Docekal 2010).

Eine geschlechterdifferenzierte Betrachtung von Lebensmustern belegt, dass nicht nur Erwerbsarbeit, sondern auch Reproduktionsarbeit als Familien- und Haushaltsorganisation einschließlich der Betreuungs- und Pflegeaufgaben sowie ehrenamtliche Tätigkeiten nach Art und Umfang sehr unterschiedlich verteilt

sind. Auf Basis verfügbarer, in Bezug auf Geschlecht zumeist nur nach Frauen und Männern differenzierter Daten sind es nach wie vor in erster Linie Frauen, die alles miteinander in Einklang bringen müssen. Dazu gehören auch die Wahrnehmung von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Gesundheitsversorgung im Krankheitsfall für die engere und erweiterte Familie.

Eine niedrighschwellige Gesundheitsinfrastruktur ohne Zugangsbarrieren ist ein wesentlicher Baustein für Geschlechtergerechtigkeit. Soziale Infrastruktur mit ihren soziokulturellen und gesundheitsbezogenen Einrichtungen ist dabei als eine Kernaufgabe der Daseinsvorsorge zu verstehen. Ein für alle Bevölkerungsgruppen gleichberechtigter Zugang zu solchen öffentlichen Einrichtungen kann durch eine entsprechende Verteilung, Gestaltung und Verwaltung sowie entsprechende Mobilitätsangebote gefördert werden. Bei der Gestaltung einer sozial-ökologischen Transformation sind Ungleichheiten im Zugang zu räumlichen Ressourcen und Machtverhältnisse zu berücksichtigen. Denn das Ziel einer nachhaltigen Entwicklung umfasst sowohl materielle bzw. technische Bausteine als auch sozial-kulturelle prozessuale Innovationen.

Diese Expertise zu Genderaspekten der niedrighschwelligen Gesundheitsversorgung in ländlichen und städtischen Gebieten nimmt in erster Linie eine raumbezogene Perspektive ein. Die Bearbeitung erfolgte inter- und transdisziplinär aus den Bereichen räumliche Planung und Public Health. Das methodische Vorgehen ist dreistufig angelegt:

I. Desk Research

Eine Sichtung der aktuellen wissenschaftlichen und grauen Literatur zur niedrighschwelligen Gesundheitsversorgung in urbanen Quartieren und ländlichen Räumen in Deutschland bezog sich zum einen auf vulnerable Bevölkerungsgruppen und deren Anforderungen an eine gesundheitliche Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Geschlechtergerechtigkeit. Zum anderen wurden Konzepte und Einrichtungen in städtischen und ländlichen Räumen und des öffentlichen Gesundheitsdienstes identifiziert, um Teilhabehürden und soziale Ungleichheiten mit Blick auf heterogene Geschlechtergruppen sowie geschlechtliche Vielfalt offen zu legen. Die Suchstrategie war als Screening im Sinne eines systematischen Vorgehens angelegt, um den Stand der aktuellen Erkenntnisse und Diskussionen in den beiden Fachdisziplinen Raum- und Gesundheitswissenschaften zu erfassen. Der Fokus lag auf der Bedeutung der niedrighschwelligen Gesundheitsinfrastruktur für Geschlechtergerechtigkeit und sozial-ökologische Transformation und umfasste eine Sachstandserhebung zur niedrighschwelligen Gesundheitsinfrastruktur in ländlichen und städtischen Räumen innerhalb der letzten fünf Jahre, also 2019-2024. Damit ist der Zeitraum vor Ausbruch der COVID-19-Pandemie (2020) noch erfasst, vor allem aber die Erkenntnisse daraus. Die Suchstrategie wurde nach dem sog. Schneeballsystem über Quellen in grundlegenden Werken schrittweise hinsichtlich des Untersuchungsgegenstands verfeinert. Die Relevanz der Vulnerabilitäten wurde durch aktuelle Datengrundlagen unterlegt. Stichworte für die Suchstrategie waren vor allem Gesundheitsversorgung, Gesundheitsinfrastruktur, Gesundheitskiosk, Lotsenkonzepte, Stadtteilkliniken, Familiengesundheitszentren.

II. Interviews mit Expert*innen

Zielsetzung der Interviews war es, die gesundheits- und raumwissenschaftlichen Perspektiven zu erfassen, verbunden mit den praktischen Erfahrungen in der inter- und transdisziplinären Bearbeitung urbaner Themen. Grundlage für die Gespräche war ein Leitfaden, der sich auf folgende Aspekte bezog:

1. Aktueller Stand zu Nutzungsgruppen, Nutzungsformen der unterschiedlichen Angebote niedrighschwelliger Gesundheitsinfrastruktur in urbanen Quartieren und ländlichen Räumen,

-
2. Problembereiche (beispielsweise Angebote für papierlose Menschen), insbesondere mit Blick auf geschlechterbezogene Teilhabehürden,
 3. Bedarfe, Anforderungen an diese Einrichtungen an Standorte, Organisationsformen, funktionale und finanzielle Defizite sowie Ansätze zur Weiterentwicklung als Baustein im Rahmen einer angestrebten sozial-ökologischen Transformation.

Mit folgenden Personen wurden Gespräche online geführt:

- Prof. Dr. habil. Heike Köckler, Hochschule für Gesundheit Bochum, Professorin für Community Health (Raumplanerin), am 15.04.2024
- Dr. Helmut Hildebrandt/Friederike Hesselmann, OptiMedis, Hamburg (Apotheker/Gesundheitswissenschaftler, Versorgungsmanagerin), am 16.04.2024
- Ulrike Hauffe, Bremen, Landesfrauenbeauftragte Bremen bis 2017 (Diplom-Psychologin), am 24.05.2024
- Dr. Dr. phil. Mo Urban, Bremen, Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (ZGF), Referentin für Gesundheit und Wissenschaft, am 27.05.2024
- Prof. Dr. Miriam Tariba Richter, Professorin im Fach Pflegewissenschaft mit den Schwerpunkten Gender und Migration an der Fakultät Wirtschaft und Soziales im Department Pflege und Management der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, am 03.06.2024

Die Gespräche wurden auf der Grundlage der von allen Gesprächspartner*innen autorisierten Mitschnitte und eigenen Notizen zusammenfassend ausgewertet. Die jeweiligen Aussagen zu den Themenkomplexen des Leitfadens wurden inhaltlich den Kapiteln zugeordnet. Wörtliche Zitate wurden explizit autorisiert.

III. Darstellung raumbezogener Strategien

Es werden Strategien zum Aufbau einer niedrigrschwelligen geschlechtergerechten Gesundheitsversorgung mit dem besonderen Fokus auf räumliche, instrumentelle und organisatorische Bausteine dargestellt.

Für die Erarbeitung der Expertise waren drei Monate von März bis Juni 2024 vorgegeben.

2 Gesundheit und soziale Teilhabe als Komponenten sozial-ökologischer Transformation

Im Folgenden wird niedrigrschwellige Gesundheitsinfrastruktur in den Kontext der sozial-ökologischen Transformation eingeordnet. Dazu wird zunächst von einem umfassenden Verständnis von Gesundheit und sozialer Teilhabe ausgegangen. Konzepte und Ziele einer sozial-ökologischen Transformation werden kursorisch erläutert und mit Daseinsvorsorge und gesundheitlicher Chancengerechtigkeit verknüpft. Der Begriff „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit“ wird verwendet im Sinne eines gerechten und fairen Zugangs zu Gesundheitsressourcen und in Bezug auf die Definition von „health equity“ als soziale Gerechtigkeit bei Gesundheit und im Gesundheitsbereich. (Braveman et al. 2011)

2.1 Gesundheit und soziale Teilhabe

Gesundheit wird in der 1948 in Kraft getretenen Verfassung der World Health Organisation (WHO) als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ benannt. Im Weiteren wird aufgeführt: „The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition“ (WHO 1948: 1). In der 1986 verabschiedeten Ottawa-Charta der WHO zur Gesundheitsförderung heißt es: „Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es demnach notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen und mentalen Fähigkeiten“ (WHO 1986: 1).

An das Gesundheitsverständnis der WHO knüpft das 1991 veröffentlichte sozial-ökologische Modell von Göran Dahlgren und Margaret Whitehead an, das von einer ganzheitlichen Betrachtung ausgeht und Gesundheitsdeterminanten auf verschiedenen Ebenen als Einflussfaktoren auf die menschliche Gesundheit und das Wohlbefinden einbezieht, um soziale Ungleichheiten bei Gesundheit zu erklären. Das individuelle Verhalten und die Verhältnisse, in denen Bevölkerungsgruppen leben, spiegeln sich in den Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen der Menschen wider. Das Modell wurde 2006 von Hugh Barton und Marcus Grant unter Verwendung von Ökosystemtheorien und dem Prinzip der raumbezogenen Nachhaltigkeit weiterentwickelt (Abb. 1).

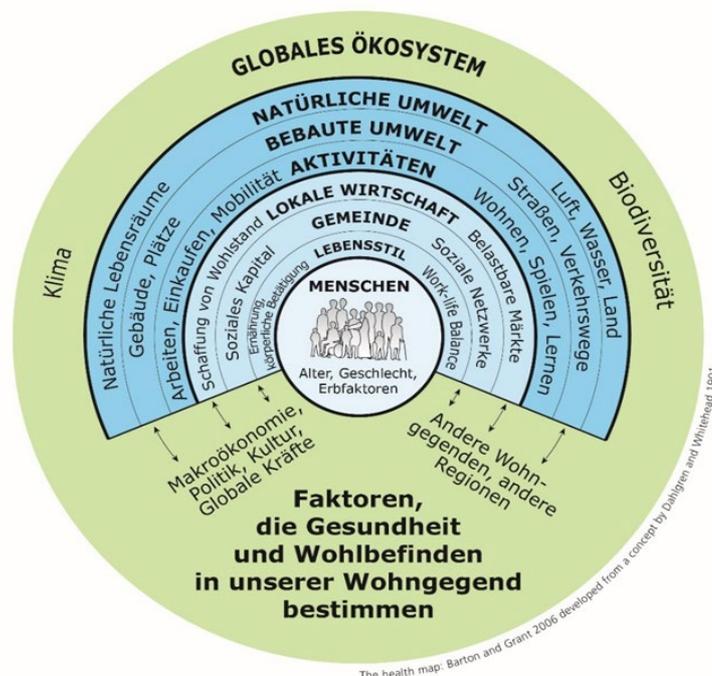


Abbildung 1: Humanökologisches Modell der Gesundheitsdeterminanten im Siedlungsraum/von Marcus Grant autorisierte Übersetzung aus Barton/Grant (2006: 252); verändert nach Dahlgren/Whitehead (1991)

Barton und Grant gehen ebenfalls vom individuellen Menschen aus, aber der Fokus auf die Gesundheit wird durch die Integration einer anthropogenen Definition von nachhaltiger Entwicklung ergänzt (Brundtland et al. 1987). Der Siedlungsraum wird von unterschiedlichen Sphären und damit von einer Vielzahl sozialer, wirtschaftlicher und ökologischer Faktoren beeinflusst. Das Quartier, das in eine bioklimatische Situation eingebettet und von dem globalen Ökosystem abhängig ist, wird von kulturellen, wirtschaftlichen und politischen Kräften, die das Wohlbefinden der Menschen beeinflussen, gestaltet. Die Gestaltung und Planung von Siedlungen liegen in einem Bereich der gebauten Umwelt und sind damit Teil der Strukturen, die durch eine sozial-ökologische Transformation verändert werden sollen. Was dem Modell fehlt, ist eine systematische Integration von Geschlechterdimensionen auf allen Ebenen. Die Nennung von „Geschlecht“ auf der individuellen Ebene im Zentrum der Abbildung suggeriert eine lediglich individuelle Eigenschaft, ohne die strukturelle Ebene der Geschlechterverhältnisse einzubeziehen.

Zu den Verhältnissen im alltäglichen Leben von Menschen, die deren Gesundheit beeinflussen, gehören die Qualität von Trinkwasser, Nahrung, Luft, die Lern-, Arbeits- und Wohnbedingungen und die Infrastruktur, das Angebot und der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung, soziale Kontakte sowie allgemeine politische Rahmenbedingungen. Menschen können durch ihr Verhalten ihre Lebensverhältnisse z. T. ändern, sie werden aber auch in ihrem Verhalten und Möglichkeiten von ihren Lebensverhältnissen beeinflusst. Somit liegt die Verantwortung für die Gesundheit vor allem bei denjenigen Akteuren*innen und Institutionen, die die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen gestalten, und nicht nur bei dem Individuum (u. a. Fehr et al. 2005: 14).

Gesundheitsförderung zielt – gemäß der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, WHO 1986 – strategisch auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen (WHO 1986: 2).

Eine zentrale Zielsetzung der Gesundheitsförderung ist somit die Verknüpfung von Teilhabe und Partizipation, um alle zu adressierenden Zielgruppen angemessen in den Beteiligungsprozess einzubeziehen. Mit der Befähigung der Menschen zur aktiven Gestaltung ihrer Lebensräume als sog. Empowerment ist potenziell eine Stärkung von Ressourcen und Kompetenzen verbunden. Es gilt, eine Partizipation auf Augenhöhe im Sinne eines gleichberechtigten kooperativen Zusammenwirkens zu ermöglichen und damit sozialer Ungleichheit in der Teilhabe an Entscheidungsverfahren im Sinne der umweltbezogenen Verfahrensgerechtigkeit entgegenzuwirken (Baumgart et al. 2018: 11). Wenn sich insbesondere sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen aufgrund eines geringen Bildungsstatus, eingeschränkter Sprachkompetenz, mangelnden zeitlichen Ressourcen etc. nicht einbringen (können), führt dies zu Ungerechtigkeiten. Es verweist auf eine fehlende Wahrnehmung, Anerkennung und auf eine ethnische Ausgrenzung von Bevölkerungsgruppen, denen das Interesse an der Gestaltung ihrer Umgebung abgesprochen wird, da sie erst gar nicht beteiligt werden oder wenn sie ihre Perspektiven nicht aktiv in Prozesse der Gestaltung ihrer Lebenswelt, ihres Quartiers, z. B. im Kontext regulärer Planverfahren einbringen.

Umweltgerechtigkeit bzw. umweltbezogene Gerechtigkeit ist ein Leitbild, das die Vermeidung von sozial und räumlich ungleich verteilten gesundheitsrelevanten Umweltrisiken zum Ziel hat (Bolte et al. 2012). Denn: „Wer arm ist, lebt häufiger in einer Umwelt, die krank macht.“ (Troge 2008: 3) „Das Konzept der umweltbezogenen Verfahrensgerechtigkeit (...) betrachtet soziale Ungleichheit bei der Initiierung von und Teilhabe an umweltpolitisch relevanten Entscheidungsprozessen sowie deren Auswirkungen.“ (Köckler 2014: 45) Betrachtet man die Verteilung von Gütern und Ressourcen dahingehend, ob sie zu einer Verbesserung oder Kompensation bestehender Belastungen und zur Vermeidung zukünftiger

negativer Auswirkungen von Planung beitragen, spricht man von Verteilungsgerechtigkeit (im Hinblick auf Ressourcen wie gute Luft, wenig Lärm, qualitätsvolle Freiräume oder auch die infrastrukturelle Ausstattung im Quartier). Verfahrensgerechtigkeit kann somit potenziell zu mehr Verteilungsgerechtigkeit beitragen; dabei werden die Auswirkungen planerisch-politischer Entscheidungsprozesse von den Betroffenen unterschiedlich beurteilt, wenn beispielsweise durch Bebauung eine Freifläche als Spielfläche im Quartier wegfällt, andererseits aber damit durch eine soziale Einrichtung die Kommunikationsangebote für ältere Menschen im Quartier verbessert werden. Verfahrensgerechtigkeit ist auch unter der Geschlechterperspektive ein wichtiger Aspekt, der Einfluss auf die Verteilungsgerechtigkeit hat. Dies verweist auf notwendige Veränderungen gesellschaftlicher Bedingungen und damit auf Transformationsanforderungen, insbesondere für vulnerable Bevölkerungsgruppen.

In seinem Modell der Salutogenese geht der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky von einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit aus, Gesundheit ist als dynamischer, sich stetig wandelnder Prozess zu interpretieren (Antonovsky 1997). Drei wesentliche Faktoren der Salutogenese sind

- die eigene Möglichkeit, die Dinge für sich selbst zu handhaben (manageability),
- das Verständnis der Zusammenhänge der Rahmenbedingungen (comprehensibility) und
- der Bedeutungsgehalt (meaning), den Sinn der Bedingungen zu verstehen.

Mit Blick auf eine anzustrebende sozial-ökologische Transformation gilt es somit, diese Ressourcen zu stärken, mit denen ein Mensch die Stressoren, die bei ihm eine Stressreaktion auslösen, bewältigen kann. Zu diesen Ressourcen zählen eine auskömmliche ökonomische Situation, sozial eingebundene Lebensverhältnisse und eine angemessene Wohnung und Umweltqualität, aber auch der Zugang zu Gesundheitsversorgung. Diese Zielsetzung ist als ein zu gestaltender Prozess zu verstehen, der sich auf unterschiedliche Systeme beziehen kann. Für Gesundheitseinrichtungen relevant ist das sog. Setting. Darunter versteht man wörtlich eine Anordnung und damit die „Gesamtheit von Merkmalen der Umgebung, in deren Rahmen etwas stattfindet, erlebt wird“ (Duden 2024). Dieses Verständnis basiert auf sozialen Systemen im Sinne abgrenzbarer Lebenswelten von Menschen. „Settings können in der Regel anhand physischer Grenzen, einer Anzahl von Menschen mit definierten Rollen und einer Organisationsstruktur identifiziert werden. Beispiele für Settings sind Schulen, Arbeitsplätze, Krankenhäuser, Städte und Stadtteile“ (WHO 2013). Gesundheitsversorgung, die auf soziale Teilhabe aller Bevölkerungsgruppen abzielt, muss sich an den genannten Faktoren der Salutogenese – eigenständige Gestaltung der Lebensbedingungen, Verständnis der Rahmenbedingungen und deren kontextuellen Sinn – messen lassen. Diese gelten mit Blick auf die jeweiligen Merkmale, Voraussetzungen und insbesondere Vulnerabilitäten im Sinne physischer und psychischer Verletzlichkeiten der Menschen in ihrem sozial-räumlichen Lebensumfeld mit seinen Umweltbedingungen. Vulnerabilität von Menschen wird hier verstanden als geringere Anpassungskapazität und/oder höhere biologische Empfindlichkeit, die beide von der sozialen Lage beeinflusst werden. (vgl. Bolte et al. 2023: 5)

Dazu gehören beispielsweise auch die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels, wie sie von gesundheitsbezogenen Organisationen wiederholt aufgegriffen wurden (aktuell z. B. Bechert et al. 2024). In dem Kapitel zu Klimagerechtigkeit des nationalen Sachstandsberichts zu Klimawandel und Gesundheit 2023 wurde festgestellt: „In der globalen Sicht auf Klimagerechtigkeit und insbesondere auf die Situation in LMIC-Staaten (low- and middle-income countries) wird von einer höheren Vulnerabilität von Frauen gegenüber den gesundheitlichen Auswirkungen der Klimawandelfolgen ausgegangen. Dies wird begründet mit den gesellschaftlichen, kulturellen und ökonomischen Bedingungen, d. h. struktureller Benachteiligung und Diskriminierung aufgrund des Geschlechts“ (Bolte et al. 2023: 22). In diesem

Sachstandsbericht wurde die Geschlechterperspektive bei der Zusammenstellung der Evidenz für Deutschland nicht vertieft aufgenommen.

2.2 Konzepte und Ziele einer sozial-ökologischen Transformation

Die globalen und technologischen Herausforderungen, insbesondere die Entwicklungen im Rahmen der Digitalisierung, aber ebenso die mittlerweile spürbaren Auswirkungen der multiplen Krisen wie Klimakrise als globale Krise und die schockartigen Krisen wie die Pandemie und die Kriege schlagen sich ebenso wie demografische Veränderungen räumlich nieder, vor allem in den Städten. Hier werden bis 2050 etwa zwei Drittel der Weltbevölkerung leben (WBGU 2016: 1). Eine Transformation der Infrastruktur, urbaner Lebensqualitäten und des Umweltschutzes ist global und lokal notwendig.

Eine sozial-ökologische Transformation schließt die Vorsorge und den Schutz von Gesundheit und Umwelt ein. Betrachtet man die Health Map (Barton/Grant 2006) wird deutlich, wie die lokalen Lebensbedingungen und Aktivitäten der Menschen von den globalen ökologischen und politischen Rahmenbedingungen geprägt werden. Diese sind dynamisch und insbesondere mit Blick auf den Klimawandel umfassenden Veränderungsprozessen unterzogen. Rahmenbedingungen sind zum einen die durch die Urbanisierung gewachsenen Luft-, Lärm- und weiteren Schadstoffbelastungen in der Umwelt für die Menschen. Hinzu kommen klimawandelbedingte Gesundheitsgefährdungen, wie die Zunahme von Extremwetterereignissen wie Hochwasser, Sturmgefahren und Hitzebelastungen. Dass die menschliche Gesundheit auch mit der Gesundheit der Tierwelt eng verknüpft ist, hat die COVID-19-Pandemie gezeigt. Mehr als die Hälfte aller Krankheitserreger können Menschen wie Tiere gleichermaßen infizieren. Das Konzept der Planetary Health orientiert sich auf die Verknüpfung der menschlichen Gesundheit mit den natürlichen Systemen ebenso wie den gesellschaftlichen – ökonomischen, politischen und sozialen – Systemen unseres Planeten (Whitmee et al. 2015). Es geht vor diesem Hintergrund von einem globalen sowie inter- und transdisziplinären Ansatz aus, den auch die Gesundheitsakteur*innen gestalten müssen. (SVR 2023)

Elementar für eine nachhaltige Entwicklung sind die 2016 auf internationaler Ebene formulierten 17 politischen Ziele (Sustainable Development Goals) der Vereinten Nationen, die sich auf die ökologische, ökonomische und soziale Dimension der Nachhaltigkeit sowie auf alle Handlungsfelder der räumlichen Entwicklung beziehen. Im vorliegenden Kontext besonders relevant sind folgende Ziele:

- Ziel 3: „Gesundheit und Wohlergehen“ mit dem Zugang zu guter medizinischer Versorgung mit hochwertigen Gesundheitsdiensten und dem Zugang zu lebensrettenden Medikamenten, gesunder Ernährung, sauberem Wasser und guter Luft,
- Ziel 5: „Gleichstellung von Männern und Frauen“ mit einer nicht nur rechtlichen, sondern auch alltäglichen Gleichstellung,
- Ziel 10: „Weniger Ungleichheiten“ mit gleichen Chancen, unabhängig von Alter, Geschlecht, sexueller Orientierung, Behinderung, ethnischer Zugehörigkeit, Religion, Herkunft oder sozialem und wirtschaftlichem Status, für eine soziale und wirtschaftliche Teilhabe und den Zugang zu Gesundheitsversorgung und Bildung,
- Ziel 11: Nachhaltige Städte und Gemeinden, die inklusiv, sicher, widerstandsfähig und nachhaltig zu gestalten sind.

Die 2017 von der Bundesregierung beschlossene Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie 2018 fußt auf den „Sustainable Development Goals“ (BPA 2024).

Der Wissenschaftliche Beirat Globale Umweltveränderungen (WBGU) fordert einen sog. normativen Kompass für die Große Transformation zur Nachhaltigkeit in einer digitalisierten Gesellschaft. Dies beinhaltet die Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen, die Gewährleistung von Teilhabe und den Wert von Vielfalt als Ressource anzuerkennen (WBGU 2019: 3). Es wird deutlich, dass alle Konzepte für die Transformation davon ausgehen, dass es sich um grundlegende Änderungen in politischen und wirtschaftlichen Systemen handeln muss (Kemp/Rotmans 2004: 138 in: Bauriedl et al. 2021: 23).

Eine Transformation kann nur auf allen Handlungsebenen erfolgen. Ansetzend an einer Mehrebenen-Governance ist ein Ansatz aus der Innovationsforschung hilfreich, der drei Ebenen mit ihren Wechselwirkungen unterscheidet:

- Nischeninnovationen kleiner Akteursnetzwerke als technologische Innovationen;
- Soziotechnische Regime als vorherrschende Regime von Märkten, Industrie, Politik und Technologie, die relativ stabil sind („dynamisch stabil“) und bei denen sich transformative Aktivitäten in den Nischen gegenüber den „relativ fest installierten und über ökonomische Macht- und Kooperationsverhältnisse, kanonisches Wissen, bestehende Regulierungen, Konsummuster sowie kulturelle Routinen durchsetzen“ müssen (Bauriedl et al. 2021: 26);
- Soziotechnische Landschaft als exogener, relativ stabiler Kontext, der von etablierten Kulturmustern und Pfadabhängigkeiten geprägt ist, aber durchaus Gelegenheitsfenster für Veränderungen enthalten kann. (Bauriedl et al. 2021: 27 nach Geels/Schot 2010)

Um den Prozess einer sozial-ökologischen Transformation zu gestalten, sind somit alle gesellschaftlichen Kräfte notwendig, und zwar auf den unterschiedlichen Handlungsebenen – der Stadt, des Stadtteils und des Quartiers. Es gilt, die Erfahrungen und lokale Expertise der Bevölkerung für soziale und wirtschaftliche Innovationen zu erschließen. Diese lebensweltlichen Erfahrungen werden inzwischen nicht nur in der Praxis der Stadtentwicklung, sondern auch in der Forschung geschätzt, dies bereits bei der Formulierung von Forschungsfragen, häufig im Rahmen von Reallaboren bzw. Living Labs. Ebenso wie bei dem normativen Kompass des WBGU sind hier die Agenten des Wandels in Richtung einer sozial-ökologischen Transformation adressiert. Für die Stadtentwicklung bedeutet dies ein Zusammenwirken aller gesellschaftlichen Kräfte, das heißt nicht nur der politischen Repräsentant*innen, sondern auch der organisierten und nicht organisierten Zivilgesellschaft.

Das Deutsche Institut für Urbanistik bricht die Herausforderungen einer Transformation wie folgt herunter: „Unter einer Transformation wird ein grundlegender Wandel verstanden. In gesellschaftlicher Perspektive werden mit dem Begriff sprunghafte Veränderungen in der politischen, wirtschaftlichen oder technologischen Entwicklung beschrieben. Auslöser einer Transformation können neue technisch-wirtschaftliche Möglichkeiten als auch deutlich veränderte gesellschaftliche Bedürfnisse sein. Jede Transformation ist ein längerfristiger, mehrere Jahrzehnte andauernder Lern- und Suchprozess, der mit vielen Unsicherheiten verbunden ist. Er kommt erst dann zum Abschluss, wenn sich neue Systemstrukturen dauerhaft etabliert und stabilisiert haben. [...] Die Transformation unserer Städte ist auch eine Aufforderung für noch mehr politische Teilhabe und die weitere Stärkung urbaner Lebensqualität.“ (difu 2017)

Um bestehende sozioökonomische Ungleichheiten zu verringern und zukünftig zu vermeiden, sollten Prozesse der sozial-ökologischen Transformation an den Lebenswelten in benachteiligten urbanen Quartieren, aber auch in ländlichen Räumen mit Versorgungsdefiziten ansetzen. Mit Blick auf sozial-ökologische Transformationserfordernisse sind Gesundheitseinrichtungen als soziale Infrastruktur von Bedeutung. Im Bereich des Gesundheitswesens wird eine Stärkung der Primärversorgungsstrukturen aus

unterschiedlichen Perspektiven und Interessenslagen gefordert. Eine quantitative Erweiterung der Angebote und eine qualitative Weiterentwicklung flächendeckender primärer Versorgungsstrukturen in unterschiedlichen, örtlich angepassten Formaten wie u. a. Gesundheitszentren mit lokaler Verwurzelung, teambasierten Arbeitsmodellen und Angeboten auch für die Arbeit in Anstellung und/oder in Teilzeit o. Ä. gelten als zukunftsfähig. (Robert Bosch Stiftung 2021)

2.3 Daseinsvorsorge und Chancengleichheit

Daseinsvorsorge, also die Leistungen, die für das menschliche Dasein vorzuhalten sind, dienen dazu, Gefährdungen zu minimieren, Vulnerabilitäten zu reduzieren und Anpassungskapazitäten zu erhöhen. Die Gewährleistung eines chancengerechten Zugangs u. a. zu Bildungs-, Mobilitäts- und Kulturangeboten und zu gesundheitlichen Dienstleistungen gehören zur Daseinsvorsorge und sind Aufgaben eines demokratisch organisierten Wohlfahrtsstaats (Böhnke et al. 2015: 7 f.). Der gleichberechtigte Zugang zu öffentlichen Einrichtungen kann durch eine bedarfsorientierte Verteilung, Gestaltung und Verwaltung der sozialen Infrastruktur sowie entsprechende Mobilitätsangebote gefördert werden. Um angemessene soziale Infrastrukturangebote auf der Ebene lokaler oder multilokaler Lebenswelten zu sichern und zu entwickeln, bedarf es der Akzeptanz von Diversität, um auch die Breite von hochwertiger sozialer Infrastruktur für eine vielfältige Bevölkerung mit verschiedenen Geschlechtergruppen, Altersstufen, Kulturen und sozioökonomischen Hintergründen im Rahmen der Daseinsvorsorge und gesellschaftlichen Teilhabe sicher zu stellen. (Breckner 2020: 363 f.)

