

KONTEXT CHECK

Kommunale Prävention und Gesundheitsförderung strategisch gestalten



IMPRESSUM

Herausgeber

Thomas Altgeld (Geschäftsführer)

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

Fenskeweg 2, 30165 Hannover

www.gesundheit-nds.de

Ansprechpartnerinnen und Redaktion

Sabine Erven

E-Mail: sabine.erven@gesundheit-nds.de

Dr. Moritz von Gliszczyński

E-Mail: moritz.von-glisczynski@gesundheit-nds.de

Sophia Gottschall

E-Mail: sophia.gottschall@gesundheit-nds.de

Lea Oesterle

E-Mail: lea.oesterle@gesundheit-nds.de

www.kontextcheck.de

Kooperation

BKK Mobil Oil

Susanne Wöhe

Hühnerposten 2, 20097 Hamburg

Telefon: 040 / 3002-20234

Fax: 040 / 3002-920234

E-Mail: susanne.woeche@bkk-mobil-oil.de

www.bkk-mobil-oil.de

Bildnachweise

© scusi - Fotolia.com

Druck

unidruck, Hannover

Januar 2020, 2. überarbeitete Auflage

PROF. DR. MARIE-LUISE DIERKS, VORSITZENDE LVG & AFS NDS. E. V.



Gesundheit entsteht dort, wo Menschen leben, lernen, spielen und arbeiten – also vor allem in ihrer Kommune. Neben individuellen Faktoren entscheiden die Bedingungen in den Lebenswelten von Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und älteren Menschen über ihre Chancen auf Gesundheit und ihre Lebensqualität. Deshalb ist die Orientierung an diesen Lebenswelten ein expliziter Auftrag an die Kommune, der durch das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz-PrävG) untermauert wurde.

Hier stellt sich die Frage, wie kommunale Akteur*innen dabei unterstützt werden können, das Präventionsgesetz in ihren Bereichen umzusetzen. Wie kann die Qualität und Nachhaltigkeit von kommunalen Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung gesteigert werden und wie lässt sich sicherstellen, dass initiierte Angebote auch von den gewünschten Gruppen angenommen werden?

Diese Fragen waren bei der Entwicklung des vorliegenden Leitfadens und im Verlauf der Erprobung in sechs Modellkommunen wegweisend. Die ersten Erfahrungen zeigen: Wie am Anfang eines jeden Entwicklungs- oder Veränderungsprozesses müssen zuerst die Ausgangslage und die Rahmenbedingungen geprüft werden, um auf dieser Basis systematisch zu planen, zu koordinieren, zu optimieren und zu initiieren. Die Vielschichtigkeit und die sehr unterschiedlichen Bedingungen „der Kommune“ und der hier aktiven Akteur*innen im Feld machen die Aufgabe jedoch unübersichtlich. Deshalb hat die LVG & AFS zum einen die Modellkommunen begleitet und beraten, zum anderen aus den Erfahrungen in der Arbeit mit den Kommunen einen Leitfaden entwickelt.

In diesen Leitfaden ist das Wissen der Expert*innen aus den Kommunen und aus den unterschiedlichen Arbeitsschwerpunkten der LVG & AFS eingeflossen, auch konnte auf viele gute, bereits bestehende Modelle aus Organisationen anderer (Bundes)länder zurückgegriffen und darauf aufgebaut oder für Niedersachsen zugeschnitten werden. Man muss das Rad nicht neu erfinden, man muss es manchmal nur zum Rollen bringen! An dieser Stelle ein herzliches Dankeschön für den unkomplizierten kollegialen Austausch! Wir danken neben der unterstützenden Kooperation mit der BKK Mobil Oil auch den sechs Modellkommunen, die den Leitfaden erprobt und mit ihren Erfahrungen bereichert haben. Sie dienen als Anregung und auch als Ansporn für andere Kommunen, in der Gesundheitsförderung und Prävention aktiv zu werden.

Wir wünschen Ihnen als beteiligte Kommunen, dass Sie den durch Kontextcheck eingeschlagenen Weg weiter verfolgen können und hoffen, dass Sie durch diesen Leitfaden auf Ihrem Weg der strategischen Gestaltung kommunaler Prävention und Gesundheitsförderung begleitet und unterstützt werden können!

Prof. Dr. Marie-Luise Dierks

Vorsitzende LVG & AFS Nds. e. V.

ANSGAR KRÜMPELBECK, BKK MOBIL OIL



Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten – ein Gewinn für alle

Die BKK Mobil Oil engagiert sich bereits seit vielen Jahren mit gesundheitsförderlichen Projekten in Betrieben, Kitas, Schulen und Kommunen. Die kommunale Prävention und Gesundheitsförderung gewinnt seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes für uns als gesetzliche Krankenkasse zunehmend an Bedeutung. Als Krankenkasse der neuen Generation ist es unser Ziel, Menschen zu einer gesundheitsbewussten Lebensweise zu befähigen, das Wohlbefinden des Einzelnen zu verbessern und gesundheitsfördernde Strukturen in den Lebenswelten der Menschen zu schaffen.

Neben individuellen Faktoren wie dem Ernährungs- oder Bewegungsverhalten entscheiden die Bildungs-, Entwicklungs- und Lebensbedingungen in den kommunalen Lebenswelten von Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und älteren Menschen über Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität.

Mit dem Projekt „Kontextcheck“ möchten wir die kommunale Gesundheitsförderung nachhaltig stärken und dazu beitragen, gesundheitsförderliche Strukturen dort aufzubauen, wo Menschen zusammen leben, lernen, spielen und arbeiten – unabhängig der Herkunft, von sozialen Schichten oder dem Bildungsstand.

Dafür müssen alle Akteure auf kommunaler Ebene an einem Strang ziehen, um vorhandene Strukturen und Angebote zu koordinieren und nachhaltig zu fördern. Im Rahmen des Projektes „Kontextcheck“ unterstützen wir Städte und Gemeinden bzw. Landkreise bei der Planung und Umsetzung eines kommunalen Gesamtkonzeptes zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung. Während der Modellphase standen Kinder und Jugendliche, Menschen mit Migrationshintergrund und ältere Menschen im Fokus, mit der Ausweitung des Projekts hat die Diversität der Themen weiter zugenommen. Dabei stehen die Bestandsaufnahme zur regionalen Datenlage, zu den bereits bestehenden Angeboten, zu den agierenden Akteuren und Netzwerken sowie die Partizipation der Bevölkerung im Vordergrund.

Im Verlauf des Projekts wurde unter Zusammenarbeit von Expert*innen der jeweiligen Fachgebiete innerhalb der Kommunen ein umfassender Leitfaden für die kommunale Bestandsaufnahme sowie Bedarfs- und Bedürfnisermittlung im Themenfeld der Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt. Dieser soll die Übertragbarkeit des Projektes sicherstellen und Kommunen bei der Gestaltung von gesundheitsförderlichen und nachhaltigen Strukturen unterstützen.

Kontextcheck hat zum Ziel, Synergieeffekte in der kommunalen Gesundheitsförderung zu schaffen, Know-how zu bündeln und Doppelstrukturen zu vermeiden – um allen Menschen gesundheitliche Chancengleichheit und eine hohe Lebensqualität in ihrer Kommune zu ermöglichen.

Ansgar Krümpelbeck, BKK Mobil Oil

Teamleitung Prävention und Gesundheitsförderung

INHALTSVERZEICHNIS

Projektüberblick Kontextcheck	08
1. Einleitung	09
2. Prozesskreislauf Kontextcheck	10
2.1. Zielbestimmung und Ausrichtung	12
2.2. Strukturbildung	15
2.3. Bedarfsanalyse	17
2.3.1. Datenprofil	18
2.3.2. Bestandsaufnahme	22
2.3.3. Netzwerkanalyse	28
2.4. Bedürfnisanalyse	32
2.5. Diskussion der Ergebnisse und Planung des weiteren Vorgehens	37
3. Fazit zum Projekt und Ausblick	39
4. Arbeitsmaterialien, Ablaufraster und Vertiefungen	45
4.1. Hinweise zur Profilerstellung	45
4.2. Reflexionsliste Akteur*innen	50
4.2.1. Kinder und Jugendliche	51
4.2.2. Menschen in herausfordernden Lebenslagen	55
4.2.3. Ältere Menschen	59
4.3. Checklisten Tätigkeitsfelder	63
4.3.1. Kinder und Jugendliche	63
4.3.2. Menschen in herausfordernden Lebenslagen	65
4.3.3. Ältere Menschen	67
4.4. Angebotssortierung nach dem Modell der Lebenslagen	70
4.5. Bestandsaufnahme Angebotsbeschreibung	71
4.6. Optionale Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen	72
4.7. Leitfaden Expert*inneninterview	74
4.8. Leitfaden für den Einsatz von Fokusgruppen	76
4.9. Exkurs zu wichtigen Begrifflichkeiten und Zusammenhängen in der kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung	78
Weiterführende Links und verwendete Literatur	82

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Prozesskreislauf Kontextcheck.	10
Abbildung 2: Ansätze zur Ausrichtung der kommunalen Analyse.	12
Abbildung 3: Variablen zur Definition von Dialoggruppen	13
Abbildung 4: Fachbereiche und Organisationen für eine mögliche „AG Kontextcheck“	16
Abbildung 5: Daten für die Profilerstellung	19
Abbildung 6: Beispielhafte Darstellung des Netzwerks (Nähe/ Distanz und Qualität der Kontakte)	30
Abbildung 7: Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit (modifiziert nach Faltermaier, 2005) ..	32
Abbildung 8: Methodenkoffer aus der Modellphase	33
Abbildung 9: Beispielhaftes Community Mapping der Deutschen Aidshilfe	35
Abbildung 10: Themenbeispiele und resultierende Maßnahmen der Modellkommunen	41

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Weitere mögliche Prüfbereiche für das Datenprofil.	20
Tabelle 2: Beispielhafte Bearbeitung eines Ausschnitts der „Checkliste Tätigkeitsfelder“.....	24
Tabelle 3: Projektdatenbanken mit Qualitätsbeurteilung	27
Tabelle 4: Übersicht grundlegender Fragestellungen zur Netzwerkanalyse	29
Tabelle 5: Beispielhafter Ausschnitt der tabellarischen Diskussionsgrundlage	38
Tabelle 6: Gelingfaktoren und Stolpersteine aus der Modellphase	42

PROJEKTÜBERBLICK KONTEXTCHECK

Worum geht es?

Kontextcheck ist ein Projekt der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. und der BKK Mobil Oil. Es unterstützt Kommunen dabei, ihre kommunale Gesundheitsförderung ganzheitlich zu betrachten sowie bedarfs- und bedürfnisorientiert auszugestalten. Dieser Leitfaden liefert Kommunen Hilfestellungen zum Ablauf und verschiedene Ausgestaltungsmöglichkeiten. Die Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Modellphase sind in den Leitfaden integriert.

Warum wurde das Projekt entwickelt?

In der Kommune gibt es bereits viele gute Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung. Nicht immer ist es jedoch leicht, sowohl einen Überblick über bestehende Strukturen und Projekte zu erhalten und auch die Wünsche der Bevölkerung in die Planung einzubeziehen. Um jedoch kommunale Prävention und Gesundheitsförderung optimal zu steuern, zusammenzuführen, zu vernetzen und zu ergänzen, braucht die Kommune einen ganzheitlichen Überblick über Bedarfe und Bedürfnisse ihrer Bevölkerung: Denn es kann nur bestmöglich koordiniert, strategisch ausgerichtet und nachhaltig geplant werden, was bekannt ist. Die Übersicht und die Einnahme verschiedener Perspektiven wie zum Beispiel der Dialoggruppe selbst, ermöglichen eine verbesserte Grundlage für eine nachhaltige Struktur- und Angebotsentwicklung. Von Mai 2016 bis September 2018 wurden sechs niedersächsische Kommunen während der Modellphase beim Aufbau oder einer themenbezogenen Vertiefung kommunaler Prävention und Gesundheitsförderung als integriertes Konzept begleitet. Das Vorhaben wurde mit den Schwerpunkten Kinder und Jugendliche, Menschen mit Migrationshintergrund und ältere Menschen erprobt, der Bezugsraum reichte über kreisangehörige Gemeinden und Städte bis hin zum ganzen Landkreis. Der Schwerpunkt „Menschen mit Migrationshintergrund“ wurde in der überarbeiteten Auflage des Leitfadens zu „Menschen in herausfordernden Lebenslagen“ erweitert. Somit ist auch eine gute Übertragbarkeit auf individuelle Wünsche der strategischen Ausrichtung einer Kommune machbar. Die in dem Leitfaden vorgestellte Vielfalt an Erhebungsformen und inhaltlichen Vertiefungen sind als Toolbox zu verstehen. In Absprache mit regional Verantwortlichen, den verfügbaren Ressourcen vor Ort und den Interessen der Kommune kann eine Auswahl daraus – entsprechend der kommunalen Zielsetzung – getroffen werden.

Was ist der Nutzen für Kommunen?

Mit dem Projekt Kontextcheck können Kommunen:

- Bevölkerung und Politik für neue relevante Handlungsfelder im Bereich Gesundheit und Wohlbefinden sensibilisieren
- Lücken bei gesundheitsförderlichen Angeboten identifizieren und neue Angebote mittels nachgewiesener objektiver Bedarfe und belegten Bevölkerungswünschen beantragen
- mehr Transparenz über Angebote, Netzwerke und Fachexpertise in der Kommune erhalten, um Synergieeffekte besser zu nutzen und Doppelstrukturen zu vermeiden
- Netzwerke oder Arbeitskreise initiieren sowie die Weitergabe von Informationen und Wissen optimieren

1. EINLEITUNG

Gesundheitsförderung im Setting Kommune gilt als Kernstrategie bei der Gesunderhaltung der Bürger*innen und der Bekämpfung sozialer Ungleichheiten. Verschiedene soziale Gruppen werden direkt in ihren Lebenswelten erreicht und es kann dort auf Verhältnisse eingewirkt werden, wo die Menschen leben, arbeiten, aufwachsen und älter werden. Die Kommune als kleinste Verwaltungseinheit prägt politische Lebensbedingungen und wirtschaftliche Entwicklung. Sie hat somit Einfluss auf zentrale Aspekte der Lebenswelt, z. B. berufliche Entwicklung und Entlohnung, Umwelt- und Verkehrsbelastungen, soziale Infrastruktur, Bildungseinrichtungen und Gesundheitsversorgung. In ihr lassen sich die wesentlichen Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung – Partizipation, Empowerment und Intersektoralität – umsetzen (Vgl. Böhme et al. 2012). Im Rahmen einer gut koordinierten kommunalen Gesundheitsförderung können z. B. Synergieeffekte genutzt werden, wodurch wiederum Ressourcen gespart und effizienter eingesetzt sowie Doppelstrukturen vermieden werden. Außerdem kann eine gute Vernetzung der kommunal agierenden Akteur*innen die Zusammenarbeit erleichtern und die intra- und interdisziplinäre Kommunikation verbessern. Es werden Möglichkeiten geboten, Wissen zu generieren, zu verbreiten und somit die Angebotsstruktur und -qualität zu optimieren. Natürlich kann durch kommunale Gesundheitsförderung zudem die Standortattraktivität für Arbeitgeber*innen wie auch für Arbeitnehmer*innen und ihre Familien gesteigert werden.

Kommunale Gesundheitsförderung definiert sich idealtypisch als Prozess und integriertes Konzept zum Strukturaufbau und nicht über Einzelprogramme. Das kommunale Setting soll in der Kommune vorhandene Teilsettings (z. B. Schulen und Betriebe) koordinieren, Angebote zu bestimmten Themen oder Teilsettings zusammenführen, sowie schwer erreichbare oder bisher unberücksichtigte Gruppen einbeziehen. Die Handlungsvoraussetzungen, um diese Funktionen auszuüben, sind Kenntnisse über bestehende Projekte, kommunal agierende Akteur*innen, Netzwerke und

Organisationen sowie über kommunale Assessments, z. B. Radwegenetz, Erholungs- und Bewegungsräume. Nur so ist eine gemeinsame Koordination und Strategieentwicklung möglich. Dieser Ansatz der Gesundheitsförderung kann durch die systematische Integration in kommunale Strukturen besonders nachhaltig wirken.

Dieser Leitfaden dient als eine Art „Toolbox“ und soll Kommunen dabei unterstützen, die Grundlage für eine kommunale Gesundheitsförderung zu vertiefen und dabei durch die Vielzahl an Erhebungsmethoden zu führen. Er beschreibt, entlang welcher Reflexionsfragen die Analyse ausgerichtet und eingegrenzt werden kann und wie eine „Arbeitsgruppe (AG) Kontextcheck“ zusammengesetzt sein sollte (Kapitel 2.1. und 2.2.). Elemente der Bedarfsanalyse werden vorgestellt und die praktische Durchführung durch Arbeitsblätter, Vorlagen und Hilfsmittel erleichtert (Kapitel 2.3.). Dazu zählen die Analyse relevanter Daten für ein kommunales Profil oder einen Hintergrund (Kapitel 2.3.1.), die Bestandsaufnahme von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung für eine Angebotstransparenz und zum Aufdecken von Angebotslücken oder Doppelstrukturen (Kapitel 2.3.2.) sowie die Analyse bestehender oder potenzieller Vernetzungen (Kapitel 2.3.3.). Für die Bedürfnisanalyse sind Ablaufraster für verschiedene Erhebungsformen bereitgestellt (Kapitel 2.4.). Grundsätzlich werden pragmatische und gut durchführbare Methoden für die jeweilige Kommune gemeinsam ausgewählt. Schlussendlich müssen die verschiedenen Erhebungsperspektiven zusammengeführt, Ergebnisse diskutiert, Handlungsempfehlungen entwickelt und ein weiteres Vorgehen geplant werden (Kapitel 2.5.). Die nachhaltige weitere Bearbeitung der identifizierten Handlungsbedarfe stellt dabei einen wichtigen Transferschritt von der Analyse zur praktischen Verbesserung der Angebote und Strukturen der kommunalen Gesundheitsförderung dar. Dieser Prozessablauf wurde in sechs Modellkommunen von Mai 2016 bis September 2018 erprobt und die Erfahrungen, Hürden und Erfolgsfaktoren sind in diesen Leitfaden eingeflossen und werden im letzten

2. PROZESSKREISLAUF KONTEXTCHECK

Kapitel 3 zusammengeführt. Grundsätzlich entscheidet jede Kommune – je nach Zielorientierung und nach zur Verfügung stehenden Ressourcen – wie dieser Prozess ausgestaltet und eingegrenzt werden soll. Für eine erfolgreiche Umsetzung sollten zur Verfügung stehende zeitliche und finanzielle Ressourcen bekannt sein und vorab realistisch geplant und kalkuliert werden. In der Modellphase wurden Instrumente und Methoden so ausgewählt, dass ein möglichst großer Erkenntnisgewinn bei möglichst begrenzten Ressourceneinsatz und

entsprechender Methodenauswahl oder Fokussierung erzielt wurde.

Der Leitfaden richtet sich sowohl an Akteur*innen in der kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung, welche diesen Prozess eigenständig durchführen möchten als auch an Interessierte, die beim Prozess durch die LVG & AFS Nds. e. V. begleitet werden möchten.

2. PROZESSKREISLAUF KONTEXTCHECK

Nachfolgend wird Ihnen ein Überblick über die verschiedenen Phasen der Analyse (Abbildung 1), deren Charakteristika und zugehörige Instrumente gegeben. In den darauffolgenden Unterkapiteln werden Ihnen die einzelnen Arbeitsschritte genauer erklärt, ebenso wie die Handhabung von Arbeitsblättern und beige-

fügt Instrumenten. Es ist bei dem Prozesskreislauf anzumerken, dass dieser idealtypisch dargestellt ist – in der Praxis hat sich gezeigt, dass die Phasen häufig parallel bearbeitet werden und sich untereinander beeinflussen.

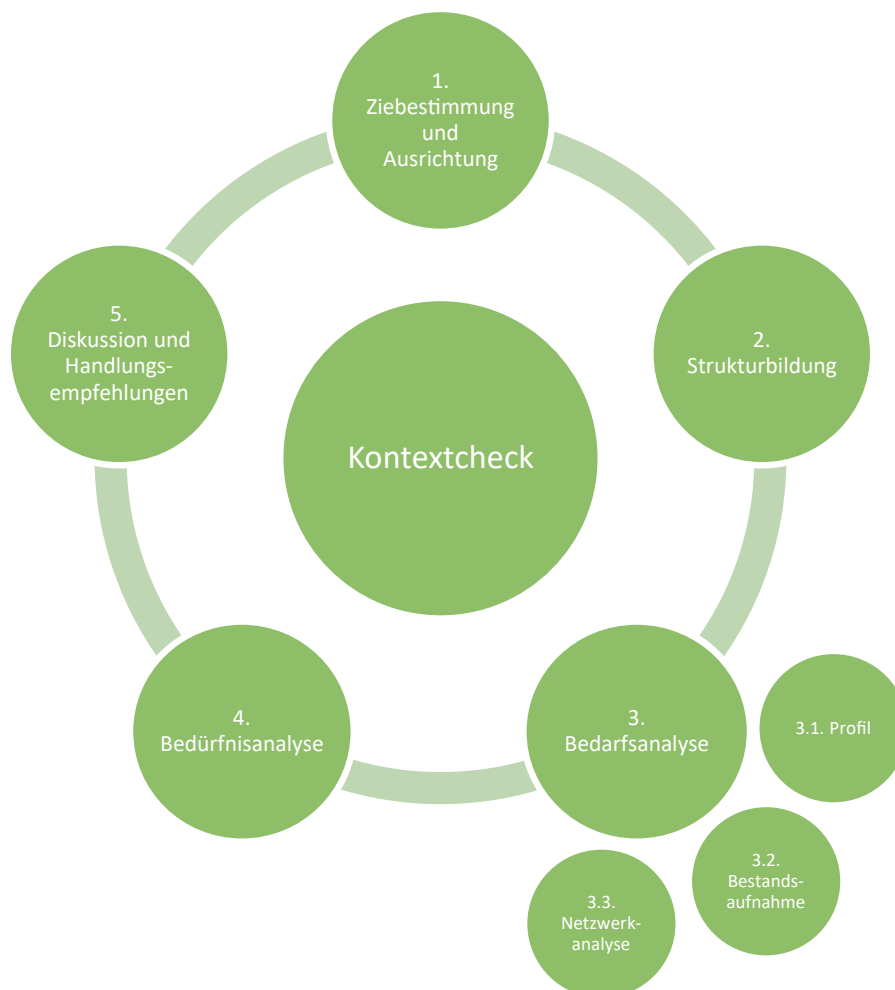


Abbildung 1: Prozesskreislauf Kontextcheck

1. Phase: Zielbestimmung und Ausrichtung – S. 12

Vor Beginn der Analyse müssen die Ziele und Erhebungskriterien klar definiert werden. Fragen, die in dieser Phase beantwortet werden sollten:

- Warum wollen wir Kontextcheck durchführen? Welche Ziele verfolgen wir dabei?
- Welche Ressourcen stehen uns dazu zur Verfügung?
- Welche Variablen müssen wir wie definieren, um die Analyse und Recherche einzugrenzen bzw. strategisch sinnvoll auszurichten?

2. Phase: Strukturbildung – S. 15

Es bildet sich eine Arbeitsgruppe von 5 bis 15 Personen, welche sich der Aufgabe Kontextcheck annimmt. Bei der Zusammenstellung der Arbeitsgruppe sollten Sie folgende Faktoren berücksichtigen:

- Wer hat einen guten Überblick über kommunale Angebote für die jeweilige Dialoggruppe bzw. in dem jeweiligen Gebiet?
- Wie erreichen wir kurze Wege für den Zugang zu relevanten Daten? Befürwortet die Verwaltungsspitze das Vorhaben?
- Sind entscheidende Fachbereiche vertreten (themenspezifisch oder notwendige Querschnittskompetenz, z. B. Stadt- und Raumplanung)?

Die Aufgabenverteilung wird anschließend festgelegt.

3. Phase: Bedarfsanalyse – S. 17

In der Bedarfsanalyse werden objektive Daten erhoben oder zusammengestellt. Folgende Schritte stehen dazu (neben einer Recherche in der wissenschaftlichen Literatur) zur Verfügung:

3.1. Erstellung eines Profils – S. 18

In dem Profil werden verschiedene demografische Basisdaten, Gesundheits- und Sozialdaten, Analysen von Versorgungsstrukturen und des Nahraums zusammengestellt. Je nach kommunaler Zielsetzung muss überprüft werden:

- Welche Daten brauchen wir als Basis der Analyse? Welche sind ggf. schon vorhanden?

 **Instrument:** Hinweise zur Profilerstellung (S. 45)

- Möchten wir noch weitere optionale Erhebungen durchführen/Assessments prüfen? Auf Seite 19 und 20 werden einige Möglichkeiten vorgestellt.
- Möchten wir weitere Personen (Akteur*innen, Expert*innen) zu festgestellten Bedarfen (Risikofaktoren und Potenzialen) der Dialoggruppe befragen?

 **Instrument:** Leitfaden Expert*inneninterview (S. 74)

3.2. Bestandsaufnahme – S. 22

Bei der Bestandsaufnahme werden bereits vorhandene Angebote, Projekte sowie Programme recherchiert und gelistet. Dazu können Sie vorerst in der Arbeitsgruppe Bekanntes sammeln und das vorhandene Wissen nutzen:

- Welche Angebote sind uns bekannt?

