

Prävention und Gesundheitsförderung im Sozialraum

Handreichung der Diakonie Deutschland

Februar 2025

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| VORWORT | 3 |
| 1. EINFÜHRUNG | 4 |
| 2. KONZEPTIONELLE ASPEKTE DER SOZIALRAUM- BEZOGENEN PRÄVENTION | 5 |
| 2.1. Soziale Determinanten von Gesundheit | 5 |
| 2.2 Gesundheitliche Ungleichheit | 6 |
| 2.3 Prävention und Gesundheitsförderung | 6 |
| 2.4 Setting-Ansatz | 7 |
| 2.5 Partizipation | 8 |
| 2.6 Sozialraumbezug | 9 |
| 2.7 Klimawandel und Gesundheit | 10 |
| 2.8 Digital unterstützte Prävention und Gesundheitsförderung im Sozialraum | 12 |
| 3. ETHISCHE ASPEKTE | 13 |
| 4. SOZIALRÄUMLICHE PRÄVENTION UND GESUNDHEITS- FÖRDERUNG IN DER PRAXIS | 14 |
| 4.1. Vorbereitung | 14 |
| 4.2 Analyse | 16 |
| 4.3 Planung | 17 |
| 4.4 Umsetzung | 17 |
| 4.5 Qualität, Evaluation und Wirksamkeit | 18 |
| 4.6 Nachhaltigkeit | 20 |
| 5. RECHTLICHE ASPEKTE | 21 |
| 6. FINANZIERUNG | 24 |
| 6.1. Förder- und Ausschlusskriterien der GKV | 24 |
| 6.2 Weitere Sozialversicherungsträger | 25 |
| 6.3 Programme der Länder und des Bundes | 26 |
| 6.4 Kommunen | 26 |
| 6.5 Zivilgesellschaftliche Förderung | 27 |
| 6.6 Information, Beratung, Austausch | 27 |
| LITERATUR | 28 |
| IMPRESSUM | 31 |

Vorwort

Gesundheit und Teilhabe zu sichern ist ein Kernanliegen der Diakonie. Sie ist mit ihren Diensten und Einrichtungen in zahlreichen Regionen verankert, sie trägt die soziale Infrastruktur der Gesellschaft mit.

Der Sozialraum ist für unsere diakonischen Einrichtungen in mehrfacher Hinsicht von Bedeutung: als Quartier, als Dorf. Hier kennt man die Dienste und nimmt sie in Anspruch, hier leben und wohnen die Klient:innen. Der Sozialraum ist auch der Raum, in dem Bürger:innen sich engagieren und füreinander Verantwortung tragen. Er ist ein politischer Raum, in dem unterschiedliche Interessen an seiner Gestaltung aufeinandertreffen.

In der diakonischen Praxis ist der Sozialraum auch der Ort, in dem die vielfältigen Problemlagen unserer Gesellschaft, in dem soziale und gesundheitliche Ungleichheit sehr konkret erfahrbar werden. Denn: Gesundheit und soziale Lage hängen eng zusammen. Gesundheit wird von vielen sozialen Faktoren – wie den Arbeits- und Wohnbedingungen, der Bildung und dem Einkommen – mitbestimmt. Auch die Auswirkungen des Klimawandels belasten nicht alle Bevölkerungsschichten gleich.

Prävention und Gesundheitsförderung antworten auf die skizzierten Problemlagen, indem zusammen mit den Bürger:innen die Gestaltung ihrer Lebensbedingungen zu einer gemeinsamen Angelegenheit gemacht wird. Sozialraumorientierung in der Gesundheitsförderung steht für ein breites Spektrum von Handlungsmöglichkeiten: vom politischen Engagement für eine kommunale Gesundheitsstrategie bis zur Entwicklung präventiver Angebote. Dreh- und Angelpunkt ist dabei die Partizipation der Bürger:innen – beispielsweise in einer klimagerechten Dorf- beziehungsweise Quartiersentwicklung.

Die Diakonie ist für dieses Engagement mit ihrer Verankerung vor Ort, ihren fachlichen Kompetenzen und ihrer Bindung an das Evangelium prädestiniert und verfügt über viel praktisches Wissen und Erfahrungen in der kooperativen Gestaltung der Lebenswelt vor Ort.

Mit der vorliegenden Handreichung sollen Wissen und Erfahrungen geteilt werden. Die Handreichung möchte problemorientiert in das Thema einführen. Sie verknüpft fachliche, sozialrechtliche, ethische und finanzielle Fragen.

Danken möchte ich der bei der Diakonie Deutschland angesiedelten Projektgruppe, die den Prozess der Erarbeitung der Handreichung begleitet und im Juni 2024 eine Tagung unter dem Titel »Prävention und Gesundheitsförderung im Sozialraum – Herausforderungen für die Diakonie« konzipiert hat.



Elke Ronneberger
Bundesvorständin Sozialpolitik in der Diakonie Deutschland

1. Einführung

Die sozialraumbezogene Prävention und Gesundheitsförderung rücken zunehmend in den Vordergrund fachlicher und politischer Diskussionen. Damit wird auf den Sachverhalt geantwortet, dass Gesundheit durch zahlreiche soziale Determinanten beeinflusst wird, die außerhalb des Gesundheitswesens angesiedelt sind. Durch die gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebensbedingungen soll gesundheitliche Ungleichheit abgebaut werden. Auch individualpräventive Maßnahmen, die in die Gestaltung von »Settings« eingebaut werden, sind erfolgreicher als solche ohne Setting-Bezug.

Dem Sozialraum kommt in dieser Perspektive eine zweifache Rolle zu: Es geht darum, ihn gesundheitsförderlich zu gestalten und die präventiven beziehungsweise gesundheitsförderlichen (und anderen) Angebote sozialräumlich auszurichten. Für die Diakonie ist dieses Handlungsfeld von Bedeutung, da ihre Träger und Einrichtungen breit und weitgehend niedrighschwellig in den Sozialräumen verankert sind. Auch als politische Akteur:innen nehmen sie Anteil an der Gestaltung des Sozialraums.

In der vorliegenden Handreichung werden die konzeptionellen Grundlagen der sozialraumbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung dargestellt, ethische Aspekte, rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen skizziert sowie Schritte bei der Entwicklung der präventiven Praxis aufgezeigt.

Die Handreichung ist praxisbezogen und problemorientiert. Sie entwirft keine ideale Praxis, sondern macht auch auf die Hürden aufmerksam, die anzugehen sind. Sie ist knappgehalten, um eine erste und gebündelte Orientierung zu geben. Sie enthält keine Tools, aber auf zugängliche Instrumente wird verwiesen.

Die Positionierung der Diakonie zur Novellierung des Präventionsgesetzes dient als argumentativer Hintergrund (vgl.: www.diakonie.de/diakonie_de/user_upload/diakonie.de/PDFs/Stellungnahmen/2023-03_Novellierung_Präventionsgesetz_Aktualisierung.pdf).

Die Handreichung wendet sich an Diakonische Werke, Träger und Einrichtungen. Sie ist arbeitsfeldübergreifend ausgerichtet und nimmt zahlreiche Anregungen aus der diakonischen Praxis auf.

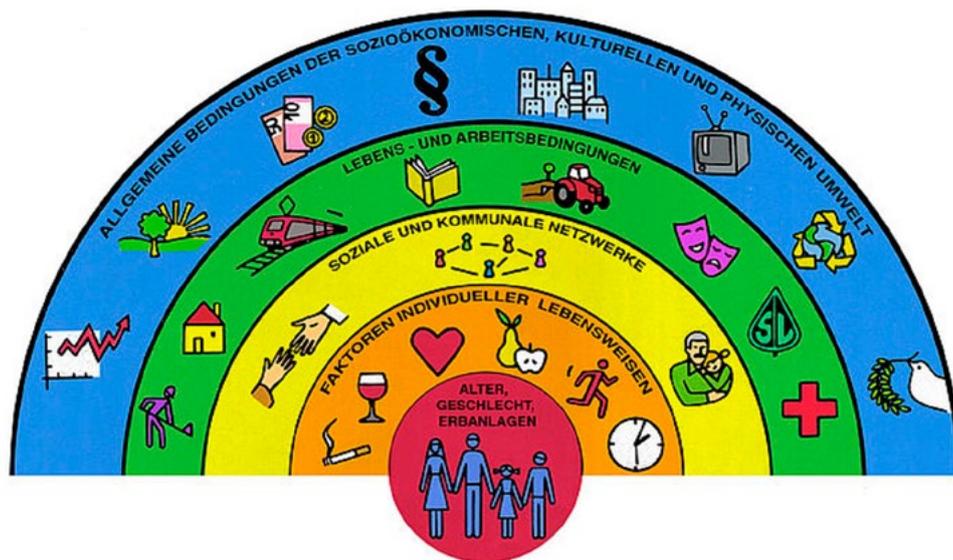
Ausdrücklich hingewiesen werden soll auf das Bundesnetzwerk Gemeinwesendiakonie und Quartiersentwicklung (vgl.: <https://gemeinwesendiakonie.de/grundlagen/>, zuletzt aufgerufen am 09.01.2025), das Netzwerk Gemeinwesendiakonie und Quartiersarbeit der drei diakonischen Landesverbände Rheinland-Pfalz, Hessen und Saarland (vgl.: [Zentrum Gesellschaftliche Verantwortung der EKHN: Artikel-Content](#)) sowie das Arbeitsfeld »Engagement im Quartier« im Zentrum Engagement, Demokratie und Zivilgesellschaft bei der Diakonie Deutschland.

Der Text schließt mit Hinweisen auf Literatur und Internetseiten, auf die hingewiesen wurde.

2. Konzeptionelle Aspekte der sozialraumbezogenen Prävention

2.1 Soziale Determinanten von Gesundheit

Gesundheit hängt von unterschiedlichen Einflussfaktoren ab, unter denen soziale Determinanten eine bedeutende Rolle spielen. Es sind die Arbeits- und Lebensbedingungen, Einkommen und Vermögen, die Bildungsverhältnisse, aber auch das Eingebundensein in soziale Netzwerke, die einen eigenständigen oder vermittelten Einfluss auf die Gesundheit haben, genauer: auf die Chance, gesund alt zu werden. Im »Regenbogenmodell« von Margret Whitehead und Göran Dahlgren (1991) werden die unterschiedlichen Ebenen, über die Gesundheit beeinflusst wird, dargestellt. Sie reichen von genetischen Faktoren über die individuelle Lebensweise, die sozialen Beziehungen im Nahbereich sowie die Arbeits- und Lebensbedingungen bis zu übergreifenden sozioökonomischen, kulturellen und ökologischen Lebensbedingungen.



Präventionspolitik und präventive Praxis, die ausschließlich auf das individuelle Handeln gerichtet sind, blenden die sozialen Bedingungen aus und bürden den Einzelnen eine Verantwortung für ihre Gesundheit auf, der sie nicht gerecht werden können (»blaming the victim«). Das Mehrebenenmodell der »Ottawa Charta« (WHO, 1986) antwortet auf die Bedeutung der »sozialen Determinanten« mit der Formulierung von fünf strategischen Aufgaben:

- Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik, um ressort- und arbeitsfeldübergreifend (Health in all Policies) mehr Gesundheit für alle zu verwirklichen. In den Blick geraten auch die Wohnungs- und Stadtpolitik, der Verbraucherschutz, die Arbeitsverhältnisse und mehr Chancengleichheit in der Bildung und Partizipation, um die Bedingungen für Gesundheit zu verbessern und gesundheitliche Ungleichheit abzubauen. Gesundheitsförderliche Gesamtpolitik ist verhältnispräventiv ausgerichtet.
- Die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, um im vertrauten und alltäglichen Lebensumfeld – zum Beispiel in der Arbeitswelt oder im Stadtteil – gesundheitliche Risiken zu verringern.
- Die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen, um mit anderen Menschen gemeinsam die Lebensbedingungen zu verbessern.

- Die Entwicklung persönlicher Kompetenzen, auch um gesundheitliche Belastungen zu erkennen, besser zu bewältigen und am sozialen Leben teilhaben zu können.
- Die Neuordnung der Gesundheitsdienste, um sie stärker für soziale Determinanten auf Teilhabe auszurichten.