Dies gilt insbesondere für benachteiligte Bevölkerungsgruppen und Infrastruktureinrichtungen, die der Resilienz dieser Bevölkerungsgruppen dienen sollen. „Eine resiliente Stadt oder eine resiliente Gesellschaft verfügt über eine hohe Anpassungskapazität und ist in der Lage, sich sowohl reaktiv als auch proaktiv an sich wandelnde Umweltbedingungen anzupassen und sich von den negativen Folgen schnell zu erholen. Somit kann Resilienz als ein umfassender, holistischer Problemlösungsansatz verstanden werden, dessen Ziel es ist, die generelle Widerstands- und Regenerations- und Entwicklungsfähigkeit von natürlichen und gesellschaftlichen Systemen zu erhalten“ (Fekkek et al. 2016: 10 f.).

UN-Habitat definiert das Erfordernis einer nachhaltigen und resilienten Anpassung als Urbane Resilienz und umschreibt die „messbare Fähigkeit eines jeden städtischen Systems mit seinen Bewohnern, sich kontinuierlich durch alle Schocks und Belastungen zu erhalten und gleichzeitig eine positive Anpassung und Transformation in Richtung Nachhaltigkeit vorzunehmen“ (UN-Habitat 2017: 6). Die unterschiedlichen Einflussfaktoren, die die Vulnerabilität eines Systems, einer Gesellschaft oder eines Raums bestimmen, treten miteinander in Wechselwirkung. Dadurch kann der Anpassungsprozess sowohl bestehende – wenig nachhaltige – Strukturen verfestigen, sie aber auch mit Blick auf nachhaltige Tendenzen verändern und entsprechend gestalten.

Die COVID-19-Pandemie hat nicht nur auf anstehende Transformationserfordernisse verwiesen, sondern auch auf die Relevanz des Nahbereichs im Wohnumfeld mit Versorgungsangeboten, ortsnahen Treffpunkten und Freizeitmöglichkeiten sowie öffentlichen attraktiven Grün- und Freiräumen für die Bevölkerung, insbesondere für Personen, die finanziell und räumlich weniger mobil sind. Die Pandemie hat ebenso gezeigt, wie innovative Informations- und Kommunikationstechnologien intelligente Lösungen für Bereiche der Bildung, Infrastruktur, Gebäude, Mobilität, Dienstleistungen oder Sicherheit hervorbringen konnten (Friesecke 2020). Aber auch hier gilt: „Die soziale Kluft innerhalb von Städten wird bei der Digitalisierungsdebatte kaum berücksichtigt und durch digitale Beschleunigung und Vernetzung eher verstärkt denn verringert“ (Strüver/Bauriedl 2020: 105).

2.4 Zwischenfazit

Zusammenfassend kann man festhalten, dass eine sozial-ökologische Transformation zur Nachhaltigkeit unumgänglich durch komplexe Wechselwirkungen zwischen

- lokalen und globalen Strategien,
- der Erhaltung von Ressourcen und Mindeststandards für Teilhabe und Würde,
- Nischen-Innovationen und deren Weiterentwicklung in bestehenden institutionellen Strukturen und prozessualen Routinen

geprägt wird. Dazu bedarf es der Wahrnehmung und Wertschätzung wissenschaftlicher und lebensweltlicher Kompetenzen und Expertisen sowie der Treiber des Wandels. Die Gestaltung von Transformationsprozessen ist demzufolge auf allen räumlichen Ebenen angesiedelt, beinhaltet den grundlegenden Umbau aller Infra- und Raumstrukturen. Sozial-ökologische Transformationsprozesse müssen dabei den Fokus auf soziale Benachteiligung und deren unterschiedliche Ausprägungen legen. Die Zielsetzung einer nachhaltigen Entwicklung kann nur mit einer umfassenden sozial-ökologischen Transformation gelingen, die grundlegende Veränderungen mit einer resilienten Gesellschaft, der Schaffung von resilienten räumlichen Strukturen und Resilienz im Gesundheitswesen anstrebt. (SVR 2023: 5 f.) Resilienz im Gesundheitswesen bedeutet somit, dass Gesundheitssysteme anpassungsfähig und flexibel sowie lernfähig sein müssen, und zwar auf der individuellen Ebene, der Ebene der Gemeinschaft und organisational gestaltet sein müssen (ebd.: 6 f.). Geschlechtergerechtigkeit zu erreichen, muss dabei eine wesentliche Zielsetzung sein.

3 Gesundheitliche Chancen- und Geschlechtergerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung

Bei der gesundheitlichen Versorgung kann man unter genderspezifischer Perspektive unterschiedliche Problembereiche bzw. Herausforderungen für gesundheitliche Chancengerechtigkeit für verschiedene Bevölkerungsgruppen differenzieren. Diese beziehen sich auf Menschen, die ökonomisch benachteiligt sind bzw. in Armut, in Einsamkeit und Isolation leben, keine Krankenversicherung haben, eine unzureichende bzw. fehlende Systemkenntnis des Gesundheitswesens in Deutschland haben sowie Sprachbarrieren erleben. Zudem sind vielfältige Diskriminierungserfahrungen, die Menschen gemacht haben, gerade auch in Bezug auf soziale Dimensionen von Geschlecht, wahrzunehmen und zu unterscheiden. Festzuhalten ist die notwendige Einbeziehung einer Intersektionalitätsperspektive (DIVERGesTOOL-Projektgruppe 2023; Merz et al. 2023), denn die genannten Herausforderungen sind nicht trennscharf voneinander abzugrenzen, sondern überschneiden sich und verstärken sich oftmals wechselseitig. Im Folgenden wird der Begriff Intersektionalität für die Betrachtung des Zusammenwirkens verschiedener gesellschaftlicher Macht- und Ungleichheitsverhältnisse verwendet: „Anstatt gesellschaftliche Positionen wie Gender, Ethnizität, Staatsangehörigkeit oder sozialer Status als additive Anhäufung bezuglos nebeneinanderstehender Zuordnungen zu beschreiben, stellt der intersektionale Zugriff die wechselseitige strukturierende Beziehung, Durchdringung und Profilierung („intersections“) solcher positionsrelevanten Aspekte heraus.“ (Bolte et al. 2018: 744)

Der Begriff Diversität wird im Sinne der Beschreibung von Verschiedenheit bzw. sozialer Vielfalt verwendet. „Diversität beschreibt die Eigenschaften und Kontexte, in denen sich Menschen unterscheiden

oder ähneln können. Die Vielfalt bezieht sich dabei zunächst auf die sieben primären Dimensionen: Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, geistige und körperliche Fähigkeiten, sexuelle Orientierung, Religion/Weltanschauung und soziale Herkunft.“ (Altgeld 2022)

Aufgrund der Verwobenheit und wechselseitigen Beeinflussung sozialer und biologischer Dimensionen von Geschlecht wird in dieser Studie der Begriff Geschlecht verwendet (im Englischen: „sex/gender“, vgl. Embodiment-Konzept) (Bolte et al. 2018).

Zunächst werden in den Unterkapiteln ausgewählte strukturelle und statistische Grunddaten zu geschlechtsspezifischen Ungleichheiten dargestellt, um die Relevanz der Probleme und Herausforderungen insbesondere im Hinblick auf die Geschlechtergerechtigkeit zu verdeutlichen. Die Daten basieren zumeist auf einer binären Geschlechterdifferenzierung (Frauen, Männer).

3.1 Geschlecht und ökonomische sowie sozial-räumliche Benachteiligung

Im Jahr 2022 verdienten Frauen pro Stunde 18 % weniger als Männer (Statistisches Bundesamt 2023). Der sog. Gender Pay Gap geht zwar zurück, dennoch verdienten Frauen mit vergleichbaren Qualifikationen, Tätigkeiten und Erwerbsbiografien wie Männer im Schnitt 7 % weniger pro Stunde als ihre männlichen Kollegen. Das geringere Einkommen von Frauen im Vergleich zu Männern hat weitere Gründe wie unterschiedliche Berufswahl, Teilzeitarbeit und Unterbrechungen durch Familienzeiten (ebd.). Hinzu kommt, dass Frauen 44,3 % mehr Zeit pro Tag als Männer für unbezahlte Arbeiten in der Kindererziehung, Pflege von Angehörigen, Hausarbeit, Ehrenamt aufwenden (BMFSFJ 2024a). Die Armutsgefährdung ist vor allem bei Alleinerziehenden (weit überwiegend Frauen) sehr hoch, aber auch ältere Frauen sind häufiger von Armut betroffen als Männer (Interview Heike Köckler 2024; bpb 2020).

Bei steigender Lebenserwartung in Deutschland beträgt nach den Ergebnissen der Sterbetafel bei Geburt 2020/2022 die durchschnittliche Lebenserwartung von Männern 78,3 Jahre und von Frauen 83,2 Jahre (Statistisches Bundesamt 2024a). Die Lebenserwartung von Menschen in sozioökonomisch benachteiligten Wohngebieten ist durchschnittlich kürzer als bei Menschen, die in wohlhabenderen Gegenden leben. „Because life expectancy increases stagnated or slowed down much earlier in more deprived districts, we observed an increasing gap between the most and least deprived districts, which is of serious public health concern.“ (Tetzlaff et al. 2024: 301) Personen mit niedrigem Sozialstatus sind zudem häufiger von chronischen Krankheiten, psychosomatischen Beschwerden, Unfallverletzungen sowie Behinderungen betroffen (Lampert/Kroll 2014; Kroll et al. 2016). Frauen sind in den ärmeren Bevölkerungsgruppen deutlich überrepräsentiert und somit stärker betroffen. Die Alterseinkünfte von Frauen liegen mit ca. 18.700 Euro brutto/p. a. signifikant unter dem von Männern mit etwa 25.600 Euro brutto/p. a. Damit werden knapp 21 % der Frauen ab dem Alter von 65 Jahren als armutsgefährdet eingestuft, gegenüber Männern in derselben Altersgruppe von knapp 16 % (Statistisches Bundesamt 2024b).

„Frauen arbeiten dreimal häufiger als Männer in Teilzeit (55 Prozent zu 18 Prozent). Während ihres Lebens sind Frauen verglichen mit Männern fast doppelt so lang ohne bezahlte Arbeit (30 Prozent gegenüber 17 Prozent). Zu pflegen oder sich um Kinder zu kümmern, ist wichtig. Ihre Rentenansprüche fallen entsprechend gering aus. Dass diese persönlich wie gesellschaftlich so bedeutsamen Tätigkeiten zu Armut führen, ist ungerecht.“ (nak 2017: 6)

Eine sozial-räumliche Konzentration von Bevölkerungsgruppen mit geringem Einkommen in Stadtteilen mit entsprechend niedrigen Mieten, defizitären Wohnbedingungen und gleichzeitig vernachlässigten

Infrastrukturen, kann eine mehrfache Benachteiligung, auch der gesundheitlichen Situation der Betroffenen bedeuten (Bolte et al. 2012: 26). Die Lage, Größe und der Standard der Wohnung spielen für die Organisation der Care-Arbeit, also der unbezahlten Versorgung, Betreuung und Pflege im familiären Kontext, ebenso eine wichtige Rolle wie das Wohnumfeld mit seiner Infrastruktur für eine nahräumliche infrastrukturelle Versorgung und sind damit relevant für die Lebensmuster vieler Frauen. Belegungsdichte der Wohnung, Belichtung und Belüftung, energetische Tragfähigkeit und thermischer Wohnkomfort sowie Barrierefreiheit sind in sozioökonomisch benachteiligten Stadtquartieren vielfach problematisch und können zu erhöhtem Stress durch eine eingeschränkte Wahl von sozialer Nähe und Distanz, kulturell unterschiedlicher Störungsempfindlichkeit und zumeist fehlendem Privatgarten als gestaltbarem Erholungsraum sowie die Sicherheit des Verbleibens, auch im sozialen Wohnumfeld führen. Dies galt umso mehr während der Pandemie für prekäre Wohnverhältnisse wie in Sammel-/Flüchtlingsunterkünften. Die Einbindung in eine unterstützende Nachbarschaft ist insbesondere in schwierigen Wohnverhältnissen wichtig, sei es, um Aufgaben der Care-Arbeit zu teilen oder auch verbunden mit dem sprachlich-kulturellen Austausch, nicht zuletzt über gesundheitliche Fragen. Einrichtungen für Personengruppen mit einer geringeren Mobilität wie Seniorentreffs, Grundschulen, Einrichtungen von Wohnungsnotfallhilfen oder Praxen von Frauen- und Kinderärzt*innen weisen eine besonders wohnortnahe Relevanz auf (G-BA 2018: 7). Aktuell stellen sich in vielen Kommunen grundsätzliche Fragen der Tragfähigkeit sozialer Angebote, einer wohnortnahen Erreichbarkeit sowie der Angebotsverlagerungen zwischen den altersspezifischen Nutzer*innengruppen (Schmidt 2010; BBSR 2012: 36 ff; Winkel 2018).

Aufgrund der zunehmenden Alterung und Pluralität der Gesellschaft verändert sich die Nachfrage nach gesundheitsbezogenen Dienstleistungen. Entsprechend vielfältig sind die Erwartungen an die gesundheitliche Versorgung im Rahmen sozialer Angebote. Während für alte und kranke Menschen die ambulante oder stationäre ärztliche und pflegerische Versorgung von hoher Bedeutung ist, sind es für junge Haushalte mit Kindern Betreuungs- und Bildungsangebote und für Alleinerziehende ökonomische Unterstützung und soziale Dienstleistungen (Fischer 2020: 141). Personell und finanziell prekär sind insbesondere die Bedingungen in der Pflege. Dabei werden 65 % der Pflegebedürftigen im familiären Kontext gepflegt, dies gilt vor allem auch für migrantische Frauen, die Familienangehörige pflegen (Interview Mo Urban 2024). Frauen sind mit 67 % am häufigsten die Hauptpflegepersonen im erwerbstätigen Alter. Eine reduzierte Erwerbstätigkeit kann potenziell auf spätere Altersarmut hinauslaufen (Werner 2024: 20).

Auch nehmen Rentnerinnen in Altersarmut oftmals nicht die ihnen zustehende finanzielle Unterstützung in Anspruch und leben somit unter dem Existenzminimum. Hinzu kommt eine längere Lebenserwartung von Frauen. „Deutlich mehr Frauen als Männer müssen sich auf ein Leben im Alter als Pflegefall einstellen. Das korrespondiert mit der durchschnittlich nach wie vor höheren Lebenserwartung von neugeborenen Mädchen, die wiederum geschlechtertypische Folge einer weniger riskanten Lebensweise und größerer Sorge für sich selbst ist.“ (BBSR 2015: 20)

3.2 Geschlecht und Einsamkeit/Isolation

Ein zunehmend erkanntes gesellschaftliches Problem ist Einsamkeit, das zumeist mit fehlender oder geringer sozialer Teilhabe, Alleinsein und sozialer Isolation verbunden wird (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2023). Zu den Bevölkerungsgruppen mit einem erhöhten Einsamkeitsrisiko zählen „Alleinerziehende, geflüchtete Menschen, Lesben, Schwule, Bisexuelle, trans- und intergeschlechtliche sowie andere queere Menschen (LSBTIQ*), Menschen mit Behinderungen, chronischen Erkrankungen, psychischen Erkrankungen sowie Pflegebedürftige und ihre pflegenden Angehörigen.“ (Bühning 2024: A439) Bühning verweist auf Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP), die zeigen,

dass sich Frauen tendenziell einsamer fühlen als Männer, was vor allem im höheren Lebensalter auf fehlende Partnerschaften zurückzuführen sein könnte (ebd.: A439). Einsamkeit kann in jedem Lebensalter auftreten, begünstigt durch einschneidende Erlebnisse wie beispielsweise den Verlust von Partner*innen. Ältere und hochaltrige Menschen über 75 Jahre waren im Jahr 2017 besonders von Einsamkeit betroffen, während es im Rahmen der COVID-19-Pandemie vor allem junge Menschen waren. Eine Untersuchung des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung zeigt aktuell, dass etwa ein Drittel der Befragten zwischen 18 und 53 Jahren sich teilweise und 17 % sehr einsam fühlen (BiB 2024). Dies kann Folgen für die gesundheitliche Situation haben. Andersherum kann auch die psychische und physische Gesundheit zu Einsamkeit führen und – neben Armut – die soziale Teilhabe begrenzen (BMFSFJ 2024b: 69).

Isolation bedeutet zudem, dass Austausch und Kommunikation über Angebote von Unterstützungs- und Beratungsleistungen fehlen. Insbesondere bei älteren Menschen kann man davon ausgehen, dass sie keinen Zugang zu entsprechenden Angeboten haben aufgrund mangelnder Kenntnis des Systems der Gesundheitsversorgung und des Sozialsystems, aufgrund von Hürden zur Nutzung digitaler Angebote bzw. Zugänge und aufgrund von Schamgefühlen. Die Notwendigkeit eines Kommunikationsangebots in Präsenz unterstreicht auch das folgende Zitat:

„ANGEBOTE IN SOCIAL MEDIA HELFEN HIER NUR SEHR BEGRENZT GEGEN EINE SOZIALE VEREINSAMUNG.“ (Zitat Interview Mo Urban 2024)

3.3 Geschlecht und fehlende Krankenversicherung in Deutschland

Obwohl in Deutschland eine allgemeine Krankenversicherungspflicht besteht, waren 2019 entsprechend der Daten des Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes in Deutschland 61.000 Menschen nicht versichert, mit einer angenommenen Dunkelziffer von etwa einer halben Million (Kurz 2022). Dies betrifft beispielsweise Leiharbeit aus dem europäischen Ausland ohne Sozialversicherungspflicht, Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus oder Obdachlose ohne Postadresse, ohne Kontakt zu Sozialamt oder Jobcenter, aber vielfach auch die maßgeblich von Frauen überproportional ausgeübte Tätigkeit der Minijobs wie Putzhilfen in privaten Haushalten (Minijob-Zentrale 2024). Diese Gruppe hat vermutlich oftmals keine Krankenversicherung, wenn sie nicht familienversichert ist.

Dies kann auch auf Menschen mit deutscher Staatsangehörigkeit zutreffen, wenn sie Beitragsschulden nach einer Selbständigkeit mit Privatinsolvenz haben, geschätzt etwa 0,4 % der Selbstständigen sowie 0,8 % der Erwerbslosen. Nach einem Statistikbericht der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG W) waren knapp 16 % der akut wohnungslosen Menschen im Jahr 2020 nicht krankenversichert, auf Obdachlose traf dies sogar zu mehr als einem Fünftel zu. Dies waren 2020 etwa 256 000 Personen (Kurz 2022). Wohnungslose Menschen ohne Krankenversicherung haben nur einen eingeschränkten Leistungsanspruch. Geschlechtsdifferenzierte Daten werden nicht genannt.

Sog. papierlose Menschen sind oftmals auch von Obdachlosigkeit betroffen. Die überwiegende Zahl der Obdachlosen ist männlich (68 %), jedoch leben knapp 74 % aller wohnungslosen Frauen in verdeckter Wohnungslosigkeit und nur 26 % auf der Straße oder in Behelfsunterkünften; fast 80 % der Frauen in verdeckter Wohnungslosigkeit sind unter 40 Jahre alt. (BMAS 2022)

Wohnungslose Frauen sind weniger im öffentlichen Raum sichtbar als Männer und prostituieren sich oftmals, um nachts einen Schlafplatz zu haben (Interview Ulrike Hauffe 2024). Scham und Sorge vor

einer Zusammenarbeit mit der Polizei kennzeichnen die Zurückhaltung papierloser Menschen gegenüber behördlichen Stellen (Interview Mo Urban). Ein Erstkontakt obdach-/papierloser Menschen zu sozialen Einrichtungen erfolgt vielfach aus pragmatischen Anlässen:

„DIE WASCHMASCHINE UND DIE DUSCHE SIND FÜR FRAUEN DAS INTRO.“ (Zitat Ulrike Hauffe 2024)

Daran anknüpfend erfolgt dann oftmals eine gesundheitliche Erstversorgung oder Beratung. Die Möglichkeit, auch ohne Papiere eine Überweisung in das bestehende Gesundheitssystem für weitere Versorgungsleistungen zu erhalten, ist wichtig und wird beispielsweise in Bremen in den Versorgungszentren praktiziert (Interview Mo Urban 2024).

„Es besteht jedoch ein Unterschied zwischen der Gewährung von »Gesundheitshilfe« als humanitärem Akt und einem Rechtsanspruch auf Gesundheitsversorgung, der vorbehaltlos sowie unabhängig vom Willen der Dienstleistenden gilt.“ (Mylius 2016: 289) Insbesondere Menschen ohne Papiere müssen befürchten, dass Informationen trotz ärztlicher Schweigepflicht an die Polizei weitergegeben werden und dies zur Abschiebung führt. Angesichts unübersichtlicher Zuständigkeiten zwischen humanitären Leistungen, beispielsweise durch Ehrenamtliche, und gesundheitlicher Versorgung fehlt es an Informationen für die betroffenen Personenkreise (ebd.: 291). Darüber hinaus müsste medizinische Versorgung auch Beratungsangebote über die Organisation des Alltags und lebensweltliche Gestaltung umfassen. Allerdings fehlen dazu konkrete Informationen, sowohl über flächendeckende niedrigschwellige Versorgungsangebote für papierlose Migrant*innen als auch über die Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), dessen Angebote für diese vulnerable Bevölkerungsgruppe weitgehend fehlen (ebd.: 17). Die Aufgabe der Versorgung papierloser Menschen verbleibt bei karitativen Organisationen und kaum bei den Gesundheitsämtern. Angesichts entscheidender Hemmnisse wie die Frage der Kostenübernahme und fehlende personelle Ressourcen, werden von Mylius folgende Schlüsse gezogen: „Wichtige Prämisse zur Beseitigung gesundheitlicher Ungleichheit ist das Menschenrecht auf einen Zugang zu einer Gesundheitsversorgung. Dabei muss eine medizinische Versorgung de facto von allen Menschen wahrgenommen werden können. Dies beinhaltet, dass finanzielle Hürden zu bewältigen sein müssen, dass das Alter, die ethnische Herkunft oder das Geschlecht den Erhalt medizinischer Leistungen nicht beeinflussen dürfen – und eben auch nicht der Aufenthaltsstatus.“ (ebd.: 296 f.)

3.4 Geschlecht und mangelnde Systemkenntnis des Gesundheitswesens in Deutschland

Um gesundheitliche Beratung und Versorgung zielgerichtet zu suchen und zu erhalten, ist sowohl die Kompetenz und Verantwortung für die eigene Gesundheit als auch die Kenntnis des gesetzlichen und administrativen Systems des Gesundheitswesens von zentraler Bedeutung. Eine Studie, deren Aussagen nicht geschlechterdifferenziert veröffentlicht sind, kommt zu dem Ergebnis, dass mehr als die Hälfte der Bevölkerung 2020 nur über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz verfügte. „Die Folgen geringer Gesundheitskompetenz erweisen sich zu beiden Zeitpunkten als gravierend. So haben Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz einen schlechteren selbst eingeschätzten Gesundheitszustand, bewegen sich weniger und ernähren sich ungesünder als Befragte mit einer hohen Gesundheitskompetenz.“ (Hurrelmann et al. 2020: 4) Eine geschlechtlich binär angelegte Studie von Link et al. (2023) zu gesundheitsbezogenem Informationshandeln von Männern und Frauen zeigt, dass die Informationssuche häufiger stattfindet als die Informationsvermeidung. Sie ergibt wenige geschlechtsdifferenzierte Unterschiede, allerdings: „Speziell bei Frauen scheint auch eine formal niedrige Bildung eine Barriere der

aktiven Informationssuche darzustellen und verweist somit auf eine spezielle Subgruppe, die besondere Aufmerksamkeit benötigt.“ (ebd.: 1160) Dies schlägt sich auch in dem folgenden Zitat nieder:

„SYSTEM- UND STRUKTURWISSEN FEHLT BEI PERSONEN MIT HOHER PROBLEMLAST.“

(Zitat Heike Köckler 2024)

Bei Menschen mit Migrationserfahrungen sind aus den Herkunftsländern andere Formen der Infrastrukturen bekannt, vor allem Syrien, Libyen etc. mit unterschiedlichem Stand der Digitalisierung. Dies führt zu Teilhabehürden, weil Unwissen über Möglichkeiten besteht, beispielsweise zur Inanspruchnahme von Sozialleistungen oder der medizinischen Versorgung und eine sensible Wahrnehmung und Anerkennung spezifischer Problemlagen im Kontext von Gerechtigkeit fehlen (Interview Heike Köckler 2024). Dies betrifft insbesondere geflüchtete Menschen. Durch ihre oft über mehrere Monate dauernde Flucht haben sie Rechtlosigkeit, den Verlust familiärer und sozialer Bindungen, oftmals auch eines höheren sozioökonomischen oder soziokulturellen Status, verbunden mit traumatischen Erfahrungen erlebt. In Deutschland angekommen sind sie orientierungslos und unsicher und müssen sich mit für sie unbekanntem bürokratischen Strukturen und kulturellen Lebensweisen auseinandersetzen. (Amoah et al. 2023) Die darin zum Ausdruck kommende unzureichende bzw. fehlende soziale Teilhabe kann zu einer erhöhten Krankheitslast führen und zeigt sich in Datenanalysen wie beispielsweise der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell: Fokus“ (GEDA Fokus): „Dabei waren insbesondere selbstberichtete Diskriminierungserfahrungen im Alltag und zum Teil auch ein geringeres Zugehörigkeitsgefühl zur Gesellschaft in Deutschland mit erhöhten Prävalenzen der nichtübertragbaren Erkrankungen assoziiert.“ (Bartig et al. 2023: 1077)

Auch stimmen die kulturellen Werte und Normen von Gesundheit und Geburt oftmals nicht mit der hiesigen Vorstellung und dem Gesundheitssystem überein, beispielsweise, wenn Frauen nicht allein eine*n Ärzt*in aufsuchen dürfen. Dies bedeutet, dass eine sprachliche Übersetzung nicht ausreichend ist, sondern ein kultureller Austausch stattfinden muss, der das Verständnis für das Gesundheitssystem vermittelt. Sprachbarrieren betreffen auch die Dokumente wie Arztbriefe, die zu übersetzen wären (Interview Mo Urban 2024; siehe auch Kapitel 3.5).

