Universität Bremen
Fachbereich 11: Human- und Gesundheitswissenschaften

Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades
„Master of Arts“ im Studiengang Public Health

Integrierte kommunale Strategien in Gesundheitsförderung und Prävention

Herausforderungen und Potenziale bei dem Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Strategien am Beispiel des niedersächsischen Landkreises Hameln-Pyrmont

Vorgelegt von:
Nicola Jakobs
Matrikelnummer: 3095535
E-Mail: jakobs@uni-bremen.de
Bremen, den 28. Mai 2019

Erstprüfer: Prof. Dr. Henning Schmidt-Semisch
Zweitprüferin: Dr. Martina Wachtlin

„Zusammenkommen ist ein Beginn, Zusammenbleiben ein Fortschritt, Zusammenarbeiten ein Erfolg.“

Henry Ford

Ein besonderer Dank geht an die Mitarbeiter*innen der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
Ohne ihre Unterstützung wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Ein weiterer Dank geht an die Mitglieder der Steuerungsgruppe im Landkreis Hameln-Pyrmont, die sich bereit erklärt haben, an dieser Erhebung mitzuwirken.

Zusammenfassung

Hintergrund

Integrierte kommunale Strategien in Gesundheitsförderung und Prävention gewinnen in der Public Health-Praxis zunehmend an Bedeutung. Dabei handelt es sich um ein Konzept der strategischen Vernetzung von Strukturen und Angeboten verschiedener Ressorts, Träger und Institutionen im Gesundheitsbereich, zur Verbesserung der Lebensverhältnisse aller Bevölkerungsgruppen, insbesondere sozial Benachteiligter. Es zeigt sich, dass Kommunen eine Schlüsselrolle im Bereich soziallagenbezogener Gesundheitsförderung und Prävention innehaben, diese jedoch aufgrund struktureller sowie finanzieller Gegebenheiten häufig nicht ausreichend genutzt werden kann. Die daraus resultierenden Herausforderungen ergeben für Public Health die Fragen, welche Faktoren den Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Strategien beeinflussen und welcher Maßnahmen es bedarf, um integriertes Zusammenarbeiten in Zukunft zu fördern.

Methode

Aufgrund diverser Veröffentlichungen im Bereich integrierter Zusammenarbeit hat vorliegende Masterarbeit zwei Ziele: Zunächst soll ein Überblick über das Konzept und die Anwendungsbereiche integrierter kommunaler Strategien gegeben werden, um darüber hinaus die förderlichen und hemmenden Faktoren beim Auf- und Ausbau dieser anhand des Landkreises Hameln-Pyrmont zu identifizieren. Dafür wurde mit kommunalen Akteur*innen im Rahmen der niedersächsischen Gesundheitsregion Hameln-Pyrmont eine Fokusgruppendiskussion durchgeführt und diese mithilfe der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnisse und Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass es eine Vielzahl an förderlichen und hemmenden Einflussfaktoren gibt, die integrierte kommunale Strategien in verschiedenen Phasen der Umsetzung bedingen. Strukturelle Rahmenbedingungen und die interpersonelle Zusammenarbeit auf kommunaler Verwaltungsebene haben dabei einen entscheidenden Einfluss. Es ist demnach für die nachhaltige Gestaltung von kommunaler Gesundheitsförderung wichtig, eine horizontale und vertikale Zusammenarbeit strategisch zu planen und für die Umsetzung den Öffentlichen Gesundheitsdienst mit auskömmlich finanziellen und personellen Mitteln zu stärken.

Schlüsselwörter

Integrierte kommunale Strategie – Kommunale Gesundheitsförderung – ÖGD

Abstract

Background

Integrated municipal strategies for health promotion and prevention have gained importance for public health practice in Germany. It is a concept of strategic networking of structures and activities of different departments, providers and institutions in the health-care sector in order to improve the health of all demographic groups, especially those who are socially deprived. It has shown that municipalities play a key role in local, municipal health promotion and prevention which so far cannot be profited from efficiently because of structural and financial municipal circumstances. Due to the resulting challenges, it is relevant for public health science to find out what aspects influence the development and implementation of integrated municipal strategies and what actions are necessary to facilitate future implementations.

Method

Since there are a lot of publications on this topic, this master thesis has two aims. First of all, the concept and use of integrated municipal strategies in Germany are lined out and furthermore conductive and debilitating factors to integrated municipal strategies in the rural district of Hameln-Pyrmont are identified. In order to ascertain influencing factors of developing and implementing integrated municipal strategies, local stakeholders from the program Gesundheitsregion of Lower Saxony discussed the matter during a focus group discussion, which was subsequently analyzed through structuring content analysis.

Results and conclusion

The results show that there are several influencing factors to integrated municipal strategies in different phases of implementation. Especially structural circumstances as well as cooperation on the administrative level affect the realization of integrated municipal strategies. It is therefore necessary for local stakeholders to collaborate horizontally and vertically in order to constitute long term municipal health promotion. Furthermore, it is vital to provide the public health sector with sufficient financial and human resources.

Keywords

Integrated municipal strategies – municipal health promotion – public health service

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis I

Abbildungsverzeichnis II

1 Einleitung 1

2 Integrierte kommunale Strategien in Gesundheitsförderung und Prävention 3

2.1. Hintergrund und Relevanz 3

2.1.1 Der Setting-Ansatz zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit 4

2.1. 2 Die Kommune als gesundheitsförderndes Setting 8

2.2 Das Konzept integrierter kommunaler Strategien in Gesundheitsförderung und Prävention 12

2.2.1 Begriffsbestimmung 12

2.2.2 Voraussetzungen und Aufbau integrierter kommunaler Strategien 15

2.2.3 Herausforderungen bei der kommunalen Umsetzung 17

2.3 Praktische Anwendungsbereiche und Wirksamkeitsnachweise integrierter kommunaler Strategien 22

2.3.1 Bundesweite und regionale Initiativen 23

2.3.2 Die Umsetzung des Konzeptes in Niedersachsen 25

2.3.3 Wissenschaftliche Veröffentlichungen 27

2.4 Zusammenfassung und Herleitung von Fragestellung und Zielsetzung der Arbeit 28

3 Methodik 31

3.1 Auswahlverfahren der Untersuchungskommune 31

3.1.1 Bestandsaufnahme benachteiligter Regionen in Niedersachsen 32

3.1.2 Der Landkreis Hameln-Pyrmont 38

3.2 Erhebungsmethode 40

3.2.1 Begründung qualitativer Forschung 40

3.2.2 Die Methode Fokusgruppendiskussion 42

3.3 Durchführung und Auswertung 45

3.3.1 Sample 45

3.3.2 Datenerhebung 46

3.3.4 Datenanalyse 48

4 Ergebnisse 52

4.1 Verständnis integrierter kommunaler Strategien 52

4.2 Förderliche Faktoren 54

4.2.1 Vorbereitung integrierter Strategien 55

4.2.2 Verstetigung integrierter Strategien 59

4.3 Hemmende Faktoren 60

4.3.1 Zuständigkeitsbereiche 61

4.3.2 Verantwortlichkeit für die Finanzierung von kommunaler Gesundheitsförderung und Prävention 63

4.3.3 Zusammenarbeit mit verwaltungsexternen Akteur*innen 64

4.4 Der ländliche Raum als besondere Herausforderung 65

4.5 Handlungsempfehlungen 66

4.6 Zusammenfassung der Ergebnisse 68

5 Diskussion 70

5.1 Begrifflichkeit und Umsetzung integrierter kommunaler Strategien 70

5.2 Herausforderungen und Potenziale kommunaler Strukturen 73

5.3 Finanzierung im Rahmen kommunaler Strukturbildungsmaßnahmen 76

6 Limitationen und Ausblick 79

6.1 Methodische Aspekte 79

6.2 Ausblick für die Wissenschaft und Praxis 82

7 Fazit 87

Literaturverzeichnis 89

Anhang 101

Abkürzungsverzeichnis

BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
ebd.	Ebenda
e.V.	eingetragener Verein
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HSBN	Handlungsorientierte Sozialberichterstattung Niedersachsen
KVN	Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
LVG & AFS	Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen
o. J.	ohne Jahr
o. S.	ohne Seite
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
RKI	Robert Koch-Institut
s.	siehe
SGB	Sozialgesetzbuch
WHO	World Health Organization

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Einflussfaktoren auf die Gesundheit: das Regenbogenmodell nach Dahlgren & Whitehead 4
Abbildung 2: Übersicht rechtlicher, politischer und wissenschaftlicher Grundlagen zur integrierten kommunalen Setting-Arbeit. 7
Abbildung 3: Prozessschritte beim Auf- und Ausbau von Präventionsketten……..16
Abbildung 4: Einflussfaktoren für einen gelingenden Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Strategien 21
Abbildung 5: Erwerbslosigkeit in niedersächsischen Landkreisen und kreisfreien Städten und Projekte der LVG & AFS Nds. in den Regionen.. 33
Abbildung 6: Mindestsicherungsquote in niedersächsischen Landkreisen und kreisfreien Städten und Projekte der LVG & AFS Nds. in den Regionen. 34
Abbildung 7: Kinderarmut in niedersächsischen Landkreisen und kreisfreien Städten und Projekte der LVG & AFS Nds. in den Regionen. 35
Abbildung 8: Pflegebedürftige in niedersächsischen Landkreisen und kreisfreien Städten und Projekte der LVG & AFS Nds. in den Regionen. 36
Abbildung 9: Steuerungsgruppe der Gesundheitsregion des Landkreises Hameln-Pyrmont. 39

1 Einleitung

Da das Thema Gesundheit ein Querschnittsthema und damit auch eine Querschnittsaufgabe ist, sind Zusammenarbeit und Vernetzung grundlegende Voraussetzungen für erfolgreiche Gesundheitsförderung und Prävention. Wenn Gesundheitsförderung als gemeinsames Themenfeld von allen kommunalen Akteur*innen verstanden und ihr Handeln auf allen Ebenen danach ausgerichtet wird, kann das Potenzial kommunaler Gesundheitsförderung wirksam genutzt werden (Fischer & Geene 2017). Nach wie vor zeigt sich in der Praxis kommunaler Gesundheitsförderung, dass Maßnahmen die adressierten Personengruppen vielfach nicht erreichen, Angebote nicht in Anspruch genommen werden und sich die gesundheitliche Chancenungleichheit zunehmend verschärft (Richter-Kornweitz et al. 2017). Besonders zielführend und nachhaltig in Anbetracht des gesellschaftlichen und sozialen Wandels sind integrierte kommunale Strategien in Gesundheitsförderung und Prävention, häufig auch Präventionsketten genannt (ebd.; Bingel et al. 2017; Böhme & Stender 2015). Im Rahmen integrierter kommunaler Strategien sollen kommunale Akteur*innen ressortübergreifend zusammenarbeiten, bestehende Angebote aufeinander abstimmen und so nachhaltige Strukturen bilden, um Bedarfslücken zu schließen und die Gesundheit aller, insbesondere sozial Benachteiligter, zu fördern (Richter-Kornweitz et al. 2017; Böhme & Reimann 2018). Auch wenn die Entwicklung integrierter kommunaler Strategien noch zu den jüngeren Feldern gehört, wird der Ansatz als „Zukunft der Public Health-Praxis“ angesehen (Altgeld 2017b: 960; Ehlen et al. 2018; Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung 2017). Den Kommunen kommt aufgrund ihrer steuernden, koordinierenden und ergänzenden Funktion bei der Umsetzung des Konzeptes eine Schlüsselrolle zu (Böhme & Stender 2015). Die Strukturen im Bereich kommunaler Gesundheitsförderung, insbesondere in der kommunalen Verwaltung, sind aktuell jedoch nicht auf die gemeinsame Bearbeitung von Querschnittsthemen ausgelegt. Damit stehen die Kommunen vor der Herausforderung, diesem Anspruch gerecht zu werden und fachliche Zuständigkeiten zu vernetzen, sodass mit einer gesamtstrategischen Planung auf die „multikomplexen Bedarfslagen“ reagiert werden kann (Fischer & Michelfeit 2016: 68). Ein kooperatives und gesamtstrategisches Vorgehen von öffentlichen und privaten Gesundheitsakteur*innen ist jedoch eine anspruchsvolle Aufgabe für alle

Beteiligten, insbesondere dann, wenn es sich um großflächige Kommunen und damit einer Vielzahl von Akteur*innen und Strukturen handelt (Richter-Kornweitz et al. 2017; Rind et al. 2017). Um kommunale Akteur*innen bei diesem Vorhaben zu unterstützen, stellt sich für Public Health die Frage, welche förderlichen und hemmenden Faktoren es bei der Umsetzung integrierter kommunaler Strategien in der Gesundheitsförderung und Prävention gibt und welche Handlungsbedarfe sich für einen gelingenden nachhaltigen Strukturaufbau zeigen. Da es sich um einen Prozess im kommunalen Setting handelt, werden Akteur*innen, die gemeinsam vor Ort an dem Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Strategien beteiligt sind, im Rahmen einer Fokusgruppendiskussion zu diesem Thema befragt. Eine Bestandsaufnahme der Einflussfaktoren kann künftig die untersuchte Kommune bei der Umsetzung integrierter kommunaler Strategien unterstützen und darüber hinaus Impulse für den gesundheitspolitischen Diskurs setzen.

Die vorliegende Arbeit hat zwei Untersuchungsgegenstände. Zunächst soll ein Überblick über das Konzept und die Umsetzung integrierter kommunaler Strategien in Gesundheitsförderung und Prävention gegeben werden, um in diesem Feld weiterhin zu untersuchen, welche Faktoren die Umsetzung strategischer Zusammenarbeit im kommunalen Setting beeinflussen. Dafür wird in Kapitel zwei zunächst das Konzept in den wissenschaftlichen Hintergrund eingeordnet und der Bedarf für kommunale Gesundheitsförderung abgeleitet. Weiterhin wird in diesem Teil der Begriff definiert, das Konzept dargestellt sowie Anwendungsbereiche integrierter kommunaler Strategien aufgezeigt. Das Kapitel wird mit der Ableitung der Fragestellung abgeschlossen. In Kapitel drei wird als erster methodischer Schritt das Auswahlverfahren für einen Landkreis beschrieben, in welchem die Umsetzung stattfand. Es folgt die Begründung der qualitativen methodischen Vorgehensweise sowie die Darstellung der Methode Fokusgruppendiskussion. Ferner wird in diesem Kapitel das Sample, die Datenerhebung sowie die Auswertungsmethode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring beschrieben. Daraufhin folgt in Kapitel vier eine Darstellung der inhaltlichen Ergebnisse der Fokusgruppendiskussion, welche anschließend rückführend auf den Forschungsstand und die Fragestellung diskutiert werden. Zuletzt werden methodische Limitationen der Arbeit aufgezeigt und ein Ausblick für die Umsetzung integrierter kommunaler Strategien gegeben. Im abschließenden Kapitel sieben wird ein übergreifendes Fazit der Arbeit gezogen.

2 Integrierte kommunale Strategien in Gesundheitsförderung und Prävention

Im Folgenden soll umfassend auf den Begriff der integrierten kommunalen Strategien in Gesundheitsförderung und Prävention[1] eingegangen werden. Dafür wird zunächst das Konzept in den wissenschaftlichen und geschichtlichen Hintergrund eingeordnet, eine für die vorliegende Arbeit geeignete Begriffsbestimmung dargestellt und anschließend ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand der Thematik und die Anwendungsbereiche in Niedersachsen gegeben. Die sich aus diesen Erkenntnissen abgeleitete Fragestellung wird am Ende des Kapitels genannt.

2.1. Hintergrund und Relevanz

In Anbetracht der zahlreichen unterschiedlichen Theorien und Konstrukte zum Gesundheitsbegriff zeigt sich, dass verschiedene Aspekte die Gesundheit beeinflussen (Franzkowiak & Hurrelmann 2018). Public Health betrachtet den Gesundheitsbegriff im Sinne der Definition der World Health Organization (WHO) multidimensional, wodurch körperliche, seelische und soziale Aspekte des alltäglichen Lebens die Gesundheit beeinflussen und folglich auf verschiedenen Ebenen Einflussfaktoren in wechselseitiger Bedingung auf Gesundheit einwirken (Franzkowiak & Hurrelmann 2018; WHO 1986). Diese Dimensionen werden in den Gesundheitswissenschaften als „Determinanten für Gesundheit“ erfasst und setzten sich sowohl aus unveränderbaren individuellen Faktoren, wie Alter und Geschlecht, aber auch aus der unmittelbaren Umwelt, den Arbeitsbedingungen und dem Lebensstil einer Person, sozialen und politischen Rahmenbedingungen sowie dem wirtschaftlichen, physischen und kulturellen Umfeld einer Person zusammen (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2013; Richter & Hurrelmann 2018).

[1] Die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention werden in dem Diskurs integrierter kommunaler Strategien im Sinne komplementärer Termini verwendet, da sowohl eine Ressourcenstärkung, als auch eine Belastungssenkung dem Konzept entsprechen und die eigentlich unterschiedliche wissenschaftliche Aufbereitung der Begriffe in diesem Zusammenhang nicht zielführend wäre.

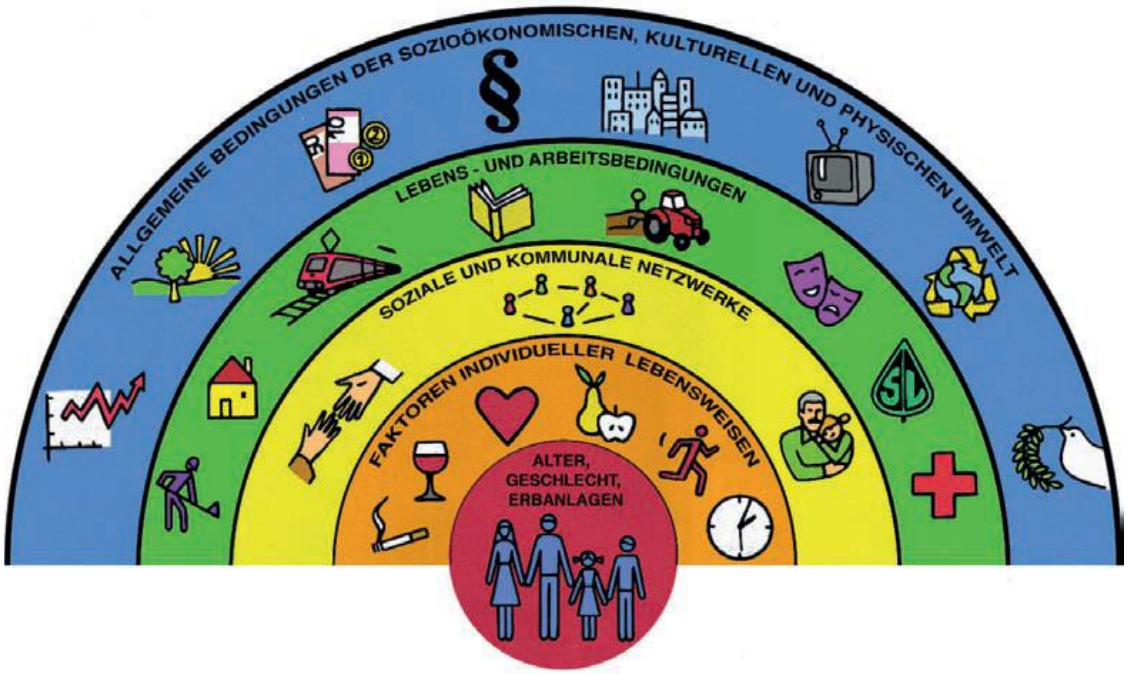

Abbildung 1: Einflussfaktoren auf die Gesundheit: das Regenbogenmodell nach Dahlgren & Whitehead 1991, Quelle: Fonds Gesundes Österreich (o.J.).

Abbildung 1 verdeutlicht, dass Gesundheit auf verschiedenen Ebenen gestaltet wird. Es zeigt sich, dass nicht nur die biologisch-genetischen Faktoren und die Lebensweise die Gesundheit beeinflussen, sondern auch die Lebensbedingungen, wie beispielsweise Einkommen, Bildung, die soziale Lage oder Netzwerke entscheidende Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Bevölkerung haben. Dabei handelt es sich um komplexe und sich wechselseitig bedingende Einflussfaktoren, sodass auf der Arbeitsebene der Public Health-Praxis verschiedene Institutionen und Akteur*innen aus unterschiedlichen Handlungsfeldern angesprochen werden und daraus resultierend diverse Angebote und Aktivitäten bestehen.

2.1.1 Der Setting-Ansatz zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit

Die Ausprägungen der Einflussfaktoren auf Gesundheit ergeben sich aus dem Lebensumfeld der Personen. Die Lebenswelt und damit die Rahmenbedingungen, in der Menschen leben, bilden den Fokus des Setting-Ansatzes (Hartung & Rosenbrock 2015). Demnach gilt der Setting-Ansatz als „wichtigste Umsetzungsstrategie in der Gesundheitsförderung“ (Altgeld & Kolip 2014: 49). Ein Setting wird definiert als

> *„[…] ein Sozialzusammenhang, in dem Menschen sich in ihrem Alltag aufhalten und der Einfluss auf ihre Gesundheit hat. Dieser soziale Zusammenhang ist relativ dauerhaft und seinen Mitgliedern auch subjektiv bewusst [.]" (Hartung & Rosenbrock 2015: 1).*

Dem Setting-Ansatz liegt die Idee zugrunde, dass Gesundheit im Alltag hergestellt und erhalten wird (Altgeld & Kolip 2014; Bär 2014; Hartung & Rosenbrock 2015). Diese Idee wird bereits über 30 Jahre seit der Veröffentlichung der Ottawa-Charta verfolgt. Durch den Aufbau und Erhalt gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen in den Lebenswelten der Menschen sollen Gesundheitsprobleme nicht nur auf individueller Ebene, sondern vielmehr anhand der Wechselwirkung zwischen sozialen, ökonomischen und gesellschaftlichen Bedingungen verstanden werden (Hartung & Rosenbrock 2015; Böhm 2017). Aus der Annahme resultiert zugleich, dass die soziale Lage erheblichen Einfluss auf die gesundheitliche Situation einer Person hat (Geyer 2016). Die Zusammenhänge zwischen der sozialen Lage von Bevölkerungsgruppen und ihrer Gesundheit sind mittlerweile hinreichend belegt[2] (ebd.; Robert Koch-Institut (RKI) 2015; RKI 2018; Lampert et al. 2018). Gesundheit und Krankheit sind in der Gesellschaft ungleich verteilt: Die soziale Lage spiegelt dabei den Gesundheitszustand einer Person, die Wahrscheinlichkeit, an einer (chronischen) Krankheit zu leiden und die Lebenserwartung wider (ebd.). Die Ursachen für dieses Phänomen liegen primär in den Lebensverhältnissen und zeigen sich in einer wachsenden gesundheitlichen Chancenungleichheit (ebd.; Geyer 2016). Es hat sich herausgestellt, dass insbesondere die sozialen Netzwerke sowie Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen einen großen Einfluss auf die gesundheitliche Chancen(un)gleichheit haben (Richter & Hurrelmann 2018). Um der strukturell bedingten sozialen- und damit gesundheitlichen Chancenungleichheit entgegenzuwirken, wurden eine Reihe politischer und gesetzlicher Maßnahmen sowie wissenschaftlicher Berichte veröffentlicht (s. **Abbildung 2**: 7).

Auf gesetzlicher Ebene wurde im Jahr 2000 die „Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen" (§ 20 (1) SGB V) im SGB V als Ziel rechtlich festgeschrieben (Sozialgesetzbuch (SGB); Böhm 2017) (s. Abbildung 2: 7). Im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie wurden 2016 Bundesrahmenempfehlungen und daraus abgeleitete Landesrahmen-vereinbarungen entwickelt, in denen die Kommune als wichtiges Setting für

[2] s. dazu auch Richter & Hurrelmann 2006.

gesundheitsfördernde Maßnahmen herausgestellt und explizit die Bedeutung intersektoraler Zusammenarbeit untermauert wird (Nationale Präventionskonferenz 2016). In verschiedenen Erklärungen der WHO wird für Intersektoralität plädiert, hervorzuheben ist hier die Erklärung von Alma Ata, in welcher die Mitwirkung der Gemeinde sowie die Bedeutung intersektoraler Zusammenarbeit bei gesundheitlichen Belangen betont werden (WHO 1978). Darüber hinaus wird der Ansatz erneut in der Ottawa Charta (Gesundheitsförderung vor Ort) und dem Helsinki Statement (Health in All Policies) gestärkt (WHO 1986; WHO 2013) (s. Abbildung 2: 7). So ist in der Ottawa-Charta einer der Leitgedanken die Etablierung von Gesundheitsförderung als intersektorale Querschnittsaufgabe aller Politikbereiche (Altgeld & Kolip 2014; Bär 2014; Süß & Trojan 2015c). In diesem Zusammenhang wird Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe beschrieben, die

> *„[…] ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nichtstaatlichen und selbstorganisierten Verbänden und Initiativen sowie in lokalen Institutionen, in der Industrie und den Medien [verlangt]. Menschen in allen Lebensbereichen sind daran zu beteiligen als einzelne, als Familien und Gemeinschaften“ (WHO 1986).*

Weiterhin wird betont, dass das Thema Gesundheit ebenen- und politiksektorenübergreifend auf der politischen Tagesordnung stehen muss (WHO 1986; Süß & Trojan 2015c). Gestärkt wird dieser Ansatz auf politischer Ebene durch das Health in All Policies-Konzept der WHO (WHO 2013). Das Konzept unterstreicht den Einbezug der sozialen Determinanten für Gesundheit in alle Bereichen des Staates, auch unter Einbezug nichtstaatlicher Organisationen sowie wissenschaftlicher, privater und zivilgesellschaftlicher Akteur*innen im Bereich Gesundheit (ebd.; Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung 2017). Insbesondere für die Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit müssen bei bevölkerungsbetreffenden Entscheidungen gesundheitliche Auswirkungen Anerkennung finden und dementsprechend in Planungs- und Umsetzungsprozesse verschiedener Ebenen einbezogen werden (Gold et al. 2014). Darüber hinaus finden sich verschiedene Berichte und Veröffentlichungen, in denen die Relevanz integrierter kommunaler Setting-Arbeit betont wird, wie beispielsweise in Kinder- und Jugendberichten, Positionspapieren des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit sowie forschungsbezogenen Veröffentlichungen, unter anderem

vom Deutschen Institut für Urbanistik (difu), oder anderen kommunalen Projektbegleitforschungen (s. Abbildung 2: 7).

Rechtliche Grundlagen	•"Gesetz zur Stärkung der Geundheitsförderung und der Prävention" (PrävG) – insbesonere §20a SGB V) •Bundesrahmenempfehlungen (BRE) der Nationalen Präventionskonferenz (2018)
Politische Berichte	•Alma Ata (WHO 1978) •Ottawa Charta (WHO 1986) •Helsinki Statement (WHO 2013) •Landesrahmenvereinbarungenungen (LRV) (2016) •GKV Leitfaden Prävention (GKV-Spitzenverband 2018) •Kommunales Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit zum Aufbau gesundheitsförderlicher Steuerungsstrukturen (BZgA 2019)
Berichte und Veröffentlichungen aus der Praxis	•Kinder- & Jugendberichte •Positionspapiere vom Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit •Veröffentlichungen von PartKommPlus – insbesondere das Projekt Kommunale Entwicklung von Gesundheitsstrategien (KEG)) (PartKommPlus 2018) •Forschungsbezogene Veröffentlichungen vom Deutschen Institut für Urbanistik (difu) – insbesondere integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung (Böhme & Reimann 2018) •Veröffentlichungen im Rahmen von Projektbegleitforschungen (LVG & AFS 2014)

Abbildung 2: Übersicht rechtlicher, politischer und wissenschaftlicher Grundlagen zur integrierten kommunalen Setting-Arbeit, Quelle: nach Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (2016), eigene, erweiterte Darstellung.

Der Bedarf für integrierte Zusammenarbeit zum Thema Gesundheit ergibt sich demnach aus den vielfältigen Faktoren, welche die Gesundheit beeinflussen, und der Tatsache, dass sie im Lebensumfeld der Menschen wirken. Die Idee, vernetzt und integriert zum Thema Gesundheit zusammenzuarbeiten, ist folglich keine neue. Die Ansätze intersektoraler Zusammenarbeit und Partizipation sind wissenschaftlich im Bereich New Public Health einzuordnen (Rosenbrock 2001; Bär 2014). In der Praxis rückte die Orientierung am Sozialraum in den 70er Jahren erneut in den Fokus der sozialen und helfenden Berufe (Trojan et al. 2016). Aus den daraus resultierenden Strukturen der Gemeinwesenarbeit hat sich das Konzept integrierter kommunaler Strategien entwickelt und kann als Setting-Ansatz in gesundheitsbezogener Gemeinwesenarbeit klassifiziert werden (Bär & Schäfer 2016; Trojan & Süß 2014). Die Basis ist ein sozialökologisches Modell von

Gesundheit, wonach Ressourcen und Belastungen in der Umgebung des Menschen vorzufinden sind (Trojan & Süß 2013). Zu dem Verständnis der gesundheitsbezogenen Gemeinwesenarbeit gehören unter anderem auch die Koordination und Vernetzung sowie eine lokale Orientierung und das Anknüpfen an Ressourcen in der Lebenswelt (Süß & Trojan 2015b). Auf strukturbildender Ebene sind integrierte Programme auf eine intersektorale Sozialraumentwicklung angelegt und haben ihren Ursprung in der Stadtentwicklung oder Umweltpolitik (Trojan 2018). Da Gesundheit vor Ort hergestellt und erhalten wird, ist besonders das Lebensumfeld auf kommunaler Ebene für die Umsetzung des Health in All Policies-Konzepts bedeutend. Kommunen können diese Querschnittsaufgabe umsetzen, da sie die allgemeine Daseinsvorsorge verantworten und bei dieser Aufgabe mehrere Aspekte der Gesundheitsförderung und Prävention aufgegriffen werden (Kiefer 2018; Elsaeßer 2018).

2.1.2 Die Kommune als gesundheitsförderndes Setting

Neben den Veröffentlichungen der WHO wurde auf nationaler Ebene insbesondere durch das 2015 verabschiedete Gesetz zur Stärkung der Gesundheit und Prävention (Präventionsgesetz – PrävG) die Bedeutung der Lebenswelten in der Gesundheitsförderung rechtlich (erneut) gestärkt (s. Abbildung 2: 7) (Bundesministerium für Gesundheit 2018; Hartmann et al. 2016). In dem Gesetz und in den daraus abgeleiteten Bundesrahmenempfehlungen wird die Kommune[3] als besonders wichtige Lebenswelt für Gesundheitsförderung und Prävention hervorgehoben (Nationale Präventionskonferenz 2016; Böhme & Reimann 2018; GKV-Spitzenverband 2018). Durch das Präventionsgesetz wird hauptsächlich die Zusammenarbeit von Kommunen, Ländern und Sozialversicherungsträgern gestärkt (Laumann 2018). Dabei wird die Kommune als „Dachsetting“ bezeichnet, da sie die Rahmenbedingungen für andere Settings vorgibt (RKI 2015: 284; Walter & Volkenand 2017). Es ist der Bereich, welcher für die Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen, insbesondere in Bezug auf die soziale Lage, von zentraler Bedeutung ist, da innerhalb einer Kommune verschiedene Settings,

[3] Unter dem Begriff „Kommune“ wird in dieser Arbeit die unterste Verwaltungseinheit in dem Dreiklang Bund, Länder, Kommune verstanden. Unter einer Kommune werden Landkreise und kreisfreie Städte gefasst, die in ihrer Verwaltungstätigkeit selbstständig sind (Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport 2019; Gold et al. 2014).

wie Schulen, Betriebe, etc., integriert sind (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2013). Weiterhin ist die Kommune der Ort, an dem alle Bevölkerungsgruppen erreicht werden können, auch schwer zugängliche Adressat*innengruppen für gesundheitsfördernde Maßnahmen und sozial benachteiligte Personen, wie z. B. Menschen mit Behinderungen oder Migrationshintergrund, sozial isolierte ältere Menschen mit geringem Einkommen oder Menschen in Arbeitslosigkeit (Reul & Wollenberg 2018; Böhme & Stender 2015). Kommunen, in diesem Fall Gesundheitsämter, übernehmen koordinierende Aufgaben und realisieren Vernetzungsmöglichkeiten wie Runde Tische oder Arbeitsgruppen im Bereich Gesundheit (Böhm 2017; Freese 2014). Dadurch ist es auf kommunaler Ebene am besten möglich, lokale Bedarfe zu erkennen und mit internen und externen Partner*innen des Gesundheitswesens passgenaue Maßnahmen und Angebote zu entwickeln und umzusetzen (Reisig & Kuhn 2016). Außerdem bietet die Kommune aufgrund ihrer gemeinwohlorientierten und neutralen Haltung einen besonders stigmafreien Zugang zu sozial benachteiligten, vulnerablen Gruppen abseits des „Zielgruppen-Stempels“ und somit ein bedeutendes Potenzial zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit (ebd.; Böhme & Stender 2015). Durch die neutrale Haltung im Vergleich zu interessengebundenen Dienstleistungserbringer*innen im Gesundheitswesen und in der Gesundheitswirtschaft kann die Kommune eine vermittelnde und moderierende Rolle einnehmen, sodass Interessengruppen zu gemeinsamen Aktivitäten bewegt werden können. Insbesondere im Vergleich zu Sozialleistungsträgern und ihren Versichertengruppen zielen Angebote der Kommune im Sinne des Gemeinwohls auf die Gesundheitsförderung aller Bevölkerungsgruppen (Weth 2013). Darüber hinaus sind auf kommunaler Ebene das Wissen über Gesundheitsdaten der Bevölkerung sowie Strukturen und Arbeitsbeziehungen zu verschiedenen Behörden vorhanden (Reisig & Kuhn 2016). Durch die genannten Aspekte ist Gesundheitsförderung im Setting Kommune ein komplexer Auftrag (Süß 2016).