- Haben wir uns bereits mit den kommunalen Fachbereichen ausgetauscht und dort angesiedelte Angebote in Erfahrung gebracht?

- Können wir mit Hilfe der Reflexionsliste Akteur*innen noch blinde Flecken aufdecken?

 **Instrument:** Reflexionsliste Akteur*innen (S. 50)

- Möchten wir zur weiteren Sättigung der Bestandsaufnahme Expert*innen hinzuziehen?

 **Instrument:** Leitfaden Expert*inneninterview (S. 74)

Sortieren Sie die recherchierten Angebote über Vermerke in die Liste der möglichen Tätigkeitsfelder ein. Anschließend führen Sie nähere Informationen zu den Angeboten im entsprechenden Arbeitsblatt aus – die Ausführlichkeit ist abhängig von der Zielsetzung und den vorhandenen Ressourcen.

 **Instrument:** Checklisten Tätigkeitsfelder (S. 63)

 **Instrument:** Angebotssortierung nach dem Modell der Lebenslagen (S. 70)

 **Instrument:** Bestandsaufnahme Angebotsbeschreibung (S. 71)

- Möchten wir optional Verbesserungsvorschläge für recherchierte Angebote entlang der Good Practice-Kriterien im kollegialen Austausch erarbeiten oder ggf. von bestehenden Datenbanken übernehmen?

Diskutieren Sie Lücken oder Doppelstrukturen!

3.3. Netzwerkanalyse – S. 28

Durch die Netzwerkanalyse können Sie bestehende oder potenzielle Netzwerke in der Kommune mit Hilfe eines Zielscheiben-Soziogramms (nach C. Gilles) in Ihrer Arbeitsgruppe analysieren und Handlungsempfehlungen ableiten.

4. Phase: Bedürfnisanalyse – S. 32

In dieser Phase wird (partizipativ) die Perspektive von Expert*innen und/oder der Dialoggruppe eingenommen und so Wünsche erfragt:

- Möchten wir kommunale Expert*innen befragen? Wenn ja, durch welche Methode?

 **Instrument:** Leitfaden Expert*inneninterview (S. 74)

 **Instrument:** Leitfaden für den Einsatz von Fokusgruppen (S. 76)

- Möchten wir die Dialoggruppe befragen? Wenn ja, durch welche Methode?

5. Phase: Diskussion der Ergebnisse und Planung weiteren Vorgehens – S. 37

Die zusammengestellten objektiven Daten, die Reflexion der bestehenden Angebote und die Wünsche der Expert*innen und/oder der Dialoggruppe tragen zu einer ganzheitlichen Betrachtung bei und beleuchten Handlungsbedarfe aus verschiedenen Perspektiven. Entsprechend können dann kommunal weitere Prozesse initiiert werden.



2.1. ZIELBESTIMMUNG UND AUSRICHTUNG

Ziele der Phase:

Sie haben

- die Thematik,
- die Dialoggruppe,
- das Gebiet,
- die Art der relevanten Angebote/Tiefe der Analyse und
- die Zielsetzung für Kontextcheck definiert.



Um die Kommune und die Mitarbeitenden der Arbeitsgruppe nicht zu überfordern und den Prozess stringent zu gestalten, ist es wichtig, die Zielsetzung und Ausrichtung der Analyse vorher zu bestimmen. Es hat sich bewährt, in kleineren (exemplarischen) Einheiten das Verfahren zu erlernen und dann auf weitere Bereiche zu übertragen. In Abbildung 2 werden Ansätze zur Ausrichtung und Eingrenzung der Analyse anschaulich dargestellt und nachfolgend passende Reflexionsfragen aufgeführt.

Abbildung 2: Ansätze zur Ausrichtung der kommunalen Analyse

Reflexionsanregungen zur Ausrichtung sind:

1. Inhaltliche Schwerpunkte

Welche politischen Interessen herrschen in der Kommune vor oder sind in der Steuerungsgruppe besonders präsent? Gibt es Auffälligkeiten in der kommunalen Berichterstattung z. B. bei der Einschulungsuntersuchung und/oder der Gesundheitsberichterstattung? Haben bestimmte Themen gerade „Konjunktur“ und versprechen breites Engagement unter Mitwirkenden? Erscheint eine

Dialoggruppe besonders relevant? Eine erste Anknüpfung zu den vorhandenen Daten sollte – wie in Arbeitsschritt „Profil erstellen“ (Kapitel 2.3.1.) beschrieben – erfolgen.

Bei der Definition von Dialoggruppen können die in Abbildung 3 dargestellten Variablen relevant sein.

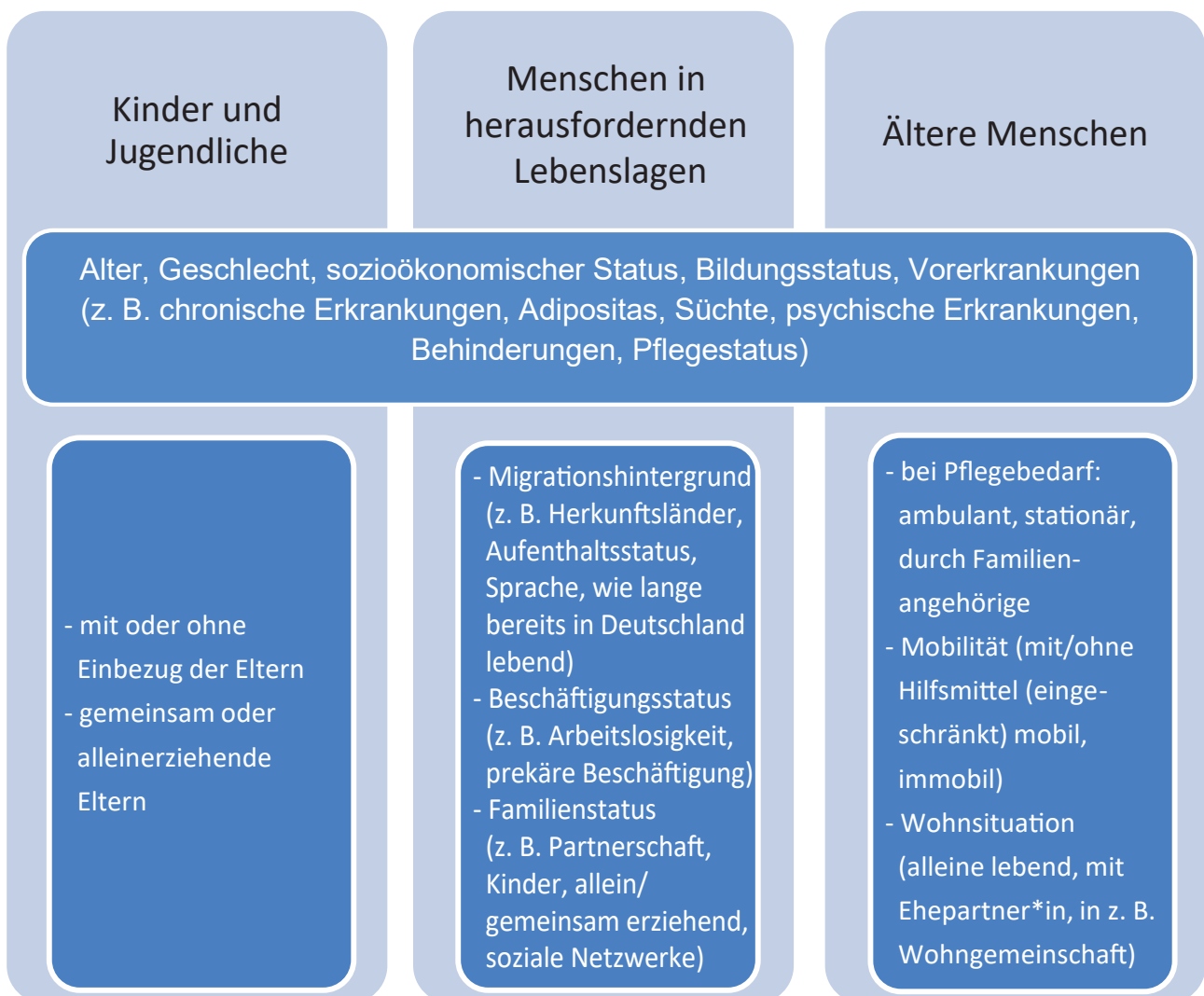


Abbildung 3: Variablen zur Definition von Dialoggruppen

2. Bezugsraum

Gibt es z. B. Stadtteile mit besonderem Förderbedarf („Problembezirke“) oder einer verstärkten Bewohnung sogenannter vulnerabler Gruppen (sozial-ökonomisch schwächere Personen, Kinder, ältere Menschen mit Mobilitätseinschränkungen, Alleinerziehende etc.)? Liegen Räume mit schwieriger Versorgungslage oder gesundheitsbelastenden Umweltfaktoren vor?

3. Detaillierungsgrad

Soll z. B. eine detaillierte Quartiersanalyse (mit Chance zur Übertragbarkeit auf andere Bereiche) oder eine eher flächige aber dafür weniger detaillierte Analyse (z. B. gesamter Landkreis) erstellt werden? Wie weit oder eng wird die Definition von Prävention und Gesundheitsförderung zur Recherche von Angeboten gefasst? In der Modellphase wurden die Determinanten für Gesundheit als Grundlage genutzt (Vgl. Exkurs zu wichtigen Begrifflichkeiten und Zusammenhänge in

der kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung, S. 78 ff.). Wird eine Größe der Angebote (z. B. über die Zahl der erreichten Personen) oder die Form der zu recherchierenden Angebote (z. B. Programm, Projekt, Regelversorgung, kontinuierliches Angebot) festgelegt?

4. Zielsetzung

Was sind die kommunalen Ziele? Wozu soll die Analyse dienen und nach Abschluss verwendet werden? Wird ein Überblick über die Angebotslage benötigt, um bedarfs- und bedürfnisorientiert zu planen und Bestehendes zu koordinieren? Sollen Angebote in einem „Gesundheitsförderungsatlas“ zusammengestellt und transparent gemacht werden? Wird vorwiegend eine verbesserte Zusammenarbeit der Akteur*innen angestrebt? Sind Projektinitiierungen geplant oder bestehen aktuell Projektideen, für die eine Bedarfsdarlegung und Anhaltspunkte zur Konzeptentwicklung notwendig wären?

Hinweis: Phasen im Prozesskreislauf Kontextcheck

Für einen guten Überblick innerhalb der einzelnen Prozessphasen, ist es in der Praxis meist nicht sinnvoll, diese strikt voneinander zu trennen. Erkenntnisse können zu neuen Ansätzen führen und die Arbeitsschritte gegenseitig befruchten. So gehen beispielsweise die Arbeitsschritte Strukturbildung und Ausrichtung der Analyse miteinander Hand in Hand. Meist haben Verantwortliche in der Kommune bereits eine Vorstellung davon, was sie untersuchen möchten oder es gibt Hauptansprechpersonen, welche die Analyse ins Rollen bringen und durch ihr Engagement eine koordinierende Funktion übernehmen. Die Arbeitsschritte beeinflussen sich dadurch, dass die Ausrichtung der Analyse spezifische Arbeitsgruppenmitglieder präferiert und andersherum: Soll beispielsweise eine Analyse der Angebote für Kinder erfolgen, wäre eine Einbeziehung von Akteur*innen aus diesem Bereich sinnvoll. Ebenso denkbar ist es, dass die einzelnen Kriterien im Verlauf der Arbeit abgewandelt und verändert werden, da sich im Prozess neue Erkenntnisse ergeben können und so nachgebessert oder konkretisiert werden muss. Auch erste Daten der Kommune sollten in die Entscheidung der Ausrichtung mit einspielen (Kapitel 2.3.1.).



2.2. STRUKTURBILDUNG

Ziele der Phase:

- Sie konnten relevante Personen für das Vorhaben sensibilisieren und begeistern.
- Die Verwaltungsspitze befürwortet und unterstützt Kontextcheck.
- Eine Arbeitsgruppe hat sich nach unten beschriebenen Kriterien gebildet.
- Es hat eine Aufgabenzuteilung innerhalb der Gruppe stattgefunden.

Hinter dem Arbeitsschritt der Strukturbildung steht die Aufgabe, dass sich zu Beginn eine Gruppe von Personen dem Vorhaben fest annimmt, es koordiniert, Aufgaben delegiert und gegebenenfalls die Ausrichtung der Analyse nochmal verfeinert. Argumentationshilfen und die Vorteile von Kontextcheck wurden Ihnen bereits einleitend vorgestellt. Es bietet sich an, auf bestehende intersektorale kommunale Strukturen zurückzugreifen. In Niedersachsen eignen sich z. B. die Gesundheitsregionen oder Präventionsketten. In den regionalen Steuerungsgruppen lässt sich das Vorhaben vorstellen, sodass sich Interessierte in Form einer „Arbeitsgruppe Kontextcheck“ beteiligen können. Außerdem besteht dort bereits ein interdisziplinärer Blick auf Problemlagen, ein guter Überblick über kommunale Strukturen, Entwicklungsbereiche der Prävention und Gesundheitsförderung sowie geplante Projekte und Tätigkeitsfelder, sodass die Ausrichtung von Kontextcheck erleichtert wird. Zusätzlich sollten gezielt nach den in Abbildung 3 beschriebenen Kriterien Personen hinzugezogen werden. Die Arbeitsgruppe sollte aus ungefähr fünf bis fünfzehn Personen bestehen, damit einerseits entscheidende Personen einbezogen werden, die Gruppe aber dennoch arbeitsfähig bleibt und schnelle Absprachen treffen kann.

Kriterien für die Zusammenstellung der Arbeitsgruppe Kontextcheck können sein:

- Es besteht ein guter Überblick über kommunale Strukturen und Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung.
- Es bestehen kurze Wege zu den verschiedenen relevanten Ressorts, z. B. um Zugang zu kommunalen Daten zu erhalten.
- Es sind Kompetenzen bei der Analyse des Nahraums und der Versorgung involviert, z. B. Stadt- bzw. Raumplanung.
- Für den Zugang zur Dialoggruppe und die Planung der partizipativen Bedürfniserhebung bietet sich an, dass ebenso Vertreter*innen der Bevölkerung, sogenannte Gatekeeper, bekannte Persönlichkeiten im Quartier oder ähnliche Personen der jeweiligen Teilsettings mit einbezogen werden. Ein Einverständnis der kommunalen Verwaltungsspitze zu dem Vorhaben ist in jedem Fall wichtig, damit keine Entscheidungsträger*innen übergangen werden, eine Zusammenarbeit oder Freigabe von Daten möglich wird und der Prozess transparent bleibt. Durch diese Befürwortung gewinnt Kontextcheck an (politischer) Relevanz und kann die Bereitschaft zur Mitarbeit erhöhen.

In Abbildung 4 sind Bereiche der kommunalen Akteurslandschaft und der verschiedenen Ressorts in Politik und Verwaltung (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) gelistet. Anhand dieser Auflistung kann die Reflektion zur Zusammenstellung der Arbeitsgruppe erfolgen.

- Vertreter*innen der Versorgung, wie z. B. Kassenärztliche Vereinigung, Krankenhäuser, Niedergelassene Ärzteschaft, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen
- Verwaltung, Politik, wie z. B. die kommunale Verwaltungsspitze (Bürgermeister*in, Landrät*in,), Behörden, Bundes- und Landesministerien, Dezernate, Ressorts, Fachbereiche auf den verschiedenen administrativen Ebenen zu Themen wie z. B.
 - Gesundheit
 - Familie, Senioren, Frauen, Jugend/Kinder, Demografie
 - Landwirtschaft, Umwelt, Ernährung
 - Migration, Flüchtlinge, Integration
 - Prävention(srat), Prävention und Gesundheitsförderung
 - Wissenschaft
 - Kultur, Bildung (inkl. Schulbehörden)
 - Inneres, Sport
 - Soziales, Teilhabe, Behinderung, Gleichstellung
 - Wirtschaft, Arbeit
 - Polizei
 - Feuerwehrverbände
 - Mobilität und Verkehr(ssicherheit), Raumplanung, Bauverwaltung
 - Finanzen
 - Regional- und Stadtentwicklung
- Forschungseinrichtungen, wie z. B. Universitäten, Fachhochschulen
- Kommunale Einrichtungen, wie z. B. Schule, Kita, Kindergarten, Jugendeinrichtungen, Seniorentreffpunkte, Seniorenservicebüros, Pflegestützpunkte, Servicestellen für Migration, Ehrenamtskoordination, Beratungsstellen, Sozialdienste, Stadtteilbüros, Quartiersmanagement
- Bürgervertretungen, wie z. B. Seniorenvertretungen, Elternvertretungen
- Freie Träger
- Religionsgemeinschaften
- Vereine
- Gewerkschaften
- Selbsthilfe
- Initiativen
- Wohlfahrtsverbände
- Verbraucherschutz

Abbildung 4: Fachbereiche und Organisationen für eine mögliche „AG Kontextcheck“



2.3. BEDARFSANALYSE

Ziele der Phase:

- Sie haben ggf. eine Recherchearbeit in der wissenschaftlichen Literatur durchgeführt.
- Sie haben ein kommunales Profil erstellt.
- Sie haben eine Bestandsaufnahme von Angeboten zusammengestellt.
- Sie haben ein (potenzielles) Netzwerk analysiert.

Mögliche Hilfsmittel: werden in den Teilarbeitsschritten aufgeführt

In der Bedarfsanalyse werden konkrete objektive Daten erhoben oder zusammengestellt, die z. B. Rückschlüsse auf die Bevölkerungszusammensetzung, Versorgungsquantität und -qualität, die Nahraumgestaltung, bestimmte Risikofaktoren, Krankheitshäufungen oder prekäre Verhältnisse zulassen.

Man kann bei der Erhebung von Bedarfen nach vier verschiedenen Bedarfsformen unterscheiden:

- **Normative Bedarfe** werden durch Gesetze und Richtlinien vorgegeben (z. B. Praxissitze pro Einwohnerzahl).

- Ein **relativer Bedarf** kann durch Vergleiche erstellt werden (z. B. durch Orientierung an Best Practice-Kriterien, Vergleiche von Stadtteilen).
- Eine Personengruppe kann einen **demonstrierten Bedarf** aufweisen, indem z. B. Angebote durch hohe Nachfrage ausgebucht sind.
- Bedarfe müssen nicht immer aktuell spürbar sein, sondern können sich durch vorhersehbare Entwicklungen und Prognosen ergeben (**zukünftige Bedarfe**) (Vgl. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 2015).

Hinweis: Recherche wissenschaftlicher Literatur

Bei einer eingegrenzten Analyse können Sie Bedarfe auch durch die Beschreibung von Problemlagen in der wissenschaftlichen Literatur oder aktuellen Studienergebnisse ergänzen. Mögliche Datenbanken dazu sind neben Fachzeitschriften und Fachliteratur z. B.:

- | | |
|---|---|
| • scholar.google.de | • link.springer.com |
| • pubmed.de | • Gbv.de |
| • dimdi.de | • rki.de |
| • medknowledge.de | • gesundheitsliche-chancengleichheit.de |
| • difu.de/informationsdienste | • bibnet.org |
| • cochrane.org | • dip.de/datenbank-wise |

Weitere gelistet z. B. unter:

- www.zhaw.ch/de/hochschulbibliothek/recherchehilfe-kurse/fachinformation-gesundheit/fachdatenbanken-gesundheit
- www.zpid.de/redact/category.php?cat=534
- www.euro.who.int/en/data-and-evidence
- www.livivo.de



2.3.1. DATENPROFIL

Ziele der Teilphase:

- Sie haben reflektiert, welche Daten Sie benötigen und was Sie mit diesen deutlich machen möchten.
- Sie haben sich mit anderen Fachbereichen ausgetauscht und sich informiert, ob und wo diese Daten verfügbar sind.
- Sie haben ggf. Vergleiche gezogen oder auch neue Daten zusammengestellt.
- Mittels eines deskriptiven Zugangs wurde die Ausgangslage geschildert und besondere Bedarfe herausgestellt oder auch gesichert, dass durch die Daten kein Bedarf ersichtlich ist.
- Sie haben ggf. weitere Erhebungsmethoden (siehe Tabelle 1, S. 20/21) hinzugezogen.
- Sie konnten durch das Profil eine gute Übersicht über die Datenlage erhalten und können ggf. die Ausrichtung von Kontextcheck feinjustieren

Mögliche Hilfsmittel: Hinweise zur Profilerstellung (S. 45)

Bedarfe in den Kommunen können durch die Beschreibung und den Vergleich kommunaler Daten z. B. aus der Kommunalstatistik, der Gesundheits- und Sozialberichterstattung oder der Einschulungsuntersuchung verdeutlicht werden. Die Darstellung in Abbildung 5 stellt mögliche Daten vor, welche in einer Kommune erhoben werden können, um ein Profil zu erstellen. Die Ergebnisse liefern erste Hinweise auf mögliche Handlungsbedarfe der Prävention und Gesundheitsförderung. Ein deskriptiver Zugang zu diesen Daten ist meist ausreichend. Die Erhebung ist untergliedert in demografische Basisdaten, Ge-

sundheits- und Sozialdaten, Versorgungsstrukturen und die Analyse des Nahraums/kommunalen Assessments. Die detaillierte Übersicht und Checkliste mit möglichen Datenquellen ist im Anhang auf Seite 45 zu finden. Je nach Ausrichtung der Gesamtanalyse können auch weitere Daten hinzugezogen oder einzelne Parameter ausgelassen werden. Bei letzterem sollte allerdings darauf geachtet werden, dass ein Profil der Stadt, der Gemeinde oder des Landkreises erhalten bleibt und sich einige Variablen untereinander kausal beeinflussen.



Demografische Basisdaten

Bevölkerungszahlen und -entwicklung, Alten- und Jugendquotient, Altersstruktur der Bevölkerung, Wohnfläche pro Kopf, Geburtenrate/Sterbefälle, Zu-/Wegzüge, Gibt es Trends?



Versorgungsstrukturen

Nahversorgung (Supermarkt, Post etc.), Apotheken, Allgemein- und Fachärzt*innen, Kliniken, Ambulante Versorgungseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen, Selbsthilfegruppen, Sportangebote, Jugendzentren, Kindergärten, Kitas, Schulen, Berufsschulen, Universitäten etc.

Gesundheits- und Sozialdaten

Familienstrukturen/Wohnzusammensetzung, Arbeitslose, Pflegebedürftigkeit, Behinderungen, Schulabschlüsse und Schulabgänger*innen, Gesundheitszustand lt. Einschulungsuntersuchung, Räumliche Ballung vulnerabler Gruppen? Gibt es Trends?



Nahraum

Öffentliche Verkehrsmittel, vielbefahrene Straßen, verkehrsberuhigte Zonen, Feinstaub- und Lärmbelastung, Unfälle im Straßenverkehr, bewegungsfördernde Infrastruktur, Rad- und Fußwege, Barrierefreiheit, öffentliche Toiletten, Sitzbänke etc.



Abbildung 5: Daten für die Profilerstellung

Einige Prüffragen dazu lauten:

- Welche Daten benötigen wir gemäß der Ausrichtung und Zielsetzung der Analyse?
- Was möchten wir mit diesen Daten aufzeigen? Wozu können sie nützlich sein?
- Welche Daten beeinflussen sich wechselseitig und sollten deshalb aufgenommen werden (z. B. Sozialhilfebezug von Eltern oder Alleinerziehenden bei der Bedarfsanalyse von Kindern)?
- Welche Versorgungsstrukturen oder Einflussfaktoren durch den Nahraum können für unsere Dialoggruppe Auswirkungen auf Gesundheit und Risikofaktoren haben, z. B. Bewegungsmöglichkeiten,

Umweltbelastung oder Mobilität im ländlichen Raum?

- Liegen uns entsprechende Daten eventuell bereits vor? Haben wir in anderen Fachbereichen danach gefragt? Können wir auf Daten auf Landesebene oder vergleichbarer Kommunen zurückgreifen an Stelle einer aufwendigen Neuerhebung (Vgl. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 2015)?

In Tabelle 1 finden Sie weitere Optionen der Erhebung, welche nicht zwingend durchgeführt werden müssen, bei Bedarf das Bild jedoch gut ergänzen können.