2.2 Gesundheitliche Ungleichheit

Soziale Ungleichheit und gesundheitliche Ungleichheit sind verbunden. Gesundheitliche Ungleichheit (oder auch: sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen) bedeutet, dass Erkrankungsrisiken und Sterblichkeit, damit auch die Chance, gesund alt zu werden, nach Lebenslage ungleich verteilt sind. Berufliche Position, Einkommen, Vermögen und Bildung sind wichtige Bestimmungsfaktoren von Klassen, Schichten und Milieus und für gesundheitliche Chancen; der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit ist dergestalt, dass es einen sozialen Gradienten gibt – das bedeutet: Je geringer das Einkommen, Bildung und berufliche Position, desto größer sind die Erkrankungsrisiken und umso geringer ist die Lebenserwartung. In Deutschland betragen die Unterschiede in der mittleren Lebenserwartung bei Männern circa acht Jahre und bei Frauen vier Jahre bei Geburt (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2019a: 3).

Die Erklärung für gesundheitliche Ungleichheit ist komplex. Soziale und gesundheitliche Ungleichheit sind vermittelt über unterschiedliche Belastungen, Bewältigungsressourcen, Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung und im Gesundheits- und Krankheitsverhalten

2.3 Prävention und Gesundheitsförderung

Die Ottawa-Charta formuliert, dass »Gesundheit von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt (wird), dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in der Lage ist, selber Entscheidungen zu fällen und Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen« (WHO 1986).

Deshalb zielt Gesundheitsförderung »auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen«. In der Theorie und Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung hat diese Erkenntnis in den letzten Jahrzehnten zu vier Akzentverschiebungen gegenüber älteren Varianten der Prävention geführt (vgl. Rosenbrock 2015):

- **Belastungssenkung und Ressourcensteigerung:**
Sowohl bei verhaltens-, als auch bei verhältnisbezogenen Maßnahmen der Prävention (und Gesundheitsförderung) geht es nicht nur darum, Belastungen zu reduzieren (etwa Lärmbelastungen, geringe Verhaltensspielräume, gesundheitsriskantes Verhalten), sondern auch die persönlichen und sozialen Ressourcen der Menschen zu vermehren (zum Beispiel Handlungswissen, Kompetenzen, Verhaltensspielräume, soziale Unterstützung).
- **Aufwertung unspezifischer Interventionen:**
Die Beeinflussung von Faktoren, die scheinbar weit entfernt von den Krankheitsursachen liegen, kann einen größeren präventiven Effekt haben als engere »Kausalfaktoren«.
- **Priorität für Kontextbeeinflussung:**
Über Beratung, Information und Aufklärung hinaus gilt es den Handlungskontext, in dem die Menschen leben, zu beeinflussen. Dies gilt sowohl für Maßnahmen, die

sich auf das individuelle Handeln, als auch auf die Lebenswelt selbst (das »Setting«) beziehen.

– **Priorität für Partizipation:**

Gesundheitsförderung ist umso erfolgreicher, je mehr diejenigen, um deren Gesundheit es geht, an der Problemdefinition und an der Umsetzung der Maßnahmen beteiligt sind.

Diese Bestimmungen setzen ein Verständnis von Prävention und Gesundheitsförderung voraus, das im Folgenden skizziert werden soll:

Prävention steht für Interventionen, die das Risiko des Eintritts von Krankheit (und eventuell damit verbundenen Teilhabebeeinträchtigungen) verringern beziehungsweise Krankheiten früh erkennen oder abmildern. Das Risiko ist das Ergebnis von gesundheitlichen Belastungen einerseits, subjektiven und sozialen Ressourcen andererseits. Wird in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden, dann bezieht sich dies auf den Zeitpunkt einer Intervention: Durch Primärprävention soll das Risiko, überhaupt zu erkranken, verringert werden. Die auf die Lebenslage beziehungsweise den Sozialraum bezogenen Vorhaben sind – da auf die Lebensverhältnisse und die Handlungsmöglichkeiten ausgerichtet – zur sozialen, nicht zur medizinischen Prävention zu rechnen. Sofern die Vorhaben auf die Beeinflussung des Kontextes gerichtet sind, sind sie verhältnispräventiv (im Unterschied zu verhaltenspräventiven Interventionen) ausgerichtet.

Für den Aspekt der Stärkung von Ressourcen steht der Begriff der Gesundheitsförderung. Prävention ist zumeist beides: Belastungssenkung und Ressourcenvermehrung.¹ Wichtige soziale Gesundheitsressourcen sind Bildung, Einkommen, Handlungsspielräume, Partizipation und unterstützende soziale Netzwerke.

Individuelle beziehungsweise subjektive Gesundheitsressourcen bilden sich durch die Erfahrung, dass das, was man tut, Sinn ergibt, die Erfahrung, dass das Wissen und das Tun für die Lebenswelt relevant sind und sie beeinflusst werden kann. Sie stehen für die subjektive Erfahrung von Gegenseitigkeit in anerkennenden sozialen Beziehungen und das Gefühl, selbst eine wertvolle Person zu sein.

Gesundheitliche Ressourcen moderieren Belastungen, sie sind Bewältigungs- und Schutzfaktoren und sie eröffnen Handlungsmöglichkeiten, um Verhalten und Verhältnisse zu verändern.

2.4 Setting-Ansatz

In Theorie und Praxis der Prävention (und Gesundheitsförderung) wird vom Setting-Ansatz gesprochen, wenn der soziale Kontext beachtet wird. Ein Setting ist jeder strukturierte soziale Zusammenhang, der durch präventive Maßnahmen beeinflusst werden kann, ob es sich um eine formale Organisation handelt (mit klarer Systemgrenze) oder um einen Sozialraum mit einer regionalen Spezifik. Auch ein soziales Milieu, das sich nicht nur über ökonomische Ressourcen, sondern auch über gemeinsame Werte bestimmt, kann ein Setting sein.

Synonym wird oftmals der Begriff der lebensweltbezogenen Prävention beziehungsweise Gesundheitsförderung verwendet. Wird von lebenslagenbezogener Prävention gesprochen, dann wird der Blick »auf die soziale Position und die Umstände, unter denen Individuen und soziale Gruppen leben« (Kolip 2020) akzentuiert.

1 Eine Maßnahme der medizinischen Primärprävention ist zum Beispiel die Masernschutzimpfung, zur medizinischen Sekundärprävention gehören die Früherkennungsprogramme.

Interventionen in Settings zeichnen sich durch Besonderheiten aus:

- Sie sind systemisch, weil sie nicht (ausschließlich) einzelne Dimensionen herausgreifen.
- Sie sind partizipativ, weil die Akteur:innen im Setting, vor allem die Zielbeziehungsweise Dialoggruppen, die Veränderung des Settings tragen. Die Akteur:innen im Feld müssen die Ziele und Maßnahmen definieren und umsetzen, eine Planung von außen wird nicht wirken.
- Mit der sich verändernden sozialen Praxis verändern sich auch Einstellungen und Wissen der Personen.
- Die Entfaltung personaler und sozialer Ressourcen, die Stiftung sozialer Beziehungen, von Selbstwertgefühl, von Selbstwirksamkeit und Zuversicht, die Eröffnung von Handlungsspielräumen und die reale Verbesserung der sozialen und persönlichen Situation sind wesentliche Elemente des Prozesses der Gesundheitsförderung. In diesem Sinne wird auch von »Empowerment« gesprochen. Den Mitarbeitenden in der Diakonie kommt dabei die Aufgabe zu, zu ermutigen, anerkennenden sozialen Austausch zu ermöglichen und das Tun der Dialoggruppen zu unterstützen (zum Beispiel durch sozialanwaltschaftliches Handeln und die Bereitstellung von Information).

2.5 Partizipation

Partizipation als Weg und Ziel

Die Teilhabe von Bürgerinnen und Bürgern am Prozess der Gesundheitsförderung hat nicht nur instrumentellen Charakter, sondern ist zugleich auch ein gesundheitsförderliches Anliegen. Denn die Verbesserung und die gesundheitliche Gestaltung der Lebensbedingungen (und gesundheitsförderliches Handeln) sind eng verbunden mit Teilhabe, Mit- und Selbstbestimmung über die Lebensbedingungen. Die Mitbestimmung über die eigenen Lebensbedingungen ermöglicht nicht nur, die eigenen Erfahrungen, Interessen und Kenntnisse in die gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebenswelt einzubringen, sondern stellt auch eine wichtige individuelle und soziale gesundheitliche Ressource dar. Sie ermöglicht die Erfahrung von Anerkennung, Wertschätzung, demokratischer Gemeinschaft und Selbstwirksamkeit. Kein Empowerment ohne Partizipation. Dies entspricht den in der Ottawa-Charta formulierten Erfahrungen und den Ergebnissen der Public-Health-Forschung.

Was Partizipation bedeuten kann, wird durch ein Stufenmodell (vgl. Bethmann u.a. 2021) deutlich, das unterscheidet zwischen den nicht-partizipativen Vorstufen der Instrumentalisierung sowie Anweisung und den Stufen von Information, Anhörung, Einbeziehung, Mitbestimmung, der teilweisen Übertragung von Entscheidungskompetenzen und Entscheidungsmacht.

Partizipation als praktische Herausforderung

Für diakonische Werke, Einrichtungen und Dienste ist es in der Praxis entscheidend, sich selbst über Ausmaß und Ausgestaltung der Partizipation zu verständigen: Geht es um gesundheitsförderliche Angebote einer Einrichtung in einer Präventionskette, dann wird Partizipation anders gestaltet sein als bei der gesundheitsförderlichen Gestaltung des Sozialraums durch die in ihm lebenden Bürgerinnen und Bürger. Je nach Kontext ist Partizipation anders zu gestalten.

Einige Aspekte sind zu beachten:

- **Transparenz:** Für ein Präventionsvorhaben ist es wichtig, dass den Akteur:innen deutlich ist, in welchem Maße die Partizipation der Adressaten erfolgen soll, das heißt vor allem, wie viel Entscheidungsmacht ihnen zukommen soll.
- **Zusammenarbeit:** An einem Präventionsvorhaben sind unterschiedliche Akteur:innen beteiligt, deren Interessen und institutionalisierte Routinen sich nicht decken.
- **Haltung:** Partizipation ist auch eine Frage der Haltung der Geldgeber, der Projektträger und Beschäftigten, denn Partizipation »stört« oftmals eingeschliffene Routinen und verlangt allen Beteiligten die Bereitschaft ab, auf die anderen zuzugehen.
- **Unterstützung:** Die Adressaten brauchen, um zu partizipieren, oftmals Unterstützung, damit sie ihre Anliegen einbringen können.
- **Konfliktbearbeitung:** Partizipation ist kein konfliktfreier Prozess, sondern gestattet es, Konflikte offen zu formulieren und auszutragen. Dazu bedarf es einer Moderation.
- **Organisationsentwicklung:** Einrichtungen, die in der Regel hierarchisch strukturiert sind, stehen vor der Aufgabe, Partizipation auf Dauer zu stellen, sie zu institutionalisieren und Machtverhältnisse zu klären.

2.6 Sozialraumbezug

Konzeptionelle Aspekte

Der Begriff des Sozialraums steht für

- einen Handlungs- und Erfahrungszusammenhang,
- für die räumliche Gestalt sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit,
- für einen politischen und administrativen Raum sowie
- für einen »Engagement- und Versorgungsraum« (BAGFW 2015), in dem Akteur:innen sich für ihre Interessen und Ideen einsetzen.

Gesundheit und Teilhabe sind in den Sozialräumen ungleich verteilt, soziale und gesundheitliche Ungleichheit drücken sich auch sozialräumlich aus, zum Beispiel in der Verteilung sozialökonomischer Schichten beziehungsweise Klassen in einer Stadt oder in unterschiedlichen Krankheits- und Sterblichkeitsraten in einer Region.

Fachliche Standards der Sozialraumorientierung, das heißt der methodischen Ausrichtung der sozialen Arbeit den sozialen Raum, sind die Orientierung an den Interessen und Anliegen der Beteiligten beziehungsweise Betroffenen, die Eigeninitiative beziehungsweise das bürgerschaftliche Engagement als Motoren von Entwicklungen, die Nutzung der Ressourcen im Sozialraum, ein zielgruppenübergreifender Blick auf das Zusammenwirken sowie eine bereichs- und sektorenübergreifende Kooperation und Vernetzung als Erfolgsfaktor (vgl. Budde, Früchtel, Hinte u.a. 2006, BAGFW 2015).