Der Zugang zu Angeboten zur Gesundheitsversorgung ist von den konkreten Lebensbedingungen vor Ort abhängig und muss differenziert betrachtet werden (Interview Heike Köckler 2024). Dazu gehören die Aufenthaltsdauer und soziale Integration in Verbindung mit der Wohnsituation und vor allem die Deutschkenntnisse und der Bildungs- bzw. Sozialstatus. Vor allem für ältere Menschen, die nach Deutschland migriert sind, sind die Kommunikationswege schwierig, denn mehr als die Hälfte spricht kaum oder kein Deutsch (Maddox 2023).

Für den Bereich der sozialepidemiologischen Forschung zur Bedeutung von Geschlechterdimensionen für die Gesundheit von Menschen mit Migrationserfahrung wurde festgestellt, dass es noch an Erkenntnissen mangelt zur Rolle struktureller Geschlechterverhältnisse, zu Genderaspekten in verschiedenen Phasen der Migration und zu geschlechtlicher Vielfalt (über eine binäre Sicht hinausgehend) (Wandschneider et al. 2020).

3.5 Geschlecht und sprachliche sowie sonstige Barrieren

Es wird deutlich, dass sich die Bedarfe einer ökonomisch, ethnisch-kulturell, sozial und sprachlich von Diversität geprägten Gesellschaft noch nicht in der Gesundheitsversorgung niederschlagen. Gesundheitsbezogene Datengrundlagen über die heterogenen Situationen von Frauen in spezifischen Lebenslagen sind unzureichend. Angebote bedürfen einer „besseren Passgenauigkeit“ (RKI 2023: 64), stellt das Robert

Koch-Institut (RKI) fest und verweist auf notwendige Barrierefreiheit und bessere Informationsangebote (ebd.).

„Die wenig migrationssensible Gesundheitsversorgung von Menschen mit Fluchtgeschichte ist geprägt durch Sprachbarrieren, Orientierungslosigkeit, Ablehnungserfahrungen, Fehlbehandlungen und strukturelle Barrieren. Fremdheitserfahrungen in und mit dem Gesundheitssystem können dazu führen, dass die Versorgung nicht (mehr) oder nur verzögert in Anspruch genommen wird. Gleichzeitig werden individuelle Strategien von Geflüchteten und VersorgerInnen angewendet, um den genannten Herausforderungen zu begegnen.“ (Nowak/Hornberg 2023: 1119)

Zudem erschweren auch physische Barrieren die Inanspruchnahme von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Dies kann zum einen die räumliche Erreichbarkeit sein, die nur durch eine zeit- und kostenintensive Mobilität möglich ist. Frauen mit Migrationshintergrund verfügen über diese Ressourcen häufig nur eingeschränkt und verlassen ihren Stadtteil kaum. Physische Barrieren bestehen aber auch für mobilitätseingeschränkte Frauen, dies sowohl im öffentlichen Raum, aber auch in der Ausstattung gesundheitlicher Einrichtungen (z. B. ein fehlender gynäkologischer Stuhl für Rollstuhlfahrerinnen) (Interview Mo Urban 2024).

3.6 Geschlecht und Diskriminierungserfahrungen

Die offiziellen Zahlen der Antidiskriminierungsstelle des Bundes (ADS) zur Entwicklung der Anfragen zu allen Diskriminierungsmerkmalen im Sinne des Antidiskriminierungsgesetzes zeigen, dass am häufigsten rassistische Diskriminierung zu verzeichnen ist (43 % der Anfragen). 21 % der Anfragen bezogen sich auf geschlechtsbezogene und 27 % auf Diskriminierungen aufgrund einer Behinderung, 4 % aufgrund der sexuellen Identität. Eine steigende Tendenz ist bei Diskriminierungen wegen der ethnischen Herkunft und aus rassistischen Gründen festzustellen. (ADS 2023) Eine intersektional angelegte Analyse der Diskriminierungsfälle liegt dazu nicht vor.

Diskriminierungserfahrungen sind vielfältig und betreffen unterschiedliche Bevölkerungsgruppen. Eine fehlende diversitätsorientierte Ausrichtung der Institutionen des Gesundheitssystems verweist auf spezifische Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren der gesundheitlichen Versorgung, insbesondere angesichts einer geringeren Inanspruchnahme präventiver und rehabilitativer Angebote durch Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu solchen ohne diesen, verbunden mit sprachlichen und soziokulturellen Zugangsbarrieren.

Bislang wurde häufig die Kategorie Migrationshintergrund in Datenanalysen verwendet. Es ist jedoch notwendig, Migrationserfahrungen und damit einhergehende Benachteiligungen differenzierter zu betrachten, um Diskriminierung im Gesundheitswesen zu erfassen, einschließlich verschiedener Lebensphasen und Lebenswelten der Menschen mit Migrationserfahrung. Dazu gehören Erkenntnisse zu verschiedenen soziodemografischen, sozioökonomischen und weiteren migrationsbezogenen Merkmalen (Generation, Geburtsland, Aufenthaltsdauer, Akkulturation). Es wird deshalb empfohlen, die Kategorie „Migrationshintergrund“ nicht mehr zu verwenden. „Um gesundheitliche Ungleichheit zu beschreiben und gezielt Bedarfe von Menschen mit Migrationsgeschichte zu identifizieren, ist eine gemeinsame und differenzierte Betrachtung migrationsbezogener und sozialer Determinanten unerlässlich.“ (Kajikhina et al. 2023: 55) Hierbei ist das Verständnis der Prozesse der Diskriminierung und Benachteiligung aus einer Intersektionalitätsperspektive und mit Berücksichtigung des Lebenslaufs unerlässlich (Abubakar et al. 2022).

Diskriminierungsrisiken bei frauenspezifischen Gesundheitsleistungen bestehen bei Schwangerschaft und Geburt, denn Hebammen können die bestehende Nachfrage nach ihren Dienstleistungen nicht decken (DHV/DGGG 2020). Eine Studie zur Hebammenversorgung in Bayern ergab, dass es insbesondere in städtischen Gebieten in Bayern sowie unter sozioökonomisch benachteiligten Frauen und Frauen mit geringen Deutschkenntnissen zu einer Unterversorgung mit Hebammenleistungen kommt (Sander et al. 2018).

Trans* Personen sind von besonderen Diskriminierungsrisiken im Gesundheitswesen betroffen. Besonders häufig erfahren trans* Personen Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung durch Nicht-berücksichtigung ihrer Lebenssituation und einer damit verweigerten Anerkennung ihrer geschlechtlichen Identität sowie verwehrt gynäkologischen sowie urologischen Untersuchungen. (Beigang et al. 2017: 233)

Eine Studie kommt zu den Empfehlungen, dass es angesichts der heterogenen Merkmale von marginalisierten Bevölkerungsgruppen einer partizipativen Politik bedarf, die unterschiedliche spezifische Perspektiven der Menschen aufnimmt. Dies umfasst auch eine Sensibilisierung und Weiterbildung der in diesen Bereichen professionell Tätigen (LesMigraS 2012). Inzwischen gibt es das Online-Lernportal „INTRAHEALTH. Inter* & trans Menschen im Fokus“, das zum Ziel hat, „Diskriminierungserfahrungen und psychosoziale Belastungen von inter* und trans Personen in der Gesundheitsversorgung zu vermindern und die bedarfsgerechte Inanspruchnahme zu fördern“ (Intrahealth 2023).

Die Arten der Diskriminierung überlagern sich und dürften insbesondere bezüglich LGBTIQIA+ Personen ein hohes Dunkelfeld umfassen. Timmermanns verweist auf eine erhöhte Vulnerabilität, die in einer explorativen nicht repräsentativen Studie der Frankfurt University of Applied Science (2019) vor dem Hintergrund des theoretischen Modells des Minderheitenstresses bei queeren Personengruppen festgestellt wurde (Timmermanns 2022). Queere Personen erfahren Diskriminierungen aber nicht nur aufgrund ihrer sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität, sondern sie sind u. a. auch von Rassismus, Sexismus oder Altersdiskriminierung betroffen, oftmals in Verbindung mit Migrationshintergrund. Eine intersektionale Betrachtung mit anderen Diversitätskategorien ist somit wichtig für das Verständnis der sich überlagernden Problemlagen (Depping 2022).

3.7 Zwischenfazit

Mit den Zielsetzungen einer Primärversorgung, deren personenbezogene Angebote integriert und allgemein zugänglich sind, wird ein wichtiger Schritt in Richtung sozialer Teilhabe vorgenommen. Allerdings bedarf es einer weiteren Qualifizierung von Strategien, Maßnahmen und Personal, um die Barrieren einer geschlechtergerechten Versorgung unter Einbeziehung des sozial-räumlichen Kontexts zu überwinden. Es gilt sozioökonomische, kulturelle und sprachliche Barrieren zu überwinden. Es müssten entsprechende Kompetenzen sowohl individuell gesundheitlich als auch institutionell gesundheitsbezogen aufgebaut und verstetigt werden. Grundlegend ist dabei ein breites Verständnis von Geschlecht im Sinne von geschlechtlicher Vielfalt und Intersektionalität sowie die Anerkennung unterschiedlicher Erfahrungen und Perspektiven. Dies fehlt bisher, wie in dem folgenden Zitat deutlich wird, das sich auf geschlechtliche Vielfalt bezieht:

„DIE KOMPLETTE VERSORGUNGLAGE IST GESCHLECHTLICH BINÄR ANGELEGT.“
(Zitat Miriam Richter 2024)

Die spezifischen Hemmnisse im Zugang zum Gesundheitswesen, die für Frauen bzw. verschiedene Geschlechtergruppen bestehen, sind deutlich geworden. Es sind nicht nur Minderheiten, für die diese Hürden bestehen, sondern weite Teile der Bevölkerung, denen es an entsprechender Kenntnis und sozialen sowie technischen Zugangsmöglichkeiten zur Gesundheitsversorgung und zu Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention mangelt und die dadurch benachteiligt sind.

Barrieren bestehen in allen Bereichen, sowohl räumlich wie auch sprachlich. Es gilt stärker zu differenzieren und zu erkennen, welche Menschen von Diskriminierung betroffen sind und wie diese sich ausprägt. Nicht zuletzt diese Erfahrungen führen dazu, dass sich entsprechende Bevölkerungsgruppen in unterschiedlichen Communities zusammenfinden, die Austausch, Information und soziale von Akzeptanz getragene Beziehungen eröffnen und soziale Teilhabe, zumindest innerhalb dieser Community ermöglichen. In unterschiedlichen Communities im Quartier ist umfangreiches Wissen aus ihren Erfahrungen, Barrieren und Hürden bei dem Zugang zu Gesundheitseinrichtungen der dort lebenden Bevölkerung vorhanden. Dieses wird von Wissenschaft und Praxis kaum dahingehend genutzt, dass es als professionelles Wissen anerkannt und respektiert wird. Diese Kompetenz müsste aufgegriffen und gefördert und nicht nur von Personen aus den Communities bereitgestellt werden, einschließlich der Verantwortung dafür. (Interview Miriam Richter 2024).

Eine gesundheitsbezogene Perspektive erfordert es, die prägenden Lebensmuster von Frauen mit allen Dimensionen ihrer Arbeit – Erwerbs- und Care-Arbeit – einzubeziehen. Hinzu kommen die Rahmenbedingungen ihrer Erwerbsarbeit, beispielsweise bei dem Unterschied, ob sie entsprechend ihrer Berufsqualifikation eine erfüllende Tätigkeit ausüben oder angesichts der alleinigen Verantwortung für die Organisation von Haushalt, Kinderbetreuung und Erwerbsarbeit sowie ggf. Pflegeaufgaben diese nicht entsprechend ihren eigenen Vorstellungen gestalten können oder gar wechselnde ungünstige Arbeitszeiten in Kauf nehmen müssen. Teilhabechancen, insbesondere von Frauen, sind zentral davon abhängig, wie sich Erwerbsarbeit mit Familien- und Haushaltsorganisation vereinbaren lässt. Denn bei einer nur unzureichenden Verfügbarkeit über entsprechende organisatorische und vor allem finanzielle Ressourcen ist ihre zeitliche und räumliche Mobilität eingeschränkt. Dies betrifft den Weg zur alltäglichen und auch gesundheitlichen Versorgung ebenso wie zu Angeboten der Gesundheitsförderung/Prävention, wenn diese nicht vor Ort im Stadtteil bzw. Quartier vorhanden sind (Baumgart/Rüdiger 2022). Die Zugangsbarrieren sind vielfältig und überlagern sich offensichtlich, vertiefende Untersuchungen mit einem intersektionalen Ansatz fehlen jedoch bisher weitgehend.

4 Formate niedrigschwelliger Gesundheitsinfrastruktur in städtischen Quartieren und in ländlichen Räumen unter besonderer Berücksichtigung von Geschlechtergerechtigkeit

Gesundheitsbezogene Einrichtungen sind Teil der sozialen Infrastruktur und eine Kernaufgabe der Daseinsvorsorge. „Soziale Infrastruktur ist die Gesamtheit der Einrichtungen und Dienste zur sozialen Versorgung der Bevölkerung. Sie ist wesentlich für die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse in den Teilräumen und unterliegt der öffentlichen Verantwortung, wird aber auch von nicht öffentlichen Akteuren erbracht.“ (Winkel 2018: 2185)

Wesentliche Einrichtungen der sozialen Infrastruktur sind im Bereich von Bildungseinrichtungen wie Schulen zu verorten. Bei der Gesundheitsversorgung sind es Krankenhäuser, Sozialstationen, Beratungsstellen, Ärzt*innen, Sozialeinrichtungen für bestimmte Altersklassen und für benachteiligte Bevölkerungsgruppen (Kinderkrippen, -gärten, -tagesstätten, -horte; Altenwohnheime, -pflegeheime, -tagesstätten; Einrichtungen für Menschen mit Behinderung, obdachlose Menschen, Migrant*innen bzw. Menschen mit Zuwanderungsgeschichte; Beratungsstellen u. a.) und Kultureinrichtungen wie Bibliotheken, Museen, Theater, Veranstaltungsräume, Bürgerhäuser sowie Einrichtungen der öffentlichen Verwaltung und Sicherheit (Behörden und Ämter, Polizeiwachen u. a.) und Erholungs-, Sport- und Freizeiteinrichtungen (Spiel- und Sportflächen für verschiedene Altersgruppen; Frei- und Hallenbäder, Parks u. a.) zählen ebenfalls dazu. Ihre Effekte auf die Lebensqualität und das Wohlbefinden der Bevölkerung und damit auf die Gesundheit sind vielfältig und in Tabelle 1 umrissen.

Tabelle 1: Soziokulturelle und gesundheitsbezogene Einrichtungen: gesundheitsrelevante Aspekte (Baumgart/Rüdiger 2022: 156)

Leistungen und Funktionen sozialer Infrastruktur	Effekte auf Lebensqualität und Wohlbefinden
<p>Bildungseinrichtungen u. a. gesundheitsfördernde Angebote, soziale Unterstützung, Schaffung zusätzlicher Nachmittags- und Freizeitangebote, Ausbau von Ganztagsbetreuung, Verbesserungen im Wohnumfeld im Hinblick auf Spiel- und Lernräume sowie Gesundheitstreffpunkte Sprachförderung (Coelen et al. 2015)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung guter Bildungsangebote zur Erhöhung von Lebensqualität in Städten und Unterstützung von Integration, Bildungsinvestitionen in einzelne Standorte zur Stabilisierung von Stadtteilen • Stadtstrukturen mit hoher Nutzungsvielfalt zur Erweiterung von Bildungsgelegenheiten, auch zur Identitätsstiftung und Imageverbesserung (Coelen et al. 2015)
<p>Soziale Treffpunkte Kommunikations-, Spiel-, Bewegungs- und Entspannungsangebote, gesundheitsfördernde Angebote, soziale Unterstützung, Schaffung zusätzlicher Nachmittags- und Freizeitangebote</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Unterstützung und Teilhabe • Unterstützung bei Durchbrechung physischer und sozialer Barrieren • Ausgleichsraum für beengte Wohnverhältnisse • Konstituierung von Netzwerken und Freundschaften • Förderung von Empowerment als persönliche Entwicklungs- und Entfaltungsmöglichkeiten • Förderung von Inklusion und Integration • Steigerung des individuellen und sozialen Wohlbefindens
<p>Gesundheitsinfrastruktur ambulante medizinische Versorgung, gesundheitliche Dienstleistungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Angebot an Gesundheitsdienstleistungen und die Qualität der Infrastruktur, insbesondere der Pflege zur Förderung von Lebensqualität und Autonomie • Gewährleistung der Erreichbarkeit, v. a. des Hausarztes, der Apotheke, der Physiotherapie für die gesundheitliche Versorgung im Quartier

Die Planung und Gewährleistung sozialer Infrastrukturen sind im Kontext gesellschaftlicher Teilhabe wichtig, da sie Teilhabechancen und damit verbundene gesellschaftliche Integrationsoptionen beeinflussen können (Breckner 2020: 359). „Die Planung und Sicherung von sozialer Infrastruktur sollte strategisch und damit frühzeitig, insbesondere aber auch sektorenübergreifend, als Kernstück zum Aufbau lebhafter und nachhaltiger Quartiere genutzt werden. Soziale Infrastruktur kann ein wichtiger Beitrag zu Gemeinschaftsaktivitäten, Versammlungen und Interaktion sein.“ (LZG 2019: 121)

Aus einer sozial-räumlichen Perspektive ist eine niedrigschwellige Gesundheitsinfrastruktur von besonderer Bedeutung. Niedrigschwellige Gesundheitsversorgung sollte essenzieller Bestandteil der Primärversorgung sein. Primärversorgung wird wie folgt definiert: „Primärversorgung ist die Versorgungsebene, welche allgemein zugängliche, integrierte, personenzentrierte und umfassende Gesundheits- und soziale Dienstleistungen bereitstellt. Diese Dienstleistungen werden von einem Team von Fachkräften erbracht, welches dafür verantwortlich ist, dass der großen Mehrheit personenbezogener Gesundheitsbedürfnisse angemessen begegnet wird. Die Dienstleistungen werden in einer dauerhaften Partnerschaft mit den Patienten und Laienversorgern/-pflegern unter Miteinbeziehung der Gegebenheiten in der Familie und lokalen Gemeinschaft umgesetzt und spielen eine zentrale Rolle in der gesamten Koordination und Kontinuität der Versorgung der Menschen.“ (EXPH 2014: 49 in: Robert Bosch Stiftung 2021: 21) Nach Zimmermann (2023) ist die primäre Gesundheitsversorgung niedrigschwellig, wohnort- und bedarfsnah, unabhängig vom Geschlecht der zu versorgenden Menschen und entsprechend des Konzepts „Primary Health Care“ der WHO das erste Element in einem kontinuierlichen Prozess gesundheitlicher Versorgung.

Auch die Robert Bosch Stiftung greift das „Primary Health Care“-Konzept der WHO auf:

- „Erweiterung des Portfolios an Dienstleistungen und Angeboten, Entwicklung von Aktivitäten und Programmen, die Outcomes verbessern können, aber sonst vernachlässigt werden könnten.
- Ausweitung der Angebote aufsuchender und gemeindeorientierter/-naher Leistungen.
- Zusammenarbeit mit anderen Sektoren, um Menschen bzw. Bevölkerungsgruppen zu erreichen, die anderenfalls nicht oder zu spät von einer Versorgung profitieren würden.“ (WHO 2008 in: Robert Bosch Stiftung 2021: 19)

Somit ist eine niedrigschwellige Gesundheitsinfrastruktur als sozial-räumlich orientiertes Angebot ein Teil der Primärversorgung im Gesundheitssystem wie sie von der Robert Bosch Stiftung als zukunftsorientiert beschrieben wird. Die Merkmale ihrer Funktionen im Gesundheitssystem sind jedoch spezifischer, da sie sich aus vor Ort bestehenden sozial-räumlichen Erfordernissen ableiten lassen. Denn die Wahrnehmung und Akzeptanz von Diversität der zu versorgenden Bevölkerung vor Ort bedarf einer stärkeren Differenzierung von Art und Ausprägung einer Gesundheitsinfrastruktur, die in den spezifischen Sozialraum eingebettet ist. Dies wird in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

Tabelle 2: Niedrigschwellige Gesundheitsinfrastruktur als sozial-räumliches Angebot innerhalb der Primärversorgung im Gesundheitssystem

Primärversorgung als Angebot im Gesundheitssystem (Robert Bosch Stiftung 2021: 13)	Niedrigschwellige Gesundheitsinfrastruktur als sozial-räumliches Angebot
Erstkontaktangebot für die Bevölkerung bei gesundheitlichen Problemen	Barrierefreies Kommunikationsangebot, gut erreichbar im Stadtteil/Quartier, ohne Terminvereinbarung mit Offenheit für heterogene Bevölkerungsgruppen, aktive Ansprache potenzieller Adressat*innen
Eigenständige, angemessene Erstversorgung auf hohem Qualitätsniveau ohne Beteiligung der sekundären oder tertiären Versorgungsebenen	Sprachlich und kulturell adäquate Beratung und Unterstützung unter Berücksichtigung der sozioökonomischen, sprachlichen und soziokulturellen Erfordernisse über medizinische Problemlagen hinausgehend
Ggf. erforderliche Weiterleitung an geeignete Leistungserbringer der „höheren“ Versorgungsebenen und im weiteren Verlauf eine Koordination der ebenenübergreifenden Versorgung	Weiterleitung an geeignete Leistungserbringer (z. B. Fachärzt*innen) unter Berücksichtigung der sozioökonomischen und soziokulturellen Lebenslagen
Dauerhafter Ansprechpartner unter Einbeziehung des sozial-räumlichen Kontexts in Kenntnis familiärer und lebensweltlicher Umstände als personenzentrierte und kontinuierliche Versorgung	Barrierefreie zielgruppenorientierte Informations- und Beratungsangebote, auch in Gruppen, unter Einbeziehung der Kompetenzen spezifischer Communities im Quartier
Kontinuierliche Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung in ihrem Einzugsgebiet (Prävention und Gesundheitsförderung) in Kooperation mit anderen Einrichtungen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung sowie relevanten Akteur*innen des staatlich-öffentlichen Bereichs und der Zivilgesellschaft	Gleiche Zielsetzung: kontinuierliche Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung in ihrem Einzugsgebiet (Prävention und Gesundheitsförderung) in Kooperation mit anderen Einrichtungen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung sowie relevanten Akteur*innen des staatlich-öffentlichen Bereichs und der Zivilgesellschaft; organisatorische und ggf. räumliche Nutzungskopplung mit soziokulturellen Kultur- und Bildungsangeboten im Stadtteil/Quartier

Eine explizit auf Geschlechtergerechtigkeit ausgerichtete Gesundheitsversorgung hat im Kontext von geschlechterbezogenen gesundheitlichen Ungleichheiten in den letzten Jahren deutlich an Relevanz gewonnen. „To achieve the highest standard of health, health policies have to recognize that women and men, owing to their biological differences and their gender roles, have different needs, obstacles and

opportunities [...]. Gender interacts with biological differences and social factors. Women and men play different roles in different social contexts [...] This affects the degree to which women and men have access to, and control over, the resources and decision-making needed to protect their health." (WHO 2002)

Danach müssten Angebote der Gesundheitsversorgung geschlechterspezifische Lebenssituationen besser berücksichtigen, um Chancengerechtigkeit herzustellen. Dies beginnt bei der Problemdefinition in der Gesundheitsversorgung und erstreckt sich auf Konzepte, Planungen und Maßnahmen, deren Umsetzung sowie Evaluation. Mit dem 2015 in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG – Präventionsgesetz) besteht eine rechtliche Grundlage für die Kooperation von kommunalen Akteur*innen mit Sozialversicherungsträgern und Ländern in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung. Dabei sollen die Krankenkassen mit einem definierten Betrag je Versicherten/Jahr zur Gesundheitsförderung in Lebenswelten auf der Grundlage einer nationalen Präventionsstrategie beitragen und Ziele und Strategien entwickeln (vgl. auch § 20a Sozialgesetzbuch V (SGB V)). Die Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention sollen sozial bedingte Ungleichheiten in den Gesundheitschancen vermindern (Gerlinger 2021). Dies bezieht sich auch auf geschlechterspezifische Aspekte im Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der Primärprävention, siehe § 20 SGB V: „Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechterbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen.“ Altgeld et al. (2017) verweisen auf Sarah Payne, die 2009 drei Strategien zur Verbesserung der Geschlechtergerechtigkeit aufgezeigt hat. Payne differenziert nach regulatorischen Ansätzen (z. B. Gesetzgebung), organisatorischen Ansätzen (z. B. gender impact assessments) und informationellen Ansätzen (z. B. gendersensitive Gesundheitsindikatoren) (Altgeld et al. 2017). Legt man die Differenzierung von Payne zugrunde, bedarf es gesetzlicher und finanzieller Rahmenbedingungen für eine geschlechtergerechte Gesundheitsinfrastruktur, die die genannten Erfordernisse hinsichtlich ihrer organisatorischen Ausgestaltung des Angebots einschließlich von Beratungsleistungen berücksichtigt.

Im Folgenden werden die wichtigsten Formate niedrigschwelliger Gesundheitsinfrastruktur, die potenziell oder explizit auf Geschlechtergerechtigkeit abzielen, vorgestellt und exemplarisch in Exkursen anhand spezifischer Angebote veranschaulicht. Dies sind Familiengesundheitszentren, Angebote für obdachlose Frauen, Stadtteil-/Polikliniken, aufsuchende Gesundheitsversorgung und Gesundheitskioske im Stadtteil und im ländlichen Raum.

4.1 Familiengesundheitszentren

Auf der kommunalen Ebene werden seit einigen Jahren verstärkte Anstrengungen vorgenommen, um lokale gesundheitsbezogene Angebote und Netzwerke zu entwickeln. Bisher erfolgt dies zumeist im Rahmen von (als Projekt geförderten) Modellvorhaben, die jedoch aufgrund dessen nicht dauerhaft etabliert sind. Mit Blick auf Lebensphasen und Lebenswelten richten sich gesundheitsbezogene Beratungs- und Unterstützungsangebote zwar nicht ausschließlich an Frauen, sehen diese aber als entscheidende Adressatinnen, wenn es um die Haushaltsorganisation, Kinderbetreuung und Pflege geht (siehe Kap. 3). Solche Gesundheitszentren sind als niedrigschwellige Angebote zur Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung vor Ort zu verstehen und bestehen in zahlreichen Städten. Sie sollen den Zugang zum Gesundheitswesen verbessern, bieten breite Beratungsleistungen zu physischer und psychischer Gesundheit an und tragen zur Vernetzung lokaler Akteur*innen im Gesundheitsbereich bei.

Exkurs I: GesundheitsPUNKTe in Bremen

Die GesundheitsPUNKTe in Bremen Huchting und Grohn richten sich an Bevölkerungsgruppen mit Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem. Sie werden von der Senatorischen Behörde für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz, also aus Steuermitteln finanziert. Mit Gesundheitsfachkräften im Quartier und den Regionalen Fachkräften für psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stellen sie einen sichtbaren Anlaufpunkt für Bewohner*innen und Gesundheitsakteur*innen dar, der insbesondere die Verzahnung der Bereiche Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung stärken und ausbauen soll. (LVGAFS 2024) Ihre Ziele sind dabei u. a.

- „Stärkung der Gesundheitskompetenz der Klient*innen
- Stärkung des Selbst- und Gesundheitsmanagement der Klient*innen
- Verringerung von Barrieren bei der Inanspruchnahme von Gesundheits- und Sozialleistungen
- Stärkung der Vernetzung in den Bereichen Gesundheitsversorgung, Prävention, Gesundheitsförderung, Soziales und Integration
- Erstellung eines Konzepts zur Weiterentwicklung der GesundheitsPUNKTe sowie zur Übertragung auf andere Stadtteile
- Zusammenführen von verschiedenen Beratungs- und Angebotsstrukturen innerhalb der GesundheitsPUNKTe“ (ebd.)

