

Astrid Herold-Majumdar (Hg.)

WALHALLA

# GESUNDHEIT FÜR UNS ALLE!

---

Gleichberechtigter Zugang zu Gesundheits-  
ressourcen und Teilhabe.  
Gelingende Beispiele aus der Praxis

MANAGEMENT SOZIALES & GESUNDHEIT

BLAUE  
REIHE

## Gleichberechtigter Zugang und soziale Teilhabe

Dieser Sammelband stellt innovative Ansätze für den gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsleistungen vor und gibt Einblick in bereits erfolgreich umgesetzte Strategien. Allen Praxisbeispielen ist gemein, dass sie nachhaltig dazu beitragen wollen, den Zugang zu Gesundheitsleistungen und zur sozialen Teilhabe gerade auch für benachteiligte Gruppen gleichberechtigt zu ermöglichen:

- **Gesundheit für uns alle – zwischen Anspruch und Wirklichkeit**  
(*Astrid Herold-Majumdar*)
- **Gesundheitsladen München – eine kommunale Patientenberatungsstelle**  
(*Petrit Beqiri, Jürgen Kretschmer*)
- **MiMi: Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Bayern. Ein Gesundheitsprojekt für Menschen mit Migrationshintergrund**  
(*Ramazan Salman, Christine Bomke, Elena Kromm-Kostjuk*)
- **Das Dorfentwicklungsprojekt Rosia in Rumänien oder der Inklusions- und Integrationsversuch von Roma in einem rumänischen Dorf**  
(*Claudia Stracke-Baumann*)
- **Apps: ein Zugang zur Gesundheitsversorgung**  
(*Eveline Prochaska*)
- **Einführung eines gesundheitsfördernden Bewegungsprogramms im Stadtteil und Kompetenzerwerb als Gesundheitsförderer im Physiotherapiestudium – Ein Pilotprojekt mit Mehrfachnutzen**  
(*Claudia Schume, Renate Zettl*)
- **Verbesserung der Wirksamkeit von Prävention und Gesundheitsförderung durch stärkeren Fokus auf Menschen in schwierigen Lebenslagen**  
(*Kathrin Steinbeißer, Regina Köpf, Andrea R. Wolff*)

Die Notwendigkeit eines interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatzes wird dabei wissenschaftlich fundiert und zugleich praxisnah und verständlich erläutert.

*Prof. Dr. rer. medic. Astrid Herold-Majumdar* lehrt an der Hochschule München, Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften. Ihr Forschungsschwerpunkt: Qualitätssicherung, Entwicklung sozialer, gesundheitsbezogener Dienstleistungen, Nachhaltigkeit und Wirtschaftlichkeit.

Astrid Herold-Majumdar (Hg.)

# **GESUNDHEIT FÜR UNS ALLE!**

---

Gleichberechtigter Zugang zu Gesundheits-  
ressourcen und Teilhabe.

Gelingende Beispiele aus der Praxis

**WALHALLA**

Dieses E-Book enthält den Inhalt der gleichnamigen Druckausgabe, so dass folgender Zitiervorschlag verwendet werden kann:

**Herold-Majumdar, A. (2019):** Gesundheit für uns alle!, Walhalla Fachverlag, Regensburg

Herausgeber der BLAUEN REIHE sind:

- Prof. Dr. Paul Brandl, Fachhochschule Oberösterreich
- Prof. Dr. Astrid Herold-Majumdar, Hochschule für angewandte Wissenschaften München
- Prof. Dr. Thomas Prinz, Fachhochschule Oberösterreich
- Prof. Dr. Klaus Schellberg, Evangelische Hochschule Nürnberg
- Prof. Dr. Armin Schneider, Hochschule Koblenz

Weitere Infos zum Herausgeber-Team und zur BLAUEN REIHE finden Sie unter:  
[www.fokus-sozialmanagement.de](http://www.fokus-sozialmanagement.de)

**Hinweis:** Unsere Werke sind stets bemüht, Sie nach bestem Wissen zu informieren. Alle Angaben in diesem Buch sind sorgfältig zusammengetragen und geprüft. Durch Neuerungen in der Gesetzgebung, Rechtsprechung, sowie durch den Zeitablauf ergeben sich zwangsläufig Änderungen. Bitte haben Sie deshalb Verständnis dafür, dass wir für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Inhalts keine Haftung übernehmen.

