

Wissenschaftliche Begleitforschung des Aktionsprogramm Gesundheit Berlin - WiBAG

Annex

im Auftrag der

Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung	BERLIN	
--	---------------	---

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	IV
1 Gesetzliche Rahmung	2
1.1 Bundesgesetzgebung	2
1.2 Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention	2
1.3 Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst Berlin	5
2 Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention	7
2.1 Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	7
2.2 GKV-Bündnis für Gesundheit	8
2.3 Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit	9
2.4 Nationale Gesundheitsziele	12
3 Strategien für Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten	14
3.1 Health in All Policies	14
3.2 Soziale Determinanten von Gesundheit	15
3.3 Der Setting- oder Lebenswelten Ansatz	17
3.4 Diskurs Dachsetting Kommune	18
3.5 Integrierte Strategien für sozialsituationbezogene Gesundheitsförderung und Prävention	22
4 Ressortübergreifende Gemeinschaftsinitiative (GI) zur Stärkung sozial benachteiligter Quartiere	25
4.1 BENN - Berlin Entwickelt Neue Nachbarschaften	25
5 Exkurs: Landesprogramm für integrierte Gesundheitszentren	27
5.1 Mehrebenenprozess	29
5.2 Wirkungsorientierung	33
6 Exkurs: LGK-Gesundheitsziel „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten“	37
6.1 Erste Ergebnisse	38
7 Exkurs: Berliner Ernährungsstrategie	41
Literaturverzeichnis	42

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kooperations- und Koordinierungsstruktur in Primärprävention und Gesundheitsförderung nach dem Präventionsgesetz, Quelle: Gerlinger 2021	4
Abbildung 2: Kriterien für gute Praxis - Good Practice-Kriterien, Quelle: KoopV 2021b	10
Abbildung 3: Regenbogen-Modell nach Dahlgren & Whitehead, Quelle: (Burtscher et al. 2017)	16
Abbildung 4: Netzstrukturen `gespiegelter` Netzstrukturen in die kommunale Verantwortungskaskade, Quelle: Schubert 2013	21
Abbildung 5: Präventionskette, Quelle: Richter-Kornweitz und Utermark 2013	23
Abbildung 6: Gegenstromverfahren in der örtlichen Sozialplanung, Quelle: Nutz und Schubert 2020	31
Abbildung 7: Erfolgsfaktoren lokaler Gesundheitsförderung, eig. Darstellung nach Quilling et al. 2021	33
Abbildung 8: Konzeption eines Controlling-Systems (Pieper 2018: 63)	35

Abkürzungsverzeichnis

APG	Aktionsprogramm Gesundheit
ASH	Alice Salomon Hochschule-Berlin
BENN	Berlin Entwickelt Neue Nachbarschaften
BSPH	Berlin School of Public Health
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
EPHO	Essential Public Health Operations
GDG	Gesundheitsdienst-Gesetz
GI	Ressortübergreifende Gemeinschaftsinitiative
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HiAP	Health in All Policies
KGC	Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit
KoopV	Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit
LGK	Landesgesundheitskonferenz
MAP	Multi-Akteurs-Partnerschaften
OE QPK	Organisationseinheit Qualitätsentwicklung, Planung und Koordinierung Gesundheitsförderung
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PrävG	Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz)
SBA	SchreiBabyAmbulanz
SDG	Sustainable Development Goal
SenStadtBauWohn	Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen
SenUMVK	Senatsverwaltung für Umwelt, Mobilität, Verbraucher- und Klimaschutz
SenWGPG	Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung

Mit der Ottawa Charta ist es eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung den Menschen weitgehende Selbstbestimmung in Bezug auf die eigene Gesundheit zu vermitteln und ermöglichen (WHO 1986). Gesundheitsförderung lokal zu verorten wird mit der kleinräumig nachvollziehbaren Verteilung von gesundheitlicher Ungleichheit, aber auch der Möglichkeit zur Beeinflussung von Rahmenbedingungen begründet (Bär 2015). Um gesundheitliche Chancengleichheit herzustellen, müssen sowohl individuelle Ressourcen als auch gesellschaftliche Rahmenbedingungen ausgebaut und gestärkt werden (Kickbusch 2003).

Im Folgenden werden diese einzelnen Ebenen aufgezeigt und ihre Bedeutung für das APG ausgeführt.

Die Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention als Teil der Daseinsfürsorge muss als Mehrebenenprozess betrachtet werden. Auf der normativen Ebene wird in Form von Gesetzgebung, aber auch z.B. durch die Vereinbarung auf ein gemeinsames Leitbild (z.B. Gesundheitsziele) die Grundlage zur gemeinsamen Arbeit geschaffen. Auf der Strategischen Ebene wird dieses Leitbild in Form strategische Ziele eingeordnet und auf der operativen Ebene in Form dezentraler Ressourcenverantwortung und nutzerorientierter Umsetzung realisiert. Im Folgenden werden diese einzelnen Ebenen aufgezeigt und ihre Bedeutung für das APG ausgeführt.