Sie erweitern die Angebote auf der Basis einer Erhebung des gesundheitlichen Beratungsbedarfs im Quartier, welcher mithilfe des Public Health Action Cycles durchgeführt und mit einem Mapping der gesundheitsbezogenen Angebote visualisiert wird. Die GesundheitsPUNKTe bieten individuelle Gesundheitsberatung und Unterstützung zu gesundheitlichen Fragen und zur Stärkung der Gesundheitskompetenz sowie zur Stärkung des Selbst- und Gesundheitsmanagements an, wie beispielsweise:

- „Gesundheitsförderlicher Lebensstil
- Informationen zu Vorsorgeuntersuchungen
- Vermittlung von Leistungen im Bereich der Prävention/Gesundheitsförderung
- Besprechung von Behandlungsplänen und Übersetzen von Arztbriefen in einfacher Sprache
- Tipps zur Organisation des Medikamentenplans
- Fähigkeitsvermittlung zur Nutzung eines Beipackzettels von Medikamenten
- Schulungen zur Erfassung von Gesundheitsdaten zur Verlaufskontrolle (Blutdruck, Blutzucker, Gewicht usw.)
- Schulungen und Sensibilisierungen zu verschiedenen Erkrankungen (z. B. Kinderkrankheiten, Herz-Kreislauf-Erkrankungen usw.)
- Hilfe beim Ausfüllen von Formularen von z. B. Kranken- und Pflegekassen und Reha“ (ebd.)

Zudem übernehmen sie auch eine Lotsenfunktion im Gesundheitswesen zur Verbesserung des Zugangs zu Angeboten der Gesundheitsförderung, Prävention und -versorgung.

4.2 Gesundheitsbezogene Angebote für obdachlose Frauen

Für wohnungslose, oftmals auch drogensüchtige, nicht krankenversicherte Menschen gibt es nach Geschlecht getrennte regionale bzw. lokale medizinische Versorgungsangebote, die gekoppelt sind mit Körperhygiene und -pflege sowie Nahrungsversorgung und ärztliche Beratung und Versorgung (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2022).

Exkurs II: Frauenzimmer für obdachlose Frauen in Bremen

Für obdachlose Frauen ab 18 Jahre gibt es in Bremen ein ehrenamtliches und spendenfinanziertes von der Inneren Mission getragenes Projekt „Frauenzimmer“ als Tagedstreff. Über lebenspraktische Angebote entstehen Erstkontakte, auf denen dann individuelle Beratungsleistungen aufbauen können (Interview Ulrike Hauffe 2024). Die Angebote umfassen einen täglichen Mittagstisch, eine Kleiderkammer, die Möglichkeit, Wäsche zu waschen, zu duschen und die Nutzung des Internets für die Job- und Wohnungssuche sowie eine einmal wöchentliche ärztliche Sprechstunde und Notversorgung und eine anonyme Beratung durch hauptamtliche Mitarbeiterinnen (Verein für Innere Mission Bremen 2024).

4.3 Polikliniken/Medizinische Versorgungszentren

„Polikliniken sind integrierte medizinische Versorgungseinrichtungen oder ambulante Abteilungen beziehungsweise Institutsambulanzen eines Krankenhauses beziehungsweise einer Universitätsklinik mit zumeist angestellten Ärzten.“ (AOK-Bundesverband 2024) Polikliniken stellten in der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik die Basis der medizinischen Grundversorgung sicher, unterstützt durch Hausärzt*innen, Pädiater*innen und Gynäkolog*innen. Im Einigungsvertrag waren diese Einrichtungen zunächst nur bis 1995 befristet zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. 1993 wurde diese temporäre Zulassung für die damals noch bestehenden wenigen Einrichtungen dauerhaft abgesichert. Die Einrichtung bzw. Zulassung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) 2004 im Rahmen des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) basiert auf dem Konzept der Poliklinik. (ebd.) Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) als Artikelgesetz (BMJ 2021) wurden 2021 die Rechtsgrundlagen der Polikliniken erweitert, indem sie auch neue Arztsitze übernehmen bzw. neue Fachrichtungen integrieren können. Potenziell könnten Polikliniken ein stadtteilbezogenes niedrighschwelliges Angebot darstellen, das auch auf Chancengleichheit und Geschlechtergerechtigkeit abzielt. Dafür müssten versorgungsorientierte Regelungen entwickelt werden (Interview Ulrike Hauffe 2024). Das Beispiel im Exkurs III bildet bisher noch eine Ausnahme.

Exkurs III: Poliklinik, Hamburg

Die Poliklinik Veddel in Hamburg wird getragen von einem Verein in Kooperation mit einer Hausarztpraxis. „Wir sind ein multiprofessionelles Team aus ca. 35 Leuten, u. a. sind die Berufsfelder Soziale Arbeit, Pflege, Medizin, Gesundheitswissenschaften, Jura, Sozialpädagogik und Psychologie bei uns vertreten. Wir sind Teil einer städteübergreifenden Bewegung, dem Poliklinik Syndikat, das mit der herkömmlichen Gesundheitsversorgung unzufrieden ist und konkrete Alternativen entwickelt. In unserer Arbeitsweise setzen wir auf Basisdemokratie, Hierarchiearmut, Beteiligung und kollektive Lösungsstrategien.“ (Poliklinik Veddel 2023) Dieses Konzept kann als ein niedrighschwelliges Angebot verstanden werden, das auf lokale Vernetzung im Stadtquartier setzt und kulturelle, geschlechtliche und sprachliche Diversität berücksichtigt.

Das Konzept der Community Health Nurses könnte einen wichtigen Beitrag zur niedrigschwelligen Gesundheitsversorgung im Primärbereich leisten, wird aber bisher in Deutschland nur sehr vereinzelt umgesetzt. Dabei kann es sich sowohl um Pflegefachkräfte als auch um Fachkräfte aus dem Sozialbereich handeln, die in den Polikliniken, in Gesundheitszentren oder im Quartiersmanagement angesiedelt sein können. Das Konzept ist international, beispielsweise in Österreich und Skandinavien, bereits etabliert. Das Aufgabenspektrum und die Voraussetzungen einschließlich der Qualifikationen sind auf Gesundheitsversorgung und -förderung sowie sozialraumorientierte Unterstützung multiprofessionell mit Pflege- und Public Health-Kompetenzen angelegt. (Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH, vertreten durch den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK Bundesverband e. V. 2018) Nach Einschätzung des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen (WBGU) können marginalisierte Bevölkerungsgruppen aufgrund der kommunalen Verortung von Community Health Nurses und ihres Angebots eines niedrigschwelligen Zugangs zum Gesundheitssystem für alle Bevölkerungsgruppen besonders gut erreicht werden (WBGU 2023: 226). Ebenso unterstreicht die Studie der Robert Bosch Stiftung (2021) die Notwendigkeit multiprofessioneller Strukturen und Zentren für eine zukunfts- und bedarfsorientierte Versorgung der regionalen Bevölkerung unter Einbeziehung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen.

4.4 Aufsuchende Gesundheitsversorgung

Um die Angebote der Gesundheitsversorgung zu kommunizieren und die Zugangsbarrieren zu überwinden, sind aufsuchende Angebote von großer Bedeutung. Bei diesen werden die Menschen in ihrem Zuhause angesprochen und auf entsprechende Beratungsmöglichkeiten aufmerksam gemacht. Sie müssen somit zunächst nicht selbst initiativ werden, sondern erhalten Informationen über mögliche Angebote, um dann aktiv werden zu können. Dies ist besonders für solche Bevölkerungsgruppen relevant, die aufgrund physischer, psychischer oder auch soziokultureller Lebenssituationen zu diesem ersten Schritt nicht in der Lage sind. Aufsuchende Angebote sind insbesondere für Bevölkerungsgruppen mit einem erhöhten Einsamkeitsrisiko (vgl. Kapitel 3.2) wichtig.

Zu den Angeboten aufsuchender Gesundheitsversorgung gehören Hebammenzentren, die es in zahlreichen Städten gibt. Sie begleiten insbesondere werdende und junge Eltern bzw. (alleinerziehende) Mütter, die sozialen bzw. gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind. In dieser sensiblen Lebensphase sind Frauen besonders gut ansprechbar und können ggf. den Grundstein für eine lebenslange Gesundheit legen (Interview Ulrike Hauffe 2024). Entsprechend des deutschlandweiten Systems der Familienhebammen (Jaque-Rodney 2024) orientieren sie sich auf die psychosoziale, medizinische Beratung und Betreuung von vulnerablen Schwangeren und Müttern mit Kleinkindern durch eine aufsuchende Tätigkeit und interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Berufsgruppen. Sie sind eingebunden in ein interdisziplinäres Netzwerk der „Frühen Hilfen“ und begleiten die Frauen als Lotsinnen zwischen dem Sozial- und Gesundheitswesen und weiterführenden Diensten wie Erziehungsberatungsstellen, Schwangerschaftsberatungsstellen, Ärzt*innen und Psycholog*innen sowie dem Jugendamt.

Exkurs IV: Das Programm AGATHE in Thüringen für die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen

Das Programm AGATHE „Älter werden in der Gemeinschaft – Thüringer Initiative gegen Einsamkeit“ vom Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (TMASGFF) wird seit 2021 in derzeit zwölf Landkreisen bzw. kreisfreien Städten umgesetzt. Menschen über 63 Jahre, die allein im eigenen Haushalt leben, werden in diesen Gebieten

von AGATHE-Fachkräften im Rahmen von Hausbesuchen beraten und an Angebote weitervermittelt, durch die sie am Leben in der Gemeinschaft teilnehmen können. Das Programm wird stärker von Frauen als von Männern wahrgenommen. „Durch die bereitgestellten Beratungen und Angebote kann AGATHE einen positiven Einfluss auf das soziale Verhalten und Wohlbefinden der teilnehmenden Senioren nehmen. Das Programm erfährt breite Akzeptanz und Unterstützung von den verschiedenen Personengruppen und trägt zur Stärkung der Vernetzung und Kooperation auf lokaler Ebene bei. Ein bedeutendes Potenzial von AGATHE besteht darin, Strukturen zu identifizieren, die weiterentwickelt werden müssen, um älteren Menschen eine aktive Teilhabe am sozialen Leben zu ermöglichen. Somit kann AGATHE auch als ein wichtiges Instrument für die Sozialplanung fungieren.“ (Blömeke et al. 2024: 49) Gesundheitsversorgung steht bei diesem niedrigschwelligen Programm zunächst nicht im Vordergrund, jedoch werden durch die aufsuchende Beratung physische und psychische Probleme in der individuellen Lebensgestaltung älterer Menschen deutlich, die ansonsten ggf. unbehandelt bleiben würden. Die entstehende Vertrauensbasis eröffnet dann ggf. die Möglichkeit für eine erforderliche Weiterleitung an entsprechende Einrichtungen. In der Evaluation wird auf die Problematik der Finanzierung medizinischer und sozial-räumlich orientierter Angebote als Doppelstrukturen verwiesen (ebd.: 44, vgl. Kapitel 4.6).

4.5 Gesundheitsversorgung im Stadtteil und in der Region

Eine geringe Dichte an Infrastruktur ist in den Randbereichen einer Stadtregion oder im ländlichen Raum mit einer eingeschränkten Erreichbarkeit und einer starken räumlichen Trennung zwischen Arbeits- und Wohnumfeld verbunden. Dies erschwert die gesundheitliche Versorgung, soziale Kommunikation und Teilhabe und reduziert Bewegungsmuster.

Der demographische Wandel bedeutet inzwischen in vielen Regionen in Ost- und Westdeutschland eine große Herausforderung bezüglich der Daseinsvorsorge in ländlichen, aber auch in suburbanen und städtischen (Teil-)Räumen. Standort- und Erreichbarkeitsfragen im Gesundheits- und Pflegebereich müssen gemeinsam betrachtet und mit Formen der Finanzierbarkeit bewertet werden (BBSR 2011: 1). In der räumlichen Planung und der Gesundheitsversorgung werden Qualitätsstandards von Gesundheitseinrichtungen hinsichtlich ihrer medizinischen flächendeckenden Versorgung und ihrer Behandlungsqualität sowie deren Erreichbarkeiten diskutiert. Die Robert Bosch Stiftung geht unter Berücksichtigung von Teilzeitarbeit von einer sinkenden Hausarzttdichte bis zum Jahr 2035 um 9 % auf 57 Hausarzt*innen je 100.000 Einwohner (von 63 im Jahr 2019) aus (Robert Bosch Stiftung 2021: 43). Die unterschiedliche Verteilung von Standorten der jeweiligen Einrichtungen und die daraus resultierenden unterschiedlichen räumlichen Muster der Erreichbarkeitsverhältnisse verweisen insbesondere in dünn besiedelten Regionen auf Versorgungslücken. Dies bezieht sich auf Rettungsdienste und Krankenhausversorgung, die hier jedoch nicht vertieft betrachtet werden.

Für die ländlichen Räume in Deutschland zeigt eine Studie, dass regionale Disparitäten in der Daseinsvorsorge und Infrastruktur von den herangezogenen Indikatoren abhängen, die im Kontext der soziodemografischen und räumlichen Situation betrachtet werden müssen (Küpper/Peters 2019). Danach wird die Hausarzttdichte für den Versorgungsgrad gemessen, bewertet aber nur begrenzt die wohnortnahe Versorgung. Denn der Bedarf hausärztlicher Leistungen ist von unterschiedlichen Faktoren bestimmt, wie der Zahl der Einwohner*innen, ihrer Morbidität und Altersstruktur. Hinzu kommt, dass nur die Anzahl nicht aber die Arbeitszeiten der Hausarzt*innen erfasst werden. Dies vermittelt ein ungenaues

Bild der räumlichen Verteilung in der Fläche. (ebd.: 85 f.) Zur Gewährleistung der hausärztlichen Versorgung ist die Erreichbarkeit für nichtmotorisierte Bevölkerungsgruppen im ländlichen Raum ein zentrales Problem. Der Bevölkerungsrückgang in der Fläche (z. B. vorrangig in ländlichen Räumen Ostdeutschlands) führt zu einer Konzentration von Verwaltungs-, Konsum- und Dienstleistungseinrichtungen in den mittelgroßen Städten mit dem Ziel der Effizienzsteigerung. Es entstehen dadurch jedoch vermehrt verkehrsaufwändigere Strukturen (Wolff et al. 2020) mit längeren Wegen, so dass die Nachfrage der Bevölkerung vor Ort im ländlichen Raum nicht gedeckt werden kann. Zudem verändert sich die Nachfrage nach sozialen, kulturellen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen angesichts zurückgehender und alternder Bevölkerung (Lang/Tenz 2003: 116 ff.).

Um Lücken in der Gesundheitsversorgung zu füllen, wurde für den ländlichen Raum und für benachteiligte urbane Quartiere das Konzept der sog. Gesundheitskioske entwickelt. Diese sollen insbesondere in solchen Quartieren eingerichtet werden, in denen die Bevölkerung aufgrund ihrer sozioökonomischen Lage erschwerte Zugänge zu Angeboten im Gesundheitsbereich hat. Damit zielen sie auf mehr Chancengerechtigkeit im Gesundheitssystem ab, indem sie zum Aufbau von Gesundheitskompetenz und Gesundheitsförderung beitragen. (Köckler et al. 2023: 35 f.) Vor dem Hintergrund von Defiziten in der gesundheitlichen Versorgung in der Fläche hat das Bundesgesundheitsministerium das Konzept der Gesundheitskioske als deutschlandweite neue Beratungsangebote in sozial benachteiligten Regionen entwickelt. Geplant sind langfristig 1.000 solcher Einrichtungen, die als Anlaufstellen überwiegend finanziert von den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen unter kommunaler Beteiligung den Zugang zur Versorgung von Patient*innen mit besonderem Unterstützungsbedarf verbessern und die Versorgung koordinieren sollen. (BMG 2024)

4.5.1 Gesundheitskioske im Stadtteil

Kießling und Foltmann (2023) definieren Gesundheitskioske wie folgt: „Bei Gesundheitskiosken handelt es sich um Einrichtungen, die an gut erreichbarer, zentraler Stelle (z. B. auf dem Marktplatz oder in einer Fußgängerzone) in ausgewählten Wohnvierteln liegen und eine Anlaufstelle für die dortige Bevölkerung darstellen.“ (Kießling/Foltmann 2023: 520) Sie verfolgen einen sozial-räumlichen Ansatz. Ihr Angebot setzt an dem Bedarf im Stadtteil und den Bedürfnissen der Bevölkerung an. Quartiere gelten als Orte der Alltagsbewältigung. Sie sind Orte sozialer Begegnungen, Räume der Sicherheit und Integration sowie der Identifikation. Sie können auch Orte des sozialen Lernens und der normativen Orientierung sein. Ihre infrastrukturelle Ausstattung kann die Alltagsorganisation erleichtern oder erschweren, auch beeinflusst von lokal dominierenden kulturellen Normen und Milieus. (Menzl 2020)

Das Spektrum des Angebots eines Gesundheitskiosks zielt darauf ab, eine Orientierung im Gesundheitssystem zu geben und entsprechende Angebote zu vermitteln. Das Konzept setzt an dem Setting Kommune – in der Stadt und in ländlichen Gebieten – mit den spezifischen vor Ort bestehenden Strukturen und Angeboten an und zielt auf den Zugang zu Gesundheitsversorgung, -prävention und -förderung. Ein Gesundheitskiosk soll als niedrigschwelliges Angebot bestehende Angebote der Gesundheitsversorgung ergänzen (Köckler et al. 2023: 35).

Auf politischer Ebene sollte die gesamte Kette der Gesundheitsversorgung – Beratung, Prävention, Erstversorgung, Behandlung, Rehabilitation – bedacht werden. Dies gilt insbesondere angesichts der Ambulantisierung der Pflege, indem die stationäre Versorgung zugunsten der ambulanten Pflege umgebaut werden soll. Gesundheitskioske können dabei ein wichtiges Glied der Beratung und Koordination darstellen, beispielsweise an der Schnittstelle zwischen hausärztlicher Versorgung und

Krankenhausaufnahme oder auch nach der Entlassung aus dem Krankenhausaufenthalt und der Rehabilitation. (Interview Helmut Hildebrand, Friederike Hesselmann 2024)

Exkurs V: Gesundheitskiosk in Hamburg Billstedt/Horn

Einer der ersten Gesundheitskioske wurde in Hamburg Billstedt/Horn eingerichtet, einem Quartier mit vielen Merkmalen einer sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerung. Dort wurde mit einem partizipativen Ansatz ein integriertes Gesundheitsnetzwerk etabliert, das alle an der Gesundheitsversorgung mitwirkenden Akteur*innen und entsprechende Einrichtungen miteinander verknüpft. Eine Evaluation des Gesundheitskiosks in Hamburg Billstedt/Horn ergibt, dass dessen Beratungs- und Kursangebote weit überwiegend von Frauen in höherem Alter, die im Stadtteil wohnen, genutzt werden. Die gesundheitliche Versorgung wird von den Befragten als zufriedenstellend und verbessert eingeschätzt. (Wild/Schreyögg 2021)

Exkurs VI: Das Gesundheitsnetzwerk in Bochum-Wattenscheid

Die Bevölkerung im Stadtteil Bochum-Wattenscheid weist eine schlechtere gesundheitliche Situation im gesamtstädtischen Vergleich auf und wurde als ein sog. Stadtteil mit besonderem Erneuerungsbedarf für den Einsatz von Städtebauförderungsmitteln ausgewählt. Um die gesundheitliche Lage zu verbessern, wurde vom Quartiersmanagement ein Gesundheitsnetzwerk aufgebaut und begleitet, an dem vielfältige Leistungserbringer*innen beteiligt sind, darunter Schulen, KiTas, Stadtsporthaus und Migrantenselbstorganisationen. Regelmäßig werden Gesundheitswochen und Sozialraumkonferenzen durchgeführt, darunter einmal jährlich explizit zum Thema Gesundheit. Zudem wurde vom Gesundheitsamt ein Verbund aus lokalem Krankenhaus, Ärztenetzwerk, Wohlfahrtsverband und Hochschulen, Quartiersmanagement und Stadtplanungsamt koordiniert und aufgebaut, der den Aufbau eines Gesundheitskiosks einbezieht, dessen Konzeption frühzeitig in der Sozialraumkonferenz mit den Akteur*innen vor Ort beraten wurde. (Köckler et al. 2023: 38 f.)

4.5.2 Gesundheitskioske im ländlichen Raum

Im ländlichen Raum sind die gesundheitlichen Versorgungsdefizite besonders hoch, denn hier besteht einerseits eine hohe Anzahl älterer, chronisch erkrankter und wenig mobiler Menschen, verbunden mit Einsamkeit und defizitärer sozialer Teilhabe und andererseits eine geringere (Fach-)Arztdichte. Unzureichender Öffentlicher Personennahverkehr verschärft die schlechte Erreichbarkeit entfernter Gesundheitseinrichtungen. Hier könnten Gesundheitskioske dem Versorgungsdefizit besonders entgegenkommen:

„DE FACTO GIBT ES BISHER KEINE VERANTWORTLICHE ZUSTÄNDIGKEIT FÜR DIE ORGANISATION UND SICHERUNG DER GESAMTEN GESUNDHEITLICHEN VERSORGUNG AUF DER REGIONALEN EBENE, Z. B. EINES LANDKREISES. EIN GESUNDHEITSKIOSK KANN INSOFERN EINE SICHTBARE AUßENSTELLE DER NEUORGANISATION IM RAHMEN EINER ‚GESUNDHEITSREGION‘ DARSTELLEN UND GLEICHZEITIG ALS EINE KONTAKTSTELLE FÜR ANALOGE WIE DIGITALE VERMITTLUNGS- UND BERATUNGSLEISTUNGEN FUNGIEREN.“ (Zitat Helmut Hildebrandt 2024)

Exkurs VII: Gesundheitskioske in Thüringen

Im Rahmen der Internationalen Bauausstellung Thüringen, die 2023 endete, wurde begonnen, Bushaltestellen in der Region zu dezentralen Gesundheitskiosken zu erweitern (IBA Thüringen 2024). Dazu wurden architektonisch gestaltete Gebäude und Außenräume von PASEL-K Architects aus Berlin als ein sog. Design-Manual mit der Zielsetzung der Wiedererkennung für die maximal 25 qm großen Kioske entworfen. In Verbindung mit dem Programm AGATHE erfolgt die Betreuung in den Gesundheitskiosken, ergänzt um ein telemedizinisches Angebot. Durch Glasfaseranbindung und WLAN wird die Digitalisierung im Dorf verbessert. Weitere Funktionen wie Sitzbänke, Gemeinschaftsbeete oder auch Aufladestationen für E-Bikes sind auf öffentlichen kleinen Plätzen möglich. Telemedizinische Sprechstunden, aber auch Fahrpläne und Dorfnachrichten sind weitere kommunikative Funktionen. Trägerin der Gesundheitskioske ist die 2022 gegründete Gesellschaft Gesundes Landleben. Die Finanzierung erfolgt zum größten Teil aus Landesmitteln. (ebd.)

Als ein Beitrag zur Daseinsvorsorge sind in Thüringen vier Gesundheitskioske (siehe Exkurs VII) entstanden, die eine Vernetzung der medizinischen, therapeutischen, pflegerischen und sozialen Leistungen im Unstrut-Hainich-Kreis in Thüringen unterstützen. In einem Interview bestätigt Christopher Kaufmann, Geschäftsführer Gesundes Landleben GmbH die wichtige Rolle von Vernetzungs- und Informationsangeboten für einen leichteren Zugang zur Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen: „Gesundheitskioske sind soziale Verbindungs- und Informationsstellen. [...] Wir übernehmen die Koordinierung und Abstimmung mit 40 Ärzten in der Region und die Terminvergabe mit Fahrdiensten zu weiter entfernt ansässigen Praxen oder Kliniken. So bieten wir tele-medizinische Videosprechzeiten zur Gesundheitsvorsorge mit der Uniklinik Jena an und bündeln Patientenfahrten zur weiteren diagnostischen Abklärung für Personen ohne eigenes Auto.“ (PKV e. V. 2024) Kaufmann verweist auf die wichtige Schnittstellenfunktion der Gesundheitskioske als einen ersten Zugang zur Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum (ebd.).

4.6 Koordination der Angebote zur gesundheitlichen Chancengerechtigkeit

In verdichteten Agglomerationsräumen oder ländlichen Regionen gilt es, nebeneinander bestehende Angebote für gesundheitliche Chancengerechtigkeit mit Blick auf Effizienz und/oder Versorgung in der Fläche besser zu verknüpfen. Dazu trägt der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit bei, der auf den Sozialraum bezogene Beispiele aus der Praxis für die Gesundheitsförderung in die Öffentlichkeit kommuniziert. Getragen von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und mit insgesamt 75 Kooperationspartnern (u. a. Landesvereinigungen für Gesundheit oder verschiedene gesetzliche Krankenkassen) wird hier nicht nur die Vernetzung, sondern auch der Austausch von Wissenschaft und Praxis mit der Zielsetzung gesundheitlicher Chancengleichheit gefördert. (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2024)

Auf der kommunalen Ebene unterstützen die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) die Gesundheit der Menschen unabhängig von sozialem Status, Nationalität, Alter und Geschlecht ebenfalls. Sie beraten zu Gesundheitsförderung, Netzwerkaktivitäten und Verbreitung von „Good-Practice“. Da die KGC in den Ländern angesiedelt sind, unterscheiden sich ihre Aufgaben und Schwerpunkte je nach Bundesland. Sie werden durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die Länder finanziert. (ebd.)

Die Grenze zwischen der Zuständigkeit der Kommunen und anderer Akteure*innen für den Sozialraum einerseits und der Akteur*innen der GKV verschwimmen in der Praxis, wenn die Funktionen im Lebens- und Aktionsraum der Menschen gebündelt werden (Kießling/Foltmann 2023: 520). Mit Blick auf den Sozialraum herrscht bei den genannten Akteur*innen grundsätzlich Konsens darüber, dass Gesundheitskioske mit ihrem Konzept der Vernetzung und Beratungsleistung für gesundheitliche Versorgung in der Fläche als Konzept eine wichtige Aufgabe übernehmen können. Es gibt jedoch Diskussionspunkte über die Einrichtung von Gesundheitskiosken aus unterschiedlichen Perspektiven. Zum einen werden sie von Interessenvertretungen der Ärzt*innen- und Apotheker*innenschaft als Parallelstrukturen angesehen, an deren Stelle besser bestehende Einrichtungen zur Versorgung gestärkt werden sollten. (DAZ 2023) Des Weiteren ist ihre Finanzierung angesichts ihrer sozial-räumlichen Orientierung strittig, und es wird die Auffassung vertreten, dass gerade der sozial-räumliche Ansatz nicht zu Lasten der Krankenversicherung, sondern steuerfinanziert erfolgen sollte (Interviews Ulrike Hauffe 2024; Mo Urban 2024). Andererseits wird argumentiert, dass die unterschiedlichen Akteurinnen – Kommune, gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und private Krankenversicherung (PKV) – in Verbindung mit einer entsprechenden Aufteilung zwischen Daseinsvorsorge (Finanzierung aus Steuermitteln) und Leistungen der Krankenversicherung (Finanzierung aus Beiträgen der GKV bzw. Prämien der PKV) auch sozial-räumliche Angebote finanzieren sollten (Hildebrandt/Wessels 2023; Interview Heike Köckler 2024).