In typischer Gestalt können zwei Arten des Bezugs auf den Sozialraum (als Setting) unterschieden werden: als Gestaltung des Quartiers und im Quartier. Bei der sozialraumbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung als Gestaltung des Quartiers geht es darum, durch Belastungsreduzierung und Ressourcenvermehrung die gesundheitlichen Risiken zu senken, die mit der sozialräumlichen Struktur verbunden sind – zum Beispiel in den Feldern Verkehr, Luftreinhaltung, Hitzebelastungen, Begrünung, Verdichtung, Begegnungsmöglichkeiten oder soziale Infrastruktur. Der Sozialraum ist in diesem Zusammenhang eine Dimension eigenen Rechts. Bei der Gesundheitsförderung im Quartier geht es vor allem um die Erreichbarkeit von Zielgruppen, um sie für

verhaltensbezogene Programme zu gewinnen, während das Settings als Rahmen nicht verändert wird. In vielen Vorhaben werden beide Varianten des Sozialraumsbezugs miteinander verknüpft.

2.7 Klimawandel und Gesundheit

Die Implementierung von Maßnahmen des Klimaschutzes einerseits, der Klimaanpassung andererseits werden zukünftig eine sehr viel größere Rolle in der Prävention und Gesundheitsförderung spielen. Die Maßnahmen sind auf Bundes-, Landes- und vor allem auf der kommunalen Ebene angesiedelt, sie umfassen verhältnis- und verhaltensbezogene Dimensionen. Viele diakonische Einrichtungen und Dienste sind in ihrer Praxis davon berührt.

Wesentliches Anliegen ist es, die klima-, vor allem die hitzebedingte Mortalität zu verringern und Leben zu retten. Vor allem vulnerable Gruppen sind in den Blick zu nehmen. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit zählen dazu unter anderem Schwangere und Neugeborene, Kinder, ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen, wohnungslose Menschen, Arbeitnehmer:innen, die im Freien arbeiten, Menschen mit (bestimmten) Vorerkrankungen und Behinderungen sowie Menschen mit fehlender Risikowahrnehmung. Menschen mit niedrigem sozialökonomischem Status sind besonders betroffen. Die genannten (und weitere Gruppen) sind heterogen. Da die Lebenswelt die Vulnerabilität beeinflusst, ist auch im Kontext der klima- und hitzebezogenen Prävention und Gesundheitsförderung der Setting-Ansatz von entscheidender Bedeutung. Ohne Setting-Bezug sind die vulnerablen Gruppen nicht zu erreichen.

In mehrfacher Hinsicht ist die sozialräumliche Perspektive in der klimabezogenen Prävention und Gesundheitsförderung von besonderem Belang:

- Die Sozialräume sind – mit sehr unterschiedlicher Intensität – von den Auswirkungen des Klimawandels, etwa Hitzeperioden, betroffen.
- Damit verbunden ist eine soziale und gesundheitliche Ungleichheit, die sich sozialräumlich auch unter dem Klimaaspekt abbildet.
- Die Sozialräume (Quartiere beziehungsweise Siedlungen) können gesundheitsförderlicher gestaltet werden, sowohl indem die CO₂-Emissionen in den verschiedenen Lebensbereichen verringert werden (zum Beispiel Heizen/Gebäudesanierung, Mobilitätskonzepte) als auch durch eine resiliente Quartiersgestaltung (zum Beispiel Beschattung, Entsiegelung).
- Die Einrichtungen und Dienste können
 - ihre Organisation (einschließlich der baulichen und energetischen Aspekte) auf die klimatische Herausforderung einstellen,
 - mit ihren Klient:innen (auch: Bewohnern:innen) den Alltag gesundheitsfördernd beziehungsweise präventiv gestalten (zum Beispiel Hitzeschutz, Flüssigkeitszufuhr, Ernährung, Bewegung, Medikation),
 - Hitzeaktionspläne anpassen und umsetzen sowie
 - über ihre Organisationsgrenzen hinaus mit anderen Akteur:innen im Sozialraum kooperieren und auch das Engagement von Bürger:innen (Bürgerinitiativen, Vereine) unterstützen.

Die Klima-Allianz Deutschland, die Diakonie Deutschland und die Nationale Armutskonferenz haben in einem gemeinsamen Papier die soziale Dimension der Klimakrise beschrieben und verbunden mit Forderungen für eine sozial-gerechte Klimapolitik, eine Stärkung der sozialen Sicherheit und einen Kurswechsel in der Finanz- und Haushaltspolitik haben in einem die (Klima-Allianz, Diakonie Deutschland, NAK 2024). Das Papier enthält zahlreiche Anknüpfungspunkte für die Praxis der sozialraumbezogenen Gesundheitsförderung.

2. Konzeptionelle Aspekte der sozialraumbezogenen Prävention

Unter dem Aspekt der Kooperation ist die Mitwirkung an der Hitzeaktionsplanung hervorzuheben. Die Gesundheitsministerkonferenz hat sich dahingehend verabredet, dass bis zum Jahr 2025 in jeder Region (Kreisebene beziehungsweise Bezirke der Stadtstaaten) eine Koordinierungsstelle eingerichtet wird, in der auch die Wohlfahrtsverbände, Kliniken, Rettungsdienste et cetera. zusammenwirken. Insbesondere für vulnerable Bevölkerungsgruppen sollen Maßnahmepläne entwickelt und in Hitzephasen umgesetzt werden; aber auch Maßnahmen der (verhältnispräventiven) Gestaltung der Quartiere sollen Elemente der Aktionspläne sein.

Weitere Informationen:

Empfehlungen zur Erstellung kommunaler Hitzeaktionspläne hat eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe erarbeitet. Die Handlungsempfehlungen bestehen in Anlehnung an eine WHO-Leitlinie aus acht Kernelementen: www.bmu.de/themen/gesundheitsministerium/gesundheitsministerium/themen/praevention/hitze

Auf den Internetseiten des Bundesministeriums für Gesundheit (www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/hitze) sind Informationen zu finden, unter anderem zu

- bundeseinheitlichen Empfehlung des Qualitätsausschusses Pflege zum Einsatz von Hitzeschutzplänen in Pflegeeinrichtungen und -diensten sowie
- einem Musterhitzeschutzplan für Krankenhäuser.

Handlungsempfehlungen zur Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen von KLUG – Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit sind zu finden unter: <https://hitzeservice.de/kommunikationskonzept/>.

Ferner wird auf den Internetseiten des Bundesministeriums für Gesundheit unter www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/hitze auf weitere Informationen beziehungsweise Plattformen hingewiesen:

- Webportal »Klima, Mensch, Gesundheit« der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: www.klima-mensch-gesundheit.de/ (auch mit Hinweisen zum Hitzeschutz während der EM)
- Webplattform der Ludwig-Maximilians-Universität München mit Werkzeugen für die Kommunen zum Hitzeschutz: <https://hitzeservice.de/>
- Informationen des Robert-Koch-Instituts zum Hitzeschutz; hier finden sich auch die Wochenberichte zur hitzebedingten Mortalität: www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Gesundheitliche-Einflussfaktoren-A-Z/H/Hitze/Hitzefolgekrankheiten_inhalt.html?templateQueryString=hitzefolgekrankheiten

Hinzuweisen ist auf Informationen und Hitzewarnungen des Deutschen Wetterdienstes: www.dwd.de/DE/leistungen/hitzewarnung/hitzewarnung.html

Im Leitfaden Prävention der GKV sind (nicht abschließend) vier Maßnahmen aufgeführt, wie Krankenkassen Städte, Landkreise und Gemeinden unterstützen können: bei der Entwicklung kommunaler Konzepte, der Mitwirkung in Gremien, der Information von Menschen sowie bei der Fortbildung von Fachkräften in Einrichtungen sowie von Ehrenamtlichen (GKV Leitfaden 2023, S. 48).

Ausdrücklich hingewiesen werden soll auf das Papier der Nationalen Präventionskonferenz unter dem Titel »Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung in Lebenswelten im Kontext klimatischer Veränderungen« (NPK 2023).

2.8 Digital unterstützte Prävention und Gesundheitsförderung im Sozialraum

Mit der Digitalisierung des Alltags stellen sich Fragen nach der Nutzung digitaler Technologien für die Gesundheitsförderung und Prävention im Sozialraum. Die Digitalisierung in Prävention und Gesundheitsförderung ist mit Chancen und Risiken verbunden. Für die Praxis sollen folgende Aspekte hervorgehoben werden:

- Digitales im Gesundheitsförderungsprozess: Digitales (Apps et cetera) wird derzeit vor allem in der verhaltensorientierten Prävention angewendet. Die Nutzung für die sozialogenbezogenen Interventionen steht erst am Anfang. Im »Leitfaden Prävention« der GKV werden für Lebenswelten und Betriebe entlang der Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses exemplarisch Anwendungsfelder genannt. Danach können für die Vorbereitungsphase zum Beispiel Onlineseminare zur Sensibilisierung von Verantwortlichen hilfreich sein; in der Analysephase können Bedarfe mit der Adressatengruppe erörtert werden; in der Umsetzungsphase können Maßnahmen, etwa der Klimaanpassung, digital erläutert und diskutiert werden; phasenübergreifend können Informations- und Kommunikationsplattformen verwendet werden.
- Digitales und Analoges: Digitale Technologien können die zwischenmenschliche Begegnung nicht ersetzen. Sowohl ein Kennenlernen, die Bildung eines Vertrauensverhältnisses – Bedingung für gelingende Partizipation – als auch intensive Erörterungen in der Sache, in der unterschiedliche Interessen und Perspektiven zur Sprache kommen, brauchen die analoge Kommunikation. Das Digitale ergänzt, unterstützt, aber ersetzt nicht.
- Partizipation: Für die Praxis ist es wichtig, dass sich die beteiligten Akteur:innen über das »Ob« und das »Wie« des Einsatzes digitaler Technologien verständigen. Die Kommunikation mit den Dialog- beziehungsweise Adressatengruppen ist so zu gestalten, dass keine digitale Hürde besteht. Auch im Sinne des Empowerments kann e-coaching Teil des Gesundheitsförderungsprozesses sein.
- Datenschutz: Die rechtlichen Bestimmungen zum Datenschutz und zur Informationssicherheit sind selbstverständlich einzuhalten (vgl. dazu den GKV-Leitfaden Prävention, S. 161).

3. Ethische Aspekte

Die Diakonie ist dem Evangelium verpflichtet. Daraus ergeben sich Bekenntnis und Einsatz für die gleiche Würde aller Menschen, die Parteilichkeit für die Armen, das Streben nach Überwindung ungerechter gesellschaftlicher Strukturen sowie die Hilfe und Unterstützung für Menschen in äußerer und innerer Not.

Aus dem Profil der Diakonie heraus lassen sich (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) Folgerungen für die Praxis der sozialraumorientierten Prävention und Gesundheitsförderung erschließen:

- In politischer Hinsicht engagiert sich die Diakonie für gesundheitsförderliche Lebensbedingungen, die Verringerung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit, für eine bedarfsgerechte Versorgung, soziale Sicherheit, gleichberechtigte und vollumfängliche Teilhabe und erlebbare Demokratie auch im Alltagsleben sowie eine nachhaltige Gesellschaft.
- Die Vorhaben der Gesundheitsförderung sollen so ausgerichtet sein, dass sie die Menschen in schwierigen Lebenslagen erreichen und ihre Lebenslagen verändert werden, damit gesundheitliche Ungleichheit abgebaut werden kann.
- Die Schaffung von mehr Gesundheit für alle ist nur möglich, wenn die Menschen, um deren Anliegen es geht, in den Prozess einbezogen werden und ihn mitbestimmen. Partizipation ist Ausdruck der Gleichberechtigung, das heißt auch der gleichen Chancen, die Lebensbedingungen mitzubestimmen.
- Die Menschen, um die es geht, sind in dieser Perspektive mehr als »Zielgruppe« oder Adressat:innen präventiver Vorhaben, als Dialogpartner:innen zu verstehen, mit denen zusammen Lebenslagen und Sozialraum gestaltet werden können. Dies steht paternalistischen Ausrichtungen gegenüber.
- Damit Personen in schwierigen Lebenslagen tatsächlich partizipieren können, sind sie darin, wo nötig, zu unterstützen – mit dem Ziel, dass sie ihre Anliegen selbst gut vertreten können. Empowerment ist Element diakonischer Praxis. Sie stärkt auch die kommunale Demokratie, sie macht sie resilienter, weil Demokratie erlebbar wird. Die Diakonie und ihre Dialogpartner:innen übernehmen Verantwortung für die Lebensverhältnisse und für sich. Das kann eine Praxis sein, die auch andere inspiriert und Hoffnung macht.
- Mit der skizzierten Ausrichtung kann die diakonische Praxis in Spannungsfelder und Konflikte geraten: Spannungen mit den eigenen Organisationsinteressen, den Interessen von Leistungsträgern, von politischen Akteur:innen in der Kommune, aber unter Umständen auch dem beruflichen Selbstverständnis von Mitarbeitengruppen. Machtaspekte spielen in allen sozialen Beziehungen eine wichtige Rolle, sie sind stets in Rechnung zu stellen. Spannungsverhältnisse und Konflikte sind in der – in dieser Handreichung skizzierten – diakonischen Perspektive nichts, was vermieden werden muss, sondern Ausdruck eines lebendigen Ringens um gute Praxis.