Tabelle 1: Weitere mögliche Prüfbereiche für das Datenprofil
(Vgl. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 2015)

Prüfbereich	Quelle und Kurzbeschreibung
Barrierefreiheit	Diverse Arbeitshilfen und Checklisten, z. B. für Gehwege, Verkehrs- und Außenanlagen, Wohnräume etc. finden Sie unter: www.barriere-frei-planen.de/niedersachsen Eine Checkliste zur Gebäudeprüfung finden Sie unter: www.lash-nrw.de/checkliste_barrierefrei_bewegen.pdf
Lebenszufriedenheit und Lebensqualität	Die deutschsprachige Kurzversion des WHO Quality of Life Questionnaire finden Sie unter: Angermeyer, M. C., Kilian, R., Matschinger, H. (2000): WHOQOL-100 und WHO-QOL-Bref. Handbuch für die deutschsprachigen Versionen der WHO-Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität. Göttingen: Hogrefe. Erhältlich auf Anfrage auch unter: www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en
Bedarfe und Angebotsplanung	Das schweizerische nationale Kompetenzzentrum Radix hat in Kooperation mit der Suchtpräventionsstelle Zürcher Oberland partizipative Instrumente zur Ermittlung von Risiken und Potenzialen zur Bedarfsbestimmung und Angebotsplanung entwickelt: www.radix.ch/Gesunde-gemeinden/bedarfserhebungch/Arbeitsinstrumente/PyLJq/?&lang=de
Fußgängerfreundlichkeit	Die Prüfliste Fußgängerfreundlichkeit (Walkability Checklist) kann im Rahmen von Stadtteilspaziergängen ihren sinnvollen Einsatz finden: www.uni-due.de/imperia/md/content/staedtebau/walkability_checkliste_iss_aktualisiert.pdf Mit dem Fragebogen zur Messung fußgängerfreundlicher Wohnumgebung (NEWS-G), der deutschen Fassung der Neighbourhood Environment Walkability Scale (NEWS), können Sie die Gehfreundlichkeit von Quartieren beurteilen: www.ipenproject.org/documents/methods_docs/Surveys/NEWS_German.pdf

Veränderungsbereitschaft in Organisationen	Die deutschsprachige Version des Organizational Readiness for Implementing Change (ORIC) von W. Schlicht können Sie z. B. zur Ermittlung der Veränderungsbereitschaft in der kommunalen Verwaltung einsetzen: www.gesundheitsamt-bw.de/SiteCollectionDocuments/01_Themen/Gesundheitsfoerderung/Gesund_aufwachsen_und_leben/Fragebogen%20zur%20Ermittlung%20der%20Veraenderungsbereitschaft.pdf
Kommunales Gesundheitsassessment	Eine kombinierte Form der Basisdatenanalyse und Ermittlung von Lebensbedingungen und gesundheitsbezogenen Angeboten finden Sie in dem Instrument des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg: www.gesundheitsamt-bw.de/SiteCollectionDocuments/01_Themen/Gesundheitsfoerderung/Gesund_aufwachsen_und_leben/Kommunales%20Gesundheitsassessment.pdf
Kommunale Strukturen und Ressourcen	Die Checkliste prüft, inwieweit das Handlungsfeld Prävention und Gesundheitsförderung in der Kommune verankert ist, welche Ressourcen (Fachkompetenz, Personal, Budget etc.) dafür zur Verfügung stehen, wie die Zusammenarbeit innerhalb und zwischen den Gemeinden funktioniert und wie Partizipation und Teilhabe der Bürger*innen ausgestaltet sind: www.gesundheitsamt-bw.de/SiteCollectionDocuments/01_Themen/Gesundheitsfoerderung/Gesund_aufwachsen_und_leben/Checkliste%20zur%20Analyse%20kommunaler%20Strukturen%20und%20Ressourcen.pdf
Netzwerkpartner	Eine gute Hilfestellung zur Reflexion möglicher Netzwerkpartner bietet das Handbuch des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg: www.gesundheitsamt-bw.de/lga/DE/Themen/Gesundheitsfoerderung/gesundleben/Seiten/Arbeitsmaterialien.aspx
Migrationsperspektive, Genderperspektive	Diese Checklisten überprüfen Projekte dahingehend, ob sie gendersensibel oder migrationssensibel konzipiert und umgesetzt werden: www.quint-essenz.ch/de/sections/1



2.3.2. BESTANDSAUFNAHME

Ziele der Teilphase:

- Sie haben innerhalb der „AG Kontextcheck“ Akteur*innen und Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung gesammelt und in den Checklisten vermerkt.
- Sie haben dies durch den Austausch mit anderen Fachbereichen und der Befragung von weiteren Expert*innen bis zu einer gewissen Sättigung ergänzen können.
- Recherchierte Angebote wurden in dem Arbeitsblatt Bestandsaufnahme beschrieben und optional wurden im kollegialen Austausch Verbesserungsvorschläge erarbeitet.
- Sie haben anhand der Checkliste Tätigkeitsfelder die bestehende Angebotslage hinsichtlich ihrer Lücken oder auch Dopplungen reflektiert. Dieser letzte Schritt kann jedoch erst im Kapitel 2.5. vollständig abgeschlossen werden, wenn weitere Erkenntnisse einbezogen werden können, z. B. die Bedürfnisanalyse.

Mögliche Hilfsmittel:

- Reflexionsliste Akteur*innen (S. 50)
- Checklisten Tätigkeitsfelder (S. 63)
- Angebotssortierung nach dem Modell der Lebenslagen (S. 70)
- Bestandsaufnahme Angebotsbeschreibung (S. 71)
- Optionale Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen (S. 72)
- Leitfaden Expert*inneninterview (S. 74)

Bei der Bestandsaufnahme wird das Wissen über bestehende Angebote und Strukturen der Kommune sowie deren Ausgestaltung vertieft. Dadurch können z. B. Angebotslücken oder Doppelstrukturen aufge-

deckt werden. Als Hilfsmittel für diese umfassende Aufgabe stehen Ihnen verschiedene Instrumente (s.o.) zur Verfügung.

Hinweis: Erstellung von Wegweisern

Aus der Bestandsaufnahme könnte gemeinsam mit der Netzwerkanalyse ein kommunaler Wegweiser für Prävention und Gesundheitsförderung entstehen. Ansprechpartner*innen und Kontaktadressen werden in diesem Schritt ja bereits recherchiert, ggf. könnten weitere interessante Variablen hinzugezogen werden, wie z. B. Uhrzeit, Wochentag, Ort, Kosten und Anmeldungsnotwendigkeit. Sie sollten dabei an eine Einverständniserklärung für die Veröffentlichung von Kontaktdaten denken. Idealerweise formulieren Sie ein erklärendes Anschreiben und fügen einen frankierten Rücksendeumschlag bei postalischer Abfrage bei.

Recherche von Angeboten

Zu Beginn bietet sich ein intensives Brainstorming zu Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung innerhalb der „AG Kontextcheck“ an. Halten Sie sich an die vorher abgestimmten Kriterien zur Suche, damit diese nicht ausufert. Natürlich können Sie diese im Zuge der praktischen Arbeit auch noch nachbessern oder abwandeln. Wenn das Wissen der Arbeitsgruppe Kontextcheck erschöpft ist (wahlweise auch durch ergänzende Internetrecherche), stellen Sie sicher, dass Sie mit allen Fachbereichen in Ihrer Kommune gesprochen haben, ob dort weitere Kenntnisse über kommunale Projekte bestehen. Dies kann z. B. auf informellem Weg geschehen, durch gezielte Telefongespräche oder eine Einladung zur Arbeitsgruppe. Es kann auch sinnvoll sein, weitere Expert*innen dazu

Welche Form von Angeboten möchten wir recherchieren (z. B. Regelversorgung, kontinuierliche Angebote, Projekte, Programme)?

zu befragen. Leitfragen dazu befinden sich im Anhang unter Leitfaden Expert*inneninterview S. 74. Haben Sie durch verschiedene Kombination und Auswahl der Methoden eine gewünschte Sättigung erreicht, kann die Reflexionsliste Akteur*innen (S. 50) zum Aufdecken von blinden Flecken genutzt werden: In ihr werden verschiedene mögliche Akteur*innen, Organisationen, Vereine und Initiativen aufgelistet, welche im Feld der Prävention und Gesundheitsförderung der jeweiligen Dialoggruppe tätig sind. Die Reflexionsliste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, da die Akteurslandschaft von viel Bewegung und Wandel geprägt ist. Sie dient ausschließlich als Reflexionsanregung und kann bereits in einem früheren Stadium der Recherche zur Hilfe hinzugezogen werden.

Wie weit fassen wir im Rahmen der Recherche inhaltlich die Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung (z. B. kulturelle und soziale Angebote inklusive)?

Die jeweiligen Maßnahmen können **verhältnis- oder verhaltensorientiert** sein. Verhältnisbezogene Maßnahmen beeinflussen die Lebenswelten der Dialoggruppen. Diese können zum Beispiel das Wohnumfeld betreffen wie z. B. Grünflächen und attraktive Bewegungsräume oder auch Settings wie Kindergarten, Schule, Arbeitsplatz und viele mehr. Auch gute Nahverkehrsverbindungen für eine gewährleistete Mobilität und Selbstständigkeit, sichere Fahrradwege oder abgesenkte Bürgersteige können die Basis für eine gute Lebensqualität und Aktivität im Alltag darstellen. Einfluss auf das Verhalten kann z. B. durch Kurse oder Beratungsangebote, Aufklärung und Informationen genommen werden. Da das neu erlernte Verhalten jedoch in der individuellen Lebenswelt umgesetzt werden muss, ist es wichtig, nach Möglich-

Was möchten wir mit der Angebotssammlung darstellen? Wofür wollen wir sie verwenden?

keit die Lebenswelt dementsprechend gesundheitsförderlich umzugestalten. In einer solchen kombinierten Form lassen sich Maßnahmen und Projekte deutlich effektiver gestalten und Ergebnisse langfristig sichern (Vgl. Walter & Sterdt 2012).

Hinweis: Weitere Möglichkeiten zur Nutzung der Reflexionsliste Akteur*innen (S. 50)

Durch die Listung werden auch Anregungen gegeben, welche Kooperationen z. B. für zukünftige Projektinitiativen eingegangen werden können oder welche Ansprechpartner*innen für die Aufnahme in die Arbeitsgruppe Kontextcheck oder für Expert*inneninterviews noch relevant sein könnten, z. B. durch die Thematik, die erreichten Personen in den Projekten oder besondere Netzwerke.

Dokumentation von Angeboten

Die Checklisten Tätigkeitsfelder (S. 63) der Prävention und Gesundheitsförderung können ebenfalls zur Reflexionsanregung bei der Suche von Angeboten und dem Aufspüren von blinden Flecken behilflich sein. Auch diese Liste kann aufgrund der Vielfalt und Spezifität von Angeboten keine Vollständigkeit für sich beanspruchen. So können Sie gerne weitere Tätigkeitsfelder aufnehmen oder bei entsprechender Analyseengrenzung streichen. Sie ist in erster Linie

als Orientierungsrahmen zur Sortierung von Angeboten konzipiert.

Beispielhaft ist in Tabelle 2 ein Ausschnitt der Checkliste Tätigkeitsfelder (S. 67) der Prävention und Gesundheitsförderung bei älteren Menschen dargestellt, bei dem fiktiv mögliche Eintragungen vorgenommen wurden. Dieser wird nachfolgend erläutert.

Hinweis: Alternative Angebotssortierung nach dem Modell der Lebenslagen

Als Alternative für ein weit gefasstes Verständnis von Prävention und Gesundheitsförderung finden Sie im Anhang auch eine Vorlage für die Sortierung nach dem Modell der Lebenslagen. In dieser können bestehende Angebote nach ihrem kulturellen, sozialen, materiellen und gesundheitlichen Förderhintergrund unterteilt und beispielsweise nach Alter der Dialoggruppe untergliedert werden (S. 70).

Tabelle 2: Beispielhafte Bearbeitung eines Ausschnitts der „Checkliste Tätigkeitsfelder“

Tätigkeitsfelder der Prävention und Gesundheitsförderung bei älteren Menschen	Recherchiert & Reflektiert?	Projektverweise & Anmerkungen
Gesunde Ernährung (z. B. Essen auf Rädern)	✓ ●	- gemeinsame Kochabende - kostenfreie Informationsveranstaltungen Volkshochschule (VHS)

Bewegungsförderung (z. B. Ausdauertraining bei Herz-Kreislaufkrankungen, Sturzprävention durch Kräftigung und Koordinations-/ Gleichgewichtstraining)	✓ ● ✓ ●	- wahrgenommene Lücke bei Älteren mit Gehhilfen oder Rollstuhl - diverse Angebote im Verein (verschiedene Angebotsformen, Leistungsebenen, Inhalte), Fitnessstudios (relativ hohe Mitgliedspreise), über Krankenkasse abrechenbare Osteoporose-/ Sturzprävention, Herz-Gruppe (keine weitere Begutachtung, Angebot scheint umfassend, niedrigschwellig) - Sanierung des Stadtteilparks (barrierefrei, ausreichende Bänke, öffentliche Toilette)
Zahngesundheit (positive Beeinflussung von Ernährung und Sprache)	✓ ●	- Zahnmobil für aufsuchende Versorgung - Weiterbildungsveranstaltungen für den Bereich Pflege und Zahngesundheit
Impfungen (z. B. Grippe)	✓ ●	Informationskampagne der Hausärzt*innen und Bewerbung von regelmäßigen Impfpassüberprüfungen über Marburger Bund
Wohnformen (z. B. Barrierefreiheit, Ambient Assisted Living, Mehrgenerationenhäuser, Senior*innen-Wohngemeinschaften, Senior*innen-Student*innen-WG, Sicherheitssysteme für den Notfall, Beratungsangebote)	✓ ●	- Keine unabhängige, ganzheitliche Beratung, keine bestehenden Projekte zu Wohngemeinschaften oder generationsübergreifendem Wohnen - Einzelangebote gewerblicher Anbieter
Förderung der sozialen Interaktion (z. B. Netzwerke, Nachbarschaftshilfe, Begegnungsstätten, Cafés)	✓ ●	- Projekt Kaffeerunde - Teilbepflanzung des Stadtteilparks s.o. in ehrenamtlicher Arbeit

● = Genauer analysieren! Dringlicher Handlungsbedarf nach oberflächlicher Sichtung

● = Gegebenenfalls nachprüfen, evtl. vorhandene Angebote könnten ausgebaut oder ergänzt werden

● = Angebotslage scheint nach oberflächlicher Sichtung gut aufgestellt zu sein

Bei der Recherche sollten Sie in der rechten Spalte (Projektverweise und Anmerkungen) bereits Vermerke machen, wenn bestehende Maßnahmen ausfindig gemacht werden können. Die Anmerkungen können dann direkt auf die ausführlichen Notizen und Hintergrundinformationen der Angebote verweisen, welche Sie in dem Arbeitsblatt Bestandsaufnahme Angebotsbeschreibung (S. 71) ausführen. Es können inhaltliche Überschneidungen bei der Einordnung in die Tabelle auftreten, notieren Sie daher das jeweilige Angebot unter verschiedenen Tätigkeitsfeldern und beschreiben Sie es insgesamt in einem Blatt der Angebotsbeschreibung. Wenn die Recherche in einem großen Gebiet sehr umfassend ist, können Sie nach einer groben Sichtung der Angebotsstruktur auch eine Priorisierung vornehmen. Mittels Ampelsystem machen Sie deutlich, in welchem Tätigkeitsfeld als erstes genauer recherchiert und analysiert werden müsste und wo augenscheinlich der dringlichste Handlungsbedarf besteht. So erhält man einen groben Überblick, um dann gezielt ins Detail zu gehen.

**Sind Lücken berechtigt?
Brauchen wir an dieser Stelle tatsächlich
keine Angebote?
Wo liegen aktuell unsere Prioritäten?**

Durch die Vermerke in der Checkliste Tätigkeitsfelder (S. 63), siehe Tabelle 2, erhalten Sie bereits einen groben Überblick darüber, wo in Ihrer Kommune Angebotslücken oder Überangebot bestehen. Vorerst sind diese Aussagen allerdings neutral zu bewerten: Wenn Tätigkeitsfelder in der jeweiligen Kommune nicht abgedeckt werden, sollten Sie diskutieren, ob Bedarfe und Bedürfnisse der Dialoggruppe Angebote in diesem Bereich fordern oder diese in der Kom-

mune tatsächlich nicht bestehen. Bei vorhandenen Projekten und Angeboten im jeweiligen Tätigkeitsfeld muss weiterhin geprüft werden, welche Dialoggruppe (z. B. verschiedene Altersgruppen oder soziale Gruppen) sie ansprechen und auch tatsächlich erreichen. So kann es beispielsweise vorkommen, dass viele Angebote für gesunde Ernährung bestehen, diese jedoch ausschließlich für die Altersgruppe der 10- bis 15-Jährigen konzipiert sind. Somit bestehen wiederum Lücken für andere Altersgruppen. Eine endgültige Beurteilung ist erst am Ende der Analyse möglich, da zu diesem Zeitpunkt Informationen über Bedürfnisse vorliegen.

Die **Qualität der einzelnen Projekte** kann optional mit Hilfe der Good Practice-Kriterien des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit im kollegialen Austausch beurteilt werden. Dabei ist es entscheidend, dass der kollegiale Austausch die Atmosphäre bestimmt und es nicht zu einem Konkurrenzdenken und Existenzängsten bei den jeweils Zuständigen kommt. Auch Angebote mit z. B. einer geringen Partizipationsstufe sind wichtig für die Kommune, wenn diese sinnvoll koordiniert und in das Gesamtsetting eingebunden sind. Anhand der Kriterien können Sie direkt mögliche Verbesserungsvorschläge für die einzelnen Angebote ableiten und in dem entsprechenden Feld notieren (Bestandsaufnahme Angebotsbeschreibung, S. 71). So können Sie Handlungsbedarfe zur Qualitätssicherung und Nachhaltigkeit der einzelnen Programme aufdecken und initiieren.

Eine vereinfachte Alternative ist die Suche nach bestehenden Projekten in Datenbanken (siehe Tabelle 3). Dort werden Projekte zum Teil anhand von Qualitätskriterien überprüft oder genau beschrieben. So können einige Arbeitsschritte wie z. B. die Suche nach Projektdetails und Bewertung erleichtert werden. Es gibt natürlich weitere (kommunale) Datenbanken, welche an dieser Stelle jedoch nicht vollständig gelistet werden können.

Tabelle 3: Projektdatenbanken mit Qualitätsbeurteilung

die initiative schafft Transparenz über die Qualität von Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Schulen und Kindertageseinrichtungen. www.dieinitiative.de/die-initiative/leitstrategien
Der Landespräventionsrat Niedersachsen beschreibt und sammelt Projekte, welche zur Entwicklung des Schulwesens beitragen und Schüler*innen sowie Lehrkräfte gesund erhalten. www.lpr.niedersachsen.de/nano.cms/ministerien?XA=details&XID=261
Die Grüne Liste Prävention empfiehlt anhand festgelegter Kriterien Präventionsprogramme. www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information
Das Forum Gesundheitsziele Deutschland sammelt in seiner Projektdatenbank Hinweise auf wichtige Akteur*innen aus den verschiedenen Schwerpunkten der Prävention und Gesundheitsförderung. www.gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?__cms_page=umsetzung
In Form beschreibt Angebote, welche auf Ernährungs- und Bewegungsverhalten Einfluss nehmen. www.in-form.de/profiportal/projekte/projekte/projektdatenbank.html
Die Projektdatenbank zur Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung in NRW stellt qualitätsgesicherte Maßnahmen vor, sodass diese Ansätze transparent gemacht und verbreitet werden können. www.lzg.nrw.de/praevention/dist/index.php
Die Projektdatenbank der Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung enthält Beschreibungen von Projekten, welche durch den BMBF-Förderschwerpunkt nachhaltige Präventionsforschung unterstützen. www.knp-forschung.de/?uid=7873b1e5d39f24b62f7dcb79d90aa391&id=recherche
Der Deutsche Bildungsserver stellt Projekte und Programme für den Elementarbereich zusammen. www.bildungsserver.de/Projektdatenbanken-sammlungen-Elementarbildung--4816.html



2.3.3. NETZWERKANALYSE

Ziele der Teilphase:

Analyse eines potenziellen Netzwerks

- Sie haben überprüft, ob es zusätzlich zu den im vorherigen Schritt in Erfahrung gebrachten Akteur*innen weitere mögliche Netzwerkpartner*innen gibt.
- Sie haben analysiert, wer für eine Netzwerkarbeit notwendig sein könnte.
- Sie haben hemmende und förderliche Faktoren für Ihr potenzielles Netzwerk diskutiert.
- Die Zielsetzung und Funktion des potenziellen Netzwerks wurden besprochen.

Analyse eines bestehenden Netzwerks

- Sie haben überprüft, wie nah verschiedene Netzwerkteilnehmende gemeinsam an Zielen arbeiten.
- Sie konnten Handlungsempfehlungen ableiten, wie sich diese Netzwerkarbeit verbessern könnte.
- Sie haben hemmende und förderliche Faktoren in dem Netzwerk analysiert.
- Zielsetzung und Funktion des Netzwerks sind definiert.

Mögliche Hilfsmittel: Zielscheiben Soziogramm (übertragen auf Metaplanwand)

Netzwerke sind die nicht physischen Räume, in denen sich Menschen in der Kommune sowie Akteur*innen der Prävention und Gesundheitsförderung bewegen und begegnen. Spieckermann bezeichnet diese „virtuelle Dimension des Sozialraums (...) als das Sozialkapital der Akteure“ (Vgl. Spieckermann 2015). Dieses Sozialkapital muss bekannt sein, damit es optimal genutzt werden kann. Mit der Netzwerkanalyse lassen sich Wege und Muster der Kommunikation und Interaktion, sowie deren Lücken aufdecken. Daraus wiederum können Sie Störfaktoren identifizieren und gezielte Handlungsstrategien entwickeln.

Merkmale von Beziehungen oder Kontakten können unterschiedlich ausgeprägt sein: Sie können sich inhaltlich, in der Intensität (Häufigkeit und Wichtigkeit), in der Qualität und der Form unterscheiden (z. B. aus schriftlicher Rückmeldung, informellem Austausch, Fallkonferenzen, gerichtet oder ungerichtet). Die Netzwerke können somit auch unterschiedliche Funktionen erfüllen, wie z. B. Informations- und Ressourcenaustausch, Strategieplanung und gemeinsame Umsetzung, Ausdruck von Macht- oder Gefühlsbeziehungen (Freundschaft, Respekt usw.) (Vgl. Jansen 2016).

Hinweis: Ein- und Ausschlusskriterien zur Netzwerkanalyse

Vor der Netzwerkanalyse ist es wichtig, das Netzwerk sowie **Ein- und Ausschlusskriterien genau zu definieren**. Wird dies nicht berücksichtigt, übersteigt eine Analyse schnell die vorgesehenen Ressourcen und wird sehr umfassend.

Kriterien sind z. B.:

- Lokale Begrenzung auf Stadtteile, innerorts, Umland, Landkreis
- Untersuchung von Institutionen und deren Vertreter*innen oder gesonderte Betrachtung einzelner Angestellter
- Festlegen von Netzwerkebenen z. B. beruflicher Kontakt, enge Zusammenarbeit, privater Kontakt, affektive Beziehung, Mitgliedschaft, konkrete Interaktion
- Ggf. Auswahl einer Stichprobe, wenn die Grundgesamtheit aller am Netzwerk beteiligten Personen bereits bekannt ist

Im Zuge des Prozesses ist meist die Analyse eines (potenziellen) Gesamtnetzwerks von Akteur*innen zu einem bestimmten Thema relevant. Der Ablauf wird im Folgenden beschrieben.

Bei der vorherig beschriebenen Bestandsaufnahme haben Sie bereits einige mögliche Netzwerkpartner*innen identifiziert und Akteur*innen in dem jeweiligen Feld der Gesundheitsförderung recherchiert.

Ergänzen Sie die Liste bei Bedarf. Eine einfache und praktikable Methode der Netzwerkanalyse stammt von C. Gilles (angelehnt an LVR-Landesjugendamt Rheinland 2009). Diese Methode verwendet das Zielscheiben-Soziogramm, in welches (potenzielle) Netzwerkteilnehmende aus subjektiver Sicht einsortiert werden. Dabei können Sie sich folgende Fragen stellen (Tabelle 4):

Tabelle 4: Übersicht grundlegender Fragestellungen zur Netzwerkanalyse

Bestehendes/Potenzielles Netzwerk
Welche Akteur*innen arbeiten gegenwärtig in einem Netzwerk mit? Welche Akteur*innen sollten dort mitarbeiten?
In welchem Maße beteiligen sich Akteur*innen am Erreichen der Netzwerkziele? Oder wie könnten sich diese zukünftig beteiligen? Eine Rolle können z. B. zeitliche und finanzielle Ressourcen, Motivation und institutionelle Rahmenbedingungen spielen.
Wie ist die Intensität der Beteiligung zu bewerten? Wie sollte diese ausgeprägt sein?

2.3. BEDARFSANALYSE

Dabei tragen Sie, wie in Abbildung 6 exemplarisch gezeigt, relevante Akteur*innen eines (potenziellen) Netzwerks in die Felder am Rand der Zielscheibe ein. Die Unterteilungen der Zielscheibe sind entsprechend gleich der Anzahl (potenzieller) Netzwerkpartner*innen, empfohlen werden maximal 12. Anschließend können Sie durch die Nähe zur Kreismitte deutlich machen, wie eng oder wie distanziert die Zusammenarbeit aktuell ist.

Dabei kann gekennzeichnet werden:

- Welche Qualität hat die Zusammenarbeit Ihrer Meinung nach (positiv=**grüne** oder negativ=**rote** Färbung des Sterns)?

- Welche Nähe/Distanz sollte die Zusammenarbeit wünschenswerter Weise in Zukunft haben, um besser an dem gemeinsamen Ziel zu arbeiten (Pfeile in Richtung Kreismitte/-rand)?

Sie können diese Analyse in der Arbeitsgruppe gemeinsam durchführen und diskutieren. Führt man sie in Einzelarbeit durch, besteht zusätzlich die Möglichkeit, später die verschiedenen subjektiven Einschätzungen zu vergleichen.