Auf regionaler Ebene organisieren sich private und öffentliche Akteur*innen zu regionalen Gesundheitsnetzwerken, vielfach mit Modellprojekten, die durch das Bundesland gefördert werden, wie beispielsweise in Niedersachsen. Solche sog. Gesundheitsregionen werden nicht einheitlich definiert. Das Netzwerk Deutsche GesundheitsRegionen (NDGR e. V.) beschreibt diese so: „Gesundheitsregionen sind freiwillige Kooperationsstrukturen von Akteuren aus den verschiedenen Bereichen der Gesundheitswirtschaft. Durch Zusammenarbeit wollen sie ihre Regionen für Gesundheitsinnovationen, Gesundheitsinvestitionen sowie wirkungsstarke vernetzte Versorgungslösungen profilieren und für Medizin- und Gesundheitsarbeitskräfte attraktiv machen.“ (Hilbert et al. 2022: 119) Damit wird die Zielsetzung der Bündelung gesundheitswirtschaftlicher Aktivitäten, das gemeinsame Bestreben um Fachkräftegewinnung und -entwicklung sowie das Gestalten kooperativer Wege, Versorgung für die Bevölkerung zu verbessern, verfolgt.

In Niedersachsen haben sich zahlreiche Gesundheitsregionen unter dem gleichnamigen Landesprogramm etabliert. Als Teil der Daseinsvorsorge erfolgt eine träger- und sektorenübergreifende Kooperation und Vernetzung von Gesundheitsakteuren und weiteren Akteur*innen. Sie entwickeln Strategien, Maßnahmen und Projekte für die Gestaltung von Gesundheit vor Ort. Adressiert werden alle Themen von Prävention bis zur Förderung physischer und psychischer Gesundheit in unterschiedlichen Lebenssituationen und -phasen. Inzwischen wirken 39 der 46 Landkreise und kreisfreien Städte daran mit.

Die Größe der Gesundheitsregionen ist unterschiedlich. So umfasst das Ruhrgebiet mit einem Einzugsbereich von mehr als 5 Millionen Menschen beispielsweise in der dortigen ‚Medecon-Ruhr‘ ca. 200 Unternehmen und Einrichtungen. Demgegenüber umfasst der ‚Gesunde-Werra-Meißner-Kreis‘ nur eine Bevölkerung von etwa 100.000 Menschen, u. a. mit Angeboten einer digitalen Plattform, dem sog. Digitalen Gesundheitslotsen DIGILO. (Köckler et al. 2023: 15) Geschlechtergerechtigkeit als explizites Anliegen wird kaum artikuliert.

4.7 Zwischenfazit

Es wird deutlich, dass es bereits vielfältige Angebote niedrigschwelliger Gesundheitsinfrastruktur gibt, die zur gesundheitlichen Chancengerechtigkeit auf den unterschiedlichen Handlungsebenen beitragen können. Eine Orientierung auf den Sozialraum setzt an den Lebenssituationen von Frauen an und bedarf ihrer Mitwirkung und Partizipation an der sozial-räumlichen Gestaltung ihres Lebensumfelds. Die Berücksichtigung und Ausrichtung auf die Diversität des Adressat*innenkreises und auf spezifische Lebensphasen wie Schwangerschaft und Geburt kann für die Geschlechtergerechtigkeit wirksam werden. Aber auch die spezifischen Lebensmuster von Frauen hinsichtlich der gesundheitlichen Care-Arbeit und insbesondere Pflegeaufgaben sind zu betrachten. Ebenso gilt ein Augenmerk auf ihre Mobilitätsbedingungen im Alltag zu legen.

Dazu zählen die explizit gesundheitsbezogenen Einrichtungen wie Familiengesundheitszentren und Polikliniken, aber auch die Angebote, die implizit an spezifischen Problemlagen ansetzen wie Angebote für obdachlose Frauen. Jedoch sind insbesondere kleinräumige und spezifische, auf bestimmte Bevölkerungsgruppen bezogene Beratungs- und Unterstützungsangebote noch zu wenig differenziert. Dies gilt insbesondere für eine diversitätssensible Unterstützung von migrantischen Personen und Menschen mit Diskriminierungserfahrungen. Verbesserungsbedürftig sind demzufolge entsprechende Datengrundlagen der Bedarfsgruppen einerseits und diversitätssensible Kompetenzen auf Seiten der Einrichtungen andererseits. Daten zu Bedürfnissen und Erfordernissen der heterogenen Bedarfsgruppen liegen unzureichend vor, insbesondere mit Blick auf Geschlechtergerechtigkeit und intersektionale Problemlagen des Zusammenwirkens verschiedener gesellschaftlicher Macht- und Ungleichheitsverhältnisse. Es zeigen sich aber auch Defizite mit Blick auf die Versorgung in der Fläche angesichts der in dieser Hinsicht noch zu harmonisierenden Zuständigkeiten zwischen Gebietskörperschaften und Sozialversicherungsträgern. Während die Kassenärztliche Vereinigung den Auftrag zur Sicherstellung der Versorgung hat, finanziert die GKV die gesundheitlichen Versorgungsleistungen. Damit verbunden sind essenziell die gesetzlichen Grundlagen der Daseinsvorsorge und der Sozialgesetzgebung, insbesondere SGB V. Eine Verschränkung der Finanzierungslogiken ist notwendig (Interview Ulrike Hauffe 2024).

Die stärkere Orientierung auf das Setting Kommune und damit den lebensweltlich geprägten Zugang unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen im Sozialraum zu gesundheitlichen Angeboten als grundgesetzlich verankerte Aufgabe der Daseinsvorsorge wird auch mit juristischer Perspektive gestützt. Diese knüpft an der Notwendigkeit einer dezentralen Versorgung auf kommunaler Ebene an und hebt einen ganzheitlichen und partizipativen Ansatz hervor, der sich in dem Konzept der Community Health Nurses (vgl. Kapitel 4.3) niederschlägt, das unterschiedliche Kompetenzen vereint. (Burgi/Igl 2021: 196). Burgi und Igl schlagen dementsprechend rechtliche Änderungen im SGB V vor, die sich auf die Weiterentwicklung von Medizinischen Versorgungszentren zu Gesundheitszentren beziehen und in kommunaler Trägerschaft liegen sollten. Durch die Community Health Nurses sehen sie daraus nicht nur Synergien im Angebot aus einer Hand erwachsen, sondern auch eine Integration der Tätigkeiten der kommunalen Daseinsvorsorge außerhalb der Sozialversicherung. (ebd.: 199) „Besonders wichtig wären eine Verankerung im jeweiligen Landesgesetz über die Pflege sowie eine Verankerung in den jeweiligen Gesetzen über den Öffentlichen Gesundheitsdienst.“ (ebd.: 199)

5 Raumrelevante Anforderungen an eine geschlechtergerechte niedrigschwellige Gesundheitsversorgung

Place matters for health, und Orte sind nie geschlechtsneutral. Raum hat unterschiedliche Dimensionen und ist als Handlungsraum relational einzuordnen. Seine Inanspruchnahme und Nutzung wird ausgehandelt und spiegelt bestehende politische und sozioökonomische Machtstrukturen wider (Bourdieu 1985: 9 f.). Räume eröffnen Zugänge oder schränken sie ein und damit die Optionen sozialer Teilhabe. Zu betrachten sind im Folgenden der sozial-räumliche Kontext niedrigschwelliger Gesundheitseinrichtungen, insbesondere unter Aspekten der Geschlechtergerechtigkeit, entsprechende räumliche Standortanforderungen, aber auch strategische Ansätze mit ihren räumlichen und organisatorischen Komponenten. Dies erfolgt aus einer interdisziplinären Perspektive von räumlicher Planung und Public Health.

Ein Großteil der Leistungen der sozialen Infrastruktur im Rahmen der Daseinsvorsorge wird von kirchlichen, religiösen und gemeinnützigen Trägern sowie von privaten und zivilgesellschaftlichen Unternehmen erbracht. „Aufgrund der Vorgaben der EU und der realen Entwicklung hat sich [...] das ursprüngliche Paradigma staatlicher Allzuständigkeit für die Angebote an Daseinsvorsorge gewandelt“. (Winkel 2018: 2186) Im sog. Welfare-Mix wird die Produktion, Finanzierung und Regulierung der sozialen Dienstleistungserstellung staatlicher Wohlfahrtsproduktion sowohl von öffentlichen und privaten Trägern als auch von der freien Wohlfahrtspflege und zivilgesellschaftlichen Organisationen, Vereinen, Verbänden etc. getragen (ebd.). Jeweilige Zuständigkeiten spielen angesichts knapper öffentlicher Kassen und privatwirtschaftlicher ökonomischer Tragfähigkeit eine zentrale Rolle. Art und Umfang sowie die Qualität und die Finanzierung der Leistungen und Einrichtungen spiegeln die gesellschaftlichen und ökonomischen Bedingungen und Werthaltungen einer Gesellschaft wider. Die wichtigsten Charakteristika der Leistungen sind die Zugänglichkeit für die Öffentlichkeit und Unternehmen, die Preisgunst, Sicherheit, Dauerhaftigkeit und Nutzenstiftung für die Allgemeinheit. Zu unterscheiden sind bauliche und betriebliche Einrichtungen, Anlagen (z. B. Gebäude, Außengelände) und personelle Ressourcen und Regelungen wie Öffnungszeiten, Zugangsregelungen, Gebühren/Entgelt. (Beckmann 2020: 311 f.)

Seit dem 2015 beschlossenen Präventionsgesetz (siehe Kap. 4) kann Gesundheitsförderung im unmittelbaren Lebensumfeld durch die Zusammenarbeit von Sozialversicherungsträgern, Ländern und Kommunen hinsichtlich gesundheitsbezogener Infrastruktur in der Stadtquartiersentwicklung gestärkt werden (Rauland et al. 2018: 238-251). Standards, Bedarfs- und Planwerte für soziale Infrastrukturen sind meist jedoch nicht in räumlich orientierten Gesetzen oder Leitlinien enthalten. Die fachlichen ressortbezogenen Vorgaben (SGB V, Krankenversicherung, Sportförderungsgesetze, Schulentwicklungsplan) bestimmen die Angemessenheit der Versorgung und die Erfordernisse für die Bereitstellung des infrastrukturenspezifischen Angebots. Raumbezogene Aspekte werden meist weniger einbezogen (Fischer 2020: 142), allerdings sind die jeweilige spezifische Situation und die örtlichen Gegebenheiten bei der Entscheidung zur (Über-)Planung der Angebote der Daseinsvorsorge im Rahmen eines integrierenden Ansatzes zu berücksichtigen (Winkel 1993; BMVI 2015). Die zunehmende Digitalisierung kann die Ausrichtung von Konzepten und Modellen bei der Bereitstellung von sozialen Dienstleistungen, vor allem in den Bereichen der Kommunikation, Bildung oder Gesundheitsversorgung unterstützen (Buck et al. 2020: 11 f.).

5.1 Standortanforderungen im Rahmen von Public Health

Damit soziale Infrastruktur einen Beitrag zur Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Lebensumfeldes leisten kann, sollten die Einrichtungen an zentralen, mit ÖPNV sowie zu Fuß und mit Fahrrad gut erreichbaren Standorten vorgesehen werden. Ausreichende und gestaltete Grün- und Freiräume sollten die sozialen Einrichtungen rahmen. Multifunktionale, flexible Nutzungs- und Gestaltungsoptionen sollten heutigen oder zukünftigen Ansprüchen gerecht werden können. (Baumgart/Rüdiger 2022: 156 f.) Eine zentrale Lage im Stadtteil, Quartier und in der Kleinstadt sowie im Dorf ermöglicht eine gute Erreichbarkeit ohne zeitliche und finanzielle Ressourcen. So können die Angebote mit Alltagswegen verknüpft und bei Bedarf zeitlich flexibel ohne Termin wahrgenommen werden (Bildung von Wegeketten). Das bedeutet auch, dass die Angebote öffentlich wahrnehmbar sind. Es kann jedoch ebenso erfordern, dass es Orte, Räume und Zugänge gibt, die aus Gründen des Schutzes vor Diskriminierung bis zu Gewalt möglichst weniger einsehbar und gar nicht öffentlich kommuniziert werden, wie dies beispielsweise bei Frauenhäusern etabliert ist. Bei von Diskriminierung betroffenen Bevölkerungsgruppen wie LGBTQIA+ ist dies ggf. in manchen sozial-räumlichen Kontexten auch erforderlich.

Eine nahräumlich, flexibel auf unterschiedliche Anforderungen ausgerichtete Gesundheitsinfrastruktur erhöht die Chancen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und -vorsorge in Verbindung mit einer Stärkung und Empowerment bzw. Selbstverantwortung benachteiligter Bevölkerungsgruppen. Dass Standards für eine geschlechtergerechte Gestaltung Medizinischer Versorgungs- (MVZ) und Gesundheitszentren in Quartieren mit einer hohen sozioökonomischen Benachteiligung fehlen, konstatiert Urban (2023).

Krisenhafte Situationen wie Extremwetterereignisse, Pandemien sowie Terroranschläge und Krieg drohen inzwischen auch in Deutschland. Angestrebt wird das Leitbild einer resilienten Stadt, die widerstandsfähig, robust und anpassungsfähig auf solche Herausforderungen reagieren kann. (BMI 2021: 6 f.) So gilt auch für soziale Infrastruktur grundsätzlich, dass eine Operationalisierung der resilienten, also anpassungsfähigen Stadt mit Blick auf Potenziale in Form von Ressourcen und Konnektivität sowie Strukturmerkmalen zu entwickeln ist. Übergeordnete Kriterien, die sich aus dem Leitbild einer auf Resilienz zielenden Stadt ableiten lassen, gelten auch lokal für soziale Infrastruktur:

- Redundanz – im Sinne von Puffern und Reservekapazitäten
- Vielfalt und Diversität in ökologischen, sozialen und ökonomischen Strukturen
- Widerstandsfähigkeit mit Blick auf physische Robustheit des Gebäudebestands
- Verlässlichkeit im Sinne von Funktionssicherheit der einzelnen Komponenten (Fekkak et al. 2016: 11-13)

Bricht man dies auf soziale Infrastruktur herunter, bedeutet es für die Angebote, dass sie räumlich in gemischt genutzten städtischen Räumen angesiedelt sein bzw. zur Nutzungsmischung beitragen sollten und ihre Funktionsfähigkeit auch in Krisen wie beispielsweise einer Pandemie gesichert sein muss.

5.2 Strategische Bausteine zum Aufbau einer niedrigschwelligen geschlechtergerechten Gesundheitsversorgung

Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung, insbesondere solche, die sich auf den Sozialraum orientieren, sollten Menschen und ihre Diversität respektieren und anerkennen und weitergehend Prozessen der Diskriminierung und Benachteiligung entgegenwirken. Es gilt, Strategien für die Etablierung niedrigschwelliger Gesundheitsversorgung entsprechend der Erfordernisse für eine diversitätssensible und intersektionalitätsinformierte Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung in ihrem spezifischen jeweiligen Kontext partizipativ zu konzipieren. Mit unterschiedlichen Formen der Partizipation können nicht nur Informationen über die jeweilige Community im Quartier gewonnen werden, sondern dies kann auch zum Empowerment Einzelner (z. B. wenn sie zu Multiplikator*innen werden) oder auch der Community als Ganzes führen. Im Folgenden werden dazu einige partizipative Methoden der Erhebung sozialraum- und planungsrelevanter Daten für Gesundheit vorgestellt.

5.2.1 Sozialraumrelevante Datengrundlagen

Bisher werden gesundheitsrelevante Daten in der Stadtplanung, im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) oder im statistischen Amt weder umfassend systematisch erfasst und dokumentiert noch in geregelten Verfahren der räumlichen Planung zur Verfügung gestellt. Für eine Integration von Gesundheit und gesundheitlicher Chancengerechtigkeit in räumlichen Konzepten und Planungen und als Grundlage für eine ressortübergreifende Zusammenarbeit im Sinne eines Health Equity in All Policies-Ansatzes in den Kommunen bedarf es somit der Zusammenführung von unterschiedlichen Datenbeständen. So sollten sozialraumrelevante Daten mit planungsbezogenen Daten verknüpft und spezifisch erhoben werden, um Bedarfe aufzunehmen. Dazu eignen sich zunächst die Gesundheitsberichterstattung als gesetzlich geregelte Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Fachplan Gesundheit, aber auch z. B. der StadtRaumMonitor oder Community Mapping als ergänzende Instrumente.

Gesundheitsberichterstattung/Fachplan Gesundheit: Es bedarf konkreter Erkenntnisse über vulnerable Gruppen auf kommunaler und regionaler Ebene auf Basis entsprechender Datengrundlagen. Während die Gesundheitsberichterstattung auf Bundes- und Länderebene vor allem auf statistischen Daten des Gesundheitssystems, soweit zugänglich, und eigenen Studien (insbesondere des Robert Koch-Instituts) beruht und etabliert ist, gilt dies für die kommunale Gesundheitsberichterstattung als Aufgabe der Unteren Gesundheitsbehörde auf kommunaler Ebene noch nicht in dem Maße. Die Umsetzung erfolgt je nach gesetzlicher Grundlage in dem jeweiligen Bundesland und orientiert sich an den örtlichen Gegebenheiten. Dies hängt auch von der jeweiligen gesundheitswissenschaftlichen Expertise vor Ort ab. Die Möglichkeiten für Geschlechtersensibilität und Abbildung gesellschaftlicher Vielfalt durch die Gesundheitsberichterstattung hängen wesentlich von den herangezogenen Datengrundlagen ab (Pöge et al. 2019: 52 f.). Die Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung – Leitlinien und Empfehlungen 2.0 bietet fachliche Orientierung und Handlungshilfe. Es werden Vergleiche zwischen Geschlechtergruppen sowie von Differenzen innerhalb der Geschlechtergruppen und die Berücksichtigung gesellschaftlicher und politischer Rahmenbedingungen bei der Interpretation von Geschlechterunterschieden empfohlen. (Starke et al. 2019: 6 f.) In den letzten Jahren wurden darüber hinaus Instrumente zur Erhebung geschlechtlicher Vielfalt in Gesundheitsstudien entwickelt und erprobt (Pöge et al. 2022; DIVERGesTOOL-Projektgruppe 2023). Zudem hat sich in manchen Bundesländern das Instrument der Gesundheitsberichterstattung strategisch erweitert, beispielsweise in Nordrhein-Westfalen. Hier wurde das Instrument eines Gesundheitsfachplans der Unteren Gesundheitsbehörden auf Landkreisebene bzw. auf der Ebene der kreisfreien Städte als zuständige Projektträger entwickelt und mit sozialen Daten aus verschiedenen Ressorts sowie Informationen der kommunalen Gesundheitsberichterstattung gearbeitet.

Solche Fachpläne, deren Erstellung sich über Pilotvorhaben und einzelne Fachpläne noch nicht verstetigt hat, streben an, sich auf vulnerable Teilgruppen der Gesellschaft zu fokussieren, allerdings bisher noch wenig grundlegend mit Blick auf Geschlechterverhältnisse. „Für den öffentlichen Gesundheitsdienst schließt der Fachplan eine bestehende instrumentelle Lücke und fördert damit nicht nur die Interessensvertretung gesundheitlicher Belange gegenüber der räumlichen Planung, sondern leistet auch einen Beitrag zu dem längst überfälligen Innovationsschub im Gesundheitswesen.“ (Baumgart/Dilger 2018: 210)

Ein Fachplan ist gekennzeichnet durch

- Raumbezug: im Hinblick auf eine fachgerechte, planmäßige und konsistente Einbringung von Gesundheitsbelangen in räumliche Planungsverfahren,
- Überlagerung/Anschlussfähigkeit: Grundkartensatz (etwa die topografische Karte) mit einer weiteren Karte in Bezug auf kartografische Darstellungen gesundheitsrelevanter Belange (etwa der Karte mit der räumlichen Verteilung von Einrichtungen mit Gesundheitsdienstleistungen),
- Rückkopplung: mit vorhandenen Strukturen, z. B. mit kommunalen Produktplänen als Finanzierungsgrundlage für Aufgaben des kommunalen Gesundheitsdienstes,
- Wirkung nach außen zur Kommunikation in die Öffentlichkeit.

Auf Grundlage der Analyse sektor- und ressortübergreifender Gesundheitsbelange werden in Fachplänen Interventionsziele und Entwicklungspotenziale formuliert sowie systematisch aufbereitet und visualisiert. (ebd.)

StadtRaumMonitor: In Ergänzung der Datengrundlagen aus den statistischen Ämtern auf regionaler oder kommunaler Ebene und den Berichten der Ressorts (u. a. Soziales/Gemeinwesen, Gesundheit) gibt es inzwischen vielfältige partizipativ angelegte Instrumente. Eines ist der kostenlos anwendbare StadtRaumMonitor in Form eines Gesprächsleitfadens, mit dem Menschen ihre Umgebung, das Lebensumfeld im Quartier hinsichtlich der Stärken und Problemfelder in Bezug auf gesundheitsrelevante Aspekte bewerten können. In dem derzeit bereitgestellten Fragebogen wird Geschlecht erhoben mit den Kategorien weiblich, männlich, offenes Textfeld. (BZgA 2024)

Community Mapping: Gemeinsame (Stadtteil-)Spaziergänge mit Bewohner*innen durch die Nachbarschaft greifen deren Sichtweisen auf ihren Lebensraum ebenso auf wie ein Community Mapping, bei dem die Bevölkerung ihre Nachbarschaft auf der Grundlage einer Karte aus subjektiver Perspektive einzeichnet (kognitive Karte, Mental Map) oder auch Photovoice, bei der die Bewohner*innen eigene Fotos von problematischen oder Wohlfühl-Orten mitbringen. World Cafés und Fokusgruppengespräche vor Ort sind ebenso geeignet wie die teilnehmende Beobachtung, um lebensweltliche Praxis zu diskutieren oder durch eigene unmittelbare Wahrnehmung aufzunehmen. (Köckler 2019) Diese, hier nur ausgewählt angerissenen Methoden zur Erfassung gesundheitsrelevanter Aspekte sind in der stadtplanerischen Praxis der Quartiersplanung noch vergleichsweise wenig etabliert, jedoch erforderlich, um Art und Ausrichtung von Einrichtungen niedrigschwelliger Gesundheitsversorgung zu planen.

5.2.2 Nutzungskopplungen

Angebote der niedrigschwelligen Gesundheitsinfrastruktur können durch weitere Nutzungsangebote potenziell gestärkt werden und damit vielfältige lokale Bedarfe abdecken. Dies gilt sowohl im urbanen Raum in benachteiligten Quartieren als auch in ländlichen Räumen. Dies kann im Rahmen von Bildungslandschaften, Präventionsketten und -netzwerken, Dritten Orten oder Sozialen Orten erfolgen.

Bildungslandschaften: Die Schaffung von Bildungsräumen als außerschulische Lernorte, die funktional und räumlich in das Quartier eingebettet sind, kann nicht nur die Bildungschancen von Kindern und Jugendlichen verbessern, sondern auch ein essenzieller Bestandteil von Armutsbekämpfung sein. Im Rahmen von Präventionsketten (siehe im Folgenden), können damit nachteilige Wirkungen und Folgen von Kinderarmut und Folgekosten von Kinder- und Jugendarmut für die Kommunen gesenkt werden. Denn sie tragen dazu bei, Problemlagen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen frühzeitig zu erkennen. (Million et al. 2017: 27)

Präventionsketten und -netzwerke: Als Teil der kommunalen Daseinsvorsorge umfassen Präventionsketten integrierte kommunale, aufeinander abgestimmte Gesamtstrategien zum Aufbau fördernder und unterstützender Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention mit der Zielsetzung, ein Netzwerk zur Unterstützung, Beratung und Förderung unter Beteiligung von Kindern, Jugendlichen und Familien auf kommunaler Ebene zu entwickeln (Richter-Kornweitz et al. 2023). Eine systematische Entwicklung von Präventionsketten kann durch aufsuchende und multiple Beratungsangebote alle Lebensphasen mit biografischen Übergängen begleiten und auf der Ebene des Stadtteils und Quartiers zu Präventionsnetzen erweitert werden (Baumgart 2024). Anforderungen an Geschlechtergerechtigkeit können in den Lebensphasen mit Blick auf Gesundheit sehr unterschiedlich ausgeprägt sein und erfordern differenzierte Strategien für junge Menschen in Abhängigkeit ihres Alters und ihrer familiären und sozial-räumlichen Einbindung.

Dritte Orte: Dieses Konzept richtet sich vor allem an urbane mobile Lebensmuster von Menschen, für die öffentliche und halböffentliche Räume als sog. Dritte Orte der Begegnung (Oldenburg 1999) an Bedeutung gewonnen haben. Individualisierung und Mobilität schlagen sich in einer flexiblen und mobilen Alltagsgestaltung nieder. Dies gilt nicht nur für Arbeiten, Essen oder Wäschewaschen, die an vielen Orten außerhalb der Wohnung stattfinden können. Die Wohnung als privater Rückzugsort ist nach wie vor wichtig, allerdings gilt das für Wohnsituationen in benachteiligten Quartieren mit engen Lebensverhältnissen in überbelegten Wohnungen nur begrenzt. Die Auslagerung häuslicher Servicefunktionen kann auch in der Verfügbarkeit räumlicher und finanzieller Ressourcen liegen. Hier ist die Mobilität selbst innerhalb des Stadtquartiers aufgrund mangelnder finanzieller Ressourcen oder Sprachbarrieren oftmals gering. Unter Bezugnahme auf amerikanische Städte beschreibt Oldenburg folgende Merkmale für diese Orte: Man kann kommen und gehen (auf neutralem Boden), sie sind inklusiv und zugänglich ohne soziale Differenzierung, es sind vertraute Orte des Austauschs und gut erreichbar, unabhängig von der Uhrzeit ohne aufwändiges Erscheinungsbild, geprägt von Akzeptanz und Zugewandtheit. (ebd.) Vor diesem Hintergrund sind zentral gelegene, gut erreichbare Infrastrukturangebote in benachteiligten urbanen Quartieren besonders wichtig, denn sie richten sich tendenziell gegen Vereinzelung und Isolation vor allem jüngerer Bevölkerungsgruppen und setzen an funktionalen haushaltsbezogenen Defiziten an. Eine räumliche und organisatorische Verknüpfung mit Angeboten zur Gesundheitsversorgung und -förderung bietet sich hier an.

Soziale Orte in urbanen und ländlichen Räumen: Dieses von Jens Kersten, Claudia Neu und Berthold Vogel entwickelte Konzept strebt an, die sozialstrukturelle und räumliche Spaltung unserer Gesellschaft in den ländlichen Räumen zu verringern. Es ist also in erster Linie sozial orientiert und setzt an lokalem Engagement an. Dazu werden Räume, aber auch lokale Akteursgruppen als geeignet angesehen, um mit räumlicher Nähe Kommunikation, Austausch und Kooperation unterschiedliche Ressourcen zu befördern. Die Akteur*innen können sowohl aus der lokalen Verwaltung als auch aus der Zivilgesellschaft sowie der regionalen Wirtschaft entstammen. Mit niedrigschwelligem Zugang für eine Teilnahme und Mitwirkung tragen sie potenziell zum gesellschaftlichen Zusammenhalt bei. Als Soziale Orte werden beispielsweise

ehrenamtlich betriebene Dorfläden, kulturelle Vereine oder auch selbstorganisierte Mobilitätsangebote wie ein Bürgerbus gesehen. (Kersten et al. 2022: 121 f.) Auch niedrighschwellige Gesundheitsinfrastruktur könnte hier eine initiative Aufgabe gerade angesichts des Ärztemangels auf dem Land sein. Das Konzept der Sozialen Orte erscheint sehr gut geeignet, um diese Aufgabe im Rahmen der Daseinsvorsorge zu erfüllen und ein Ort der sozialen Innovation zu werden, der wiederum beispielgebend für andere Regionen sein kann. Dazu ist eine Verstetigung der Angebote wichtig, die bei einer erfolgreichen Evaluation über die Projektförderung hinausgehen sollte, wie im Folgenden betont wird. „Entscheidend ist, dass Soziale Orte keine einmaligen Projekte sind, sondern nachhaltige Prozesse, die viele Akteure (Bürgerschaft, Verwaltung, Unternehmen) an sich binden und immer wieder neue Aktivitäten generieren. Funktionierende Soziale Orte werden so selbst zu wichtigen lokalen Gelegenheitsstrukturen, die Teilhabemöglichkeiten anbieten.“ (Neu 2022: 47 f.)