#### **WALHALLA Digital:**

Auf [www.WALHALLA.de](http://www.WALHALLA.de) finden Sie unser komplettes E-Book- und App-Angebot. Klicken Sie doch mal rein!

Wir weisen darauf hin, dass Sie die gekauften E-Books nur für Ihren persönlichen Gebrauch nutzen dürfen. Eine entgeltliche oder unentgeltliche Weitergabe oder Leihe an Dritte ist nicht erlaubt. Auch das Einspeisen des E-Books in ein Netzwerk (z. B. Behörden-, Bibliotheksserver, Unternehmens-Intranet) ist nur erlaubt, wenn eine gesonderte Lizenzvereinbarung vorliegt.

Sollten Sie an einer Campus- oder Mehrplatzlizenz interessiert sein, wenden Sie sich bitte an den WALHALLA-E-Book-Service unter 0941 5684-0 oder [walhalla@walhalla.de](mailto:walhalla@walhalla.de). Weitere Informationen finden Sie unter [www.walhalla.de/b2b](http://www.walhalla.de/b2b).

- © Walhalla u. Praetoria Verlag GmbH & Co. KG, Regensburg  
Dieses E-Book ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt.  
Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Bestellnummer: 5483600

## Inhaltsverzeichnis

1.	<b>Vorwort: Gesundheit für uns alle – zwischen Anspruch und Wirklichkeit</b> .....	11
	<i>Astrid Herold-Majumdar</i>	
2.	<b>Gesundheitsladen München – eine kommunale Patientenberatungsstelle</b> .....	21
	<i>Petrit Beqiri, Jürgen Kretschmer</i>	
2.1	Gesundheit für alle als Handlungsmaxime .....	21
2.2	Wege zu den Zielen von Alma Ata .....	23
2.3	Wege der Umsetzung von Bürger- bzw. Patientenbeteiligung .....	24
2.4	Gesundheitsladen München .....	27
2.4.1	Patientenberatung .....	28
2.4.2	Patientenfürsprache in München Klinik .....	31
2.4.3	Patientenbeteiligung .....	32
2.4.4	Gesundheitsförderung .....	36
2.4.5	Vernetzung .....	38
2.5	Ausblick .....	39
3.	<b>„MiMi“: „Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Bayern“. Ein Gesundheitsprojekt für Menschen mit Migrationshintergrund</b> .....	43
	<i>Ramazan Salman, Christine Bomke, Elena Kromm-Kostjuk</i>	
3.1	Einführung – das MiMi-Projekt in Bayern .....	43
3.2	Hintergründe und Ziele .....	45

3.3	Projektansatz und Module .....	47
3.3.1	Schulungen für Mediatorinnen und Mediatoren .....	48
3.3.2	Mehrsprachige Informationsveranstaltungen .....	51
3.3.3	Mehrsprachige Materialien .....	52
3.3.4	Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung .....	53
3.3.5	Evaluation .....	53
3.4	Ergebnisse und Entwicklungen des MiMi-Projekts in Bayern .....	53
4.	<b>Das Dorfentwicklungsprojekt Roșia in Rumänien oder der Inklusions- und Integrationsversuch von Roma in einem rumänischen Dorf</b> .....	59
	<i>Claudia Stracke-Baumann</i>	
4.1	Die Zielgruppe Roma .....	60
4.1.1	Die Ethnie Roma .....	60
4.1.2	Roma in Rumänien, Sibiu-Roșia .....	62
4.2	Idee des Dorfentwicklungsprojektes Roșia in Rumänien .....	66
4.3	Konzept des Dorfentwicklungsprojektes .....	67
4.3.1	Lokale und internationale Akteure .....	67
4.3.2	Bisherige Umsetzungsschritte des Dorfentwicklungs- projektes .....	69
4.4	Erfolge, Herausforderungen und weiterführende Ziele des Dorfentwicklungsprojektes .....	73
4.4.1	Bildung .....	74
4.4.2	Beschäftigung .....	74
4.4.3	Wohnen .....	75
4.4.4	Gesundheit .....	75
4.5	Zusammenfassende Einschätzung und Ausblick .....	76