4. Sozialräumliche Prävention und Gesundheitsförderung in der Praxis

Die Gestaltung eines Interventionsprozesses wird in der Regel in einem flexibel zu handhabenden Phasenmodell typisiert, das oftmals so aussieht: Vorbereitung, partizipative Bestandsaufnahme, Maßnahmenplanung, Umsetzung und Dokumentation, begleitende Qualitätsentwicklung, Auswertung, Evaluation und Verstetigung. Längsschnittaufgaben (wie die Partizipation) sind in allen Phasen zu beachten, andere Aspekte werden über die Zeit immer wieder in Angriff genommen.

Im Folgenden soll auf wichtige Schritte eingegangen, vor allem auf die Vorbereitungsphase.

4.1 Vorbereitung

Vor der Analysephase im engeren Sinne ist es sinnvoll, dass sich die Akteur:innen, von denen die Initiative ausgeht, in einen vorbereitenden Reflexionsprozess zu verschiedenen Themenbereichen begeben: zu den Ausgangsvoraussetzungen im Quartier, zur Rolle eines Steuerungs- beziehungsweise Planungskreises, zur Öffentlichkeitsarbeit – vor allem aber zum fachlichen und politischen Verständnis des geplanten Entwicklungsprozesses. Im Zusammenhang mit integrierten kommunalen Strategien wird auch von "Auftauen" (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit: 2013) gesprochen, indem in der Kommune Selbstverständlichkeiten hinterfragt und die Bereitschaft für Veränderungsprozesse gefördert werden.

Anders ist die Lage, wenn vor Ort bereits eine kommunale Gesundheitsstrategie – mit Zielen, Strukturen und Ablaufregeln – existiert, in die Akteur:innen sich einbringen können. Dann geht es darum, sich zusammen mit den "betroffenen" Gruppen, um deren Gesundheit es geht, in den Strukturen und in der Öffentlichkeit für das Anliegen, zum Beispiel den Ausbau eines präventiven Angebots, einzusetzen.

Konzeptionelle Ausrichtung

In fachlich-konzeptioneller Hinsicht stellen sich zunächst Fragen nach dem Anliegen, das verfolgt wird: Geht es um die Entwicklung eines neuen Angebots in der Region oder um die Entwicklung einer neuen einrichtungsübergreifenden Versorgungsstruktur, um die Öffnung einer Einrichtung gegenüber dem Sozialraum, eine klimagerechte Veränderung einer Siedlung oder den Aufbau einer regionalen Steuerungsstruktur im Rahmen einer regionalen Gesundheitsstrategie?

Bei der Weiterentwicklung von präventiven Angeboten beziehungsweise ihrer Vernetzung im Sozialraum stellen sich Fragen nach der gesundheitlichen und sozialen Lage, der bestehenden Versorgungsstruktur, nach dem Ausmaß und der Gestalt der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit sowie der intendierten präventionsfachlichen Ausrichtung: der Rolle der Partizipation der betroffenen Personen, der Bedeutung individueller und sozialer Ressourcen und des Verhältnisses von Entwicklungsbausteinen, die verhältnispräventiv sind, und solchen, die auf die Individuen bezogen sind.

Es ist sehr wichtig, dass sich die Initiator:innen in dieser frühen Phase ehrlich bewusst machen, was ihre Anliegen im Quartier sind – auch vor dem Hintergrund, dass das Engagement für weniger gesundheitliche Ungleichheit möglicherweise auf Widerstände trifft. Nach der Ottawa-Charta werden in der Gesundheitsförderung auch Interessen vertreten; Konflikte sind deshalb die Regel, nicht die Ausnahme. Ist der Träger beziehungsweise die Einrichtung bereit, sich diesen Aufgaben zu stellen? Wie bestimmt er seine Rolle im Verhältnis zu den anderen Akteur:innen – anstoßend, Konflikte benen-

nend, vermittelnd oder Kooperationen herstellend? In dieser frühen Phase des Vorhabens geht es nicht darum, schnell ein fertiges Konzept aus der Tasche zu ziehen, sondern schrittweise Dinge zu klären.

Ausgangsbedingungen im Sozialraum

Zur Erörterung der Ausgangsbedingungen gehören die Reflexion der Fragen nach der geographischen und administrativen Struktur des Quartiers sowie erste Einschätzungen zu den gesundheitlichen und teilhabebezogenen Problemlagen, der Sozialraumstruktur (gesundheitliche und soziale Ungleichheit), zur sozialen Infrastruktur (zum Beispiel Landschaft der Beratungsstellen, »big player« in der Versorgung) sowie der politischen Konstellation.

Zur politischen Konstellation gehören auch Überlegungen zu den zivilgesellschaftlichen Kräften, zu kommunalpolitischen Beschlüssen, an die angeschlossen werden kann, zu administrativen Erfahrungen oder sich schon abzeichnenden Hindernissen. Dazu können zählen: die Weigerung wichtiger Akteur:innen, sich zu beteiligen, das Eingehen von Scheinkooperationen, die Einschätzung eines Themas als zu brisant oder die Unterschätzung von Konflikten.

Der Sozialraum, der gesundheitsförderlich gestaltet werden soll, steht in einem Zusammenhang mit übergreifenden Bestimmungen, die nicht oder nicht direkt durch den Entwicklungsprozess beeinflusst werden können – oder aber die als Ergebnis des Vorhabens neu und anders aufgegriffen werden. Zu denken ist zum Beispiel an Aspekte von Wohnen und Mieten, Armut oder Teilhabe der migrantischen Bevölkerung. Eine erhebliche Bedeutung haben alle Aspekte, die mit einer eher ländlichen oder eher städtischen Struktur des Quartiers zusammenhängen. Damit stellen sich politische Fragen, die etwa die Stadtgestaltung, die soziale Sicherheit, die Armuts- oder Teilhabepolitik berühren. Es ist zu entscheiden, ob und wie die politischen Themen aufgegriffen werden.

Koordination Vernetzung, Steuerung

Gesundheitsförderung im Quartier geht nicht ohne eine politisch verantwortete sozialräumlich verankerte Steuerungsstruktur. Zu Beginn eines Entwicklungsprozesses ist deshalb zu klären, ob und welche Steuerungsstrukturen, Netzwerke, Verbünde oder Runden Tische es im Sozialraum/Quartier gibt. Die Entwicklung einer Steuerungsstruktur ist eine politische und fachliche Aufgabe.

In dem Maße, in dem Gesundheitsregionen etabliert werden, können Prävention und Gesundheitsförderung Elemente dieser Kooperations- und Steuerungsform sein. (Vgl. dazu die Handlungsempfehlungen der Diakonie Deutschland, 2025, zur Primärversorgung in Gesundheitsregionen.)

Wird ein neues gesundheitsförderliches Angebot vor dem Hintergrund einer regionalen Strategie der Gesundheitsförderung entwickelt, ist zu fragen, welche Akteur:innen einbezogen werden sollen. Das sind oftmals der öffentliche Gesundheitsdienst, die Krankenkassen und andere in der Region wichtige Akteur:innen, wie etwa die Kinder- und Jugendhilfe, die offene Altenarbeit, die Suchthilfe oder andere soziale Dienste. Komplexere Interventionen benötigen einen Steuerungskreis und eine koordinierende Stelle. Zu Beginn des Prozesses ist zu klären, wer für die Mitarbeit im Steuerungskreis gewonnen werden kann (oder sollte).

Eine koordinierende Stelle muss als Geschäftsstelle fungieren und besetzt sein durch Personen mit einem Zeitkontingent, die für die Prozesse verantwortlich sind. Sofort stellen sich damit Fragen nach den zeitlichen, aber auch finanziellen Ressourcen – denn es ist eine Sache, einen Prozess der Gesundheitsförderung anzustoßen, und eine andere Sache, (refinanzierte) Zeit zur Verfügung zu stellen. Fragen der Finanzierung des Entwicklungsprozesses müssen deshalb frühzeitig angegangen werden.

Partizipation

Frühzeitig kann auch das Thema Partizipation angegangen werden. Die Initiatoren können überlegen, ob es zivilgesellschaftliche Gruppen und Selbstvertretungen in der Region gibt, die in die Planungen und Diskussionen einbezogen werden sollen. Es kann aber auch darum gehen, dass ein diakonisches Werk oder eine diakonische Einrichtung die Selbstorganisation beziehungsweise Selbstvertretung etwa von engagierten Mieter:innen unterstützt und genau darin das zentrale Anliegen der Gesundheitsförderung sieht.

Je frühzeitiger der Austausch mit den Interessens- und Selbstvertretungen geschieht, desto besser kann das Projekt auf die Belange der betroffenen Personen ausgerichtet werden. Außerdem können die betroffenen Personen auch direkt einbezogen und im Verlauf Partizipation und Empowerment als Weg und Ziel der Gesundheitsförderung gestaltet werden. In konzeptioneller Hinsicht ist zu klären, in welcher Tiefe Partizipation vorgesehen ist und mit welchen Ressourcen die Partizipation unterstützt werden soll.

Öffentlichkeitsarbeit

Da der Entwicklungsprozess eine öffentliche Angelegenheit ist, können in der Frühphase auch erste Überlegungen zur Öffentlichkeitsarbeit angestellt werden. Kenntnisse in der Öffentlichkeitsarbeit, die etwa ein diakonisches Werk hat, können unter Umständen genutzt werden. Selbstverständlich bedeutet Öffentlichkeitsarbeit mehr als die Publikation einer Pressemitteilung; sie bedeutet auch, die Frage zu beantworten, welche Teilöffentlichkeiten und Zielgruppen mit welchen Medien (zum Beispiel Aushang, Flugblatt ...) mit welchen Worten zu welchem Zweck zu informieren und in die Kommunikation einzubeziehen sind. Öffentlichkeitsarbeit ist Kommunikation mit möglichen Partner:innen des Vorhabens. Die Öffentlichkeitsarbeit kann ein Element sein, frühzeitig das Thema Gesundheit prominent zu machen und Probleme zu definieren.

Finanzierung

Schon in der Vorbereitungsphase sind erste Überlegung zur Finanzierung anzustellen. Das Thema drängt sich schon zu Beginn auf, da schon die ersten Schritte der Vorbereitungsphase Ressourcen benötigen. Schritte dazu können sein: eine frühe Kontaktaufnahme mit möglichen Leistungsträgern, die Lektüre des GKV-Leitfadens zur Prävention und Gesundheitsförderung, auch um sich rechtzeitig über Ausschlussbedingungen zu informieren, ein Austausch mit bereits finanzierten Projekten oder Gespräche mit der regionalen Landesvereinigung für Gesundheit.