Exkurs VII: Stiftung Landleben

Ein gutes Beispiel ist die Gründung der Stiftung „Landleben“ in Thüringen, bei der die Gemeinde Grundstücke im Gemeindeeigentum als Gründungskapital eingebracht hat. Hier entstand Wohnraum mit sozialverträglichen Mieten, da man Bankkredite auf die Grundstücke aufnehmen konnte. (Kaufmann 2022)

5.3 Städtebauliche Instrumente zur strategischen Unterstützung

Die Nutzungsstruktur und die Standorte von Versorgungsangeboten und sozialer Infrastruktur, aber auch Arbeitsstätten können die Alltagsbewältigung unterstützen oder behindern (Baumgart/Rüdiger 2022: 74, 157). Städtebauliche Konzepte, Planungen und Maßnahmen sind grundsätzlich gut geeignet, Strategien für eine geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und deren niedrighschwellige Einrichtungen zu unterstützen (vgl. hier und im Folgenden Baumgart/Rüdiger 2022: 89 f.). Denn mit ihren Instrumenten bereiten sie städtebaulich Standorte für solche Einrichtungen vor und gestalten planerische Verwaltungs- und vor allem Partizipationsverfahren. Und schließlich verfügen sie über finanzielle Instrumente, die die Entwicklung dieser Konzepte und die Umsetzung von Maßnahmen unterstützen und damit auch die Akteur*innen unterschiedlicher Ressorts zusammenführen.

Als Instrumente der Bauleitplanung als sog. allgemeines Städtebaurecht sind zunächst der Flächennutzungsplan (FNP) und der Bebauungsplan, auch in Verbindung mit städtebaulichen Verträgen zu nennen (Baumgart/Rüdiger 2022: 195f). Im sog. besonderen Städtebaurecht können sie vor allem in den Programmen der Städtebauförderung mit dem Stadtumbau, den integrierten städtebaulichen Entwicklungskonzepten (ISEK) und der Sozialen Stadt sozial-räumliche Defizite identifizieren und verbessern.

Flächennutzungsplan: Grundlegend für die städtebauliche Entwicklung einer Gemeinde ist der Flächennutzungsplan (Baugesetzbuch (BauGB) §§ 1-7). Er ist ein zentrales Instrument zur ortsspezifischen Umsetzung der Grundprinzipien einer nachhaltigen und resilienten Stadt mit ihren Stadtteilen und Quartieren. Auf Ebene des FNP kann die Ausstattung des Gemeindegebiets u. a. mit sozialer Infrastruktur mit Angeboten der Kultur und der Bildung, der Pflege und Betreuung sowie Sport und Freizeit planerisch verortet werden. Es handelt sich hier in erster Linie um Angebote in Form von Einrichtungen, die alle gesundheitsrelevant sind. Meist werden aufgrund der fehlenden Parzellenschärfe nur größere Einrichtungen wie z. B. Krankenhäuser, Kliniken, Reha-Einrichtungen oder Sportstadien als punktuelle Symbol-Darstellungen im FNP vorgenommen. Diese sind vor allem im Hinblick auf Verkehr/

Erreichbarkeit, Tourismus und Wirtschaftsförderung relevant, weisen aber bezogen auf soziale Teilhabe und Integration eine hohe Bedeutung auf.

Mit Blick auf resiliente räumliche und soziale Strukturen ist Diversität der Siedlungsstruktur, also eine angemessene städtebauliche Dichte im Wechsel zwischen Infrastruktur, Gebäuden und Freiräumen bzw. Grünbereichen eine wichtige Voraussetzung nicht nur für ein angenehmes Stadtklima, sondern auch für gesunde Lebensverhältnisse. Wie bereits angesprochen, zielt das Leitbild einer resilienten Stadt auf die Vermeidung monostruktureller städtebaulicher Entwicklungen, um durch redundante, im Sinne zusätzlicher Ressourcen, die Funktionsfähigkeit des Gesamtsystems auch dann aufrechtzuerhalten, wenn einzelne Teile vorübergehend ausfallen (Greiving 2018: 2065). Dies gilt beispielsweise für Versorgungsangebote im Quartier wie Einzelhandel, Dienstleistungen, aber auch Grün- und Freiflächen.

Bebauungsplan: Zur rechtlichen Absicherung eines Projektes oder einer Planung dient der Bebauungsplan (BauGB § 30). Seine Festsetzungen bestimmen die Größe und Ausstattung sowie den Nutzungscharakter des öffentlichen Raums, u. a. mit Standorten für soziale Infrastruktur im Rahmen von Nutzungsmischung. Es gibt unterschiedliche Formen von Bebauungsplänen, darunter den vorhabenbezogenen Bebauungsplan, der mit einem städtebaulichen Vertrag als ein konsensuales Steuerungsinstrument ergänzt wird. (Baumgart/Rüdiger 2022: 212)

Städtebaulicher Vertrag: Im Gegensatz zu hoheitlichen Bebauungsplänen werden die Vorhabenträger/ Erschließungsträger über einen städtebaulichen Vertrag in die Aufgabenerfüllung und Umsetzung des Projektes/Planes einbezogen. Dazu können auch gesundheitsfördernde vertragliche Regelungen zur Übernahme von Kosten durch den Investor gehören. Allerdings ist entscheidend, dass Kosten oder sonstige Aufwendungen der Gemeinde für städtebauliche Maßnahmen entstehen oder entstanden sind und diese unmittelbar mit dem geplanten Vorhaben verbunden sind. Beispielsweise werden meist durch die Errichtung von Wohnungen zusätzliche Kindertagesstätten- und Grundschulplätze, Sport- und Spielplätze, Mobilitätsstationen, Haltestellen etc. zur Bedarfsdeckung benötigt. Im Rahmen vertraglicher Regelungen kann der Vorhabenträger entsprechend § 11 Abs. 1 Ziffer 3 BauGB bis zu 100 % an den Kosten der Errichtung beteiligt werden. Dies könnte in Verbindung mit der Kopplung unterschiedlicher Nutzungen mit Gesundheitseinrichtungen ggf. Wege für eine anteilige Finanzierung aufzeigen. Diese Planungsinstrumente beziehen sich auf das allgemeine Städtebaurecht, das in erster Linie auf Neuplanungen ausgerichtet ist. (Baumgart/Rüdiger 2022: 245)

Stadtumbau: Bei der Einrichtung sozialer gesundheitsbezogener Infrastruktur liegt der Fokus auf bereits bestehenden benachteiligten Stadtquartieren. Der städtebauliche Vertrag bietet umfangreiche Kooperationsmöglichkeiten mit privaten oder juristischen Personen auch im Kontext des Besonderen Städtebaurechts, z. B. beim Stadtumbau. Dieses Instrument ist besonders geeignet für die Ansiedlung sozialer Infrastruktur. Hier steht der städtebauliche Bestand mit seinen Stadtteilen und Quartieren im Fokus, der durch diese Instrumente weiterentwickelt und qualifiziert werden soll. Das Besondere Städtebaurecht geht auf das Städtebauförderungsgesetz (StBauFG) von 1971 zurück, welches die erste rechtliche und fördertechnische Grundlage für die Stadtsanierung und -erneuerung darstellte. Im Städtebauförderungsgesetz wurde die Basis für die hoheitliche Veranlassung und Steuerung sowie die öffentliche Finanzierung der Investitionen des Bundes bzw. die Finanzhilfen des Bundes an die Länder geschaffen (Schmitt/Schröteler-von Brandt 2016: 30f). Diese Grundlagen finden sich auch heute noch im Besonderen Städtebaurecht und seinen damit verbundenen Förderprogrammen. Die Programme der Städtebauförderung umfassen vielfältige Maßnahmen mit gesundheitsförderlicher Relevanz (siehe

Abb. 2), die auch implizit Zielsetzungen für mehr Geschlechtergerechtigkeit umfassen (können). (Baumgart/Rüdiger 2022: 310f)

Rahmenprogramm der Städtebauförderung 2020		
Lebendige Zentren – Erhalt und Entwicklung der Stadt- und Ortskerne (vorher Aktive Stadt- u. Ortsteilzentren)	Sozialer Zusammenhalt – Zusammenleben im Quartier gemeinsam gestalten (vorher Soziale Stadt)	Wachstum und nachhaltige Erneuerung – Lebenswerte Quartiere gestalten (vorher Stadtumbau)
Lebendige Zentren und Ortskerne stärken und stabilisieren. Baukulturelles Erbe und historische Ensembles erhalten.	Sozialer Zusammenhalt in Quartieren mit besonderem Entwicklungsbedarf durch städtebauliche Maßnahmen fördern.	Wachstum und nachhaltige Erneuerung in Gebieten, die von erheblichen städtebaulichen Funktionsverlusten und Strukturveränderungen betroffen sind, fördern.
<i>In 2020: 300 Mio. Euro</i>	<i>In 2020: 200 Mio. Euro</i>	<i>In 2020: 290 Mio. Euro</i>
Städtebaulicher Denkmalschutz ist als Querschnittsaufgabe in allen drei Programmen verankert.		
Maßnahmen mit hoher gesundheitsförderlicher Relevanz: Klimaanpassungsmaßnahmen, Maßnahmen zur Aufwertung des öffentlichen Raumes und des Wohnumfeldes, Schaffung/ Erhalt oder Erweiterung von Grünflächen und Freiräumen, Maßnahmen zur Sicherung der Daseinsvorsorge (inklusive gesundheitlicher Versorgungsangebote), Maßnahmen der Barrierearmut/-freiheit, Maßnahmen zum Einsatz digitaler Technologien (u.a. auch Telemedizin und Telepflege), Verbesserung kinder-, familien- und altengerechter sowie sonstiger sozialer Infrastrukturen, Stärkung der Bildungschancen, Maßnahmen zur Verbesserung der Umweltgerechtigkeit...		

Abbildung 2: Programme der Städtebauförderung 2020 und Maßnahmen mit gesundheitlicher Relevanz/© Baumgart/Rüdiger 2022: 290)

Integriertes Städtebauliches Entwicklungskonzept (ISEK): Für Gesundheitseinrichtungen besonders interessant ist das Instrument des integrierten städtebaulichen Entwicklungskonzepts (ISEK), das sowohl in den Vorschriften zu Stadtumbau (§ 171 b BauGB) und Soziale Stadt (§ 171 e BauGB) als auch in allen Programmen der Städtebauförderung verankert ist. Das ISEK ist in hohem Maße partizipativ angelegt und kann thematische oder räumliche Handlungsschwerpunkte strategisch erarbeiten. Es kann für mehrere Programme genutzt werden und Anliegen einer niedrigschwelligen Gesundheitsversorgung instrumentell unterstützen. (Baumgart/Rüdiger 2022: 291 f.)

Quartiere des Stadtumbaus finden sich in Innenstädten und Ortskernen, überwiegend in Wohnsiedlungen aus der Vor- und Nachkriegszeit und auf Brachflächen. Funktionsverluste verweisen auf strukturelle Problembereiche vieler Stadtumbaugebiete, die eine besondere Affinität zu Gesundheit und Sicherheit und damit Lebensqualität der Menschen aufweisen, die in diesen Gebieten leben und arbeiten. Zu diesen Problembereichen zählen:

- Leerstand von Gebäuden und ungenutzten Flächen
- Mangel an bezahlbarem und angemessenem Wohnraum
- mangelnde Standortqualitäten (Stigmatisierung von Quartieren)
- Mehrfachbelastungen (vor allem Luft-, Lärm- und thermische Belastung (Stressoren))
- unzureichende Grünflächenversorgung (Ressource)
- Ausdünnung von Einkaufsmöglichkeiten und Gesundheitsversorgungseinrichtungen
- Unsicherheitsgefühl und eine wachsende Kriminalitätsfurcht

Im ISEK mit seinem integrierten Ansatz sollen relevante Aktivitäten und Planungen, ggf. auch Ressourcen gebündelt und private und öffentliche Akteur*innen vernetzt werden. Ein Quartiersmanagement als Koordinierungsstelle vor Ort, vor allem in Programmgebieten der Sozialen Stadt, übernimmt die Steuerungsaufgaben im Rahmen des ISEK-Prozesses. Es berät und unterstützt die Beteiligten vor Ort und ist nah an der Bevölkerung im Sozialraum. Aufbauend auf den Analysen beschreibt das ISEK integrierte Stärken und

Schwächen in dem jeweiligen Stadtteil bzw. Quartier. Entscheidend ist die Abgrenzung dieser Gebiete, da dies den Einsatz von Finanzmitteln des Städtebaus räumlich definiert. Vor allem für Programmgebiete der Sozialen Stadt hat sich ein Zugang zur Gebietsfestlegung über im gesamtstädtischen Vergleich benachteiligte städtische Sozialräume etabliert. „Neben professionellen Akteuren (wie beispielsweise dem Umwelt- und Gesundheitsamt [...] sollte vor allem auch die lokale Bevölkerung in die Gebietsabgrenzung einbezogen werden. Stadtplanung kann von innovativen und partizipativen Methoden zur Entscheidungsunterstützung bei der Gebietsabgrenzung Gebrauch machen.“ (Sieber 2017: 313)

Soziale Stadt: Nach vielen Jahrzehnten des Einsatzes des besonderen Städtebaurechts sind vor allem die Maßnahmen des Städtebauförderungsprogramms der „Sozialen Stadt“ geeignet, eine Integration von Gesundheits- und Umweltbelangen in Verbindung mit den sozialen Lebenswelten zu erreichen. Gemäß § 171 e (2) BauGB dienen die städtebaulichen Maßnahmen der Sozialen Stadt der „Stabilisierung und Aufwertung von durch soziale Missstände benachteiligten Ortsteilen oder anderen Teilen des Gemeindegebiets, in denen ein besonderer Entwicklungsbedarf besteht. Soziale Missstände liegen insbesondere vor, wenn ein Gebiet auf Grund der Zusammensetzung und wirtschaftlichen Situation der darin lebenden und arbeitenden Menschen erheblich benachteiligt ist. Ein besonderer Entwicklungsbedarf kann sich ergeben, wenn es sich um benachteiligte innerstädtische oder innenstadtnah gelegene Gebiete oder verdichtete Wohn- und Mischgebiete handelt, in denen es einer aufeinander abgestimmten Bündelung von investiven und sonstigen Maßnahmen bedarf.“ (§ 171 e BauGB; Baumgart/Rüdiger 2022: 318 f.)

Aufgrund der Verknüpfung vielfältiger Themenfelder bietet die Soziale Stadt viele Potenziale für die Integration gesundheitlicher Belange, definiert aber auch komplexe administrative Schnittstellen zwischen Ressorts, Planungsinstrumenten und Planverfahren. Sie bietet somit nicht nur Ansatzpunkte für die Umsetzung des normativen Leitbildes der Umweltgerechtigkeit (Bolte et al. 2012), sondern knüpft auch an den Capability-Approach von Sen und Nussbaum (vgl. Sieber 2017) an. Dieses mehrdimensionale Konzept, das auf die Befähigung und den Anspruch aller Menschen auf Verwirklichung von Wohlbefinden abzielt, bietet einen normativen Rahmen für die Bewertung des individuellen Wohlergehens sowie der sozialen und institutionellen Bedingungen, um den Wandel von Politik und Gesellschaft zu gestalten; beide Konzepte – das Leitbild der Umweltgerechtigkeit und der Capability-Approach als Befähigungsanspruch – eignen sich für die Erklärung mehrdimensionaler Ungleichheiten (ebd.: 34).

Exkurs VIII: Wohnen in Nachbarschaften (WiN)

Seit 1998 gibt es in Bremen als kommunales Handlungsprogramm „Wohnen in Nachbarschaften (WiN) – Stadtteile für die Zukunft entwickeln“, um einer zunehmenden Spaltung der städtischen Gesellschaft entgegenzuwirken. Mit der Bündelung personeller und finanzieller Ressourcen im Rahmen einer integrierten Stadtentwicklungspolitik sollen die Wohn- und Lebensbedingungen in benachteiligten Quartieren unter aktiver Mitgestaltung der Bewohnerschaft und lokaler Akteur*innen verbessert werden. (Die Senatorin für Bau, Mobilität und Stadtentwicklung 2024) Einrichtungen zur niedrigschwelligen Gesundheitsversorgung in Bremen sind oftmals hier verortet (Interviews Ulrike Hauffe 2024; Mo Urban 2024).

5.4 Akteurskonstellationen

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist ein zentraler Akteur von Public Health, der sich für die Gesundheit aller und damit für gesundheitliche Chancengerechtigkeit einsetzt (Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), GMK 2018). Er nimmt gesundheitsrelevante Belange im Sinne von Public Health auf kommunaler Ebene wahr, repräsentiert durch die Untere Gesundheitsbehörde (Gesundheitsamt). In der Mehrzahl der ÖGD-Gesetze wird die Problematik benachteiligender Lebensbedingungen thematisiert, allerdings bestehen Unterschiede zwischen den Bundesländern hinsichtlich der Aufgabenzuweisung für Prävention und Gesundheitsförderung, auch in der Umsetzung des Präventionsgesetzes.

Ziele, Aufgaben und Struktur des ÖGD sind in den jeweiligen Gesundheitsdienstgesetzen der Länder geregelt (Deutscher Bundestag 2015). Schwerpunkte liegen u. a. auf dem Gesundheitsschutz (einschließlich akuter Gefahrenabwehr), der Beratung und Information, der Gesundheitsförderung und Prävention, niedrigschwelligen Angeboten und aufsuchenden Gesundheitshilfen sowie der Koordination, Kommunikation und Politikberatung (z. B. Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitskonferenzen). Zum Ziel der Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten in Quartieren trägt der ÖGD mit seiner Einbindung in kommunalen Strukturen als ein „gemeindeorientierter Akteur der Gesundheitsförderung“ (Quilling et al. 2024) bei. Mit dieser Aufgabenzuweisung ist er ein entscheidender Akteur bei der Entwicklung niedrigschwelliger Gesundheitsinfrastruktur.

Neben einer sektoralen Entwicklungsplanung wie Kita- oder Schulentwicklungsplanung ist vor allem in Gebieten der Stadterneuerung eine integrierte und strategische Sozialplanung von Bedeutung, insbesondere wenn es um die Bewältigung des Alltags in krisenhaften Situationen geht. In die integrierten städtebaulichen Entwicklungskonzepte, die unter Beteiligung der Bürger*innen erarbeitet werden und gesundheitsrelevante Ziele und Maßnahmen enthalten können, müssen die Informationsgrundlagen aus den Fachplanungen und aus den Beteiligungsprozessen einfließen. Hier sind die Akteur*innen aus den betreffenden Ressorts wie der Jugend- oder Sozialhilfeplanung, Teilhabeplanung und Bildungschancen, Senioren- und Altenhilfeplanung einzubinden. Mit ihren jeweiligen Kompetenzen und Perspektiven können sie potenziell einen wichtigen Beitrag zu sozialer Sicherung, Gesundheit auch im Rahmen der Sozialen Stadt oder punktuell auch der Stadtentwicklung leisten. Auch der Fachplan Gesundheit zielt als Instrument auf die Stärkung und fachliche Unterstützung der Gesundheitsbehörden für die Mitwirkung an räumlich relevanten Planungsprozessen.

Zentrale Strategie muss es sein, Bündnispartner*innen zu suchen, Argumentationslinien aufzubauen, mit denen die kommunale Politik überzeugt werden kann, und bei dem Aufbau von Einrichtungen in Entwicklungsstufen zu denken und zu planen. Ein erster Baustein eines Beratungsangebots, beispielsweise für schwangere Frauen (siehe Kapitel 4.1 und 4.4), kann schrittweise um weitere Funktionen angereichert oder bestehende soziale oder Bildungseinrichtungen um solche Funktionen erweitert werden.

5.5 Zwischenfazit

Der zentrale Akteur – der Öffentliche Gesundheitsdienst – braucht starke Partnerschaften und Kooperationen, um die Anliegen von mehr Lebensqualität und gesundheitlicher Chancengerechtigkeit sozial-räumlich und geschlechtergerecht umzusetzen. Die städtebauliche Planung verfügt über entsprechende Instrumente, die zwar ihre Grenzen hinsichtlich ihres gesetzlichen Mandats haben, aber

ebenfalls gesundheitliche Chancengerechtigkeit unterstützen können. Eine gute Voraussetzung dafür ist eine qualifizierte Gesundheitsberichterstattung in Verbindung mit einem Fachplan Gesundheit und verbesserte Zusammenarbeit der Ressorts, insbesondere Stadt- und Sozialplanung. Dies betrifft den Austausch ihrer Datengrundlagen ebenso wie die Dialogfähigkeit und -bereitschaft hinsichtlich ihrer jeweiligen institutionellen Rahmenbedingungen und darauf basierenden Handlungslogiken.

6 Zusammenfassung und Fazit

Diese Expertise ist aus gesundheits- und raumwissenschaftlicher Perspektiven verfasst, verbunden mit den praktischen Erfahrungen in der inter- und transdisziplinären Bearbeitung urbaner Themen. Dies schlägt sich in der Literaturrecherche ebenso nieder wie in den Interviews mit Expert*innen aus Wissenschaft und Praxis beider Disziplinen.

6.1 Zusammenfassende Antworten auf die gestellten Fragen

Im Folgenden werden die an die Expertise gestellten Fragen zusammenfassend unter Verweis auf die entsprechenden Kapitel beantwortet.

Wie kann eine niedrigschwellige Gesundheitsinfrastruktur Geschlechtergerechtigkeit in der sozial-ökologischen Transformation fördern?

Gesundheit gehört zu den menschlichen Grundrechten und ist umfassend als Wohlbefinden unter Einbeziehung der physischen und psychischen Dimensionen sowie der sozialen und individuellen Ressourcen anzustreben. Eine sozial-ökologische Transformation zielt auf Nachhaltigkeit ab und bedarf des gleichberechtigten Zusammenwirkens aller gesellschaftlichen Kräfte. Diese politische Vereinbarung wurde global in den 17 Nachhaltigkeitszielen der Vereinten Nationen getroffen; sie muss nun in den Ländern umgesetzt werden. Nachhaltigkeit erfordert auch resiliente gesellschaftliche und räumliche Strukturen, die auf Robustheit und Anpassungsfähigkeit abzielen, um damit die Daseinsvorsorge der Bevölkerung angesichts der multiplen Krisen zu sichern.

Im Sinne des Konzepts von „Health in All Policies“ sind alle Handlungsfelder auf allen räumlichen Ebenen adressiert, vor allem aber die Nachhaltigkeitsziele 3, 5, 10 und 11. Im Rahmen der Daseinsvorsorge erfordern soziale Teilhabe und Chancengerechtigkeit einen niedrigschwelligen Zugang zu Einrichtungen der Gesundheitsinfrastruktur, der die Diversität der Bevölkerung berücksichtigt und Gleichberechtigung aller Geschlechter beinhaltet. Mit der Fokussierung der Stadtplanung in Kooperation mit Public Health auf die Lebensbedingungen benachteiligter Bevölkerungsgruppen und die Verbesserung ihrer Teilhabe an der Gestaltung und Verbesserung ihrer Lebensbedingungen kann ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu Prozess- und Verteilungsgerechtigkeit im Rahmen der sozial-ökologischen Transformation getan werden.

Eine niedrigschwellige Gesundheitsinfrastruktur umfasst eine sozial-räumliche Orientierung, die eine geschlechtergerechte soziale Teilhabe an der Gesundheitsversorgung unmittelbar vor Ort ohne zeitliche, organisatorische, finanzielle und räumliche Barrieren sicherstellt. Dies gilt auch angesichts der Auswirkungen von klimawandelbedingten Extremwetterereignissen sowie mikroklimatischen Belastungen und der Dynamik ökologischer Veränderungen (vgl. Planetary Health Konzept). Kenntnis und Verständnis räumlicher und institutioneller Kontexte erhöht die Kompetenzen und Eigenverantwortung der Menschen bei der mitwirkenden Gestaltung ihrer Lebensumwelt. Dies ist ein wesentlicher Beitrag für eine gelingende sozial-ökologische Transformation auf lokaler Ebene. (siehe Kapitel 2)

Welche Bedarfe für und Anforderungen an eine geschlechtergerechte niedrigschwellige Gesundheitsinfrastruktur gibt es?

Um die Eignung von niedrigschwelliger Gesundheitsinfrastruktur einzuschätzen, wurde zunächst eine Betrachtung der Vulnerabilitäten von Bevölkerungsgruppen mit Blick auf die Chancengerechtigkeit aller Geschlechtergruppen in der Gesundheitsversorgung vorgenommen. Als unterschiedliche Ausprägungen wurden eine ökonomische und sozial-räumliche Benachteiligung, Einsamkeit und Isolation, eine fehlende Krankenversicherung in Deutschland, mangelnde Systemkenntnis des Gesundheitswesens in Deutschland, Sprachbarrieren und sonstige Hindernisse sowie Diskriminierungserfahrungen differenziert. Es wird deutlich, dass vielfältige Zugangsbarrieren bestehen, sich überlagern und oftmals auch gegenseitig verstärken. Es bedarf somit eines genauen Blicks sowohl auf die spezifischen Bedürfnisse wie auch auf die Teilhabe- und Zugangschancen bestimmter Bevölkerungsgruppen in ihrem jeweiligen Kontext. Jedoch wird mehrfach darauf hingewiesen, dass Forschungen mit einem intersektionalen Ansatz, also einer genaueren wissenschaftlichen Untersuchung der Zusammenhänge von Benachteiligungs- und Diskriminierungsprozessen und deren Wechselwirkungen, bisher weitgehend fehlen. Zu untersuchen sind die Lebensmuster der unterschiedlichen Personengruppen und der sozialen, gesundheitlichen und räumlichen Barrieren für eine selbstbestimmte Lebensgestaltung in allen Dimensionen. Dies umfasst auch Fragestellungen zu den räumlichen Bedingungen in den urbanen Stadtteilen und Quartieren, aber auch in den ländlichen Räumen. (siehe Kapitel 3)

Welche Einrichtungen einer niedrigschwelligen Gesundheitsinfrastruktur – in urbanen Quartieren und in ländlichen Räumen – gibt es und wie gut sind sie geeignet, Gesundheitsförderung, Prävention und -kompetenz sowie soziale Teilhabe unter Genderaspekten zu fördern?

Niedrigschwellige Gesundheitsinfrastruktur wird zusammengefasst charakterisiert durch eine gute Erreichbarkeit vor Ort mit Angeboten, die den Bedarfen und Bedürfnissen der Bevölkerung vor Ort entsprechen und die flexibel und möglichst kostenfrei in Anspruch genommen werden können. Dies bedarf der Entwicklung von Angeboten gemeinsam mit der lokalen Bevölkerung. Es bestehen unterschiedliche Formate niedrigschwelliger Gesundheitsinfrastruktur in städtischen Quartieren und in ländlichen Räumen, die unter Einbeziehung von Geschlechtergerechtigkeit betrachtet wurden. Dies gilt für den Adressat*innenkreis der Einrichtungen, die Berücksichtigung der spezifischen Lebensverhältnisse von Frauen (Schwangerschaft/Geburt, Pflege und insgesamt die Verantwortung für Care-Arbeit) als heterogene Bevölkerungsgruppe (Sozioökonomische und kulturelle Bedingungen, Bildungs- und Sprachkompetenzen verbunden mit Systemwissen im Gesundheitsbereich). Dazu gehören Familiengesundheitszentren, gesundheitsbezogene Angebote für obdachlose Frauen, Polikliniken bzw. Medizinische Versorgungszentren, aufsuchende Gesundheitsversorgung, Gesundheitsversorgung im Stadtteil und in der Region mit Gesundheitskiosken im Stadtteil und im ländlichen Raum sowie die Koordination der Angebote zur gesundheitlichen Chancengleichheit.