<b>5.</b>	<b>Apps: ein Zugang zur Gesundheitsversorgung</b> .....	<b>83</b>
	<i>Eveline Prochaska</i>	
5.1	Ausgangslage .....	83
5.1.1	Primary Health Care in Österreich .....	84
5.1.2	Digitalisierungsgrad der Bevölkerung .....	86
5.1.3	IT-Ausbildung in der Gesundheits- und Kranken- pflege .....	87
5.2	Idee/Konzept: Unterrichtsinhalt „Apps als Teil der Gesundheitsversorgung“ .....	88
5.2.1	Potenziale .....	88
5.2.2	Einsatzmöglichkeiten von Apps in der Pflege .....	89
5.2.3	Risiken .....	95
5.3	Umsetzung .....	96
5.3.1	Beurteilung des Nutzens einer App .....	97
5.3.2	Voraussetzungen schaffen .....	102
5.3.3	Einsatztauglichkeit im beruflichen Kontext .....	106
5.4	Zusammenfassende Beurteilung, Empfehlung für die Akteure (lessons learned) .....	108
<b>6.</b>	<b>Einführung eines gesundheitsfördernden Bewegungsprogramms im Stadtteil und Kompetenzerwerb als Gesundheitsförderer/-in im Physiotherapiestudium – Ein Pilotprojekt mit Mehrfachnutzen</b> .....	<b>111</b>
	<i>Claudia Schume, Renate Zettl</i>	
6.1	Die Ausgangslage aus Sicht der Berufsausbildung und der Berufspolitik .....	111
6.2	Das Projektziel .....	113
6.2.1	Kooperation und Auswahl der Zielgruppe .....	113
6.2.2	Konzeptionierung und Kick-Off einer Bewegungsgruppe .....	114

6.3	Ergebnisse der Pilotphase im Studienjahr 2016/2017 .....	116
6.4	Fazit aus der Pilotphase und Konsequenzen für das Projektjahr 2018/2019 .....	120
6.5	Theoretischer Bezugsrahmen für das Projekt .....	123
6.6	Conclusio .....	129
7.	<b>Verbesserung der Wirksamkeit von Prävention und Gesundheitsförderung durch stärkeren Fokus auf Menschen in schwierigen Lebenslagen</b> .....	133
	<i>Kathrin Steinbeißer, Regina Köpf, Andrea R. Wolff</i>	
7.1	Die Bedeutung von Gesundheit .....	133
7.1.1	Einflussfaktoren auf die Gesundheit .....	135
7.1.2	Gesundheit in den Lebenswelten .....	136
7.1.3	Veränderte Herausforderungen für das Gesundheitswesen .....	138
7.2	Daten zur gesundheitlichen Ungleichheit .....	138
7.2.1	Lebenserwartung .....	139
7.2.2	Inanspruchnahme von Pflegeleistungen .....	139
7.2.3	Subjektive Gesundheitswahrnehmung .....	140
7.2.4	Körperliche und psychische Erkrankungen .....	142
7.2.5	Gesundheitsverhalten .....	143
7.3	Möglichkeiten zu Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit .....	144
7.3.1	Zielgruppenbezug .....	145
7.3.2	Partizipation .....	147
7.3.3	Empowerment .....	149
7.3.4	Nachhaltigkeit .....	150

7.4	Unterstützungsmöglichkeiten durch Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit .....	152
7.4.1	Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention .....	152
7.4.2	Aufgaben der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit .....	152
7.5	Gesundheit (wirklich) für Alle! .....	153
	<b>Stichwortverzeichnis</b> .....	<b>159</b>