Der öffentliche Gesundheitsdienst im Setting Kommune

Im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention wird hinsichtlich der föderalen Struktur und des verfassungsmäßigen Selbstverwaltungsrechts nach Artikel 28 GG vieles auf Länder- und kommunaler Ebene entschieden (Maerker & Planert 2014; Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland). Im Bereich

Gesundheitsförderung hat die kommunale Ebene aufgrund der sich daraus ergebenen kommunalen Daseinsvorsorge eine besondere Funktion (Fischer & Geene 2017; Walter & Volkenand 2017; Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages 2006). Im Bereich der gesetzlichen Daseinsvorsorge werden freiwillige und pflichtige Aufgaben wahrgenommen, um Güter, Dienstleistungen und eine soziale Infrastruktur, aber auch soziale Teilhabe der Bevölkerung zu sichern (Walter & Volkenand 2017; Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages 2014). Trotz des immensen Potenzials der Kommune als Akteurin zur kommunalen Gesundheitsförderung ist diese kein gesetzlich festgeschriebener Auftrag der Kommunen (Baumgart 2017; Böhm 2017). Es handelt sich um eine weitestgehend freiwillige Aufgabe, für deren Legitimierung es einer kommunalpolitischen Unterstützung bedarf (Böhme & Reimann 2018). Die Gesundheitsämter, beziehungsweise Referate der Landkreise und kreisfreien Städte, sind die unterste Ebene des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) (Wildner & Nennstiel-Ratzel 2014). Demnach gehört neben einer Vielzahl von weiteren Aufgaben auch der Ausbau gesundheitsförderlicher Strukturen zu den Aufgaben des (kommunalen) ÖGD (ebd.). Gesundheitsförderung ist als Begriff nicht explizit genannt, kann jedoch als Teilaufgabe in verschiedenen Bereichen verstanden werden (Walter & Volkenand 2017; Kuhn & Trojan 2017). Die Ausprägungen der Ämter sind nicht nur zwischen den Bundesländern, sondern auch innerhalb der Bundesländer sehr unterschiedlich. Im Rahmen der Kommunalisierung[4] entscheiden Landkreise und kreisfreie Städte über das Aufgabenprofil der Gesundheitsämter, wodurch die Aufgabenfülle dieser sehr unterschiedlich ausgestaltet sein kann (ebd.). Im Bereich der Gesundheitsförderung hat der kommunale ÖGD eine planende, steuernde und koordinierende Funktion, wodurch er bei regionalen Entscheidungen mehr Beteiligungskompetenz haben und beim Auf- und Ausbau von Strukturen stärker gefördert werden müsste (Altgeld 2017b; Böhme & Stender 2015; Wildner & Nennstiel-Ratzel 2014). Aufgrund der unzulänglichen öffentlichen Haushaltslage gibt es jedoch einen hohen Anteil nicht staatlicher Investitionen in Gesundheitsförderung, sodass für die Finanzierung gemeinnützige und ehrenamtliche Träger und Institutionen immer mehr Bedeutung gewinnen (Altgeld 2016).

[4] Unter Kommunalisierung wird die Aufgaben- und Funktionsübertragung von öffentlichen Aufgaben von der staatlichen auf die kommunale Ebene (Kreise, Gemeinden) verstanden (Kuhlmann 2018).

Die multikomplexen Problemlagen im Bereich Gesundheit fallen häufig nicht nur in das Zuständigkeitsgebiet des Gesundheitsamtes, sondern tangieren diverse weitere Dezernate, Ressorts und Fachbereiche wie beispielsweise Jugendhilfe, Soziales, Integration, Stadt-/Landentwicklung, Bildung, Wirtschaft und Mobilität, wodurch ein integriertes kommunales Handeln unabdingbar wird (Fischer & Geene 2017). In der Praxis zeigt sich jedoch, dass im Bereich der Kommunalpolitik die Zuständigkeitsbereiche überwiegend getrennt sind und so nur selten ein Zusammenarbeiten der verschiedenen Politikfelder zu Stande kommt (Fischer & Geene 2017). Auch innerhalb der kommunalen Verwaltung herrscht eine stark sektorale Ausrichtung der Fachbereiche und Vernetzungstätigkeiten sind aufgrund der geschichtlichen Entwicklung nicht vorgesehen (Knetschke & Claßen 2014). Darüber hinaus laufen bestehende Maßnahmen und Angebote häufig unkoordiniert, ohne eine Zusammenarbeit oder Abstimmung auf kommunaler Ebene, nebenher (Freese 2014). Der ÖGD kann und soll als Initiator und Koordinator tätig sein, aufgrund der vielfältigen Determinanten von Gesundheit bedarf es aber einer Abstimmung und Kooperation mit allen kommunalen Akteur*innen (Reisig & Kuhn 2016). Ein weiterer prägender Aspekt ist die unterschiedliche Finanzierung im Bereich Gesundheit. So sind einerseits Gesundheits- und Präventionsmaßnahmen, je nach Ereignis oder Lebensphase, in unterschiedliche Gesetzgebungen einzuordnen und demnach verschiedene Kostenträger angesprochen, beispielsweise Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung, Kinder- und Jugendhilfe etc. (Altgeld 2016; Walter & Volkenand 2017). Darüber hinaus existieren diverse Förderstrukturen, wie beispielsweise der Fond Soziale Innovation, die GKV-Förderung im Rahmen des Präventionsgesetzes, landesspezifische Programme für Raumentwicklung, etc., sodass bei ähnlichen Zielen verschiedener Fach- beziehungsweise Verwaltungsbereiche und zugehörige Akteur*innen eine künstliche Trennung neu initiierter Maßnahmen vorgenommen wird (GKV-Spitzenverband 2018; Niedersächsisches Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung o.J.; Niedersächsisches Ministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz o.J.). Daraus ergeben sich auch auf Ebene der Verwaltungsstrukturen, in denen gegebenenfalls bereits integriert gearbeitet wird, immense Hürden, geeignete Maßnahmen mangels übergreifender Förderstrukturen in die Umsetzung zu bringen. Davon abgesehen wird die Finanzierung von Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland

hauptsächlich durch das System der gesetzlichen Krankenkassen gestaltet (Böhm 2017). Dieses ist jedoch aufgrund des kurativen, wettbewerbs- und mitgliederorientierten Paradigmas nur bedingt für bevölkerungsbezogene gesundheitsfördernde Setting-Ansätze geeignet (ebd.). Darüber hinaus haben die Kommunen sehr unterschiedliche Bedarfe, die besser auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte angegangen werden können, als wenn es eine bundesweite Koordinierung gäbe (Altgeld 2017b). Der ÖGD vor Ort eignet sich folglich als Akteur, um Gesundheitsförderung als integrierte Strategie zu gestalten. Mit dem Hintergrund der geschichtlichen Entwicklung und den rechtlichen Rahmenbedingungen kann er diese Aufgabe jedoch nur bedingt wahrnehmen[5] (Reisig & Kuhn 2016).

2.2 Das Konzept integrierter kommunaler Strategien in Gesundheitsförderung und Prävention

Aus der kommunalen Daseinsvorsorge ergibt sich der Bedarf einer langfristigen Sozialplanung, unter Einbezug der Bedürfnisse aller Menschen vor Ort und Berücksichtigung ihrer Lebenslagen und Lebensphasen (Fischer & Michelfeit 2016). Diese mehrdimensionale Aufgabe erfordert von den Kommunen, bestehende Strukturen zu einer gesamtstrategischen Planung unter Einbezug aller relevanten lokalen Gesundheitsakteur*innen umzufunktionieren (ebd.). Integrierte kommunale Strategien sind die Antwort auf die beschriebenen Herausforderungen. In den folgenden Unterkapiteln soll demnach das Konzept integrierter kommunaler Strategien dargestellt werden. Dafür wird zunächst die Begriffsbestimmung erläutert sowie der Inhalt des Konzeptes mit seinen mehrdimensionalen Herausforderungen und Potenziale dargestellt.

2.2.1 Begriffsbestimmung

Integrierte kommunale Strategien in der Gesundheitsförderung und Prävention gehören zu den jüngeren Feldern im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, werden aber als „Zukunft der Public Health-Praxis“ (Altgeld 2017b: 960) gesehen

[5] Zu den Rechtsgrundlagen, der historischen Entwicklung, den regionalen Ausgestaltungen sowie dem Leistungsspektrum des ÖGD s. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (1998).

(Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2013). Der Begriff wird in der Literatur definiert als

> *„[…] ein gesamtstrategisches und koordiniertes Vorgehen sowie das Zusammenspiel verschiedener Verwaltungsressorts [.], mit dem Ziel, gesundheitsförderliche Lebenswelten und Angebote für alle Altersgruppen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene, ältere Menschen) zu schaffen“ (Böhme & Reimann 2018: 8).*

Ein gesamtstrategisches Vorgehen soll dabei unterstützen, die vielfältigen Angebote verschiedener Akteur*innen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention und darüber hinaus miteinander zu verbinden und diese aufeinander abzustimmen (Richter-Kornweitz et al. 2017; Böhme & Reimann 2018). Im Abgleich mit den Bedürfnissen der Bevölkerung können bestehende Angebote auch umgestaltet oder ausgebaut werden. So soll auf kommunaler Ebene ein Rahmen geschaffen werden, um präventive und gesundheitsfördernde Angebote ressortübergreifend und unter Einbeziehung verwaltungsexterner Akteur*innen sowie der adressierten Personengruppe sichtbar zu machen, Doppelstrukturen abzubauen und Angebotslücken zu schließen (Richter-Kornweitz et al. 2017; Böhme & Reimann 2018). Damit handelt es sich um ein Konzept integrierten Zusammenarbeitens, da eine Vielzahl unterschiedlicher Aspekte einbezogen werden. Es werden mehrere **Gesundheitsdeterminanten** berücksichtigt, wie beispielsweise soziale und kommunale Netzwerke oder Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie diverse **adressierte Personengruppen**, wie Kinder, Jugendliche, Erwerbslose, Familien oder Senior*innen (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2017). Weiterhin arbeiten unterschiedliche **Fach- und Politikbereiche**, wie Gesundheit, Soziales, Jugendhilfe, Bildung, Stadtentwicklung oder Umwelt zusammen und es wird auf verschiedenen **räumlichen Ebenen**, beispielsweise auf Quartiers-, Stadtteil-, Gemeinde- oder Landkreisebene agiert (ebd.). Demnach werden auch verschiedene **föderale Handlungsebenen** angesprochen (Kommunen, Länder, Bund). Damit sollen die eigentlich sektoral organisierten Bereiche nun intersektoral zusammenarbeiten und gemeinsam aktiv die komplexen Herausforderungen der kommunalen Gesundheitsförderung angehen (Böhme & Stender 2015; Janz & Heckenhahn 2016; Böhme et al. 2018). Darüber hinaus werden bei integrierten kommunalen Strategien **verschiedene Ressourcen** genutzt, sowohl finanzielle und materielle als auch personelle Ressourcen und Know-How. Somit handelt es sich bei integrierten kommunalen Strategien in der Gesundheitsförderung und Prävention um eine horizontale und vertikale Zusammenarbeit der Akteur*innen und eine

Bündelung vorhandener, lokaler Angebote und Maßnahmen (Böhme & Reimann 2018; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2017). Dabei soll die Gesundheit aller Bevölkerungsgruppen, insbesondere aber die von Menschen aus sozioökonomischen Risikolagen, gefördert werden, indem der Zugang zu öffentlichen Angeboten und Ressourcen in ihrer direkten Lebenswelt ermöglicht wird (Richter-Kornweitz et al. 2017). Ferner soll ein Rahmen geschaffen werden, um unterschiedlichen Bedarfen der Bevölkerung gerecht werden zu können und die gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern (ebd.; Böhme & Reimann 2018). Im Sinne der Gesundheitsförderung und Belastungsminderung werden dabei die Determinanten für Gesundheit auf verschiedenen Ebenen beeinflusst (Richter-Kornweitz et al. 2017). Bestenfalls soll daraus eine integrierte kommunale Struktur resultieren, in der verschiedene Akteur*innen ressortübergreifend vernetzt sind und untereinander sowie mit den adressierten Personengruppen langfristig zusammenarbeiten (Böhme & Reimann 2018; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2017). Zusammenfassend handelt es sich um eine integrierte Zusammenarbeit auf kommunaler Ebene, die in einer verbindlichen Strategie mündet und das Ziel hat, „[…] Gesundheitsförderung strategisch zu verankern“ (Richter-Kornweitz & Kruse 2018: 153). Vor dem Hintergrund der Komplexität und Heterogenität innerhalb von Kommunen sind kommunale Setting-Ansätze, wie beispielsweise integrierte kommunale Strategien, die Bedingungen für gesundheitsförderliche Lebenswelten dauerhaft strukturell verankern, ein Qualitätsmerkmal von Gesundheitsförderung im kommunalen Setting (Richter-Kornweitz & Kruse 2018; Bär & Schaefer 2016).

In der Praxis kursieren diverse Begriffe, mit denen integrierte kommunale Strategien gleichgesetzt werden. Gängige Bezeichnungen sind unter anderem integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung (Böhme & Reimann 2018), lebensphasenübergreifende Präventionsketten oder integrierte Handlungskonzepte (Wihofszky 2013). Auch wenn die Begriffe nicht trennscharf benutzt werden, wird die gleiche Idee eines ressortübergreifenden Arbeitens verschiedener Akteur*innen mit dem breiten Ziel der Gesundheitsförderung und Prävention verfolgt. Aus der praktischen Arbeit mit dem Begriff hat sich herausgestellt, dass dieser nicht selbsterklärend ist, sondern vielmehr einer Erläuterung oder Abwandlung beziehungsweise Umbenennung bedarf (Böhme & Reimann 2018). Demnach sollte

der Begriff adressatenspezifisch angepasst und gegebenenfalls vereinfacht werden, da der Begriff „Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung“ für die Nutzung in der Praxis oft zu sperrig und für Laien nicht zugänglich genug ist (Böhme & Reimann 2018: 60f.). Da dies nicht förderlich für die gemeinsame Arbeit auf Augenhöhe an der Thematik ist, bedarf es einer abgrenzenden und praxistauglichen Begriffsbestimmung, wie beispielsweise „Präventionsketten“ (ebd.). Der Begriff betont das Ineinandergreifen der Unterstützungsangebote und gleichzeitig die lebensphasenübergreifende Ausrichtung. Für die wissenschaftliche Aufarbeitung eignet sich jedoch der Begriff der integrierten kommunalen Strategien, da die Rolle der Kommune bei der Zusammenführung von verschiedenen Akteur*innen betont wird und eine integrierte, strategische Vorgehensweise die Abgrenzung zu Netzwerkstrukturen schafft. In dieser Arbeit wird unter dem Begriff integrierte kommunale Strategie demnach verstanden, dass verschiedene Bereiche auf kommunaler Verwaltungsebene unter Einbezug externer kommunaler Akteur*innen, wie beispielsweise Wohlfahrtsvereine oder ehrenamtliche Träger, bei den Themen zur Gesundheitsförderung und Prävention integriert werden und diese gemeinsam strategisch planen und zusammenarbeiten.

2.2.2 Voraussetzungen und Aufbau integrierter kommunaler Strategien

Da es sich um ein Konzept aus der praktischen kommunalen Setting-Arbeit handelt, werden im Folgenden Aspekte bei dem Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Strategien aus Projekten und Programmen dargestellt.

> *„Die Gemeinde, der Landkreis oder die kreisfreie Stadt sind dabei als Organisation mit diversen Organisationseinheiten zu verstehen. Deren Arbeitsfelder und die inhaltlichen Schnittmengen gilt es im Rahmen einer Präventionskette sinnvoll aufeinander abzustimmen“ (Kruse & Richter-Kornweitz 2019: 2).*

Die kommunale Verwaltung hat dabei eine federführende und koordinierende Kompetenz, da sie beim Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Strategien verlässlich agieren sowie kontinuierlich steuern kann und einen Überblick über die Angebots- und Akteur*innenlandschaft im Gesundheitsbereich hat (ebd.). Bei der Gestaltung der Organisationsstruktur zum Aufbau integrierter kommunaler Strategien muss sowohl eine Steuerungs- und Planungs-, als auch eine Arbeitsebene etabliert werden (Kruse & Richter-Kornweitz 2019). Die verschiedenen Ebenen sind für einen qualitätsgesicherten und wirkungsvollen Umsetzungsprozess

essentiell und spiegeln die Komplexität des Vorhabens wider (ebd.). So fungiert die Steuerungsebene als initiierend und richtungsweisend, da auf dieser Ebene Entscheidungsträger*innen das Verbindungsglied zur (kommunalen) Politik bilden, auf welcher über die Bereitstellung von finanziellen und personellen Ressourcen entschieden wird (ebd.). Die Planungsebene hat bei der Konzeption integrierter kommunaler Strategien eine inhaltlich begleitende Funktion während auf der Arbeitsebene themenspezifisch vorhandene lokale Netzwerke und Strukturen in den Prozess eingegliedert sowie der Transfer in die praxisnahe Umsetzung geleistet werden (ebd.). Es bedarf außerdem einer koordinierenden Person, die alle Ebenen im Blick hat und neben einem Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten auch für Transparenz im Prozessablauf sorgt. Bei integrierten kommunalen Strategien handelt es sich um einen langfristigen Entwicklungsprozess, wobei verschiedene Phasen durchlaufen werden, die dem Kreislauf des Public Health Action Cycles gleichen (Kassel et al. 2017; Maercker & Planert 2014; Maykus & Hensen 2013).

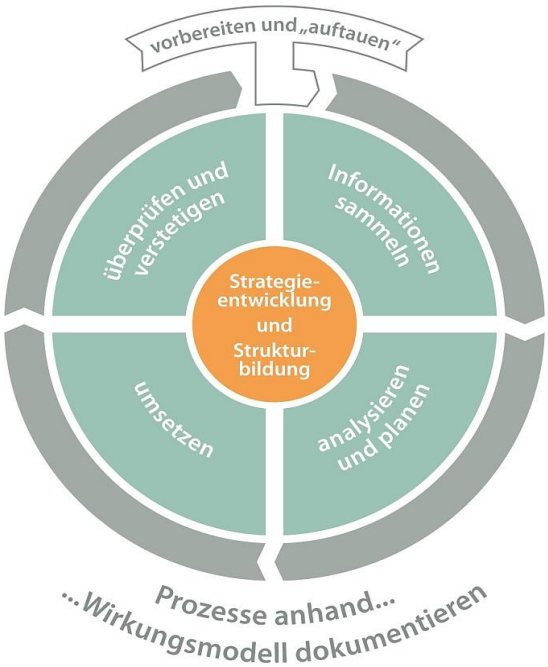

Abbildung 3: Prozessschritte beim Auf- und Ausbau von Präventionsketten Quelle: Richter-Kornweitz 2018.

Die **Abbildung 3** zeigt die Prozessschritte beim Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Strategien am Beispiel des Programms „Präventionsketten Niedersachsen". Da es sich dabei jedoch um einen allgemeingültigen Prozess kommunaler Gesundheitsförderung handelt, sind die Phasen auf jegliche

Strategieaufbaumaßnahmen im kommunalen Setting übertragbar. Vorweg steht dabei die Phase der Vorbereitung, in der sich lokale Akteur*innen auf Ebene der Politik und Kommunalverwaltung sowie unter Einbezug weiterer relevanter Träger und Institutionen des Gesundheitswesens zusammenfinden und erste grundlegende Vorbereitungen, wie beispielsweise eine Konzeptplanung, erstellen (LVG & AFS 2018; Kilian & Becker 2013). Daraufhin wird in der Informationssammlungsphase eine Bestandsaufnahme der Maßnahmen und Strukturen erhoben, die als Basis für die Analyse- und Planungsphase dienen, in der Handlungsfelder und konkrete Umsetzungsstrategien entworfen werden. Nachdem in der Umsetzungsphase die Arbeit aufgenommen wurde, sollen anschließend in der Evaluations- beziehungsweise Verstetigungsphase die bisherigen Ergebnisse überprüft, reflektiert und nach Bedarf angepasst werden (ebd.) (s. Abbildung 3: 16). Der gesamte Prozess soll anhand eines Wirkungsmodells überprüft werden. Insbesondere bei komplexen Strukturaufbauprogrammen, die auf eine nachhaltige Wirkungsentfaltung ausgerichtet sind, bietet sich ein wirkungsorientiertes Monitoring an (Altgeld et al. 2018) (s. ebd.). Dabei werden Impact, Outcome, Output sowie Input regelmäßig gemessen und in Relation zueinander gesetzt (s. dazu Altgeld et al. 2018).

2.2.3 Herausforderungen bei der kommunalen Umsetzung

Die Aufbauphase integrierter kommunaler Strategien ist besonders herausfordernd, da zunächst eine strukturierte Bestandaufnahme bestehender lokaler Angebote, Netzwerke, Institutionen und Akteur*innen sowie der aktuellen (themenbezogenen) Datenlage vorgenommen werden muss (Richter-Kornweitz & Kruse 2019). Hierfür ist eine integrierte kommunale Gesundheitsberichterstattung eine wichtige Voraussetzung, da auf diesem Weg auf kommunaler Ebene wesentliche Belastungsmerkmale erkennbar werden (Borrmann & Rosekötter 2016; Böhm & Sadowski 2018). Eine ressortübergreifende Planung von Beginn an auf Basis einer übergreifenden Datenlage und darauf aufbauenden Zielen ist ausschlaggebend für eine erfolgreiche integrierte kommunale Gesundheitspolitik (ebd.). Zu Beginn wird dabei häufig an bestehende Strukturen angeknüpft und auf vorhandene Netzwerke aufgebaut (Richter-Kornweitz et al. 2017). In der Kommune orientieren sich die Angebote entlang der Lebensphasen und Lebenslagen der Bevölkerung und werden

ständig neu und entsprechend dem Bedarf im Umfeld organisiert. Auch bei der spezifischen Ausgestaltung von Maßnahmen sollte sich stets am Lebenslauf orientiert und es sollten dementsprechend bestehende Netzwerke einbezogen werden. So können beispielsweise zum Thema „Gesund aufwachsen“ Netzwerke aus dem Bereich der Kinder- oder Jugendhilfearbeit bedarfsorientiert ausgebaut werden (Richter-Kornweitz et al. 2017). Ein weiterer wichtiger Schritt ist die Definition gemeinsamer Ziele. Diese können als Oberziele für alle Beteiligten und als Teilziele für die Arbeitsgruppen formuliert werden (LVG & AFS 2018). Die Erarbeitung eines umfassenden Verständnisses des Gesundheitsbegriffs kann bei diesem Prozess von Vorteil sein, da alle Beteiligten eine unterschiedliche Auffassung von Gesundheit haben und besonders für verwaltungsinterne Zusammenarbeit ein ganzheitlicher Gesundheitsbegriff angenommene Zuständigkeitsbereiche aufweichen kann (Borrmann & Rosekötter 2016; Böhme & Reimann 2018). Dafür können alternativ zum Gesundheitsbegriff Bezeichnungen wie „verbesserte Lebensqualität“ oder „gesteigertes Wohlbefinden“ genutzt werden. Weiterhin kann der themenspezifische Zugang den Aufbau einer integrierten kommunalen Strategie erleichtern (Böhme & Reimann 2018). Bei dem Aufbau integrierter kommunaler Strategien sollte die Dialoggruppe von Anfang an in den Prozess miteingebunden sein (Richter-Kornweitz et al. 2017). Insbesondere zu Beginn ist eine partizipative Vorgehensweise unabdinglich (ebd.). Zwischen den beteiligten Akteur*innen sollte eine vertrauensvolle und dauerhafte Zusammenarbeit auf Augenhöhe gewährleistet sein (ebd.; Böhme & Reimann 2018). Nicht nur innerhalb der Verwaltung, sondern insbesondere bei der Zusammenarbeit mit anderen kommunalen Akteur*innen, wie freien Trägern und Bürger*innen, sollte die Zusammenarbeit offen und nach dem „Bottom-up“-Prinzip gestaltet sein (Böhme & Reimann 2018: 12). Besonders zu Beginn eines solchen Prozesses ist der Austausch und die Entwicklung eines gemeinsamen Konzeptes wichtig, da die Akteur*innen verschiedene Einstellungen, Zielsetzungen, Ressourcen und Arbeitsweisen mitbringen (Richter-Kornweitz et al. 2017; Böhme & Reimann 2018). Hierbei ist es von Vorteil, engagierte verwaltungsexterne Kooperationspartner*innen einzubeziehen, die durch fachliche Kompetenz oder weitere finanzielle und personelle Ressourcen das Vorhaben mittragen können (Böhme & Reimann 2018). Dabei kann es hilfreich sein, den Kooperationspartner*innen den Nutzen für eine Zusammenarbeit präsent zu machen (ebd.). Bedingt durch das Präventionsgesetz ist vor allem eine effiziente Kooperation

zwischen Kommunen und Krankenkassen entscheidend. Im Alltagsgeschäft stehen die Kooperationspartner*innen häufig in einem konkurrierenden Verhältnis, wodurch es herausfordernd ist, diesen Perspektivenwechsel bei allen Beteiligten zu erreichen (ebd.). Beim Aufbau einer angemessenen Kooperations- und Vertrauenskultur spielt Kommunikation eine wichtige Rolle, um Sprachbarrieren abzubauen und die Denkweisen und Interessen der unterschiedlichen Akteur*innengruppen transparent zu machen (Borrmann & Rosenkötter 2016). Dabei müssen stets die Handlungsschritte und Zuständigkeiten offengelegt und verständlich kommuniziert werden (Böhme & Reimann 2018). Von Vorteil ist bei diesem Prozess, wenn nicht nur Regeln und Handlungsorientierungen für die beteiligten Akteur*innen festgelegt werden, sondern auch die kommunale Verwaltungsspitze die Ideen mitträgt und unterstützt (ebd.). Darüber hinaus kann intersektorale Zusammenarbeit, die auch ressortübergreifende Finanzierungsstrategien beinhaltet, die Konsequenzen politischer Entscheidungen in verschiedenen Bereichen sichtbar machen und so für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik sensibilisieren (Altgeld 2017b). Im Sinne der Nachhaltigkeit kann durch einen politischen Beschluss (und/oder einen Beschluss der Gremien) sowie die Sicherung personeller Ressourcen auch über einzelne Legislaturperioden hinaus integriertes Arbeiten verwirklicht werden „[…] und zu einem verlässlichen Handlungsprinzip für die Förderung vulnerabler Zielgruppen in marginalisierten Sozialräumen werden“ (Richter-Kornweitz & Kruse 2018: 154). Dabei ist es von Vorteil, wenn es für die komplexe Aufgabe eine koordinierende Person gibt (Richter-Kornweitz & Kruse 2018). Diese sollte die partizipative, gemeinschaftliche Entwicklung und Umsetzung des Prozesses nicht hindern (ebd.). Die Koordination könnte dabei an das Gesundheitsamt, aber auch an andere Ämter oder Fachstellen angegliedert werden, oder sogar im Sinne der Querschnittsaufgabe ämter-übergreifend beziehungsweise als Stabstelle etabliert werden (Böhme & Reimann 2018). Dafür müssen zunächst personelle Ressourcen zur Verfügung stehen, bestenfalls die Schaffung einer neuen, an die Kommunalverwaltung angegliederten Stelle, da bestehende Verwaltungspersonen für eine solche Aufgabe nicht ausreichend zeitliche Ressourcen zur Verfügung haben (ebd.; Richter-Kornweitz & Kruse 2018; LVG & AFS 2018). Auch hierfür ist ein politischer Beschluss nötig, wodurch der hohe Stellenwert der Aufgabe betont würde (ebd.). Weiterhin ist die Einbindung von freien Trägern und zivilgesellschaftlichem Engagement in eine solche Planung sicherzustellen (Fischer & Michelfeit 2016;

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2013). Ferner ist für die Umsetzung integrierter kommunaler Strategien ein lokaler Handlungsdruck förderlich, der nicht nur für die inhaltliche Arbeit richtungsgebend sein kann, sondern darüber hinaus auf politischer Ebene wirken kann (Böhme & Reimann 2018; Kilian & Becker 2013).

Bedingt durch die in Kapitel 2.1.2 beschriebenen Umsetzungsfreiheit im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge ist es von Vorteil, wenn Gesundheitsförderung (und Prävention) in den Landesgesetzen als Aufgabenbereich festgelegt ist. Dies ist jedoch nicht in allen Bundesländern der Fall (Böhme & Reimann 2018). Da Maßnahmen der Gesundheitsförderung meist zu den freiwilligen kommunalen Leistungen gehören, dürfen Kommunen in Entschuldungsprogrammen rechtlich keine, beziehungsweise kaum Mittel für diese Leistungen aufbringen (Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport 2017; Vesper 2015). Mit einer gesetzlichen Grundlage hätten die Kommunen den Auftrag, Ressourcen bereitzustellen und das Thema nachhaltig durchzusetzen, wodurch ein Strategieaufbau massiv unterstützt werden kann. Aufgrund der unzureichenden Haushaltslage vieler Kommunen sind ausreichende finanzielle Fördermittel für den Erfolg von großer Bedeutung. Diese müssen einerseits von Landes- oder Kommunenmitteln freigestellt werden, können aber auch von externen Geldgeber*innen, zum Beispiel Krankenkassen, bezogen werden (ebd.). Für die ressortübergreifende Zusammenarbeit auf kommunaler Verwaltungsebene ist ein gemeinsames Finanzierungsbudget, wie beispielsweise ein Sozialraumbudget hilfreich, da so der Anreiz zur nachhaltigen Zusammenarbeit gefördert werden kann (Böhme & Reimann 2018). Bei diesem Ansatz ist auch zu bedenken, dass die Finanzierung durch Krankenkassen zwar zusätzliche Geldbeträge verspricht, jedoch weder (langfristige) personelle Stellen noch dauerhafte Maßnahmen finanziert werden können und so die Finanzierung des Strukturaufbaus nach wie vor befristet ist (Böhme & Reimann 2018). Außerdem muss bedacht werden, dass ressortübergreifende Zusammenarbeit, wie in Kapitel 2.1.2 beschrieben, dem klassischen Verwaltungshandeln widerspricht und integriertes Zusammenarbeiten eine neue Herausforderung für kommunale Verwaltungsakteur*innen darstellt. Um eine integrierte kommunale Strategie umsetzen zu können, ist es deshalb förderlich,

wenn die Versäulung in der Kommunalverwaltung auch hinsichtlich der Kompetenz und Verantwortlichkeit aufgeweicht wird (ebd.).

Abbildung 4: Einflussfaktoren für einen gelingenden Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Strategien (eigene Darstellung).

Abbildung 4 zeigt eine Zusammenfassung der ausgeführten vielfältigen Faktoren, die bei der Umsetzung integrierter kommunaler Strategien, die in verschiedenen Phasen des Aufbaus, der Umsetzung und Verstetigung wirken. Dabei handelt es sich nicht um eine vollständige Darstellung, da Einflussfaktoren integrierter kommunaler Strategien stark von den bestehenden Voraussetzungen, Strukturen, Personen und Ressourcen in der Kommune abhängig sind.

Schlussendlich muss bedacht werden, dass der Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Strategien keine Aufgabe ist, die nach einer bestimmten Zeit abgeschlossen ist. Vielmehr handelt es sich um einen kontinuierlichen Prozess, bei dem es gilt, die Arbeit immer wieder zu reflektieren (Richter-Kornweitz et al. 2017). Bei diesem komplexen und demnach zeitaufwendigen Prozess müssen zunächst genügend zeitliche Ressourcen eingeplant werden, aber auch Geduld und Beständigkeit sind wichtige Voraussetzungen für die Kooperationspartner*innen

(Böhme & Reimann 2018; Kilian & Becker 2013). Darüber hinaus muss, je nach Veränderungen der Bedarfe und Bedürfnisse der adressierten Personengruppen, an verschiedenen Stellen nachjustiert werden (ebd.; Böhm & Sadowksi 2018).

2.3 Praktische Anwendungsbereiche und Wirksamkeitsnachweise integrierter kommunaler Strategien

Im Folgenden soll eine Übersicht über Anwendungsbereiche integrierter kommunaler Strategien in der Praxis von Gesundheitsförderung und Prävention gegeben werden. Da das Konzept noch wenig wissenschaftlich abgegrenzt und so unterschiedlich interpretierbar ist, wird ein überwiegend grober Gesamtüberblick dargestellt, der keine Vollständigkeit beansprucht. Grund dafür ist eine unüberschaubare Anzahl an Vernetzungsaktivitäten verschiedener Akteur*innen aus dem Bereich Gesundheit zu unterschiedlichen Themen, in variierenden Größenrahmen und auf unterschiedlichen Ebenen. Darüber hinaus wird im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbands zwar an vielen Stellen für integriertes Zusammenarbeiten von Akteur*innen verschiedener Ebenen und Institutionen des Gesundheitswesens plädiert (GKV-Spitzenverband 2018), in der Umsetzung obliegt die Gestaltung im Rahmen der Selbstverwaltungsaufgabe jedoch den Kommunen, wodurch verschiedene Initiativen und Programme auf kommunaler Ebene verwirklicht werden (Böhm 2017). Außerdem können integrierte kommunale Strategien sowohl auf Landkreisebene, wie oben genannt im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge, als auch auf kleinräumiger Ebene, beispielsweise in Ansätzen des Quartiersmanagements, umgesetzt werden (Richter-Kornweitz et al. 2017; s. dazu auch Bär 2014). Grundsätzlich ist vorweg erneut zu betonen, dass integrierte kommunale Strategien zwar in verschiedener Weise in wissenschaftlichen Veröffentlichungen (auch im übertragenen Sinne von der WHO) thematisiert werden, es sich aber um ein Konzept handelt, was sich aus der praktischen Arbeit im kommunalen Setting entwickelt und dort bewährt hat. Somit handelt es sich zudem um ein praxisbasiertes Konzept (s. dazu Wright et al. 2013).

2.3.1 Bundesweite und regionale Initiativen

Der Grundgedanke, integriert und vernetzt zum Thema Gesundheit zu arbeiten, wird in verschiedenen Veröffentlichungen aufgegriffen, sei es in Grundsatzdokumenten der WHO oder wissenschaftlichen Veröffentlichungen (s. Abbildung 2: 7) (Rauh et al. 2017). In Deutschland wird integriertes Arbeiten in einer bundesweiter Netzwerkform strukturiert, wodurch die Umsetzung auf kommunaler Ebene unterstützt werden kann (Trojan et al. 2016). So werden beispielsweise integrierte Programme und Handlungsansätze im Rahmen des Bund-Länder-Programms **„Soziale Stadt“**[6] umgesetzt. Bei dem Städtebauförderungsprogramm handelt es sich um eine ressortübergreifende Strategie, mit dem Ziel wirtschaftlich und sozial benachteiligte sowie strukturschwache Stadt- und Ortsteile aufzuwerten (Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat o.J.a). Ein weiteres Programm ist das **„Gesunde Städte-Netzwerk“** als Teil der „Gesunde Städte"-Bewegung der WHO (Gesunde Städte Netzwerk 2019; Süß & Trojan 2015a). Das 1986 gegründete Netzwerk setzte die bis dahin abstrakten Prinzipien des Setting-Ansatzes erstmals um, sodass Strategien für den Sozialraum passgenau entwickelt werden konnten (Altgeld & Kolip 2014; Süß & Trojan 2015a). Im Rahmen des Programms können sich Kommunen freiwillig zusammenschließen und den gegenseitigen Informationsaustausch fördern (Gesunde Städte Netzwerk 2019). Eine weitere Einrichtung ist der **„kommunale Partnerprozess „Gesundheit für alle!““**, welcher von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) initiiert wurde und im Rahmen des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit sowie in Zusammenarbeit mit den kommunalen Spitzenverbänden und dem Gesunde Städte-Netzwerk durchgeführt wird (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. & Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2019a). Der kommunale Partnerprozess „[…] stellt einen weiteren wichtigen Rahmen für die Integration des ÖGD in den Aufbau kommunaler Gesundheitsförderungs- und Präventionsnetzwerke dar“ (Reisig & Kuhn 2016: 3). Einerseits bietet das dazugehörige Internetportal eine Austauschmöglichkeit für interessierte Akteur*innen sowie andererseits Materialien, Arbeitspapiere und Fachinformationen zur Unterstützung beim Aufbau integrierter kommunaler Strategien (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. & Bundeszentrale für

[6] Weitere Fördermaßnahmen des Bundes zur Armutsbekämpfung und Sozialraumentwicklung auf städtischer Ebene s. Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (o.J.b).

gesundheitliche Aufklärung 2019a). Darüber hinaus sind die „**Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit“** auf Länderebene Ansprechpartner zur fachlichen Unterstützung bei der Umsetzung integrierter kommunaler Strategien, beispielsweise in Form von Angeboten zur Qualitätsentwicklung wie Workshops oder Einzelberatungen (ebd.). Ferner bietet die **Praxisdatenbank des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit** eine Übersicht über Praxisbeispiele, die bereits integrierte Strategien umgesetzt haben (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. & Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2019b). Der konzeptionelle Ansatz ressortübergreifender Zusammenarbeit von ÖGD und kommunalen Akteur*innen wird in verschiedenen Initiativen wie den „Frühen Hilfen“, „Gesundheitsförderungs- und Präventionsketten“ oder „Kommunalen Gesundheitslandschaften“ umgesetzt (Reisig & Kuhn 2016). Ferner leistet das Projekt „UrbanRural Solutions“ bundesweit Unterstützung bei der Analyse von Gestaltungsmöglichkeiten der kommunalen Daseinsvorsorge, sodass mithilfe regionaler Kooperationen Leistungen der Daseinsvorsorge nachhaltig sichergestellt werden können (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2015).