4.2 Analyse

Für die Analysephase wird oftmals unterschieden zwischen einer objektiven Bestands- und Bedarfsanalyse einerseits und der partizipativen Bedürfnisanalyse andererseits. Beide Analyseebenen sollen zusammen betrachtet werden, denn die Problemdefinitionen der betroffenen Bürgerinnen und Bürger können wichtige Erkenntnisse über den Ist-Zustand und den Bedarf vermitteln. In einem Schritt können die vorhandenen Daten zur demographischen, sozialen und gesundheitlichen Lage im Quartier zusammengetragen und durch die Akteur:innen aus dem Planungs- beziehungsweise Steuerungskreis erörtert werden. Versorgungslücken sowie Erkenntnisse über die Akteur:innen im Quartier können durch eine Netzwerkanalyse zusammengetragen werden, die im Steuerungskreis diskutiert wird.

Sollen Prävention und Gesundheitsförderung partizipativ ausgerichtet werden, sind die betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner eines Quartiers einzubeziehen. Das ist aus Public-Health-Sicht (und aus diakonischer Sicht) kein zu ertragendes Gebot von außen, sondern Kern des Anliegens der Gesundheitsförderung, weil die Personen, um deren Gesundheit und Teilhabe es geht, mehr Selbstbestimmung über die Bedingungen ihres sozialen Lebens gewinnen sollen und können. Partizipation ist nicht nur Weg, sondern auch Ziel.

Eine Herausforderung ist es, Menschen zu beteiligen, die arm oder weniger sozial eingebunden sind – also gerade die Personen, um die es im Prozess besonders geht. In der Praxis und in Leitfäden werden verschiedene Formate erörtert beziehungsweise umgesetzt. Im Praxisleitfaden »Gesund älter werden im ländlichen Raum« (vdek 2021, S. 92ff.) wird als Instrument ein vom Institut für Gerontologische Forschung e.V. entwickelter Leitfaden »Zugang zu schwer erreichbaren älteren Menschen« dargestellt. Bausteine des Zugangs können danach mit folgenden Stichworten beschrieben werden:

- Vertrauen aufbauen (Botschaft: »Sie können uns vertrauen«),
- Anreiz schaffen, Nutzen verdeutlichen (Botschaft: »Wir bieten Ihnen etwas«),
- individuelle Barrieren abbauen (Botschaft: »Was hindert Sie daran, sich zu beteiligen?«) und
- Responsivität leben (Botschaft: »Wir reagieren auf die festgestellten Barrieren«).

Entscheidend sind das persönliche Gespräch, das Kennenlernen und die Präsenz im Quartier. Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung ist Voraussetzung und Teil des Vorhabens, Gesundheitsförderung im Quartier zu verankern. Das geht nicht schnell, sondern braucht Zeit. Sehr wichtig ist es, vorhandene Netzwerke, Besuchsdienste, Kirchengemeinden und Orte des Austauschs – das können auch Kioske oder Bäckereien sein – einzubeziehen. Ehrenamtliche beziehungsweise »Aktivist:innen« können als Brückenbauer:innen fungieren (vgl. vdek 2021: 29).

4.3 Planung

Je nach Vorhaben gestaltet sich Planung anders. Soll das Vorhaben partizipativ entwickelt werden, sind die Bürgerinnen und Bürger einzubeziehen. Ein Schritt sind Dialogveranstaltungen zu den Bedarfen, deren Auswertung mit den Bürger:innen (mit) erfolgt. Das geschieht, wenn in einem Bürger:innendialog die gesammelten Vorschläge gemeinsam geordnet und priorisiert werden. Aufgabe des Steuerungskreises ist es, Schwerpunkte zu setzen. Dazu sind die Fragen nach dem Bedarf, dem Verhältnis zur Problem- und Bestandsanalyse (auf der Grundlage epidemiologischer Daten beziehungsweise der Gesundheitsberichterstattung und den Beurteilungen durch Expert:innen), nach realistischen Umsetzungsmöglichkeiten sowie nach den nächsten Arbeitsschritten zu stellen. In Projekten hat es sich bewährt, themenspezifische Arbeitsgruppen einzurichten.

Auch die Bürger:innen, um deren Gesundheit und Teilhabe es geht, sollen sich in den Arbeitsgruppen beteiligen. Dazu reicht ein Aufruf nicht aus, aber über persönliche Gespräche kann Engagement gewonnen werden: Nicht jedes Thema ist für viele Bürger:innen gleich spannend; deshalb kann es sinnvoll sein, mit Angeboten auf Menschen zuzugehen, die unmittelbar zu ihrer Motivation passen. Mit anderen Worten: Es ergibt keinen Sinn zu versuchen, eine Person für die Arbeitsgruppe zur Finanzierung zu gewinnen, wenn es ihr um städtisches »gardening« geht.

4.4 Umsetzung

Je sorgfältiger die Vorbereitung und Analyse, desto besser für die Umsetzung des Vorhabens. Jedoch ist auch zu beachten, dass die unterschiedlichen Phasen eines Vorhabens nicht als Schematismus zu verstehen sind, sondern eher eine ideelle Orientierungshilfe darstellen, denn die Phasen können sich verschränken. So kann die analytische Phase, in der Bürger:innen gemeinsam Probleme identifizieren, Handlungsbedarf ausmachen und Vorschläge entwickeln, übergehen in die Umsetzung eines Vorhabens.

Das kann am Beispiel der Zugänglichkeit von öffentlichen Räumen für Menschen mit Behinderungen verdeutlicht werden. Zugleich ist dieses Anliegen ein Element der Umsetzung der auf Inklusion zielenden UN-Behindertenrechtskonvention, denn öffentliche Räume sollen, da inklusiv gestaltet, allen Menschen zugänglich sein.

In dem Projekt »Partizipative Methoden für StadtGesundheit im Ruhrgebiet (ParStaR)« (vgl.: Brüggemann, Köckler, Walter-Klose, Zander 2023) war es das Ziel, Interessen und Bedarfe von Menschen mit Behinderungen, die in einer diakonischen Einrichtung wohnen, zu erfassen und für die kommunale Planung zu nutzen.

Das Vorgehen bestand darin, zunächst eine Gruppe zu bilden, in der die (geistig) behinderten Menschen und Wissenschaftler:innen zusammenarbeiten. Die Gruppe arbeitete mit »Photovoice« und »StadtRaumMonitor«. Sie analysierte Bedarfe zum öffentlichen Raum hinsichtlich physischer Barrierefreiheit, Sitzmöglichkeiten, öffentlicher Toiletten, der Zugänglichkeit durch den ÖPNV sowie der Gestaltung von Begegnungsmöglichkeiten, künstlerischer und pflanzlicher Gestaltung, Beleuchtung, Sicherheitsgefühl und Sauberkeit.

Die Ergebnisse wurden mit der Kommune rückgekoppelt. Die kurze Skizze macht deutlich, wie wichtig die Kooperation unterschiedlicher Akteur:innen und die Weiterentwicklung von Methoden der Partizipation in einer diversen Stadtgesellschaft für das Gelingen eines Vorhabens sind.

4.5 Qualität, Evaluation und Wirksamkeit

4.5.1 Qualität

In Fragen der Qualitätsentwicklung beziehen sich die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit und der Leitfadens Prävention der gesetzlichen Krankenkassen auf den Good-Practice-Ansatz mit seinen zwölf Kriterien für gute Praxis. Die Kriterien werden von Krankenkassen als Förderkriterien eingesetzt.

In der im Internet abrufbaren Broschüre »Kriterien für gute Praxis in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung« (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Good_Practice/21-08-30_Broschuere_Good_Practice-Kriterien_neu_barrierefrei_01.pdf, abgerufen am 1.2.2024) des Kooperationsverbunds (2021) werden die einzelnen Kriterien erläutert, ihre Wechselwirkungen untereinander dargestellt und die praktische Arbeit mit ihnen aufgezeigt – auch ihre jeweils stufenweise Nutzung.

Die zwölf Kriterien sind: Zielgruppenbezug, Konzeption, Setting-Ansatz, Empowerment, Partizipation, niedrigschwellige Arbeitsweise, Multiplikatorenkonzept, Nachhaltigkeit, integriertes Handeln, Qualitätsmanagement, Dokumentation und Evaluation sowie Beleg für Wirkungen und Kosten.

Die Good-Practice-Kriterien sind nicht auf ein bestimmtes Handlungsfeld ausgerichtet, sondern können für alle Handlungsfelder genutzt werden. Das kann ohne externe Begleitung geschehen. Entscheidend ist die Reflexion der Praktiker:innen zur Frage, welche Kriterien besonders relevant für die Entwicklung des Vorhabens sind.

Die meisten Kriterien sind nicht nur additiv an das Projekt herangetragen, sondern sie dienen als die praktische Arbeit begleitende Reflexionshilfe bei Umsetzung eines lebenslagenbezogenen Präventionsvorhabens: Erreiche ich die »Zielgruppe«, gelingt Partizipation, werden Lebenslagen berücksichtigt und verändert?

Da für die sozialraumbezogene Prävention und Gesundheitsförderung die Partizipation der »Zielgruppe« ein Dreh- und Angelpunkt von guter Praxis ist, kann auch die Qualitätsentwicklung partizipativ gestaltet werden. »Partizipative Qualitätsentwicklung meint die ständige Verbesserung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung durch eine gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen allen wichtigen Akteuren, insbesondere der Adressaten von gesundheitsförderlichen Maßnahmen« (Bethmann, Hilgenböcker und Wright 2021: 1083). Damit sollen die Lebensverhältnisse der partizipierenden Adressat:innengruppen verbessert werden.

Auch für die Qualitätssicherung ist es wichtig, dass »sich die Akteure von vornherein auf eine gemeinsame Definition verständigen, die Grundlage der Zusammenarbeit wird« (ebd.: 1084). Das bezieht sich auf alle Momente des Public-Health- beziehungsweise Qualitätssicherungszyklus, also von der Bedarfsbestimmung über die Planung und Durchführung bis zur Evaluation. Um Partizipation zu ermöglichen, etwa wenn es um Gesundheitsförderung in einer stationären Pflegeeinrichtung geht, kann es auch darum gehen, dass für die Nutzer:innen Unterstützung beziehungsweise Assistenz angeboten wird; das ist zugleich schon ein Beitrag zum Empowerment.

Zu Diskussionen führt oftmals das Qualitätsmanagement, das ein eigenes Kriterium darstellt. Das Qualitätsmanagement ist ein Steuerungssystem, das durch interne Beschäftigte die Qualitätsentwicklung und -sicherung unterstützt. Im Kontext der partizipativen Qualitätsentwicklung ist es die Aufgabe des Qualitätsmanagements, die Partizipation der Nutzer:innen beziehungsweise Adressat:innen in der Struktur des Vorhabens beziehungsweise der Organisation, das heißt auch im QM-Handbuch zu verankern.

4.5.2 Dokumentation und Evaluation

Dokumentation und Evaluation sind Elemente des QM-Systems, die der Bewertung der Maßnahmen dienen. Evaluation benötigt immer eine systematische Datenerhebung und -analyse der dokumentierten Ereignisse vor dem Hintergrund der in der Konzeption formulierten Ziele. Aufschlussreich ist das in einer Publikation des Kooperationsverbunds (2021: 57) formulierte Beispiel, bei der die Mitarbeitenden einer Beratungsstelle anhand der Dokumentation und in der Supervision überprüfen, in welchem Umfang die in der Konzeption geplanten Zielgruppen erreicht werden. Dokumentation kann auch mit einfachen Mitteln erfolgen. Mit den Auftraggeber:innen beziehungsweise Leistungsträgern ist abzustimmen, wie die Evaluation erfolgt; im Falle einer externen Evaluation ist eine Finanzierung zu vereinbaren.

4.5.3 Wirksamkeit

Fragen der Wirksamkeit werden in Wissenschaft und Praxis sehr kontrovers diskutiert. Für die Wirksamkeit wie für die Qualität gilt generell: Je komplexer eine präventive Intervention ist, je mehr sie systemisch in Lebensverhältnisse eingreift, desto schwerer ist ihr Erfolg zu messen beziehungsweise zu bewerten (vgl. Rosenbrock 2004). Die Lebensverhältnisse, in die interveniert wird, sind ihrerseits in sich vermittelt und stehen in komplexen Verhältnissen zur individuellen Gesundheit. Sie werden von sozialen Determinanten mitbestimmt, die oftmals nicht Gegenstand der präventiven Intervention sind. In der Praxis wird in der Planung und Konzeption des Vorhabens in der Regel formuliert, welche Veränderungen angestoßen werden sollen (»Wirkungsorientierung«). Die angestrebten Veränderungen beziehen sich oftmals auf die individuellen und kollektiven Gesundheitsressourcen, die Handlungsmöglichkeiten erweitern und damit die Dialoggruppe befähigen, Veränderungen im Umfeld anzugehen. Eine Wirkungsanalyse überfordert zumeist die Einrichtungen und Dienste und wird nur mit wissenschaftlicher Unterstützung möglich sein. Die dabei benutzten Instrumente (und Indikatoren) sollten, falls dieses Thema angegangen wird, zwischen Leistungsträger, Einrichtung und Forschungsinstitut abgesprochen werden.