# 1. Vorwort: Gesundheit für uns alle – zwischen Anspruch und Wirklichkeit

*Astrid Herold-Majumdar*

## **Gesundheit und ihre Bedeutung für Lebensqualität und Teilhabe**

Gesundheit ist ein fragiler Zustand zwischen Leben und Tod sowie zwischen Krankheit und vollkommener Gesundheit. Sie ist die Grundlage dafür, dass wir unsere Rollen erfüllen, unser Leben gestalten und genießen können. Wenn wir uns nicht gesund fühlen, fehlt uns etwas und wir fühlen uns beeinträchtigt in allem, was wir tun. Wir wünschen uns zu besonderen Anlässen im Lebenslauf (z. B. zum Geburtstag) und, wenn sich Anzeichen einer Krankheit (z. B. Niesen) einstellen, Gesundheit. Auch wenn wir uns gesund fühlen, können wir von außen betrachtet krank sein. Umgekehrt können wir uns krank fühlen, obwohl wir objektiv und vom Arzt bescheinigt, gesund sind. Krankheit ist häufig die Ursache für Armut und umgekehrt kann Armut ein höheres Risiko für Krankheit bedeuten. Ein selbstbestimmtes und sinnerfülltes Leben ist aber auch mit Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit möglich, wenn Hilfe- und Assistenzsysteme auf die jeweils individuelle Situation abgestimmt sind. Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass Gesundheit und Lebensqualität sowie Gesundheit und soziale Teilhabe voneinander abhängige Größen sind. Wissen über das, was uns gesund erhält und unsere Gesundheit fördert, ist nicht für jeden gleich zugänglich und unter anderem vom Bildungsstand abhängig. Die sektorale Struktur unseres Gesundheitssystems erschwert häufig den Zugang zu Gesundheitsinformationen und Leistungen. Es ist Aufgabe eines jeden sozialen Staates im Rahmen der Daseinsvorsorge, allen Bürgerinnen und Bürgern einen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsressourcen zu ermöglichen. Wie dies konkret umgesetzt werden kann, soll anhand von Beispielen in diesem Buch dargestellt werden.

Einen bestmöglichen Gesundheitszustand zu erreichen und gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsressourcen zu erhalten sind Menschenrechte. Bei Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit ein selbstbestimmtes Leben und soziale Teilhabe zu verwirklichen, sind Grundrechte, die im Grundgesetz und in den Sozialgesetzbüchern der Bundesrepublik Deutschland verankert sind.

## **Marktversagen im Gesundheitswesen**

Der Markt kann den Zugang zu Gesundheitsressourcen nicht oder nur eingeschränkt regeln. Sprechen wir von einem Gesundheitsmarkt, muss uns klar sein, dass wir die Gesundheitsleistungen und gesundheitsbezogenen Sachgüter als wirtschaftliche Güter verstehen. Für diese besteht zwar ein unbegrenztes Bedürfnis, sie sind aber nur begrenzt verfügbar. Darf es diese Knappheit bei Gesundheitsressourcen überhaupt geben? Muss der Zugang zu Gesundheitsressourcen nicht gewährt werden, auch wenn der oder die „Gesundheitssuchende“ über keine Kaufkraft verfügt? Der Staat ist für eine ausreichende Gesundheitsversorgung im Rahmen seiner Daseinsvorsorge verpflichtet. Die Leistungserbringer sehen sich häufig in der menschlichen und berufsethischen Verpflichtung Leistungen zu erbringen, obwohl diese vom Kostenträger nicht refinanziert werden.

Nehmen wir das **Beispiel eines ambulanten Pflegedienstes**, in dessen Auftrag die Pflegekraft eine pflegebedürftige Person in ihrer Wohnung besucht, um die vertraglich vereinbarte und von der Krankenversicherung refinanzierte Leistung (z. B. Stellen und kontrolliertes Abgeben von Medikamenten) zu erbringen. Nun stellt die Pflegekraft fest, dass die „Kundin“ kein Brot mehr im Haus hat und auch nicht in der Lage ist, sich selbst welches zu besorgen. Obwohl diese hauswirtschaftliche Leistung (Kaufen von Brot) nicht vereinbart wurde und auch nicht refinanziert wird, wird sich die Pflegekraft höchstwahrscheinlich entscheiden, der pflegebedürftigen Dame das Brot beim Bäcker um die Ecke zu besorgen.