1 Gesetzliche Rahmung

1.1 Bundesgesetzgebung

Die Einführung von Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen der Neuordnung des Gesundheitsreformgesetzes 1989 im § 20 des SGB V bildete die Grundlage für die Entwicklung eines breiten Spektrums gesundheitsfördernder Aktivitäten (Meierjürgen et al. 2016). Nach einer kurzfristigen Einstellung dieser Förderung in den 1990ern sind Krankenkassen mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz von 2000 dazu verpflichtet primärpräventive Leistungen anzubieten, die dazu geeignet sind „den allgemeinen Gesundheitszustand [zu] verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen [zu] leisten (Meierjürgen et al. 2016).

1.2 Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) von 2015 werden die Krankenkassen dazu aufgefordert „Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten“ zu fördern. Lebenswelten werden dabei definiert als „für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports“ (§ 20a Abs. 1 SGB V). Dies ist „insbesondere [durch] den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen“ (§ 20a Abs. 1 SGB V) in kassenübergreifender Zusammenarbeit (§ 20a Abs. 1 SGB V) umzusetzen (Gerlinger 2021).

Der Präventionsleitfaden des GKV-Spitzenverbandes legt Handlungsfelder und Kriterien der Krankenkassen im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung im Sinne des Präventionsgesetzes fest. Diese sind für die Leistungserbringer verbindlich und bilden die Grundlage zur Förderung bzw. anteiligen Kostenübernahme von Maßnahmen zur gesundheitlichen Ressourcenstärkung und Risikominimierung der gesetzlich Krankenversicherten (GKV-Spitzenverband 2021b). Die im Präventionsleitfaden formulierten Ziele für Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten der GKV für die Jahre 2019-2024 beziehen sich auf die:

- Erhöhung der Zahl der Kommunen, die über intersektoral zusammengesetzte (z.B. GKV und Versicherte) Steuerungsgremien verfügen

- Integration von, in Städten, Landkreisen und Gemeinden politischen Entscheidungsträgerinnen und -träger und freigemeinnützigen Trägern, welche einen Beitrag in die Leistungen für Menschen in Arbeitslosigkeit beitragen
- Erhöhung der Zahl bzw. des Anteils von Kindern und Jugendlichen in Kindertagesstätten und Schulen, die Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Anspruch nehmen
- Erhöhung der Inanspruchnahme von Maßnahmen der Präventions- und Gesundheitsförderung bei älteren Menschen, Menschen mit Behinderungen, Allein-/Getrennterziehende, Kinder aus Sucht- u./o. psychische belasteten Familien (GKV-Spitzenverband 2021b)

Zentral für die Umsetzung ist die gemeinsame Nationale Präventionsstrategie (§ 20d SGB V), welche bundeseinheitliche, trägerübergreifende Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention formuliert sowie die Erstellung von Präventionsberichten umfasst. Die Rahmenempfehlungen sollen die „Festlegung gemeinsamer Ziele, vorrangiger Handlungsfelder und Zielgruppen, der zu beteiligenden Organisationen und Einrichtungen“ vornehmen sowie die Dokumentations- und Berichtspflichten (Präventionsbericht) regeln (§ 20d Abs. SGB V).

Abbildung 1 verdeutlicht den Aufbau von Kooperations- und Koordinierungsstrukturen in Folge des Präventionsgesetzes. Dem Nationalen Präventionsforum kommt hier eine beratende Tätigkeit der Nationalen Präventionskonferenz zu, die infolge dessen für die Umsetzung und Weiterentwicklung der Nationalen Präventionsstrategie verantwortlich ist. Die Strategie wird durch bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen sowie einen alle vier Jahre erscheinenden Präventionsbericht umgesetzt. Die Bundesrahmenempfehlung beinhaltet gemeinsam formulierte Gesundheitsziele, Handlungsfelder und Maßnahmen und bilden die Grundlage für entsprechende Landesrahmenvereinbarungen (siehe Kap 4.2.3) in den einzelnen Bundesländern (Gerlinger 2021).