Für die präventive Praxis ist es wichtig, dass Fragen der Qualität (einschließlich der Wirkungen) im Schnittpunkt unterschiedlicher Interessen liegen. Einrichtungen und Dienste, die ein präventives Projekt planen und durchführen, sollten Qualitätsziele deutlich formulieren und im Gespräch mit Leistungs- beziehungsweise Kostenträgern zu einem Einvernehmen darüber kommen, was der Erfolg des Vorhabens heißt. In der Evaluation von Setting-Interventionen wird seit langem mit dem Konzept der »lokalen Evidenz« gearbeitet: Aussagen über die Angemessenheit und Wirksamkeit von Interventionen treffen die Akteur:innen vor Ort »in einem vorgegebenen Rahmen nach festgelegten Plausibilitätskriterien« (Wright, M.T. 2006: 70). Das Verfahren hat zugleich eine »diagnostische Funktion« (ebd.: 71), da es die Akteur:innen für die Frage sensibilisiert, welche Hürden für die Umsetzung in der Praxis bestehen.

4.6 Nachhaltigkeit

Vorhaben in der sozialraumbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung sind oftmals zeitlich befristet. Es stellt sich deshalb die Frage, wie eine »Strategie zur Verstärkung der Strukturen und der Angebote entwickelt werden (kann)« (vdek 2024: 41). Wir nehmen an dieser Stelle Anregungen des Praxisleitfadens »Gesund Altern und Pflegen im ländlichen Raum« auf. Als zentrales Instrument hat sich eine Nachhaltigkeitswerkstatt bewährt. Mit ihr wird das Ziel verfolgt, den Verlauf des Vorhabens zu reflektieren, ein Resümee der Ergebnisse und Fragen des Übergangs in die Zeit nach dem Projekt zu erörtern.

Als »Nachhaltigkeitsfaktoren« konnten ausgemacht werden: ein auch nach dem Projekt arbeitender Planungskreis, eine feste Ansprechperson für die Adressat:innengruppe, Räumlichkeiten, um Aktivitäten weiterzuführen, ehrenamtliches Engagement, barriere- und kostenfreie Angebote, die Weiterfinanzierung von Angeboten und eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit (vgl. ebd.: 42).

5. Rechtliche Aspekte

Prävention und Gesundheitsförderung bewegen sich in einem rechtlichen Rahmen, aber es gibt kein zusammenfassendes rechtliches Regelwerk zum Thema, sondern eine Mehrzahl von Regelungen in den Sozialgesetzbüchern, Bestimmungen der Sozialversicherungen und Regelungen in den Ländern. Neben den Bestimmungen, auf die unten eingegangen wird, ist auf Bundesebene auf das SGB XI (Soziale Pflegeversicherung), den Leitfaden »Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI« (GKV-Spitzenverbands 2023a) (www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/Leitfaden_Praevention_Pflege_2023_barrierefrei.pdf) sowie auf das SGB VIII hinzuweisen.

Sehr hilfreich ist im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbands (2023a) der Anhang 8.1 »Berührungspunkte von Leistungen nach § 20a SGB V zu gesetzlichen Zuständigkeiten und Leistungen anderer Träger für besondere Zielgruppen in der Lebenswelt Kommune«.

Auf einzelne für die Praxis wichtige rechtliche Regelungen für die sozialräumlich beziehungsweise lebenslagenorientierte Prävention soll im Folgenden hingewiesen werden. Im Mittelpunkt stehen in dieser Darstellung Regelungen des SGB V beziehungsweise der gesetzlichen Krankenversicherung. Für die Praxis sind selbstverständlich die rechtlichen Bestimmungen auf der Ebene der Länder und andere Sozialgesetzbücher von großer Relevanz.

Legaldefinitionen, Ziele und Aufgaben

In § 20 (Primäre Prävention und Gesundheitsförderung) Satz 1 findet sich die Legaldefinition von primärer Prävention und Gesundheitsförderung: »Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor«.

Es wird bestimmt, welche Ziele mit den Leistungen erreicht werden sollen: »Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen und kind- und jugendspezifische Belange berücksichtigen« (§ 20 Abs. 1 SGB V).

Der GKV obliegt es (nach § 20 Abs. 2 SGB V) »einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen nach Absatz 1 (...), insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt, Methodik, Qualität, intersektoraler Zusammenarbeit, wissenschaftlicher Evaluation ...« festzulegen. Dies geschieht im Leitfaden Prävention (dazu unten mehr).

Die Krankenkassen haben (nach § 20 Abs. 3) bei der Bestimmung ihrer Handlungsfelder und Kriterien (im GKV-Leitfaden Prävention) auch bestimmte Gesundheitsziele zu beachten; genannt werden:

- Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln;
- Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen, Tabakkonsum reduzieren;
- gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung, gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken;
- depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln, gesund älter werden und Alkoholkonsum reduzieren.

Mit diesen Aufgabenbestimmungen öffnet sich ein breites Feld soziallagen- und sozialraumbezogener Gesundheitsförderung.

Lebenswelten

In § 20 Abs. 4 werden die Leistungen unterschieden nach Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention, Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (nach § 20a) und Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (§ 20b, betriebliche Gesundheitsförderung).

Der § 20a widmet sich den Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten. Die Legaldefinition von »Lebenswelten« lautet: »Lebenswelten im Sinne des § 20 Absatz 4 Nummer 2 sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports«.

Durch den Bezug auf das Wohnen gehören auch Primärprävention und Gesundheitsförderung im Quartier zu den Aufgaben der GKV. Nachdem definiert ist, was das SGB V unter »Lebenswelten« versteht, heißt es: »Die Krankenkassen fördern im Zusammenwirken mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst unbeschadet der Aufgaben anderer auf der Grundlage von Rahmenvereinbarungen nach § 20f Absatz 1 mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen«.

Hervorzuheben sind das Zusammenwirken mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, die Rahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V und die Aufgabenbestimmung, die mit »insbesondere« eingeleitet wird.

In den folgenden Sätzen werden die Aufgabenbestimmungen konkretisiert: »Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung. Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Satz 2 sollen die Krankenkassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erbringen. Bei der Erbringung von Leistungen für Personen, deren berufliche Eingliederung auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen besonderes erschwert ist, arbeiten die Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende eng zusammen«.

Hervorzuheben sind hier die Beteiligung der Versicherten – ein Partizipationsgebot – und der »für die Lebenswelt Verantwortlichen« – ein Kooperationsgebot – sowie die Sollvorschrift, dass die Krankenkassen zusammenarbeiten und die Leistungen kassenübergreifend zu erbringen sind.

In § 20a Abs. 2 werden Bedingungen formuliert, unter denen die Krankenkasse Leistungen erbringen kann: »Die Krankenkasse kann Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erbringen, wenn die Bereitschaft der für die Lebenswelt Verantwortlichen zur Umsetzung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten besteht und sie mit einer angemessenen Eigenleistung zur Umsetzung der Rahmenvereinbarungen nach § 20f beitragen«.

Landesrahmenvereinbarungen

In den zitierten Passagen der Abs. 1 und 2 von § 20a wird auf die Rahmenempfehlungen nach § 20f SGB V verwiesen. Die Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie werden zwischen den Krankenkassen (auch für die Pflegekassen), den Trägern der gesetzlichen Unfall- und der Rentenversicherung sowie den »in den Ländern zuständigen Stellen« abgeschlossen, unter anderem zur Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst.

Für die Praxis ist deshalb sinnvoll, sich über die im jeweiligen Bundesland vereinbarten Landesrahmenvereinbarungen zu informieren. In Bundesländern hat sich eine landesspezifische Kultur der Umsetzung herausgebildet, die die oftmals sehr allgemein gehaltenen Vereinbarungen mit Leben füllt.

Über die Landesrahmenvereinbarungen soll die nationale Präventionsstrategie umgesetzt werden, die in der Vereinbarung bundeseinheitlicher, trägerübergreifender Rahmempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention nach § 20d SGB V formuliert ist. Sie enthält auch Aussagen zu gemeinsamen Ziele, Zielgruppen und Handlungsfeldern (vgl: NPK 2016: (vgl.: www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2016/Praevention_NPK_BRE_verabschiedet_am_19022016.pdf).

Leitfaden Prävention

Für die Praxis der Dienste und Einrichtungen kommt dem »Leitfaden Prävention« (GKV Spitzenverband 2023a) (vgl. www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp) eine große Bedeutung zu, denn in ihm werden die Förderkriterien (und Ausschlusskriterien) benannt. Die Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen werden in einem separaten Leitfaden, auf den hier nicht eingegangen werden soll, dargestellt (vgl. GKV Spitzenverband 2023a).

Im Kapitel 4 des »Leitfadens Prävention« (»Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V«) werden die Gesundheitsförderung und Prävention in der Lebenswelt thematisiert. Nachdem zunächst die gesetzlichen und dann die konzeptionellen Grundlagen (»Grundverständnis«) der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung skizziert werden, wird der lebensweltbezogene Gesundheitsförderungsprozess (Vorbereitungsphase, Nutzung/Aufbau von Strukturen, Maßnahmenplanung, Umsetzung, Evaluation) dargestellt, schließlich werden Förder- und Ausschlusskriterien genannt. Auf diese Kriterien wird unten (unter 5) eingegangen.

Drei Aspekte sollen jedoch hervorgehoben werden:

- In konzeptioneller Hinsicht umfasst der »lebensweltbezogene Gesundheitsförderungsprozess« sowohl verhältnis- als auch verhaltensbezogene Maßnahmen. Als verhältnisbezogene Maßnahmen gelten die »Maßnahmen bei Aufbau und Unterstützung gesundheitsfördernder Strukturen« (Leitfaden S. 29). Beispielhaft werden genannt: die »Beratung zur Umgestaltung gesundheitsrelevanter Bedingungen, zum Beispiel der Gemeinschaftsverpflegung, Stadtteilgestaltung, Initiierung von Steuerungsgremien, Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Fachkräfte und Personen aus den Zielgruppen, zum Beispiel Peers), Vernetzung mit anderen Einrichtungen in der Region«.
- Diese Maßnahmen können mit verhaltensbezogenen Maßnahmen (etwa zur Bewegungsförderung, zur Stressbewältigung, zur Aufklärung zu stoffgebundenen und stoffungebundenen Suchtgefahren und Suchtprävention oder zur Förderung der Gesundheitskompetenz) verbunden werden.
- Dreh- und Angelpunkt ist die Verminderung von sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. Als ein Vorteil der lebensweltbezogenen Interventionen wird bezeichnet, dass sozial Benachteiligte leichter erreicht werden. Als dafür geeignete Lebenswelt werden insbesondere genannt: Kindergärten, Haupt- und Realschulen, Einrichtungen der ambulanten pflegerischen Versorgung, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen sowie »Kommunen mit niedrigem durchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommen beziehungsweise hohem Anteil an Arbeitslosen, Empfängerinnen und Empfängern von Grundsicherung nach SGB II oder Migrantinnen und Migranten sowie Kommunen im ländlichen Bereich (insbesondere Gebiete mit schlechter Infrastruktur und einem hohen Anteil älterer Menschen« (S. 28 f.).

6. Finanzierung

Die Finanzierung von Vorhaben der Prävention und Gesundheitsförderung ist oftmals komplex, da mehr als ein Finanzier beteiligt ist. Das folgt aus dem Sachverhalt, dass Prävention und Gesundheitsförderung Querschnittsaufgaben sind, für die mehrere Träger zuständig sind. Übergreifende oder verpflichtende Regelungen gibt es nicht.