An vielen Stellen versagt der Gesundheitsmarkt, weil sowohl Angebot (gesetzlicher Leistungskatalog) als auch Preis gesetzlich vorgegeben sind. Zudem besteht zwischen Leistungsanbieter und Verbraucher eine Dreiecksbeziehung (sozialrechtliches Leistungs-dreieck), indem die Geldströme über den Kostenträger laufen, das Leistungsgeschehen aber direkt zwischen versicherter Person und Leistungserbringer abläuft. Gesetzlich Versicherte sehen in der Regel gar nicht, was der Preis der Leistung ist, und die Krankenkassen können die Qualität der Leistung schwer beurteilen, weil sie diese nicht empfangen und erleben. Von souveränen Kunden und Kundinnen kann nicht die Rede sein, denn wer kann sich schon vollständig informieren und eine souveräne Kaufentscheidung treffen, wenn ein akutes Gesundheitsproblem eine existenzielle Bedrohung darstellt? Dennoch gibt es Leistungen, wie beispielsweise im Wellness- oder

Wahlleistungsbereich, für die das Marktprinzip als Regulator wirken kann. Das Vertrauen in die Steuerungslogik des Marktes ist ungebrochen hoch, hat jedoch in vielen Fällen im Gesundheitswesen in die Sackgasse geführt oder dazu beigetragen, dass es zu unerwünschten Effekten, wie Leistungsausweitung, gekommen ist. Dies kann u. a. damit zusammenhängen, dass die Handlungslogik des Marktes (z. B. jeder versucht, seinen persönlichen Nutzen zu maximieren) nicht mit der Logik der gesundheitssuchenden Menschen und der Anbieter von Gesundheitsleistungen zusammenpasst.

**Gesundheitsfachberufe sind Menschenrechtsprofessionen**, die sich berufsethisch verpflichtet fühlen, jedem Menschen, ungeachtet seiner Herkunft, seiner sexuellen Orientierung, seiner politischen Gesinnung, seiner Rasse oder Religion oder seiner sozio-ökonomischen Lage die Hilfe und Leistung zukommen zu lassen, die er benötigt. Die Notwendigkeit wird fachlich und wissenschaftlich fundiert beurteilt. Zudem sind die Leistungen nach dem aktuellen Stand des wissenschaftlich überprüften Wissens zu erbringen. Kranke Menschen können in ihrer rationalen Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt sein. Sie können schutzbedürftig und besonders verletzlich sein. Sie sind eben häufig keine souveränen Kundinnen und Kunden, die eine freie Kaufentscheidung treffen. Aus Sicht des kranken oder gesundheitssuchenden Menschen geht es in den meisten Fällen nicht darum, den Nutzen zu maximieren, indem möglichst viele Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch genommen werden. In manchen Fällen geht es sogar ums nackte Überleben oder darum, ein Leben mit weniger Schmerzen führen zu können. Gesundheit betrifft uns existenziell und ist ein allgemeines Gut, von dem niemand ausgeschlossen werden darf.

### **Gesetzlicher Auftrag und Verpflichtung von Bund, Länder und Kommunen für die Sicherstellung eines gleichberechtigten Zugangs zu Gesundheitsressourcen**

Der Zugang zu Gesundheitsressourcen schließt den Zugang zur Pflege und zu Leistungen zur Prävention von Pflegebedürftigkeit ein. Gemäß den „Anforderungen an die Rolle der Kommunen in der Pflege“ formuliert der GKV-Spitzenverband u. a. folgende Positionen anlässlich der Verhandlungen zwischen Bund und Ländern (beschlossen vom Verwaltungsrat am 10. Juni 2015, GKV Spitzenverband 2015).