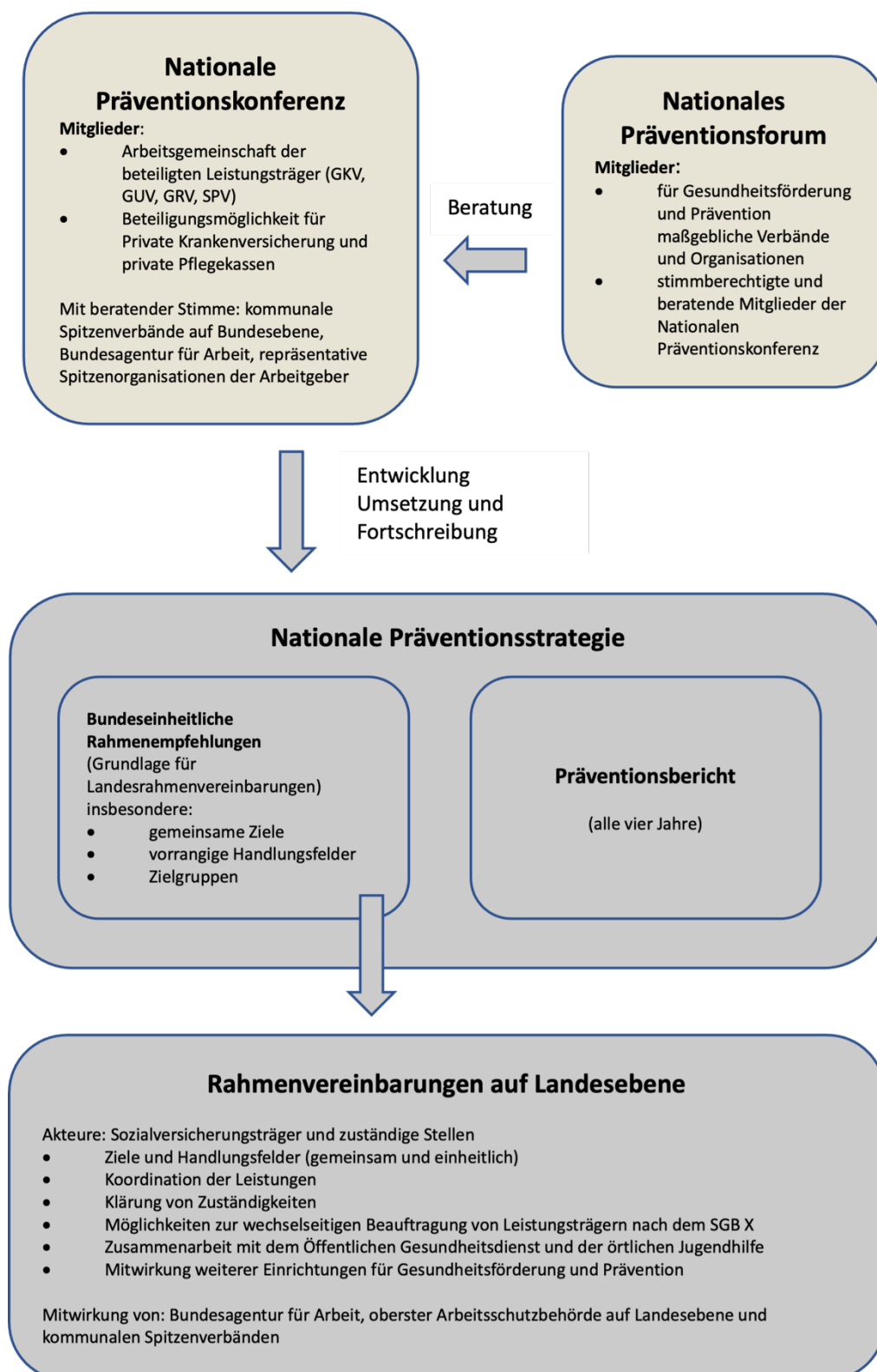


Abbildung 1: Kooperations- und Koordinierungsstruktur in Primärprävention und Gesundheitsförderung nach dem Präventionsgesetz, Quelle: Gerlinger 2021

1.3 Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst Berlin

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) in Berlin wird durch, auf Landesebene geltende, Gesetze und Verordnungen sowie Bundes- und EU-Recht geregelt. Im Jahr 2006 wurde das Berliner Gesundheitsdienst-Gesetz (GDG) verabschiedet. Darin wurden Aufgaben, Zuständigkeiten und Strukturen für den ÖGD im Land Berlin definiert. Zudem ermöglicht das GDG eine einheitliche Struktur aller zwölf Berliner Bezirke (SenWGPG o.J.).

Mit dem GDG wird dem ÖGD nach § 1 Abs. 1 GDG beauftragt, sein Handeln nach

„[...] den großstadttypischen gesundheitlichen und sozialen Problemlagen [auszurichten] und flexibel auf sich verändernde Rahmenbedingungen [zu reagieren]. Im Rahmen der Daseinsvorsorge achtet er dabei besonders auf die Stärkung der Eigenverantwortung sowie des bürgerschaftlichen Engagements und berücksichtigt geschlechtsspezifische, behindertenspezifische und ethnisch-kulturelle Aspekte. Der öffentliche Gesundheitsdienst orientiert seine Arbeit am Programm des Gesunde-Städte-Netzwerkes und an den Grundsätzen von Public Health.“ (Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst 25.05.06)

Als eine Kernaufgabe (§ 1 Abs. 3 Zf: 1 GDG) des ÖGD wird die Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination erwähnt, die sich den Bereichen

- integrierte Gesundheitsberichterstattung,
- sozialindikative Gesundheitsplanung,
- Koordination, Planung und Steuerung der psychiatrischen Versorgung und der Suchthilfe,
- Initiierung und Koordination von Maßnahmen der Gesundheitsförderung sowie Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements,
- Erarbeitung und Weiterentwicklung fachlicher Standards zur Sicherung von Qualität und Nachhaltigkeit der Leistungen des Gesundheitssystems, soweit es dem öffentlichen Gesundheitsdienst widmen soll.