Ein Beispiel auf regionaler Ebene für die Umsetzung integrierter Zusammenarbeit unter Einbezug des ÖGD ist die Konzeption von lokalen Fachplänen Gesundheit, wie sie in Nordrhein-Westfalen umgesetzt werden (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZW) 2014). Auch hier wird eine integrierte kommunale Strategie verfolgt, indem das Aufgabenspektrum des Gesundheitssektors transparent gemacht wird und unter Einbezug verschiedener Ressorts, der kommunalpolitischen Ebene und der Öffentlichkeit kommunale Planungsvorhaben bedarfsorientiert und partizipativ umgesetzt werden (ebd.). Themenspezifisch gibt es weitere Programme und Initiativen auf kommunaler Ebene, wie das Netzwerk „Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit“ (APUG) (Akademie für Raumforschung und Landesplanung 2014), den „Pakt für Prävention“ und „gesunde Quartiere“ in Hamburg, um nur einige Beispiele zu nennen (Trojan & Lorentz 2014). Alle genannten Initiativen haben die nachhaltige Verbesserung der kommunalen Lebenswelt und eine Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit als Ziel (Gold et al. 2014).

Auch wenn die Vernetzungen allein keine integrierte kommunale Strategie darstellen, ist es der erste Schritt und meist auch die Basis, auf der eine integrierte kommunale Strategie aufgebaut werden kann. Im Folgenden wird daher beispielhaft auf solche Strukturen eingegangen. Das Portal „**inforo-online.de“** ist eine Plattform für interdisziplinären Fachaustausch von den Frühen Hilfen, der Suchtprävention, der Partizipativen Gesundheitsforschung und der lebensphasenübergreifenden Gesundheitsförderung (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2017). Durch die Vernetzung soll den kommunalen Akteur*innen Unterstützung durch Austausch geboten werden. Kommunen werden über dieses Portal dabei unterstützt, Vernetzung als Kernstrategie umsetzen und sich innerhalb der Kommune über Ressortgrenzen hinaus, aber auch bundesweit mit anderen Kommunen austauschen (Maercker & Planert 2014). Besonders erfolgreich werden die Ansätze integrierter kommunaler Strategien unter der Bezeichnung „integrierte kommunale Gesundheitsförderung“ bereits auf städtischer Ebene im Bereich integrierter Stadtteilentwicklung umgesetzt (Bär 2014). Auf kleinräumiger Ebene ist eine strategische Zusammenführung der Akteur*innen und Angebote zwar auch herausfordernd, aber dennoch einfacher als auf kommunaler Ebene in Landkreisen und kreisfreien Städten, da hier die Fülle an Akteur*innen größer ist, räumliche Distanzen überwunden werden müssen und Bedarfe durchaus diverser sein können (Beetz 2018; Rind et al. 2017). Darüber hinaus gibt es eine breite Anzahl an regionalen und themenspezifischen Arbeitskreisen, bei denen zumindest eine Vernetzung und ein regelmäßiger Austausch stattfinden, jedoch keine strategische Planung und Umsetzung einzelner Maßnahmen erfolgen. Ein wichtiges Strukturelement für die kooperative Arbeit an gemeinsamen Zielen sind kommunale Gesundheitskonferenzen (Bär 2016). Ein Überblick über Initiativen ist auf der Internetseite der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zu finden (s. RKI 2015: Kapitel 4.7.2). Eine weitere Übersicht über Aktionsprogramme und Initiativen, die sich an einer Zusammenarbeit verschiedener Sektoren orientieren, ist in „Gemeinsam handeln – Chancen verbessern“ von Gold et al. (2014) zu finden.

2.3.2 Die Umsetzung des Konzeptes in Niedersachsen

Da es in Niedersachsen keine festgeschriebene gesetzliche Richtlinie für eine Koordination von Angeboten und Akteur*innen im Gesundheitsbereich gibt, haben

sich in den letzten Jahren verschiedene Projekte etabliert, die diese Aufgabe kompensatorisch ausfüllen. Diese werden teilweise institutionell durch das Land in Verknüpfung mit den politischen Interessen der Landespolitik gefördert. Eine landesgesetzliche Richtlinie gibt es hierfür lediglich in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg (Böhm 2017). Demnach haben sich in der Praxis der kommunalen Gesundheitsförderung in Niedersachsen in den letzten Jahren immer mehr Kommunen auf den Weg gemacht, den Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Strategien lokal umzusetzen. Unterstützung bei der Umsetzung integrierter kommunaler Strategien leistet für niedersächsische Kommunen das Projekt „Präventionsketten Niedersachsen“[7] der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (LVG & AFS) (Richter-Kornweitz & Utermark 2013). In der Praxis bezieht sich der Begriff Präventionskette vorwiegend auf Maßnahmen für Kinder, Jugendliche und ihre Eltern (Richter-Kornweitz et al. 2017). Ein weiteres Programm für die Stärkung integrierten Arbeitens ist das Projekt „Gesundheitsregionen Niedersachsen“[8] (LVG & AFS 2018). Im Rahmen dieses Projektes werden auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte Kooperationen zwischen den kommunalen Akteur*innen aus dem Gesundheitswesen und der regionalen Daseinsvorsorge geschlossen und gemeinsame Strukturbildungsprozesse initiiert (ebd.). Diese werden im Rahmen von lenkenden Steuerungsgruppen, themenspezifischen Arbeitsgruppen und regionalen Gesundheitskonferenzen auf verschiedenen Ebenen umgesetzt. Durch fachbereichsübergreifende und interdisziplinäre Zusammenarbeit findet eine systematische Planung und Umsetzung in den Bereichen Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung statt. Mittlerweile sind in fast allen niedersächsischen Landkreisen und kreisfreien Städten Gesundheitsregionen eingerichtet worden (ebd.). Weitere Ansätze integrierten Arbeitens sind im Rahmen der Landesgerechten Initiative Generationengerechter Alltag (LINGA) sowie in diversen sozialen Projekten der Gemeinwesenarbeit und Quartiersentwicklung zu finden (s. dazu Innovationszentrum Niedersachsen GmbH o.J.; Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Soziale Brennpunkte Niedersachsen e.V. 2019). Anhand diverser Umsetzungs-

[7] Zu Projekten finden in weiteren Bundesländern s. Institut für soziale Arbeit e.V. 2015 sowie Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen 2015.
[8] Für eine Übersicht bundesweiter vergleichbarer Umsetzungen und konkreten Maßnahmen s. Bödeker et al. 2016 sowie Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin e.V. 2014).

möglichkeiten des Konzeptes integrierter kommunaler Strategien, sowohl in Niedersachsen, als auch bundesweit, finden sich verschiedene projektspezifische Veröffentlichungen, welche im folgenden Unterkapitel zusammenfassend dargestellt werden.

2.3.3 Wissenschaftliche Veröffentlichungen

Aufgrund der Literaturdichte und der angebrachten länderspezifischen Rahmenbedingungen wird sich bei der Darstellung bisheriger Publikationen auf eine Auswahl beschränkt. Wissenschaftliche Veröffentlichungen zu integrierten kommunalen Strategien in der Gesundheitsförderung und Prävention sind im deutschsprachigen Raum bislang hauptsächlich in Form von Projektbegleitforschungen, Praxishilfen und Handreichungen vorhanden (Bär 2016). Wie die vorangegangenen Kapitel zeigen, finden sich in der Literatur viele Beiträge zu integrierten kommunalen Strategien, die häufig mit einem Beispiel aus der Praxis verknüpft sind. Im Bereich der Forschung zu integrierten kommunalen Strategien ist beispielsweise der „Forschungsverbund für gesunde Kommunen – PartKommPlus“ (s.u.) zu nennen. Auch der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit hat mehrere Veröffentlichungen herausgegeben, in denen integrierte kommunale Strategien thematisiert werden, diese sind unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de zu finden. Nichtsdestotrotz bedarf es einer Form von fundierter wissenschaftlicher Zusammenfassung des Konzepts integrierter kommunaler Strategien in Gesundheitsförderung und Prävention, die sich in diesem Fall aus der Erfahrung aus der Praxis ableiten lässt. Besonders einschlägig ist die Sonderveröffentlichung „Integrierte kommunale Strategien“ von Christa Böhme und Bettina Reimann (2018). In dem 2018 veröffentlichten Bericht werden die Erfahrungen verschiedener Expert*innen zu Rahmenbedingungen, Steuerung und Kooperation im Bereich integrierter Strategien gesammelt dargestellt (Böhme & Reimann 2018). Die Forschungen vom Deutschen Institut für Urbanistik (difu) waren in den vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Forschungsverbund PartKommPlus eingebettet. Die Sonderveröffentlichung ist einerseits ein wichtiger Beitrag, da bundesweit förderliche und hemmende Rahmenbedingungen für die Umsetzung integrierter kommunaler Strategien herausgearbeitet werden. Auf der anderen Seite wird auf die Bereiche Partizipation

und Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen eingegangen. Auf Basis qualitativer Interviews wurde die Expertise verschiedener Akteur*innengruppen erörtert und es wurden Handlungsempfehlungen für Kommunalverwaltung, Kommunen und Krankenkassen entwickelt, um die Umsetzung integrierter Strategien in Zukunft voranzubringen (ebd.).

Im Bereich der Analyse förderlicher und hemmender Faktoren beim Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Strategien sind in der Literatur häufig Veröffentlichungen im Rahmen von Projektbegleitungen mit regionalem Bezug und dadurch diversen Rahmenbedingungen vorzufinden. Nennenswerte Übersichtsarbeiten sind hierbei unter anderem die Analyse von förderlichen und hemmenden Faktoren kommunaler Vernetzungsarbeit anhand des Landkreises Fulda von Müller, Salzmann, Greß, & Stegmüller (Müller et al. 2017), oder Publikationen im Rahmen des Projektes „Kommunale Präventionsketten Nordrhein-Westfalen“ (Dezort et al. 2017; Institut für soziale Arbeit 2015). Im Rahmen dieser und ähnlicher Vorhaben wird wichtiges Praxiswissen generiert, welches von einigen Wissenschaftlern als praxisbasierte Evidenz bezeichnet wird (Wright et al. 2013). Weiterhin ist festzustellen, dass die wissenschaftlichen Beiträge zu integrierten Gesamtstrategien oft themen- oder zielgruppenspezifisch verfasst sind. Weit verbreitet sind beispielsweise integrierte Strategien oder Präventionsketten für gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen (Richter-Kornweitz & Utermark 2013). Als besonderes Themenfeld sind Lebensphasenübergänge zu nennen, beispielsweise kommunale Angebote für Kinder, Übergang von Schule in den Beruf, Reintegration in den Arbeitsmarkt oder Renteneintritt.

2.4 Zusammenfassung und Herleitung von Fragestellung und Zielsetzung der Arbeit

Die gesundheitliche Chancenungleichheit wird maßgeblich von den gesellschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen bestimmt, in denen Menschen leben (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2013). Gleichzeitig werden nach wie vor verhaltenspräventive Maßnahmen weitaus häufiger realisiert, während auf der Ebene der Beeinflussung von Lebensverhältnissen Veränderungsprozesse aufgrund der Komplexität zunächst selten, und allenfalls

sukzessiv umgesetzt werden (Böhm 2017). In der kommunalen Lebenswelt bestehen diverse Unterstützungsangebote verschiedener Institutionen, die es positiv zu gestalten und im Rahmen einer integrierten Struktur zusammenzuführen bedarf. In der Public Health-Landschaft haben sich integrierte kommunale Strategien als Praxiskonzept mittlerweile in verschiedenen Ausführungen etabliert, eine wissenschaftliche Aufarbeitung der Thematik ist jedoch hauptsächlich in Form von Projektbegleitforschungen oder kleinräumigen Analysen vorzufinden (Bär 2016). Weiterhin ist anhand der laufenden Projekte und Programme erkennbar, dass auf kleinräumlicher Ebene, wie beispielsweise Stadtteil- oder Quartiersebene, aber auch auf gesamtstädtischer Ebene, eine integrierte Zusammenarbeit der lokalen Akteur*innen häufig besser gelingt als auf Landkreisebene (LVG & AFS 2013; Bär 2014). Aufgrund der Daseinsvorsorge haben Landkreise jedoch die Aufgabe, großflächig strategisch zu planen und zu handeln (s. 2.1.2 in vorliegender Arbeit). Das Thema ländlicher Raum gewinnt zunehmend an Bedeutung und es muss insbesondere in großflächigen Kommunen auf struktureller Ebene beim Aufbau integrierter kommunaler Strategien weitergedacht werden. Bei der Umsetzung bestehen für den ländlichen Raum besondere Herausforderungen, wie beispielsweise eine größere Anzahl beteiligter Institutionen, Heterogenität der Bevölkerung oder die Erreichbarkeit von Angeboten (Beetz 2018; Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport 2019; Rind et al. 2017).

Die Veröffentlichung von Böhme & Reimann (2018) hat das Konzept integrierter kommunaler Strategien wissenschaftlich aufgearbeitet und mittels Expert*innen-interviews verschiedene Aspekte beleuchtet. Diese Publikation bietet einen Überblick über viele relevante Erkenntnisse und leistet durch die Handlungsempfehlungen eine Aufforderung für Politik und Kommunalverwaltung, die Umsetzung integrierter kommunaler Strategien voranzutreiben. Die dafür befragten Expert*innen haben gebiets- und themenübergreifend über die Einflussfaktoren gesprochen. Da in jeder Kommune unterschiedliche Akteur*innen und verschiedene strukturelle Voraussetzungen und Ressourcen aufzufinden sind, kann eine Analyse förderlicher und hemmender Faktoren beim Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Strategien jedoch zielführender lokal zentriert durchgeführt werden. So kann ein Gesamtüberblick über ortsspezifische Bedingungen herausgefunden und daraus resultierenden konkreten Handlungsempfehlungen für

die beteiligten kommunalen Akteur*innen abgeleitet werden. Demnach soll in der vorliegenden Arbeit an die Erkenntnisse bisheriger Veröffentlichungen angeknüpft werden und vor Ort mit den Akteur*innen, die gemeinsam an einer integrierten kommunalen Strategie arbeiten, über Einflussfaktoren bei der Umsetzung integrierter kommunaler Strategien gesprochen werden. Aus dem dargestellten Forschungs- und Praxisstand lässt sich folgende explorative Fragestellung ableiten:

> *Was sind förderliche und hemmende Faktoren beim Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Strategien im ländlichen Raum?*

Es stellt sich darüber hinaus die Frage, welche Rahmenbedingungen verändert werden müssten, damit kommunale Akteur*innen integrierte Strategien wirksamer umsetzen können. Durch die Befragung kommunaler Akteur*innen sollen neue Erkenntnisse aus den Gesprächen der Akteur*innen untereinander hervorgebracht und so die förderlichen und hinderlichen Faktoren des Prozesses dort beleuchtet werden, wo an einem Strategieaufbau gearbeitet wird. Darüber hinaus sollen speziell für den Landkreis bedarfsorientierte, hilfreiche Handlungsempfehlungen abgeleitet werden, sodass es direkter Praxisnutzen entsteht und die Umsetzung und Weiterentwicklung integrierter Zusammenarbeit für die Zukunft gestärkt werden kann. Somit wird durch einen Prozess partizipativer Qualitätsentwicklung Erfahrungswissen von unten nach oben transportiert.

3 Methodik

In diesem Kapitel wird zunächst das Vorgehen bei der Auswahl eines niedersächsischen Landkreises als erster methodischer Schritt aufgezeigt. Anschließend wird die qualitative Herangehensweise sowie die Forschungsmethode der Fokusgruppendiskussion erläutert. Abschließend wird das untersuchte Sample, die Durchführung sowie die Auswertung der Daten beschrieben.

3.1 Auswahlverfahren der Untersuchungskommune

Aufgrund der heterogenen Ressourcen, Herausforderungen und Strukturen in Kommunen steht der Aspekt der Allgemeingültigkeit (externe Validität) nicht im Fokus wissenschaftlicher Forschung im Bereich kommunaler Gesundheitsförderung (Flick 2014). Demnach können auch in der vorliegenden Arbeit keine direkt übertragbaren Ergebnisse und Handlungsempfehlungen induziert werden. Vielmehr sollen durch eine explorative empirische Vorgehensweise lokale Dynamiken und Herausforderungen erklärt werden, um daraus spezifische Maßnahmen generieren zu können (Wright et al. 2013). Damit stellt sich für die Auswahl der Kommune zunächst die Frage, in welcher niedersächsischen Kommune ein Bedarf für den Auf- oder Ausbau integrierter kommunaler Strategien im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention besteht. Hierfür werden hauptsächlich soziallagenbezogene Indikatoren einbezogen, da die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit das übergreifende Ziel integrierter kommunaler Strategien ist und die Gesundheit aller Bevölkerungsgruppen, insbesondere sozial Benachteiligter, gefördert werden soll (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2013). Darüber hinaus wird berücksichtigt, inwieweit bereits Unterstützungsstrukturen zum Aufbau integrierter kommunaler Strategien, beispielsweise durch Projekte und Programme externer Akteur*innen, geleistet werden. Davon abgesehen, sollten die kommunalen Akteur*innen offen für die Thematik sein, eventuell schon eine Vorstellung von der Begrifflichkeit haben und bereits erste Erfahrungen mit der Umsetzung integrierter kommunaler Strategien gesammelt haben. Das Forschungsvorhaben soll darüber hinaus den kommunalen Akteur*innen einen direkten Praxisnutzen bieten, sodass die Ergebnisse für die fortlaufende Implementierung integrierter kommunaler Strategien genutzt werden können. Das Auswahlverfahren eines passenden Landkreises wird im folgenden Unterkapitel beschrieben.

3.1.1 Bestandsaufnahme benachteiligter Regionen in Niedersachsen

Für eine Identifizierung von Landkreisen und kreisfreien Städten in Niedersachsen mit besonderem Unterstützungsbedarf werden soziallagenbezogene und lebensphasenübergreifende Indikatoren herangezogen. Aufgrund der interdisziplinären Herangehensweise werden auch hierfür verschiedene Indikatoren aus den Bereichen (Kinder-) Armut, Erwerbslosigkeit, Pflege, wirtschaftliche Lage sowie Sozialhilfeleistungen untersucht. Einen umfangreichen und dennoch passgenauen Vergleich bietet beispielsweise die Handlungsorientierte Sozialberichterstattung des Landes Niedersachsen (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2018). Darüber hinaus wurden Statistiken der Bundesagentur für Arbeit und Daten des Online Regional Monitorings Niedersachsen untersucht (Statistik der Bundesagentur für Arbeit; Niedersächsisches Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung (MB) in Kooperation mit dem Landesamt für Statistik Niedersachsen 2018). Weiterhin kann auch auf den German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD) des Robert Koch-Instituts hingewiesen werden. Der GISD setzt sich aus acht Indikatoren zusammen, die sich den Dimensionen Bildung, Einkommen und Beruf zuordnen lassen (Lampert et al. 2018). Diese Dimensionen gelten als zentral bei der Bestimmung des sozioökonomischen Status und folglich des Deprivationsgrades. Im Folgenden werden niedersächsische Landkreise und kreisfreie Städte hinsichtlich folgender Indikatoren analysiert:

1. Erwerbslosigkeit
2. Mindestsicherungsquote
3. Kinder in SGB II – Bedarfsgemeinschaften
4. Pflegebedürftige

Des Weiteren soll bedacht werden, inwieweit die Landkreise und kreisfreien Städte bereits am Auf- und Ausbau von Strukturen arbeiten. Deswegen werden nicht nur die Indikatoren analysiert, sondern auch Projekte und Programme der LVG & AFS, die unterstützend bei einem Strukturaufbau fungieren. In den nachfolgenden Kartendarstellungen zeigen die farbig markierten Punkte Standorte der Projekte und Programme der LVG & AFS Nds. e.V. (Stand Januar 2019). Eine ausführliche Darstellung der Analyse sowie einzelne Daten der Indikatoren in den Landkreisen und kreisfreien Städten ist dem Anhang I zu entnehmen.

1. Erwerbslosigkeit

Definition des Indikators: In der Statistik werden arbeitslose Menschen als vorübergehend unbeschäftigte, arbeitsuchende Personen erfasst, die in keinem, oder einem höchstens 15 Wochenstunden umfassenden Beschäftigungsverhältnis stehen. Diese sind weiterhin arbeitsfähig, älter als 15 Jahre und wohnansässig in Deutschland. Die Arbeitslosenquote ergibt sich demnach aus dem Anteil der arbeitslosen Personen an den Erwerbspersonen (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2018: 72).

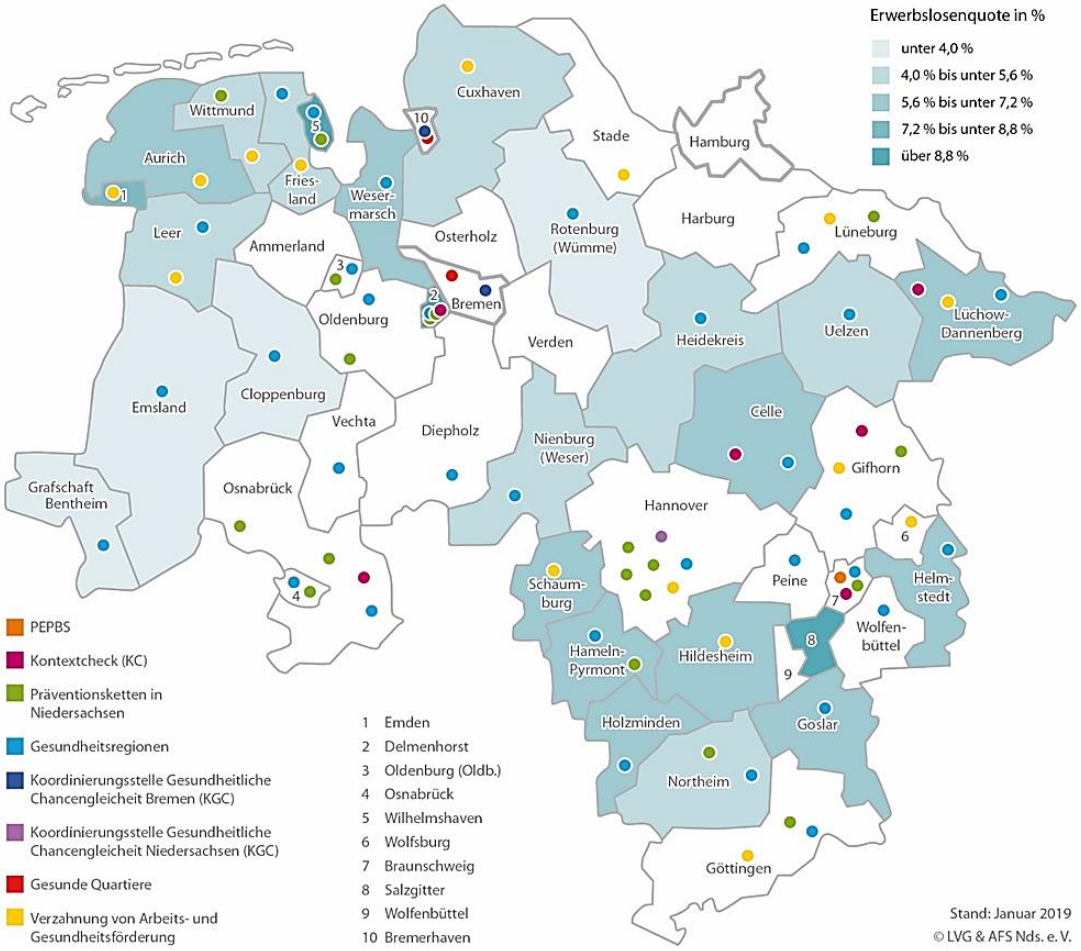

Abbildung 5: Erwerbslosigkeit in niedersächsischen Landkreisen und kreisfreien Städten und Projekte der LVG & AFS Nds. in den Regionen, Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2018), interne unveröffentlichte Darstellung der LVG & AFS Nds. e.V. 2019.

2. Mindestsicherungsquote

Definition des Indikators: Mindestsicherungsempfänger*innen erhalten finanzielle Unterstützung, zur Verhinderung von Armut und Ermöglichung gesellschaftlicher Teilhabe. In entsprechenden Leistungen der sozialen Mindestsicherung enthalten sind „[…] Arbeitslosengeld II, Sozialgeld, Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sowie Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz. […] Erwerbsfähige Leistungsberechtigte erhalten Arbeitslosengeld II nach SGB II, wenn kein Anspruch (mehr) auf Zahlung des Arbeitslosengeldes I besteht“ (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2018: 98).

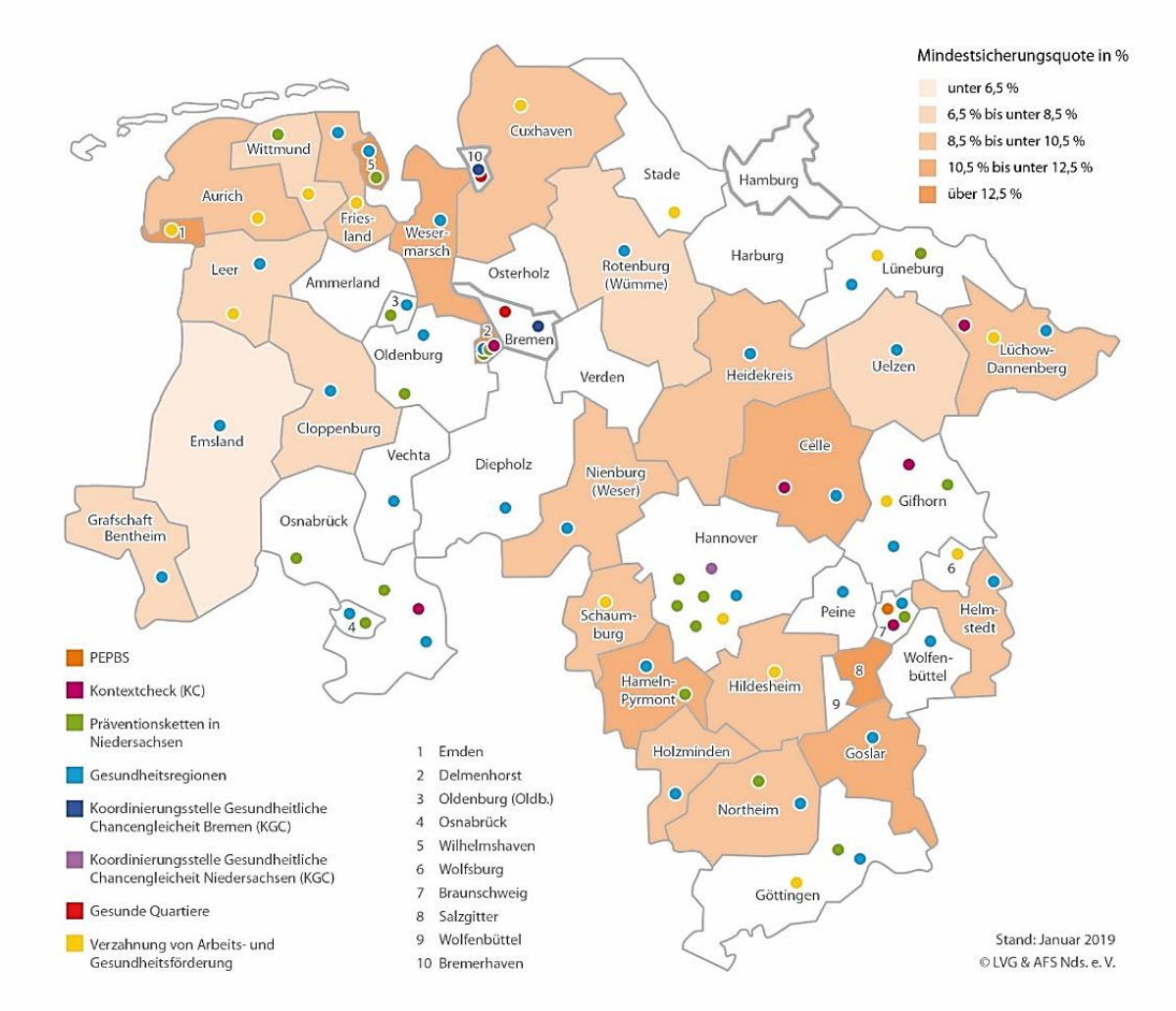

Abbildung 6: Mindestsicherungsquote in niedersächsischen Landkreisen und kreisfreien Städten und Projekte der LVG & AFS Nds. in den Regionen, Quelle: Niedersächsisches Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung (MB) in Kooperation mit dem Landesamt für Statistik Niedersachsen (2018), interne unveröffentlichte Darstellung der LVG & AFS Nds. e.V. 2019.

3. Kinder in SGB II – Bedarfsgemeinschaften

Definition des Indikators: Nicht erwerbsfähige Sozialgeldempfänger*innen, die in Haushalten von Arbeitslosengeld II-Empfänger*innen leben, sind häufig Kinder. Haushalte, in denen mindestens eine leistungsberechtigte Person lebt, werden als Bedarfsgemeinschaften klassifiziert. Damit setzt sich die „Kinderarmutsquote“ aus dem Anteil nicht erwerbsfähiger, in Bedarfsgemeinschaften lebender Kindern (unter 15 Jahre), an der gesamten Bevölkerung in dieser Altersgruppe zusammen (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2018:100).

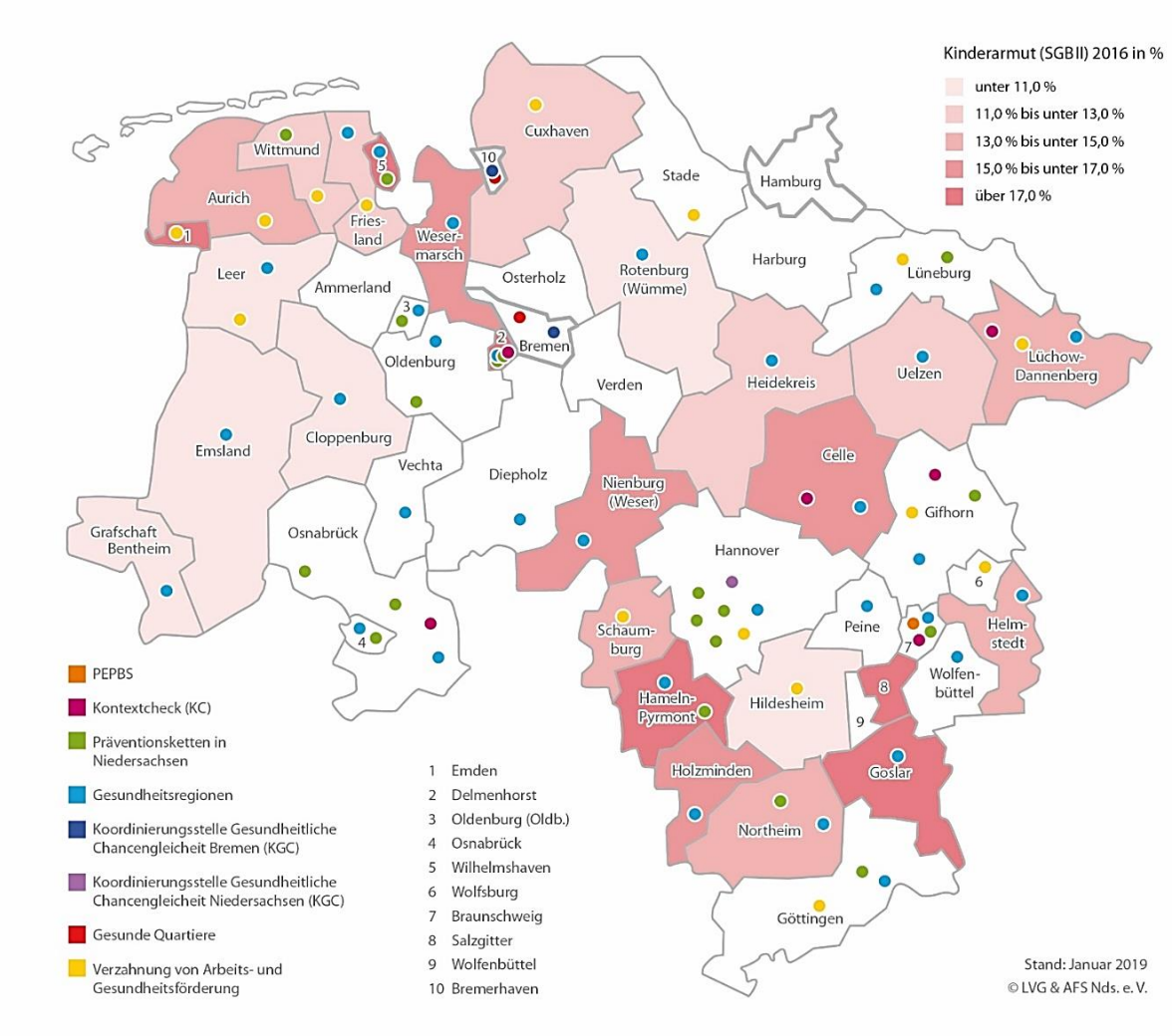

Abbildung 7: Kinderarmut in niedersächsischen Landkreisen und kreisfreien Städten und Projekte der LVG & AFS Nds. in den Regionen, Quelle: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2018), interne unveröffentlichte Darstellung der LVG & AFS Nds. e.V. 2019.