Diese Formate sind grundsätzlich dazu geeignet, die Gesundheitsversorgung benachteiligter Bevölkerungsgruppen in der Fläche zu verbessern, wenn sie an den jeweiligen sozial-räumlichen Bedingungen der Menschen mit ihren Problemlagen ansetzen. Im urbanen Kontext sind sie an sozialen Brennpunkten mit hohem Problemdruck angesiedelt. Im ländlichen Raum füllen sie Versorgungslücken bei den Bedürfnissen der Bevölkerung in der Region. Festzuhalten ist allerdings, dass manche der Angebote bisher nur als Modellvorhaben öffentlich gefördert werden und somit zeitlich befristet sind.

Jedoch kann es bei der Finanzierung von Projekten, die einerseits Sozialraumorientierung und andererseits die gesundheitliche Versorgung vereinen zu Problemen kommen, wie sich dies aktuell bei den Gesundheitskiosken zeigt. Denn die gesundheitliche Versorgung ist eine Aufgabe der gesetzlichen

Krankenversicherung mit den Beiträgen ihrer Versicherten. Demgegenüber ist die Fokussierung auf benachteiligte Stadtquartiere und ihre Bevölkerung eine gemeinschaftliche Aufgabe im Rahmen der Daseinsvorsorge und demzufolge der öffentlichen Hand mit einer Finanzierung aus Steuermitteln.

Unstrittig ist aus der sozial-räumlichen Perspektive von Public Health und räumlicher Planung, dass es dieser Angebote grundsätzlich bedarf und dass die bestehenden Angebote in Art und Umfang ausgeweitet werden sollten, da sie Versorgungslücken füllen, für die derzeit keine Zuständigkeiten zugeordnet sind. Eine Anerkennung von Diversität in ihren zahlreichen Facetten ist erforderlich angesichts der soziodemografischen Vielfalt und heterogenen Lebensmuster der Bevölkerung. Jedoch ist die Verknüpfung von staatlichen Aufgaben der Gesundheitsversorgung mit kommunalen Aufgaben im Rahmen ihrer verfassungsrechtlichen Selbstverwaltungsgarantie und mit Blick auf die Verantwortung für die Daseinsvorsorge im SGB V neu zu regeln. Die Argumentation von Burgi und Igl (2021) hält dazu wichtige Ansatzpunkte aus juristischer Perspektive bereit. (siehe Kapitel 4)

Welche Standortanforderungen und Nutzungskopplungen sind für Einrichtungen der niedrigschwelligen Gesundheitsversorgung räumlich und organisatorisch relevant, insbesondere um bisher benachteiligten Geschlechtergruppen den Zugang zu ermöglichen? Dabei sollen auch Mobilitätsaspekte einbezogen werden.

Gesundheitsversorgung als soziale Infrastruktur dient der Lebensqualität und dem Wohlbefinden der Bevölkerung. Raumbezogene Anforderungen an eine geschlechtergerechte niedrigschwellige Gesundheitsversorgung beinhalten, dass die Einrichtungen an zentralen, kosten- und zeitlich günstig erreichbaren Standorten vorgesehen werden. Mit Blick auf knappe Ressourcen bei der Verknüpfung von Erwerbs- und Care-Arbeit, die insbesondere von Frauen geleistet wird, sind multifunktionale und flexible Nutzungs- und Gestaltungsoptionen im Tagesablauf hilfreich, wie beispielsweise durch Wegeketten und das Aufsuchen von Gesundheitseinrichtungen im Rahmen der Alltagsziele. Dazu sind die Mobilitätsoptionen von Frauen in ihren jeweiligen Lebenslagen genauer zu betrachten, denn ihre komplexen Mobilitätsanforderungen sind auf ein funktionierendes multimodales Verkehrssystem angewiesen, das diese Wegeketten ressourcenschonend ermöglicht. Auch hier spielen die jeweiligen ethnisch-kulturellen Erfahrungen, ihre Kompetenzen (z. B. beim Fahrradfahren) und nicht zuletzt körperliche Konstitutionen sowie finanzielle und zeitliche Ressourcen eine wichtige Rolle.

Zur Ermittlung geeigneter, in den Alltag integrierbarer Standorte bedarf es sozialraumrelevanter Datengrundlagen verschiedener Ressorts wie vor allem der Stadt- und Umweltplanung, der Sozial-/Gemeinwesenarbeit, des Öffentlichen Gesundheitsdiensts und der Amtlichen Statistik. Oftmals liegen die Daten vor, sind aber derzeit noch zu wenig verknüpft. Geeignet sind dafür die Verwaltungsverfahren der räumlichen Planung (Bauleitplanung, Städtebauförderung, insbesondere das integrierte städtebauliche Entwicklungskonzept), für die gesetzliche Mindestanforderungen an eine Beteiligung von Behörden und der Öffentlichkeit bestehen. Hier könnten entsprechende sozial-räumliche Standards für die zu berücksichtigenden Datengrundlagen, insbesondere im Bereich des besonderen Städtebaurechts, das sich mit den Städtebauförderungsprogrammen auf die Quartiere im städtebaulichen Bestand bezieht, entwickelt werden. Grundsätzlich gilt, die Fachämter nicht aus ihrer Verantwortung zu entlassen.

Niedrigschwellige Gesundheitsinfrastruktur kann durch weitere Nutzungen gestärkt werden, insbesondere wenn diese an den Problemlagen vor Ort ansetzen. Geschlechtergerechtigkeit kann als Querschnittsaufgabe befördert werden, wenn frühzeitig Genderaspekte intersektionalitätsinformiert aus unterschiedlichen professionellen Perspektiven in die Verwaltungsroutinen einfließen. Gender-Kompetenzen sind bei der Besetzung von Personalstellen zu fördern. Von den vor Ort Tätigen im

Quartiersmanagement, in der Gemeinwesenarbeit sowie in der Sozialplanung sollten sie durch Weiter- und Fortbildungsangebote ausgebaut werden. Zudem ist die Einbeziehung von lebensweltlich kompetenten Expert*innen, die in den Quartieren wohnen und/oder arbeiten mit ihren jeweiligen Kenntnissen und Erfahrungen zu erproben und ggf. zu etablieren.

Als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gilt es, den Blick auf unterschiedliche Ausprägungen von Geschlechterverhältnissen, Diversität und Prozessen der Diskriminierung zu schärfen. Dies kann frühzeitig an schulischen und außerschulischen Standorten im Rahmen der Entwicklung von Bildungslandschaften ebenso erfolgen wie bei der Weiterentwicklung der Präventionsketten zur Begleitung von Kindern und Jugendlichen im Rahmen von Präventionsnetzwerken vor Ort für bessere sozial-räumliche und raumstrukturelle Lebenswelten und eine lebenslange Gesundheitskompetenz. Es bedarf zudem Standards für eine geschlechtergerechte Gestaltung medizinischer Versorgungseinrichtungen.

Das Konzept der Sozialen Orte und Dritten Orte mit der (schrittweisen) Kopplung von Nutzungen mit unterschiedlichen Funktionen ist ein zukunftsfähiger Ansatz zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung. Er verweist auch auf veränderte Organisationsformen und neue Konzepte in der Leistungserbringung mit innovativen Konzepten der Finanzierung, die nur langfristig mit einer Änderung der institutionellen Rahmenbedingungen, insbesondere der gesetzlichen Grundlagen (siehe Ausführungen zu SGB V), einhergehen können. (siehe Kapitel 5.1 und 5.2)

Mit welchen Ansätzen kann der Aufbau einer niedrigschwelligen geschlechtergerechten Gesundheitsversorgung verfolgt werden? Dabei soll eine nahräumlich orientierte Raumplanung, die ressourcenschonend agiert, unter Einbeziehung vorhandener Angebote zugrunde gelegt werden.

Die Nutzungsstruktur und die Standorte von Versorgungsangeboten und sozialer Infrastruktur in einer Gemeinde können die Alltagsbewältigung unterstützen oder behindern. Dies ist besonders für die komplexe Struktur von Erwerbs- und Care-Arbeit, die nach wie vor überwiegend von Frauen geleistet wird, von zentraler Bedeutung. Strategien für eine geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und deren niedrigschwellige Einrichtungen sollten dahingehend unterstützt werden, dass von Seiten der Stadtplanung städtebauliche Konzepte, Planungen und Maßnahmen erarbeitet werden, die diese Funktionen in ein integriertes städtebauliches Entwicklungskonzept unter Einbeziehung von Public Health mit Standorten und funktionalen Verknüpfungen anbieten. Nicht zuletzt sind auch die Finanzmittel der Städtebauförderung für die Stadterneuerung (vor allem Stadtumbau, Soziale Stadt) dabei eine strategische Unterstützung.

Analog zu den Maßnahmen zur Verbesserung der Umweltgerechtigkeit, die als Begriff erstmalig 2016 in die Verwaltungsvereinbarung zur Städtebauförderung über die Gewährung von Finanzhilfen des Bundes an die Länder nach Artikel 104 b des Grundgesetzes zur Förderung städtebaulicher Maßnahmen aufgenommen wurde, könnte Geschlechtergerechtigkeit aus Intersektionalitätsperspektive ebenfalls explizit adressiert werden. (siehe Kapitel 5.3)

Welche raumbezogenen Maßnahmen und Akteur*innen sind für den Aufbau einer geschlechtergerechten niedrigschwelligen Gesundheitsinfrastruktur bedeutsam?

Der Öffentliche Gesundheitsdienst hat mit der städtebaulichen Planung eine Akteurskonstellation mit entsprechenden Instrumenten, um die Anliegen von mehr Lebensqualität und gesundheitliche Chancengerechtigkeit sozial-räumlich und geschlechtergerecht umzusetzen. Neben einer qualifizierten Gesundheitsberichterstattung in Verbindung mit einem Fachplan Gesundheit bedarf es einer verbesserten

Zusammenarbeit der Ressorts, insbesondere Stadt- und Sozialplanung. Dies betrifft den Austausch ihrer Datengrundlagen ebenso wie die Dialogbereitschaft hinsichtlich ihrer jeweiligen institutionellen Handlungslogiken. Dies umfasst dann auch eine Mitwirkung der entsprechenden Fachressorts wie die Sozialplanung und der Öffentliche Gesundheitsdienst an den Planungsverfahren. Als verbindliche Aufgabe müsste dies u. a. in den Gesetzen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes der Bundesländer aufgenommen und dafür die finanziellen Ressourcen bereitgestellt werden.

Den sprachlichen und räumlichen Barrieren zu begegnen, bedeutet zunächst, diese zu kennen und wahrzunehmen. Dies kann durch eine aktivierende Ansprache unterschiedlicher Communities lokal erfolgen. Sozial-räumliche Daten- und Kartengrundlagen sollten zu den bisherigen Planungserhebungen als Standard vorgegeben werden. Dies bedarf der Zusammenführung bzw. Erhebung von Daten zur Verbesserung der Datengrundlagen, der Erhöhung der Kompetenzen in der Sozialplanung, der Zusammenarbeit mit Public Health und räumlicher Planung sowie insgesamt der Kooperation der Fachressorts. (siehe Kapitel 5.4)

6.2 Fazit

Niedrigschwellige Gesundheitsangebote adressieren viele unterschiedliche sozial benachteiligte bzw. diskriminierte Bevölkerungsgruppen. Hierbei muss die Kategorie Geschlecht in ihrer Vielfalt und Verwobenheit mit anderen Differenzkategorien verstanden werden. Es geht aus einer Intersektionalitätsperspektive um das Zusammenwirken verschiedener gesellschaftlicher Macht- und Ungleichheitsverhältnisse, die zu Benachteiligungen u. a. in der Gesundheitsversorgung führen.

Städtebauliche Konzepte und Planungen im baulichen Bestand sollten Geschlecht und Diversität im Sozialraum entsprechend der jeweiligen Community berücksichtigen und die Daten aus den Fachressorts (Gesundheit, Bildung, Gemeinwesen) dafür abrufen. Bei unzureichender Datenlage in Bezug auf relevante Geschlechterdimensionen und geschlechtliche Vielfalt sind neue Daten zu erheben bzw. weitere Datenquellen zu erschließen. Für die Zukunftsfähigkeit von Quartieren ist Wohnungsbau mit bezahlbaren Mieten an passenden Standorten mit passender Infrastruktur eine wichtige Zielsetzung. Die Einbeziehung der Community-diversen Expertise als Agenten des Wandels in Richtung einer sozial-ökologischen Transformation trägt essenziell dazu bei, soziale Ungleichheiten abzubauen.

Es bedarf weiterer umfassender Forschung zu Versorgungsfragen angesichts einer diversen Gesellschaft, insbesondere mit Blick auf Geschlechtergerechtigkeit, beispielsweise:

- Spezifische räumliche und organisatorische Anforderungen diverser Bedarfsgruppen aus einer Gender- und Intersektionalitätsperspektive an niedrigschwelliger Gesundheitsversorgung im lebensweltlichen Kontext, beispielsweise als kooperative Forschung von Public Health, Raumwissenschaften und Stadtsoziologie,
- Stärkere Verknüpfung von Public Health-Forschung mit sozialwissenschaftlicher Forschung zu Einsamkeit und sozialer Isolation,
- Räumlich orientierte Studien zu Intersektionalität und Mehrfachdiskriminierung,
- Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung Auswertung von Daten mit Blick auf spezifische kleinräumige Lebenswelten und Erschließen neuer Datenquellen einschließlich partizipativer Erhebungen,

-
- Ausgestaltung, Organisation, Finanzierung und Evaluation von spezifischen Angeboten der Nutzungskopplung von Angeboten der Gesundheitsversorgung im sozial-räumlichen kommunalen Kontext,
 - Implementation und Auswertung von Pilotprojekten Community-diverser Angebote für niedrigschwellige Gesundheitsversorgung.

"QUITE SIMPLY, IF RESEARCH IS NOT GENDER SENSITIVE THEN IT IS NOT GOOD RESEARCH AND IF POLICIES DO NOT TAKE GENDER DIFFERENCES INTO ACCOUNT THEN THEY WILL MOST PROBABLY PERPETUATE INEQUALITIES RATHER THAN ADDRESS THEM SUCCESSFULLY." (Kickbusch 2007: S3)

Literaturverzeichnis

Abubakar, Ibrahim/Gram, Lu/Lasoye, Sarah/Achiume, E. Tendayi/Becares, Laia/Bola, Gurpreet K./Dhairyawar, Rageshri/Lasco, Gideon/McKee, Martin/Paradies, Yin/Sabharwal, Nidhi S./Selvarajah, Sujitha/Shannon, Geordan/Devakuma, Delan (2022): Confronting the Consequences of Racism, Xenophobia, and Discrimination on Health and Health-Care Systems. In: *The Lancet* 400, S. 2137–2146.

Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH, vertreten durch den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK Bundesverband e. V. (Hg.) (2018): *Community Health Nursing in Deutschland. Konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum*, Berlin, <https://www.dbfk.de/media/docs/CHN/Broschuere-Community-Health-Nursing-09-2019.pdf>.

Altgeld, Thomas/Maschewsky-Schneider, Ulrike/Köster, Monika (2017): *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming*. In: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*, <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i022-1.0>.

Altgeld, Thomas (2022): *Diversity und Diversity-Management / Vielfalt gestalten*. In: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*, <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i127-2.0>.

Amoah, Stephen/Barounga, Abdel/Hingst, Esther/M'Bayo, Rosaline/Tella, Comfort/Yapha, Moro/Nariman, Petra (2023): *Empowerment als Ablenkungsmanöver*. In: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V. (Hg.): *impulse für Gesundheitsförderung* 120, Hannover, S. 14–15.

ADS – Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2023): *Jahresbericht 2022*, Berlin, https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Jahresberichte/2022.pdf?__blob=publicationFile&v=9.

Antonovsky, Aaron (1997): *Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit*, Tübingen: Dgvt-Verlag.

AOK-Bundesverband (2024): *Lexikon. Poliklinik*, <https://www.aok.de/pp/lexikon/poliklinik>.

Bartig, Susanne/Bug, Marleen/Koschollek, Carmen/Kajikhina, Katja/Blume, Miriam/Siegert, Manuel/Heidemann, Christin/Walther, Lena/Neuhauser, Hannelore/Hövener, Claudia (2023): *Gesundheit von Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten in Deutschland: Prävalenzen nichtübertragbarer Erkrankungen und damit assoziierte soziale sowie migrationsbezogene Faktoren*. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 66, S. 1071–1082, <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03767-4>.

Barton, Hugh/Grant, Marcus (2006): *A Health Map for the Local Human Habitat*. In: *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 126 (6), S. 252–261.

Baumgart, Sabine (2024): Gesundheit in Bildungslandschaften – eine stadtplanerische Perspektive. In: Dexheimer, Andreas/Rothballer, Marc (Hg.): Jugendhilfe 1, München: Wolters Kluwer Verlag, S. 54–62.

Baumgart, Sabine/Dilger, Ulrich (2018): Fachplan Gesundheit. In: Baumgart, Sabine/Köckler, Heike/Ritzinger, Anne/Rüdiger, Andrea (Hg.): Planung für gesundheitsfördernde Städte. Forschungsberichte der ARL 08, Hannover, S. 200–212, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0156-08537>.

Baumgart, Sabine/Köckler, Heike/Ritzinger, Anne/Rüdiger, Andrea (2018): Planung für gesundheitsfördernde Städte. In: ARL (Hg.): Forschungsband 08, Hannover: Verlag der ARL – Akademie für Raumforschung und Landesplanung.

Baumgart, Sabine/Rüdiger, Andrea (2022): Gesundheit in der Stadtplanung. Instrumente, Verfahren, Methoden, München: Oekom Verlag.

Bauriedl, Sybille/Held, Martin/Kopp, Cordula (2021): Große Transformation zur Nachhaltigkeit – Konzeptionelle Grundlagen und Herausforderungen. In: Hofmeister, Sabine/Warner, Barbara/Ott, Zora (Hg.): Nachhaltige Raumentwicklung für die große Transformation – Herausforderungen, Barrieren und Perspektiven für Raumwissenschaften und Raumplanung. Forschungsberichte der ARL 15, Hannover, S. 23, <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0156-10109>.

BBSR – Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Hg.) (2011): Bildung, Gesundheit, Pflege – Auswirkungen des demographischen Wandels auf die soziale Infrastruktur. In: BBSR-Berichte KOMPAKT 11, Bonn, https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/veroeffentlichungen/berichte-kompakt/2011/DL_11_2011.pdf;jsessionid=5184CE745A4F6FC78EBC5FA7F6A4D7AF.live11294?__blob=publicationFile&v=1.

BBSR – Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Hg.) (2012): Raumordnungsbericht 2011, Bonn, https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/veroeffentlichungen/sonderveroeffentlichungen/2012/DL_R OB2011.pdf;jsessionid=7CEF163860F8C3007D0DA024DEDDAADB.live11311?__blob=publicationFile&v=1.

BBSR – Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Hg.) (2015): Gender-Index revisited. In: BBSR-Analysen KOMPAKT 8, Bonn, https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/veroeffentlichungen/analysen-kompakt/2015/DL_08_2015.pdf?__blob=publicationFile&v=1.

Bechert, Susanne/Holthaus-Hesse, Elisabeth/Lehmann, Sina/Rockel, Angela/Mezger, Nikolaus/Kantelhardt, Eva/Hasenburg, Annette/Schleußner, Ekkehard (2024): Positionspapier. „Klimakrise – was jetzt für Geburtshilfe und Frauengesundheit in Deutschland zu tun ist“, https://www.dggg.de/fileadmin/data/Presse/Pressemitteilungen/2024/Positionspapier__Klimakrise_und_Frauengesundheit_/Positionspapier_Klimawandel_und_Frauengesundheit_V07.03.24.pdf.

Beckmann, Klaus J. (2020): Technische Infrastrukturen. In: Breckner, Ingrid/Göschel, Albrecht/Matthiesen, Ulf (Hg.): Stadtsoziologie und Stadtentwicklung. Handbuch für Wissenschaft und Praxis, Baden-Baden: Nomos, S. 307–325.

Beigang, Steffen/Fetz, Karolina/Kalkum, Dorina/Otto, Magdalena (2017): Diskriminierungserfahrungen in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativ- und einer Betroffenenbefragung, Baden-Baden: Nomos.

BiB – Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2024): Einsamkeit im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter angestiegen. Policy Brief, https://www.freda-panel.de/FReDA/DE/Publikationen/PolicyBrief/Downloads/down_policy-brief-24-05-einsamkeit.html.

Blömeke, Janika/Kristensen, Kaja/Münzel, Maria/Gröner, Oliver/Catalá-Lehnen, Eva (2024): Abschlussbericht für die Evaluation des Programmes AGATHE „Älter werden in der Gemeinschaft – Thüringer Initiative gegen Einsamkeit“. Im Auftrag des TMASGFF – Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, Hamburg, https://www.agathe-thueringen.de/fileadmin/user_upload/AGATHE/Evaluation/AGATHE-Evaluation_Abschlussbericht.pdf.

BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2024a): Gender Care Gap – ein Indikator für die Gleichstellung, <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/gleichstellung/gender-care-gap/indikator-fuer-die-gleichstellung/gender-care-gap-ein-indikator-fuer-die-gleichstellung-137294>.

BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2024b): Einsamkeitsbarometer 2024. Langzeitentwicklung von Einsamkeit in Deutschland, <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/240528/5a00706c4e1d60528b4fed062e9debcc/einsamkeitsbarometer-2024-data.pdf>.

BMI – Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (2021): Memorandum Urbane Resilienz. Wege zur robusten, adaptiven und zukunftsfähigen Stadt, https://www.nationale-stadtentwicklungs-politik.de/NSPWeb/SharedDocs/Publikationen/DE/Publikationen/memorandum_urbane_resilienz.pdf;jsessionid=E5940F4CCDF9A6DBF4B45764A12793C0.live11311?__blob=publicationFile&v=6.

BMVI – Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (Hg.) (2015): Kennzahlen in der Daseinsvorsorge. In: BMVI-Online-Publikation 01/2015, http://www.regionale-daseinsvorsorge.de/fileadmin/files/pdf/BF_Kennzahlen/DL_BMVI_Online_01_15.pdf.

Böhnke, Petra/Kersten, Jens/Klenk, Tanja/Neu, Claudia/Vogel, Berthold (2015): Der Wert öffentlicher Güter. Bericht der "Kommission Öffentliche Güter" der Heinrich-Böll-Stiftung, Berlin: Heinrich Böll Stiftung, <https://www.boell.de/sites/default/files/der-wert-oeffentlicher-gueter.pdf>.

Bolte, Gabriele/Bunge, Christiane/Hornberg, Claudia/Köckler, Heike/Mielck, Andreas (Hg.) (2012): Umweltgerechtigkeit. Chancengleichheit bei Umwelt und Gesundheit: Konzepte, Datenlage und Handlungsperspektiven, Bern: Verlag Hans Huber.

Bolte, Gabriele/David, Madlen/Dębiak, Malgorzata/Fiedel, Lotta/Hornberg, Claudia/Kolossa-Gehring, Marike/Kraus, Ute/Lätzsch, Rebecca/Paack, Tatjana/Palm, Kerstin/Schneider, Alexandra (2018): Integration von Geschlecht in die Forschung zu umweltbezogener Gesundheit. Ergebnisse des interdisziplinären Forschungsnetzwerks Geschlecht – Umwelt – Gesundheit (GeUmGe-NET). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 61, S. 737–746, <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-018-2745-8>.

Bolte, Gabriele/Dandolo, Lisa/Gepp, Sophie/Hornberg, Claudia/Lopez Lumbi, Susanne (2023): Klimawandel und gesundheitliche Chancengerechtigkeit: Eine Public-Health-Perspektive auf Klimagerechtigkeit. In: RKI – Robert Koch-Institut (Hg.): Journal of Health Monitoring 8 (S6), Berlin, https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Focus/JHealthMonit_2023_S6_Gerechtigkeit_Sachstandsbericht_Klimawandel_Gesundheit.pdf?__blob=publicationFile.

Bourdieu, Pierre (1985): Sozialer Raum und ›Klassen‹. Leçon sur la leçon, Frankfurt am Main: Suhrkamp.

bpb – Bundeszentrale für politische Bildung (2020): Altersarmut, <https://www.bpb.de/kurzknapp/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/158603/altersarmut/>.

Bravemann, Paula A./Kumanyika, Shiriki/Fielding, Jonathan E./Laveist, Thomas (2011): Health Disparities and Health Equity: The Issue Is Justice. In: American Journal of Public Health 101 (S1), S. 149–155, <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2010.300062>.

Breckner, Ingrid (2020): Soziale Infrastruktur. In: Breckner, Ingrid/Göschel, Albrecht/Matthiesen, Ulf (Hg.): Stadtsoziologie und Stadtentwicklung. Handbuch für Wissenschaft und Praxis, Baden-Baden: Nomos, S. 355–366.

Brundtland, Gro Harlem/Khalid, Mansour/Agnelli, Susanna/Al-Athel, Saleh A./Chidzero, Bernard (1987): Our Common Future. Report of the World Commission on Environment and Development, New York: United Nations.

Buck, Christoph/Doctor, Eileen/Eymann, Torsten (2020): Vermeidung der medizinischen Unterversorgung ländlicher Strukturen durch innovative Ansätze der Telemedizin, Bayreuth, <https://www.fim-rc.de/Paperbibliothek/Veroeffentlicht/1035/wi-1035.pdf>.

Burgi, Martin/Igl, Gerhard (2021): Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland, Baden-Baden: Nomos.

Bühning, Petra (2024): Einsamkeit: Ein schmerzhaftes Gefühl. In: Deutsches Ärzteblatt 2024 121 (7): A-438 / B-384, <https://www.aerzteblatt.de/archiv/238447/Einsamkeit-Ein-schmerzhaftes-Gefuehl>.

BMJ – Bundesministerium der Justiz (Hg.) (2021): Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG). In: Bundesgesetzblatt 1 (44), Bonn, https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl121s2754.pdf#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl121s2754.pdf%27%5D__1717752097025.

BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2022): Ausmaß und Struktur von Wohnungslosigkeit. Der Wohnungslosenbericht 2022 des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Bonn, https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Soziale-Sicherung/wohnungslosenbericht-2022.pdf?__blob=publicationFile&v=4.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2024): Gesundheitskiosk, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/g/gesundheitskiosk>.

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2024): StadtRaumMonitor. Wie lebenswert finde ich meine Umgebung?, <https://stadtraummonitor.bzga.de/>.

Coelen, Thomas/Heinrich, Anna Juliane/Million, Angela (Hg.) (2015): Stadtbaustein Bildung, Wiesbaden: Springer VS.

Dahlgren, Göran/Whitehead, Margaret (1991): Policies and Strategies to promote Social Equity in Health, Stockholm: Institute for Future Studies.

DAZ – Deutsche Apotheker Zeitung (2023): Referentenentwurf zu Kiosken: Apotheken spielen keine Rolle, <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2023/06/22/referentenentwurf-zu-gesundheitskiosken-apotheken-spielen-keine-rolle>.

Depping, Melissa (2022): Erhöhtes Krankheitsrisiko – Warum Minderheitenstress die psychische Gesundheit queerer Personen gefährdet. In: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.: impulse für Gesundheitsförderung 115, Hannover, S. 4–5.

Deutscher Bundestag (2015): Die Gesundheitsdienstgesetze der Länder. In: WD – Wissenschaftliche Dienste 9 (3000 - 027/14), Berlin, <https://www.bundestag.de/resource/blob/410444/a2f24acb7bdabf15da541c95d2946167/WD-9-027-14-pdf-data.pdf>.

DHV – Deutscher Hebammenverband/DGGG – Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (2020): Gemeinsame Stellungnahme des Deutschen Hebammenverbands (DHV) und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG), Berlin, https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2020/12/24200820_DHV_DGGG_Stellungnahme_Versorgungsverbesserungsgesetz.pdf.