Hinsichtlich der Organisation des ÖGD (§ 3 Abs. 3 GDG) wurde in jedem Bezirk eine Organisationseinheit für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination im Bereich Gesundheitsförderung (OE QPK) implementiert, die das für das Gesundheitswesen zuständige Mitglied im Bezirksamt (Gesundheitsstadträtin und Gesundheitsstadtrat) bei der Umsetzung der Aufgabenstellung unterstützt. Darüber hinaus wird in § 3 Abs. 6 GDG eine

Landesgesundheitskonferenz gesetzlich festgeschrieben, die als ein Instrument bei der Planung, Koordinierung und Umsetzung von Gesundheitszielen fungieren soll.

2 Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention

Bundesweite Kooperationsprogramme und -strukturen wie z. B. das [Gesunde Städte Netzwerk](#)¹ (1989) als Teil des WHO-Netzwerkes Healthy Cities, die [Initiative Gesundheit und Arbeit](#)² (2002), der [Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit](#)³ mit den Regionalen Knoten (2003), Kooperationen verschiedener Bundesministerien im Rahmen des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt“ (Gold 2009) oder Landesprogramme zur Gesundheitsförderung in Kitas und Schulen (Paulus 2003; Meierjürgen et al. 2016) bestehen seit Jahrzehnten parallel zu den Gesetzgebungsverfahren und Reformprozessen.

Zudem entwickelten sich Strukturen, wie z.B. Landesvereinigungen für Gesundheit organisiert in der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG 2014), Landesgesundheitskonferenzen und bezirkliche oder kommunale Gesundheitskonferenzen (Ruckstuhl 2011).

Verbunden mit dieser Strukturentwicklung, die von unterschiedlichen Stakeholdern auf unterschiedlichen Ebenen initiiert und betrieben wird (wurde), ist stets die Herausforderung die Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern bzw. dem öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) sowie den Sozialversicherungsträgern und privaten Kranken- und Pflegeversicherungen auf der Länder- und kommunalen Ebene zu gestalten (Luthe 2013; Böhm 2017). Um die seit dem Jahr 2000 in Deutschland in § 20 (1) SGB V als Ziel von Prävention und Gesundheitsförderung beschriebene „Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen“ zu erreichen ist „Feinsteuerung im engen Kontakt mit den Verantwortlichen vor Ort“ (Luthe 2013) notwendig. Sozialräumliche Analysen sowie partizipative und in Mitbestimmungsverfahren abgestimmte Ziele und entsprechende Angebote und Maßnahmen sind entscheidend für gelingende Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention.

2.1 Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Die BZgA ist eine Bundesbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit. Seit ihrer Gründung 1967 ist sie zuständig für die ‚Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung‘ in Deutschland. In der 2006 verabschiedeten Präambel wird sich unter anderem auf das Fördern von Gesundheit über die gesamte Lebensspanne des

¹ <https://gesunde-staedte-netzwerk.de/>

² <https://www.iga-info.de/>

³ <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/>

Menschen unter Berücksichtigung besonderer sozialer Lagen und „unabhängig von dem Geschlecht, der sexuellen Orientierung, dem ethnischen und religiösen Hintergrund, dem sozialen Status und dem Bildungsstand“ verpflichtet (BZgA 2006). Zu den Aufgabenbereichen der BZgA gehört das Erstellen und die Durchführung von bundesweiten Kampagnen zur Gesundheitsförderung und Prävention. Zudem wurde bei der BZgA eine Geschäftsstelle zur Unterstützung der Entwicklung und Fortschreibung einer nationalen Präventionsstrategie in Kooperation mit der Geschäftsstelle der Nationalen Präventionskonferenz eingerichtet. Durch den GKV-Spitzenverband die BZgA damit beauftragt im Rahmen der Umsetzung des Präventionsgesetzes die Arbeit der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) in qualitativer und quantitativer Hinsicht weiterzuentwickeln (Gerlinger 2021). Bis zum Jahr 2021 wurde der BZgA durch die gesetzlichen Krankenkassen ein Anteil der mit dem SGB V festgeschriebenen Summe zur Entwicklung von Gesundheitsförderung- und Präventionsmaßnahmen zugewiesen (Drucksache 18/13612). Mit dem Sozialgerichtsbeschluss vom 18.05.2021 wurde diese Regelung als rechtswidrig festgestellt. Die Mittelverwaltung der Beiträge obliegt mit diesem Urteil den Sozialversicherungen, welche mit dem GKV-Spitzenverband eine gemeinsame Interessenvertretung gebildet haben und wird in weiteren Aushandlungsprozessen definiert.