4. Pflegebedürftige

Definition des Indikators: Im Rahmen des SGB XI sind Menschen, „[…] die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens […] der Hilfe bedürfen“, pflegebedürftig (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2018: 124). Die Pflegebedürftigenquote setzt sich aus dem Anteil pflegebedürftiger Personen ab 65 Jahren im Verhältnis zur restlichen Bevölkerung zusammen (ebd.).

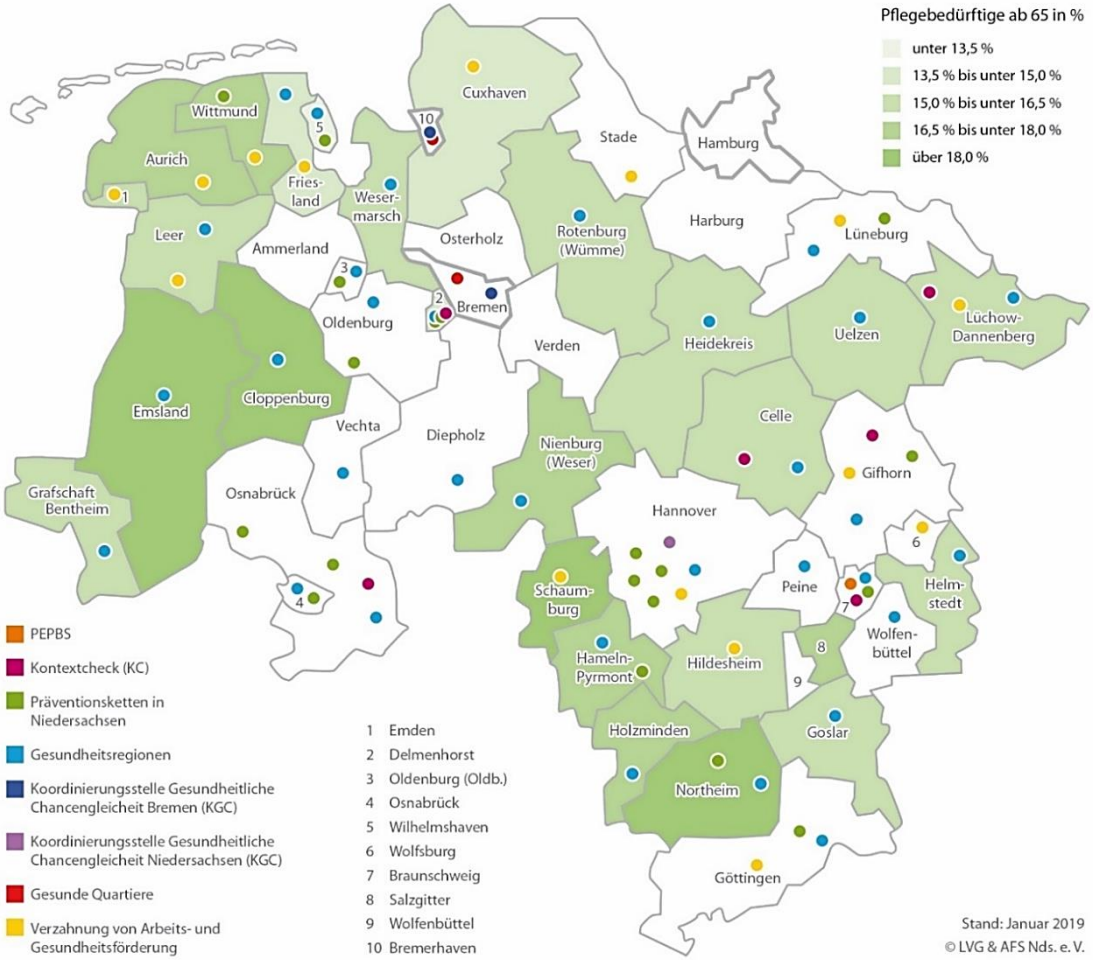

Abbildung 8: Pflegebedürftige in niedersächsischen Landkreisen und kreisfreien Städten und Projekte der LVG & AFS Nds. in den Regionen, Quelle: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2018), interne unveröffentlichte Darstellung der LVG & AFS Nds. e.V. 2019.

Die **Abbildungen 5 bis 8** zeigen regionale Unterschiede in der sozialen Lage der Bevölkerung auf Ebene der niedersächsischen Landkreise und kreisfreien Städte (s. Abb. 5-8: 33-36). Die farblichen Abstufungen veranschaulichen die Datenlage im Bereich der untersuchten Indikatoren (s. ebd.). Von den Projekten und Programmen der LVG & AFS sind insbesondere die Programme „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ und „Präventionsketten Niedersachsen. Gesund aufwachsen für alle Kinder!“ relevant, da diese auf Ebene der gesamten Kommune bei Strategiebildung und Strukturaufbau unterstützend wirken. Vor dem Hintergrund des Bedarfs für integriertes Arbeiten (s. Kapitel 2.1 vorliegender Arbeit) lässt sich grundsätzlich für alle Landkreise und kreisfreien Städte ein Unterstützungsbedarf beim Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Strategien herleiten. Auf Basis der Analyse zeigt sich jedoch, dass einige niedersächsische Landkreise hinsichtlich der dargestellten Indikatoren einen höheren Anteil sozial benachteiligter Personen aufweisen und somit auch einen erhöhten Bedarf für einen Auf- beziehungsweise Ausbau integrierter kommunaler Strategien zeigen (s. Abb. 5-8: 33-36). Darüber hinaus sind für die Identifizierung von Landkreisen mit besonderem Unterstützungsbedarf besonders die ländlichen, strukturschwachen Gebiete von Interesse. Die Unterstützung ländlicher Gebiete ist in Deutschland auch in den Jahren 2018 und 2019 erneut im Rahmen verschiedener Fachforen thematisiert worden, beispielsweise auf dem Kongress Armut und Gesundheit (Augustin 2018). Insbesondere in solchen Gebieten, die von räumlicher Distanz sowie einer Diversität an Haushaltslagen, Trägern und Angebotsgestaltungen der örtlichen Gemeinden geprägt sind, ist integriertes und strategisches Arbeiten in der kommunalen Gesundheitsförderung unabdinglich (Beetz 2018; Rind et al. 2017).

Da eine methodische Umsetzung der vorliegenden Arbeit in allen Kommunen nicht möglich ist, folgt die Durchführung der Fokusgruppendiskussionen in einem ausgewählten niedersächsischen Landkreis. Der Landkreis Hameln-Pyrmont liegt mit einer Arbeitslosenquote von 5,8 Prozent (Stand: September 2018) über dem niedersächsischen Durchschnitt und weist auch mit 12,1 Prozent eine hohe Mindestsicherungsquote sowie eine hohe Anzahl an Pflegebedürftigen, Menschen mit Hilfe zum Lebensunterhalt und Kindern aus Familien mit SGB II-Unterstützung auf (s. Anhang I vorliegender Arbeit). Demzufolge stellt dieser Landkreis ein Gebiet mit besonderem Unterstützungsbedarf beim Auf- und Ausbau integrierter

kommunaler Strategien in Gesundheitsförderung und Prävention dar (s. ebd.). Laut der Basisanalyse zur Identifizierung spezifischer Handlungsbedarfe für fünf Regionen in Niedersachsen des Niedersächsischen Instituts für Wirtschaftsforschung ((NIW) jetzt Center für Wirtschaftspolitische Studien) besteht im Landkreis Hameln-Pyrmont eine hohe Armutsgefährdung der Bevölkerung (Armutsgefährdung = hoher Anteil an Menschen, die Mindestsicherungsleistungen empfangen) (Schiller et al. 2014). Darüber hinaus wird in diesem Landkreis seit 2014 das Projekt „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ umgesetzt, womit bereits grundlegende Vernetzungsstrukturen gegeben sind und eine ressortübergreifende strategische Weiterentwicklung angedacht ist, beispielsweise unter anderem durch Umsetzung des Projekts „Präventionsketten Niedersachsen“ im Jahr 2019. Damit bietet Hameln-Pyrmont sinnvolle Voraussetzungen für die Analyse förderlicher und hemmender Faktoren beim Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Strategien, da auf bestehende Erfahrungen zurückgegriffen werden kann und gleichzeitig Perspektiven und Handlungsempfehlungen für den künftigen Ausbau von Strategien und Strukturen aufgezeigt werden können. Darüber hinaus wird im Sinne der interkommunalen gesundheitlichen Chancengleichheit ein Landkreis mit besonderem Unterstützungsbedarf beim Strukturaufbau zur Gesundheitsförderung unterstützt. Im folgenden Unterkapitel wird zunächst der Landkreis mit seinen bestehenden Strukturen im Bereich Gesundheitsförderung beschrieben. Die Auswahl der Akteur*innen für die Fokusgruppendiskussion erfolgt in Kapitel 3.3.1.

3.1.2 Der Landkreis Hameln-Pyrmont

Der niedersächsische Landkreis Hameln-Pyrmont ist ein Kerngebiet des mittleren Weserberglands und liegt südwestlich von Hannover. Im Landkreis leben insgesamt 148.281 Personen (Stand: 31.12.2015) (Landkreis Hameln-Pyrmont 2017). Das Kreisgebiet besteht aus den Städten Hameln, Bad Pyrmont, Bad Münder und Hessisch Oldendorf sowie den Gemeinden Flecken Aerzen, Flecken Coppenbrügge, Flecken Salzhemmendorf und der Gemeinde Emmerthal (ebd.). Hameln-Pyrmont gehört zu den dichter besiedelten Regionen in Niedersachsen, wobei die Bevölkerungszahlen tendenziell rückläufig sind und die zukünftigen Entwicklungspotenziale der Wohnqualität und Tourismusangebote von den Entwicklungen der Wirtschaftsbedingungen abhängig bleiben (Landesamt für

Statistik Niedersachsen 2019). Für die Vernetzung und Zusammenarbeit der lokalen Akteur*innen im Gesundheitswesen wurde 2014 die Gesundheitsregion Hameln-Pyrmont etabliert. Die Gesundheitsregion hat sich zum Ziel gesetzt,

> *„[…] eine qualitativ hochwertige und innovative Gesundheitsversorgung in regionaler Verantwortung zukunftsfähig weiter zu entwickeln und nachhaltig positive Effekte für die Gesundheit und Lebensqualität der Menschen vor Ort zu erzielen“ (Landkreis Hameln-Pyrmont 2017: 19).*

Durch die Kooperation verschiedener Sozial- und Gesundheitsakteur*innen werden regionale Steuerungs- und Arbeitsgruppen gegründet und es wird eine jährliche Gesundheitskonferenz ausgerichtet (Landkreis Hameln-Pyrmont 2017). Die Steuerungsgruppe setzt sich zusammen aus der politischen Ebene (Landrat), der kommunalen Verwaltungsebene, Vertreter*innen der Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN), des kommunalen Psychiatrierats des Sozialpsychiatrischen Verbundes sowie Vertreter*innen des Paritätischen Wohlfahrtsverbands, landkreisangehörigen Gemeinden, ortsansässigen Krankenhäusern und Einrichtungen (s. **Abbildung 9**).

Abbildung 9: Steuerungsgruppe der Gesundheitsregion des Landkreises Hameln-Pyrmont, Quelle: Landkreis Hameln-Pyrmont. Die Gesundheitsregion o.J.

In diesem Rahmen werden strategische Ziele im Bereich Gesundheit für die Region entwickelt und deren Umsetzung geplant und gesteuert (Landkreis Hameln-Pyrmont 2017). Da Interdisziplinarität eines der Ziele der Vernetzung im Rahmen der Gesundheitsregion darstellt und in der aktuellen Förderrichtlinie (2017) Gesundheitsförderung und Prävention ergänzt wurde, werden die Akteur*innen vor die Herausforderung gestellt, neue Themen und verstärkte verwaltungsinterne Zusammenarbeit zu fördern (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2017). Damit eignet sich die Gesundheitsregion Hameln-Pyrmont für die Identifizierung förderlicher und hemmender Faktoren bei der Umsetzung integrierter kommunaler Strategien, da die beteiligten Akteur*innen bereits gemeinsam am Auf- und Ausbau einer solchen Strategie arbeiten, demnach als Expert*innen für die Fragestellung angesehen werden können und ein direkter Praxisnutzen der Forschung für sie zu erkennen ist. Um ein möglichst umfangreiches Bild der Einflussfaktoren zu erlangen, werden die Mitglieder der Steuerungsgruppe der Gesundheitsregion befragt. Zum Zeitpunkt der Befragung (Stand: März 2019) sind dieser Gruppe insgesamt 25 Personen angehörig.

3.2 Erhebungsmethode

Im Folgenden wird das methodische Vorgehen zur Beantwortung der Fragestellung näher beschrieben und begründet. Dies beinhaltet eine Erläuterung der gewählten qualitativen Vorgehensweise, eine Darstellung der Methodik der Fokusgruppen-diskussion sowie Vor- und Nachteile dieser.

3.2.1 Begründung qualitativer Forschung

Für eine Untersuchung von Einflussfaktoren bei der Entwicklung und Umsetzung integrierter kommunaler Strategien eignet sich eine qualitative Methodik, da es sich um eine explorative Herangehensweise handelt und ein empirischer Sachverhalt sowie soziale Prozesse betrachtet werden (Diekmann 2012). Weiterhin zielt die Untersuchung nicht auf Generierung allgemeingültiger Ergebnisse ab, sondern möchte im Rahmen einer kleinen Stichprobe thematisch in die Tiefe gehen und eine lokale Evidenz erzeugen (Diekmann 2012; Wright et al. 2013). Durch eine offene, qualitative Methodik kann die Komplexität des Untersuchungsgegenstands als

Ganzes unter Berücksichtigung der Kontextbedingungen erfolgen (Flick 2014). So können nicht nur die Einflussfaktoren integrierter kommunaler Strategien, sondern zugleich dazugehörige Hintergründe und Perspektiven erfasst werden (ebd.). Im Rahmen qualitativer Sozialforschung stehen im Gegensatz zu quantitativer Sozialforschung keine Häufigkeiten von Themen und Kategorien im Vordergrund, sondern die Haltung, Einstellung und Denkweise der untersuchten Zielgruppe (Schulz 2012). Insbesondere wenn Interessen, subjektive Einstellungen und situationsspezifische Probleme analysiert werden, können durch eine qualitative Vorgehensweise validere Informationen generiert werden, als durch eine quantitative mit vorgegebenen Antwortkategorien (Diekmann 2012; Lamnek & Krell 2016). Da es sich um eine besonders heterogene Zusammensetzung kommunaler Akteur*innen handelt, bietet eine qualitative Herangehensweise die benötigte Offenheit bezüglich der Fragen und Antworten und stellt die subjektiven, divergenten und komplexen Wahrnehmungen der Untersuchungsgruppe in den Vordergrund (Diekmann 2012; Mayring 2016). In diesem Fall zielt die Forschung auf ein besseres und detaillierteres Verständnis des Wissens und Handelns der kommunalen Akteur*innen. Darüber hinaus ermöglicht ein qualitatives Vorgehen die Interaktion mit der Untersuchungsgruppe, sodass diese partizipativ in den Forschungsprozess eingebunden wird (Bär & Schäfer 2016; Wihofszky 2013). Außerdem wird durch die Einbeziehung der Akteur*innen der Kommune die Motivation gestärkt, das Gesagte auch umzusetzen, wodurch wiederum die Nachhaltigkeit erhöht werden kann (Wright 2006).

Da es sich bei integrierten kommunalen Strategien im Kern um die Zusammenarbeit verschiedener Akteur*innengruppen handelt, bietet sich eine Untersuchungsmethode an, die besonders kommunikationsfördernd und auf die Untersuchung von Gruppeninteraktionen ausgelegt ist. Um darüber hinaus die Einflussfaktoren auf den Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Strategien herauszufinden, sollte die gewählte Methode einen Rahmen bieten, der genügend Raum für abweichende Ansichten und vielfältige Schwerpunkte bietet. Die Fokusgruppendiskussion erfüllt diese Anforderungen und wird im folgenden Absatz genauer erläutert.

3.2.2 Die Methode Fokusgruppendiskussion

Die Fokusgruppendiskussion[9] hat ihren Ursprung in der sozialpsychologischen Beobachtung von Gruppenprozessen im angloamerikanischen Raum (Lamnek 2010; Mayring 2016; Bohnsack 2002). Dabei diente die Methode bereits früh im Rahmen von Markt- und Meinungsforschungen zur Analyse von Motivationsstrukturen der Verbraucher*innen (Lamnek 2010). Spätestens ab Mitte des 20. Jahrhunderts fand die Methode auch im deutschsprachigen Raum Anerkennung und wurde unter anderem im Bereich der Bildungs- und Medienforschung zur Untersuchung kollektiver Orientierungsmuster verwendet (Lamnek 2010; Bohnsack et al. 2011). Mittlerweile sind Fokusgruppendiskussionen international auch im Gesundheits- und Sozialwesen fester Bestandteil qualitativer Erhebungsmethoden (Bohnsack et al. 2010; Loss et al. 2007; Schulz 2012; Tausch & Menold 2015).

Bei einer Fokusgruppendiskussion wird ein thematischer Inhalt in die Gruppe getragen, um Daten aus der Interaktion innerhalb der Diskussionsteilnehmenden zu gewinnen (Morgan 1997; Lamnek 2010). Dabei sind nicht nur gesagte Inhalte, sondern auch Dynamik und Interaktion innerhalb der Gruppe konstruktiver Teil des Erhebungsgegenstands (Kitzinger 1995; Kruse 2014; Tausch & Menold 2015). Die Gegenstandsbereiche, aus denen in der gelebten Praxis gemeinsame Erfahrungen entstanden sind, stellen den Fokus der Diskussion dar (Przyborski & Riegler 2010). Damit werden die Diskussionsteilnehmenden als Expert*innen verstanden, die spezifisches Fachwissen für das Forschungsinteresse erläutern können (Lamnek 2010). Die Zusammensetzung der Gruppenmitglieder kann nach bestimmten forschungsrelevanten Merkmalen oder anhand der natürlichen sozialen Wirklichkeit erfolgen, wodurch sowohl eine schwache, als auch eine starke Gruppenkohäsion gegeben sein kann (ebd.). Weiterhin kann hinsichtlich der Personenmerkmale eine homogene oder heterogene Gruppenzusammenstellung angestrebt werden (ebd.). Die Teilnehmenden müssen jedoch ausreichend thematische Schnittstellen

[9] Die Fokusgruppendiskussion wird in der Literatur auch als Fokusgruppeninterview, Kollektivinterview oder Gruppengespräch bezeichnet. Die methodischen Erläuterungen ergeben sich aus der theoretischen Darstellung der aufgezählten Begriffe. In dieser Arbeit wird die Begriffsbezeichnung „Fokusgruppendiskussion“ als Form des Gruppeninterviews zu einem bestimmten Fokus gewählt (s. dazu Lamnek 2010).

aufweisen, um zu einem Fokus diskutieren zu können, wodurch eine Diskussionsgruppe, die im realen Leben besteht, besonders geeignet scheint (Vogel 2019; Lamnek 2010; Przyborski & Riegler 2010). In Abhängigkeit von der Forschungsfrage, Charakteristika der Untersuchungsgruppe oder forschungsökonomischen Gründen gibt es für die Zusammensetzungsformen unterschiedliche Vor- und Nachteile, jedoch sollte die Gruppe stets hinsichtlich der Forschungsziele ausgewählt werden (ebd.). Im Rahmen von Fokusgruppen-diskussionen können in Abhängigkeit des Forschungsgegenstands unterschiedliche Zielsetzungen erfüllt werden (Lamnek 2010; Przyborski & Riegler 2010). So können unter anderem sowohl individuelle Meinungen, als auch kollektive Erfahrungen und Einstellungen einer gesamten Gruppe ermittelt werden (Lamnek 2010; Bohnsack et al. 2010). Der wechselseitige Diskurs im Rahmen der Fokusgruppendiskussion ermöglicht den Zugang zu tiefliegenden und elaborierten Meinungen (Bohnsack et al. 2011). Die Berücksichtigung des Gesprächskontextes unterscheidet die Methodik der Fokusgruppendiskussion von anderen qualitativen Vorgehensweisen und ermöglicht die „Rekonstruktion der Relevanzsysteme“ der Diskussions-teilnehmenden (Przyborski & Riegler 2010: 440). Durch gemeinsame Erfahrungen der Diskussionsteilnehmenden lassen sich „kollektive Wissbestände“ (Przyborski & Riegler 2010: 440) generieren, sodass sich Fokusgruppendiskussionen besonders für interdisziplinäre Forschungsarbeiten eignen (ebd.). In der Gesundheitsförderung und Prävention können durch den Einsatz von Fokusgruppendiskussionen Erkenntnisse aus allen Phasen der Planung und Umsetzung von Projekten gewonnen werden. Der Einsatzbereich erstreckt sich dabei über die Bedarfsermittlung, Testen eines Projektkonzepts, Entwicklung neuer Ideen für die Projektarbeit bis hin zur Überprüfung der Akzeptanz und Wirkung eines Angebots (Block et al. 2008; Schulz 2012). Insbesondere wenn Einflussfaktoren auf integrierte Zusammenarbeit diskutiert werden sollen, kann dies idealerweise in Form einer Gruppendiskussion erfolgen. Durch das Einbeziehen der kommunalen Akteur*innen und das damit einhergehende Aufgreifen ihrer Relevanzsysteme sowie die unmittelbare Auskunft zum Gegenstand der Untersuchung, kann eine höhere Motivation und Identifizierung mit den Ergebnissen erwartet werden (Lamnek 2010).

Zu Beginn einer Fokusgruppendiskussion erfolgt eine Erklärung des Ablaufs sowie eine Vorstellung der Teilnehmenden untereinander (Flick 2014). Anschließend wird

von der Moderation ein Grundreiz (Stimulus) gesetzt, um die Befragten mit dem Fokus der Untersuchung vertraut zu machen und eine Diskussion anzuregen (Flick 2014; Mayring 2016). Dieser sollte hinsichtlich des Forschungsinteresses und der Voraussetzungen der Diskussionsteilnehmenden ausgewählt werden. Davon abgesehen wird der Verlauf der Diskussion weitestgehend von der Gruppe bestimmt (Bohnsack et al. 2011). Ein Diskussionsleitfaden hilft der Moderation bei der Strukturierung der Diskussion und ermöglicht es, die Befragten offen erzählen zu lassen und zugleich sicherzustellen, dass die vorher als relevant bewerteten Themenfelder abgedeckt werden (Vogel 2019). Im Verlauf der Fokusgruppendiskussion soll die Moderation jedoch das subjektive Interesse zurückstellen und lediglich zum Gesprächsaufbau und -erhalt eingreifen (Bohnsack 2002; Helfferich 2011). Die Schwerpunkte sowie die Reihenfolge, Dauer und Intensität der angesprochenen Themen werden im Verlauf der Diskussion von den Gruppenmitgliedern selbst bestimmt (Bohnsack 2002). Nachfragen der Moderation sollten zunächst nur für den Erhalt des Diskussionsflusses erfolgen (immanente Nachfragen) und thematische Vertiefungen sowie neue Themen werden an das Ende der Diskussion gestellt (exmanente Nachfragen) (ebd.). Um die anschließende Auswertung des Datenmaterials zu erleichtern, kann die Diskussion mithilfe von Tonband oder Videogerät dokumentiert werden (Lamnek 2010). Es bestehen in der Literatur verschiedene Auffassungen bezüglich der geeigneten Gruppengröße, wobei ein Gruppenumfang von fünf bis zwölf Teilnehmenden akzeptabel scheint. Eine kleine Gruppe generiert gegebenenfalls weniger ergiebiges Datenmaterial, wohingegen eine große Gruppe die Gefahr von Fremdheit, Untergruppen und des Verstummens einzelner Teilnehmender birgt (Lamnek 2010; Mayring 2016).

Aufgrund der methodischen Erläuterung wird die Fokusgruppendiskussion als geeignetes Instrument zur Beantwortung der Fragestellung bewertet. Die Methode wird der Zielsetzung, Einflussfaktoren beim Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Strategien im ländlichen Raum gemeinsam mit den Adressat*innen herauszufinden, gerecht.

3.3 Durchführung und Auswertung

Für die Umsetzung des Forschungsvorhabens wird in den nächsten Unterkapiteln zunächst das Sample sowie die Durchführung der Fokusgruppendiskussion im Landkreis Hameln-Pyrmont beschrieben. Anschließend folgt die Darstellung der Datenanalyse.

3.3.1 Sample

Wie zuvor aufgeführt, wird erwartet, dass es in jeder Kommune aufgrund verschiedener Gegebenheiten auch unterschiedliche Einflussfaktoren bei dem Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Strategien gibt. Eine Generalisierung über eine Kommune hinaus ist hierbei nicht unbedingt zweckführend (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014). Die Auswahl der Diskussionsteilnehmenden in Fokusgruppen-diskussionen hat im Unterschied zu quantitativen Designs nicht unbedingt das Ziel, eine verkleinerte Darstellung der Verteilung in der Grundgesamtheit zu erlangen (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014). Vielmehr kann hier ein Abbild der Mehrdimensionalität des Untersuchungsgegenstands angestrebt werden (Lamnek 2010). Eine Sättigung des Samples kann hierbei nicht erwartet werden (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014).

Für die durchgeführte Fokusgruppendiskussion wurde eine möglichst heterogene Zusammensetzung der Diskussionsteilnehmenden angestrebt, um sowohl auf der fachlichen-, als auch der hierarchischen Ebene die größtmögliche Variation an Ansichten zu erreichen. Kriterien der Stratifizierung könnten hierbei beispielsweise Arbeitsbereich, Berufserfahrung oder Funktion in der zusammengestellten Gruppe sein. Vor diesem Hintergrund wurde für die Durchführung der Fokusgruppen-diskussion in Hameln-Pyrmont die bestehende Zusammensetzung der Steuerungsgruppe der Gesundheitsregion eingeladen. Darüber hinaus wurden lokale Akteur*innen angefragt, die im Bereich Gesundheit tätig, jedoch (noch) nicht feste Mitglieder der Gesundheitsregion sind. Damit ist die Gruppe einerseits eine Realgruppe, da die Gruppenmitglieder schon vor der Erhebungssituation gemeinsam vom Diskussionsgegenstand betroffen sind. Andererseits arbeiten die Personen jedoch nur teilweise in dieser speziellen Konstellation im Alltag

miteinander. Der Termin und die Zusammensetzung der Fokusgruppe wurde durch die Koordination der Gesundheitsregion vorgenommen. Damit wurden die Teilnehmenden gezielt eingeladen und nicht nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Der Einladung folgten sechs der 25 Steuerungsgruppenmitglieder sowie ein (noch) externes Mitglied. Weiterhin war bei der Diskussion ein*e Mitarbeiter*in der LVG & AFS anwesend, welche im Rahmen gesundheitsförderlicher Prozessbegleitung mit Personen der Stichprobe im Landkreis zusammenarbeitet. Aufgrund der geringen Anzahl an Rückmeldungen fand keine Auswahl nach den dargestellten Kriterien statt. Damit ergibt sich ein Sample aus sieben diskutierenden Personen, von denen alle im kommunalen Kontext im Landkreis Hameln-Pyrmont tätig sind. Die Teilnehmenden zeichnen sich durch unterschiedliche Arbeitsbereiche sowie verschiedene Funktionen im Themenfeld Gesundheit aus und sind darüber hinaus auf unterschiedlichen hierarchischen Ebenen tätig: Drei Personen sind Mitglieder der kommunalen Verwaltung, die restlichen Personen sind mitarbeitende, beziehungsweise vertretende Personen lokaler Institutionen, oder anderweitig in kommunalen Prozessen unterstützend aktiv. Wie schon angedeutet, wird darauf geachtet, dass die Diskussionsteilnehmenden in einem möglichst geringen hierarchischen Verhältnis stehen, um einen freien und wahrheitsgemäßen Austausch ermöglichen zu können. Dennoch muss berücksichtigt werden, dass die Personen sich untereinander kennen und miteinander arbeiten, wodurch eine gewisse Einschränkung und Beschönigung des Gesagten (Antwortverzerrung) sowie die Problematik der sozialen Erwünschtheit grundsätzlich angenommen werden muss (Diekmann 2012).

3.3.2 Datenerhebung

In der Vorbereitung auf die Fokusgruppendiskussion wurde ein Diskussionsleitfaden mit Ober- und Unterfragen formuliert, welcher als Orientierungshilfe für die moderierende Person fungiert (Lamnek 2010; Schulz 2012). Dieser wurde nach dem SPSS-Prinzip erstellt (SPSS = sammeln, prüfen, sortieren, subsummieren) (Helfferich 2011). Der Leitfaden beinhaltet Fragen zu dem übergreifenden Thema *integrierte kommunale Strategien* sowie zu *förderlichen und hemmenden Faktoren bei der Umsetzung von integrierten kommunalen Strategien*. Ferner sollte überlegt werden, wo die Teilnehmenden *Veränderungspotenziale sehen, um integriertes*

Arbeiten zu fördern. Pro Themengebiet gibt es mindestens eine wichtige Oberfrage, welche in der Diskussion beantwortet werden sollte, sowie mehrere Unterfragen. Die Unterfragen können in verschiedenen Situationen in der Diskussion zum Einsatz kommen, beispielsweise zur inhaltlichen Vertiefung, zur Überleitung zu einem neuen Themengebiet, oder zur Klärung missverstandener Fragen und Verhinderung thematischer Abschweifungen (Kitzinger 1995; Przyborski & Riegler 2010). Ferner beinhaltet der Leitfaden spezifische Nachfragen, mithilfe dessen unter anderem detailliertere Informationen zu einer Aussage erlangt, oder weniger aktive Diskussionsteilnehmende in das Gespräch integriert werden können. Prinzipiell ist bei der Fragenkonzeption auf eine offene und explorative Formulierung zu achten, wobei alle Teilnehmenden durchgehend zu adressieren sind, damit die Verteilung von Redebeiträgen geringstmöglich beeinflusst wird. Der Leitfaden ist dem Anhang V zu entnehmen. Für die Dokumentation der non-verbalen Kommunikation wurde ein Beobachtungsprotokoll entworfen, in welchem Erzählstil, Erzählbereitschaft sowie besondere Auffälligkeiten der Diskussionsteilnehmenden und der Räumlichkeiten festgehalten werden. Das Beobachtungsprotokoll ist dem Anhang VI zu entnehmen.

Die Diskussion fand am 21. März 2019 in den Räumlichkeiten der Landkreisverwaltung Hameln-Pyrmont statt und war für etwa zwei Zeitstunden angesetzt. Dies hatte zum Vorteil, dass die Teilnehmenden keinen zusätzlichen Reiseweg auf sich nehmen mussten. Da es sich um einen wechselseitigen Austausch handelte, sollten die Teilnehmenden mitsamt Moderation in einer kreisförmigen Konstellation sitzen. Zu Beginn der Fokusgruppendiskussion wurden Getränke bereitgestellt. Nach einer Begrüßung wurden die auditive Aufzeichnung des Gesprächs und der Datenschutz erklärt. Grundsätzlich ist die Erhebung und Auswertung personenbezogener Daten zu Forschungszwecken nur mit Einwilligung der befragten Personen zulässig. Dafür wurden die Diskussionsteilnehmenden im Vorfeld über Umfang und Zweck der Nutzung der persönlichen Daten aufgeklärt. Anschließend wurde den Teilnehmenden eine unterschriebene Erklärung über die Verschwiegenheit und Anonymisierung der erhobenen Daten ausgehändigt. Weiterhin wurde die Zustimmung zur Datenverwendung im Rahmen des Forschungsvorhabens sowie zur freiwilligen Teilnahme von den Diskussionsteilnehmenden unterschrieben. Das umfangreiche Datenschutzkonzept ist dem

Anhang IV zu entnehmen und wurde nach den Richtlinien des Konzeptes „Ethik und Datenschutz im Kontext qualitativer Forschung“ der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung (AKG) entworfen (Müller et al. 2009). Auf eine Videoaufnahme der Diskussion wurde bewusst verzichtet, um die Befragten nicht zu verunsichern und damit Verzerrungen der Ergebnisse zu verhindern (Schulz 2012). Anschließend erfolgte eine Erklärung des Ablaufs der Fokusgruppendiskussion. Dabei sollten sich die Teilnehmenden auf die Situation einlassen und untereinander ein Gruppengefühl erzeugen, um in der abschließenden Diskussion einen respektvollen Umgang zu sichern und die Beiträge möglichst sinnvoll und konstruktiv zu halten. Damit war der anfängliche Teil des Ankommens und der Formalitäten abgeschlossen. Es folgte eine Vorstellungsrunde und der Einstieg in die Fokusgruppendiskussion. Als Startimpuls wurden die Teilnehmenden dazu aufgefordert, ihre Assoziationen zu dem Begriff *integrierte kommunale Strategie* zu nennen. Dadurch sollte das Interesse der Gruppenmitglieder an der zu diskutierenden Thematik geweckt werden und ein einfacher und freier Einstieg in die Diskussion ermöglicht werden. So mussten die Teilnehmenden nicht direkt zu Beginn über subjektive Erfahrungen berichten, sondern konnten zunächst einen allgemeinen Einstieg in die Thematik finden. Im Verlauf der Erhebung wurde sich an den Prinzipien der Leitung von Gruppendiskussionen nach Bohnsack (2002) orientiert. Demnach war die gesamte Gruppe Adressatin der Fragen (1), es wurden Themen vorgeschlagen und keine Propositionen vorgegeben (2), die Fragen wurden demonstrativ vage gehalten (3) und es wurde nicht in die Verteilung von Redebeiträgen eingegriffen (4) (Bohnsack 2002: 316f.). Da einige Diskussionsmitglieder Anschlusstermine wahrnehmen mussten, fand keine abschließende Reflektion der inhaltlichen Diskussion statt.

3.3.4 Datenanalyse

Um die nachfolgende inhaltliche Interpretation der Ergebnisse der Fokusgruppendiskussion zu vereinfachen, wurde die gesamte Diskussion mit Einverständnis der Teilnehmenden mit einem Audiogerät aufgezeichnet und im Nachgang mithilfe der Transkriptionssoftware „f4transkript“ verschriftlicht. Ein bedeutender Nachteil der Transkription ist, dass non-verbale Kommunikation oft wegfällt und nicht schriftlich festgehalten werden kann. Um diesen Nachteil

auszugleichen, wurde jedoch ein Beobachtungsprotokoll geführt (Schulz 2012). Darüber hinaus wurde ein Transkriptionsleitfaden erstellt, um eine einheitliche Vorgehensweise beim Transkribieren festzulegen. Die angewandten Transkriptionsregeln sind dem Anhang VII zu entnehmen. Zudem ist insbesondere bei der Auswertung einer Fokusgruppendiskussion ein Datenschutzkonzept unabdinglich. Das Gesagte soll nicht auf die Teilnehmenden zurückzuführen sein, weswegen ihnen bei der Transkription Pseudonyme gegeben und besonders personenspezifische Textstellen unkenntlich gemacht wurden.