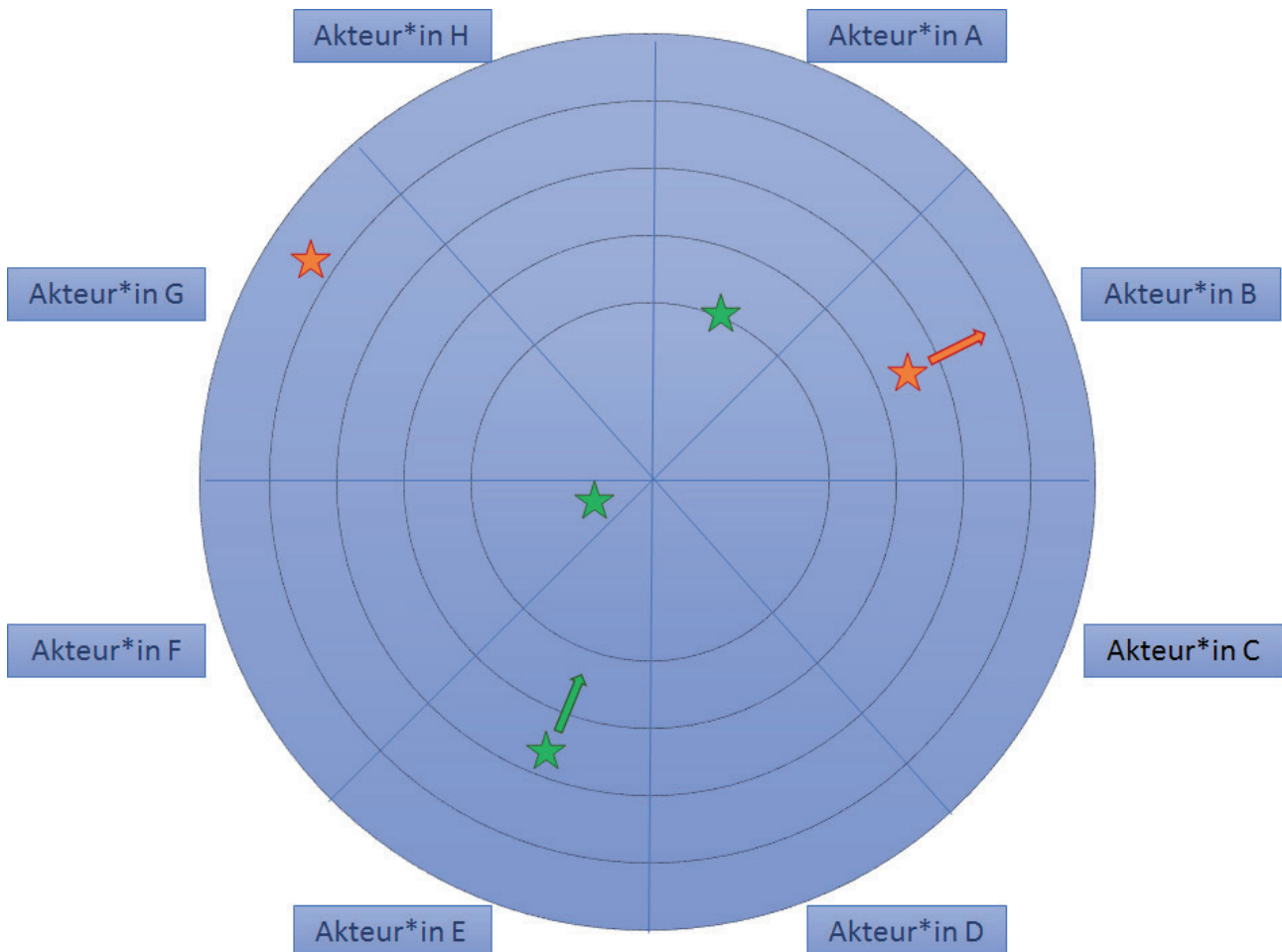


Abbildung 6: Beispielhafte Darstellung des Netzwerks (Nähe/Distanz und Qualität der Kontakte)

Ziele dieser Methode sind, sich zu verdeutlichen, mit wem zusammen zu einem Ziel gearbeitet wird bzw. werden könnte, wie die Qualität der Zusammenarbeit eingeschätzt wird, wie eng oder distanziert die Zusammenarbeit ist und ob dieser Zustand optimal oder zu verändern ist.

Bei diesem Vorgehen werden Sie automatisch hemmende und fördernde Faktoren in Institutionen oder Personen betreffend berücksichtigen. Fragen Sie sich, warum Sie die Zusammenarbeit als so positiv oder negativ bewerten. So können Sie an dieser Stelle eine Promotoren- bzw. Opponentenanalyse anschließen. Promotoren gelten als Meinungsführer*innen oder Schlüsselpersonen, um Ideen zu verbreiten oder Impulse für die Umsetzung zu geben. Im Rahmen der potenziellen Netzwerkanalyse können Sie somit erörtern, warum Sie bestimmte Organisationen und Personen in die Mitte der Zielscheibe gesetzt haben (Promotoren), was diese auszeichnet und welche

Eigenschaften sie für eine potenzielle Zusammenarbeit so wichtig machen. Dies können Eigenschaften sein, wie z. B. Verlässlichkeit, Offenheit und Toleranz gegenüber neuen Ideen, großes Engagement und ansteckende Begeisterung, Konstanz, Authentizität, Anerkennung durch Mitarbeitende sowie eine Vorbildfunktion (Vgl. Hausschildt & Gemünden 1999). Entgegengesetzt verhalten sich sogenannte Opponenten. Diese sperren sich gegen Entwicklungsprozesse und hemmen eher deren Fortschritt aufgrund von Willens- oder Fähigkeitsbarrieren. Während einer gemeinsamen Arbeit im Netzwerk können gute Promotoren Opponenten überzeugen. Fördernde und hemmende Eigenschaften in einem (potenziellen) Netzwerk zu analysieren und entsprechende Maßnahmen zu ergreifen (z. B. von guten Promotoren lernen, diese gezielt einbinden oder Barrieren durch Befähigung oder benötigte Ressourcen vermindern) kann die Zusammenarbeit deutlich erleichtern und effektiver (Vgl. Krems 2012).

Hinweis: Flexibilität und Vollständigkeitsanspruch bei Netzwerkanalysen

Wichtig ist bei der Analyse von Netzwerken, dass sie selten eine Vollständigkeit beanspruchen kann. Netzwerke befinden sich in einem ständigen Wandel und verändern sich alleine durch personelle Umbesetzungen. Das entstehende Modell sollte als flexibel und dynamisch betrachtet werden, sodass Veränderungen aufgenommen werden können.

Es muss darauf geachtet werden, dass über verwendete Begriffe die gleiche Definition und das gleiche Verständnis bei den Beteiligten besteht – man kann sich nicht über Sachverhalte austauschen, wenn man nicht von der gleichen Sache spricht!



2.4. BEDÜRFNISANALYSE

Bedürfnisse sind die subjektiv wahrgenommenen Wünsche von Menschen(-gruppen) und können somit ganz individuell ausfallen. Nicht immer decken sich die Bedürfnisse von Personen mit den wahrgenommenen oder erhobenen Bedarfen von Politik, Verwaltung oder Expert*innen. Damit Angebote so geplant werden, dass sie tatsächlich angenommen werden, sollten sie sich an den Wünschen der Dialoggruppe orientieren. Durch die Befragung der Gruppe oder Personen wird deutlich, welche Unterstützung, Angebote oder Gegebenheiten sie ihrer Meinung nach am dringendsten benötigen, um gesund zu bleiben. Man spricht von „Expert*innen ihrer eigenen Situation“. Diese Angaben richten sich dementsprechend nach subjektiven Theorien und Konzepten von Gesundheit und Krankheit. Einen Überblick über die Einflussfak-

toren liefert die Darstellung in Abbildung 7 (vertiefend in Faltermaier 2005).

Bedürfnisse können auf die verschiedensten Arten in Erfahrung gebracht und erhoben werden (siehe Abbildung 8). Je nach Dialoggruppe, Zielsetzung, Einschätzung kommunaler Expert*innen oder Vertreter*innen der Gruppe können passende Methoden ausgewählt werden. Sie sollten sich dabei überlegen, wie partizipativ Sie das Vorhaben gestalten möchten. Das heißt, Sie legen den Grad der Beteiligung (je nach Stufe der Partizipation, siehe Exkurs zu wichtigen Begrifflichkeiten und Zusammenhänge in der kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung, S. 78 ff.) an Entscheidungs-, Auswahl- und Umsetzungsprozessen fest. Durch Partizipation engagieren sich An-

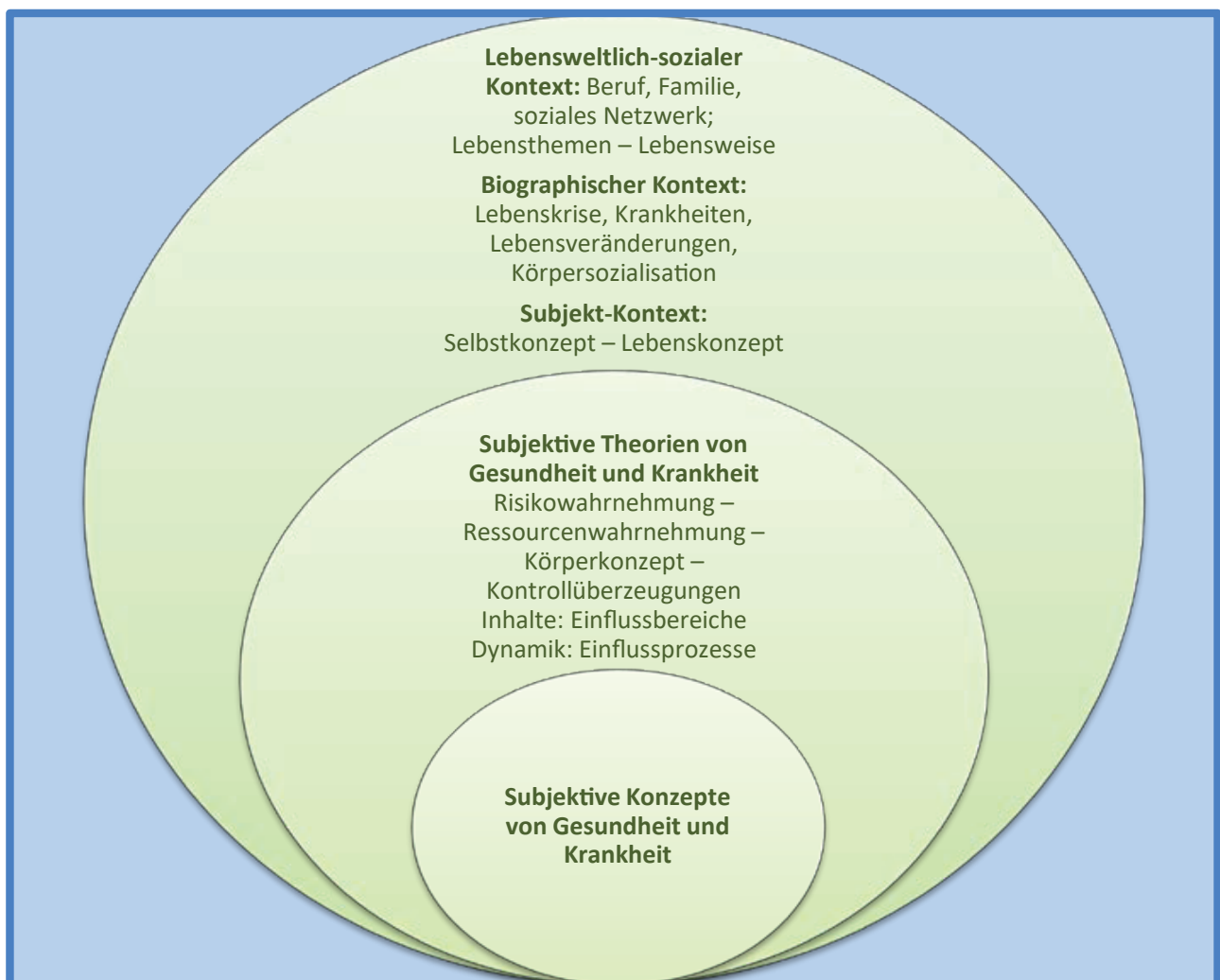


Abbildung 7: Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit (modifiziert nach Faltermaier, 2005)

gesprochene stärker, können aktiv mitarbeiten und für ihr Handeln Verantwortung übernehmen. Somit entsteht eine größere Akzeptanz für Aktivitäten, die entlang der tatsächlichen Bedürfnisse geplant sind. In der kommunalen Gesundheitsförderung müssen sich Strukturen, welche Partizipation ermöglichen, häufig erst entwickeln, sodass ein Prozess angestoßen wird, welcher teilweise auch langwieriger sein kann als der Top-Down-Ansatz (vertiefend z. B. unter www.partizipative-qualitätsentwicklung.de).

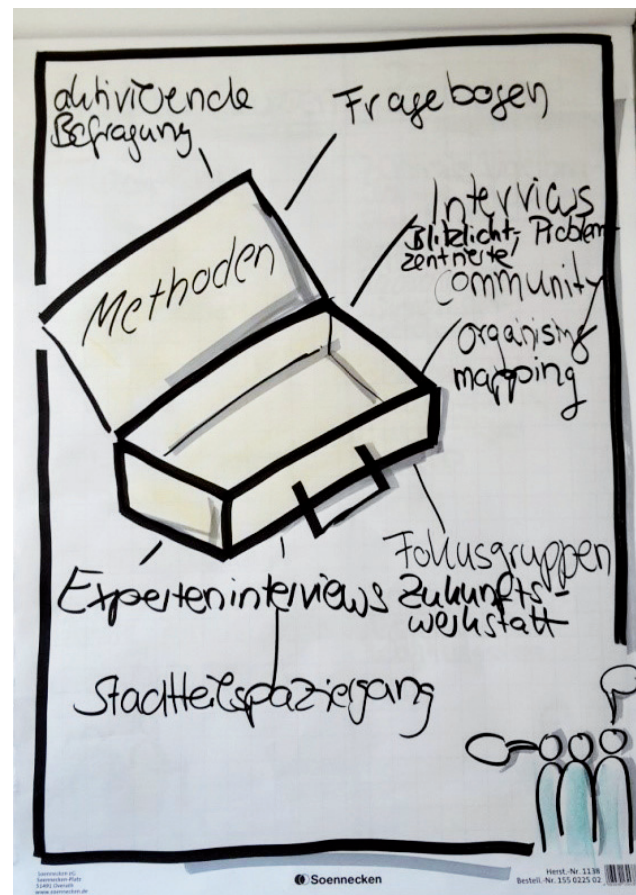


Abbildung 8: Methodenkoffer aus der Modellphase

Hinweis: Qualitative und quantitative Formen der Bedürfniserhebung

Je nach Zielsetzung der Bedürfniserhebung und der zu Verfügung stehenden Ressourcen kann sowohl ein qualitatives als auch ein quantitatives Erhebungsdesign geeignet sein. In der Praxis werden beide Ansätze häufig kombiniert. Exemplarische Vor- und Nachteile der Methodenwahl finden Sie bei den Learnings aus der Modellphase im Kapitel 3 (S. 39).

Die quantitative Erhebung geht der Frage „Wie viele einer Gesamtmenge?“ nach. Das bedeutet, man müsste auch die Gesamtheit z. B. der Menschen mit Migrationshintergrund oder zumindest eine ausreichend große (Zufalls-)Stichprobe erreichen und befragen.

Bei der qualitativen Erhebung geht es um die Fragen „Warum?“ oder „Wie?“ und man versucht durch eine gewisse Tiefe der Befragung, Hintergründe, Beweggründe und Meinungen zu erfahren. Für diese Methode benötigt man wenige und möglichst unterschiedliche Befragte, damit man viele verschiedene Perspektiven einholt und so eine „Sättigung“ erhält, das heißt z. B. verschiedene Herkunftsländer, Aufenthaltsstatus und Altersgruppen.

Einige ausgewählte Methoden der Bedürfnisanalyse werden im Folgenden kurz beschrieben. Die Auswahl einer geeigneten Methode bestimmt die „AG Kontextcheck“ unter Berücksichtigung der allgemeinen Zielsetzung und der zur Verfügung stehenden Ressourcen. Methoden können auch kombiniert oder abgewandelt werden, wenn sich zum Beispiel Terminabsprachen in der Gruppe schwierig gestalten.

Um Meinungen und Ansichten kommunaler Expert*innen oder der Dialoggruppe einzuholen, bietet sich das **Leitfadengestützte Interview** für eine Einzelbefragung oder eine Fokusgruppe als Diskussionsrunde an. Durch das Leitfadeninterview wird sichergestellt, dass bestimmte Themenbereiche abgedeckt werden, die Antworten somit relativ vergleichbar sind, aber auch Spielraum für Narrationen lassen. Das Interview als Methode konnte bereits in anderen Schritten der Analyse eingesetzt werden. Vorteile im Vergleich zu einer moderierten Fokusgruppe können eine größere Unbefangenheit und ein ausgeglichenes Zu-Wort-Kommen bei Viel-Redner*innen und zurückhaltenden Menschen sein. In der **Fokusgruppe** wird anhand von Thesen und Fragestellungen diskutiert. Durch die Gruppenmethode werden Teilnehmende angeregt, verstärkt zu interagieren und erhalten dazu Impulse von anderen. Zu den Rahmenbedingungen

Wer könnte Expert*in sein? Je nach Zielsetzung sind das Personen, die...

- sich in der Kommune, dem Stadtteil etc. gut auskennen,
- einen guten Überblick über Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung haben,
- besondere Erfahrungen in der praktischen Arbeit haben und/oder
- der Dialoggruppe angehören.

und möglichen Fragestellungen erhalten Sie im Anhang nähere Informationen (Leitfaden Expert*inneninterview (S. 74) und Hinweise zur Durchführung von Fokusgruppen (S. 76)).

An dieser Stelle werden Expert*innen befragt, um Einblicke zu erhalten, welche Bedürfnisse sie haben, um gute Arbeit mit der jeweiligen Dialoggruppe in ihrem Tätigkeitsfeld leisten zu können. Andererseits kann der Kontakt auch genutzt werden, um Bedarfe aus der praktischen Arbeit (mit der Dialoggruppe) abzuleiten und mit anderen Quellen zu vergleichen (siehe Bedarfserhebung).

Hinweis: Rolle der Moderation/der*des Interviewenden

Je nach Erhebungsform sollte neben der leitenden Moderation/der*dem Interviewer*in eine weitere Person für Hilfestellungen und zur Dokumentation von Ergebnissen zur Verfügung stehen (der Einsatz von einem Diktiergerät ist ebenso denkbar). Durch die Gesprächsleitung werden Sachverhalte geklärt und Teilnehmende zur Diskussion und Meinungsäußerung angeregt, ohne die persönliche Meinung zu implizieren.

Generell ist es im Rahmen der qualitativen Erhebung wichtig, offene Fragen zu formulieren. Nachfragen sollten deshalb neutral und vertiefend gestellt werden, z. B. durch einleitende Fragewörter wie „wie“, „warum“ oder „was genau/insbesondere“. Eine kurze Zusammenfassung des Gesagten erleichtert die Dokumentation und stellt das richtige Verständnis sicher.

Ein vertraulicher, respektvoller Umgang untereinander sollte selbstverständlich sein, kann aber auch vorab nochmal festgehalten werden.

Die nachfolgend vorgestellten Methoden zur Bedürfniserhebung sind darüber hinaus gut geeignet, um die Dialoggruppe zu befragen, stellen aber nur eine kleine Auswahl dar. Durch die Beschreibung des Ablaufs in den Modellkommunen erhalten Sie beispielhafte Ablaufraster und Fragestellungen, die bei der jeweiligen Methode oder Dialoggruppe relevant sind. Auch hier können Sie Methoden kombinieren, für den Fall, dass z. B. ältere Menschen aufgrund ihrer Mobilität nur einzeln in ihren eigenen Räumlichkeiten befragt werden können, statt an einem Stadtteilstadspaziergang o. ä. teilzunehmen. Generell sollte darauf geachtet werden, dass Treffpunkte barrierefrei gestaltet sind, z. B. auch Dolmetscher*innen bei Sprachbarrieren dabei sind, auch weniger mobile Personen teilnehmen können und dass der Zugang niedrigschwellig gestaltet wird. Dabei kann es hilfreich sein, den Kontakt über vertraute Personen, Institutionen oder Meinungsbildner*innen zu suchen (Gatekeeper), damit sich die Akzeptanz für die Erhebung erhöht. Auch Anzeigen und Hinweise über von der Dialoggruppe genutzte Medien können die Bereitschaft zur Zusammenarbeit erhöhen, z. B. in lokalen Zeitungen, bei Treffpunkten, in Zentren und neuen Medien.

Der **Stadtteilstadspaziergang** liefert die Möglichkeit, den Nahraum aus der Perspektive der tatsächlich vor Ort lebenden Menschen zu beurteilen, welche die Gegebenheiten, Potenziale und Probleme gut kennen. Zum Beispiel birgt die Wohnungsumgebung gerade für ältere Menschen und Kinder mit besonderen Bedarfen Chancen und Risiken für uneingeschränkte Mobilität, z. B. mit Rollator, Rollstuhl, Kinderwagen, Roller. Sektorenübergreifende und sozialraumorientierte Lösungen können Möglichkeiten schaffen, um Bewegung nach lokalen Bedürfnissen vermehrt in den Alltag zu integrieren oder überhaupt zu initiieren. Beim Stadtteilstadspaziergang beurteilt die Dialoggruppe entlang häufig genutzter Routen oder auch zwangsläufig selten genutzter Routen aufgrund von Hindernissen und Unwegsamkeiten, welche Veränderungsbedarfe bestehen. Mittels Protokollen, markierten Karten, Fotos oder Video-Aufnahmen können die Ergebnisse und Eindrücke festgehalten werden. Anschließend können potenzielle Verbesserungsmaßnahmen nach ihrer Dringlichkeit und Realisierbarkeit sortiert werden. Durch den Erhebungsprozess wird die Gruppe bereits aktiviert, die soziale Teilhabe und der Zusammenhalt in der Nachbarschaft werden gefördert (Vgl. Gesundheit Berlin-Brandenburg 2013).

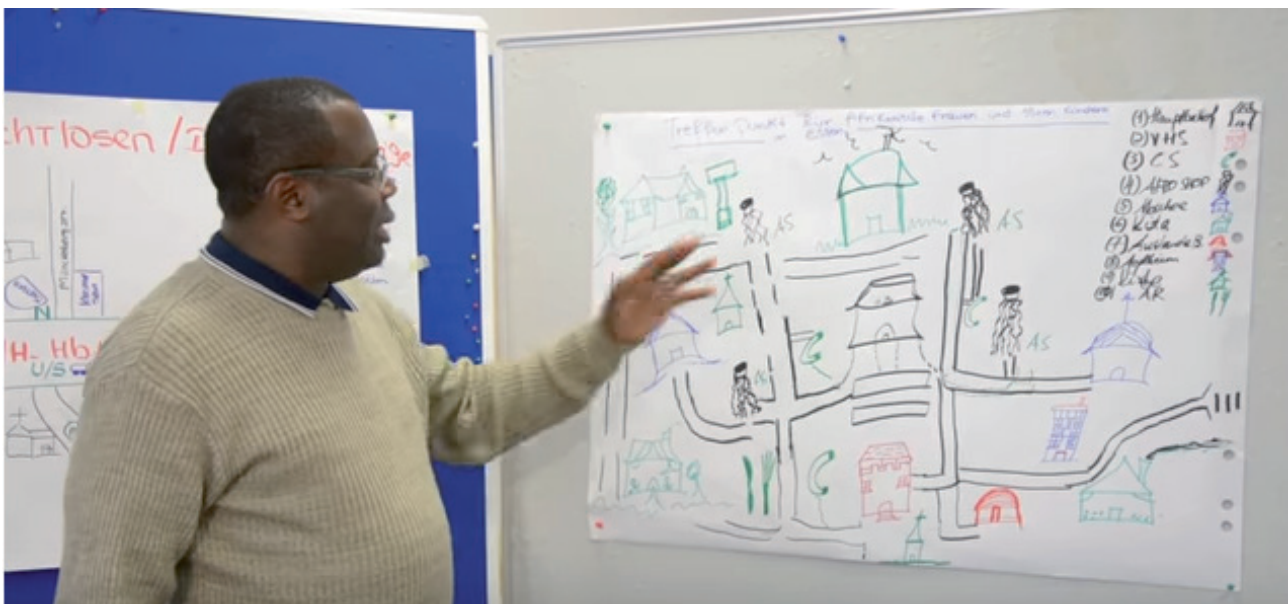


Abbildung 9: Beispielhaftes Community Mapping der Deutschen Aidshilfe
(Schulungsvideo unter www.youtube.com/watch?v=KdnFwxtkVEQ)

Für ein **Community-Mapping** wird die Dialoggruppe kontaktiert und zu einem Termin eingeladen. Je nach Fragestellung werden auf eine große Metaplanwand Treffpunkte, Unterstützungsangebote oder kulturelle Zentren, Kirchen etc. in ein skizzenhaftes Stadtbild mit einer Legende eingetragen (siehe Abbildung 9). Dadurch werden tatsächlich genutzte Netzwerke und Anlaufstellen der Teilnehmenden grafisch dargestellt. So kann man z. B. schlussfolgern, wo Zugangswege spezifischer zugeschnitten werden müssten, das Angebot niedrigschwelliger gestaltet sein sollte oder die Öffentlichkeitsarbeit der Träger nicht optimal ist. Diese Methode dient auch dem Informationsaustausch der Teilnehmenden, da sie durch die Diskussion von Angeboten erfahren oder Empfehlungen aussprechen. Außerdem stellen die Befragten ihre Bedürfnisse dar und haben häufig direkte Verbesserungsvorschläge, Handlungsbedarfe und sogar Projektideen. Über die kartografische Darstellung werden alle genutzten Angebote übersichtlich präsentiert und erleichtern zudem den Zugang für neue Personen. Die Akteur*innen der Prävention und Gesundheitsförderung wissen nun, an welchen Treffpunkten sich die Dialoggruppe häufig und gerne aufhält, welche Örtlichkeiten sie meiden und warum und wie man auf sie zugehen kann bzw. wo man sie erreicht. Wenn man die Mappings in gewissen Zeitabständen wiederholt, lassen sich auch Veränderungen und Entwicklungen festhalten. Neben dem partizipativen Ansatz ist außerdem die Orientierung an Ressourcen hervorzuheben (Vgl. Deutsche Aidshilfe 2017). Es werden Potenziale und Faktoren für eine gute Angebotsannahme durch die Gruppe deutlich, die auf andere Aktivitäten übertragen werden können.