Mit dem Koalitionsvertrag 2021 wurde zudem die Überführung der BZgA in ein Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit angekündigt.

2.2 GKV-Bündnis für Gesundheit

In einer gemeinsamen Initiative der gesetzlichen Krankenkassen hat sich im Jahr 2016 das GKV-Bündnis für Gesundheit entwickelt. Übergeordnetes Ziel des Bündnisses ist es, Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten weiterzuentwickeln und umzusetzen. Um dieses Ziel zu erreichen werden Strukturaufbau und Vernetzungsprozesse gefördert, gesundheitsfördernde Ansätze, insbesondere für sozial und gesundheitlich benachteiligte Adressatinnen und Adressaten, entwickelt und erprobt sowie Qualitätssicherung und wissenschaftliche Evaluation gefördert (GKV-Spitzenverband 2020). Im Sinne des Präventionsgesetzes (§ 20a Abs. 3 und 4 SGB V) setzt die BZgA bisher die Aufgaben des GKV-Bündnisses mit Mitteln der Krankenkassen um (ebd.).

Die Schwerpunkte des GKV-Bündnisses liegen in der Unterstützung kommunaler Gesundheitsförderung, der Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung sowie der Stärkung wissenschaftlicher Grundlagen und Qualitätssicherung (GKV-Bündnis für

Gesundheit o.J.a). Im Jahr 2019 wurde ein Förderprogramm aufgelegt, welches Kommunen in ihrem Engagement bei der Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention unterstützen soll. Hierzu erhalten sie Hilfe im Auf- und Ausbau kommunaler Steuerungsstrukturen sowie bei der Umsetzung von Maßnahmen, insbesondere bei sozial und gesundheitlich benachteiligten Adressatinnen und Adressaten (GKV-Bündnis für Gesundheit o.J.b). Mithilfe von Programmbüros des GKV-Bündnisses in den einzelnen Bundesländern erhalten die Kommunen persönliche Beratung zu Fördervoraussetzungen sowie der inhaltlichen Ausgestaltung der jeweiligen geplanten Vorhaben (GKV Spitzenverband 2021a). Trotz des umfassenden Engagements auf den verschiedenen Ebenen der Gesundheitsförderung und in den verschiedenen Handlungsfeldern und Lebenswelten werden noch immer fehlende systematische Prioritätensetzung in Form einer Orientierung an den Gesundheitszielen, mangelnde Transparenz in der Umsetzung und die häufig projektbezogene und damit wenig nachhaltige Planung kritisiert (Kaba-Schönstein und Trojan 2018).

2.3 Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit

Im Jahr 2003 hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) den Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (KoopV) initiiert. Dessen Aufgabe ist es, einen Beitrag zur Entwicklung und Verstärkung von Impulsen und Maßnahmen zur gesundheitlichen Chancengleichheit zu leisten (KoopV 2021a). Die Ziele des KoopV liegen in der bundesweiten und ressortübergreifenden Vernetzung relevanter Akteurinnen und Akteure der sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention (z.B. GKV-Bündnis für Gesundheit, GKV-Spitzenverband, Bundesarbeitsgemeinschaft Bildung und Erziehung, Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V., sowie den vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Forschungsverbund ‚PartKommPlus‘), der Qualitätsentwicklung und -sicherung von gesundheitsförderlichen und präventiven Angebote und Maßnahmen sowie den Auf- und Ausbau nachhaltiger und transparenter Strukturen für Gesundheitsförderung (GKV-Bündnis für Gesundheit 2020).

Übergeordnetes Ziel des KoopV ist es, „[...] einen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit in Deutschland zu leisten, indem sie Gesundheitsförderung speziell bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen unterstützen“ (KoopV 2021b).

Im Jahr 2003 wurden gemeinsam mit einer Arbeitsgruppe des Beratenden Arbeitskreises der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und des Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit (KoopV) zwölf Kriterien für die gute Praxis soziallagenbezogener Gesundheitsförderung entwickelt (siehe Abbildung 2). Diese lauten Zielgruppenbezug, Konzeption, Setting-Ansatz, Empowerment, Partizipation, Niedrigschwellige Arbeitsweise, Multiplikatorenkonzept, Nachhaltigkeit, Integriertes Handeln, Qualitätsmanagement, Dokumentation und Evaluation, Belege für Wirkungen und Kosten (siehe Abbildung 2). Die zwölf Kriterien können anhand von differenzierten Umsetzungsstufen dargestellt werden. Der KoopV hat damit Instrumente entwickelt, die bei der Qualitätsentwicklung und -sicherung und bei der Evaluation von Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention unterstützen.