Die Senatorin für Bau, Mobilität und Stadtentwicklung (2024): Wohnen in Nachbarschaften – WiN, Bremen, <https://bau.bremen.de/stadtentwicklung/stadterneuerung/programme/win-5209>.

difu – Deutsches Institut für Urbanistik (2017): Was ist eigentlich...Transformation?, <https://difu.de/nachrichten/was-ist-eigentlich-transformation>.

DIVERGesTOOL-Projektgruppe (2023): DIVERGesTOOL Toolbox zur Erfassung geschlechtlicher Vielfalt, Universität Bremen, www.uni-bremen.de/divergestool-projekt.

Duden (2024): Setting, <https://www.duden.de/rechtschreibung/Setting>.

EXPH – Expert Panel on effective ways of investing in Health (2014): Definition of a Frame of Reference in Relation to Primary Care with a Special Emphasis on Financing Systems and Referral Systems, https://health.ec.europa.eu/document/download/033ca69a-283f-4902-8007-0af99d0e254b_en.

Fehr, Rainer/Neus, Hermann/Heudorf, Ursel (Hg.) (2005): Gesundheit und Umwelt. Ökologische Prävention und Gesundheitsförderung, Bern: Verlag Hans Huber/Hogrefe Verlag.

Fekkek, Miriam/Fleischhauer, Mark/Greiving, Stefan/Lucas, Rainer/Schinkel, Jennifer/von Winterfeld, Uta (2016): Resiliente Stadt – Zukunftsstadt: Forschungsgutachten, https://epub.wupperinst.org/frontdoor/deliver/index/docId/6614/file/6614_Resiliente_Stadt.pdf.

Fischer, Tatjana (2020): Soziale Infrastrukturen und Multilokalität. In: Danielzyk, Rainer/Dittrich-Wesbuer, Andrea/Hilti, Nicola/Tippel, Cornelia (Hg.): Multilokale Lebensführungen und räumliche Entwicklungen: Ein Kompendium, Hannover: Verlag der ARL – Akademie für Raumforschung und Landesplanung, S. 140–146.

Friesecke, Frank (2020): Stadtplanung und Raumentwicklung in Zeiten vor und nach Corona. In: ZfV-Zeitschrift für Geodäsie, Geoinformation und Landmanagement 145 (3), S. 144–149.

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2018): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Abnahme des Endberichts „Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i. S. d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung“. Vom 20. September 2018, Berlin, https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3493/2018-09-20_Endbericht-Gutachten-Weiterentwicklung-Bedarfsplanung.pdf.

Geels, Frank W./Schot, Johan (2010): The Dynamics of Transitions: A Socio-Technical Perspective. In: Grin, John/Rotmans, Jan/Schot, Johan (Hg.): Transitions to Sustainable Development. New Directions in the Study of Long Term Transformative Change, New York, London, S. 9–101.

Gerlinger, Thomas (2021): Präventionsgesetz. In: BZgA: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i092-3.0>.

GMK – Gesundheitsministerkonferenz (2018): Beschlüsse der GMK 20.06.2018 - 21.06.2018. TOP: 10.21 Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) – „Der ÖGD: Public Health vor Ort“, <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=730&jahr=2018>.

Greiving, Stefan (2018): Resilienz/Robustheit. In: ARL – Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hg.): Handwörterbuch der Stadt- und Raumentwicklung, Hannover, S. 2063–2072.

Hilbert, Josef/Rambow-Bertram, Petra/Zurkuhlen, Alexia (2022): Gesundheitsregionen und Versorgungsverbesserungen. In: Lange, Joachim/Hilbert, Josef (Hg.): Gesundheitskioske ... und andere Wege zu einer niederschweligen Gesundheitsversorgung und -beratung. In: Loccumer Protokolle 91.

Hildebrandt, Helmut/Wessels, Michael (2023): Zur Finanzierung eines Gesundheitskiosks. In: Köckler, Heike/Roll, Anne/Wessels, Michael/Hildebrandt, Helmut (Hg.): Gesundheitskiosk Konzepte, Erfahrungen und Perspektiven, Wiesbaden: Springer Gabler, S. 25–30.

Hurrelmann, Klaus/Klinger, Julia/Schaeffer, Doris (2020): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Vergleich der Erhebungen 2014 und 2020. Bielefeld: IZGK – Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung, Universität Bielefeld, https://pub.uni-bielefeld.de/download/2950303/2950404/HLS-GER%201_2020.pdf.

IBA Thüringen (2024): Region Seltenrain, Gesundheitskioske. Kooperative Vorsorge auf dem Land, <https://iba-thueringen.de/projekte/region-seltenrain-gesundheitskioske>.

Intrahealth (2024): Über Intrahealth, <https://intrahealth.de/ueber-intrahealth/>.

Jacque-Rodney, Jennifer (Hg.) (2024): Familienhebammen, <https://www.familienhebamme.de/download.html>.

Kajikhina, Katja/Koschollek, Carmen/Sarma, Navina/Bug, Marleen/Wengler, Annelene/Bozorgmehr, Kayvan/Razum, Oliver/Borde, Theda/Schenk, Liane/Zimmermann, Ruth/Hövener, Claudia (2023): Empfehlungen zu Erhebung und Analyse migrationsbezogener Determinanten in der Public-Health-Forschung. In: RKI – Robert Koch-Institut (Hg.): Journal of Health Monitoring 8 (1), Berlin, S. 55–77.

Kaufmann, Christopher (2022): Wiedererkennbare Orte schaffen Vertrauen. In: Internationale Bauausstellung Thüringen GmbH (Hg.): IBA Magazin 8, Apolda, S. 16–17.

Kemp, René/Rotmans, Jan (2004): Managing the Transition to Sustainable Mobility. In: Elzen, Boelie/Geels, Frank W./Green, Kenneth (Hg.): System Innovation and the Transition to Sustainability. Theory, Evidence and Policy, Cheltenham UK/Northampton MA, S. 137–167.

Kersten, Jens/Neu, Claudia/Vogel, Berthold (2022): Das Soziale-Orte-Konzept: Zusammenhalt in einer vulnerablen Gesellschaft, Rurale Topografien 16, Bielefeld: transcript.

Kickbusch, Ilona (2007): Gender – a critical determinant of health in a global world. In: International Journal of Public Health 52, S3–S4.

Kießling, Andrea/Foltmann, Amelie (2023): Gesundheitskioske als Gegenstand des Gesundheitsrechts – zwischen Sozialraum und GKV. In: Medizinrecht 41, S. 520–529, <https://doi.org/10.1007/s00350-023-6509-6>.

Köckler, Heike (2014): Nur die Einladung reicht nicht. Teilhabe als Schlüssel umweltbezogener Gerechtigkeit. In: Politische Ökologie 136, S. 43–48.

Köckler, Heike (2019): Sozialraum und Gesundheit. In: Haring, Robin (Hg.): Gesundheitswissenschaften, Berlin: Springer-Verlag, S. 517–525.

Köckler, Heike/Roll, Anne/Wessels, Michael/Hildebrandt, Helmut (2023): Gesundheitskiosk Konzepte, Erfahrungen und Perspektiven, Wiesbaden: Springer Gabler.

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2022): Gesundheitsförderung und Prävention mit wohnungslosen Menschen. In: Themenblatt 1, Berlin, https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Newsletter/22-04_Themenblatt_Gesundheitsfoerderung_mit_Wohnungslosen.pdf.

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2023): Einsamkeit. In: Themenblatt 1, Berlin, https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Newsletter/Themenblatt_1-2023-Einsamkeit_bf.pdf.

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2024): Aktiv für Gesundheit und Chancengleichheit, <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/kooperationsverbund/struktur/>.

Krieger, Nancy (2020): Measures of Racism, Sexism, Heterosexism, and Gender Binarism for Health Equity Research: From Structural Injustice to Embodied Harm – An Ecosocial Analysis. In: Annual Review of Public Health 41, S. 37–62, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31765272/>.

Kroll, Lars Eric/Müters, Stephan/Lampert, Thomas (2016): Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 59(2), Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, S. 228–237.

Kurz, Charlotte (2022): Menschen ohne Krankenversicherung: Ein oft übersehenes Problem. In: Deutsches Ärzteblatt 2022 119 (41), <https://www.aerzteblatt.de/archiv/228031/Menschen-ohne-Krankenversicherung-Ein-oft-uebersehenes-Problem>.

Küpper, Patrick/Peters, Jan Cornelius (2019): Entwicklung regionaler Disparitäten hinsichtlich Wirtschaftskraft, sozialer Lage sowie Daseinsvorsorge und Infrastruktur in Deutschland und seinen ländlichen Räumen. In: Johann Heinrich von Thünen-Institut (Hg.): Thünen Report 66, Braunschweig.

Lang, Thilo/Tenz, Eric (2003): Von der schrumpfenden Stadt zur Lean City: Prozesse und Auswirkungen der Stadtschrumpfung in Ostdeutschland und deren Bewältigung, Dortmund: Dortmunder Vertrieb für Bau- und Planungsliteratur.

Lampert, Thomas/Kroll, Lars Erik (2014): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. In: RKI – Robert Koch-Institut (Hg.): GBE kompakt 5 (2), Berlin.

LesMigraS – Antidiskriminierungs- und Antigewaltbereich der Lesbenberatung Berlin e. V. (Hg. 2012): "...nicht so greifbar und doch real". Eine quantitative und qualitative Studie zu Gewalt- und (Mehrfach-) Diskriminierungserfahrungen von lesbischen, bisexuellen Frauen und Trans* in Deutschland, Berlin, https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/studie_zur_anti_gewalt_kampagne_lesmigras.html.

Link, Elena/Baumann, Eva/Aluttis, Christoph (2023): Ein geschlechterspezifischer Blick auf das gesundheitsbezogene Informationshandeln, seine Treiber und Barrieren. In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 66, S. 1153–1162, <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03757-6>.

LVGAFS – Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V. (2024): Gesundheitspunkte in Bremen, <https://www.gesundheit-nds-hb.de/projekte/gesundheitspunkte-bremen/>.

LZG – Landeszentrum für Gesundheit (2019): Leitfaden Gesunde Stadt. Hinweise für Stellungnahmen zur Stadtentwicklung aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, 2. überarbeitete Auflage, Bochum, https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/service/Pub/2019_df/lzg-nrw_leitfaden_gesunde_stadt_2019.pdf.

-
- Maddox, Amrei (2023): Lebenssituationen älterer Geflüchteter. In: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V. (Hg.): *impulse für Gesundheitsförderung* 120, Hannover, S. 6–7.
- Menzl, Markus (2020): Nachbarschaft und Quartier in der Stadtentwicklung. In: Breckner, Ingrid/Göschel, Albrecht/Matthiesen, Ulf (Hg.): *Stadtsoziologie und Stadtentwicklung*, Baden-Baden: Nomos, S. 245–255.
- Merz, Sibille/Jaehn, Philipp/Mena, Emily/Pöge, Kathleen/Strasser, Sarah/Saß, Anke-Christine/Rommel, Alexander/Bolte, Gabriele/Holmberg, Christine (2021): Intersectionality and Eco-Social Theory: A Review of Potentials for Public Health Knowledge and Social Justice. *Critical Public Health* 33 (2), S. 125–134, <https://doi.org/10.1080/09581596.2021.1951668>.
- Million, Angela/Coelen, Thomas/Heinrich, Anna Juliane/Loth, Christine/Somborski, Ivanka (2017): *Gebaute Bildungslandschaften. Verflechtungen zwischen Pädagogik und Stadtplanung*, Berlin: JOVIS.
- Minijob-Zentrale (2024): Quartalsbericht der Minijob-Zentrale. 2. Quartal 2024, https://www.minijob-zentrale.de/DE/service/minijob-statistik/Digitaler_Quartalsbericht_/node.html.
- Mylius, Maren (2016): *Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland. Studien zur Praxis in Gesundheitsämtern und Krankenhäusern*, Bielefeld: Transcript Verlag.
- Nagl-Docekal, Herta (2010): Feministische Philosophie: Wie Philosophie zur Etablierung geschlechtergerechter Bedingungen beitragen kann. In: Ruth, Becker/Kortendiek, Beate (Hg.): *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie*, Wiesbaden: VS Verlag, S. 302–311.
- nak – Nationale Armutskonferenz (2017): *Armutsrisiko Geschlecht. Armutslage von Frauen in Deutschland*, Berlin, https://www.nationale-armutskonferenz.de/wp-content/uploads/2017/11/NAK_Armutsrisko-Geschlecht.pdf.
- Neu, Claudia (2022): Place Matters! Raumbezogene Faktoren von Einsamkeit und Isolation – Erkenntnisse und Implikationen für die Praxis. In: KNE – Kompetenznetz Einsamkeit Expertise 8, <https://kompetenznetz-einsamkeit.de/publikationen/kne-expertisen/kne-expertise-08-neu>.
- Nowak, Anna Christina/Hornberg, Claudia (2023): Erfahrungen von Menschen mit Fluchtgeschichte bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung in Deutschland – Erkenntnisse einer qualitativen Studie. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 66 (10), S. 1117–1125.
- Oldenburg, Ray (1999): *The Great Good Place: Cafes, Coffee Shops, Bookstores, Bars, Hair Salons, and Other Hangouts at the Heart of a Community*, New York: Hachette Books.
- Pimminger, Irene (2014): *Geschlechtergerechtigkeit – Ein Orientierungsrahmen für emanzipatorische Geschlechterpolitik*, Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung, Forum Politik und Gesellschaft.
- PKV – Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (2024): *Neue Gesundheitsnetze für den ländlichen Raum. Interview mit Christopher Kaufmann, Geschäftsführer Gesundes Landleben GmbH*, <https://www.neue-gesundheitsnetze.de/ergebnisse/interview-mit-christopher-kaufmann/>.

Pöge, Kathleen/Rommel, Alexander/Mena, Emily/Holmberg, Christine/Saß, Anke-Christine/Bolte, Gabriele (2019): AdvanceGender – Verbundprojekt für eine geschlechtersensible und intersektionale Forschung und Gesundheitsberichterstattung. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 62, S. 102–107.

Pöge, Kathleen/Rommel, Alexander/Starker, Anne/Prütz, Franziska/Tolksdorf, Katharina/Öztürk, Ilter/Strasser, Sarah/Born, Sabine/Saß, Anke-Christine (2022): Erhebung geschlechtlicher Diversität in der Studie GEDA 2019/2020-EHIS – Ziele, Vorgehen und Erfahrungen. In: RKI – Robert Koch-Institut (Hg.): Journal of Health Monitoring 4 (1), https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/ConceptsMethods/JHealthMonit_2022_02_Geschlechtliche_Diversitaet.pdf?__blob=publicationFile.

Poliklinik Veddel (2023): Wer wir sind, <https://poliklinik1.org/wer-wir-sind>.

BPA – Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (2024): Die 17 globalen Nachhaltigkeitsziele verständlich erklärt, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/nachhaltigkeitspolitik/nachhaltigkeitsziele-erklaert-232174>.

Quilling, Eike/Kaczmarczyk, Dörte/Schäfer, Philipp/Trojan, Alf/Süß, Waldemar (2024): Sozialraum- und Gemeindeorientierung in der Gesundheitsförderung. In: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i021-3.0>.

Rauland, Horst/Christa, Böhme/Köckler, Heike (2018): Das Präventionsgesetz und seine Potenziale für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung, Hannover: Verlag der ARL – Akademie für Raumforschung und Landesplanung.

Richter-Kornweitz, Antje/Holz, Gerda/Kilian, Holger (2023): Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention. In: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praeventionskette-integrierte-kommunale-gesamtstrategie-zur-gesundheitsfoerderung-und-praevention/>.

RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2023): Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland – wichtige Fakten auf einen Blick. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis, Berlin: RKI, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/RKI_Gesundheitliche_Lage_der_Frauen_in_Deutschland_Screen.pdf.

Robert Bosch Stiftung (2021): Gesundheitszentren für Deutschland. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann, Stuttgart, https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie_Primaerversorgung_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf.

Sander, Monika/Albrecht, Martin/Loos, Stefan/Stengel, Verena (2018): Studie zur Hebammenversorgung im Freistaat Bayern. Kurzfassung, Berlin: IGES Institut GmbH, https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2018/08/hebammenstudie_kurzfassung.pdf.

Schmidt, Martin (2010): Wechselwirkungen zwischen demografischer Entwicklung und Daseinsvorsorge unter besonderer Berücksichtigung von Wohnstandortfaktoren: Untersuchungen am Beispiel des Rheingau-Taunus-Kreises, Kaiserslautern: Selbstverl. Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumordnung, TU Kaiserslautern.

Schmitt, Gisela/Schröteler-von Brandt, Hildegard (2016): Stadterneuerung. Eine Einführung, Wiesbaden: Springer Vieweg.

Sieber, Raphael (2017): Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung. Eine Untersuchung stadtplanerischer Instrumente unter Einbeziehung des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung, https://eldorado.tu-dortmund.de/bitstream/2003/36776/1/Dissertation_Sieber.pdf.

Starke, Dagmar/Tempel, Günter/Butler, Jeffrey/Starker, Anne/Zühlke, Christel/Borrmann, Brigitte (2019): Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung – Leitlinien und Empfehlungen 2.0. In: RKI – Robert Koch-Institut (Hg.): Journal of Health Monitoring 4 (S1), https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/JoHM_S01_2019_Gute_Praxis_GBE.pdf?__blob=publicationFile.

Statistisches Bundesamt 2023: Pressemitteilung Nr. 036 vom 30. Januar 2023, https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/01/PD23_036_621.html.

Statistisches Bundesamt 2024a: Sterbefälle und Lebenserwartung, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/_inhalt.html.

Statistisches Bundesamt 2024b: Pressemitteilung Nr. N016 vom 24. April 2024, https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/04/PD24_N016_12_63.html.

Strüver, Anke/Bauriedl, Sybille (2020): Smart Cities und sozialräumliche Gerechtigkeit. Wohnen und Mobilität in Großstädten. In: Hannemann, Christine/Othengrafen, Frank/Pohlan, Jörg/Schmidt-Lauber, Brigitta/Wehrhahn, Rainer/Güntner, Simon (Hg.): Jahrbuch StadtRegion 2019/2020. Schwerpunkt: Digitale Transformation, Wiesbaden: Springer VS, S. 91–109.

SVR – Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege (2023): Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen. Gutachten 2023, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Tetzlaff, Fabian/Sauerberg, Markus/Grigoriev, Pavel/Tetzlaff, Julian/Mühlichen, Michael/Baumert, Jens/Michalski, Niels/Wengler, Annelena/Nowossadeck, Enno/Hoebel, Jens (2024): Age-specific and Cause-specific Mortality Contributions to the Socioeconomic Gap in Life Expectancy in Germany, 2003–21: An Ecological Study. In: The Lancet Public Health 9 (5), S. 295–305, [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(24\)00049-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(24)00049-5/fulltext).

Timmermanns, Stefan (2022): Gender und Diversity Studies – Status Quo der LSBTIQ* Forschung in Deutschland. In: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.: impu!se für Gesundheitsförderung 115, Hannover, S. 3–4.

Troge, Andreas (2008): Vorwort „Umweltgerechtigkeit – Umwelt, Gesundheit und soziale Lage“. In: BfS – Bundesamt für Strahlenschutz/BfR – Bundesinstitut für Risikobewertung/RKI – Robert Koch-Institut/UBA – Umweltbundesamt (Hg.): UMID-Themenheft 2008 (2): Umweltgerechtigkeit – Umwelt, Gesundheit und soziale Lage, S. 3.

UN-Habitat (2017): Annual Report 2017. Urban Resilience Programme Risk Reduction Unit, <https://unhabitat.org/sites/default/files/2021/01/annual-report-2017-31.05-small.pdf>.

Verein für Innere Mission Bremen (2024): Wohnungslosenhilfe. Notunterkünfte, <https://www.innere-mission-bremen.de/das-leisten-wir/wohnungslosenhilfe/wohnen/#notunterkuenfte>.

Wandschneider, Lisa/Stephanie, Batram-Zantvoort/Razum, Oliver/Miani, Céline (2020): Representation of gender in migrant health studies - a systematic review of the social epidemiological literature. In: International Journal for Equity in Health 19 (181), <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-020-01289-y>.

WBGU – Wissenschaftlicher Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen (2016): Der Umzug der Menschheit: Die transformative Kraft der Städte, Berlin: WBGU.

WBGU – Wissenschaftlicher Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen (2019): Unsere gemeinsame digitale Zukunft. Zusammenfassung, Berlin: WBGU.

WBGU – Wissenschaftlicher Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen (2023): Gesund leben auf einer gesunden Erde, Berlin: WBGU.

Werner, Susanne (2024): Wer zu Hause pflegt, tritt oft beruflich kürzer. In: Pro Dialog 21/24. Eine Serie in Kooperation von ÄrzteZeitung und AOK-Bundesverband, https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Arzt_Praxis/Publikationen/ProDialog/2024/prodialog_2024_05_23.pdf.

Whitmee, Sarah/Haines, Andy/Beyrer, Chris/Boltz, Frederick/Capon, Anthony G./Ferreira de Souza Dias, Braulio/Ezeh, Alex/Frumkin, Howard/Gong, Peng/Head, Peter/Horton, Richard/Mace, Georgina M./Marten, Robert/Myers, Samuel S./Nishtar, Sania/Osofsky, Steven A./Pattanayak, Subhrendu K./Pongsiri, Montira J./Romanelli, Cristina/Soucat, Agnes/Vega, Jeanette/Yach, Derek (2015): Safeguarding Human Health in the Anthropocene Epoch: Report of The Rockefeller Foundation – Lancet Commission on Planetary Health. In: The Lancet 386, S.1973–2028.

WHO – World Health Organization (1948): Constitution of the World Health Organization, <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>.

WHO – World Health Organization (1986): Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung am 21. November 1986, Ottawa: Weltgesundheitsorganisation Europa, https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/59557/Ottawa_Charter_G.pdf.

WHO – World Health Organization Regional Office for Europe (2002): Mainstreaming Gender Equity in Health: The Need to Move Forward: Madrid Statement, <https://iris.who.int/handle/10665/348338>.

WHO – World Health Organization (2008): The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever, <https://iris.who.int/handle/10665/43949>.

WHO – World Health Organization (2013): Charta zur Gesundheitsförderung. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung, Ottawa: Weltgesundheitsorganisation Europa.

Wild, Eva-Maria/Schreyögg, Jonas (2021): Kurzbericht zur Evaluation INVEST Billstedt/Horn. „Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für eine Integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen“, Hamburg: HCHE – Hamburg Center for Health Economics, <https://www.hche.uni-hamburg.de/forschung/transfer/invest/2021-03-31-hche-kurzbericht-invest-evaluation.pdf>.

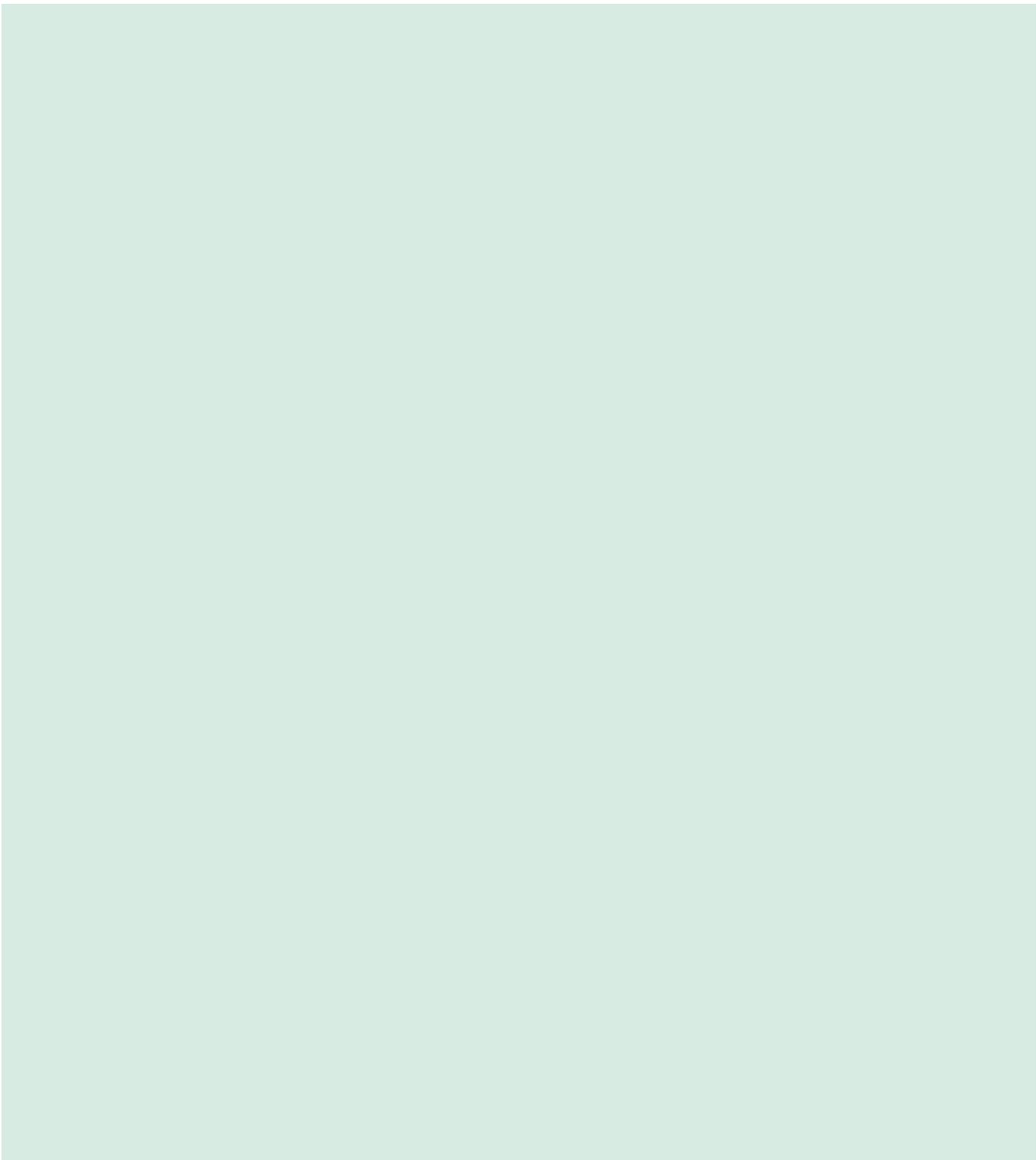
Winkel, Rainer (1993): Zur Problematik der Anwendung von Richt- und Orientierungswerten in der Stadt- und Regionalplanung. In: Raumforschung und Raumordnung 51 (6), S. 391–394.

Winkel, Rainer (2018): Soziale Infrastruktur. In: ARL – Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hg.): Handwörterbuch der Stadt- und Raumentwicklung, Hannover, S. 2185–2196.

Wolff, Manuel/Haase, Annegret/Leibert, Tim (2020): Mehr als Schrumpfung und Wachstum? Trends der demographischen Raumentwicklung in Deutschland nach 2011. In: UFZ – Helmholtz-Zentrum für Umweltforschung (Hg.): UFZ Discussion Papers 1, Leipzig, https://www.ufz.de/export/data/global/238627_UFZ_Disk_Haase_200206.pdf.

Urban, Mo (2023): Standards für die Gestaltung geschlechtergerechter Gesundheitszentren und MVZs. In: Direktorium des Instituts für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen (Hg.): Geschlecht und Intersektionalität in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung, IPP Info 20, Bremen, S. 12–13, https://www.uni-bremen.de/fileadmin/user_upload/fachbereiche/fb11/ipp/Institutsuebergreifend/Transfer/IPP-Info/IPP-Info_Ausgabe-20_Web.pdf.

Zimmermann, Thomas (2023): Primäre Gesundheitsversorgung/Primary Health Care. In: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/primaere-gesundheitsversorgung-primary-health-care/>.



**Bundesstiftung
Gleichstellung**