In der **Zukunftswerkstatt** sucht die Dialoggruppe nach Lösungen für ein Problem. Nach einer Vorstellungsrunde und Erklärung des Ablaufs können Teilnehmende frei und möglichst detailliert erklären, was für sie Probleme und Störfaktoren darstellen. Diese Sammlung wird visualisiert. Durch Punktemarkierung oder andere Formen der Abstimmung wird der Fokus bzw. das näher zu untersuchende Thema für die anschließende Phase ausgewählt. In der anschließenden Fantasiephase werden alle nur denkbaren Lösungswege für dieses Problem gesucht. Diese müssen auf gar keinen Fall realistisch umsetzbar sein und können Wünsche, Träume und Fiktionen beinhalten. Dies kann von der Positiv-Formulierung der vorher genannten Kritikpunkte bis hin zu Fantasiereisen und Traumbildern reichen. In der Verwirklichungsphase werden die gesammelten Ideen in Bezug zur Realität gebracht und auf ihre Durchführbarkeit sowie notwendige Bedingungen geprüft (Vgl. Reich 2003). In einer Nachbereitung können weiterführende Schritte und regelmäßige Treffen vereinbart und geplant werden. Diese Methode ist bereits sehr lösungsorientiert.

Die Methode **Photovoice** ist eine partizipative und kreative Erhebungsform. Entlang festgelegter Fragestellungen erfolgen eine fotografische Dokumentation und verbale bzw. schriftliche Erläuterungen. Die spezifische Lebenswelt und subjektive Wahrnehmung der Befragten stehen hier im Fokus. Die Methode kann beispielsweise gut mit einem Stadtteilsparaziergang kombiniert werden und bietet sich vor allem für Kinder und Jugendliche an. Über die gemeinsame Betrachtung und Diskussion der entstandenen Bilder können optional ein Austausch, Verbesserungsvorschläge und weitere Maßnahmen initiiert werden (Vgl. Unger 2014).

2.5. DISKUSSION DER ERGEBNISSE UND PLANUNG DES WEITEREN VORGEHENS



Der letzte Schritt ist, alle gewonnenen Ergebnisse in Relation zueinander zu setzen. Die verschiedenen Perspektiven, die durch die Beschreibung objektiver Daten und Statistiken, durch die Untersuchung der kommunalen Gegebenheiten und Lebensumstände sowie die speziellen Bedürfnisse von Expert*innen und Dialoggruppe eingenommen werden konnten, liefern zusammengenommen die konkreten Handlungsbedarfe in der Kommune.

Bereits durch die Sichtung objektiver Daten in der Bedarfserhebung können viele Hinweise darauf gefunden werden, wo z. B. sogenannte vulnerable Gruppen in der Kommune leben, wie häufig sie z. B. im Vergleich zu anderen Stadtteilen, Städten oder Landkreisen vorkommen, ob diese Gruppen tatsächlich einen schlechteren Gesundheitsstatus aufweisen und wie die Wohnumgebung gestaltet ist.

Aus der Bestandsaufnahme lassen sich durch die Listung von Angeboten und die Beurteilung deren Qualität nach Best Practice-Kriterien ebenfalls Lücken in der Angebotslandschaft sowie Qualitätseinschränkungen z. B. in der Erreichbarkeit aufzeigen. Diese müssen nicht einen direkten Handlungsbedarf implizieren, sollten aber zur weiteren Reflexion und genaueren Betrachtung verleiten. Möglichkeiten zur Verbesserung der einzelnen Angebote wurden in dieser Prozessphase gegebenenfalls bereits erarbeitet und haben Handlungsbedarfe hervorgebracht.

Durch die Analyse eines potenziellen Netzwerks und die Listung aktiver Akteur*innen in der Kommune sind bereits erste Schritte für eine Netzwerkarbeit getan: Mögliche Netzwerkpartner*innen wurden aufgeführt, die bisherige und/oder potenzielle Zusammenarbeit reflektiert und gegebenenfalls weitere Schritte diskutiert, wie die Zusammenarbeit in der Kommune weiterhin verbessert werden könnte.

Die Bedürfnisanalyse hat die Perspektive der Dialoggruppen und somit direkte Wünsche und Bedürfnisse der „Expert*innen ihrer Situation“ ergänzt. Ebenso konnten (je nach Methodenwahl) die Bedürfnisse der professionellen Expert*innen als Perspektive ermittelt werden. Nur durch diverse Perspektiven lassen sich die vorher festgestellten Bedarfe auch tatsächlich verifizieren. Es ist wenig sinnvoll, Angebote zu entwickeln, die aus den verschiedensten Gründen von der Dialoggruppe nicht angenommen werden würden, z. B. wegen Zugangsbarrieren wie Barrierefreiheit oder auch sprachlichen Barrieren, hoher Kosten, fehlender Kultursensibilität, mangelhafter Öffentlichkeitsarbeit, keinem Handlungsdruck in dem jeweiligen Themenbereich.

Eine tabellarische Zusammenstellung aller Erhebungen in Kurzform bietet sich hier als gute Übersicht und Diskussionsgrundlage an (siehe Tabelle 5). Potenziale können in der Tabelle grün und Herausforderungen rot gekennzeichnet werden. Weniger dringliche Handlungsbedarfe bzw. Herausforderungen können wie in Tabelle 5 gelb markiert werden. Als grundlegendes Raster kann hier die Checkliste Tätigkeitsfelder verwendet und um die weiteren Perspektiven ergänzt werden (neben Bestandsaufnahme auch Profil, Bedürfnisanalyse und ggf. Ergebnisse der Netzwerkanalyse). Eine weitere Vorgehensmöglichkeit ist, z. B. die Kategorien der Bedürfniserhebung (angelehnt an einen Fragebogen bzw. Leitfragen in Interviews oder Fokusgruppen) in der Tabelle aufzugreifen. Beispielhaft ist in Tabelle 5 das Vorgehen in der Modellkommune Wittingen als Ausschnitt dargestellt. Anhand dieser Diskussionsgrundlage konnten übersichtlich zu den einzelnen Themenfeldern Handlungsempfehlungen, Ideen und Visionen zur Verbesserung der Ausgangslage notiert werden.

Tabelle 5: Beispielhafter Ausschnitt der tabellarischen Diskussionsgrundlage

Thema	Befragung ¹	Workshop	Bestandsaufnahme	Datenprofil	Visionen/Ideen
Rahmen der Erhebung	243 Bögen U50, Rücklauf 5 %, m=117, w=126, überwiegend verheiratet, durchschnittlich überwiegende Altersgruppe 61-70, häufigste AG 50-60, überwiegend mobil (85%); 56% berentet, 40% berufstätig	Oktober 2015, Einladung durch Landkreis Eingeladene aus den Gruppen: politisch Verantwortliche, Pflegedienstleister, Hausärzte, Ortsverbände Wohlfahrt, Kirchen, Verwaltung	in AK Senioren erarbeitet → Wegweiser → Recherche & Austausch	Über Daten des LK und der Stadt	
Was braucht es zum gesund alt werden?	1. Familie 2. Bewegung/Sport 3. Freunde, soz. Netzwerke 4. Innere Zufriedenheit 5. Wohnumfeld 6. Ernährung u.v.m.			- angepasste Angebote für soz.-ökon. schwächere Personen und steigenden Altersdurchschnitt	Informationsverbreitung über Flyer, Veranstaltungskalender ✓, Seniorenseite auf Website der Stadt, (mobiles) Seniorenbüro (WS) Kommunikation der vielen Angebote scheint noch nicht überall zu gelingen: - Seniorenkalender farbig auf Titelseite - Ankündigungen im IK - Broschüre ergänzen und mehr verbreiten Ergänzung NW-Analyse - AK 50Plus - NW zur Kommunikation nutzen (Verteiler) - Einladung Themenbezogen - Ausbau der Bewegungsangebote in Vereinen
Körperliches Wohlbefinden → Bewegung	53% zufrieden mit Bewegungsangebot Freitexte: - Wunsch nach Modernisierung Schwimmbäder (4x) - Nachtweide und Stadtpark attraktiver machen (Trimm-Dich-Pfad, Bänke etc. (5x))	- gute altersgerechte Vereinssportangebote - Freibad (2x) - Fitnessstudios - Waldstrecken „Brücken durchs Moor“, Waldlehrpfad Lützen (Rad/Walking/Joggen)	- gute Angebote in Vereinslandschaft, z. T. Vereine jedoch maximal ausgelastet und Nachfolge für Ehrenamt schwierig - Initiativen wie z. B. Fahrradgruppe - Nahraumgestaltung Nachtweide schon häufig geplant, aber nie umgesetzt	Demografische Entwicklung: - Anteil der 75+ seit 2000 fast verdoppelt - Wanderungssaldo leicht negativ (natürlich und Wanderung) - Durchschnittsalter von 2000 40,7 auf 2015 45,5 Jahre gestiegen (Wittlingen im LK Gebietseinheit mit höchstem Durchschnittsalter) - Altenquotient insb. in Stadtteilen Gannerwinkel, Darrigsdorf, Rade, Suderwittingen, Teschendorf U80 ²	
→ Ernährungsberatung, Kochkurse	29% zufrieden, 20% weniger zufrieden* Weitere Wünsche/ Anmerkungen - Ernährungsberatung für ältere Menschen	- Essen auf Rädern (2x) - Wittinger Tafel (2x)	- einzelne Ernährungsberatungsangebote (C. Schulze, Fitnessstudios, VHS), - grundsätzliche Versorgung (Tafel, Essen auf Rädern, Liefersdienste der Ketten) vorhanden, - Kochkurse, Vorträge/Kurse zum Thema gesunde Ernährung etc. weniger bzw. schlecht erreichbar	- Internist*innen sind die am stärksten vertretene Fachärzgruppe (ca. 4x so viele wie Chirurgen mit 2464) in Nds., was auf steigende Bedarfe im Bereich Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen sein könnte (und HA als Lotsen) ³ - DEGS1 sind 67,1% der Männer und 53,0% der Frauen übergewichtig, 23,3% der Männer und 23,9% der Frauen adipös. ⁴ - ca. 1/3 der Erwachsenen Bluthochdruck, steigende Prävalenz mit zunehmendem Alter	- gemeinsames Kochen mit Migrant*innen und Nicht-Migrant*innen; Alt-Jung in Planung
→ Beratung und Informationen zu Gesundheit & Aktivität im Alter	37% zufrieden, 19% weniger zufrieden*				

Nachhaltigkeit von Kontextcheck

Eine Nachhaltigkeit der Analyse wird dadurch erzeugt, dass einerseits die ursprüngliche Zielsetzung bereits im Interesse der kommunal agierenden Akteur*innen getroffen wird und ein politischer Wille hinter der Verbesserung der Ausgangslage in dem jeweiligen Themenfeld steht. Durch die partizipative Ausrichtung der Analysen, können sich Akteur*innen stärker mit den (neuen) Aufgaben identifizieren und engagieren sich vermehrt für eine Nachhaltigkeit bzw. Umsetzung von Handlungsempfehlungen und Visionen. Außerdem bietet sich – wie eingangs beschrieben – an, die „AG Kontextcheck“ in bestehende Strukturen und Programme zu integrieren, damit Bedarfe ggf. direkt in deren weiterer Arbeit aufgegriffen werden können.

Insbesondere in diesem Projekt zur strategischen kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung sollte genau darauf geachtet werden, Doppelstrukturen zu vermeiden und Synergieeffekte zu nutzen! Es ist somit unerlässlich, alle relevanten Akteur*innen einzubeziehen – sei es durch die direkte Teilnahme in der „AG Kontextcheck“ oder Einladung zu einzelnen Terminen der AG, über Berichte in Ausschüssen o.ä., Einbezug über Expert*innen-Workshops oder Veranstaltungen und eine gute Öffentlichkeitsarbeit. Letzteres ist auch entscheidend, um Ergebnisse von Bevölkerungsbefragungen zurückzuspiegeln und nächste Schritte für die Öffentlichkeit transparent zu machen bzw. zur Beteiligung aufzufordern.

3. FAZIT ZUM PROJEKT UND AUSBLICK

Möglicherweise erscheint der Leitfaden manchen Leser*innen aus unterschiedlichen Praxisfeldern auf den ersten Blick sehr komplex und theoretisch. Aber in der Anwendung lässt sich diese Komplexität reduzieren durch Runterbrechen auf die jeweilige Handlungsebene (von der kreisangehörigen Gemeinde bis zum Landkreis), inhaltliche Schwerpunkte (Prävention und Gesundheitsförderung „von der Wiege bis zur Bahre“), alle Themenfelder (hoher bis niedriger Detaillierungsgrad) und Zielsetzungen (von der kommunalen Gesamtstrategie bis zum konkreten Projektantrag). Wie die Ausgestaltung beispielhaft aussehen kann, ist in den einzelnen Abschlussberichten der Modellkommunen festgehalten, die auf der Website www.kontextcheck.de zur Verfügung stehen.

Eine anfängliche Skepsis während der Modellphase bezüglich des Mehraufwands für Mitwirkende in der „AG Kontextcheck“ gegenüber den Gewinnen war nicht überraschend. Die Erfahrungen in den Modellkommunen haben jedoch gezeigt, dass auch aus diesem strategischen Projekt immense praktische Gewinne für die Kommune, Akteur*innen vor Ort und die näher betrachtete Bevölkerungsgruppe resultieren:

Die **Datenanalysen** konnten das „Bauchgefühl“ bestätigen und damit Bedarfe u.a. auch gegenüber Geldgeber*innen von Folgeprojekten greifbar machen – genauso aber auch widerlegen. So ist es beispielsweise vorgekommen, dass Kontextcheck nochmal eine andere kommunale Schwerpunktsetzung erhielt, weil die Zahl der Flüchtlinge (anders als gesamtgesellschaftlich problematisiert) in der Modellkommune gegenüber der Einwanderung aus östlichen EU-Ländern kaum eine Relevanz hatte.

Die **Bestandsaufnahme** von Angeboten hat vielerorts zur Verwunderung beigetragen, da selbst Personen mit koordinierender oder planender Funktion in der Kommune nicht alle Aktivitäten bekannt waren. Spannend war in der Diskussion außerdem, wenn diverse Angebote zu einem Thema gelistet wurden

und auf der anderen Seite trotzdem von den befragten Gruppen in diesem Bereich große Nachfrage und Bedarfe bestanden. Diese Umstände machten dann Barrieren in der Annahme wie z. B. Erreichbarkeit im ländlichen Raum, Sprachbarrieren oder auch eine verbesserungswürdige Öffentlichkeitsarbeit deutlich.

Die **Netzwerkanalysen** konnten konkret in die sich anschließende nachhaltige Bearbeitung der jeweiligen Themenfelder und Handlungsbedarfe einmünden: So wurden diese genutzt, um

- relevante Personen für die Angebots- bzw. Projektentwicklung zu akquirieren,
- zu einer thematisch abgestimmten Gesundheitskonferenz einzuladen und zugehörige Foren entsprechend zu besetzen,
- Reichweite und Funktionen bestehender Arbeitskreise zu ermitteln und zu verbessern oder
- eine Arbeitsgrundlage zur Netzwerkarbeit rund um neu geschaffene Personalstellen z. B. Integrationsmanager*in zu entwickeln.

Generell wurde aus den Modellkommunen rückgespiegelt, dass alleinig durch den gezielten Austausch z. B. mit bisher nicht bekannten Personen und Arbeitsfeldern und die intensive Beschäftigung mit einer Thematik gemeinsame Ziele, Entwicklungsmöglichkeiten und Ideen angestoßen wurden. Dies war zum einen innerhalb der jeweiligen „AG Kontextcheck“ als auch bei Expert*innen-Workshops im Rahmen der **Bedürfniserhebung** der Fall.

Wie in dem vorherigen Kapitel gezeigt, wurden die unterschiedlichen Ergebnisse der Erhebung abschließend diskutiert. Je nach Zielsetzung in der Modellkommune wurden Lösungsansätze angebahnt und vorbereitet. Das heißt konkret, dass durch die „AG Kontextcheck“, die Prozessbegleitung der LVG & AFS Nds. e. V. sowie durch die BKK Mobil Oil nach Good Practice-Beispielen und finanziellen Fördermöglichkeiten in den jeweiligen Bereichen gesucht und entsprechende Kontakte vermittelt wurden.

3. FAZIT ZUM PROJEKT UND AUSBLICK

Außerdem hat die BKK Mobil Oil eine Anschubfinanzierung von 10.000 Euro für im Rahmen des Präventionsgesetzes leitfadenkonforme Anträge jeder Modellkommune bereitgestellt. Bei konkreten Projektideen fand eine erste Konzeptentwicklung unter Berücksichtigung von Good Practice-Kriterien statt. Aber auch neben der Projektentwicklung haben sich viele kleine Verbesserungsansätze ohne großen Ressourceneinsatz ergeben, wie z. B. die Überarbeitung eines gemeinsamen Befundbogens für Erzieher*innen und niedergelassene Kinderärzt*innen (Braunschweig), ein neuer Name für den ehemals „Arbeitskreis Senioren“, um jüngere Ältere zu beteiligen (Wittingen) oder ein Stadtplan für Spielplätze (Dissen).

In Abbildung 10 sind die Themen und resultierenden Maßnahmen der Modellkommunen dargestellt.

Identifizierte Gelingfaktoren und Stolpersteine der Modellphase werden in der Tabelle 6 zusammengestellt.

Auf der Website www.kontextcheck.de stehen alle Arbeitsmaterialien dieses Leitfadens sowie die Abschlussberichte der Modellkommunen als anschauliche Beispiele zur Verfügung. Darüber hinaus finden Sie hier weitere Hinweise zum Gesamtprojekt Kontextcheck.

Themenbeispiele und resultierende Maßnahmen aus den Modellkommunen

Kinder und Jugendliche:

- **Stadt Braunschweig:** Analyse zur Verminderung von Auffälligkeiten bei Kindern vor der Einschulung
 - ➔ *Resultierende Maßnahmen:* Es wurde eine gemeinsame Gesundheitskonferenz zum Thema „Kindergesundheit gemeinsam gestalten“ mit abgestimmten Foren zu identifizierten Handlungsbedarfen ausgerichtet. Anschließend formten sich z. T. Arbeitsgruppen, die die erarbeiteten Lösungsansätze weiterbearbeiten werden. Es gibt einen Beschluss zu Jugendärztlichen Untersuchungen in Kitas, der bereits vorliegt. Das entsprechende Konzept zu diesen Untersuchungen wird beim Gesundheitsamt ausgearbeitet. Zudem wird das „Konzept für verhaltensauffällige und entwicklungsverzögerte Kinder“ überarbeitet und ein einheitlicher Befundbogen für die Kommunikation zwischen Kita und Pädiatrie entwickelt.
- **Stadt und Landkreis Celle:** Analyse zum Thema psychische Gesundheit und digitale Medien bei Schüler*innen der 5. Klasse
 - ➔ *Resultierende Maßnahmen:* Die Ergebnisse von Kontextcheck in Celle – vorgestellt durch die Koordinatorin in Celle – wurden im Rahmen einer Posterpräsentation beim Kongress des Bundesverbands des Öffentlichen Gesundheitsdienstes 2019 prämiert. Ein Projekt zur Sensibilisierung und Aufklärung zu psychischen Erkrankungen („Wanderausstellung in Schulen“) wurde durch die BKK Mobil Oil gefördert. Weitere Projektinitiativen sind in der Diskussion.

Menschen mit Migrationshintergrund:

- **Stadt Dissen aTW (Landkreis Osnabrück):** Analyse zur Gesundheitsförderung bei Arbeitsmigrant*innen
 - ➔ *Resultierende Maßnahmen:* Im Rahmen des Antrags zur Einrichtung eines Bildungshauses wurde ein 90% Stelle für drei Jahre für eine*n Integrationsmanager*in bewilligt. Mit den neuen räumlichen Chancen ist perspektivisch auch der Ausbau von bedarfsgerechten Sprachlernkursen und Gesundheitsangeboten entlang identifizierter Bedarfe möglich.
- **Stadt Delmenhorst:** Analyse in den Stadtteilen Düsternort und im Quartier Wollepark zum Thema psychische Gesundheit, soziale Teilhabe und Integration
 - ➔ *Resultierende Maßnahmen:* Durch die BKK Mobil Oil wurden zwei aus Kontextcheck resultierende Projekte gefördert: Eines zur Entspannung- und Bewegungsförderung von Frauen im Stadtteil Düsternort und eines zum Empowerment von Frauen im Rahmen des Aufbaus eines Cateringunternehmens mit gesundheits- und berufsbezogenen Schulungen.

Ältere Menschen:

- **Landkreis Lüchow-Dannenberg:** Analyse zur Sensibilisierung und Vorbereitung auf das selbstbestimmte und aktive Älterwerden
 - ➔ *Resultierende Maßnahmen:* Es wird ein Projektantrag zur Förderung Nachbarschaftlicher Unterstützungsnetzwerke und dezentraler (aufsuchender) Arbeit von „Gesundheitslotsen/Kümmerern“ entwickelt.
- **Stadt Wittingen (Landkreis Gifhorn):** Analyse zur Entwicklung eines Rahmenkonzeptes für Senior*innen im Stadtgebiet
 - ➔ *Resultierende Maßnahmen:* Die Handlungsbedarfe wurden identifiziert und priorisiert und können nun im Rahmen des Arbeitskreises 50 Plus weiter bearbeitet werden. Ein Bewegungsprojekt für Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen in Zusammenarbeit mit den örtlichen Sportvereinen wurde bei der BKK Mobil Oil genehmigt.

Abbildung 10: Themenbeispiele und resultierende Maßnahmen der Modellkommunen (Stand Juli 2019)

Tabelle 6: Gelingfaktoren und Stolpersteine aus der Modellphase

GELINGFAKTOREN UND STOLPERSTEINE
1. Zielbestimmung und Ausrichtung
• Auch wenn viele Themenfelder einen näheren Untersuchungsbedarf aufweisen, ist es sinnvoll, das Themenfeld genau einzugrenzen und Fragestellungen zu definieren, damit die Analyse nicht überfordert und konkrete Empfehlungen und Visionen abgeleitet werden können. • Im Feld gut orientierte Personen wie z. B. aus dem Bereich Gesundheitsplanung können bereits wichtige Einschätzungen zu notwendigen Eingrenzungen und relevanten Problem- und Untersuchungsfeldern für die Analyse liefern. • Eine partizipative Zielbestimmung ohne oder mit geringen Vorgaben „von oben“ oder durch LVG & AFS Nds. e. V. benötigt generell etwas mehr Zeit und erste Daten zur Orientierung, dafür ist die Nachhaltigkeit der Analysen und die Identifikation mit der Thematik bzw. der weiteren Verwendung der Daten deutlich verbessert. • Der Arbeitsaufwand und die zur Verfügung stehende Ressourcen sollten vorab geklärt werden.
2. Strukturbildung
• Bestehende intersektoral arbeitende Gruppen wie z. B. die Gesundheitsregionen und Präventionsketten sind gute Gremien für die erste Projektvorstellung, die Akquise zur Mitarbeit und Ausrichtung. Bei guter Vernetzung können so auf kurzem Wege relevante Personen für die AG-Mitarbeit identifiziert und informiert werden. Das Modellprojekt Kontextcheck war meist an Gesundheitsämter und Landkreis- bzw. Stadtverwaltungen (entsprechend der Gesundheitsregionen Niedersachsen) oder auch an Nachbarschaftsquartiere und bestehende Arbeitskreise angegliedert. • Die Zielbestimmung und ein guter Informationsaustausch mit überschneidenden Gremien sind für die reibungslose Arbeit und Unterstützung durch die Haus- oder Verwaltungsspitze notwendig. Bestehende Netzwerke und Arbeitskreise sollten involviert oder zumindest informiert werden. So lassen sich Missverständnisse bei Zuständigkeiten, Doppelstrukturen und im kommunalen Informationsfluss vermeiden. • Eine Verbindlichkeit bei der AG-Mitarbeit ist für einen gleichen Informationsstand und Kontinuität wichtig. • Bei zeitlich knappen Ressourcen empfiehlt es sich, relevante Akteur*innen zu einzelnen AG-Treffen einzuladen und/oder über Protokolle und telefonischen Kontakt über das Geschehen zu informieren oder zu involvieren. • Die Aufgaben- und Rollenverteilung in der AG sind vorab zu klären. • Es hat sich gezeigt, dass es gewinnbringend ist, wenn bei der Durchführung in kleineren Städten oder Gemeinden relevante Personen des Landkreises oder der kreisfreien Stadt in der „AG Kontextcheck“ mitarbeiten. Dies wirkt sich positiv auf die Recherche und Verfügbarkeit entsprechender Daten, die Kommunikation des Vorhabens sowie die Nachhaltigkeit des Projekts aus.