Gesetzlich sind Kostenträger, Leistungserbringer, Länder und Kommunen gefordert, den gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsressourcen, insbesondere auch zu Präventionsleistungen, sowie die selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben für alle Bürgerinnen und Bürger zu gewährleisten (GKV Spitzenverband 2015). Beispielsweise sollen Leistungen der Altenhilfe nach § 71 SGB XII (Sozialgesetzbuch, Zwölftes Buch, SGBXII, Sozialhilfe, Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022) dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern. Alten Menschen wird ermöglicht, selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen und ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe zu stärken. Mit Inkrafttreten des ersten Pflegestärkungsgesetzes zum 1. Januar 2015 wurde der bisherige Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen zum einen auf alle nach SGB XI pflegebedürftigen Menschen ausgeweitet und zum anderen um zusätzliche Entlastungsleistungen erweitert. Darüber hinaus kann bis zu 40 Prozent des Anspruchs auf Pflegesachleistungen, also Leistungen durch einen professionellen Pflegedienst, für anerkannte niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen übertragen werden. Solche Betreuungsleistungen können sein, dass einem pflegebedürftigen Menschen ermöglicht wird, am kulturellen Leben teil zu haben. Ziel ist es, ein bundesweit flächendeckendes Angebot zur Verfügung zu stellen, wobei die Kommunen hier in die Pflicht genommen werden. Mit dieser Neuregelung kommt den niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen bei der Versorgung von pflegebedürftigen und von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen sowie der Entlastung der Angehörigen eine zentrale Rolle zu. Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen werden nach Landesrecht anerkannt, die Finanzierung dieser Leistungen erfolgt im Wege der Kostenerstattung durch die Pflegekassen.

Um den Zugang zu diesen niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen zu erleichtern, ist ein Informationsaustausch zwischen den Leistungsanbietern, Kommunen und Pflegekassen unerlässlich. Zudem soll die Pflegeberatung, auf die jede kranken- und pflegeversicherte Person nach § 7a SGB XI Anspruch hat, über das Leistungsangebot informieren und zusammen mit der pflegebedürftigen oder von Pflegebedürftigkeit bedrohten Person und den Angehörigen das jeweils passende Angebot aussuchen und zusammenstellen. Die Angebotsstrukturen und das Informationsmanagement können zukünftig wesentlich durch IT-gestützte Systeme unterstützt werden.

Pflegerische Angebotsstrukturen sind von den Kommunen zu analysieren und weiterzuentwickeln. Dabei soll die Pflegeinfrastruktur in regionalen Gremien (z. B. regionale Pflegekonferenzen) und unter Mitwirkung der Landesverbände der Pflegekassen und der weiteren in § 8 SGB XI genannten Beteiligten an den Bürgerinnen und Bürgern ausgerichtet werden. Dabei sollen die Bürgerinnen und Bürger in ihrer jeweiligen Lebensphase und Lebenslage unterstützt werden. So sind seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes am 17. Juli 2015 Länder und Kommunen, in ihrer Verantwortung für die Daseinsvorsorge, auch aufgefordert, die Entwicklung eines förderlichen Umfeldes für ein gesundes und sicheres Aufwachsen zu gestalten. In den Schulen und Kindertagesstätten ist für die Ermöglichung ausreichender Bewegung und für eine gesunde Verpflegung zu sorgen. Die Widerstandsfähigkeit (Resilienz) der heranwachsenden Bürgerinnen und Bürger gegenüber gesundheitlichen Beeinträchtigungen soll gefördert und Gewalt an Schulen und in Kindertagesstätten verhindert werden. Diese Aufgaben betreffen die Gesetzgebung (z. B. Verankerung der Prävention und Gesundheitsförderung in den Schul- und Kita-Gesetzen), die Lehrplangestaltung (z. B. Schulsport, Gesundheitskompetenz) und die Haushaltspolitik (z. B. Bereitstellung ausreichender Ressourcen für gesunde Schul- und Kita-Verpflegung) (GKV Spitzenverband 2015).