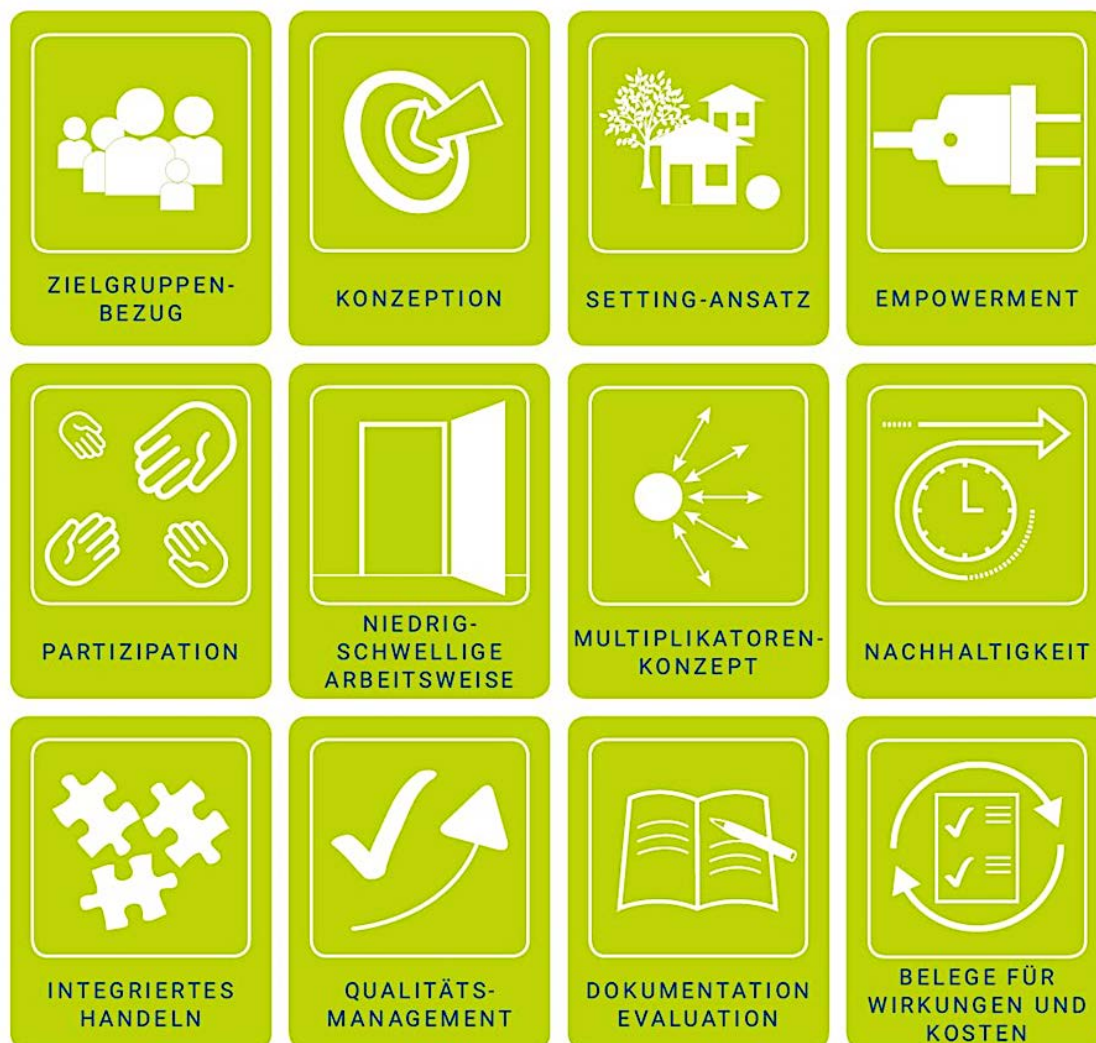


Abbildung 2: Kriterien für gute Praxis - Good Practice-Kriterien, Quelle: KoopV 2021b

Die Kriterien für gute Praxis, welche auf dem aktuellen Stand des Diskurses im Bereich Gesundheitsförderung basieren, wurden erstmals im Jahr 2005 veröffentlicht. Sie richten sich an unterschiedliche kommunale Akteurinnen und Akteure wie Institutionen, Verbände und Fachkräfte in z.B. Kitas, Schulen und anderen bedeutenden Einrichtungen. Mithilfe der Kriterien werden die genannten Adressatinnen und Adressaten angeregt, bereits initiierte Aktivitäten auszubauen. Sie stellen Werkzeuge für die praktische Umsetzung dar. Im Sinne der Qualitätsentwicklung und -sicherung bei der Umsetzung und Begleitung von Maßnahmen, bilden die Kriterien eine wichtige Grundlage die eigene Arbeit zu reflektieren und weiterzuentwickeln (KoopV 2021b; GKV-Bündnis für Gesundheit 2020).