3. Bedarfsanalyse

Profilerstellung

- Es ist nicht immer leicht, an relevante Daten zu gelangen. Insbesondere wenn diese möglichst kleinräumig und in bestimmte Beziehungen zueinander gesetzt werden sollten, sind verstärkt personelle Ressourcen notwendig. Kosten und Nutzen bei aufwändigen Analysen sollten daher gut abgewogen oder auch ausgelagert werden.
- In einigen Verwaltungsstrukturen bestehen Personalstellen zur Stadt-/Raumentwicklung/Statistik/Strategie, welche hilfreiche Beiträge zur Datenprofilerstellung leisten können.

Bestandsaufnahme

- Es gibt viele Angebote, die selbst die Expert*innen im Feld nicht kennen. Somit ist ein guter Austausch unabdingbar. Auch Multiplikator*innen auf verschiedenen Ebenen z. B. von Nachbarschaftsbüros bis hin zur Gesundheits- und Sozialplanung auf Kreis- oder Landesebene sollten zu Angeboten in den jeweiligen Bereichen befragt werden.
- Häufig können kommunale Wegweiser und Broschüren eine erste Übersicht liefern.

Netzwerkanalyse

- Die Zielsetzung der Netzwerkanalyse sollte vorab genau definiert werden. Ebenso wie Ein- und Ausschlusskriterien, da die Aufgabe sonst schnell unübersichtlich wird.
- Eine Netzwerkanalyse ist sinnvoller Weise am Ende der Erhebung anzusiedeln, wenn bereits ein guter Überblick über bestehende Angebote und Akteure besteht.

4. Bedürfnisanalyse

- Eine Methodenwahl ist immer entsprechend der Zielsetzung und der zur Verfügung stehenden Ressourcen zu treffen. Diese Methoden sowie die Auswertungen können auch modifiziert und vereinfacht werden.
- Es wurden gute Erfahrungen mit den aufsuchenden Blitzlichtinterviews gemacht: Durch die Flexibilität der Interviewerinnen kam eine große Bereitschaft und Akzeptanz zustande.
- Bei Fragebogenerhebungen ist der Aufwand verhältnismäßig gering. Beim Versand wurde in der Modellphase auf kostengünstige Varianten wie ein Einlageblatt in regelmäßig erscheinenden kommunalen Informationsmedien wie z. B. Gemeindeboten oder regionalen Zeitungen oder über Ortsvorstehende oder Bürgermeister*innen zurückgegriffen. Der Rücklauf schriftlicher Befragungen ist jedoch stets relativ gering zu erwarten. Bessere Rückläufe werden bei direkter Ansprache z. B. in Schulklassen erzielt. Eine Testung der Fragebögen ist in kleinem Rahmen zu empfehlen, um missverständliche Fragestellungen aufzudecken.
- Experten*innen-Runden bzw. Workshops (in Anlehnung an Fokusgruppen) wurden besonders positiv wahrgenommen. Sie fördern zusätzlich den Austausch und die Vernetzung. Wenn diese mit der Präsentation bisheriger Analyseergebnisse kombiniert werden, steigt der Mehrwert für die Teilnehmenden durch die Wissensvermittlung.
- Finden Erhebungen in bestimmten Settings wie z. B. Schule statt, sollten Mitarbeitende dieser Settings auch in die Methodenentwicklung einbezogen werden, um diese optimal zu gestalten.

5. Diskussion und Nachhaltigkeit

- Es müssen nicht alle Prozessphasen wie im Leitfaden idealtypisch beschrieben durchlaufen werden. Für die Nachhaltigkeit ist es immer entscheidend, das genaue Ziel eines Analyseschritts und -umfangs zu bestimmen. Wenn einzelne Prozessschritte nicht gewinnbringend sind, müssen diese natürlich nicht durchlaufen werden.
- Mit Ende der Prozessbegleitung müssen die Zuständigkeiten zur weiteren Bearbeitung der Handlungsbedarfe (neu) definiert oder delegiert werden, damit Verantwortlichkeiten geklärt sind.
- Bestehendes, Potenziale und Kooperationsmöglichkeiten sollten genutzt werden: So hat z. B. das Netzwerk „Willkommen bei Freunden“ in Delmenhorst bereits wichtige Akteur*innen zur Netzwerkarbeit identifiziert, die LINGA-Woche in Lüchow-Dannenberg Bedarfe für den Landkreis aus Sicht von Studierenden verschiedener Fachbereiche zusammengestellt oder ISEK-Analysen in Braunschweig Wünsche zur Raumgestaltung der Bevölkerung erarbeitet. Die Zusammenarbeit mit Hochschulen z. B. im Rahmen von Masterarbeiten kann ebenfalls auf beiden Seiten zur Arbeitserleichterung führen. „Das Rad muss nicht immer neu erfunden werden!“

4. ARBEITSMATERIALIEN, ABLAUFRASTER UND VERTIEFUNGEN

4.1. HINWEISE ZUR PROFILERSTELLUNG

✓	INHALTE	ANMERKUNGEN
	Demografische Basisdaten	
	Bevölkerungszahlen und -entwicklung Alten- und Jugendquotient Altersstruktur der Bevölkerung Wohnfläche pro Kopf Geburtenrate/Sterbefälle Zu-/Wegzüge Gibt es Trends?	Deutschlandweit, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung: www.bib.bund.de/DE/Startseite.html Koordinierungsstelle GDI-NI beim Landesamt für Geoinformation und Landentwicklung Niedersachsen (LGLN) - Landesvermessung und Geobasisinformation: www.geoportal.geodaten.niedersachsen.de/harvest/srv/ger/catalog.search#/home Landesamt für Geoinformation und Landentwicklung Niedersachsen (Verschiedene Karten, Altersstruktur unter Baulücken- und Leerstandskartaster: www.lgln.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=27313&psmand=1012 Verschiedene Themenkarten und mehr (Service von Bund, Ländern und Kommunen): www.geoportal.de/DE/Geoportal/geoportal.html?lang=de Bundesamt für Kartographie und Geodäsie (Karten, Geodaten und Webanwendungen sowie vielfältige Informationen über die Geobasisdaten von Bund und Ländern) www.geodatenzentrum.de/geodaten/gdz_rahmen.gdz_div Praxisbeispiele Regionalstrategie Daseinsvorsorge: www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/ministerien/BMVI/BMVIOnline/2016/bmvi-online-03-16-dl.pdf?blob=publicationFile&v=3 INKAR 2013 – Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung in Deutschland und in Europa www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/InteraktiveAnwendungen/INKAR/inkar_online.html Demografie/Prognosen: Landesamt für Statistik Niedersachsen www.statistik.niedersachsen.de/datenangebote Zensus Daten www.zensus2011.de

		Demografischer Wandel in Stadt und Land www.bbr-server.de/imagemap/demographie/Niedersachsen_Bremen.html Wegweiser Kommune – Statistische Daten www.wegweiser-kommune.de/home Referat Stadtentwicklung und Statistik, Dezernat Bau- und Umweltschutz, Fachbereich Soziales
Gesundheits- und Sozialdaten		
	Familienstrukturen/Wohnzusammensetzung • Alleinerziehende • Kinder pro Familie • Haushaltsgröße • Allein lebende im Alter	Destatis www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/HaushalteFamilien/HaushalteFamilien.html;jsessionid=FCA735203FB80B2CB49CBE56BA9AF720.cae4
	Arbeitslose nach Altersgruppen, Geschlecht ggf. unterscheiden: Sozialgeld, Hartz IV, ALG, Hilfe zum Lebensunterhalt SGB XII, Grundsicherung im Alter, Erwerbsminderung	Agentur für Arbeit, kommunale Statistik, statistisches Landesamt www.statistik.arbeitsagentur.de
	Pflegebedürftigkeit	(Kommunale und Landes-) Pflegeberichte, Fachbereich Soziales
	Behinderungen • Grad der Behinderung • Schwerbehinderte	Destatis (bundesweite Daten) www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Behinderte-Menschen/_inhalt.html
	Migrationshintergrund/ Flüchtlinge Ggf. unterscheiden: Aufenthaltsstatus, Herkunftsland, mit/ohne Familie	Einwohnermelderegister, Landesbetrieb für Statistik & Kommunikationstechnologie Niedersachsen (LSKN-Online) Handlungsorientierte Sozialberichterstattung (HSBN)
	Schulabschlüsse und Schulabgänger (ohne Schulabschluss; Übergangsquoten auf Sekundarschulen)	Schulamt

Gesundheitszustand lt. Einschulungsuntersuchung (Zähne, Motorik, Gewicht, Sprachentwicklung, Impfungen, chronische Erkrankungen)	(Kommunales und Landes-) Gesundheitsamt
Räumliche Ballung vulnerabler Gruppen? Gibt es Trends?	
Versorgungsstrukturen (Beurteilung von Anzahl/Einwohner, Lage, Erreichbarkeit)	
Nahversorgung (Supermarkt, Post, Friseur, etc.)	Kommunale Berichterstattung
Apotheken	Notdienste www.aponet.de
Allgemein- und Fachärzt*innen (Gynäkologie, Allgemeinmedizin, Pädiatrie, Neurologie, Orthopädie, Innere Medizin)	www.arztauskunft-niedersachsen.de/arztuche/index.action
(Fach-)Kliniken	Niedersächsische Krankenhausgesellschaft www.nkgev.info (auf Anfrage) Niedersächsische Krankenhausplanung www.ms.niedersachsen.de/themen/gesundheit/krankenhaeuser/krankhausplanung/14156.html Niedersächsische Krankenhausstatistik www.statistik.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=25693&article_id=87541&psmand=40
Heilmittelerbringer	Zugelassene Heilmittelerbringer in Listung des vdeks oder über Internetrecherche
Ambulante Versorgungseinrichtungen	KVN Bezirksstellen (ärztliche Versorgungsgrade und medizinische Versorgungszentren) www.kvn.de Regionalisierte Versorgungsanalysen und Versorgungsatlas des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (Zi) www.versorgungsatlas.de Bertelsmann Stiftung zur Versorgung von Depression www.faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/depression/interaktive-karte/depression/

Pflegeeinrichtungen (ambulant oder stationär)	Pflegeberichterstattung in Niedersachsen, Sozialministerium www.ms.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=5106&article_id=14223&psmand=17 Landesamt für Statistik Niedersachsen, LSN-Online Datenbank, Statistische Erhebungen: Pflegestatistik www.statistik.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=33807&psmand=40 Statistisches Bundesamt www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html Bertelsmann Stiftung - Wegweiser Kommune www.wegweiser-kommune.de Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung www.demografie-portal.de Übersicht niedrigschwelliger Betreuungsangebote www.niedrigschwellige-betreuungsangebote-nds.de/index.cfm?uuid=7EC00B18C2244073A385BF9823FB3356
Selbsthilfegruppen	Kibis, Büro für Selbsthilfe & Ehrenamt
Sportangebote	Stadtsporthund, Amtsgericht, Vereinsregister (kommunal, landesweit)
Jugendzentren	Kommunale Statistik
Kindergärten, Krippe, Kitas	Kommunale Statistik
Schulen	Kommunale Statistik
Berufsschulen/Ausbildungsplätze/ Universitäten/(Fach-)Hochschulen	Kommunale Statistik
Nahraum	
Öffentliche Verkehrsmittel • Alternativen zu ÖPNV? Bürgerbus, Carsharing, Sammeltaxen? • Anbindung zum Stadtkern, zu Bewegungs-/Sport-/Erholungsangeboten? • Mobilität auch außerhalb der Ferien gegeben?	ÖPNV, kommunale Verkehrsanbieter

Vielbefahrene Straßen/ Verkehrsaufkommen	Verkehrsamt
Feinstaub- und Lärmbelastung	Amt für Umweltschutz, Landesanstalt für Umwelt, Messungen und Naturschutz
Unfälle im Straßenverkehr	Polizei, Statistisches Landesamt, Verkehrswacht www.unfallatlas.statistikportal.de
Anzahl, Größe, Beschaffenheit, Erreichbarkeit von bewegungs- fördernder Infrastruktur (Sportplätze, Bäder, Grünflächen, Spielplätze)	Grünflächenamt, Stadtplanungsamt, Geoinformationssysteme
Spielstraßen, verkehrsberuhigte Zonen	Tiefbauamt, Straßenverkehrsamt
Verbreitung, Länge und Zu- stand, Sicherheit (Beleuchtung, Schnee, Blätter) von Radwegen und Fußwegen	Tiefbauamt
Barrierefreiheit Wohnumge- bung und kommunale Einrich- tungen (Abgesenkte Bordsteine bzw. erhöhte an Haltestellen)	Barrierefreies Reisen Reiseland-niedersachsen.de Behindertenbeirat
Beleuchtung, Sicherheit und Beschaffenheit des öffentlichen Raums	Stadtwerke, Polizei
Klimatische Schwerpunkte, z.B. Hitzeinseln	Fachbereiche Statistik, Stadtplanung und Stadtentwicklung
Öffentliche Toiletten	(Am Beispiel Gifhorn) www.gratispinkeln.de/Niedersachsen/Gifhorn www.deutschland123.de/gifhorn_toiletten
Sitzbänke	Grünflächenamt, Stadtplanungsamt, Geoinformationssysteme

4.2. REFLEXIONSLISTE AKTEUR*INNEN²

Unspezifisch für bestimmte Dialoggruppen können die einzelnen Behörden auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene reflektiert werden. Gerade auf kommunaler Ebene sollte man einen Austausch mit

anderen Fachbereichen gewährleisten, um über dortig angesiedelte Maßnahmen informiert zu sein und diese mit aufnehmen zu können.

AKTEUR*INNEN/ORGANISATIONEN DER PRÄVENTION & GESUNDHEITSFÖRDERUNG	NOTIZEN
Behörden, Bundes- oder Landesministerien, Dezernate, Resorts, Fachbereiche auf den verschiedenen administrativen Ebenen zu Themen wie z. B.	
Gesundheit	
Familie, Senioren, Frauen, Jugend/Kinder	
Landwirtschaft, Umwelt, Ernährung	
Migration, Flüchtlinge, Integration	
Prävention(srat), Prävention und Gesundheitsförderung	
Wissenschaft	
Kultur, Bildung (inkl. Schulbehörden)	
Inneres, Sport	
Soziales, Teilhabe, Behinderung, Gleichstellung	
Wirtschaft, Arbeit	
Polizei, Justiz	
Feuerwehrverbände	
Mobilität und Verkehr(ssicherheit), Stadtentwicklung, Raumplanung, Bauverwaltung	
Forschungseinrichtungen (z. B. Universitäten, Fachhochschulen, Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) Berlin	

² Die Zuordnung zu den Überschriften ist nicht absolut zu verstehen. Diese Listen beanspruchen keine Vollständigkeit, sondern sind als Reflexionsanregung zu verstehen. Bei Benachrichtigung nehmen wir Ergänzungen gerne auf.

4.2.1. KINDER UND JUGENDLICHE³

AKTEUR*INNEN/ORGANISATIONEN DER PRÄVENTION & GESUNDHEITSFÖRDERUNG BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN	NOTIZEN
Vereine, Verbände, Zentren und Initiativen wie z. B.	
Deutscher Kinderschutzbund e. V.	
Deutscher Familienverband e. V.	
pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V.	
Niedersächsisches Institut für frühkindliche Bildung und Entwicklung (Nifbe e. V.)	
Stiftungen (z. B. www.stiftungen.org , Bertelsmann Stiftung, Bundesstiftung „Mutter und Kind“, Lions Club, Zentrum für Salutogenese gGmbH)	
Sportverbände (z. B. Deutscher Olympischer Sportbund, Landessportbund Nds. e. V., Behinderten Sportverband Nds. e. V., Gehörlosensportverband Nds. e. V., Stadtsportbund, Sportvereine, Fitnessstudios, Schwimmbäder)	
Programme/Konzepte (z. B. Faustlos, PEKiP)	
Ethno-Medizinisches Zentrum e. V.	
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen	
Selbsthilfegruppen (z. B. www.selbsthilfe-buero.de oder Kibis e. V.)	
Mehrgenerationenzentren/-häuser	
Kulturvereine, Kunstvereine, Kochschulen	
Wohlfahrts-/Sozialverbände/kirchliche Träger/Ehrenamt wie z. B.	
AWO Bundesverband e. V.	
Diakonisches Werk evangelischer Kirchen in Niedersachsen e. V.	

³ Die Zuordnung zu den Überschriften ist nicht absolut zu verstehen. Diese Listen beanspruchen keine Vollständigkeit, sondern sind als Reflexionsanregung zu verstehen. Bei Benachrichtigung nehmen wir Ergänzungen gerne auf.

Deutsches Rotes Kreuz e. V.	
Deutscher Caritasverband e. V.	
Paritätischer Wohlfahrtsverband Nds. e. V.	
Jugendwohnheime, Kinderdörfer, Pflegeheime	
Jugendhilfezentren	
Kinder- und Jugendwerke	
Kinderbetreuung	
Sozialverbände (z. B. vdek, SoVD)	
Kirchenverbände, Kirchengemeinden, konfessionell gebundene Institutionen	
Bundesfreiwilligendienst	
Freiwilligenserver Nds., Freiwilligenagenturen	
Deutsche Tafel e. V.	
Netzwerke (NW) und Arbeitskreise (AK) wie z. B.	
NW Kita und Gesundheit	
NW Frauen, Mädchen und Gesundheit	
Gesund Leben Lernen NW	
Prävention als Chance (PaC) NW	
Kolpingwerk Deutschland	
NW Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)	
Mobbing-Interventions-Teams (MIT Netzwerke)	
Quartiersbezogene Netzwerke, Nachbarschaftshilfe, Bürger*inneninitiativen	
Landjugend	
AK Armut und Gesundheit	

Bildungseinrichtungen und deren Träger wie z. B.	
Schulen (insbesondere Ganztagschulen)	
Berufsbildende Schulen	
Kindergärten	
Kindertagesstätten	
Krabbelgruppen, Krippen	
Landesschulbehörde (z. B. mit „MIT“, „KIK“)	
Familienbildungsstätten	
Volkshochschulen	
Niedersächsisches Landesinstitut für schulische Qualitätsentwicklung (NLQ)	
Schulträger der kommunalen Verwaltung, Bildungsressort	
Beratungsangebote wie z. B.	
Verbraucherzentrale Nds.	
Kinder- und Familienzentren	
Mütterzentren	
Fachberatungsstellen (sexuelle Kindesmisshandlung, Gewalt gegen Frauen, sexuellen Missbrauch an Mädchen, Sucht-, Sozial-, Krisen-, Schwangerschafts-, psychische, Familien-, Erziehungsberatung)	
Schuldner- und Insolvenzberatung	
Sozialpsychiatrischer Dienst	
Gesundheitsversorgung wie z. B.	
Gesundheitszentren	
Nds. Landesgesundheitsamt, kommunale Gesundheitsämter	
Kinder- und Jugendämter	
Krankenhäuser, Fachkliniken, Fachambulanzen, Tageskliniken, Reha- und Kurkliniken	

Niedergelassene Ärzt*innen, Berufsverbände	
Krankenkassen, Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung (KVN), private Krankenversicherungen	
Gemeinde Unfallversicherungsverband (GUV)	
Rentenversicherungsträger	
Anbieter von Heilberufen (z. B. Physiotherapie, Ergotherapie)	
Hebammenhilfe	
Betreuungsangebote (z. B. bei chronischen Erkrankungen, Kindern mit Behinderungen Tages-/Kurzzeit-/Verhinderungspflege, Familienentlastende Dienste der Lebenshilfeeinrichtungen)	
Ärzttekammer Nds. (ÄKN)	

4.2.2. MENSCHEN IN HERAUSFORDERNDEN LEBENSLAGEN⁴

AKTEUR*INNEN/ORGANISATIONEN DER PRÄVENTION & GESUNDHEITSFÖRDERUNG BEI MENSCHEN IN HERAUSFORDERNDEN LEBENSLAGEN	NOTIZEN
Vereine, Verbände, Zentren und Initiativen wie z. B.	
Flüchtlingsräte (niedersachsenweit oder kommunal; meist e. V.)	
Sportverbände (z. B. Landessportbund Nds. e. V., Behinderten Sportverband Nds. e. V., Gehörlosensportverband Nds. e. V., Stadtsportbund, Sportvereine, Fitnessstudios, Schwimmbäder)	
Gesundheitsversorgung (z. B. Medibüros, MediNetz e. V., Malteser Migranten Medizin)	
Erwerbsloseninitiativen, Erwerbslosencafés (z. B. initiiert durch Wohlfahrtsverbände)	
Vertretung von Familieninteressen (z. B. Deutscher Familienverband e. V., pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V., Deutscher Kinderschutzbund e. V.)	
Bildung, Wirtschaft, Arbeit im Quartier (BIWAQ) – Programme/Konzepte	
Kulturvereine, Kunstvereine, Kochschulen	
Migranten(selbst)organisationen (MSO/MO)	
Kultursensible Gesundheitsförderung (z. B. Ethno-Medizinisches Zentrum e. V.)	
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen	
Beratung und Integrationshilfen (durch z. B. IBIS - interkulturelle Arbeitsstelle e. V., MIMIs (Mit Migranten Für Migranten), Integrationslotsen, Rehamediatoren)	
Quartiersmanagement mit Unterorganisationen und kleineren Trägern	

⁴ Die Zuordnung zu den Überschriften ist nicht absolut zu verstehen. Diese Listen beanspruchen keine Vollständigkeit, sondern sind als Reflexionsanregung zu verstehen. Bei Benachrichtigung nehmen wir Ergänzungen gerne auf. Zur Gruppe der Menschen in herausfordernden Lebenslagen werden u.a. Menschen mit Migrationshintergrund, mit geringem Einkommen oder in Arbeitslosigkeit, mit geringem Bildungsstatus, chronischen Erkrankungen oder Behinderungen gezählt - natürlich gelten hier auch alle Themen der Prävention und Gesundheitsförderung und zugehörigen Akteur*innen, welche für die Allgemeinbevölkerung über die Lebensspanne relevant sind.

Stiftungen (z. B. www.stiftungen.org , Bertelsmann Stiftung)	
Wohlfahrts-/Sozialverbände/kirchliche Träger/Ehrenamt wie z. B.	
AWO Bundesverband e. V.	
Diakonisches Werk evangelischer Kirchen in Nds.	
Deutsches Rotes Kreuz e. V.	
Sozialverbände (z. B. vdek, SoVD)	
(Jugend)-Wohnheime	
Kirchenverbände, Kirchengemeinden, konfessionell gebundene Institutionen	
Kirchlicher Dienst der Arbeit	
Freiwilligenserver Nds., Freiwilligenagenturen	
Freiwilligenbörse Flüchtlingshilfe	
Deutscher Caritasverband e. V.	
Paritätischer Wohlfahrtsverband Nds. e. V.	
Deutsche Tafel e. V.	
Netzwerke wie z. B.	
Arbeitsgemeinschaft MigrantInnen und Flüchtlinge in Nds. (AMFN) e. V. (Informationen über kommunale Migranten(selbst)organisationen)	
Integration durch Qualifizierung (IQ-) Netzwerk	
MigrantenElternNetzwerk (MEN) Nds. (Bildungsbereich)	
MENTO – Kollegiales Netzwerk für Grundbildung und Alphabetisierung – DGB Bildungswerk	
Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Nds. e. V. (NTFN)	
Landesarbeitsgemeinschaft der Einrichtungen für Frauen- und Ge- schlechterforschung in Niedersachsen (LAGEN) „Forschungsnetzwerk Gender und Migration@Niedersachsen“	
Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) soziale Brennpunkte e. V., Landesarbeitsgemeinschaft soziale Stadtentwicklung und Gemeinwesenarbeit e. V.	

Quartiersbezogene Netzwerke, Nachbarschaftshilfen, Bürger*inneninitiativen	
BAfF – Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (mit regionalen Anlaufstellen)	
Bündnis „Niedersachsen packt an“	
Forum für eine kultursensible Altenhilfe – Kuratorium Deutsche Altershilfe, Wilhelmine-Lübke-Stiftung e. V.	
Initiative Phoenix – Bundesnetzwerk für angemessene Psychotherapie e. V.	
Bundesverband Netzwerke von Migrantenorganisationen (NEMO) e. V.	
Bildungseinrichtungen und deren Träger wie z. B.	
Freie Träger oder e. V. (z. B. für Integrations- und Sprachkurse, Erwachsenenbildung)	
Familienbildungsstätten	
Volkshochschulen	
Universitäten, Fachhochschulen, Forschungseinrichtungen (z. B. MHH)	
Beratungsangebote wie z. B.	
Jobcenter und Jugendberufsagenturen der Bundesagentur für Arbeit	
Verbraucherzentrale Nds.	
Kinder- und Familienzentren	
Mütterzentren	
Fachberatungsstellen (Gewalt gegen Frauen, sexuellen Missbrauch an Mädchen, Sucht-, Sozial-, Krisen-, Schwangerschafts-, psychische, Familien-, Erziehungsberatung)	
Jobcenter, Agenturen für Arbeit, Gewerkschaften	
Schuldner- und Insolvenzberatung	
Sozialpsychiatrische Dienste	
Selbsthilfegruppen (www.selbsthilfe-buero.de oder Kibis e. V.)	