6.1 Förder- und Ausschlusskriterien der GKV

Leistungsarten: Die Krankenkassen fördern den lebensweltbezogenen Gesundheitsförderungsprozess durch unterschiedliche Leistungen (vgl. im Leitfaden S. 33) auf unterschiedlichen Wegen: durch Fachkräfte, durch ein Multiplikatorenkonzept, durch Programme oder finanziell. Als Leistungsarten wird im Leitfaden ein Spektrum genannt, das von der Unterstützung bei Bedarfsermittlung und Zielentwicklung bis zur Unterstützung bei der Öffentlichkeitsarbeit reicht. Die Leistungen können auch digital erbracht werden. Sie stehen auch den Personen offen, die nicht bei den fördernden Krankenkassen versichert sind.

Förderkriterien: Maßnahmen der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung werden von den Krankenkassen gefördert, wenn sie einen »direkten Gesundheitsbezug« (Leitfaden, S. 33) haben und die Bedingungen des im Leitfaden skizzierten Gesundheitsförderungsprozesses beziehungsweise -zyklus erfüllen (vgl. Leitfaden, S. 34). Diese Kriterien decken sich weitgehend mit den »Good-Practise-Kriterien« des Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit.

Ausschlusskriterien: Der Leitfaden (S. 35) nennt insbesondere folgende Maßnahmen, die von der Förderung ausgeschlossen sind:

- Aktivitäten, die zu den Pflichtaufgaben anderer Einrichtungen oder Verantwortlicher gehören
- Isolierte Maßnahmen externer Anbieter
- Individuumsbezogene Abrechnung von Maßnahmen
- Förderanträge, die nicht von der Einrichtung beziehungsweise dem Einrichtungsträger selbst gestellt werden
- Forschungsprojekte ohne Interventionsbezug
- Screenings ohne Interventionsbezug
- Aktivitäten von politischen Parteien beziehungsweise parteinahen Stiftungen beziehungsweise Organisationen; Aktivitäten, die einseitig Werbezwecken für bestimmte Einrichtungen, Organisationen, Produkte dienen
- Ausschließlich öffentlichkeitsorientierte Aktionen beziehungsweise ausschließlich mediale Aufklärungskampagnen
- Ausbildung und Qualifizierungsmaßnahmen, die nicht an das Vorhaben gebunden sind
- Kosten für Baumaßnahmen, Einrichtungsgegenstände, Mobiliar und technische Hilfsmittel, Computer und andere digitale Geräte
- Regelfinanzierung von auf Dauer angelegten Stellen, zum Beispiel in Beratungseinrichtungen (Ausnahme: die Koordinierungsstellen des Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit)
- Angebote, die weltanschaulich nicht neutral sind

Der Leitfaden betont, dass für die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten die »Träger der jeweiligen Lebenswelten« Verantwortung tragen und den Krankenkassen eine unterstützende Funktion zukommt (vgl. Leitfaden S. 25). Prävention und Gesundheitsförderung seien gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgaben; ohne Umsetzungsbereitschaft der für die Lebenswelt Verantwortlichen seien die Interventionen nicht erfolversprechend. Die Nachhaltigkeit ist ein wichtiges Anliegen der Krankenkassen. Die Eigenleistung der Lebenswelten ergebe sich in Abhängigkeit der

finanziellen Leistungsfähigkeit der Träger und dem Ausmaß der sozialen Benachteiligung der Zielgruppen.

Die unterstützende Funktion der Krankenkassen wird im Leitfaden »Kontext der Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommune« (Kap. 4.5) sehr deutlich gemacht. Aus den Bestimmungen von Art. 28 Grundgesetz zur kommunalen Selbstverwaltung wird gefolgert, dass den Kommunen »selbst eine Schlüsselfunktion bei der Gesundheitsförderung« (Leitfaden, S. 36) zukomme. Der Beitrag der gesetzlichen Krankenkassen wird als ein »Baustein im Rahmen eines größeren Verbundes« (ebd.) unterschiedlicher Akteur:innen betrachtet. Das Ziel der nachhaltigen Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommune schließt ein, dass das »Ziel Gesundheit in den Zielkatalog der Kommune aufgenommen ist beziehungsweise wird und dass die verantwortlichen Partner ihren jeweiligen inhaltlichen und finanziellen Teil erfüllen« (S. 36). Kooperationen, einschließlich der Bearbeitung von Schnittstellen mit anderen Sozialversicherungsträgern, kommunalen Einrichtungen, Bildungsträgern und anderen sind eine Schlüsselaufgabe, kann gefolgert werden.

Aus der Darstellung sollen vier Resultate für die Praxis festgehalten werden:

- Engagieren sich Dienste und Einrichtung in der Gesundheitsförderung (wir sehen, wie oben angemerkt, von Fragen der betrieblichen Prävention ganz ab), müssen sie mit einer Eigenbeteiligung rechnen. Die Höhe und die Form der Eigenbeteiligung lassen sich nicht unabhängig von dem Vorhaben bestimmen.
- Die gesetzlichen Krankenkassen unterstützen im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrags (und den im Leitfaden Prävention genannten Kriterien) Projekte der Gesundheitsförderung. Die formulierten Ausschlusskriterien sind zu beachten. Die Förderkriterien sind mit Qualitätsstandards verbunden (»good practise«).
- »Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung« ist in ihren verschiedenen Ausprägungen immer komplex, das heißt mehr als eine Einzelmaßnahme und muss sich an den mehrstufigen Gesundheitsförderungsprozess (vgl. zum Beispiel Leitfaden, S. 32) halten.
- Bei komplexen Interventionen (etwa der Gesundheitsförderung mit Arbeitslosen) in der Kommune sind unterschiedliche Leistungsträger einzubeziehen. Der Aufbau von Kooperationen und die Steuerung der Vorhaben unter Einbeziehung mehrerer Zuständigkeitsträger sind wichtige Aufgaben der Praxis der Gesundheitsförderung.

Im Anhang des Leitfadens Prävention werden »Berührungspunkte von Leistungen nach § 20a SGB V zu gesetzlichen Zuständigkeiten und Leistungen anderer Träger für besondere Zielgruppen in der Lebenswelt Kommune« (vgl. S. 163 ff.) aufgeführt. Die Darstellung in dieser Handreichung sollte ausdrücklich nicht so verstanden werden, als sei die gesetzliche Krankenversicherung die für Prävention und Gesundheitsförderung allein zuständige Trägerin dieser Leistungen.

6.2 Weitere Sozialversicherungsträger

Neben den gesetzlichen Krankenkassen kommen auch weitere Sozialversicherungsträger als Kooperationspartner:innen infrage, die Ressourcen in den Gesundheitsförderungsprozess einbringen.

Unfallversicherung: Die gesetzliche Unfallversicherung (nach dem SGB VII) ist für die diakonischen Dienste und Einrichtungen die »Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege« (www.bgw-online.de/). Sie ist mit einem umfassenden Präventionsauftrag für Arbeitsschutz und betriebliche Prävention ausgestattet. Obwohl in diesem Papier nicht auf die betriebliche Prävention eingegangen wird und obwohl der Berufsgenossenschaft kein Auftrag der gesundheitsförderlichen Gestaltung des (außerbetrieblichen) Sozialraums obliegt, kann sie eine Rolle in einem sozialräumlich orientierten präventiven Vorhaben spielen. In der Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte stehen die Beschäftigten, die Organisation, die Kinder, die Eltern und das Umfeld für Handlungsfelder. Im Rahmen einer »integrierten kommunalen Strategie«

kann neben den Kommunen, den Krankenkassen und anderen Akteur:innen (zum Beispiel Sportvereinen, Nachbarschaftszentren) auch die Berufsgenossenschaft eine mögliche Partnerin sein, die sich mit ihren Ressourcen beteiligt.

Bundesagentur für Arbeit und Jobcenter: In Umsetzung einer Bestimmung des § 20a SGB V »... arbeiten die Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende« bei der Erbringung von Leistungen für Personen, deren berufliche Eingliederung auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen besonderes erschwert ist, eng zusammen. In einem vom »GKV-Bündnis für Gesundheit« federgeführten bundesweiten Vorhaben sollen Gesundheits- und Arbeitsförderung miteinander verknüpft werden. In der Praxis hat sich eine vielgestaltige Landschaft von Projekten entwickelt. Informationen sind zu finden unter: www.gkv-buendnis.de/buendnisaktivitaeten/bundesweite_aktivitaeten/arbeits_und_gesundheitsfoerderung/arbeits_und_gesundheitsfoerderung.html.

Hingewiesen werden soll auf die Dokumentation der Tagung der Diakonie Deutschland am 25.06.2024, auf der zwei Projekte (eines zum Thema Partizipation, das ändere zum Thema Kooperation) vorgestellt wurden, die Veranstaltungen des Kongresses »Armut und Gesundheit« in den letzten Jahren zum Thema (unter Beteiligung der Diakonie Deutschland, vgl.: www.armut-und-gesundheit.de/ueber-den-kongress/doku-2024) sowie ein Papier der Diakonie Deutschland zu kritischen Aspekten einer »Verzahnung« von Arbeits- und Gesundheitsförderung und der Darstellung eines alternativen Ansatzes (vgl. Diakonie Deutschland: »Gesundheit und Teilhabe von Menschen in Langzeitarbeitslosigkeit.« Berlin 2018).

6.3 Programme der Länder und des Bundes

Hingewiesen werden soll auf das Städtebauförderungsprogramm »Sozialer Zusammenhalt«, das das Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen (BMWSB) veröffentlicht. Auf Basis des Baugesetzbuches (§ 171e BauGB – Maßnahmen der Sozialen Stadt) und einer Verwaltungsvereinbarung zur Städtebauförderung haben sich Bund und Länder gemeinsam auf eine Programmstrategie zur Umsetzung des Programms verständigt.

Über den Link werden die Ausgangslage, Ziele und Förderinhalte des Programms Sozialer Zusammenhalt vorgestellt: www.staedtebaufoerderung.info/SharedDocs/downloads/DE/Programme/SozialerZusammenhalt/Programmstrategie_SozialerZusammenhalt_2023.pdf?__blob=publicationFile&v=5

Sie dient allen Beteiligten auf Länder- und kommunaler Ebene sowie der interessierten Fachöffentlichkeit als Orientierung für die Vorbereitung und Umsetzung von Maßnahmen der sozialen Quartiersentwicklung vor Ort. Das Programm umfasst auch das Thema Gesundheitsförderung. Als Bedingung der Förderung wird formuliert: »Zwingende Voraussetzung der Förderung ist die räumliche Abgrenzung sowie die Erarbeitung des integrierten städtebaulichen Entwicklungskonzeptes und Einbindung von Maßnahmen des Klimaschutzes beziehungsweise zur Anpassung an den Klimawandel« (Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen 2023: 39).

6.4 Kommunen

Wie in den Ausführungen zum GKV-Leitfaden dargestellt, ist die Kommune umso mehr gefordert, je mehr Prävention und Gesundheitsförderung sich auf den Sozialraum beziehen beziehungsweise sozialräumlich orientiert sind. Ob es sich um die gesundheitsförderliche Gestaltung des Sozialraums oder um Gesundheitsförderung im Sozialraum handelt, stets sollte ein Vorhaben der Prävention und Gesundheitsförderung in eine integrierte kommunale Strategie eingebettet– oder ein Anstoß zu ihrer Entwicklung sein. Wie oben dargestellt, kommen dem Öffentlichen Gesundheitsdienst darin wichtige Funktionen der Bedarfsermittlung und der Koordination zu.

Die Kommune und ein diakonisches Werk beziehungsweise eine diakonische Einrichtung können vertraglich (Leistungs-Vergütungsvereinbarung) regeln, dass diakonischerseits bestimmte Aufgaben (etwa Koordinierungsleistungen) übernommen werden.

Vor dem Hintergrund des sozialrechtlichen Dreiecksverhältnisses und des jeweiligen Rechtsrahmens des Handlungsfeldes der beteiligten Einrichtungen sind unterschiedliche Formen der rechtlichen Ausgestaltung von institutionellen Kooperationen in der quartiersbezogenen Infrastruktur möglich, zum Beispiel vertraglich vereinbarte Kooperation in der Leistungserbringung (Kooperationspartner als Subunternehmer), Kooperation mit Dritten bei direkter Förderung der Dritten durch den Sozialleistungsträger, institutionalisierte Vernetzung (vgl. Rosenow 2021).