Aufgrund des breiten Erkenntnisinteresses qualitativer Forschung finden sich in der Literatur verschiedene Methoden für die Auswertung qualitativer Erhebungen (Schreier 2014). Umfassende, qualitative Auswertungen sind oft zeitaufwendig, wodurch häufig primär hinsichtlich der Projektzielsetzung ausgewertet wird. Je nach Forschungsinteresse, Fragestellung und Rahmenbedingungen muss die Methode zielführend ausgewählt und angepasst werden (Tausch & Menold 2015). Da Fokusgruppendiskussionen aufgrund der explorativen Herangehensweise inhaltlich weitestgehend offen sind, gibt es auch hierfür keine Standard-Auswertungsmethode. Ein geläufiges Verfahren zur Analyse qualitativer Daten ist die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (Schreier 2014). Der Fokus dieser Auswertungsmethode liegt auf der qualitativ-interpretativen Analyse von thematisch-inhaltlichen Ergebnissen (Mayring & Fenzl 2019). Es existieren verschiedene Unterformen der qualitativen Inhaltsanalyse. Ihnen allen gemeinsam ist jedoch die Auswertung des Materials mithilfe von Kategorien (Schreier 2014). Im Falle dieser Erhebung fiel die Wahl der Auswertung auf die Unterform der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Diese wurde gewählt, da die offene, explorative Fragestellung auf die Erkenntnisgewinnung von Einflussfaktoren bei der Umsetzung integrierter kommunaler Strategien abzielte und so eine Auswertung der inhaltlichen Schwerpunkte angemessen erschien (Kuckartz 2012).

Der Vorgang einer inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse besteht darin, „[…] ausgewählte inhaltliche Aspekte zu identifizieren, zu konzeptualisieren und das Material im Hinblick auf solche Aspekte systematisch zu beschreiben […]“ (Schreier 2014: 5). Dabei werden Kategorien deduktiv aus der Theorie gebildet und anhand des Datenmaterials induktiv weiter ausgebaut und spezifiziert (Mayring & Fezel

2019; Kuckartz 2012). Bei der Analyse werden die Aussagen paraphrasiert und inhaltlich generalisiert, sodass thematisch passende Bereiche zusammengefasst werden können (ebd.). Die Kategorien stellen dabei eine Kurzfassung der Auswertungsbereiche dar, wobei eine Einteilung in verschiedene Kategorien anhand eines Kodierleitfadens verdeutlicht wird (Maring 2017). So können wichtige Themen und Hauptkategorien aus dem Material hervorgehoben (deduktiv) und ergänzend die Gesamtheit des Materials durch Zusammenfassungen und Subkategorien reduziert werden (induktiv) (ebd.; Kuckartz 2012). Im Laufe des Prozesses kann das Kategoriensystem bei Bedarf modifiziert werden. Das gesamte Material sollte jedoch schließlich anhand eines passenden Kategoriensystems analysiert werden und die Ergebnisse sollten interpretiert sowie auf die Forschungsfrage zurückgeführt werden (Schreier 2014). Die vorliegende Untersuchung zielt primär auf eine explorative Analyse der Einstellungen und Bewertungen der kommunalen Akteur*innen ab, um aus diesen Handlungsempfehlungen für die kommunale Arbeit im Landkreis abzuleiten. Eine inhaltlich strukturierende Analyse der Daten eignet sich, um das erhobene Datenmaterial der Fokusgruppendiskussion zu reduzieren, zu verdichten und zusammenzufassen. Dadurch können ein detaillierterer Erkenntnisgewinn und die Beantwortung der Fragestellung gewährleistet werden (Mayring 2016).

Auf Basis der dargestellten Analysemethode wurden bei der vorliegenden Arbeit zunächst aus der Fragestellung und dem Leitfaden die Kategorien *Verständnis integrierter kommunaler Strategien* sowie *förderliche und hemmende Faktoren integrierter kommunaler Strategien* deduktiv festgelegt. Weiterhin wurden Kategorien nach der Transkription, aber vor der Kodierung, aus dem Material induktiv ergänzt. Alle Kategorien beinhalten zusammenfassende Themenbeschreibungen auf verschiedener Abstraktionsebene. Zum Beispiel: Förderliche Faktoren → Zusammenarbeit mit verwaltungsexternen Akteur*innen. So wurden die folgenden fünf Hauptkategorien festgelegt, denen mehrere Unterkategorien angehören:

1. Verständnis integrierter kommunaler Strategien
2. Förderliche Faktoren
3. Hemmende Faktoren
4. Handlungsempfehlungen
5. Der ländliche Raum

Anschließend wurde eine Kategorienbeschreibung sowie eine Übersicht der Ebenen mit einem Beispiel erstellt, sodass ein einheitlicheres Verständnis über die Bedeutung der Kategorienbezeichnungen geschaffen werden konnte (s. Anhang VIII). Aussagen, die nicht eindeutig den Beschreibungen zuzuordnen waren, wurden der jeweils höhergeordneten Kategorie zugeordnet.

Bei der anschließenden Kodierung wurden mithilfe des Analyseprogramms „f4analyse“ aufgezeichnete Aussagen im Transkript passenden Kategorien zugeordnet. Die Kategorien wurden während des Kodierens weiterentwickelt und durch induktive Subkategorien ergänzt. Hierbei fand aufgrund inhaltlicher Überschneidungen teilweise eine Zuordnung von Textstellen zu mehreren Kategorien statt. Im abschließenden Schritt wurde eine inhaltliche Analyse durchgeführt. Dabei wurden alle Inhalte nach Mayring (2017) paraphrasiert, generalisiert, zusammengefasst und interpretiert. Darüber hinaus wurden nonverbale Ergebnisse der Beobachtung der Diskussionen, die nicht in direktem Zusammenhang mit Aussagen der Diskussionsteilnehmenden standen, gesondert festgehalten. So konnten Aspekte, die aus der Transkription nicht ersichtlich wurden, wie beispielsweise Einstellungen zu Gesprächsabschnitten oder Gruppennormen, sowie das Verhältnis der Teilnehmenden zueinander, anschließend mit in die Ergebnisse und die Diskussion einfließen.

4 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Fokusgruppendiskussion dargestellt und interpretiert. Die Auswertung erfolgt sortiert in Kategorien. Zunächst werden Beiträge zum Verständnis des Konzeptes integrierter kommunaler Strategien sowie zu förderlichen und hemmenden Faktoren bei der Umsetzung dieser ausgewertet. Anschließend erfolgt die Identifikation besonderer Herausforderungen für den ländlichen Raum und abschließend werden aus den Diskussionsinhalten Verbesserungsvorschläge und Handlungsempfehlungen für kommunale Akteur*innen sowohl auf Ebene der Verwaltung als auch auf Ebene der Kommunalpolitik im Landkreis Hameln-Pyrmont abgeleitet.

4.1 Verständnis integrierter kommunaler Strategien

Um förderliche und hemmende Faktoren bei der Umsetzung integrierter kommunaler Strategien identifizieren zu können, soll mithilfe der Einleitungsfrage zunächst herausgefunden werden, was die Befragten unter dem Konzept integrierter kommunaler Strategien verstehen. Hierbei ist auffällig, dass der Begriff in der Diskussion als solcher kaum verwendet wird, sondern eher die Wörter „Vernetzung“, „Netzwerk“ oder „Zusammenarbeit“ herangezogen werden, um integriertes kommunales Arbeiten zu beschreiben (Transkript 1, Absatz 32). Es ist zudem erkennbar, dass die Umsetzung der Gesundheitsregion als integrierte kommunale Strategie wahrgenommen wird, in der eine Steuerungsgruppe als Planungs- und Steuerungsinstanz agiert. Auf die Frage, was unter einer integrierten kommunalen Strategie verstanden werde, entstand folgender Dialog:

> *„B6: Haben wir den beschlossen eigentlich? ((alle lachen)) Also das würde man ja grundsätzlich beschließen. Ich weiß jetzt gar nicht (unv.), wie konkret wir das getan haben.*
>
> *B1: Naja, indem wir die Gesundheitsregion gegründet haben und eine Steuerungsgruppe eingesetzt haben. (B6: Guter Anfang!) Ja, das ist ein guter Anfang. Ja, genau“ (Transkript 1, Absatz 19 - 20).*

Die Zusammensetzung der Mitglieder der Gesundheitsregion zeigt, dass in der Steuerungsgruppe der Gesundheitsregion sowohl verschiedene Verwaltungs-ressorts als auch externe Akteur*innen anderer Institutionen vertreten sind und an den anlassbezogenen Arbeitsgruppen alle relevanten und interessierten Fachkräfte im Landkreis beteiligt werden. Die Gesundheitskonferenzen richten sich darüber

hinaus an alle Personen, die sich direkt oder indirekt mit Gesundheitsthematiken befassen. Weiterhin berichten die Diskussionsteilnehmenden über verschiedene Arbeitskreise, die sich mit unterschiedlichen inhaltlichen Fragestellungen zum Thema Pflege befassen und als solche in der Gesundheitsregion auch etabliert und anerkannt sind. Als zentrale Herausforderungen hätte sich im Landkreis Hameln-Pyrmont der demographische Wandel und die damit zusammenhängende ärztliche Versorgung im ländlichen Raum herausgestellt, da dies die prioritär bearbeiteten Themenfelder mit dem am dringlichsten wahrgenommenen Handlungsbedarf sind. Dennoch wird die Gesundheitsregion als gemeinsame kommunale Strategie zur Gesundheitsförderung und Prävention verstanden und dabei nicht auf die Themen Pflege und Ärztemangel reduziert. Darüber hinaus wird erwähnt, dass eine integrierte kommunale Strategie lebensphasenübergreifend und zur Förderung der Gesundheit aller Personen im Landkreis ausgelegt sein solle. Dies gelänge jedoch derzeit nur bedingt. Es stellt sich heraus, dass eine integrierte kommunale Strategie besonders effizient in Bezug auf eine bestimmte Altersgruppe, beispielsweise Kinder, oder auf eine konkrete Herausforderung, wie dem Ärztemangel in ländlichen Räumen, umgesetzt werden könne. Eine Person ergänzt, dass unter einer Strategie lediglich ein Handlungsrahmen verstanden werde, in welchem sich einem Thema genähert und dieses bearbeitet werden könne. Eine übergreifende Strategie für Gesundheitsförderung und Prävention über die gesamte Lebensspanne hinweg sei aber das ursprüngliche Ziel gewesen und solle in Zukunft stärker in den Fokus genommen werden. Ferner zeigt sich, dass die Teilnehmenden für ein integriertes Zusammenarbeiten sowohl die Kooperation mit kommunalen Vertreter*innen, Krankenkassen und freien Trägern, als auch mit anderen örtlichen Einrichtungen und Institutionen als wichtig erachten. Auch wird der Verbesserung beziehungsweise dem Ausbau der verwaltungsinternen Zusammenarbeit eine große Bedeutung zugemessen. Der Entwicklungsprozess vom „Kirchturmdenken“ (Transkript 1, Absatz 80) hin zur ressortübergreifenden Zusammenarbeit in der Kreisverwaltung wird als unüblich und neuartig beschrieben, wie folgendes Zitat unterstreicht:

> *„B1: […] Nicht nur über die Verwaltung hinaus, sondern auch innerhalb der Verwaltung. Also wir haben sehr getrennt gearbeitet und wussten am Anfang überhaupt nichts voneinander ((Zeigt auf B3, B3 nickt)). Und das hat sich wirklich erst im Laufe der Zeit ergeben und das also jetzt (anonym) das sehe ich jetzt wirklich als, ja als eine neue Zusammenarbeit dann an. Also wir haben uns vorsichtig an (anonym) angenähert […] aber natürlich soll es auch weitergehen, also auch das, was eben ja für mich integrierte kommunale Strategie ist, es soll eben wirklich in alle Richtungen weitergehen […]“ (Transkript 1, Absatz 23 - 24).*

Die Aufgabenbereiche innerhalb einer integrierten Strategie wie der Gesundheitsregion seien primär strukturschaffende und organisatorische Tätigkeiten, wie beispielsweise die Initiierung von Arbeitsgruppen, um Akteur*innen interdisziplinär und themenübergreifend zusammenzubringen. Durch die arbeitsbereichsübergreifende Zusammensetzung sei es möglich, bestehende Angebote themenspezifisch aufeinander abzustimmen und transparent zu machen sowie Informationen in alle Richtungen zu streuen. So ermögliche eine horizontale Vernetzung ressourcensparendes und bedarfsgerechtes Arbeiten auf kommunaler Ebene. Die Funktion der Koordinierung der Gesundheitsregion wird wie folgt resümiert:

> *„[Anonym]: Bis jetzt ist es eben, ja, viel Information walten zu lassen, zu kooperieren und auch die Angebote im Raum aufeinander abzustimmen und von daher ergibt sich das, dass man mit Menschen reden muss, wenn man das möchte ((lacht))“ (Transkript 1, Absatz 16).*

Die Diskussionsinhalte zeigen, dass integrierte kommunale Strategien ähnlich wie das in der Literatur beschriebene Konzept gelebt, jedoch selten als solche benannt werden. Darüber hinaus wird das Prozesshafte an einer integrierten kommunalen Strategie hervorgehoben, als ein sich selbst erneuerndes System, welches Raum zur Weiterentwicklung benötige und nie fertig sei.

4.2 Förderliche Faktoren

Zunächst kann festgestellt werden, dass die Teilnehmenden im Laufe der Diskussion größtenteils auf die unterstützenden Faktoren der integrierten Zusammenarbeit zu sprechen kommen. Außerdem ist an dieser Stelle festzuhalten, dass viele der genannten förderlichen Faktoren gleichzeitig hemmende Faktoren spiegeln, wodurch sich die Inhalte der Kapitel förderlicher und hemmender Faktoren teilweise überschneiden. Wie sich schon bei der Darstellung der Begriffsbestimmung gezeigt hat, wird in der Diskussion häufig in Bezug auf Zusammenarbeit über integrierte kommunale Strategien gesprochen. Deswegen werden die folgenden Ergebnisse auch hinsichtlich der Herausforderungen und Perspektiven integrierter Zusammenarbeit interpretiert.

4.2.1 Vorbereitung integrierter Strategien

Die Vorbereitungsphase einer integrierten kommunalen Strategie wird als besonders herausfordernd wahrgenommen, da das Zusammenkommen und Zusammenarbeiten vieler (Vor-)Gespräche bedürfe und sehr zeitintensiv sei. Der **persönliche Kontakt zwischen den Akteur*innen** sei nicht nur für die nachhaltige Zusammenarbeit wichtig, sondern wird insbesondere im Aufbauprozess als förderlicher Faktor genannt. Durch persönliche Gespräche können innerhalb der Zuständigkeiten Themenüberschneidungen identifiziert und so Doppelstrukturen sichtbar gemacht und in den Fokus der handelnden Akteur*innen gerückt werden. Weiterhin werden Bedarfslücken geschlossen und Ressourcen gespart:

> *„B1: Ja, also es muss einer tun. Es muss einer wirklich auf die anderen zugehen und sagen ‘Wir setzen uns jetzt einfach mal zusammen, wir haben bestimmt Themen, die wir gemeinsam besprechen müssten‘ und da kommt, also jedenfalls die Erfahrung habe ich gemacht, da kommt immer was Gutes bei raus, wenn man sich mit jemandem persönlich zusammensetzt und eben mal das durchdiskutiert und dann entdeckt man eben Themen, wo man eben sagen kann ‚Jo, das wäre vielleicht da ganz gut aufgehoben, da wäre noch jemand, der da mitarbeiten kann‘, oder man sagt eben ‚das ist ja eine absolute Lücke hier bei uns‘ […]“ (Transkript 1, Absatz 37).*

Hilfreich könne dabei sein, bereits **vorhandene Netzwerke als Ausgangspunkt für eine Zusammenarbeit** zu nutzen, um diese in das gesamte Konzept der integrierten Strategie zusammenzuführen und anschließend die entstandene Gruppierung bedarfsgerecht zu erweitern. Dabei wären alle für das Thema relevanten Akteur*innen einzuladen, auch wenn eine Zusammenarbeit zunächst unüblich und regelwidrig erscheine. Es wird festgestellt, dass die Umsetzung dieses ersten Schrittes unabdinglich sei, gleichzeitig wird die Anfangsphase als besonders mühsam und schwerfällig beschrieben. Hilfreich sei es, positive Mitstreiter*innen für eine Zusammenarbeit zu gewinnen, die sich motivierend und unterstützend beim Strukturaufbau beteiligen können.

> *„B2: […] dass das eben ganz wichtig war, erst die Strukturen zu schaffen, also erst zu gucken, wo finde ich Mitstreiter, die in der Lage sind, bereit sind, das Thema positiv zu besetzen. Wo kann ich Schwung mitnehmen, wo kann ich selber Impulse setzen“ (Transkript 1, Absatz 13).*

Als besonders wichtig bei der Umsetzung einer integrierten kommunalen Strategie ist laut der Diskussionsteilnehmenden die **Definition von Zielen**. Auch diese sollten gemeinsam mit allen relevanten und interessierten Akteur*innen entwickelt werden, da so der persönliche Nutzen der Mitglieder erkannt und zu einer anfänglichen und

nachhaltigen Beteiligung motiviert werden könne. Bei der Festlegung gemeinsamer Ziele wären diese jedoch stets zu reflektieren und bei Bedarf zu ändern oder anzupassen. Wie bereits erwähnt, verstehen die Teilnehmenden eine integrierte kommunale Strategie als einen Prozess, sodass aufgrund der Veränderung von Themen und Inhalten, Wechsel der beteiligten Akteur*innen oder der Identifizierung neuer Herausforderungen auch die gemeinsamen Ziele dynamisch seien.

Als ein weiteres förderliches Kriterium einer integrierten kommunalen Strategie wird der Erlass einer **verwaltungsinternen Entscheidung**, besser noch eines (politischen) Beschlusses benannt, da so eine begründete Verbindlichkeit hergestellt werden könne. Ein politischer Auftrag gebe dem Vorhaben mehr Nachdruck und wirke darüber hinaus positiv auf die Außendarstellung. Die Gruppe spricht in diesem Zusammenhang zudem darüber, dass die Entwicklung einer **Organisationsstruktur in Steuerungs- und Arbeitsgruppen** für die Umsetzung integrierter kommunaler Strategien förderlich sei. Mittels Steuerungsgruppen könne ein Rahmen für Themen und Interessen der Zielgruppe ermöglicht werden. Auch dabei handele es sich um eine flexible Gruppierung, die für alle relevanten lokalen Akteur*innen aus dem Bereich Gesundheit und darüber hinaus offen sei und sich je nach Bedarf thematisch und personenbezogen weiterentwickeln könne. Durch die Aufteilung in Steuerungs- und Arbeitsgruppen könne schnell und zielführend gearbeitet werden, gleichzeitig ermögliche es auch die Generierung neuer Ideen sowie die Entwicklung lokalspezifischer Projekte. Es wird betont, dass auf diese Weise passgenaue Angebote für die regional sehr unterschiedlichen Gemeinden entwickelt und Informationen in die Fläche getragen werden können. Diese Gruppierungen fungieren zudem nicht nur als Kontaktadresse für externe Partner*innen und Interessierte, sondern auch intern als Austauschplattform, um sich bei Schwierigkeiten niedrigschwellig konsultieren zu können und gegenseitige Lernprozesse zu fördern. Die positive Zusammenarbeit im Rahmen dieser Gruppierungen wird in der Diskussion folgendermaßen beschrieben:

> *„B2: Auf einmal spricht (anonym) mit uns auf Augenhöhe. Also das sind ja regelmäßig teilnehmende Vertreter an unseren Steuerungssitzungsgruppen, die kommen von weit her, aus Hannover und sonst so und abends um acht und sind noch da auf der Höhe, weil das interessant ist und weil wir eine (.) gut funktionierende Arbeitsgemeinschaft sind, die wirklich Themen voranbringt. Wenn man da drinsitzt, merkt man ja manchmal auch, wie sich aus dem Zusammenspiel von zwei, drei Wortmeldungen auf einmal irgendwie in Kürze ein Konzept entwickelt, wo man sagt ‚Mensch, da müssen wir nochmal hingucken, da kann was draus werden, oder an der Stelle haben wir gemeinsame Interessen', ne?*

> *Alleine das zu identifizieren, hier sitzt kein Gegeneinander, sondern wir können uns wechsel-, das klingt jetzt sehr idealistisch, aber wir können uns wechselseitig bei unseren Problemen, oder bei unseren Aufgaben, die sich uns stellen, unterstützen und helfen und der eine hat das und der andere hat das. Und auch die Erkenntnis, wir haben alle dieselben Probleme oder so, kann da sehr hilfreich sein. […] und dann kommt dazu die persönliche Ebene, ne? Dann sitzt da Herr sowieso und beim nächsten Mal denke ich ‚ach, den kann ich ja mal anrufen, wie machen die das denn?' (B3: Mhm (bejahend)" (Transkript 1, Absatz 86).*

Bei der Initiierung einer Zusammenarbeit sei es wichtig, häufig bestehendes Misstrauen aus dem Weg zu schaffen und mögliche **Konkurrenzgedanken zu beseitigen**. Wenn eingesehen werde, dass gemeinsam mehr bewegt werden könne und Ressourcen gespart werden können, sei dies auch für eine nachhaltige Zusammenarbeit förderlich. Dies wiederum könne einerseits die Motivation erhöhen, aber auch Verbindlichkeit erzeugen und dadurch auch bei der Generierung von Fördermitteln helfen. Kontrovers diskutiert wird, ob Personen von der Arbeitsebene oder von einer höheren, **leitenden Ebene in Arbeits- und Steuerungsprozesse eingebunden** werden sollten. So vertreten einige Diskussionsteilnehmende die Meinung, auf operativer Ebene können schneller Ergebnisse erzielt werden, wohingegen andere argumentieren, es bräuchte Führungskräfte, um ausschlaggebende Veränderungen bewegen zu können. Es wird sich darauf geeinigt, dass Zusammenarbeit auf Arbeitsebene gut funktioniere, es aber der Unterstützung der Leitungsebene bedarf, um strukturelle Umgestaltungen vornehmen zu können. Um dennoch alle Ebenen zu beteiligen, könne einerseits die Etablierung eines gemeinsamen **Verständnisses der Thematik**, wie die oben genannten gemeinsamen Ziele oder die Festlegung eines Leitbildes, mit dem sich Beteiligte aller Ebenen identifizieren können, hilfreich sein. Weiterhin muss dafür laut der Diskussionsteilnehmenden die **Grundhaltung** des versäulten Arbeitens innerhalb der Kommunalverwaltung aufgeweicht, aber auch die Einstellung einiger externer Akteur*innen, welche sich von der Thematik distanzieren, geändert werden. Der Gedanke, Gesundheit als übergreifendes Thema betreffe alle, sei nicht bei jedem angekommen und es bedürfe nach wie vor persönlicher Gespräche und Überzeugungsarbeit, wie folgendes Zitat verdeutlicht:

> *„B2: Einmal waren wir bei so einer Gesundheitskonferenz und da war man echt so ein bisschen, ja die machen da irgendwas und wollen vielleicht mit uns gar nichts zu tun haben, also da und in dem Moment, wo wir uns mal zusammengesetzt haben und einander kennengelernt haben, dann hat man eigentlich gemerkt, oh, wir haben eigentlich die gleichen Ziele und die gleichen Gedanken und es ist überhaupt keine Konkurrenz da, sondern es ist wirklich ein gutes Miteinander. Und dieses persönliche Kennenlernen oder sich persönlich kennen, das ist, glaube ich, echt auch so die Basis, auch mit den*

> *Wohlfahrtsverbänden oder Einrichtungen, ja. Das ist einfach ein ganz anderes Arbeiten, wenn man sich persönlich kennt" (Transkript 1, Absatz 35).*

Die schriftliche Festlegung gemeinsamer Ziele könne auch diese beschriebene Problematik beheben. Darüber hinaus stelle sich eine **partizipative Vorgehensweise** als förderlicher Faktor heraus. Die Diskussionsrunde spricht sich für die Mitnahme aller Beteiligten aus und betont, dass die Zusammenarbeit für Interessierte stets offenbleiben muss. Außerdem müsse bedacht werden, dass jede Person auch in anderen Geflechten tätig sei, eine Haltung zu bestimmten Themen habe und diese auch vertrete. Diese unterschiedlichen Ansichten müssten immer wieder mit den gemeinsamen Zielen abgeglichen und vor dem jeweiligen Hintergrund diskutiert werden. Eine gute fachbereichsübergreifende Zusammenarbeit gelinge besonders dann, wenn sich die Mitglieder **auf Augenhöhe begegnen**, die Meinung anderer ernst genommen und einander fachlich respektiert werde. Diese Einstellung könne zu hoher Motivation in der Zusammenarbeit führen und daraus resultierend in guten Ergebnissen münden. Da ein solches Arbeiten ohne Hierarchien zeitaufwendig und gelegentlich mit Rückschlägen verbunden sei, bedürfe es einer hohen Ausdauer und Frustrationstoleranz. Man müsse sich an die herausfordernden Themen herantrauen und am Prozess stets weiterarbeiten. Die Beibehaltung einer positiven Grundeinstellung sowie starkes **Durchhaltevermögen** bei Niederlagen und dem Verlust oder dem Fernbleiben von Kooperationspartner*innen sei weiterhin gewinnbringend.

> *„B2: Und da würde ich einfach sagen, unsere Kernkompetenz liegt darin, dass wir beteiligen und nicht bevormunden und dass jeder erstmal gleich starker Partner im Thema ist und dass wir davon ausgehen, dass jeder Bereich eine Meinung hat, hinter der er auch steht und die er auch begründen kann aus seiner Sichtweise und dass es da wenig bringt, zu sagen ‚Nee, das machen wir jetzt komplett anders, oder wir haben eine viel bessere Idee', sondern, dass man wirklich in einer Reihen von Gesprächen- und das kostet manchmal, oder braucht auch Zeit- sich annähert und guckt. Manchmal ist es wirklich so, dass […] gar keine Widersprüche da sind, sondern, dass man erstmal diese Sorge aus dem Weg räumen muss. Da will mir jetzt einer was sagen, was er besser weiß als ich, ne? Und […] das baut Widerstände auf und diese Widerstände abbauen, in dem man wirklich immer wieder werbend in die Fachlichkeit hineingeht und sich anhört, was es da auch zu sagen gibt und daraus dann gemeinsam ein Gesamtbild entwickelt und entwirft. […] Wir sind ja alle auch Individuen, […] die in anderen Geflechten irgendwie funktionieren müssen und uns verantworten müssen, für das, was wir machen und das muss eben auch mitgedacht werden" (Transkript 1, Absatz 26).*

Die **Handlungsbereitschaft** der Akteur*innen wird überdies als förderlicher Faktor für eine Zusammenarbeit empfunden, wenn die Relevanz der Thematik groß sei. So würde sich bei einem hohen Maß an öffentlichem Druck und Aufmerksamkeit mit

Akteur*innen ausgetauscht, die bereits in dem Themenfeld aktiv wären oder diesbezüglich neue Ideen hätten. Für die Umsetzung integrierter kommunaler Strategien wird eine **Ansiedlung der Steuerungsgruppe an die Verwaltung des Landkreises** trotz vieler erschwerender Faktoren als sinnvoll erachtet, da so alle Gemeinden in den Blick genommen werden und der Landkreis als neutraler Akteur zur Mitgestaltung einladen könne und Ideen nicht „übergestülpt“ (Transkript 1, Absatz 75) würden. Der Aspekt der Neutralität wird als besonders wichtig erachtet. So wird mehrfach betont, dass Netzwerke eher aus der kommunalen Struktur als durch einen freien Träger aufgebaut werden könnten. Weiterhin hätte der Landkreis einen Überblick über regionale Bedarfe und Bedürfnisse und handele im Sinne der Daseinsvorsorge im Wohle aller Personen und nicht aus wirtschaftlichen Interessen heraus.

4.2.2 Verstetigung integrierter Strategien

Im Verlauf der Fokusgruppendiskussion wird nicht nur über den Prozess der Entstehung einer Zusammenarbeit gesprochen, sondern immer wieder reflektiert, wodurch die Kooperation über mehrere Jahre aufrechterhalten wurde und was sich die Teilnehmenden für die nachhaltige Gestaltung wünschen. Im Hinblick auf die Verstetigung guter Zusammenarbeit sei **Verlässlichkeit** der Akteur*innen ein Gelingensfaktor. Auch hier zeigt sich, dass die Qualität der Kooperation abhängig von den beteiligten Personen ist. Insbesondere an dieser Stelle wird von den Diskussionsteilnehmenden mehrmals das Stichwort **Kommunikation** genannt, welche auf unterschiedlichen Ebenen die integrierte Zusammenarbeit beeinflusse. So können einerseits durch sensible Kommunikation Konkurrenzgedanken und Missverständnisse bei der Zuständigkeit aus dem Weg geschaffen werden, auf der anderen Seite könne durch effizientes Wissensmanagement im Bereich der Angebote ein Abbau von Parallelstrukturen erreicht und vorhandene Ressourcen effektiver und zielführender eingesetzt werden. Vor allem bei der Betrachtung hemmender Faktoren zeigt sich die Relevanz einer qualitativ hochwertigen Kommunikationsstruktur zwischen allen Beteiligten. In das Themenfeld Kommunikation fällt auch die gegenseitige **Anerkennung der Arbeit** als förderlicher Faktor. Das demokratisch gelebte Netzwerkarbeiten und die Öffnung nach außen sei insbesondere für die Verwaltungsarbeit untypisch und bedürfe daher einer

besonderen Wertschätzung. Auch die **positive Außendarstellung** der bisherigen Arbeit und gegenseitiges Feedback seien keine klassischen Merkmale von Verwaltungshandeln, würden aber die Anerkennung der Arbeit und damit auch den Zulauf hinsichtlich der Mitarbeit weiterer Personen stärken. Auf die Frage, was in Zukunft bei integrierten kommunalen Strategien unterstützend wirken könne, antwortet eine teilnehmende Person wie folgt:

> *„B7: Ich könnte mir einen Akt der Wertschätzung für die offene Arbeit vorstellen, also gerade weil es ja auch eine andere Arbeit ist als die klassische Verwaltungsarbeit, wenn man so in diesen Gremien sitzt und sich auch noch öffnet nach außen. Das ist ja wirklich […] eine tolle Angelegenheit. Ich sage ja vorhin demokratisch gelebt, also Demokratie gelebt. Und das nochmal zu wertschätzen, dass es auch hier Leute gibt, die dafür sozusagen ein bisschen den Boden bereiten, oder den Raum bieten und dass das auch tatsächlich eine verwalterisch wichtige Tätigkeit ist, eben um auch inhaltlich sozusagen die Ziele zu befördern, die man so hat, das fände ich gut. Und ich glaube, dann würden auch diese Gruppierungen sozusagen wirklich anerkannt und vielleicht wäre dann auch der Zulauf auch wieder da, auch von verschiedenen hierarchischen Ebenen, dass dann der Wert erkannt wird, wie wichtig das sein kann“ (Transkript 1, Absatz 134).*

Darüber hinaus entstünden in den vielen Gesprächsrunden Strategien und Projektideen, die im Landkreis vorantreibende Impulse setzten, daher müssten solche Gruppierungen von der Politik anerkannt und gestärkt werden. Eine **überregionale Vernetzung** und ein zielgerichteter Austausch mit anderen Kommunen könne bei der zukünftigen Weiterentwicklung helfen, so fungiere auch die Gesundheitsregion Hameln-Pyrmont bereits als Vorbild für andere Landkreise und Kommunen. Diese Tatsache stehe auch im Zusammenhang mit der betriebenen **Öffentlichkeitsarbeit**. Die Diskussionsteilnehmenden empfinden eine gute öffentliche Präsenz der Arbeit, sei es in Form von Veranstaltungen oder einer laufenden Internetpräsenz, als förderlich für die Zusammenarbeit mit neuen, externen Akteur*innen. Ein selbstbewusstes Auftreten in den lokalen Medien würde weiterhin die Nachhaltigkeit fördern, da so von mehr politischem Zuspruch und finanzieller Förderung ausgegangen werden könne. Insbesondere die monetäre Absicherung für Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention seien förderlich für die nachhaltige Zusammenarbeit.

4.3 Hemmende Faktoren

Obwohl bei der Fokusgruppendiskussion vorrangig über Faktoren gelingender Zusammenarbeit gesprochen wird, gibt es auch Diskussionen über Schwierigkeiten und Stolpersteine, welche die Zusammenarbeit erschweren. Zusammenfassend

werden die Themenbereiche Zuständigkeiten, Finanzierung sowie Zusammenarbeit mit verwaltungsexternen Akteur*innen diskutiert.

4.3.1 Zuständigkeitsbereiche

So wie Kommunikation ein förderlicher Faktor sein kann, so können fehlende oder unzureichende Kommunikationsstrukturen die Umsetzung integrierter kommunaler Strategien hemmen. Am häufigsten wird hierbei die Frage der **Zuständigkeiten** diskutiert. Im Gespräch wird deutlich, dass bei der Zusammenarbeit im Rahmen von Gesundheitsthemen häufig davon ausgegangen wird, eine andere Person oder eine andere Einrichtung könne für die Aufgabe verantwortlich sein. Vor allem die Beteiligung von Akteur*innen aus der Ebene der Landkreisverwaltung werde bei Prozessen auf Gemeindeebene oft als Einmischung empfunden. Im Gegensatz dazu gebe es Situationen und Bereiche, in denen insbesondere auf Verwaltungsebene keiner Verantwortung übernehmen möchte, wie folgendes Zitat zeigt:

> *„B1: […] Viele waren froh, haben gesagt ‚Ja, das geht jetzt in das Gesundheitsamt und dann sind die dafür zuständig und wir haben da nichts mit zu tun‘ und da haben wir anfangs gesagt ‚Nee, also Gesundheit geht uns ja alle an und jeder der hier im Hause mit, ob das Kinder sind, ob das Bauanträge sind und so weiter, das hat ja alles einen, im übertragenen Sinn, eine gesundheitsfördernde Wirkung für unsere Bevölkerung. Und unter diesem Kontext muss man dann sehen. Das setzt sich durch, aber es gibt immer Rückschläge […]“ (Transkript 1, Absatz 80).*

Einerseits erschweren gesetzliche Vorschriften in manchen Bereichen die Zusammenarbeit, andererseits bestünde in vielen Fällen schlicht Unklarheit bezüglich der Zuständigkeiten. Es wird festgestellt, dass Gesundheitsförderung keine gesetzlich festgelegte kommunale Pflichtaufgabe sei, obwohl die Teilnehmenden das Thema als wichtig erachten. Es wird nicht nur erkannt, dass Gesundheitsförderung im Bereich der kommunalen Verwaltungsstruktur in nahezu alle Dezernate einzuordnen sei und somit von verschiedenen Akteur*innen gemeinsam bearbeitet werden müsse, sondern auch, dass aufgrund teilweise nicht eindeutiger Gesetzgebung **klare Handlungsaufträge** bei kommunalen Akteur*innen fehlten. Daraus folge, auch bedingt durch finanzielle und personelle Mängel, ein Abschieben und Umverteilen der Aufgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention. Die Teilnehmenden empfinden diese Tatsache als bedauerlich und wünschen sich in dieser Hinsicht sowohl innerhalb der Verwaltung als auch zwischen öffentlichen und freien Trägern mehr **Transparenz**.