Gesundheitsversorgung wie z. B.	
Gesundheitszentren	
Nds. Landesgesundheitsamt, kommunale Gesundheitsämter	
Krankenhäuser, Fachkliniken, Fachambulanzen, Tageskliniken, Reha- und Kurkliniken	
Niedergelassene Ärzt*innen, Berufsverbände	
Ärzttekammer Nds. (ÄKN)	
Krankenkassen, Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung (KVN), private Krankenversicherungen	
Gemeinde Unfallversicherungsverband (GUV)	
Rentenversicherungsträger	
Mehrgenerationenzentren/-häuser	
Alteinrichtungen für Migrant*innen	
Pflege (z. B. kultursensible Pflege, ambulant, (teil-)stationär, Heimbeiräte, Prüfinstanzen, MDK)	
Kultursensible Anbieter von Heilberufen (z. B. Physiotherapie, Ergotherapie)	

4.2.3. ÄLTERE MENSCHEN⁵

AKTEUR*INNEN/ORGANISATIONEN DER PRÄVENTION & GESUNDHEITSFÖRDERUNG BEI ÄLTEREN MENSCHEN	NOTIZEN
Vereine, Verbände, Zentren und Initiativen wie z. B.	
Stiftungen (z. B. www.stiftungen.org , Bertelsmann Stiftung, Zentrum für Salutogenese gGmbH)	
Organisationen mit Schwerpunkt Demenz/Alzheimer (z. B. Aktion Demenz e. V., Deutsche Alzheimergesellschaft e. V., Fidem e. V.)	
Beratung und Unterstützung für Senior*innen (z. B. Büro gegen Altersdiskriminierung e. V., BAGSO e. V., Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros (BaS) e. V., pro familia)	
Gesundheitsfördernde Initiativen (z. B. InForm – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung)	
Kulturvereine, Kunstvereine, Kochschulen	
Seniorenvertretungen, Landesseniorenrat Nds. e. V., Seniorenbeirat	
Landesvereinigungen für Gesundheit	
Senioren-genossenschaften	
Sportverbände (z. B. Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB), Landessportbund Nds. e. V., Behinderten Sportverband Nds. e. V., Gehörlosensportverband Nds. e. V., Stadtsportbund, Sportvereine, Fitnessstudios, Schwimmbäder, Heilbäderverbände)	
Generationenübergreifende Vereine, Mehrgenerationenhäuser (z. B. Landesinitiative Nds. Generationengerechter Alltag (LINGA); Landesagentur Generationendialog Nds.)	
Begegnungsmöglichkeiten	
Einrichtungen der Altenhilfe (z. B. Freie Altenarbeit Göttingen e. V.)	

⁵ Die Zuordnung zu den Überschriften ist nicht absolut zu verstehen. Diese Listen beanspruchen keine Vollständigkeit, sondern sind als Reflexionsanregung zu verstehen. Bei Benachrichtigung nehmen wir Ergänzungen gerne auf.

Organisationen zur Verbesserung der Pflege (z. B. Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege (NDZ), Deutsches Zentrum für Qualität in der Pflege (DZQP), Initiative Neue Qualität in der Arbeit (INQA))	
Kultursensible Gesundheitsförderung (z. B. Ethno-Medizinisches Zentrum e. V.)	
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen	
Selbsthilfegruppen (z. B. www.selbsthilfe-buero.de oder Kibis e. V.)	
Wohlfahrts-/Sozialverbände/kirchliche Träger/Ehrenamt wie z. B.	
AWO Bundesverband e. V.	
Diakonisches Werk evangelischer Kirchen in Nds. e. V.	
Deutsches Rotes Kreuz e. V.	
Deutscher Caritasverband (z. B. Caritasforum Demenz) e. V.	
Paritätischer Wohlfahrtsverband Nds. e. V.	
Sozialverbände (z. B. vdek, SoVD)	
Kirchenverbände, Kirchengemeinden (z. B. Altenseelsorge), konfessionell gebundene Institutionen	
Bundesfreiwilligendienst	
Freiwilligenserver Nds.	
Ehrenamtlicher Dienst für Senioren (z.B. Duo), grüne Damen (im Bereich der stationären Versorgung)	
Deutsche Tafel e. V.	
Netzwerke (NW) und Arbeitskreise (AK) wie z. B.	
Quartiersbezogene Netzwerke, Bürgerinitiativen, Nachbarschaftshilfe	
NW Frauen, Mädchen und Gesundheit	
AK Armut und Gesundheit	
Niedersächsischer LandFrauenverband Hannover e. V.	
NW moderne Seniorenpolitik Nds.	

Forum für eine kultursensible Altenhilfe	
NW Sexualität in der Altenpflege	
AK Alter(n) und Gesundheit	
Bildungseinrichtungen und deren Träger wie z. B.	
Verbraucherzentrale Nds.	
Einrichtungen der Erwachsenenbildung (z. B. Nds. Bund für freie Erwachsenenbildung e. V. , katholische/evangelische Erwachsenenbildung, Landesverband der Volkshochschulen Nds. e. V. , Nds. Landesverband der Heimvolkshochschulen e. V., Ländliche Erwachsenenbildung in Nds. (LEB), LernZeitAlter, Familienbildungsstätten, (Heim-) Volkshochschulen	
Fördermöglichkeiten und Beschäftigungsmodelle im Alter z. B. durch	
Banken, Fonds, Förderungen (z. B. Gründer 50plus)	
Unternehmensverbände	
Gewerkschaften (z. B. verdi)	
Beratungsangebote wie z. B.	
Senioren- und Pflegestützpunkte Nds. (SPN), Senioren(service)büro	
Gerontopsychiatrische Beratungsstellen (z. B. Ambet e. V.)	
Fachberatungsstellen (Sucht-, Sozial-, Krisen-, psychologische Beratung) (z. B. Sozialpsychiatrischer Dienst)	
Schuldner- und Insolvenzberatung	
Selbsthilfegruppen (www.selbsthilfe-buero.de)	
Wohnberatung (z. B. Wohnungsbaugesellschaften, Wohnservicebüros, Handwerksunternehmen (Wohnungsumbauten), Niedersachsenbüro – Neues Wohnen im Alter)	
Pflegeberatung	
Daseinsvorsorge	
Familienzentren	

Gesundheitsversorgung wie z. B.	
Gesundheitszentren	
Gesundheitsämter	
Krankenhäuser, Fachkliniken, Fachambulanzen, Tageskliniken, Reha- und Kurkliniken	
Niedergelassene Ärzt*innen, Berufsverbände	
Krankenkassen, Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung (KVN), private Krankenversicherungen (z. B. Compass-zentralisierte Pflegeberatung, BGW)	
Gemeinde Unfallversicherungsverband	
Rentenversicherungsträger	
Anbieter von Heilberufen (z. B. Physiotherapie, Ergotherapie)	
Anbieter der mobilen Gesundheitsversorgung (Zahnmobil, Hausbesuche, nicht ärztl. Praxisassistenten (Nepa))	
Kur- und Rehaeinrichtungen	
Pflege (z. B. kultursensible Pflege, ambulant, (teil-)stationär inklusive Heimbeiräte, Prüfinstanzen, Heimaufsicht, MDK)	
Betreuungsangebote (z. B. Tages-/Kurzzeit-/Verhinderungspflege, Familienentlastende Dienste der Lebenshilfeeinrichtungen)	
Ärztchammer Nds. (ÄKN)	
Gerontopsychiatrische Kompetenzzentren	
Apotheken	
Sanitätshäuser	
Mahlzeitenbringendienste	
Hauswirtschaftliche Dienste	
Notfalldienste (Alarmknöpfe)	
Palliativversorgung	

4.3. CHECKLISTEN TÄTIGKEITSFELDER⁶

4.3.1. KINDER UND JUGENDLICHE

Tätigkeitsfelder der Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen	Recherchiert & reflektiert?	Projektverweise & Anmerkungen
Schwangerschaftsbegleitung und Elternberatung		
Schwangerschaftsberatung (z. B. Tabak, Drogenkonsum, Stillberatung)		
Nachbarschaftshilfe (z. B. MüfüMü, Stadtteil- mütter, Alleinerziehende)		
Elternberatung (z. B. Erziehungs-, sozial-psychologische Beratung)		
Entwicklungsaufgaben im Kleinkindalter begleiten (0-3 Jahre): • Bindung und Autonomie fördern		
Entwicklungsaufgaben in der frühen Kindheit/ Kindergartenalter begleiten (4-6 Jahre): • Sprechen, Bewegen, Achtsamkeit fördern		
Entwicklungsaufgaben in der mittleren Kind- heit/Grundschulkind begleiten (7-10 Jahre): • Aneignen, Gestalten, Beziehungen eingehen, Sich bewähren unterstützen		
Entwicklungsaufgaben in der späten Kindheit/ Schulkind begleiten (11-14 Jahre) bis hin zur Adoleszenz (bis 18 Jahre) • Körperwahrnehmung schulen • Identität finden, Grenzen suchen, Ablösung von den Eltern • Risikokompetenz erwerben • Eintritt körperlicher Reife, Sexualaufklärung, Aufbau von Peer-Beziehungen (beiden Ge- schlechts) • Berufsorientierung, -vorbereitung		

⁶ Die Tätigkeitsfelder können stets durch verhaltens- und/oder verhältnisorientierte Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung behandelt werden (Vgl. Kapitel 2.3.2.). Auch diese Listen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und können ergänzt werden. Die Altersangaben und zugehörige Entwicklungsstufen liefern ausschließlich Orientierungswerte.

4.3. CHECKLISTEN TÄTIGKEITSFELDER

Generelle Tätigkeitsfelder		
Zahngesundheit		
Impfschutz		
Sport und Bewegung, motorische Entwicklungsförderung (Schwimmfähigkeit)		
Psychische Gesundheit, Resilienzförderung, Kompetenzentwicklung (z. B. soziale Kompetenzen)		
Vermittlung von Gesundheitswissen		
Naturerfahrungen		
Allergieprophylaxe		
Förderung der geistigen Entwicklung (z. B. durch Kreativität, Freiräume, Werken)		
Inklusion, Integration		
Verkehrssicherheit		
Kinderschutz		
Ernährung & Verpflegung		
Hygiene		
Gesundheitsförderung in (Ganztags-)schulen und Kindergärten (z. B. Lärmschutz, Rückzugs- und Ruheräume, Einbindung in soziales Miteinander, bauliche Voraussetzungen, Gewährleistung von ausreichend Betreuungs- und Lehrkräften)		
Informations- und Aufklärungsveranstaltungen für Träger von Bildungseinrichtungen		
(Schul-)Übergänge begleiten		
Suchtberatung, Drogenaufklärung		
Gewaltprävention		
Medienkompetenz		
Sonstiges		

4.3.2. MENSCHEN IN HERAUSFORDERNDEN LEBENSLAGEN⁷

Tätigkeitsfelder der Prävention und Gesundheitsförderung bei Menschen in herausfordernden Lebenslagen	Recherchiert & reflektiert?	Projektverweise & Anmerkungen
Traumaverarbeitung		
Wissensvermittlung über System und Ansprechpartner*innen der Gesundheitsversorgung und Verwaltung		
Beratung (z. B. als Beratungsstellen, aufsuchende Beratung, Mit Migrant*innen für Migrant*innen, Integrationslotsen, Gesundheitslotsen)		
Schutzkonzepte gegen Gewalt in Flüchtlingsunterkünften (Frauen) (Blaupause niedersächsisches Ministerium)		
Kulturprojekte		
Gesundheitsversorgung nicht registrierter Flüchtlinge		
Gewalt-/Kriminalprävention		
Dolmetscher*innen in Angeboten der Beratung, Gesundheitsförderung, Gesundheitsversorgung		
Frauenthemen (z. B. Rechte stärken, Schwangerschaft, Geburt, Vorsorge, Gewalt)		
Soziale Integration – Interaktion mit Gleichaltrigen – Tandem/Paten		
Sprachliche Integration		
Berufliche Integration		
Grundsicherung, Existenzsicherung		
Bildung		

⁷ Die Tätigkeitsfelder können stets durch verhaltens- und/oder verhältnisorientierte Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung behandelt werden (Vgl. Kapitel 2.3.2.). Auch diese Listen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und können ergänzt werden. Generell sollte bei allen bestehenden Angeboten für alle Dialoggruppen Migration als Querschnittsthema betrachtet und auf Barrierefreiheit geachtet werden.

4.3. CHECKLISTEN TÄTIGKEITSFELDER

Psychische Gesundheit		
Bewegung		
Gesunde Ernährung		
Resilienzförderung		
Impfschutz		
Zahngesundheit		
Sonstige		

4.3.3. ÄLTERE MENSCHEN⁸

Tätigkeitsfelder der Prävention und Gesundheitsförderung bei älteren Menschen	Recherchiert & reflektiert?	Projektverweise & Anmerkungen
Gesunde Ernährung (z. B. Essen auf Rädern)		
Bewegungsförderung (z. B. Ausdauertraining bei Herz-Kreislauferkrankungen, Sturzprävention durch Kräftigung und Koordinations-/ Gleichgewichtstraining)		
Zahngesundheit (positive Beeinflussung von Ernährung und Sprache)		
Impfungen (z. B. Grippe)		
Erwachsenenbildung, Gesundheitsbildung		
Wohnformen (z. B. Barrierefreiheit, Ambient Assisted Living, Mehrgenerationenhäuser, Senior*innen-Wohngemeinschaften, Senior*innen-Student*innen-WG, Sicherheitssysteme für den Notfall, Beratungsangebote)		
Förderung der sozialen Interaktion (z. B. Netzwerke, Nachbarschaftshilfe, Begegnungsstätten, Cafés)		
Betriebliches Gesundheitsmanagement (Gesunde Betriebe, neue Arbeitsmodelle für ältere Menschen, altersgerechtes Arbeiten, Übergänge gestalten)		
Demenz und Alzheimer (z. B. Sport, Gedächtnistraining, Versorgungskonzepte, FIDEM)		
Chancen durch Zugang zu Technik (z. B. Medienkompetenz zur Alltagsunterstützung, soziale Kontaktpflege, Wissenszugänge, Teilhabe)		

⁸ Die Tätigkeitsfelder können stets durch verhaltens- und/oder verhältnisorientierte Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung behandelt werden (Vgl. Kapitel 2.3.2.). Auch diese Listen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und können ergänzt werden.

4.3. CHECKLISTEN TÄTIGKEITSFELDER

Generationenbeziehungen, intergenerationelles Lernen, Mehrgenerationenhäuser, generationsübergreifende Projekte (z. B. Seniorpartners in school, Mentorenprogramme)		
Nahraumgestaltung, Raumplanung, Verkehrsplanung, Verkehrssicherheit, öffentlicher Nahverkehr (z. B. Bänke, Grünflächen, Assessments, Mobilität, Seniorenbus)		
Schulung von professionellen Pflegekräften in Richtung ganzheitliche Betrachtung und Verweisung auf psychosoziale Probleme		
Ausgleichs- und Entlastungsangebote, Unterstützung für pflegende Angehörige (z. B. niedrigschwellige Angebote der Hauswirtschaftshilfe, Einzel-/Gruppenbetreuung)		
Psychische Gesundheit bzw. Früherkennung von psychischen Erkrankungen (z. B. bei Depression, Sucht, Suizidgefährdung (besonders Männer), Schulung und Sensibilisierung von Pflegekräften)		
Gegen Altersdiskriminierung (z. B. gegen negative Altersbilder)		
Subjektives Sicherheitsempfinden		
Kulturelle Vielfalt im Alter		
Vorsorgeuntersuchungen, Screenings (z. B. Karzinome, KHK, Diabetes mellitus/Stoffwechselerkrankungen)		
Entlass- und Überleitungsmanagement, vernetzte Sektoren		
Kontrolle von Medikationsplänen („Polymedikation“)		
Gesundheitsförderung in der Pflege (z. B. aktivierende Pflege)		
E-Health		

Ehrenamtliche Tätigkeiten (z. B. Alterslotsen, Gemeindepfleger*innen, Kümmerer; Beschäftigungsformen z. B. Gärtnern, Vereinstätigkeiten, Engagement für Naturschutz oder Tierheime, in der Kirchengemeinde)		
Aufsuchende Dienstleistungen (z. B. Lebensmittelbeschaffung, Friseur, Mani-/Pediküre, medizinische Fußpflege)		
Kompetenzerwerb (z. B. Training beim Buseinstieg)		
Hygiene		
Entwicklungsaufgaben begleiten (z. B. altersgerechte Arbeitsmodelle, „Empty-Nest“, Pensionierung, finanzielle Veränderung durch Rente, Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit und der fluiden Intelligenz, Tod des*der Lebenspartner*in, Verantwortung/Pflege der eigenen Eltern, Gewinn-Verlust-Bilanzierung)		
Sonstige		

4.4. ANGEBOTSSORTIERUNG NACH DEM MODELL DER LEBENSLAGEN

z. B. Sortierung nach Alter/ Entwicklungsphase/Mobilität	...	...	...
Gesundheitliche Lebenslage			
Materielle Lebenslage			
Kulturelle Lebenslage			
Soziale Lebenslage			

4.5. BESTANDSAUFNAHME ANGEBOTSBESCHREIBUNG

Angebotstitel	
Art des Angebots (Programm, Projekt, Regelversorgung)	
Kontaktdaten	
Kontaktperson Straße, Hausnummer PLZ, Ort Telefon E-Mail, Homepage	
Träger, Kooperation	
Ziele	
Dialoggruppe (an wen richtet es sich, wen erreicht es)	
Teilnahme (Anzahl und Häufigkeit pro Person sowie Gruppengröße)	
Dauer/Laufzeit	
Evaluation	
Inhaltliche Schwerpunkte und angewendete Methoden (Informationen, Beratung, Behandlung, Einzel-/Gruppenangebot, verhältnis-/verhaltensorientiert)	
Leistungsfinanzierung/Kosten	
Setting	
Wirkung auf Verhalten oder Verhältnisse	

4.6. OPTIONALE ERARBEITUNG VON VERBESSERUNGSVORSCHLÄGEN

Mit Hilfe der Good Practice-Kriterien des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit (2017) können bestehende Projekte reflektiert werden. Erläuterungen der einzelnen Bewertungsstufen finden Sie unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice-kriterien.

PROJEKT:
Konzeption: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ • Vom implizierten Selbstverständnis zum ausdifferenzierten, dynamischen Konzept
Vermerk:
Zielgruppenbezug: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ • Zunehmend präzisere Ausrichtung auf Dialoggruppen in schwieriger sozialer Lage
Vermerk:
Setting-Ansatz: • In wie fern werden verhältnis- und verhaltensbezogene Maßnahmen unter Einbezug der Dialoggruppe kontinuierlich und professionell für ein Setting koordiniert?
Vermerk:
Multiplikatorenkonzept: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ • Systematische Einbindung, Qualifizierung, Begleitung von Multiplikator*innen
Vermerk:
Nachhaltigkeit: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ • Vom kurzfristigen Projekt zum kontinuierlichen (Regel-)Angebot
Vermerk:
Niedrigschwellige Arbeitsweise: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ • Zunehmende Berücksichtigung der Beteiligungshürden aus Dialoggruppenperspektive
Vermerk:

Partizipation:

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

- Entwicklung zu mehr Entscheidungskompetenz

Vermerk:

Empowerment:

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

- Stärkung individueller und kollektiver Ressourcen als Voraussetzung für aktive Einflussnahme

Vermerk:

Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung:

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

- Von einem geringen zu einem komplexen Integrations- und Vernetzungsniveau kommunaler Gesundheitsstrategien

Vermerk:

Qualitätsmanagement:

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

- Systematische Integration der Qualitätsorientierung in alle Strukturen und Prozesse

Vermerk:

Dokumentation/Evaluation:

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4a ☐ 4b ☐

- Von der Datensammlung zur Überprüfung der Zielerreichung

Vermerk:

Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis:

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

- Zunehmende Erfassung des Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisses

Vermerk:

Reflexion/kollegiale Verbesserungsvorschläge:

4.7. LEITFADEN EXPERT*INNENINTERVIEW

Name:		Institution:	
Funktion:		Kontakt Daten:	
Ort, Datum:		Interviewer*in:	
Erhebung bestehender kommunaler Angebote für die Dialoggruppe zur Vervollständigung der Bestandsaufnahme		Individuelle Bestandsaufnahme: Welche Berührungspunkte hat Ihre Institution oder Sie im Speziellen mit Aktivitäten und Projekten der Prävention und Gesundheitsförderung für benannte Dialoggruppe? • <i>Bestandsaufnahme Angebotsbeschreibung:</i> Rasterinformationen erfragen, ausfüllen oder nachtragen	
		Generelle Bestandsaufnahme: Welche Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen in der Kommune sind Ihnen bekannt? Welche Ihnen bekannten Akteur*innen und Institutionen sind des Weiteren in dem Feld aktiv oder planen, aktiv zu werden? • <i>Bestandsaufnahme Angebotsbeschreibung</i> bestehender Projekte ggf. schon ausfüllen oder nachträglich genannte Projekte recherchieren	
Gesundheitsförderungs-Potenziale und -Bedarfe		In welchen Bereichen, denken Sie zusammenfassend, sind Sie in der Kommune bereits gut aufgestellt? Was sind Ihrer Meinung nach Potenziale für die Prävention und Gesundheitsförderung? Welche Einstellungen, Gruppen, Strukturen könnte man zum Ausbau von Gesundheitsförderung nutzen? Wo sehen Sie Handlungsbedarfe? Wo sehen Sie besondere Risikofaktoren und wenn welche? Fallen Ihnen in Ihrer (praktischen) Arbeit besondere Bedarfe für Dialoggruppen oder Gebiete/Quartiere auf? Wo sehen Sie Lücken in der kommunalen Gesundheitsförderung mit ihren bestehenden Maßnahmen (Form, Inhalte/Themen, Wirkungsebene Verhalten/Verhältnisse, Qualität, personelle/finanzielle Aufstellung)?	

Bedürfnisse	Was benötigen Sie, um gute Arbeit in Ihrem Bereich leisten zu können? Was läuft bereits gut? Was muss verbessert werden? Wer könnte diese Veränderungen anstoßen und wie?
Vernetzung und Kooperation	Nutzen Sie Netzwerke für den Austausch, zur verbesserten Zusammenarbeit, Arbeit zu einem gemeinsamen Ziel? Wenn ja: Welche Personen sind in diesem Netzwerk? Was ist das gemeinsame Ziel? Gibt es regelmäßige Treffen und eine Definition des Netzwerkes? Wenn nein: Arbeiten Sie informell regelmäßig zum Thema mit bestimmten Akteur*innen zusammen? Wenn ja, mit welchen? Was ist der Inhalt der Zusammenarbeit? Wie häufig findet die Zusammenarbeit statt? Sind Ihnen (weitere) kommunale Netzwerke bekannt? Welche Netzwerkbildungen oder Kooperationspartner sind bei der Initiierung von Projekten der Prävention und Gesundheitsförderung der jeweiligen Dialoggruppe vorstellbar? Wo bräuchten Sie engere Zusammenarbeit, wo mehr Freiraum?
Weitere Anmerkungen	

Ziele:

- Bestandsaufnahme vervollständigen und Expertise im Feld als Hilfe nutzen
- Potenziale und Bedarfe für Prävention und Gesundheitsförderung mit der jeweiligen Dialoggruppe aus Expert*innensicht festhalten
- Expert*innenbedürfnisse für „gute Arbeit“ festhalten
- Weitere Akteur*innen oder (potenzielle) Netzwerke in dem Feld identifizieren

4.8. LEITFADEN FÜR DEN EINSATZ VON FOKUSGRUPPEN

Kurzer Exkurs zur Methodik

Eine Fokusgruppe ist eine moderierte Gruppendiskussion von 6 bis 10 Personen, die ein im Voraus festgelegtes Thema zielgerichtet bearbeitet. Die Diskussion dauert 1 bis 2 Stunden:

Vorbereitung

- ein Ort, an dem die Gruppe ohne Störung diskutieren kann
- das Thema sollte präzise, klar und verständlich formuliert sein
- Festlegung von Unterthemen, Formulierung konkreter Fragestellungen in Absprache mit der Projektgruppe
- zwei Moderierende, die Erfahrungen in der Moderation von Gruppengesprächen haben
- Akquise für die Teilnahme, z.B. durch persönliche Ansprache, Rundmails, Aushänge, Anzeigen in lokalen Zeitungen, Flyer
- Festlegen der Dokumentation, empfohlen werden eine digitale Tonbandaufnahme sowie die Dokumentation der Ergebnisse auf Karten und/oder Stellwänden bzw. mit einem Protokoll
- Vorbereitung der Materialien: Moderationskarten, FlipChart, Tonbandgeräte, Getränke

Exemplarischer Ablauf einer Fokusgruppe

Dauer: 1 bis 2 Stunden; Teilnehmer (TN): 6 bis 10 Personen

1) Vorstellung der (beiden) Moderierenden

Vorstellung des Themas (z. B. Gesundes Quartier) und des Hintergrunds

2) Vorstellung der Methodik „Fokusgruppe“ (Definition im Kapitel Bedürfnisanalyse)

Verweis auf Audioaufzeichnung, Protokoll

3) Erarbeitung/Vorstellung der Gesprächsregeln

Diese können vorab von den Moderierenden erarbeitet werden. Die Moderierenden schreiben die Gesprächsregeln auf ein FlipChart und stellen sie kurz vor. Die Teilnehmenden können diese ergänzen bzw. anpassen.