Wie dieser Ausschnitt aus den gesetzlichen Regelungen zeigt, können Länder und Kommunen, sowie die Akteure des Gesundheits- und Hilfesystems nicht mehr einfach darauf vertrauen, dass der gesundheitssuchende, kranke und/oder pflegebedürftige Bürger sich schon selbst seine Leistungen, auf die er einen gesetzlichen Anspruch hat, zusammensucht und ein für ihn passendes Versorgungsarrangement zusammenstellt. Schon aufgrund des undurchsichtigen, sektoral zergliederten Systems (ambulante, stationäre, teilstationäre, rehabilitative und soziale Leistungen) bedarf es eines Lotsendienstes und einer interessenneutralen Beratung, um an die Informationen und Leistungen heranzukommen, die der Einzelne in seiner jeweils einzigartigen Situation zur Erhaltung, Förderung oder Wiederherstellung von Gesundheit, zur Bewältigung von Krankheit, zur Linderung von Leiden und zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben benötigt. Damit jeder Bürger und jede Bürgerin unabhängig vom Bildungsniveau, von den finanziellen Möglichkeiten, von den individuellen Gesundheitsrisiken und -potenzialen Zugang zu den Gesundheitsressourcen erhält, ist es nicht ausreichend, Strukturen

vorzuhalten. Es müssen zugehende, überbrückende, koordinierende und unabhängig beratende Leistungen angeboten werden. Nicht zuletzt stärken diese interessenneutralen Beratungsangebote die Souveränität der Bürgerinnen und Bürger.

**In diesem Sammelband sollen Praxisprojekte und Strategien vorgestellt werden**, die konkret aufzeigen, wie eine gerechte und gleichberechtigte Verteilung von Gesundheitsressourcen und Teilhabe, auch europaweit gelingen kann, ohne den Anspruch zu erheben, alleinige und optimale Lösung zu sein. Die dargestellten Projekte sind nur eine Auswahl, die anregen soll, selbst Lösungen zu entwickeln. Solidarität, Digitalisierung, Technologieentwicklung, Erfindergeist, Koordination, Kooperation und neue Organisationsstrukturen schaffen Wege zu den Menschen, die einen erschwerten Zugang zu Gesundheitsressourcen haben. Allen aufgeführten Praxisbeispielen ist gemein, dass sie nachhaltig dazu beitragen wollen, den Zugang zu Gesundheitsleistungen und zur sozialen Teilhabe gerade auch für benachteiligte Gruppen gleichberechtigt zu ermöglichen. Alle Projekte leitet das Prinzip der Nachhaltigkeit, das Ökonomie, Ökologie und soziale Gerechtigkeit vereint.

### **Nachhaltigkeit als Rahmenkonzept der Gesundheitswirtschaft**

Wenn der Markt die Verteilung von Gesundheitsressourcen und den gleichberechtigten Zugang in den meisten Fällen nicht regeln kann, was können wir dann sonst tun, um den Anspruch „Gesundheit für uns alle“ umzusetzen?

Das Konzept der Nachhaltigkeit scheint hier weiterführend zu sein, da es neben Wirtschaftlichkeit auch die soziale Gerechtigkeit und die Ökologie berücksichtigt. Das sog. Dreieck der Nachhaltigkeit geht zurück auf den Brundtland Bericht der United Nations (UN) von 1987. In den folgenden Deklarationen von Rio 1992 und 2015 wurden schließlich die Agenda 21 und die Agenda 2030 mit konkreten Zielformulierungen verabschiedet, die heute in den sog. „Sustainable Development Goals, SDG“ (nachhaltige Entwicklungsziele) münden. Das dritte der 17 Nachhaltigkeitsziele betrifft Gesundheit und Wohlergehen. Dabei steht der Mensch im Mittelpunkt der Bemühungen um eine nachhaltige Entwicklung, die nicht nur am wirtschaftlichen Wachstum gemessen wird. Vor allem das Recht auf ein gesundes und produktives Leben im Einklang mit der Natur soll umfassend verwirklicht werden und alle Menschen der Erde und der