> *„B1: […] ja, das sind so Windmühlenflügel, gegen die man immer wieder läuft und wenn man lange im Geschäft ist […] gibt es immer wieder gut gemeinte Ansätze und da ist aber immer, hat immer schon einer Lobbyarbeit betrieben und auch nochmal so einen Stolperstein eingebaut, […] wo sie dann die Kontrolle nicht abgeben wollen, ne? Und das geht viel zu Lasten der kommunalen Träger und das führt eben auch dazu, dass wir manchmal mit unseren Kommunen über Dinge diskutieren müssen, die wir lieber gemeinsam lösen würden, aber keiner hat das Geld und dann […] geht der Verteilungskampf eben los und […] alle gucken immer so weg und sagen mitleidig ‚Naja, wenn die es nicht geregelt kriegen, deren Problem', aber im Grunde genommen müsste das so nicht sein, ne? Es werden Aufgaben verlagert, wenn man jetzt sagt, auch Gesundheitsförderung ist im eigentlichen Sinne gar nicht unsere Kernkompetenz, ne? Gleichwohl bindet das ziemlich viel Arbeitskraft und Potenzial. Schön ist, man bewegt auch was, also es macht ja Spaß da dran. Also dann wirklich zu sehen, im Kleinen funktioniert es, wenn sich hier ein paar Akteure hinstellen und zusammenarbeiten, dann kommt da was Vernünftiges bei rum […]" (Transkript 1, Absatz 104).*

Hier zeigt sich die Notwendigkeit einer Umgestaltung und Anpassung des kommunalen Aufgabenbereichs in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention, um die Legitimierung der Arbeit in diesem Themenfeld zu stärken und so integriertes Arbeiten zu erleichtern. Weiterhin ist dabei der bereits angesprochene Aspekt der **Konkurrenz** ein differenziert zu betrachtender hemmender Faktor. So bestehe nicht nur zwischen den Gemeinden, sondern auch zwischen dem Landkreis als Akteur und anderen Institutionen und Trägern ein von Macht- und Kontrollverlustängsten geprägter Verteilungskampf. Die Angst vor Verlust professioneller Privilegien ist dabei nur ein Aspekt. Weiterhin wird über unzureichende finanzielle und personelle Ressourcen geklagt, wodurch Zuständigkeiten abgetreten würden und der Landkreis als „Ausfallbürgschaft" (Transkript 1, Absatz 99) aktiv werde. Ein Diskussionsteilnehmender sagt dazu:

> *„B6: […] und ich denke auch für die gemeindliche Entwicklung ist das durchaus eine der Grundlagen, um eben auch Ziele zu definieren, sich darauf auch berufen zu können, auch um Fördermittel und Unterstützung, also Vernetzung auch über kommunale Grenzen hinaus hin zu erreichen" (Transkript 1, Absatz 21).*

Die Diskussion um Zuständigkeiten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention zeigt erneut die Wichtigkeit, diese als Querschnittsaufgabe in der Kommune zu verankern. Dies könne in einem ersten Schritt durch Umstrukturierung der kommunalen Verwaltungstätigkeiten hin zu einer vernetzten Gesamtstruktur gelingen, ferner aber auch durch Bekanntmachung guter Beispiele gelingender Zusammenarbeit und vermehrter Öffentlichkeitsarbeit, um die Relevanz der Thematik zu untermauern und letztendlich hinreichende finanzielle Unterstützungsmaßnahmen generieren zu können.

4.3.2 Verantwortlichkeit für die Finanzierung von kommunaler Gesundheitsförderung und Prävention

Da hemmende Faktoren in einer Wechselwirkung mit **finanziellen Ressourcen** diskutiert werden, spielen Krankenkassen und ihre Funktionen sowie ihr gesetzlicher Auftrag in dem Gespräch eine wichtige Rolle. Für die Diskussionsteilnehmenden bleiben Fragen der Finanzierung und Aufwendungen für präventive Angebote seitens der Krankenkassen vage und undurchsichtig. Es wird als frustrierend empfunden, dass scheinbar enorme Geldbeträge von den Krankenkassen zurückgehalten und Finanzierungsfragen ausweichend beantwortet würden. Auch hier wird von den Diskussionsteilnehmenden eine bessere und intensivere Kommunikationskultur als erforderlich angesehen. Hinsichtlich des Präventionsgesetzes sei der Zugang zu Fördergeldern noch immer mit vielen Hindernissen verbunden, sodass Antragsstellende zum „rumtricksen“ (Transkript 1, Absatz 101) aufgefordert würden. Die aktuelle Situation im Bereich der kommunalen Präventionsangebote wird als entlastend für die Krankenkassen empfunden – zum dauerhaft beständigen Nachteil der Kommunen, wie folgender Dialog verdeutlicht:

> *„B2: […] Das ist so in die Beliebigkeit überlassen (B6: Ja.) und vieles wird abgewälzt auf die kommunale Ebene […] und parallel dazu, muss man sagen, es steht sogar eine Verpflichtung im Gesetz, sich mit diesem einen Euro, oder inzwischen sogar fast zwei Euro pro Versicherten an dieser Aufgabe zu beteiligen und die tut es einfach nicht. Die tut es einfach nicht und entzieht sich dieser Verantwortung und auf uns bleibt der Druck hängen, weil dann sagt die Politik ‚Ja, einer muss es ja machen‘. (B1: Mhm (bejahend)). Ne? Und das ist dem Träger nicht zuzumuten, da hinter dem Geld herzurennen, also Landkreis macht die Börse auf. Und das begegnet uns an ganz vielen Stellen, wo wir gerade auch präventiv unterwegs sind. Das entlastet de facto ganz massiv die Krankenkassen, die Arbeit, die da geleistet wird (B1: Mhm (bejahend))“ (Transkript 1, Absatz 97).*

> *„B2: Und da müsste der Gesetzgeber, auch die Kassen viel deutlicher verpflichten, ne? Wenn die das mit uns können, ich finde dann muss es das ja auch im Prinzip halbstaatlich organisiert geben, wenn sie die Pflichtkassen nehmen, ne? (B3: Genau.) B1: Ja.). Also, aber das sind so Hürden und Hemmnisse, über die man immer wieder stolpert“ (Transkript 1, Absatz 99).*

Darüber hinaus bedürfe es eindeutiger und verständlicher gesetzlicher Rahmenbedingungen hinsichtlich der Krankenkassenleistungen, sodass für Kommunen Rechtswege bis hin zur Klage möglich seien. Folgender Diskussionsausschnitt verdeutlicht, dass es in dieser Hinsicht zunächst auf politischer Ebene Klärungsbedarf gibt:

> *„B1: Ja aber ich glaube das ist erkannt worden, ne? Also man kann nur hoffen, dass jetzt meinetwegen eine Förderung weitergeht (B6: Mhm (bejahend)), oder dass es eben wirklich auch, ja, festgeschrieben wird. Zum Beispiel das Gesundheitsdienstgesetz in Niedersachsen hat es leider nicht festgeschrieben, dass also solche Strukturen vorhanden sein müssen. In anderen Bundesländern ist es festgeschrieben (B2: Wenn das die Verpflichtung des Landes zur Finanzierung manifestieren würde. Und im Moment ist das alles immer noch alles so ein bisschen freiwillig). Ja." (Transkript 1, Absatz 92)*

> *„B6: Na gut. (B2: Ne?) Also einmal sehe ich die Möglichkeit aus dem Präventionsgesetz heraus, also das da auch entsprechend weiterzuentwickeln, dass man da auch daraus die Finanzierung generieren kann und dann ist es eben so, das ist eine kommunale, freiwillige Aufgabe und ich darf keine freiwilligen Leistungen hier eingehen und zusagen, ne? (B2: Mhm (bejahend)) (B1: Mhm (bejahend)) Das ist leider so, auch an der Stelle." (Transkript 1, Absatz 95).*

Das **Präventionsgesetz** bietet in dieser Hinsicht nach Meinung der Diskussionsteilnehmenden bislang ungenutztes Potenzial. Schließlich könne auch eine landesgesetzliche Verankerung der Aufgabe, strukturbildende Maßnahmen für den Gesundheitsbereich durch die Kommunen umzusetzen, den Prozess vereinfachen.

4.3.3 Zusammenarbeit mit verwaltungsexternen Akteur*innen

Wie bereits bei den förderlichen Faktoren anklang, empfinden die Diskussionsteilnehmenden die Initiierung einer Zusammenarbeit anfänglich als schwerfällig und mühevoll. Die Teilnehmenden klagen über **Desinteresse an einer Kooperation** vieler relevanter lokaler Akteur*innen. Es wird vermutet, schwierige Zusammenkünfte würden vermieden und dringenden, aber unangenehmen Themen würde aus dem Weg gegangen. Als besonders schwierig wird neben der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen die Kooperation mit der ortsansässigen freien Wohlfahrtspflege und den lokalen Ärzt*innen angesehen. Als Grund dafür vermuten die Diskussionsteilnehmenden Misstrauen von Seiten der Ärzteschaft sowie Ängste bezüglich eines Machtverlustes. Laut Aussagen der Diskussionsteilnehmenden müsse der Landkreis um eine Zusammenarbeit bitten und sei auf Zuarbeit von außen angewiesen. Dennoch würden Einladungen zu Treffen und Veranstaltungen nicht wahrgenommen sowie konstruktive Arbeit und Weiterentwicklung von Themen im Rahmen der Steuerungsgruppe durch einzelne Akteur*innen verhindert. **Schlechte Kommunikation** und das **Zurückhalten von Informationen** seien aber auch innerhalb der Steuerungs- und Arbeitskreise problematisch. Ein persönlicher Kontakt sowie sensible Kommunikation könne viele

dieser Hindernisse aus dem Weg räumen. Weiterhin sei das Ausmaß der Zusammenarbeit häufig auch personenabhängig und hätte sich in letzter Zeit bereits gebessert. Gründe dafür seien unter anderem ein verstärkter Handlungsdruck oder die Akzeptanz der Arbeit in der Gesundheitsregion. Dabei müsse bedacht werden, dass die Themenvielfalt und Bandbreite der möglichen Handlungsfelder innerhalb der Gesundheitsregion zu groß sei, sodass eine Ausrichtung auf alle Lebensbereiche nur ausschnittsweise gelänge.

4.4 Der ländliche Raum als besondere Herausforderung

Da es sich bei der Zusammensetzung der Diskussionsgruppe hauptsächlich um Personen mit Zuständigkeit für den gesamten Landkreis Hameln-Pyrmont handelt, soll bei der Auswertung der ländliche Raum als besondere Herausforderung berücksichtigt werden. Mit Blick auf den gesamten Landkreis wird betont, dass man sich als Gesundheitsstandort verstehe, der von einer älter werdenden Bevölkerung geprägt sei. Inhaltlich werden demnach in der Diskussion vorrangig Themen aus den Bereichen ambulante Pflege und ärztliche Versorgung besprochen. Darüber hinaus seien viele Angebote und Strukturen auf Ebene der Kreisstadt Hameln vorhanden und Akteur*innen aus dem Bereich Gesundheit bereits gut vernetzt. In ländlich strukturierten Gebieten des Landkreises gäbe es jedoch in dieser Hinsicht erheblichen Handlungsbedarf. So wurde sich in der Vergangenheit innerhalb der Gesundheitsregion bewusst für eine stärkere Fokussierung auf den ländlichen Raum entschieden. Hierbei wird betont, dass die Gemeinden oft regional sehr unterschiedlich strukturiert seien und demnach verschiedene Bedarfe hätten. Auch diesbezüglich wird die **Ansiedlung der Gesundheitsregion auf Landkreisebene** von den Diskussionsteilnehmenden als sinnvoll erachtet, da so alle Gemeinden im Blick behalten werden könnten. Durch regional orientierte Arbeit könnten Informationen gut in die Fläche getragen werden und es könnte eine bedarfsgerechte Umsetzung erfolgen. Um diese herausfordernde Aufgabe wirksam umsetzen zu können, sei eine **hauptamtliche Verankerung für die Koordinierung** integrierter Strategien – hier die beim Landkreis verortete Stelle der Koordination der Gesundheitsregion – unabdinglich, wie folgendes Zitat untermauert:

> *„B6: Also an der Stelle mal klares Bekenntnis, es auf Kreisebene zu organisieren und auch der Notwendigkeit nach Hauptamtlichkeit. (B1: Ja, das stimmt, ja.) Das steht auch außer Frage und Kreisebene bedeutet eben auch, dass hier viele Stränge zusammenlaufen, also auch in der Hauptamtlichkeit und das ist auch angemessen (B1: Ja.)“ (Transkript 1, Absatz 87).*

Die Diskussionsteilnehmenden sprechen sich für eine **finanzielle und personelle Stärkung des öffentlichen Dienstes** im Allgemeinen aus, um auch in Zukunft kommunalisierte Modelle umsetzen und der Privatisierung von Angeboten im Gesundheitswesen entgegenwirken zu können. Darüber hinaus biete eine landkreisweite Koordination die Möglichkeit der Vernetzung über kommunale Grenzen hinaus. Eine **stärkere Vernetzung unterschiedlicher Koordinierungskräfte** auf Verwaltungsebene, wie etwa aus dem Bereich Bildung, könnte sich ebenfalls als sinnvoll erweisen, um auch hier beispielsweise bei Veranstaltungen nicht nebeneinander zu arbeiten, sondern zielgruppenorientiert und ressourcenschonend handeln zu können.

4.5 Handlungsempfehlungen

Die Fokusgruppendiskussion zeichnet sich grundsätzlich durch äußerst produktive und konstruktive Beiträge aus, sodass bereits viele Änderungswünsche und Vorschläge von den Teilnehmenden im Gespräch generiert werden. Thematisch lassen sich Handlungsempfehlungen für die interne kommunale Verwaltung, die Weiterentwicklung bestehender Vernetzungsstrukturen sowie politische Aktivitäten ableiten. Als erste Idee wird angeregt, die Steuerungsgruppe der Gesundheitsregion nach fünfjährigem Bestehen bezüglich der Ziele und der Satzung sowie auch hinsichtlich der aktiven Mitglieder zu evaluieren und zeitgemäß ergebnis- und bedarfsorientiert anzupassen. Dadurch sollen nicht nur neue Themen identifiziert und angestoßen werden, sondern es soll auch die Zusammensetzung der Gruppenmitglieder, Akteur*innen und Kooperationspartner*innen themenspezifisch aktualisiert werden. Dazu sagte eine Person:

> *„B2: […] Das glaube ich auch, dass die Zeit reif ist, dass man nochmal hinguckt, wer hat sich da etabliert als regelmäßiger Teilnehmer, wer ist ein paar Mal gekommen, für wen ist das nicht mehr so interessant und dann muss man sagen, ‚Kann man das für den wieder interessant machen‘ oder ist das vielleicht eine Phase, die wir jetzt hinter uns gelassen haben und sind wir jetzt- brauchen wir diese zum Teil strukturgebenden Rahmen- Teilnehmer gar nicht mehr, weil die Struktur da ist und jetzt fangen wir an, das mit Leben zu füllen und dann muss ich eben gucken, das ist ja auch ein Organismus im Prinzip, so eine Steuerungsgruppe, die sich weiterentwickelt […]“ (Transkript 1, Absatz 86).*

Weiterhin soll sich mit dem praktischen Nutzen einer Satzung befasst werden, da diese nicht allen bekannt scheint und die Sinnhaftigkeit damit in Frage zu stellen ist. Dies ist besonders wichtig, da die Satzung als rahmengebende Struktur für verbindliche Zusammenarbeit fungiert. Hierbei muss festgelegt werden und transparent sein, wer für die Bekanntmachung der Inhalte zuständig ist. Bei der Neugestaltung der Ziele wird betont, dass diese gemeinsam unter Beteiligung aller Akteur*innen entstehen sollen und so formuliert werden müssen, dass sich alle Beteiligten damit identifizieren und einen Nutzen für sich erkennen können. Diese Ziele sollen weiterhin verbindlich festgeschrieben werden, damit sie für eine mögliche finanzielle Förderung nutzbar sind und als starke Außenwirkung der Gesundheitsregion dienlich sein können. Die Organisation von Arbeitsgruppen erfolgt weiterhin im Rahmen der Gesundheitsregion, an den Inhalten soll dann themenbezogen von lokal handelnden Fachkräften mitgearbeitet werden. Auf struktureller Ebene ist für kreisweite Koordinationsaufgaben im Bereich Gesundheit die dauerhafte Schaffung einer hauptamtlichen Koordinationsstelle auf Landkreisebene aufrechtzuerhalten. Diese sollte vom Umfang her in einem adäquaten Verhältnis zu Flächen- und Einwohnerzahlen stehen, da sich hieraus auch die Anzahl möglicher Kooperationspartner*innen verwaltungsintern und -extern ergibt. Darüber hinaus soll die verwaltungsinterne Vernetzung von Koordinierungstätigkeiten gefördert werden, um wirksam und ressourcensparend im Sinne der Bevölkerung agieren zu können. Für die Weiterentwicklung der Gesundheitsregion wird außerdem darüber gesprochen, verstärkt Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben und die Homepage der Gesundheitsregionen für die Bekanntmachung von Erfolgen zu nutzen und so nicht nur Informationen zu streuen, sondern auch eine bessere Außenwirkung und Transparenz zu erlangen. Weiterhin wird häufig der Wunsch nach verbesserter Kommunikation genannt. So soll immer wieder offen und proaktiv mit relevanten Akteur*innen das Gespräch gesucht werden und die Grundhaltung des versäulten Arbeitens aufgeweicht werden, damit die Zusammenarbeit erleichtert und voneinander gelernt werden kann. Inhaltlich werden die Wünsche geäußert, insbesondere mit der ambulanten Pflege und den lokalen Wohlfahrtsverbänden die Zusammenarbeit zu intensivieren, da sich viele Themen überschneiden. Auch zwischen den Krankenkassen und der Landkreisebene wird eine bessere Kommunikation und mehr Initiative von Seiten der Krankenkassen gewünscht. Hier sehen die Diskussionsteilnehmenden auch die

Aufgabe beim Gesetzgeber, Krankenkassen verstärkt zur Bereitstellung finanzieller Ressourcen für den Bereich der Prävention zu verpflichten. Insbesondere das Präventionsgesetz soll für die Weiterentwicklung der Arbeit stärker genutzt werden, bietet nach Ansicht der Beteiligten aber derzeit noch zu viele Schlupflöcher für die Krankenkassen, um in Kommunen wirklich zielführend präventiv wirken zu können. Bund und Land sollen Kommunen beim strukturellen Aufbau im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention unterstützen, wie folgende Aussage verdeutlicht:

> *„B6: So und an der Stelle darüber hinaus geht auch immer der Appell, hier von Land und meinetwegen auch Bund hier die kommunalen Strukturen an der Stelle auch weiterhin zu unterstützen, also auch monetär zu unterstützen (B1: Mhm (bejahend), ja.). Das ist im Moment eben noch keine kommunale Pflichtaufgabe, dieses Themenfeld zu besetzen (B1: Ja.). Aber es ist angemessen, sich dem aktiv zu stellen“ (Transkript 1, Absatz 91).*

Dafür müssen rechtliche Rahmenbedingungen immer wieder sachlich thematisiert und offengelegt werden und es muss sich um eine gemeinsame Konzeptentwicklung bemüht werden, um von anderer Seite Ressourcen einzuwerben.

4.6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Anhand der Ergebnisse ist grundlegend festzuhalten, dass sich die Teilnehmenden für die Festlegung von Gesundheitsförderung und Prävention als Querschnittsthema und -aufgabe innerhalb der kommunalen Verwaltung aussprechen. Als Gelingensfaktoren für integrierte Zusammenarbeit wurden insbesondere eine gemeinsame, klare Zielsetzung, der persönliche Kontakt zu Kooperations-partner*innen und eine respektvolle Kommunikation auf Augenhöhe genannt. Um hemmenden Faktoren, wie Unklarheit und Intransparenz der Aufgaben- und Finanzierungsbereiche sowie Konkurrenz verschiedener Akteur*innen und Institutionen, entgegenzuwirken, bedarf es einer wirksamen Arbeits- und Organisationsstruktur sowie der Offenlegung akteur*innenspezifischer Handlungsmöglichkeiten. Die Entwicklung und Umsetzung spezieller Maßnahmen erfolgt bestenfalls durch die Festlegung bedarfsgerechter Themenschwerpunkte. Da Koordination und Vernetzung auf Landkreisebene für sinnvoll erachtet werden, wünschen sich die Diskussionsteilnehmenden dafür auf politischer Ebene eine Anerkennung und Finanzierung der Koordination kommunaler Pflichtaufgaben von Bund und Land sowie eine stärkere finanzielle Unterstützung durch Mittel der Krankenkassen. Nichtsdestotrotz sei es wichtig, sich nicht von externen

Finanzierungsträger*innen abhängig zu machen, sondern auch ohne externe Unterstützung koordinierende Tätigkeiten zu ermöglichen und aktiv wahrzunehmen. Weiterhin bedürfe es mehr Transparenz hinsichtlich der Zuständigkeiten und der Finanzierung von Angeboten und Leistungen im Bereich kommunaler Gesundheitsförderung und Prävention. Die diffuse Aufgabenverteilung und unklare Finanzierung nicht nur der Angebote, sondern auch der Vernetzungstätigkeit erschwere die Arbeit und verlangsame den Prozess. Insbesondere die Umsetzung des Präventionsgesetzes biete dafür bislang ungenutzte Möglichkeiten und ein enormes Potenzial.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Kommunikation intern und extern gestärkt sowie gute horizontale und vertikale Zusammenarbeit aufrechterhalten und erweitert werden soll. Für eine Stärkung der Beziehung zwischen allen Akteur*innen bedarf es vertrauensbildender Maßnahmen zum Abbau noch bestehenden Misstrauens. Schlussendlich darf nicht vergessen werden, integrierte kommunale Strategien als anhaltenden Prozess anzuerkennen und so der gemeinsamen Arbeit am Auf- und Ausbau bestehender kommunaler Strukturen mit Ausdauer und Geduld zu begegnen.

5 Diskussion

Nach der Darstellung der Ergebnisse werden diese im Folgenden im Hinblick auf Forschungsstand und Fragestellung diskutiert. Dafür wird zunächst der Begriff integrierter kommunaler Strategien betrachtet, außerdem werden förderliche und hemmende Faktoren beim Aufbau und der Umsetzung dieser erörtert. Es wird außerdem die Rolle des Landkreises als Public Health-Akteur und die Finanzierung kommunaler Gesundheitsförderung beleuchtet. Abschließend werden die Ergebnisse zur Fragestellung zurückgeführt, um daraus resultierende Handlungsempfehlungen für den Landkreis Hameln-Pyrmont abzuleiten.

5.1 Begrifflichkeit und Umsetzung integrierter kommunaler Strategien

In Wissenschaft und Praxis kommunaler Gesundheitsförderung kursieren eine Vielzahl unterschiedlicher Begrifflichkeiten, um integrierte kommunale Strategien verständlicher und damit zugänglicher und nutzbarer zu machen. Die Ergebnisse der Fokusgruppendiskussion zeigen, dass der Begriff integrierte kommunale Strategie für die Praxis wenig greifbar ist, sodass häufiger verwendete Bezeichnungen wie beispielsweise Vernetzung, oder integrierte Zusammenarbeit für die Umsetzung in Kommunen passender wären (Böhme & Reimann 2018). Hierbei muss einerseits für die wissenschaftliche Einordnung genauer differenziert werden, ob in einer Kommune tatsächlich ressortübergreifend und gesamtstrategisch vorgegangen wird, oder lediglich bilaterale oder zufällige Vernetzungsaktivitäten vorzufinden sind, die nicht in eine ressortübergeordnete strategische Planung eingebunden sind. Darüber hinaus muss sich der inhaltlichen Fülle des Konzeptes integrierter kommunaler Strategien bewusst gemacht werden. Hierbei kann der Schwerpunkt auf der ressortübergreifenden Arbeit in der kommunalen Verwaltung liegen und in diesem Sinne eine Koordination der Verwaltungstätigkeiten als angestrebtes Ziel im Vordergrund stehen. Es kann aber auch die Zusammenführung und strategische Einbindung aller Akteur*innen im Bereich Gesundheit in der Kommune fokussiert werden. Auch dies fällt in das Konzept integrierter kommunaler Strategien, zielt jedoch eher auf eine Abstimmung der Zuständigkeiten und Maßnahmen und damit der Zugangsvereinfachung der Adressat*innen. Demnach kann innerhalb des Konzeptes eine unterschiedliche Schwerpunktsetzung stattfinden. Die breitgefasste

Definition spiegelt sich in dem umfangreichen Angebot an Literatur und Praxisbeispielen wie auch in den Ergebnissen der Fokusgruppendiskussion wider, da hier jegliche Vernetzungsaktivitäten und Formen der Zusammenarbeit reflektiert und diskutiert wurden. In diesem Sinne können integrierte kommunale Strategien im Rahmen der Gesundheitsregion Hameln-Pyrmont kritisch hinterfragt werden. Zwar ist hervorzuheben, dass verschiedene Akteur*innen aus dem Gesundheitsbereich gemeinsam strategisch die vorhandenen Maßnahmen aufeinander abstimmen und lokale Herausforderungen gemeinsam bearbeiten. Dennoch findet eine ressortübergreifende Zusammenarbeit bislang rudimentär statt. Kooperationen mit dem Umweltamt, Bauaufsichtsamt, Straßenverkehrsamt oder Jugendamt bestehen bislang noch nicht, werden aber angestrebt. Wenn dies Anspruch integrierter kommunaler Strategien ist, wird die Gesundheitsregion diesem Konzept und damit gleichzeitig auch ihren Aufträgen und Ansprüchen, zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht gerecht. Nichtsdestotrotz kann (und sollte) für den Strukturaufbau in der Praxis ein angepasster begrifflicher Zugang gewählt werden, wie beispielsweise „Präventionskette“, „Präventionsnetz“ oder „Gesundheitsregion“, um das Vorhaben nutzbarer für kommunale Akteur*innen zu machen. Darüber hinaus werden die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention in der Regel als Aufgabenbereich des Gesundheitsamtes gesehen. Eine weiter gefasste begriffliche Herangehensweise wie beispielsweise „gesunde Stadt“ oder „Lebensqualität“ kann den Zuständigkeitsbereich erweitern und zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit legitimieren und motivieren (Böhme & Reimann 2018).

> *„B7: […] es könnte eine Aufgabe vielleicht nochmal sein, dass wir dieses Verständnis, dass wir eben nicht nur für unseren Bereich zuständig sind, sondern, dass wie Sie sagten, oder du sagtest, dass wir eigentlich verantwortlich sind für so viele Bereiche und eigentlich uns nicht nur auf unseren Arbeitsfokus sozusagen beschränken können. Und wenn diese Grundhaltung aufweichen würde, dann würden wir glaube ich viel leichter miteinander arbeiten können“ (Transkript 1, Absatz 82).*

Dabei soll auch mit verwaltungsexternen Akteur*innen die Kooperation gefördert werden, da jede*r einen Beitrag zur Zusammenarbeit leisten kann. Darunter fällt beispielsweise auch die Bereitstellung gesundheitsbezogener Daten durch Statistikämter. Bei einer integrierten Strategieentwicklung und Umsetzung sollte nicht nur passiv teilgenommen, sondern sich aktiv beteiligt und gemeinsam gehandelt werden (Böhme & Reimann 2018).

Im Rahmen des Aufbaus integrierter kommunaler Strategien werden beinahe alle Aspekte aus der Literatur als förderliche Faktoren in der Fokusgruppendiskussion bestätigt. Beispielsweise wurde im Rahmen der Gesundheitsregion in Hameln-Pyrmont auf bestehende Netzwerke zurückgegriffen, zudem wurden diese erweitert beziehungsweise strategisch in das Gesamtkonzept integriert. Es wird in der Diskussion auf die in der Literatur dargestellte Organisationsstruktur eingegangen und bekräftigt, dass im Rahmen der Gesundheitsregion themenorientierte Arbeitsgruppen für die Umsetzung integrierter kommunaler Strategien sinnvoll sind. Eine besonders effiziente Umsetzung ist dann gegeben, wenn ein öffentlicher Handlungsdruck besteht (Böhme & Reimann 2018). Eine arbeits- und handlungsfähige Infrastruktur durch Aufteilung in eine übergreifende Steuerungs- und verschiedene operative Arbeitsgruppen ermöglicht eine themenübergreifende Steuerung und Planung mit gleichzeitigem Transfer in die Praxis (Kruse & Richter-Kornweitz 2019). Die Ergebnisse der Fokusgruppendiskussion untermauern darüber hinaus die Annahme, dass die Definition gemeinsamer Ziele für strategisches Handeln zielführend ist. Festgelegte, gemeinsam entwickelte Ziele helfen, um möglichst alle relevanten lokalen Akteur*innen zu integrieren, einen gemeinsamen Perspektivenwechsel hin zum gemeinschaftlichen Handeln zu schaffen und Konkurrenzen untereinander zu vermindern (Böhme & Reimann 2018, Kruse & Richter-Kornweitz 2019). Eine respektvolle, transparente und zielführende Kommunikation hat sich als besonders wichtig und zukunftsweisend herausgestellt (Borrmann & Rosenkötter 2016), jedoch besteht in dieser Hinsicht im Landkreis Hameln-Pyrmont noch Handlungsbedarf. So muss einerseits innerhalb der bestehenden Konstellation der Mitglieder der Gesundheitsregion die Kommunikationskultur gestärkt und gleichzeitig nach außen mit externen oder potenziell neuen lokalen Akteur*innen verbindlicher und transparenter kommuniziert werden. Dies betrifft auch die Einbindung freier Träger und zivilgesellschaftlichen Engagements in die Planung und Umsetzung vor Ort (Fischer & Michelfeit 2016; Böhme & Reimann 2018; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2013). Zwar findet eine solche Einbindung in Hameln-Pyrmont bereits statt, jedoch nicht in zielführendem Umfang, sodass auch hier eine noch intensivere Kooperation umgesetzt werden könnte. In diesem Zusammenhang bestätigt sich auch, dass die Kommunikation bezüglich Zuständigkeiten und Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen den Akteur*innen, besonders zwischen Krankenkasse und Kommune,

ausbaufähig scheint. Wenn sich integrierte kommunale Strategien als ressort- und auch rechtskreisübergreifende, langfristige Zusammenarbeit auf Augenhöhe etablieren sollen, müssen von Beginn an die Handlungsmöglichkeiten aller Beteiligten transparent gemacht werden (Böhme & Reimann 2018). Zwar müssen auch Kompetenzen abgegeben oder miteinander geteilt werden können, dennoch gibt es Grenzen der Beteiligungsmöglichkeiten (Interessen) in diesem Prozess, die sachlich und fachlich thematisiert und akzeptiert werden müssen. So können Enttäuschungen und nicht erfüllte Erwartungen an die gegenseitigen Handlungsspielräume entlang des Prozesses vermindert und es kann konstruktiv gehandelt werden. Wenn die beschriebene Kommunikations- und Organisationskultur zwischen den Akteur*innen etabliert werden kann, bietet integrierte Zusammenarbeit enormes Potenzial. Aufgrund der Komplexität kommunaler Strukturen und Prozesse sowie der individuellen Gegebenheiten ist jedoch genau an dieser Stelle auch mit Hindernissen und Herausforderungen umzugehen. Integrierte kommunale Strategien sind ein komplexes, langwieriges und nachhaltiges Vorhaben, wofür alle Beteiligten nicht nur Verständnis und Offenheit, sondern auch Geduld und Ausdauer benötigen (ebd.). Diese Aspekte wurden auch von den Diskussionsteilnehmenden erkannt, müssen sich jedoch immer wieder bewusst gemacht werden.