4) Einstieg

Vorstellung des Themas und Leitfragen der Fokusgruppen-Diskussion

5) Bearbeitung konkreter Fragestellungen (ca. 4 bis 8 Fragen)

jeweils Hinführung zum Thema/kurze Definition/Erläuterung durch die*den Moderierenden

- anschließend: Einsatz einer Methode je nach Fragestellung.

Mögliche Methoden:

Methode 1:

- Schritt 1: Individuelles Brainstorming (jede*r TN schreibt Gedanken zur Fragestellung auf Moderationskarten nieder; pro Gedanke eine Karte).
- Schritt 2: Clustern: Ein Gedanke wird durch eine*n TN vorgestellt und auf den Tisch/Boden gelegt, ähnliche Gedanken werden kommentarlos hinzugelegt; alle Gedanken werden auf diese Weise geclustert.

Anmerkung: Diese Methode eignet sich grundsätzlich gut, um alle Themen nach diesem Schema zu bearbeiten. Die Vorschaltung einer individuellen Phase hat sich in der Praxis bewährt.

Methode 2:

Diskussion zur Fragestellung in Kleingruppen, anschließend Vorstellung im Plenum.

Methode 3:

Themenspezifische Aufstellung; Beispiel: Auf einer Skala von 1-10: Wie wohl/ gesund fühlt ihr euch im Stadtteil insgesamt?

- Mögliche Methode: Auf Moderationskarten vermerken: Wo stuft ihr euch ein?
Anschließende Diskussion: Was führt dazu, dass ihr euch dort einstuft?
Was braucht ihr, um auf Stufe xxx zu kommen?

6) Offene Fragerunde

Gibt es noch Themen? Brennt irgendetwas?

- Möglichkeit der Teilnehmenden zu einem unkommentierten Fazit

7) Fazit & Abschluss

Für Beteiligung bedanken; Rückmeldung an Gruppe, wie das weitere Vorgehen geplant ist und wie die Ergebnisse kommuniziert werden.

Hinweis: Formulierung von Leitfragen

Leitfragen für Expert*innenrunden können je nach Zielsetzung inhaltlich ähnlich wie in dem Leitfaden für Interviews gestaltet sein. Sie sollten offen formuliert werden, nicht die Meinung der Moderation implizieren und zur Diskussion anregen.

Werden die Fokusgruppen im Rahmen einer Bürger*innenbeteiligung angewendet, sollte sichergestellt werden, dass eine niedrighschwellige Sprache verwendet wird und zugrunde liegende Konzepte oder Begriffe auf ein einheitliches Verständnis stoßen, erklärt werden oder auch unterschiedliche Auffassungen diskutiert werden.

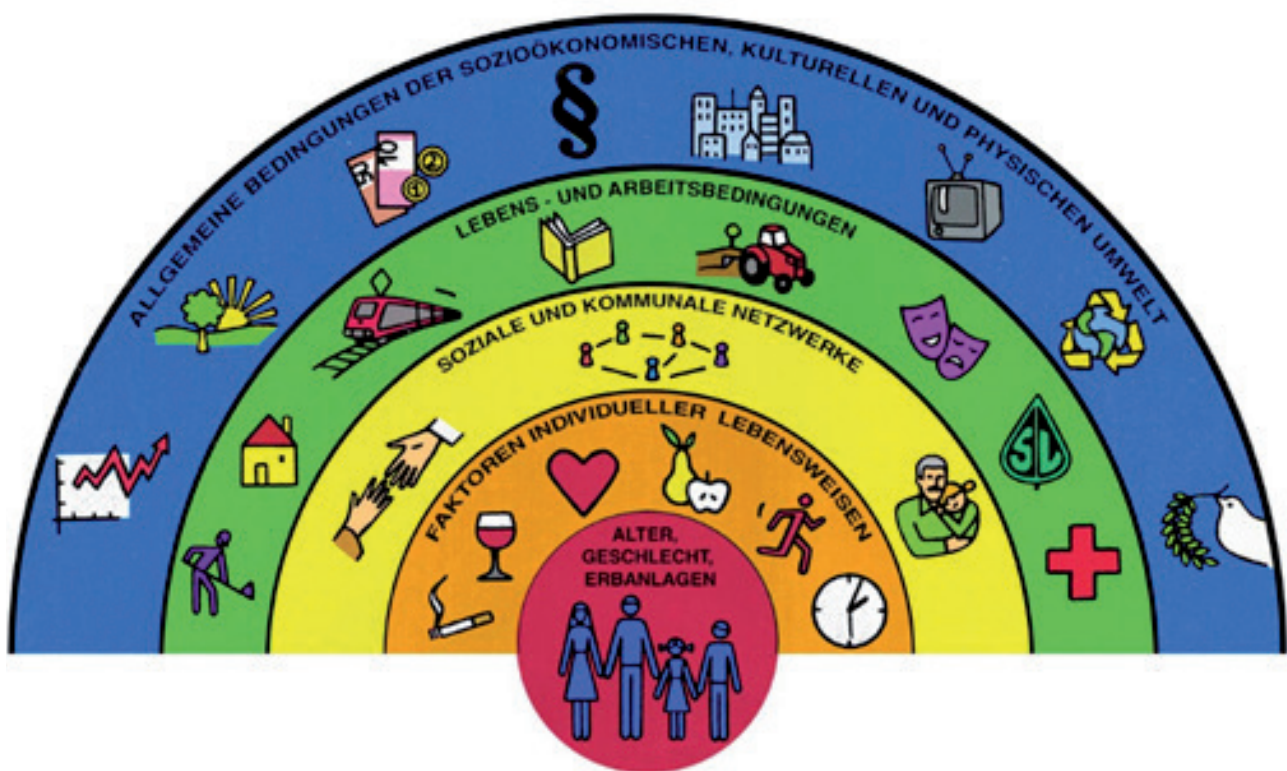
4.9. EXKURS ZU WICHTIGEN BEGRIFFLICHKEITEN UND ZUSAMMENHÄNGEN IN DER KOMMUNALEN PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG

**Gesundheit – Prävention – Gesundheitsversorgung – Gesundheitsförderung – Partizipation
Empowerment – Intersektoralität – Verhalten/Verhältnis – Setting Kommune**

Damit bei der Analyse in der Kommune ein gemeinsames Verständnis von den wichtigen Grundbegriffen besteht und somit auch auf ein gemeinschaftliches Ziel hingearbeitet werden kann, werden an dieser Stelle einige Begrifflichkeiten kurz definiert. Da Sie als Interessierte oder jeweilige Ansprechpartner*innen in den Kommunen ein sehr heterogenes gesundheitswissenschaftliches Vorwissen aufweisen, finden Sie neben den Definitionen anschließend Literaturhinweise zum Vertiefen des Fachwissens.

Als Grundlage dient die gängige Definition von **Gesundheit** der WHO: „Gesundheit ist ein Zustand des

vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens [...]“. Dabei ist zu ergänzen, dass Gesundheit nicht nur als starrer Zustand in der Momentaufnahme betrachtet werden sollte, sondern ebenso als dynamischer Prozess durch die sich ständig verändernden Umgebungseinflüsse und Anforderungen an das Individuum (Vgl. WHO 1946). Im Rahmen des Modellprojekts wurde stets ein weites Begriffsverständnis von Gesundheit zugrunde gelegt, bei dem vielseitige Wechselwirkungen und Einflüsse der Lebenswelt auf die Gesundheit bestehen:



Modell der Determinanten für Gesundheit (Fonds Gesundes Österreich nach Dahlgren und Whitehead 1991)

Prävention und Gesundheitsförderung

Die Gesunderhaltung kann von verschiedenen Seiten betrachtet werden: Zentrale Ansätze sind dabei die Prävention, also die Vermeidung von Risikofaktoren, sowie die Gesundheitsförderung, sprich die Stärkung und der Erhalt von Gesundheit. Dabei resultieren beide Ansätze in der Praxis zum Teil in sehr ähnlichen Maßnahmen und ergänzen sich. Sie werden im Folgenden näher erklärt.

In der **Prävention**, unterscheidet man

- Primärprävention (Krankheitsverhütung, Verminderung oder Verzögerung von Neuerkrankungen),
- Sekundärprävention (frühzeitige Erkennung einer Erkrankung, um Fortschreiten oder Manifestieren zu verhindern) sowie die
- Tertiärprävention (Verhindern des weiteren Fortschritts einer Erkrankung und Folgeschäden sowie Rehabilitation).

Die Prävention legt das Modell der psychosozialen Krankheitsätiologie zugrunde, wobei durch bestimmte Verhaltensweisen, genetische oder persönliche Merkmale und äußere Stressoren eine Krankheitsentstehung begünstigt wird. Dieses Modell versucht, auch Wechselwirkungen und Interaktionen der verschiedenen Bedingungen und Einflüsse einzubeziehen (im Gegensatz zum Risikofaktorenmodell). Nicht immer ist es jedoch leicht, die krank machenden Faktoren in diesem multifaktoriellen Geschehen zu identifizieren und zu verifizieren (Vgl. Faltermaier 2005).

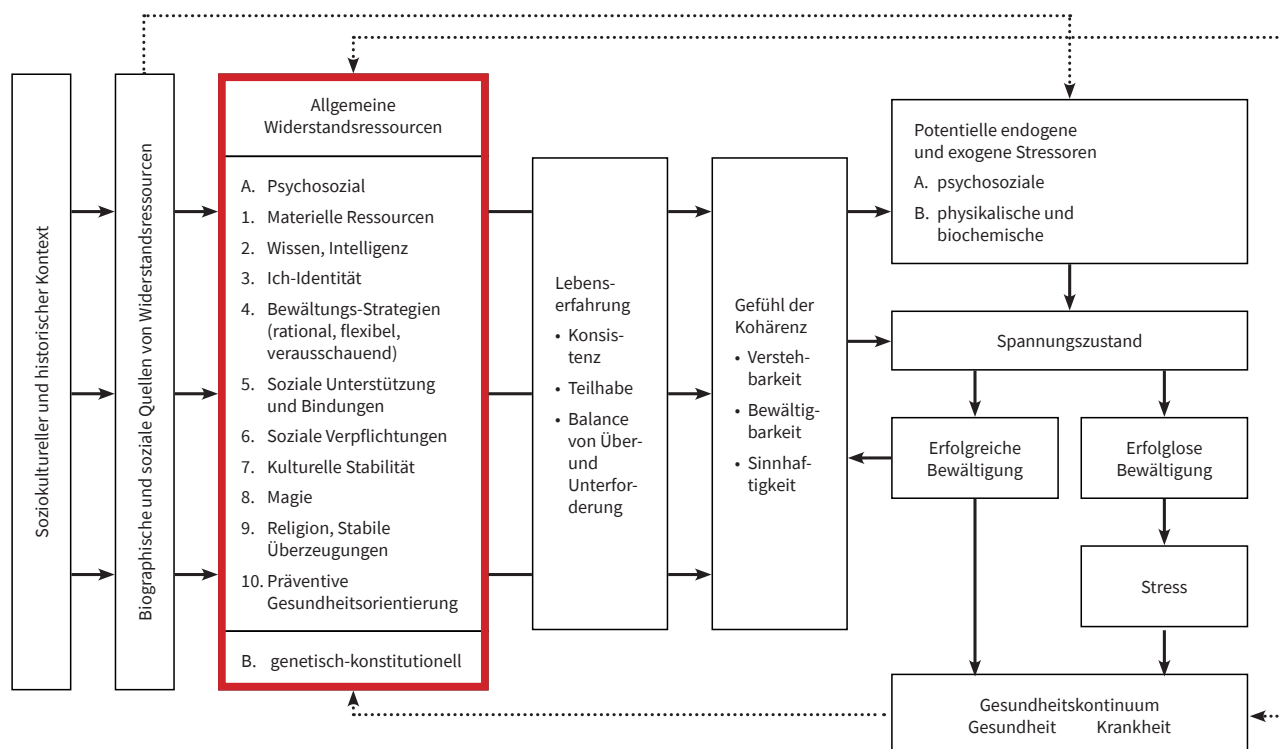
In der sekundären und tertiären Prävention spielt auch die **Gesundheitsversorgung** eine entscheidende

de Rolle. Diese ist definiert als „Gesamtheit der organisierten Anstrengungen, die Einfluss nehmen auf die Gesundheit von Individuen oder sozialen Gruppen.“ Die drei Träger sind der Staat, privatwirtschaftliche Unternehmen, wie z. B. Personen mit Gesundheitsberufen der ambulanten Versorgung, und gemeinnützige Organisationen, wie z. B. Wohlfahrtsverbände (Vgl. Rosenbrock & Gerlinger 2014). So sind Screenings sowie schnelle Diagnostik und Erreichbarkeit von Fachärzt*innen oder Heilmittelerbringern entscheidend für die Früherkennung und gezielte schnelle Behandlung oder Rehabilitation von Erkrankungen.

Die **Gesundheitsförderung** verfolgt einen salutogenen Ansatz, der gesunderhaltende Ressourcen, Kompetenzen und Potenziale stärkt (ebd.). Sie handelt auf der Ebene der gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen, welche über klassisch etablierte Felder der medizinischen und sozialen Versorgung hinausgeht. Beispiele sind die Settingarbeit, damit gesundheitsförderliche Lebenswelten geschaffen werden, die Neuausrichtung von kurativen Gesundheitsdiensten hin zu Leistungen zur Stärkung der Gesundheit, z. B. in Heimen und Krankenhäusern. Die Aufgabengebiete reichen von der Förderung gemeinschaftlicher Aktivitäten von Bürger*innen, um sich gegenseitig zu unterstützen und soziale Netzwerke zu bilden, bis zur Individuums-bezogenen Förderung von Bildungschancen und personalen Kompetenzen.

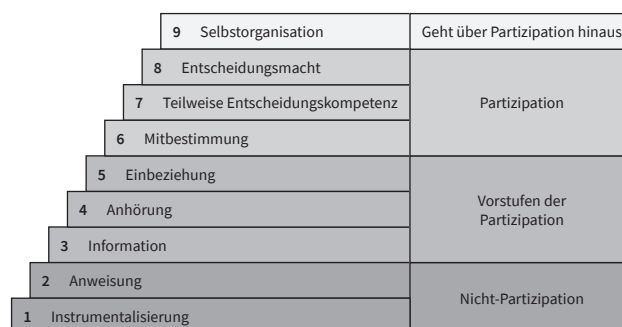
Ressourcen, die durch eine Stärkung zu einer verbesserten Gesundheit führen können werden in dem folgenden dargestellten Modell der Salutogenese von Antonovsky dargestellt.

4.9. EXKURS ZU WICHTIGEN BEGRIFFLICHKEITEN UND ZUSAMMENHÄNGEN IN DER KOMMUNALEN PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG



Das Modell der Salutogenese von Antonovsky 1979 (modifiziert und zitiert nach Faltermaier 2005)

Eine **zentrale Strategie** der Gesundheitsförderung ist die **Partizipation** der Dialoggruppe, also die Beteiligung (je nach Stufe der Partizipation) an Entscheidungs-, Auswahl- und Umsetzungsprozessen. Dadurch engagieren sich Angesprochene stärker, können aktiv mitarbeiten und für ihr Handeln Verantwortung übernehmen. Somit entsteht eine größere Akzeptanz für Maßnahmen, die entlang der tatsächlichen Bedürfnisse geplant sind. Entlang des Stufenmodells der Partizipation kann man die eigene Maßnahme hinsichtlich ihrer partizipativen Anteile beurteilen. In der kommunalen Gesundheitsförderung müssen sich Strukturen, welche Partizipation ermöglichen, häufig erst entwickeln, sodass ein Prozess angestoßen wird (Vgl. BZgA 2011; Gesundheit Berlin-Brandenburg 2014).



Stufenmodell der Partizipation (Wright, Block, Unger 2008)

Ebenso gilt **Empowerment** (Befähigung/„Hilfe zur Selbsthilfe“) als zentraler Aspekt. Indem die Menschen dazu befähigt werden, ihre persönlichen Gesundheitsressourcen und Potenziale besser zu nutzen, können sie mehr Eigenständigkeit erlangen. So werden individuell passende Lösungsstrategien entwickelt, was zu

einem verbesserten Kohärenzgefühl (Gefühl der Verstehbarkeit, Bewältigbarkeit, Sinnhaftigkeit) führen kann (Vgl. Partizipative Qualitätsentwicklung 2008).

Prävention und Gesundheitsförderung sollte immer als Querschnittsthema betrachtet werden, in der alle

politischen Sektoren zusammenarbeiten und gemeinsame Lösungsansätze entwickeln. Diese Handlungsstrategie wird auch als **Intersektoralität** bezeichnet (Vgl. Altgeld & Kickbusch 2012).

Die jeweiligen Maßnahmen können **verhältnis- oder verhaltensorientiert** sein. Verhältnisbezogene Maßnahmen beeinflussen die Lebenswelten der Dialoggruppen. Diese können zum Beispiel das Wohnumfeld betreffen (z. B. Grünflächen und attraktive Bewegungsräume) oder auch Settings wie Kindergarten, Schule, Arbeitsplatz und viele mehr. Auch gute Nahverkehrsverbindungen für eine gewährleistete Mobilität und Selbstständigkeit, sichere Fahrradwege oder abgesenkte Bürgersteige können die Basis für eine gute Lebensqualität und Aktivität im Alltag darstellen. Einfluss auf das Verhalten kann z. B. durch Kurse oder Beratungsangebote, Aufklärung und Informationen genommen werden. Da das neue erlernte Verhalten jedoch in der individuellen Lebenswelt umgesetzt werden muss, ist es wichtig, nach Möglichkeit die Le-

benswelt dementsprechend umzugestalten. In einer solch kombinierten Form lassen sich Maßnahmen und Projekte deutlich effektiver gestalten und Ergebnisse langfristig sichern. Auch wenn eine Nachweisbarkeit und Evaluation von verhältnisorientierten Handlungen aufwändiger ist und größere Zeitfenster beansprucht, lohnt sich dieser Aufwand für nachhaltige Veränderungen (Vgl. Walter & Sterdt 2012).

Im **Setting Kommune** laufen verhältnis- und verhaltensorientierte Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zusammen und nehmen damit die Lebenswelten von Menschen in den Fokus. Die Lebensbedingungen sollen in einem ganzheitlichen Ansatz verbessert werden und so zur Gesundheit beitragen. Es wird aber nicht nur auf die äußeren Umstände eingewirkt, sondern die Bürger*innen werden motiviert und befähigt, sich an diesen Prozessen und Veränderungen zu beteiligen. All diese Maßnahmen müssen gemeinsam koordiniert, aufeinander abgestimmt und bei Bedarf ausgebaut werden.

Vorteile integrierter Strategien

Nach einem ganzheitlichen Verständnis hat Gesundheit viele Determinanten (s. Abschnitt 4.9.1.). Dem entsprechend kann Gesundheitsförderung z. B. auch die Verminderung von Armutsfolgen, die Förderung von kultureller Teilhabe, soziale Stadtentwicklung oder die Förderung von Chancengleichheit beinhalten. Dabei handelt es sich allerdings um komplexe und vielschichtige Herausforderungen, für die es angemessene kommunale Lösungen braucht. Eine vielversprechende Lösung ist die ressortübergreifende Zusammenarbeit in Form integrierter kommunaler Strategien. Solche Strategien gewährleisten in besonderem Maße die Nachhaltigkeit und Qualität der kommunalen Arbeit, denn:

- Sie schaffen Synergieeffekte zwischen den Fachbereichen, so z. B. durch den Abbau von Doppelstrukturen im Rahmen einer klaren Aufgabenverteilung und Schnittstellenmanagements,
- sie sichern die Stabilität der Arbeit durch gemeinsame Entscheidungen, auch über Politikwechsel und Mittelstreichungen hinweg,
- sie fördern die ganzheitliche Betrachtung gemeinsamer Problemlagen,
- sie steigern die Qualität der Arbeit durch Erfahrungsaustausch, Wissensmanagement und bessere Ansprache der Dialoggruppen.

WEITERFÜHRENDE LINKS UND VERWENDETE LITERATUR

Altgeld, T. & Kickbusch, I. (2012): Gesundheitsförderung. In: Schwartz, F.W. et al.: Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Fischer.

Böhme, C., Kliemke, C., Reimann, B., Süß, W. (Hrsg.) (2012): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Bern: Hans Huber.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2011): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Grafling: Verlag für Gesundheitsförderung oder unter www.leitbegriffe.bzga.de [20.07.2018].

Deutsche Aidshilfe (Hrsg.) (2017): Communities kennenlernen durch Community Mapping. Zugriff unter www.hiv-migration.de/content/communities-kennenlernen-durch-community-mapping [21.06.2016].

Faltermaier, T. (2005): Gesundheitspsychologie, Stuttgart: Kohlhammer.

Fonds Gesundes Österreich nach Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991): Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies. Unter www.fgoe.org/gesundheitsdeterminanten_farbe.jpg [23.07.2018].

Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. (Hrsg.) (2013): Ein Leitfaden zur Beteiligung älterer Menschen an der Gestaltung bewegungsfreundlicher Quartiere. Zugriff unter www.gesundheitbb.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/GesBB/Materialien/Projektmaterial/Berlin/ZfB_Berlin/Schritt_fuer_Schritt_zu_mehr_Partizipation_Leitfaden_ZfB_Mailversion.pdf [10.07.2016].

Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. (Hrsg.) (2014): Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung. Heft 2. Berlin: Conny Wolff oder unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=dd1185d8a13883e51384a93f7b8953d0 [20.07.2018].

Hausschildt, J. & Gemünden, H. G. (1999): Promotoren. Champions der Innovation. 2. Auflage. Wiesbaden: Huber & Co.

Jansen, D. (2006): Einführung in die Netzwerkanalyse. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kolip, P. (2016): Ergebnisevaluation von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung – Leitfaden Selbstevaluation für Praktikerinnen und Praktiker. Bielefeld oder unter www.lzg.nrw.de/9144350 [01.08.2018].

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2017): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. 2. Auflage. Stand März 2017. Berlin

Krems, B. (2012): Promotor, Promotorenmodell. Zugriff unter www.olev.de/p/promotor.htm [14.07.2018].

Kuhlmann, A. (2009): Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune. Institut für Gerontologie an der Technischen Universität Dortmund oder unter www.in-form.de/fileadmin/Dokumente/Materialien/Gesundheitsfoerderung_und_Praevention.pdf [01.08.2018].

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2015): Handbuch zur Kommunalen Gesundheitsförderung – Städte und Gemeinden gesundheitsförderlich, lebenswert und generationenfreundlich gestalten. Stuttgart: Schwäbische Druckerei.

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (Hrsg.) (2014): Leitfaden Gesundheitsregionen Niedersachsen. Hannover: Unidruck oder unter www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/GR-Leitfaden_web.pdf [01.08.2018].

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (Hrsg.) (2013): Werkbuch Präventionsketten. Unter www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/Werkbuch-Praeventions-kette_Doppelseite.pdf [01.08.2018].

LVR-Landesjugendamt Rheinland (Hrsg.) (2009): NeFF - Arbeitshilfen zur Entwicklung und Steuerung von Netzwerken Früher Förderung. Ein Modellprojekt des LVR-Landesjugendamtes Rheinland. Köln.

Partizipative Qualitätsentwicklung (Hrsg.) (2008): Partizipation. Zugriff unter www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/partizipation/stufen-der-partizipation.html

Reich, K. (Hrsg.) (2003): Methodenpool. Zugriff unter www.methodenpool.uni-koeln.de [15.06.2016].

Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2014): Gesundheitspolitik: Eine systematische Einführung. 3. Auflage. Bern: Hans Huber.

Spieckermann, H. (2005): Konstruktion sozialer Räume durch Netzwerke. In: Riege, M. & Schubert, H. (Hrsg.): Sozialraumanalyse. Grundlagen – Methoden – Praxis. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Trojan, A., Reisig, V., Kuhn, J. (2016): Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden. Entwicklungsstand und Perspektiven für das Setting „Kommune“ nach Verabschiedung des Präventionsgesetzes. Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin, Heidelberg: Springer, 11/ 4: 259-264.

von Unger, H. (2014): Partizipative Forschung: Einführung in die Forschungspraxis. Wiesbaden: Springer VS. S. 96 ff.

Waller, H. (2006): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.

Walter, U. & Sterdt, E. (2012): Ansätze und Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von Stadtplanung. In: Böhme, C., Kliemke, C., Reimann, B., Süß, W. (Hrsg.): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Bern: Hans Huber.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1946): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Deutsche Übersetzung unter www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf [14.06.2016].

Wright, M., Block, M., v. Unger, H. (2008): Stufen der Partizipation. Unter www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/partizipation/stufen-der-partizipation.html [23.07.2018].