Die Good Practice-Kriterien sind ein etabliertes Instrument in der Gesundheitsförderung. Unter anderem bezieht sich der Präventionsleitfaden des GKV-Spitzenverbandes und der Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz auf die Kriterien. Auf Landesebene orientieren sich die Akteurinnen und Akteure an den Kriterien guter Praxis, um die Landesrahmenvereinbarung umzusetzen. Im Rahmen der Lehre werden sie u.a. in den Fachbereichen Public Health und Soziale Arbeit vermittelt.

Um Akteurinnen und Akteure, Institutionen und vorhandene Strukturen in einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit zu vernetzen, wurden ab dem Jahr 2003 auf Länderebene der Aufbau von Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC; ehemalige Regionale Knoten) fokussiert (GKV-Bündnis für Gesundheit 2020). Die KGC schaffen eine Struktur für Fachkompetenz, Vernetzung und Begleitung von Prozessen auf Ebene der Länder und unterstützen beim Auf- und Ausbau von integrierten kommunalen Strategien (KoopV o.J.). Das übergeordnete Ziel der KGC ist es, den Aufbau gesundheitlicher Chancengleichheit zu unterstützen und die soziallyagenbezogene Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene zu stärken, um sozial benachteiligten und vulnerablen Nutzerinnen- und Nutzergruppen einen niedrighschwelligem Zugang zu Gesundheitsförderung und Prävention und den Ausbau gesundheitsförderlicher Lebenswelten zu ermöglichen (GKV-Bündnis für Gesundheit 2020).

Die KGC Berlin verbreitet die Kenntnis zu den Good Practice-Kriterien im Rahmen ihrer Aktivitäten und Maßnahmen, um Qualitätsentwicklung und -sicherung in der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung in Berlin zu fördern (KGC Berlin o.J.c).

2.4 Nationale Gesundheitsziele

Gesundheitsziele werden als Vereinbarungen zwischen den im Gesundheitswesen relevanten Akteurinnen und Akteure verstanden, die in einem vorab festgelegten Zeitraum und entsprechenden Zuständigkeiten angestrebt werden. Im Sinne einer Verbesserung der Gesundheit adressieren die Ziele direkt auf bestimmte Gruppen und Bereiche oder indirekt auf strukturelle Verhältnisse. Mithilfe der Gesundheitsziele werden gesundheitliche Herausforderungen priorisiert und auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse Empfehlungen und Maßnahmen formuliert. Diese werden in einem langfristigen Prozess in Multi-Akteurs-Partnerschaften umgesetzt (Schwarz et al. 2018).

Innerhalb von Arbeitsgruppen mit den Akteurinnen und Akteuren aus verschiedenen Lebenswelten und Expertinnen und Experten erfolgt die Ausarbeitung und inhaltliche Entwicklung konkreter Ziele. Die seit dem Jahr 2009 entwickelten und zum Teil aktualisierten Nationalen Gesundheitsziele lauten (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und gestaltung e.V. o.J.):

- Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln (2003)
- Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen (2003)
- Tabakkonsum reduzieren (2003; Aktualisierung 2015)
- Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung (2003; Aktualisierung 2010)
- Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientinnen- und Patientensouveränität stärken (2003; Aktualisierung 2011)
- Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln (2006)
- Gesund älter werden (2012)
- Alkoholkonsum reduzieren (2015)
- Gesundheit rund um die Geburt (2017)
- Öffentlicher Gesundheitsdienst in den Bezirken

Auf bezirklicher Ebene findet die Umsetzung gesundheitsbezogener Angelegenheiten in der Abteilung für Gesundheit der Bezirksämter statt. Diese wird von einer Stadträtin bzw. einem Stadtrat für Gesundheit geleitet. Neben dem bezirklichen Gesundheitsamt unterstützt die Stabsstelle OE QPK deren Arbeit. Deren Vorläufer waren die Plan- und Leitstellen Gesundheit, die nach einer Reform des GDG im Jahr 1994 eingerichtet wurden. Zur OE QPK zählen die Aufgabenbereiche Psychiatrie- und Suchthilfekoordination, Gesundheitsberichterstattung sowie Gesundheitsförderung. Die OE QPK nimmt eine

planende und koordinierende Tätigkeit ein. Diese ist auf „[...] die Entwicklung von fachlichen Zielvorstellungen für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung und deren Weiterentwicklung auf der Grundlage der Gesundheits- und Sozialberichterstattung ausgerichtet [...].“ (AG "Qualitätszirkel der OE QPK" 2012)

Unter anderem zählt die bezirkliche Gesundheitsförderung und Prävention zu den Kernaufgaben der OE QPK. In § 7 Abs. 2 GDG heißt es dazu, dass „[...] die Sicherstellung des Zusammenwirkens der im Bereich der Gesundheitsförderung tätigen Institutionen, Träger und Körperschaften, die Initiierung, Unterstützung, Förderung, Auswertung und Bewertung kommunaler und regionaler gesundheitsfördernder Aktivitäten sowie von Selbsthilfegruppen und die Durchführung von Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention“ in den Aufgabenbereich des Berliner ÖGD fällt (AG "Qualitätszirkel der OE QPK" 2012).