5.2 Herausforderungen und Potenziale kommunaler Strukturen

Die bedeutende Rolle der Kreisverwaltung im Prozess integrierter kommunaler Strategien wird auch von den Diskussionsteilnehmenden bestätigt. Für die nachhaltige Gestaltung integrierter Zusammenarbeit hat sich sowohl in der Theorie als auch in den Ergebnissen der Fokusgruppendiskussion als förderlich herausgestellt, wenn vorhandene Netzwerke und Programme miteinander verzahnt zusammengelegt und integriert werden, beispielsweise durch eine Einbettung in das Programm „Soziale Stadt“ (Akademie für Raumforschung und Landesplanung 2014). Die praktischen Ergebnisse untermauern die theoretischen Abhandlungen, dass es für die Umsetzung integrierter kommunaler Strategien einer Koordinationsstelle bedarf, welche den Prozess steuert und koordiniert (Böhme & Reimann 2018; Richter-Kornweitz 2019). Die Schaffung einer hauptamtlichen Koordinierungsstelle, angesiedelt an das Gesundheitsressort, wurde im Landkreis Hameln-Pyrmont im

Rahmen der Gesundheitsregion zielgerichtet umgesetzt und hat sich als sinnvoll erwiesen. In der Literatur wird die besondere Rolle der Kommunalverwaltung als federführende und koordinierende Instanz hervorgehoben, da auf diesem Weg eine nachhaltige Prozesskontinuität gesichert werden kann (Kruse & Richter-Kornweitz 2019; Böhme & Reimann 2018). Dennoch wird diese Rolle seitens der Kommunalverwaltung als beschwerlich empfunden. Die Befragten beschreiben die Initiierung und das Werben um Zusammenarbeit sowie die Konfrontation mit Ablehnung oder zäher Mitwirkungsbereitschaft als frustrierend. Um diese herausfordernde Tätigkeit bewältigen zu können, erscheint es wichtig, auf die Kompetenzen der koordinierenden Person zu setzen, diese hinsichtlich sozialer und kommunikativer Fähigkeiten auszuwählen und dementsprechend laufend weiterzubilden (Kruse & Richter-Kornweitz 2019). Veränderungsprozesse können Unsicherheiten und Ängste bei den Beteiligten auslösen, die beispielsweise durch die Koordination sensibel wahrgenommen, gezielt thematisiert oder bewusst berücksichtigt werden müssen. Darüber hinaus erscheint der Ausbau verwaltungsinterner Vernetzungsaufgaben im Landkreis Hameln-Pyrmont noch steigerungsfähig. Nachhaltige Koordination ist im Zeitalter steigender Vernetzungsanforderungen und -tätigkeiten unabdingbar. Um in diesem Sinne auch die kommunale Verwaltung effizienter zu gestalten, wäre die Einführung einer ressortübergreifenden intrakommunalen Vernetzung zwischen allen koordinierenden Personen in der Verwaltung oder aber die Etablierung einer Stabstelle „Koordinierungsstelle Gesundheitsförderung“ (Böhme & Reimann 2018: 65) eine erfolgsversprechende Variante. Geeignete Beispiele für eine solche Umsetzung sind in Niedersachsen in den Landkreisen Cloppenburg und Osnabrück oder in Nordrhein-Westfalen beim Konzept der „kommunalen Fachpläne Gesundheit“ zu finden (Claßen & Mekel 2016: 275). Es ist festzuhalten, dass ein Gesundheitsamt auf Landkreisebene (insbesondere in Flächenkreisen) nicht alle Gemeinden gleichmäßig „bedienen kann“ (Böhme & Reimann 2018: 13). Da für letzteres Personalstellen im Sinne freiwilliger Leistungen im Personalplan berücksichtigt werden müssten, bleiben solche konzeptionellen Überlegungen in flächendeckender Ausgestaltung vor dem Hintergrund unzureichender Haushaltslagen höchstwahrscheinlich vorerst Wunschvorstellungen. Eine Realisierung wäre durch die finanzielle und personelle Stärkung sowie die Kompetenzerweiterung des ÖGD möglich. Dafür plädieren nicht nur die

Diskussionsteilnehmenden im Landkreis Hameln-Pyrmont, auch in der Literatur gibt es eine breite Vielzahl an Beiträgen, in denen sich für eine Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ausgesprochen wird (Altgeld 2017a; Altgeld 2017b; Reisig & Kuhn 2016; Walter & Volkenand 2017). Auch wenn Gesundheitsförderung in vielen Gesundheitsämtern zunehmend an Bedeutung gewinnt, „[…] wird der ÖGD in der Breite seinem Potenzial als Träger der Gesundheitsförderung im kommunalen Kontext nicht gerecht“ (Reisig & Kuhn 2016: 4). Demnach bedarf es einer Neuausrichtung des kommunalen Handelns, einer Modifizierung des Gesundheitsversorgungssystems und mehr Entscheidungsmacht der Kommunen in Anpassung an sich verändernde Rahmenbedingungen, sodass die Kommune auch in Zukunft ihre koordinierenden Aufgaben im Sinne ihres Auftrags der Daseinsvorsorge wirksam wahrnehmen und handlungsfähig bleiben kann (Fischer und Geene 2017; Böhme und Reimann 2018). Die advokatorische Rolle des ÖGD bietet vor dem Hintergrund der Daseinsvorsorge sowie der neutralen und interessenfreien Position die optimale Möglichkeit, die Gesundheit aller Bevölkerungsgruppen zu fördern, da nicht nur bestimmte Versichertengruppen angesprochen werden und so auf einzig wirksame Weise gesundheitliche Chancengleichheit gefördert werden kann (Weth 2013). Auch in der Fokusgruppendiskussion wurde die Kommunalverwaltung als klassische präventive Akteurin angesehen, welche einerseits die Möglichkeit hat, eine Klammer um vorhandene Angebote zu machen und darüber hinaus eng an die Politik angebunden ist. So kann durch die Überzeugung und Einbindung der Verwaltungsspitze für integriertes kommunales Handeln eine dementsprechende Organisations-umstrukturierung erfolgen (Knetschke & Claßen 2014; Borrmann & Rosekötter 2016). Die Wichtigkeit eines politischen Beschlusses für die Koordination von Maßnahmen im Bereich Gesundheitsförderung und der damit zusammenhängenden bedarfsgerechten Personalausstattung der Verwaltung wird sowohl in der Literatur genannt, als auch von den Akteur*innen im beispielhaften Landkreis bestätigt (Freese 2014; Kruse & Richter 2018; Böhme & Reimann 2018). In diesem Sinne legitimiert eine Unterstützung der Führungsebene das Vorhaben und bietet mit einer finanziellen Stärkung der Kommunalverwaltung weiterhin die Möglichkeit, dort eine koordinierende Stelle anzusetzen und so mittels integrierter kommunaler Strategien Nachhaltigkeit zu sichern und der „Projektitis“ entgegenzuwirken. Die Akzeptanz und Reichweite der Angebote können so wirksam und nachhaltig gesichert werden.

Momentan ist die Public Health-Landschaft aufgrund der zeitlichen Befristung finanzieller Mittel geprägt von Projektlaufzeiten und temporären Stellenschaffungen und somit wenig nachhaltig gestaltet. Demnach muss an bestehende Strukturen angeknüpft und Gesundheitsförderung als „[…] integrales Konzept der Organisationsentwicklung […]“ (Geene et al. 2016: 235) und als Aufgabe der Leitungsebene verstanden werden (ebd.).

5.3 Finanzierung im Rahmen kommunaler Strukturbildungsmaßnahmen

Die beschriebenen Herausforderungen resultieren im Endeffekt aus der in Kapitel 2.1.2 beschriebenen rechtlichen und finanziellen Entwicklung von Maßnahmen und Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland. Bei der Frage, wie eine Umgestaltung des ÖGD, beziehungsweise ein gesamter Strukturauf- und -ausbau in der Verwaltung aussehen kann, ergeben sich zunächst Finanzierungschwierigkeiten. Hier sehen die Diskussionsteilnehmenden die Krankenkassen in der Pflicht, kommunalen Strukturaufbau und bedarfsgerechte Maßnahmen, wie es im Präventionsgesetz vorgesehen ist, finanziell zu unterstützen. Dabei muss bedacht werden, dass es sich um kommunale Aufgaben und damit auch kommunale Stellen handelt, die klar von Kommunen finanziert werden müssten, wodurch aus Förderperspektive, in diesem Fall aus Sicht der Krankenkassen, eine regressive Anschubfinanzierung für Förderstrukturen angemessen erscheint. Die Rolle der Kommune als Kooperationspartnerin des Präventionsgesetzes ist vor diesem Hintergrund besonders komplex. Auch die Ergebnisse der Fokusgruppendiskussion zeigen, dass die Befragten grundsätzlich zwar das Potenzial des Präventionsgesetzes sehen und nutzen möchten, in der Vergangenheit aber häufig negative Erfahrungen gemacht haben. Da durch das Gesetz keine Strukturen per se gefördert werden und in der Kommune grundsätzlich nur befristete Stellen für Koordinierungstätigkeiten finanziert werden, wird die Sicherstellung und Weiterführung des integrierten Arbeitens erschwert (Böhme & Reimann 2018). Auf diesem Weg kann eine nachhaltige Gesamtstrategie nur unter erschwerten Umständen vorangebracht und eine strukturelle Veränderung nicht erreicht werden (Elsaeßer 2018). Weiterhin ergibt sich bei der Umsetzung des Leitfadens einerseits das Potenzial, dass Aufgaben übernommen werden, welche

die Kommune nicht leisten kann oder will, andererseits aber die Problematik, dass Einzelprojekte freier Träger gefördert werden, die nicht in die Gesamtstrategie passen und so die Gefahr von Doppelstrukturen entsteht (Reul & Wollenberg 2018). Es bedarf einer Einbindung aller Maßnahmen in die Gesamtstrategie, wobei die Finanzierung der Krankenkassen dieses Vorhaben unterstützen soll (ebd.). Die Diskussionsteilnehmenden schildern, dass Maßnahmenbewilligungen nach dem Präventionsgesetz zurzeit als wenig nachvollziehbar wahrgenommen werden und vielmehr die Träger zur kreativen Ausgestaltung der Anträge angeregt werden. Darüber hinaus zeigt sich, dass von der Finanzierung durch das Präventionsgesetz vor allem Kommunen profitieren, die in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention bereits gute Voraussetzungen mitbringen und fachliche sowie zeitliche Ressourcen für die Antragstellung zur Verfügung haben, wodurch letztendlich auch die gesundheitliche Chancenungleichheit zwischen den Kommunen verstärkt wird (Böhme & Reimann 2018; Reul & Wollenberg 2018). Gleichzeitig wird die Umsetzung einer handlungsfeldübergreifenden Aufgabe schwierig, wenn die Finanzierung per Gesetz primär durch die gesetzliche Krankenversicherung, unter Ausschluss weiterer Sozialversicherungsträger sowie Bund und Ländern, vorgenommen werden soll (Kilian et al. 2016). Ein Geldfluss von Krankenkassen über Dritte an die Kommunen, beispielsweise über Projekte und Programme, kann bei dem Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Strategien häufig nur indirekt und temporär wirken. Zielführender wäre es, personelle und finanzielle Ressourcen der Kommunen zu stärken, damit diese sich der Querschnittsaufgabe Gesundheitsförderung annehmen können (Elsaeßer 2018). Die Vorteile dieser Herangehensweise wurden bereits ausführlich geschildert. Nichtsdestotrotz muss berücksichtigt werden, dass in Kommunen, in denen die Verwaltungsspitze die Sinnhaftigkeit erkannt hat und die Idee mitträgt, durchaus aus eigenen Mitteln koordinierende Stellen aufgebaut und verstetigt werden können. So bleiben Sensibilisierung und Aufklärungsarbeit für den Mehrwert und das Aufzeigen der Einsparpotenziale durch weniger Doppelstrukturen wichtige Maßnahmen für die Praxis. Ferner wurden in der Fokusgruppendiskussion Bedenken hinsichtlich der Nachweisbarkeit von Wirkmechanismen präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen gegenüber Entscheidungspersonen und Finanzgeber*innen geäußert. Da im kommunalen Setting häufig mehrdimensionale Kausalitätsbeziehungen bestehen und dies eine grundsätzliche Herausforderung für die Evidenzbasierung in

Gesundheitsförderung und Prävention darstellt, ist dieses Problem hauptsächlich hinderlich für die Legitimierung kommunalpolitischer Beschlüsse. Dennoch sind Qualitätsentwicklungs- und -sicherungsmaßnahmen mittlerweile gut etabliert und eine Wirkungsanalyse kann und sollte stets begleitend durchgeführt werden (Wright et al. 2013; Altgeld et al. 2018).

Letztlich kann nicht oft genug betont werden, dass der ÖGD als neutrale und gemeinwohlorientierte Instanz, die alle lokalen Bevölkerungsgruppen im Blick hat, der ideale Akteur für Gesundheitsförderung und Prävention im kommunalen Setting darstellt. Aufgrund der Finanzierungsschwierigkeiten ist der Weg von den Krankenkassen und der BZgA über Dritte, wie beispielsweise Landesvereinigungen hin zu den Kommunen zwar eine machbare Lösung. Diese ist jedoch weder zufriedenstellend für die einzelnen Akteur*innen, noch kann so die gänzliche Wirkung kommunaler Gesundheitsförderungsmaßnahmen entfaltet werden.

6 Limitationen und Ausblick

Viele der angesprochenen Aspekte aus Theorie, Praxis und den erhobenen Ergebnissen werden von verschiedenen strukturellen Faktoren sowie dynamischen Veränderungen in der Finanzierungslandschaft von Gesundheitsförderung und Prävention beeinflusst. Ein solchermaßen umfangreiches Themengebiet umfassend in das Konzept integrierter kommunaler Strategien einzubeziehen und zu erläutern, ist im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht möglich. Deswegen sollen im Folgenden methodische und inhaltliche Limitationen dieser Arbeit aufgezeigt und ein Ausblick auf Chancen und Perspektiven für integrierte kommunale Strategien in Gesundheitsförderung und Prävention gegeben werden. Da Einflussfaktoren integrierter kommunaler Strategien in der Wissenschaft und Praxis nicht getrennt betrachtet werden können, werden übergreifende Aspekte in Kapitel 6.2 zusammengefasst reflektiert.

6.1 Methodische Aspekte

Zunächst lässt sich feststellen, dass sich im Rahmen kommunaler Gesundheitsförderung grundsätzlich Forschungen mittels qualitativer Erhebungsmethoden eignen. Untersuchungen im kommunalen Setting sind stets an lokale Strukturen, Akteur*innen und Bedarfe gebunden, wodurch sich die Ergebnisse selten gleichermaßen auf andere Kommunen übertragen lassen oder verallgemeinerbar sind (Rind et al. 2017). Die Auswahl einer Fokusgruppen-diskussion zur Analyse förderlicher und hemmender Faktoren bei der Entwicklung und Umsetzung integrierter kommunaler Strategien hat sich als zielführende Herangehensweise herausgestellt. Da die Diskussionsteilnehmenden in ihrem Arbeitskontext der Gesundheitsregion Hameln-Pyrmont gemeinsam bei der Strategieentwicklung und -umsetzung wirken und die Zusammensetzung als Anfangsbaustein einer integrierten Struktur angesehen werden kann, verlief die Fokusgruppendiskussion besonders konstruktiv.

Der große Vorteil einer Fokusgruppendiskussion ist es, dass direkt auf Gesagtes reagiert und so eine hohe interne Validität des Gesagten sichergestellt werden kann (Kitzinger 1995; Kruse 2014; Tausch & Menold 2015). So konnte in der Gruppe nicht nur Vergangenes reflektiert, sondern auch gemeinsam überlegt werden, wie der

Ausbau integrierter Strategien, sei es hinsichtlich ressortübergreifender Arbeit, neuer Themenbereiche oder verwaltungsexterner Kooperationspartner*innen, in Zukunft gelingen könnte. Aufgrund der Tatsache, dass bei einer Fokusgruppendiskussion Aussagen aufeinander aufbauen, können diese jedoch kaum kontextunabhängig betrachtet und Ergebnisse schwerlich reproduziert werden, wodurch Vorwürfe zu Mängeln der Reliabilität bei der vorliegenden Untersuchung bedacht werden müssen (Bohnsack 2002; Lamnek 2010). Nichtsdestotrotz bildet diese Kontextabhängigkeit die Realität ab, in der Aussagen in einem sozialen Kontext entstehen und geäußert werden (Flick 2014). Eine realitätsnahe und alltagsgetreue Kommunikation, wie sie im Rahmen der Fokusgruppendiskussion in Hameln-Pyrmont stattfand, kann authentischere Meinungen und Bedeutungsstrukturen hervorbringen, sodass die Reliabilitätsmängel für vorliegende Untersuchung zwar bedacht werden, aber weniger ins Gewicht fallen (Lamnek 2010). Außerdem muss reflektiert werden, dass bestehende Gruppennormen sowie die Moderationsart die Dynamik der Diskussion beeinflussen. Der Austausch in der Gruppe lässt zwar Meinungen entstehen, ermöglicht aber gleichwohl die Herstellung einer Gruppenmeinung oder lässt Meinungen außerhalb der Gruppennorm verstummen (Kitzinger 1995; Bohnsack 2002). Durch den starken Einfluss der genannten Rahmenbedingungen lassen sich Ergebnisse kaum standardisieren oder in Kausalzusammenhängen beschreiben und eine Generalisierbarkeit bleibt unerfüllt (Lamnek 2010; Morgan 1997). Da dies jedoch nicht im Fokus des Projektes steht, sondern die Bestandsaufnahme der Zusammenarbeit im kommunalen Setting, ist diese Schwäche des Designs zu vernachlässigen. Trotz eines rückblickend positiv zu bewertenden Austauschs muss weiterhin bedacht werden, dass soziale Erwünschtheit die Redebeiträge beeinflusst haben kann und so möglicherweise nicht alles Gesagte der tatsächlichen Meinung der Personen entsprach oder Gedanken nicht ausgesprochen wurden, aus sozialen normativen Gründen, oder um den Gruppenzusammenhalt und damit die Arbeitsgrundlage nicht zu gefährden. Darüber hinaus ist methodisch zu bedenken, dass nur eine kleine Stichprobe der Steuerungsgruppe anwesend war (6 von 25 Mitgliedern). Da beispielsweise Vertreter*innen von Krankenkassen, Rentenversicherung und der KVN bei der Diskussion nicht anwesend waren, sind auch die gesagten Inhalte, besonders hinsichtlich der Zusammenarbeit mit diesen Akteur*innen, kritisch zu reflektieren. Auf der anderen Seite muss der Aspekt des Fernbleibens dieser eingeladenen Akteur*innen als solcher vor dem Hintergrund der

genannten Herausforderungen der Zusammenarbeit bedacht werden. Ferner können hierarchische Ebenen sowie unterschiedliche Funktionen der Teilnehmenden Einfluss auf die gesagten Inhalte haben. In dieser Arbeit ist hinsichtlich des Datenschutzes zu berücksichtigen, dass sich die Diskussionsteilnehmenden untereinander kennen, in einem gemeinsamen Arbeitskontext stehen und somit das Gesagte innerhalb der Diskussionsteilnehmenden zwangsläufig von den anderen Diskussionsmitgliedern auf die Person zurückzuführen ist und die Weitergabe dieser Informationen außerhalb der Fokusgruppendiskussion nicht kontrolliert werden kann. Darüber hinaus ist hinsichtlich der umfänglichen Thematik integrierter kommunaler Strategien in Gesundheitsförderung und Prävention fraglich, ob die Diskussion im Rahmen der Gesundheitsregion Hameln-Pyrmont die gewünschten Erkenntnisse liefern kann. Zwar ist der Auf- und Ausbau sowie die Umsetzung integrierter kommunaler Strategien Zielsetzung des Programms und wird im Landkreis auch tendenziell umgesetzt, von einer tatsächlichen ressortübergreifenden Zusammenarbeit für Gesundheitsförderung und Prävention kann jedoch nur unter Vorbehalt gesprochen werden. Dafür müsste die ressortübergreifende Zusammenarbeit innerhalb der Kommunalverwaltung noch stärker ausgebaut und im Sinne der Gesundheitsförderung vermehrt die Gesundheit aller, insbesondere aber der sozial Benachteiligten, über die ganze Lebensspanne hinweg einbezogen werden und sich nicht nur auf die Gesundheitsversorgung fokussiert werden. Dieser Aufgabe müsste sich der Landkreis Hameln-Pyrmont in Zukunft stellen und dementsprechende verwaltungsinterne Umstrukturierungen sowie Kooperationserweiterungen vornehmen. Ziel dieser Arbeit war es nicht, bestehende Programme zu evaluieren, sondern vor dem Hintergrund der vielschichtigen Herausforderungen integrierter kommunaler Strategien die Einflussfaktoren bei der Umsetzung im Landkreis Hameln-Pyrmont herauszufinden. Für diese Zielsetzung hat sich die Auswahl einer Fokusgruppendiskussion mit Steuerungsgruppenmitgliedern der Gesundheitsregion Hameln-Pyrmont durchaus geeignet.

Schlussendlich muss eingeräumt werden, dass dieses Projekt dem Mangel an nachhaltiger wissenschaftlicher Forschung zum Themenbereich integrierter kommunaler Strategien in Gesundheitsförderung und Prävention nur minimal entgegenwirken kann. Wünschenswert wäre die Fortsetzung des

Forschungsvorhabens im Landkreis Hameln-Pyrmont über einen längeren Zeitraum, wodurch die Umsetzung erarbeiteter Lösungsvorschläge im weiteren Prozess evaluiert werden könnte. Darüber hinaus würde es sich anbieten, in weiteren niedersächsischen Kommunen die Einflussfaktoren zu analysieren. Zwar können Ergebnisse und Handlungsempfehlungen nicht unmittelbar auf andere Kommunen übertragen werden, dennoch können solche Faktoren, die ihren Ursprung in der Gesetzgebung, Finanzierung und Politik haben, identifiziert und Handlungsempfehlungen für diese übergeordneten Bereiche abgeleitet werden. Hierbei ist positiv hervorzuheben, dass die Diskussionsteilnehmenden bereits im Rahmen der Gesundheitsregion wirksame Strukturen aufgebaut haben und die strategische Planung bereits erfolgreich umgesetzt wird. Dennoch gibt es bei der Zusammenarbeit innerhalb der kommunalen Verwaltung sowie mit verwaltungsexternen Akteur*innen noch ungenutztes Potenzial und Optimierungsmöglichkeiten.

6.2 Ausblick für die Wissenschaft und Praxis

Gesundheitsförderung und Prävention sind gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgaben und damit nicht ausschließlich dem Gesundheitssystem zuzuordnen. Damit integrierte kommunale Strategien in Gesundheitsförderung und Prävention nicht gesondert im Rahmen von Projekten und Programmen, sondern als eigenständige und nachhaltige Strukturentwicklung umgesetzt werden können, bedarf es eines Zusammenspiels von Verwaltung, Politik und Wissenschaft (Triangulation) und einer weiterhin verstärkten Sensibilisierung für die Bedeutung und die Aspekte von Gesundheitsförderung und Prävention (Von Görtz & Janssen 2014). Die Sicherstellung der Finanzierung strukturaufbauender Maßnahmen ist dabei eine fundamentale Aufgabe. Wie diese künftig vor dem Hintergrund des Präventionsgesetzes gestaltet wird, bleibt abzuwarten. Noch ist die Umsetzung des Präventionsgesetzes in der Anfangsphase und auch wenn die unterschiedlichen Kulturen zwischen Krankenkassen und Kommunen (mitgliederorientiert vs. Ausrichtung des Handelns am Gemeinwohl) hier eine große Herausforderung erkennen lassen, darf das Potenzial des Gesetzes nicht verkannt werden (Böhme & Reimann 2018). In dem Sinne bedarf es weiterer gemeinsamer Bemühungen von Akteur*innen aus Kommunen und Krankenkassen in der zukünftigen Gestaltung

gesundheitsförderlicher kommunaler Strukturen. Bei diesem Prozess müssen die Vorgaben und Möglichkeiten der beteiligten Akteur*innen stets transparent und nachvollziehbar offengelegt werden (Lohse et al. 2017). Schließlich muss neben den gesetzlichen Regelungen und engen strukturellen Vorgaben auch bedacht werden, dass die Qualität der Kooperation und Zusammenarbeit zugleich abhängig von den handelnden Akteur*innen ist. Koordinierungs- und mediationsfähigen Personen kommt in diesem Feld auch in Zukunft eine Schlüsselfunktion zu. Darüber hinaus bedarf es einer langfristig angelegten Etablierung strukturaufbauender Projekte. Das scheint mit den aktuellen Unterstützungsangeboten, beispielsweise der Ausarbeitung des Strukturförderungsprogramms durch das GKV-Bündnis für Gesundheit, nicht möglich (s. BZgA 2019). Der aktuelle Stand dieses Vorhabens der GKV berücksichtigt zwar, dass Landkreise und kreisfreie Städte mit besonderem Unterstützungsbedarf gefördert werden sollen, dennoch wird verkannt, dass finanziell schwache Kommunen keine Förderung beanspruchen können, oder Maßnahmen nicht in bestehende Strukturen integriert werden können. Insbesondere Kommunen in Entschuldungsprogrammen werden kategorisch ausgeschlossen, da sie den erforderlichen Eigenanteil im Sinne einer freiwilligen Leistung aufgrund haushaltsrechtlicher Vorgaben gar nicht einbringen können und dürfen[10] (Kuhn & Trojan 2017). Vielmehr müsste sich grundlegend etwas an der Finanzierungslandschaft für Gesundheitsförderung und Prävention, insbesondere in nichtbetrieblichen Lebenswelten ändern, um der Gefahr entgegenzuwirken, erneut Parallel- oder Doppelstrukturen aufzubauen, Konkurrenzen zu verschärfen und die Verantwortung auf Instanzen zu übertragen, die eine Koordination integrierter Strategien nicht leisten können (Böhme & Reimann 2018). Schließlich müssen alle finanziellen Bemühungen und Veränderungsprozesse stets auf eine Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit abzielen (Bräunling & Heyn 2017: 3). Eine Stärkung kommunaler Gesundheitsförderungsmaßnahmen kann nur stattfinden, wenn die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Chancenungleichheit ein wichtiges Politikziel wäre (Rosenbrock 2015: 218). Da es noch keine eindeutigen Adressat*innen im politisch-administrativen System gibt, muss (kommunale) Gesundheitsförderung stärker im politischen Raum diskutiert werden, damit ein

[10] Zu Fördervoraussetzungen des kommunalen Förderprogramms des GKV-Bündnisses für Gesundheit s. BZgA 2019. Zur Übersicht von niedersächsischen Entschuldungsprogrammen s. Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport 2017 sowie Vesper 2015.

politischer Auftrag losgelöst vom Präventionsgesetz erfolgen kann und so finanzielle Ressourcen bereitgestellt werden können. Koordinierung und Vernetzung kommunaler Gesundheitsförderung dürfen vor dem Hintergrund unzulänglicher kommunaler Haushaltsbudgets keine freiwillige Aufgabe sein, sondern müssen im Sinne einer pflichtigen Leistung rechtlich verbindlich geregelt werden. Hierzu zählt auch, dass der Aufgabenbereich der kommunalen Daseinsvorsorge klarer definiert werden müsste (Kuhn & Trojan 2017). Um im Sinne der Health in All Policies-Strategie Gesundheit in allen kommunalen Bereichen als sektorenübergreifende Aufgabe zu etablieren, muss zunächst die Kommunalpolitik dafür notwendige Ziele und Inhalte im Rahmen eines politischen Auftrags entwerfen (Böhm 2017). Die lokalen Verwaltungsakteur*innen müssen den politischen Auftrag partizipativ und koordinierend mit allen relevanten lokalen Instanzen umsetzen (Böhm 2017). Dafür muss der ÖGD personell und finanziell gestärkt werden und Koordinierungs-tätigkeiten als feste Aufgabe etabliert werden, beispielsweise als Koordinierungsstelle Lebensqualität oder lokale Koordinierungsstelle für Gesundheitsförderung (Böhme & Stender 2015; Böhme & Reimann 2018; Böhme et al. 2018). In Niedersachsen würde dies die landesgesetzliche Verankerung entsprechender Aufgaben bedeuten. Eine eindeutige rechtliche Verankerung von (verpflichtenden) Aufgabenfeldern würde gegenwärtige Prozesse vereinfachen, sodass nicht für jede der freiwilligen Leistungen ein kommunaler Beschluss erzielt werden muss. In dem Zusammenhang ist eine gemeinschaftliche Finanzierungs-strategie, wie beispielsweise ein örtlicher Präventionsfonds vorstellbar, um Verfahren und Abstimmungen zu vereinfachen, Ressourcen zu schonen und Gesundheit als Querschnittsthema auch finanziell umsetzbar zu machen (Lohse et al. 2017; Elsaeßer 2018; Böhme & Reimann 2018; Altgeld 2016). Die Chance, Gesundheitsförderung in den gesetzlich festgelegten Aufgabenbereich von Kommunen zu integrieren, würde dem Health in All Policies-Ansatz auf lokaler Ebene gerecht werden (Trojan 2018). Um jedoch Gesundheit als fachbereichsübergreifendes Thema in kommunalen Prozessen verankern zu können, muss sich darüber hinaus die kommunale Verwaltungsstruktur sowie die grundsätzliche Ausbildungsstruktur im kommunalen Verwaltungswesen ändern (Böhme et al. 2018). Ein fundamentales Problem beim Strukturaufbau und der Koordination im ÖGD ist eine hohe Fluktuation, da Beschäftigungen im Vergleich zu Anstellungen in Wirtschafts- und Forschungsunternehmen aufgrund Befristung,

unregelmäßiger kommunaler (finanzieller) Unterstützung sowie unscharfer und unklarer Aufgabenprofile weniger attraktiv sind. Darüber hinaus handelt es sich in der Verwaltungslandschaft nach wie vor um einen von Ärzt*innen dominierten Bereich, bei dem mehr Expertise aus Public Health wünschenswert wäre, um ein breitgefächertes Verständnis von Gesundheit und ein entsprechendes kommunales Planen und Handeln verwirklichen zu können (Kuhn & Trojan 2017). In der Vergangenheit gab es verschiedene Bemühungen eine Modernisierung des (kommunalen) ÖGD hin zur verstärkten sozialraumorientierten Arbeit voranzutreiben, letztmals 1998 im Rahmen der Verwaltungsreform, dennoch sind bis heute keine dauerhaften Veränderungen umgesetzt worden (Baumgart 2017; Böhme & Stender 2015). Ein Veränderungsprozess ist seit einigen Jahren in vielen Verwaltungen angedacht, gleichwohl noch nicht überall gelebte Realität. Die Weiterentwicklung des ÖGD und die Integration von Gesundheitsförderung und Prävention als eine der zentralen Aufgaben müssen in Zukunft umgesetzt werden (Reisig & Kuhn 2016). Die veränderten Anforderungen an Verwaltungen beinhalten auch, das Selbstverständnis der gelebten Daseinsvorsorge nicht zuletzt für die Bürger*innen sichtbar umzusetzen. Das Selbstverständnis einer Verwaltung befindet sich in einem langwierigen Veränderungsprozess, der in Einklang mit den sich stetig verändernden Anforderungen von außen gebracht werden muss. Nicht nur in der Kommunalverwaltung, sondern darüber hinaus kann Netzwerkhandeln als neues Leitbild dargestellt werden (Fischer & Geene 2017). So sollte nach einem Konzept des Zusammenarbeitens eine systematische Vernetzung stattfinden und anstatt willkürlicher und bilateraler Kooperationen vielmehr eine auf Grundlage gemeinsamer Zielvorstellungen entwickelte Gesamtstrategie, sowie die weitere Ausbildung intersektoraler Partnerschaften und Verantwortlichkeiten, verfolgt werden (Fischer & Geene 2017; Wildner & Nennstiel-Ratzel 2014).

Um darüber hinaus integrierte Strategien auf kommunaler Ebene zu stärken, müssen sich Public Health und Kommunen weiter annähern und nicht nur der Bereich kommunaler Gesundheitsförderung, sondern die Kommune als gesundheitsförderndes Setting muss stärker in das Forschungsinteresse rücken. Es gibt verschiedene Beiträge zur Thematik sowie Handreichungen, Factsheets, oder themenspezifische Veröffentlichungen. Die Bandbreite an Beiträgen zu integrierten kommunalen Strategien zeigt, dass es, aufbauend auf den Ergebnissen von Böhme

& Reimann (2018), einer umfangreichen wissenschaftlichen Zusammenfassung bedarf. Eine grundlegende wissenschaftliche Aufbereitung des Konzepts integrierter kommunaler Strategien ist wichtig, um den handelnden Akteur*innen eine fundierte Wissensgrundlage bieten zu können, sodass Probleme und Perspektiven integrierter kommunaler Strategien nicht nur im Rahmen von Projektbegleitforschungen oder speziellen Themenbereichen herausgearbeitet werden. Dem Konzept liegt das Potenzial inne, die Gesundheit aller Bevölkerungsgruppen in der Kommune zu fördern. Dabei muss jedoch bedacht werden, dass tatsächliche positive gesundheitliche Effekte bei solch komplexen Vernetzungs- und Planungsaktivitäten und Maßnahmen nur nach vielen Jahren und höchst aufwendig gemessen werden können, da auch die Einflussfaktoren entsprechend umfangreich sind und eine Verallgemeinerung weder im Sinne der Repräsentativität noch zielführend für Akteur*innen aus der kommunalen Praxis wäre. Aufgrund der umfangreichen Einflussfaktoren und interregional unterschiedlichen Rahmenbedingungen ist es weiterhin fraglich, ob eine umfassende Übersichtsarbeit möglich und überhaupt für die kommunalen Akteur*innen nützlich wäre. Mangelnde Übertragbarkeit lässt darauf schließen, zumindest landesweit spezifische Handlungsempfehlungen und Richtlinien zu entwickeln. Für die Public Health-Wissenschaft und -Praxis sowie die Sensibilisierung für integrierte kommunale Strategien in Gesundheitsförderung und Prävention über begrifflich angesprochene Akteur*innen hinaus bleibt, eine theoretisch fundierte Aufbereitung dennoch umzusetzen.

7 Fazit

Der nachhaltige Aufbau sowie die Umsetzung integrierter kommunaler Strategien für ein gesundes Leben (aufwachsen, arbeiten, älter werden) aller Personengruppen ist eine anspruchsvolle aber durchaus lohnenswerte Aufgabe für Kommunen. Resümierend wird deutlich, dass eine horizontale und vertikale Zusammenarbeit strategisch geplant und rechtlich verankert werden muss. Es mangelt in der Wissenschaft an einer fundierten Theorie und in der Praxis an einer finanziell und personell ausreichenden Ausstattung der Kommunen, um integrierte kommunale Strategien nachhaltig umzusetzen. Daraus resultierend haben sich in der Praxis Projekte und Programme etabliert, die den Weg dafür ebnen und bei Vorhaben unterstützen beziehungsweise kommunale Bestrebungen fördern, woraus sich wiederum eine Vielzahl wissenschaftlicher Veröffentlichungen ergibt, die sich forschungs- beziehungsweise programmbegleitend oder themen- und zielgruppenbezogen mit integrierten Strategien befassen. Es konnte in Kapitel 2.2 herausgestellt werden, dass es sich bei dem Konzept integrierter kommunaler Strategien in Gesundheitsförderung und Prävention um einen komplexen Strukturbildungsprozess handelt, mit dem verschiedene Gesundheitsdeterminanten, Adressat*innengruppen, Fach- und Politikbereiche sowie föderale Handlungsebenen angesprochen werden. Um vor diesem Hintergrund dennoch integriertes Arbeiten voranzubringen, wurden in der vorliegenden Arbeit Einflussfaktoren beim Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Strategien beleuchtet und im Rahmen einer Fokusgruppendiskussion mit Mitgliedern der Gesundheitsregion des Landkreises Hameln-Pyrmont ortsspezifische förderliche und hemmende Faktoren identifiziert.

Die Ergebnisse der Fokusgruppendiskussion bestätigen weitestgehend die Annahmen der bisherigen Literatur. So kann zusammenfassend festgehalten werden, dass integrierte Zusammenarbeit aufgrund tradierter Machtgefüge innerhalb der Verwaltung und der Unklarheit bezüglich der Zuständigkeits- und Aufgabenbereiche sowie verschiedener Interessen weiterer beteiligter kommunaler Akteur*innen eine Herausforderung für die bestehende kommunale (Verwaltungs-)Struktur darstellt. Enorme Erfolge zeigen sich jedoch, wenn mit allen relevanten lokalen Akteur*innen gemeinsam zum Thema Gesundheit gearbeitet wird. Aufgrund

der fachlichen und institutionellen Diversität innerhalb dieser Vernetzungsstruktur sind eine aufgeschlossene und vertrauensvolle Kommunikation auf Augenhöhe, gemeinsame Ziele sowie eine transparente und wirksame Aufgaben- und Ressourcenverteilung besonders ausschlaggebend für eine erfolgreiche Kooperation. Um strukturbildende Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention nachhaltig in der Kommune verankern zu können, erscheint weiterhin eine (kommunal-) politische Unterstützung und Legitimierung besonders förderlich. Obwohl die Ergebnisse zeigen, dass im Landkreis Hameln-Pyrmont bereits mit verwaltungsinternen und -externen lokalen Akteur*innengruppen integriert gearbeitet wird, besteht auf beiden Ebenen weiterer Handlungsbedarf. Aufgrund der multidimensionalen Herausforderungen im Bereich Gesundheit muss sich die Kultur der Zusammenarbeit auf kommunaler Ebene grundsätzlich weiter verändern. Einerseits muss innerhalb der Kommunalverwaltung noch stärker vernetzt gearbeitet und andererseits müssen weitere kommunale Akteur*innen einbezogen werden. Darüber hinaus muss in Lösungen anstatt in Grenzen gedacht und gehandelt werden. Insbesondere hinsichtlich der Finanzierung von Maßnahmen kommunaler Gesundheitsförderung zeigt sich nicht nur für die Gesundheitsregion Hameln-Pyrmont, sondern auch über lokale Grenzen hinaus, ein Bedarf an mehr Transparenz, vereinfachter Wege zur Mittelgenerierung und einer Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Das Potenzial kommunaler Gesundheitsförderung ist lange bekannt. Aufgrund der bedeutenden Position der kommunalen Verwaltung bei strukturbildenden Prozessen muss auch in Zukunft eine stärkere Verknüpfung zwischen Public Health und kommunalen (Verwaltungs-) Strukturen nicht nur in der Praxis, sondern auch in der Wissenschaft gefördert werden. Im Hinblick auf den sozialen Wandel und die wachsende gesundheitliche Chancenungleichheit bietet der Sozialraum Kommune für die Gesundheitswissenschaften weiterhin immenses Potenzial, welches es nicht zuletzt vor dem Hintergrund des Präventionsgesetzes nachhaltig zu gestalten gilt.