6.5 Zivilgesellschaftliche Förderung

Die Aktion Mensch fordert Programme in den Lebensbereichen Arbeit, Freizeit, Bildung und Persönlichkeitsstärkung, Wohnen sowie Barrierefreiheit und Mobilität. Über die Seite »Förderfinder« der Aktion Mensch Passende Förderangebote finden: www.aktion-mensch.de/foerderung/angebote/foerderfinder ist eine schnelle Orientierung über Förderangebote möglich.

Die GlücksSpirale (www.gluecksspirale.de/die-foerderung/) fördert ein breites Spektrum gemeinwohlorientierter Vorhaben.

6.6 Information, Beratung, Austausch

Ohne Beratung sind die Entwicklung und Finanzierung von Vorhaben der Prävention und Gesundheitsförderung nicht einfach. Die gliedkirchlichen Werke der Diakonie bieten Beratungen für ihre Einrichtungen an. Auch das für Prävention und Gesundheitsförderung bei der Diakonie Deutschland zuständige Arbeitsfeld steht für einen Austausch zur Verfügung.

Das Bundesnetzwerk »Netzwerk Gemeinwesendiakonie und Quartiersentwicklung« ist ein Knotenpunkt für eine Vielzahl von diakonischen Akteur:innen, die die diakonische Arbeit gemeinwesen- beziehungsweise sozialraumorientiert ausrichten: <https://gemeinwesendiakonie.de/>

In den Bundesländern haben sich Kontakt- und Koordinationsstellen für die soziallagenbezogene Prävention und Gesundheitsförderung etabliert. Zu ihren Aufgaben gehören die Vernetzung von Akteur:innen, ihre Beratung und die Entwicklung von Pilotprojekten. Nähere Informationen sind auf der folgenden Seite zu finden: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/kooperationsverbund/struktur/koordinierungsstellen-gesundheitliche-chancengleichheit/

Einen Überblick über weitere Förderungsmöglichkeiten, aber auch weitere Anregungen und Materialien zu Kirche und Diakonie im Sozialraum finden sich in der Toolbox der Evangelische Arbeitsstelle für missionarische Kirchenentwicklung und diakonische Profilbildung (midi): www.mi-di.de/wir-hier.

Zu nennen sind des Weiteren die Fördermitteldatenbank des Bundes: www.foerderdatenbank.de/ sowie die Stiftungsdatenbank des Bundesverbands Deutscher Stiftungen: <https://stiftungssuche.de/stiftungssuche/>.

Über ein breites Spektrum geförderter Themen informiert die Förderdatenbank der Deutschen Stiftung für Engagement und Ehrenamt: <https://foerderdatenbank.d-s-e-e.de/>.

Soziale Projekte werden durch die Stiftung Deutsches Hilfswerk gefördert: www.fernsehlotterie.de/foerdern-engagieren/deutsches-hilfswerk. Fragen zur Förderung durch diese Stiftung sind an die Diakonie Deutschland zu richten.

7. Literatur

Aufgenommen wird die Literatur, auf die im Text Bezug genommen wird.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) (2015): Der Sozialraum als Ort der Teilhabe. Berlin 2015. www.bagfw.de/veroeffentlichungen/stellungnahmen/positionen/detail/der-sozialraum-als-ort-der-teilhabe-standort-bestimmung-der-bundesarbeitsgemeinschaft-der-freien-wohlfahrtspflege (zuletzt aufgerufen am 16.08.2024)

Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen (2023): Programmstrategie Städtebauförderungsprogramm Sozialer Zusammenhalt – Zusammenleben im Quartier gemeinsam gestalten. Berlin. Im Netz: www.staedtebaufoerderung.info/SharedDocs/downloads/DE/Programme/SozialerZusammenhalt/Programmstrategie_Sozialer_Zusammenhalt_2023.pdf?__blob=publicationFile&v=5 (zuletzt abgerufen am 19.12.2024)

Bethmann, Andreas, Hilgenböcker, Elke, Wright, Michael (2021): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: M. Thiemann, M. Mohokum (Hg.): Prävention und Gesundheitsförderung. S. 1083–1095. Berlin.

Böhme, Christa, Bettina Reimann: Gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung: Mehr Gesundheit im Quartier. 2012. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Leitthemen/Quartier/Boehme_und_Reimann_-2012__Gesundheitsfoerdernde_Stadtentwicklung_-Vollversion.pdf (zuletzt abgerufen am 31.07.2023)

Brüggemann, Julia, Heike Köckler, Christian-Walter-Klose, Eilsa Zander (2023): Wege zur inklusiven Stadt. In: RaumPlanung, 224, 6-2023.

Budde, Wolfgang, Früchtel, Frank, Hinte, Wolfgang (Hg.) (2006): Sozialraumorientierung. Wege zu einer veränderten Praxis. Wiesbaden 2006.

Bundesnetzwerk Gemeinwesendiakonie und Quartiersentwicklung, vgl.: <https://gemeinwesendiakonie.de/grundlagen/> (zuletzt aufgerufen am 09.01.2025)

Diakonie Deutschland (2018): »Gesundheit und Teilhabe von Menschen in Langzeitarbeitslosigkeit.« Berlin. www.diakonie.de/diakonie_de/user_upload/diakonie.de/PDFs/Stellungnahmen/04_2018__Position_Gesundheit_Langzeitarbeitslosigkeit.pdf.

Diakonie Deutschland (2023): Diakonische Forderungen zur Novellierung des Präventionsgesetzes – eine Aktualisierung. Berlin. Abrufbar unter: www.diakonie.de/diakonie_de/user_upload/diakonie.de/PDFs/Stellungnahmen/2023-03_Novellierung_Praeventionsgesetz__Aktualisierung.pdf

Diakonie Deutschland (2025): Primärversorgung weiterentwickeln – regional, demokratisch, partizipativ? Handlungsempfehlungen der Diakonie zur Ausgestaltung von Gesundheitsregionen. Berlin. Abrufbar unter: www.diakonie.de/informieren/infothek/2025/januar/primaerversorgung-weiterentwickeln-regional-demokratisch-partizipativ.

GKV-Spitzenverband (2023): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V. Berlin. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/2024-12-19_GKV-Leitfaden_Praevention_barrierefrei.pdf (zuletzt abgerufen am 17.08.2024)

7. Literatur

GKV-Spitzenverband (2023): Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI. Berlin. www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung_praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp (zuletzt abgerufen am 10.08.2024)

Klima-Allianz Deutschland, Diakonie Deutschland, Nationale Armutskonferenz (2024): Für eine gerechte und lebenswerte Zukunft: Klimakrise und Armut gemeinsam bekämpfen. Berlin. Abrufbar unter: www.nationale-armutskonferenz.de/2024/06/03/forderungs-papier-klimaschutz-ist-armutsbekaempfung/ (zuletzt abgerufen am 07.08.2024)

Kolip, P. (2020). Lebenslagen und Lebensphasen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/lebenslagen-und-lebensphasen/> (zuletzt abgerufen am 10.08.2023)

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2013): Vom Auftauen: Die Vorbereitung kommunaler Strategien. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/die-vorbereitung-kommunaler-strategien/ (zuletzt abgerufen am 15.09.2024)

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2014): Gesundheitsförderung im Quartier beziehungsweise Stadtteil. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Leitthemen/Quartier/14-07-10_Stadtteil_u_Quartier.pdf (zuletzt abgerufen am 15.09.2023)

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2019a): Soziale Lage und Gesundheit. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Kooperationsverbund/Kooperationserklaerung_2021.pdf (zuletzt abgerufen am 24.08.2023)

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2019b): Gesundheit macht Kommune stark. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Diverse_Materialien/Gesundheit_macht_Kommune_stark_.pdf (zuletzt abgerufen am 31.07.2023)

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021): Kriterien für gute Praxis in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Good_Practice/21-08-30_Broschuere_Good_Practice-Kriterien_neu_barrierefrei_01.pdf (zuletzt abgerufen am 1.2.2024)

NPK(2016): Nationale Präventionskonferenz: Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2016/Praevention_NPK_BRE_verabschiedet_am_19022016.pdf (zuletzt abgerufen am 02.02.2025)

NPK (2023): Nationale Präventionskonferenz: Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung in Lebenswelten im Kontext klimatischer Veränderungen. www.npk-info.de/fileadmin/user_upload/umsetzung/pdf/praevention_gesundheits-sicherheits-und_teilhabefoerderung_in_lebenswelten_im_kontext_klimatischer_veraenderungen_.pdf (abgerufen am 02.01.2025)

Netzwerk Gemeinwesendiakonie und Quartiersarbeit. Auf den Seiten von: Zentrum Gesellschaftliche Verantwortung der EKHN: www.zgv.info/stadt-landentwicklung/artikel-content?tx_ttnews%5bcat%5d=199&cHash=3bcf1b56287932919ac2c4c7ad14b8b6 (letzter Zugriff am 09.01.2025)

7. Literatur

Nickel, S. & Trojan, A. (2020). Capacity Building / Kapazitätsentwicklung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/capacity-building-kapazitaetsentwicklung/>

Public Health Forum (2024): Heft 3/2024 (124). Thematischer Schwerpunkt: »Kommunale Gesundheitsförderung«.

Richter-Kornweitz, A., Holz, G. & Kilian, A. (2023). Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praeventionskette-integrierte-kommunale-gesamtstrategie-zur-gesundheitsfoerderung-und-praevention/> (zuletzt abgerufen am 16.08.2023)

Rosenbrock, Rolf (2004): Evidenzbasierung und Qualitätssicherung in der gesundheitsbezogenen Primärprävention. In: Zeitschrift für Evaluation, Heft 1/2004: 71–80.

Rosenbrock, Rolf (2015): Prävention in Lebenswelten – der Setting-Ansatz. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin: 91, 213–219 (2015).

Rosenow, Roland (2021): Kooperation von Quartiersarbeit und Einzelfallhilfen. Freiburg im Breisgau.

Sabine Stövesand (2019) Gemeinwesenarbeit. In: socialnet. Lexikon. www.socialnet.de/lexikon/Gemeinwesenarbeit (letzter Zugriff: 09.01.2025)

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek): Praxisleitfaden Gesund älter werden im ländlichen Raum. 2021. www.gesunde-lebenswelten.com/fileadmin/user_upload/Gesund_vor_Ort/Projekte/Quartiersprojekt_fuer_AEltere/Praxisleitfaden_gesund_aelter_werden.pdf (zuletzt abgerufen am 8.8.2023)

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek): Ergänzung zum Praxisleitfaden. Gesund Altern und Pflegen im ländlichen Raum. Berlin 2024. www.gesunde-lebenswelten.com/fileadmin/user_upload/Ergaenzung_zum_Praxisleitfaden_-_Gesund_Altern_und_Pflegen_final.pdf (zuletzt abgerufen am 05.06.2024).

WHO (1986): World Health Organization: Ottawa Charta. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349654/WHO-EURO-1986-4044-43803-61669-ger.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (zuletzt abgerufen am 03.01.2025)

Wright, M.T. 2006: Auf dem Weg zu einer theoriegeleiteten, evidenzbasierten, qualitätsgesicherten Primärprävention in Settings. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 43.

Margret Whitehead und Göran Dahlgren (1991): Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe.

Impressum

Mitglieder der Projektgruppe:

Die Erarbeitung des Textes wurde begleitet durch eine bei der Diakonie Deutschland angesiedelte Projektgruppe, der folgende Personen angehörten:

Dr. Margarete Fuchs, Diakonisches Werk Württemberg
Holger Hendeß, Evangelischer Jugendhilfeverein e.V., Berlin
Christina Renner, Diakonisches Werk Altholstein
Jens Stüwe, Stadtteilzentrum Neukölln, Gesundheitskollektiv
Katrin Wolff, (ehem. Mitarbeiterin) Evangelischer Jugendhilfeverein e.V., Berlin
Dr. Tomas Steffens, Diakonie Deutschland (Projektleitung, Verfasser)

Ansprechpartner:

Dr. Tomas Steffens
Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege
Arbeitsfeld Medizinische Rehabilitation, Prävention und Selbsthilfe
T +49 30 65211-1665
tomas.steffens@diakonie.de

Diakonie Deutschland

Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.
Caroline-Michaelis-Str.1 | 10115 Berlin
T +49 30 65211-0 | F +49 30 65211-3333
www.diakonie.de

Berlin, Februar 2025