Literaturverzeichnis

Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hrsg.) (2014). Umwelt- und Gesundheitsaspekte im Programm Soziale Stadt – Ein Plädoyer für eine stärkere Integration. Hannover. Positionspapier aus der ARL 97. Verfügbar unter: http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0156-00972 [26.01.2019].

Altgeld, T. (2016). Finanzierung der Gesundheitsförderung. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Verfügbar unter: http://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i018-1.0 [26.04.2019].

Altgeld, T. (2017a). Governance – Staatliches Handeln: Stärkung von Public Health durch mehr öffentliche Verantwortung für Gesundheit. Ergebnisse der AG 11 des Zukunftsforums Public Health, Das Gesundheitswesen 2017, 79, 936-939.

Altgeld, T. (2017b). Zersplitterte Heterogenität als Leitmotiv der Public-Health-Praxis in Deutschland? Plenarvortrag im Rahmen des Zukunftsforums Public Health, Das Gesundheitswesen 2017, 79, 960–965.

Altgeld, T. & Kolip, P. (2014). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4., vollständig überarbeitete Auflage (S. 45-58). Bern: Huber.

Altgeld, T., Kolip, P. & Prey, T. (2018). Themenblatt „Wirkungsorientierung“ des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. 1-2018, Berlin. Verfügbar unter: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=ef12e1bbb12803d650eb5204f15c9512 [12.03.2019].

Augustin, F. (2018). Land in Sicht. Strategien zur Gesundheitsförderung und Prävention in ländlichen Räumen. Satellitenveranstaltung zum Kongress Armut und Gesundheit. Protokoll der Eröffnungsveranstaltung. Verfügbar unter: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/satellit-armut-gesundheit/ [04.05.2019].

Bär, G. (2014). Gesundheitsförderung lokal verorten. Räumliche Dimensionen und zeitliche Verläufe des WHO-Setting-Ansatzes im Quartier. In O. Schnur, D. Gebhardt, M. Drilling (Hrsg.), Quartiersforschung (S. 1-375). Wiesbaden: Springer.

Bär, G. (2016). Gesundheitsförderung als sozialraumbezogenes Handlungsfeld. In F. Kessel & C. Reutlinger (Hrsg.), Handbuch Sozialraum (S.1-15). Wiesbaden: Springer.

Bär, G. & Schaefer, I. (2016). Partizipation stärkt integrierte kommunale Strategien für Gesundheitsförderung. Participation strengthens integrated municipal strategies for health promotion. Public Health Forum, 24(4), 255-257.

Baumgart, S. (2017). Pro-aktive Gesundheitsförderung. Instrumente zur Kooperation von räumlicher Planung und Public Health. In M. Pfannstiel, A. Focke & H. Mehlich (Hrsg.), Management von Gesundheitsregionen II. Regionale Vernetzungsstrategien und Lösungsansätze zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung (S. 93-107). Wiesbaden: Springer.

Beetz, Stephan (2018). Das reale Dorf. Themenblatt „Gesundheitsförderung in ländlichen Räumen“ des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. 2-2018, Berlin. Verfügbar unter: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/service/newsletter/themenblaetter/ [10.12.2018].

Bingel, K., Leßmann, G. & Nußbaum, J. (2017). Lebensqualität als Standortfaktor von Gesundheitsregionen. In M. Pfannstiel, A. Focke & H. Mehlich (Hrsg.), Management

von Gesundheitsregionen II. Regionale Vernetzungsstrategien und Lösungsansätze zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung (S. 72-80). Wiesbaden: Springer.

Block, M., v. Unger, H. & Wright, M. (2008). Fokusgruppe. Verfügbar unter: http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/subnavi/methodenkoffer/fokusgruppe.html [12.03.2019].

Borrmann, B. & Rosenkötter, N. (2016). Integrierte Berichterstattung für ressortübergreifende kommunale Gesundheitspolitik. Public Health Forum 2016, 24(4), 272–274.

Böhm, K. (2017). Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention. Elemente, Potentiale und Hemmnisse einer präventiven und gesundheitsförderlichen kommunalen Gesundheitspolitik. Zeitschrift für Sozialreform 2017, 63(2), 275–299.

Böhm, A. & Sadowski, U. (2018). Kommunale Gesundheitsberichterstattung als Planungsgrundlage in der Gesundheitsförderung für Kinder. Bundesgesundheitsblatt 2018, 61, 1215–1224.

Böhme, C., Dilger, U. & Quilling, E. (2018). Integriertes Verwaltungshandeln für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung. In S. Baumgart, H. Köckler, A. Ritzinger & A. Rüdiger (Hrsg.), Planung für gesundheitsfördernde Städte (S. 135-144). Hannover: Verlag der ARL - Akademie für Raumforschung und Landesplanung.

Böhme, C. & Reimann, B. (2018). Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung. Rahmenbedingungen, Steuerung und Kooperation – Ergebnisse einer Akteursbefragung. Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH, Berlin. Verfügbar unter: https://difu.de/publikationen/2018/integrierte-strategien-kommunaler-gesundheitsfoerderung.html [19.10.2018].

Böhme, C. & Stender, K.-P. (2015). Gesundheitsförderung und Gesunde Soziale Stadt / Kommunalpolitische Perspektive. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Verfügbar unter: http://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i043-1.0 [10.10.2018].

Bohnsack, R. (2002). Gruppendiskussionsverfahren und dokumentarische Methode. In D. Schaeffer & G. Müller-Mundt (Hrsg.), Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung (S. 305-325). Bern: Verlag Hans Huber.

Bohnsack, R., Marotzki, W. & Meuser, M (Hrsg.) (2011). Hautbegriffe Qualitativer Sozialforschung (3. Auflage). Opladen & Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich.

Bohnsack, R., Przyborski, A. & Schäffer, B. (2010). Einleitung. Gruppendiskussionen als Methode rekonstruktiver Sozialforschung. In R. Bohnsack, A. Przyborski & B. Schäffer (Hrsg.), Das Gruppendiskussionsverfahren in der Forschungspraxis. 2. Auflage (S. 7-24). Opladen & Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich.

Bräunling, S. & Heyn, T. (2017). Miteinander für gesunde Quartiere. Potentiale zur Zusammenarbeit. Verfügbar unter: https://www.staedtebaufoerderung.info/StBauF/DE/Programm/SozialeStadt/Aktuelles/Meldungen/Meldungen/2017-05-07_Miteinander_fuer_gesunde_Quartiere_DL.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [09.02.2019].

Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (o.J.a). Soziale Stadt. Verfügbar unter: https://www.staedtebaufoerderung.info/StBauF/DE/Programm/SozialeStadt/soziale_stadt_node.html [08.03.2019].

Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (o.J.b). Städtebauförderung des Bundes und der Länder. Verfügbar unter: https://www.staedtebaufoerderung.info/ [08.03.2019].

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2015). UrbanRural Solutions – Innovationen im regionalen Daseinsvorsorgemanagement durch optimierte Unterstützung von Stadt-Land-Kooperationen. Verfügbar unter: http://www.vsl.tu-harburg.de/urbanruralsolutions/Projektflyer.pdf [04.03.2019].

Bundesministerium für Gesundheit (2018). Präventionsgesetz. Verfügbar unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/präventionsgesetz.html [22.10.18].

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) (2017). Potenzial Gesundheit 2020. Strategien zur Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention in der 19. Legislaturperiode aus Sicht der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG). Verfügbar unter: https://www.bvpraevention.de/newbv/images/Publikationen/BVPG_Potenzial%20Gesundheit_2020.pdf [20.11.2018].

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2017). inforo. Das Internet für Fachkräfte. Miteinander arbeiten. Voneinander Lernen. Verfügbar unter: https://www.inforo.online/login [09.03.2019].

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2019). Kommunales Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit zum Aufbau gesundheitsförderlicher Steuerungsstrukturen. Öffentliche Bekanntmachung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Verfügbar unter: https://www.gkv-buendnis.de/fileadmin/user_upload/Bekanntmachung-1a_10-01-2019.pdf [09.05.2019].

Claßen, T. & Mekel, O. (2016). Fachplan Gesundheit – ein neues Konzept für eine nachhaltige, gesundheitsförderliche Kommunalentwicklung. Public Health Forum, 24(4), 275–277.

Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2007). Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Verfügbar unter: https://www.iffs.se/media/1326/20080109110739filmZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf [25.04.2019].

Deutscher Bundestag (2014). Was sind „Pflichtaufgaben der Kommunen im Auftrag des Bundes“ im Rahmen der sozialen Daseinsvorsorge? Verfügbar unter: https://www.bundestag.de/blob/416684/0e186f925ff3307cf56649c0ca0f37fd/wd-3-192-14-pdf-data.pdf [02.11.18].

Dezort, S., Günther, C., Hilke, M., Jasper, C. M., Köhler, S., Schütte,J. D., Stolz, H.-J. (2017). Der Qualitätsrahmen zum Aufbau einer Präventionskette. Verfügbar unter: https://www.kommunale-praeventionsketten.de/fileadmin/user_upload/Praxishandreichungen/Qualitaetsrahmen_Kein_Kind_zuruecklassen_web.pdf [29.04.2019].

Ehlen, S, Dreiskämpfer, D., Utesch, T. & Rehaag, R. (2018). Integrierte Gesamtansätze kommunaler Gesundheitsförderung für Kinder. Untersuchungsdesign und interdisziplinäre Methodenintegration des Forschungsverbunds „Gesund Aufwachsen“. Prävention und Gesundheitsförderung 2018, 13, 254–260.

Elsaeßer, M. (2018). Von Ottawa in den Odenwald. Verhältnisprävention als Teil kommunaler Daseinsvorsorge. Der Landkreis, 1-2 2018, 30-31.

Fischer, J. & Geene, R. (2017). Kommunale Modernisierung durch Netzwerke in Frühen Hilfen und Gesundheitsförderung. In J. Fischer & R. Geene (Hrsg.), Netzwerke Frühe Hilfen

und Gesundheitsförderung. Neue Perspektiven kommunaler Modernisierung (S. 8-17). Weinheim Basel: Beltz.

Fischer, J. & Michelfeit, C. (2016). Sozialplanung als Teil strategischer Entwicklung von Kommunen. In A. Strunk (Hrsg.), Öffentliche Sozialplanung und die Freie Wohlfahrtspflege. Edition Sozialwirtschaft Bd. 42 (S. 65-80). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Flick, U. (2014). Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung (6. Auflage). Reinbek: Rowohlt.

Fonds Gesundes Österreich (o.J.). Grafik der Gesundheitsdeterminanten Farbe. Verfügbar unter: http://fgoe.org/gesundheitsdeterminanten_farbe_jpg [22.10.2018].

Franzkowiak, P. & Hurrelmann, K. (2018). Gesundheit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Verfügbar unter: http://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i023-1.0 [19.03.2019].

Freese, J. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung als kommunale Aufgabe. Prävention Zeitschrift für Gesundheitsförderung 2014, 4, 110-113.

Geene, R., Richter-Kornweitz, A., Strehmel, P. & Borkowski, S. (2016). Gesundheitsförderung im Setting Kita. Ausgangslage und Perspektiven durch das Präventionsgesetz. Prävention und Gesundheitsförderung 2016, 11, 230-236.

Gesunde Städte Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland (2019). Ziele und Aufnahmekriterien. Verfügbar unter: http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de/index.php?id=7 [08.03.2019].

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. 2016). Gute Gründe für die Teilnahme am kommunalen Partnerprozess „Gesundheit für alle“. Verfügbar unter: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=052ac87da1fea10551ee2b0140968f03 [20.04.2019].

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. & Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2019a). Der kommunale Partnerprozess "Gesundheit für alle". Verfügbar unter: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/partnerprozess/ [04.12.2018].

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. & Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2019b). Praxisdatenbank Gesundheitliche Chancengleichheit. Verfügbar unter: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/ [04.12.2018].

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (1998). Gesundheitsbericht für Deutschland. Kapitel 6.2. Öffentlicher Gesundheitsdienst. Verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=1105 [01.02.2019].

Geyer, S. (2016). Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Verfügbar unter: http://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i109-1.0 [26.09.2018].

GKV- Spitzenverband (2018). Kapitel 4: Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V aus dem Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 1. Oktober 2018, Berlin. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Pravention_2018_barrierefrei.pdf [24.10.2018].

Gold, C., Altgeld, T. & Bräunling, S. (2014). Gemeinsam handeln – Chancen verbessern. In Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.), Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für

kommunale Prävention und Gesundheitsförderung, Heft 7, 4., aktualisierte Auflage 2014. Verfügbar unter: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen/ [01.03.2019].

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG) in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28. März 2019 (BGBl. I S. 404).

Hartmann, T., Baumgarten, K. & Dadaczynski, K. (2016). Settingbasierte Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland Status quo, Herausforderungen und Chancen im Kontext des Präventionsgesetzes. Prävention und Gesundheitsförderung, 11, 203-205.

Hartung, S., Rosenbrock, R. (2015). Settingansatz / Lebensweltansatz. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Verfügbar unter: http://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i106-1.0 [07.01.2019].

Helfferich, C. (2011). Die Qualität qualitativer Daten, 4. Aufl., Wiesbaden: Springer.

Institut für soziale Arbeit e.V. (2015). Kommunale Präventionsketten Nordrhein-Westfalen. Verfügbar unter: https://www.kommunale-praeventionsketten.de/ [03.05.2019].

Janz, A. & Heckenhahn, M. (2016). Präventionsgesetz: Zum Stand der Umsetzung aus kommunaler Sicht. Public Health Forum, 24 (4), 269-271.

Kassel, L., Rauh, K. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2017). Partizipative Bedarfsanalyse kommunaler Akteure. Grundlage einer kommunalen Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung. Prävention und Gesundheitsförderung 2017, 3, 174-180.

Kiefer, G. (2018). Nationale Präventionsstrategie: Stärkung der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention. Der Landkreis, 1-2 2018, 27-28.

Kilian, H., & Becker, K. (2013). Vom Auftauen: Die Vorbereitung integrierter kommunaler Strategien. Verfügbar unter: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/service/meldungen/arbeitspapier-zum-auftauen-erschienen/ [14.12.2918].

Kilian, H., Lehmann, F., Richter-Kornweitz, A., Kaba-Schönstein, L. & Mielck, A. (2016). Gesundheitsförderung in Lebenswelten gemeinsam stärken. Der Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“. Bundesgesundheitsblatt, 59, 266-273.

Kitzinger, J. (1995). Qualitative research. Introducing focus groups. BMJ: British medical journal 1995, 311, 299.

Knetschke, T. & Claßen, T. (2014). Eine gesundheitsförderliche Planung für den ländlichen Raum. Der Landkreis, 11/2014, 673-674.

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, Geschäftsstelle Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (2013). Integrierte kommunale Strategien als Beitrag zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit für Kinder und Jugendliche. Verfügbar unter: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/integrierte-kommunale-strategien/ [28.09.2018].

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, Geschäftsstelle Berlin-Brandenburg e.V. (2017). Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. Verfügbar unter: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/ [10.10.2018].

Kruse, C. & Richter-Kornweitz, A. (2019). Praxis Präventionsketten. Organisationsstruktur entwickeln. Verfügbar unter: http://www.praeventionsketten-nds.de/downloads/ [20.04.2019].

Kruse, J. (2014). Qualitative Interviewforschung - Ein integrativer Ansatz. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Kuckartz, U. (2012). Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Beltz: Juventa.

Kuckartz; U. (2017). Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Verfügbar unter: http://www.qualitativeinhaltsanalyse.de/documents/Kuckartz-Qualitative-Inhaltsanalyse-2016-Transkription.pdf [22.03.2019].

Kuhn, J. & Trojan, A. (2017). Daten bereitstellen, Vernetzen, Koordinieren. Der Beitrag des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu regionaler Kooperation und Integration. In A. Brandhorst et al. (Hrsg.), Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems, Gesundheit. Politik - Gesellschaft – Wirtschaft (S. 353-372). Wiesbaden: Springer.

Kuhlmann, S. (2018). Dezentralisierung, Kommunalisierung, Regionalisierung. In Veit S., Reichard C., Wewer G. (Hrsg.), Handbuch zur Verwaltungsreform (S. 1-12), Wiesbaden: Springer.

Lamnek, S. (2010). Qualitative Sozialforschung (5., überarbeitete Auflage). Weinheim, Basel: Beltz.

Lamnek, S. & Krell, C. (2016). Qualitative Sozialforschung (6., überarbeitete Auflage). Weinheim, Basel: Beltz.

Lampert, T., Kroll, L., Kuntz, B. & Hoebel, J. (2018). Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland und im internationalen Vergleich: Zeitliche Entwicklung und Trends. In Robert Koch-Institut (Hrsg.), Journal of Health Monitoring. Special Issue, 3, 1-26.

Landesamt für Statistik Niedersachsen (2019). Landkreis Hameln-Pyrmont. Verfügbar unter: https://www.statistik.niedersachsen.de/download/49167 [22.04.2019].

Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Soziale Brennpunkte Niedersachsen e.V. (2019). Praxisnetzwerk für soziale Stadtentwicklung. Verfügbar unter: https://www.lag-nds.de/ [14.05.2019].

Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemäß § 20f SGB V im Land Niedersachsen („LRV Prävention Niedersachsen“) (2016). Verfügbar unter: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=74578c4c9abad0478099a843e203cb77 [04.04.2019].

Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (2013). Werkbuch Präventionskette. Verfügbar unter: https://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/Werkbuch-Praeventionskette_Doppelseite.pdf [21.11.18].

Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Nds. e.V. (Hrsg.) (2014). Gesundheitsregionen in Deutschland. Verfügbar unter: https://www.gesundheit-nds.de/index.php/medien/medienliste [16.05.2019].

Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (Hrsg.) (2018). Gesundheitsregionen Niedersachsen. Leitfaden. Verfügbar unter: https://gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/GR-Leitfaden_web.pdf [0912.2018].

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZW) (2014). Fachplan Gesundheit – ein Ansatz zur Stärkung der Gesundheitsbelange im kommunalen Kontext. Verfügbar unter: https://www.lzg.nrw.de/versorgung/ges_plan/fachplan_gesundheit/index.html [08.02.2019].

Landkreis Hameln-Pyrmont. Die Gesundheitsregion (o.J.). Über uns. Verfügbar unter: http://www.gesundheitsregion-hameln-pyrmont.de/%C3%9Cber-uns [23.02.2019].

Landkreis Hameln-Pyrmont (2017). Landkreis Hameln-Pyrmont im Überblick. Zahlen, Daten Fakten. Verfügbar unter: https://www.hameln-pyrmont.de/media/custom/2749_1282_1.PDF?1498029190 [23.02.2019].

Laumann, K.-J. (2018). Chancen für Gesundheitsförderung und Prävention. Der Landkreis, 1-2/2018, 26-27.

Lohse, K., Meysen, T., Götte, S., González Méndez de Vigo, N. & Seltmann, D. (2017). Akteursübergreifende Prävention – verknüpfte Planung, Umsetzung und Finanzierung von Präventionsketten. Möglichkeiten der Etablierung eines kommunalen „Präventionstopfs“. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Loss, J., Eichhorn, C., Gehlert, J., Donhauser, J., Wise, M. & Nagel, E. (2007). Gemeindenahe Gesundheitsförderung – Herausforderung an die Evaluation. Community-Based Health Promotion – A Challenge for the Evaluation. Das Gesundheitswesen 2007, 69, 77– 87.

Maercker, U. & Planert, C. (2014). Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene. Zuständigkeiten, Good Practice, Chancengleichheit. Verfügbar unter: https://kgm.pebonline.de/fileadmin/rmp/PDF_2013/PDF_Weiterbildung/Gesundheitsf%C3%B6rderung_auf_kommunaler_Ebene_72dpi.pdf [22.02.2019].

Maykus, S. und Hensen, P. (2013). Kommunale Gesundheitsberichterstattung. In E.-W. Luthe (Hrsg.), Kommunale Gesundheitslandschaften (S. 69-85). Wiesbaden: Springer.

Mayring, P. (2016). Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim: Beltz.

Mayring, P. (2017). Qualitative Inhaltsanalyse in der psychologischen Forschung. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie (S. 1-17), Wiesbaden: Springer.

Mayring, P. & Fenzl, T. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur und J. Blasius (Hrsg.), Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung (S. 633-648). Wiesbaden: Springer.

Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen (2015). Positionspapier: Integrierte Gesamtkonzepte kommunaler Prävention. Verfügbar unter: http://www.praeventionsketten-nds.de/fileadmin/media/downloads/positionspapier_integrierte-gesamtkonzepte-pravention_versand.pdf [10.03.2019].

Morgan, D. (1997). Fokusgruppen (Focus Groups as Qualitative Research). Thousand Oaks: SAGE Publications.

Müller, S., Salzmann, A., Greß, S. & Stegmüller, K. (2017). Fördernde und hemmende Faktoren kommunaler Vernetzungsvorhaben am Beispiel des Landkreises Fulda. In M. Pfannstiel, A. Focke & H. Mehlich (Hrsg.), Management von Gesundheitsregionen II. Regionale Vernetzungsstrategien und Lösungsansätze zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung (S. 61-71). Springer: Wiesbaden.

Müller, V. E., Stamer, M. & Richter P. (2009). Ethik und Datenschutz im Kontext qualitativer Forschung. Konzept der Arbeits-und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung im Verein zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung e.V.

Nationale Präventionskonferenz (Hrsg.) (2016). Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abd. 3 SGB V, verabschiedet am 19.02.2016. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2016/Praevention_NPK_BRE_verabschiedet_am_19022016.pdf [19.12.2018].

Niedersächsische Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung (o.J.). Förderung Sozialer Innovationen. Verfügbar unter: https://www.europa-fuer-niedersachsen.niedersachsen.de/startseite/aktuelles/aktuelle_meldungen/foerderung-sozialer-innovationen-173071.html [27.01.2019].

Niedersächsisches Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung (MB) in Kooperation mit dem Landesamt für Statistik Niedersachsen (2018). Regionalmonitoring Niedersachsen. Verfügbar unter: https://www.regionalmonitoring-statistik.niedersachsen.de/ [26.11.2018].

Niedersächsisches Ministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (o.J.). Landentwicklung in Niedersachsen. Verfügbar unter https://www.ml.niedersachsen.de/themen/entwicklung_laendlichen_raums/landentwicklung-in-niedersachsen-4849.html [27.01.2019].

Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport (2017). Zwischenbilanz der niedersächsischen Entschuldungsprogramme. Verfügbar unter: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjik-Gli6XiAhVGJ1AKHcgiCD4QFjAAegQIBhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.mi.niedersachsen.de%2Fdownload%2F122951%2FZwischenbilanz_der_Nds._Entschuldungsprogramme.pdf&usg=AOvVaw1ZM21LEE8AW7HFTFPQ4oNn [12.02.2019].

Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport (2019). Kommunen in Niedersachsen. Verfügbar unter: https://www.mi.niedersachsen.de/themen/kommunen/kommunen-in-niedersachsen-63108.html [12.02.2019].

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2017). Niedersächsisches Ministerialblatt. Verfügbar unter: https://www.ms.niedersachsen.de/download/125895/Richtlinie_zu_den_Gesundheitsregionen_Niedersachsen_Nds._Ministerialblatt_vom_20.11.2017.pdf [26.04.2019].

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2018). Handlungsorientierte Sozialberichterstattung Niedersachsen. Statistikteil Bericht 2018. Verfügbar unter: https://www.ms.niedersachsen.de/themen/soziales/handlungsorientierte_sozialberichterstattung/handlungsorientierte-sozialberichterstattung-niedersachsen-19243.html [19.09.2018].

PartKommPlus (2018). Kommunale Entwicklung von Gesundheitsstrategien: Wissenschaft und Praxis im Dialog. Erkenntnisse und Empfehlungen im Überblick. Verfügbar unter: http://partkommplus.de/fileadmin/files/Tagung-1/09_17_12_22_KEG_Erkenntnisse_und_Empfehlungen.pdf [04.04.2019].

Przyborski, A. & Riegler J. (2010). Gruppendiskussion und Fokusgruppe. In Mey G., Mruck K. (Hrsg.), Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie (S. 436-448). Wiesbaden: Springer.

Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2014). Forschungsdesigns für die qualitative Sozialforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung (S. 117-133). Wiesbaden: Springer.

Rauh, K, Kassel, L., Böttinger, U. & Fröhlich Gildhoff, K. (2017). Gesundheitsförderung als Zwei-Ebenen-Strategie. Kommunale Steuerung und Organisationsentwicklung im Settingansatz. Forum Sozialarbeit + Gesundheit, 3/2017, 6-9.

Reisig, V. & Kuhn, J. (2016). Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheit. Gemeindeorientierung. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Verfügbar unter: https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/oeffentlicher-gesundheitsdienst-oegd-und-gesundheitsfoerderung/ [11.02.19].

Reul, R. & Wollenberg, B. (2018). „Gemeinsam für Gesundheit und Lebensqualität“. Erfahrungen bei der Entwicklung einer kommunalen Strategie zur Umsetzung des Präventionsgesetzes. Der Landkreis, 1-2/2018, 32-34.

Richter-Kornweitz (2018). Strategien entwickeln und Strukturen bilden. Integrierte kommunale Strategien zur Gesundheitsförderung und Prävention. Verfügbar unter: https://www.gesundheit-nds.de/index.php/veranstaltungen/dokumentationen/987-kinder-aus-suchtbelasteten-familien [09.12.2018].

Richter-Kornweitz, A. (2019). Praxis Präventionsketten. Koordination von Präventionsketten. Verfügbar unter: http://www.praeventionsketten-nds.de/downloads/ [24.02.2019].

Richter-Kornweitz, A., Holz, G. und Kilian, H. (2017). Präventionskette/Integrierte kommunale Gesundheitsstrategie. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Verfügbar unter: https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praeventionskette-integrierte-kommunale-gesundheitsstrategie/ [24.09.2018].

Richter-Kornweitz, A. & Kruse, C. (2018). Steuerung sozialraumbezogener Gesundheitsförderung in Kommunen. Governance of district-based health promotion within communities. Public Health Forum, 26(2), 153-155.

Richter-Kornweitz, A. & Kruse, C. (2019). Praxis Präventionsketten. Bestandsaufnahme und Bestandsanalyse. Verfügbar unter: http://www.praeventionsketten-nds.de/downloads/ [02.04.2019].

Richter-Kornweitz, A. & Utermark, K. (2013). Werkbuch Präventionskette. Verfügbar unter http://www.praeventionsketten-nds.de/downloads/ [10.09.2018].

Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2006). Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Konzepte. 1. Auflage 2016. Wiesbaden: Springer.

Richter, M. & Hurrelmann, K. (2018). Determinanten von Gesundheit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und

Prävention. Verfügbar unter: http://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i008-1.0 [26.09.2018].

Rind, E., Reime, B. & Weidmann, C. (2017). Rural health / Gesundheit im ländlichen Raum. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Verfügbar unter: http://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i133-1.0 [18.01.2019].

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin. Verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=25681 [08.12.2018].

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2018). KiGGS Welle 2 – Gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen. In Journal of Health Monitoring. Ausgabe 3, September 2018.

Rosenbrock, R. (2001). Was ist New Public Health? Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 8/2001, 753-762.

Rosenbrock, R. (2015). Prävention in Lebenswelten – der Setting-Ansatz. Prevention in Living Environments – the Setting-Approach. Deutscher Ärzte-Verlag, Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 91 (5), 213-219.

Schiller, D., Carlsson, S., Cordes, A., Reinhold, M. & Schasse, U. (2014). Basisanalyse zur Identifizierung spezifischer Handlungsbedarfe für fünf Regionen in Niedersachsen. Teil A: Erläuterung des Vorgehens und landesweite Betrachtung. Verfügbar unter: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj49ZvxqZHiAhXMPOwKHR37BPwQFjABegQIBhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.mb.niedersachsen.de%2Fdownload%2F87863%2FBasisanalyse_-_landesweite_Betrachtung.pdf&usg=AOvVaw3sK4RU_LnZW1PPs3wqzLPg [22.10.2018].

Schreier, Margrit (2014). Varianten qualitativer Inhaltsanalyse. Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. Forum Qualitative Sozialforschung 2014, 15(1), Art. 18.

Schulz, M. (2012). Quick and easy!? Fokusgruppen in der angewandten Sozialwissenschaft. In M. Schulz, B. Mack & O. Renn (Hrsg.), Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft: Von der Konzeption bis zur Auswertung (S. 9-23). Wiesbaden: Springer.

Sozialgesetzbuch (SGB) In der Fassung der Bekanntmachung vom 02.01.2002 (BGBl. I S. 42, ber. S. 2909, 2003 S. 738), zuletzt geändert durch Gesetz vom 20.07.2017 (BGBl. I S. 2780).

Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2018). Verfügbar unter: https://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Regionen/Politische-Gebietsstruktur/Niedersachsen-Nav.html [26.11.2018].

Süß, W. & Trojan, A. (2015a). Gemeindeorientierung. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Verfügbar unter: http://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i021-1.0 [10.10.2018].

Süß, W. & Trojan, A. (2015b). Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Verfügbar unter: http://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i029-1.0 [11.01.19].

Süß, W. & Trojan, A. (2015c). Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention .Verfügbar unter: http://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i032-1.0 [11.01.19].

Süß, W. (2016). Quartiersbezogene Gesundheitsförderung – Erkenntnisse aus der Evaluation. Public Health Forum 2016, 24 (4), 278 – 280.

Tausch, A. & Menold, N. (2015). Methodische Aspekte der Durchführung von Fokusgruppen in der Gesundheitsförderung. Leipzig: Gesis – Leibniz Institut für Sozialwissenschaften.

Trojan, A. (2018). Kommunale Gesundheitsförderung. Community health promotion. Public Health Forum 2018, 26(2), 150–152.

Trojan, A. & Lorentz, C. (2014). Lenzgesund – quartiersbezogene Gesundheitsförderung durch den kommunalen ÖGD. Public Health Forum 2014, 24-26.

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, 11, 259-264.

Trojan, A. & Süß, W. (2013). Gesundheit fördern, wo die Menschen leben. Das Setting Gemeinwesen. In Trojan, A., Süß, W., Lorentz, C., Nickel, S. & Wolf, K. (Hrsg.), Quartiersbezogene Gesundheitsförderung. Umsetzung und Evaluation eines integrierten lebensweltbezogenen Handlungsansatzes (S. 14-26). Weinheim, Basel: Beltz.

Trojan, A., Süß, W. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. In K. Hurrelmann; T. Klotz; J. Haisch (Hrsg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung (S. 345–355). Bern: Huber.

Von Görtz, R. & Janssen, K. (2014). Begleitforschung „Kein Kind zurücklassen!“ Analysen und Konzepte aus dem Programm „LebensWerte Kommune“. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Vesper, D. (2015). Gemeindefinanzierung wenig nachhaltig - Analyse und Perspektiven der Kommunalfinanzen. Gutachten im Auftrag des Instituts für Makroökonomie und Konjunkturforschung der Hans-Böckler-Stiftung. Verfügbar unter: https://www.boeckler.de/pdf/p_imk_study_41_2015.pdf [12.02.2019].

Vogl S. (2019). Gruppendiskussion. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung (S. 695-700). Wiesbaden: Springer.

Walter, U. & Volkenand, K. (2017). Kommunale Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland: Pflichten, Rechte und Potenziale im Kontext der kommunalen Daseinsvorsorge Municipal Health Promotion in Germany: Duties, Rights and Potential. Das Gesundheitswesen 2017, 79, 229-237.

Weth, C. (2013). Kommunale Gesundheitsverwaltung. In E.-W. Luthe (Hrsg.), Kommunale Gesundheitslandschaften (S. 303-315). Wiesbaden: Springer.

WHO = World Health Organization (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [13.09.2018].

WHO = World Health Organization (1978). Erklärung von Alma-Ata. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978 [06.02.2019].

WHO = World Health Organization (2013). The Helsinki Statement on Health in All Policies. Verfügbar unter: https://www.who.int/healthpromotion/frameworkforcountryaction/en/ [06.01.2019].

WHO = World Health Organization (2014). Health in All Policies (HiAP) Framework for Country Action, January 2014. WHO, Geneva. Verfügbar unter: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/140120HPRHiAPFramework.pdf?ua=1 [22.2.19].

Wihofszky, P. (2013). Die Praxis der Gesundheitsförderung zwischen Top-down und Bottom-up. Ansätze partizipativen Planens und Forschens in der Konzeptentwicklung. Prävention und Gesundheitsförderung, 2013: 8, 181–190.

Wildner, M. & Nennstiel-Ratzel, U. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung im Öffentlichen Gesundheitsdienst. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4., vollständig überarbeitete Auflage (S. 311-320). Bern: Huber.

Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages (2006). Was ist Daseinsvorsorge? Historische Entwicklung, aktueller Stand, Aufgaben der Kommunen, Bedeutung des Begriffs in der aktuellen Debatte. Verfügbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/424316/40836520741496c15613a91f113c059f/wf-iii-035-06-pdf-data.pdf [08.02.2019].

Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages (2014). Was sind „Pflichtaufgaben der Kommunen im Auftrag des Bundes“ im Rahmen der sozialen Daseinsvorsorge. Verfügbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/416684/0e186f925ff3307cf56649c0ca0f37fd/wd-3-192-14-pdf-data.pdf [10.02.2019].

Wright, M. (2006). Auf dem Weg zu einer theoriegeleiteten, evidenzbasierten, qualitätsgesicherten Primärprävention in Settings. In Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften. 43: Prävention, S. 55-73. Verfügbar unter: www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/?p=163 [01.03.2019].

Wright, M., Kilian, H. & Brandes, S. (2013). Praxisbasierte Evidenz in der Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Das Gesundheitswesen 2013, 75, 380-385.