3 Strategien für Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten

Neben dem Lebensweltbezug ist die Sozillagenorientierung gemäß § 20 SGB V zentral mit dem Kriterium der Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogen ungleicher Gesundheitschancen verbunden. Dies trägt der wichtigen - und auch empirisch gestützten (im Überblick: (Meurer und Siegrist 2005) - Erkenntnis Rechnung, dass benachteiligte Menschen durch individuelle Gesundheitsbotschaften nicht nur nicht „erreicht“, sondern z. T. noch weiter belastet werden (Kuschick et al. 2021). Ullrich Bauer (2005) hat dies als „Präventionsdilemma“ bezeichnet und deutlich gemacht, dass Gesundheitsförderung, die der Unterstützung benachteiligter Bevölkerungsgruppen verpflichtet ist, weniger (bzw. nur indirekt) auf individuelles Verhalten als vielmehr auf die sozialen Verhältnisse abzielen muss („Priorität auf Kontextbeeinflussung“, (Rosenbrock und Gerlinger 2021).

Voraussetzungen für die Umsetzung nach dem Präventionsgesetz (§ 20a Abs. 2 SGB V) geförderten Maßnahmen in den Lebenswelten ist der datengestützt nachgewiesene Bedarf (z. B. den [Berliner Sozialstrukturatlas](#)⁴), die dauerhafte Verankerung in den lokalen Verwaltungsstrukturen und die angemessene Eigenleistung der Kommune/ des Bezirkes.

3.1 Health in All Policies

Im Sinne des in der Ottawa Charta beschriebenen Ansatzes liegt „die Verantwortung für Gesundheitsförderung [...] nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin“ (WHO 1986). Gesundheitsförderung wird somit als Querschnittsaufgabe aller Politikbereiche und nicht ausschließlich des Gesundheitsbereichs verstanden.

Die Gesundheit und das Wohlbefinden beeinflussende Faktoren (z.B. Bildung, Wohnsituation, Einkommen) unterstehen nicht dem direkten Einfluss des Gesundheitssektors. Entscheidungen über alle Politikbereiche hinaus beeinflussen die Gesundheit der Bevölkerung sowie die gesundheitliche Chancengleichheit. Der Health in All Policies Ansatz (HiAP) zielt darauf ab, die Zusammenarbeit zwischen staatlichen Sektoren und nichtstaatlichen Akteurinnen und Akteure zu fördern und Folgen der Politik auf

⁴ <https://www.berlin.de/sen/gesundheit/service/gesundheitsberichterstattung/gesundheits-und-sozialstruktur/>

ihre gesundheitlichen Auswirkungen hin zu überprüfen (WHO 2015). Die WHO definiert Health in All Policies als

„[...] taking health implications of decisions systemically into account in public policies across sectors, seeking synergies, and avoiding harmful health impacts, in order to improve population health and health equity through assessing consequences of public policies on determinants of health and well-being and on health systems.“ (ebd. 2015: XI)

Eine gesamtgesellschaftliche Strategie für soziallyagenbezogene Gesundheitsförderung im Sinne des Health in All Policies-Ansatzes betrachtet politische Entscheidungen auf deren gesundheitliche Folgen und das Ziel der Chancengerechtigkeit und der umfassenden Daseinsfürsorge hin ausgerichtet (Geene 2020). Dabei gilt, Wünsche, Bedürfnisse und Bedarfe der Nutzerinnen und Nutzer in ihren Lebenswelten zu identifizieren und Handlungsfelder für die Weiterentwicklung und Politikfelder-übergreifendes Arbeiten aufzuzeigen (Böhm et al. 2020; Geene 2020).

3.2 Soziale Determinanten von Gesundheit

Der Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Lage wurde bereits vielfach beschrieben (RKI 2006; Marmot und Wilkinson 2005). Dabei kann die soziale Lage als mehrdimensional (z.B. Verbindung zwischen ökonomischen und sozialen Ungleichheiten) und nicht additiv miteinander verbunden betrachtet werden (Burzan 2011). Nach dem sogenannten Regenbogenmodell von Dahlgren und Whitehead (Dahlgren und Whitehead 1991) werden Einflussfaktoren von Gesundheit erläutert, die als gesundheitsförderlich, schützend und -bedrohlich beschrieben werden (siehe Abbildung 3).

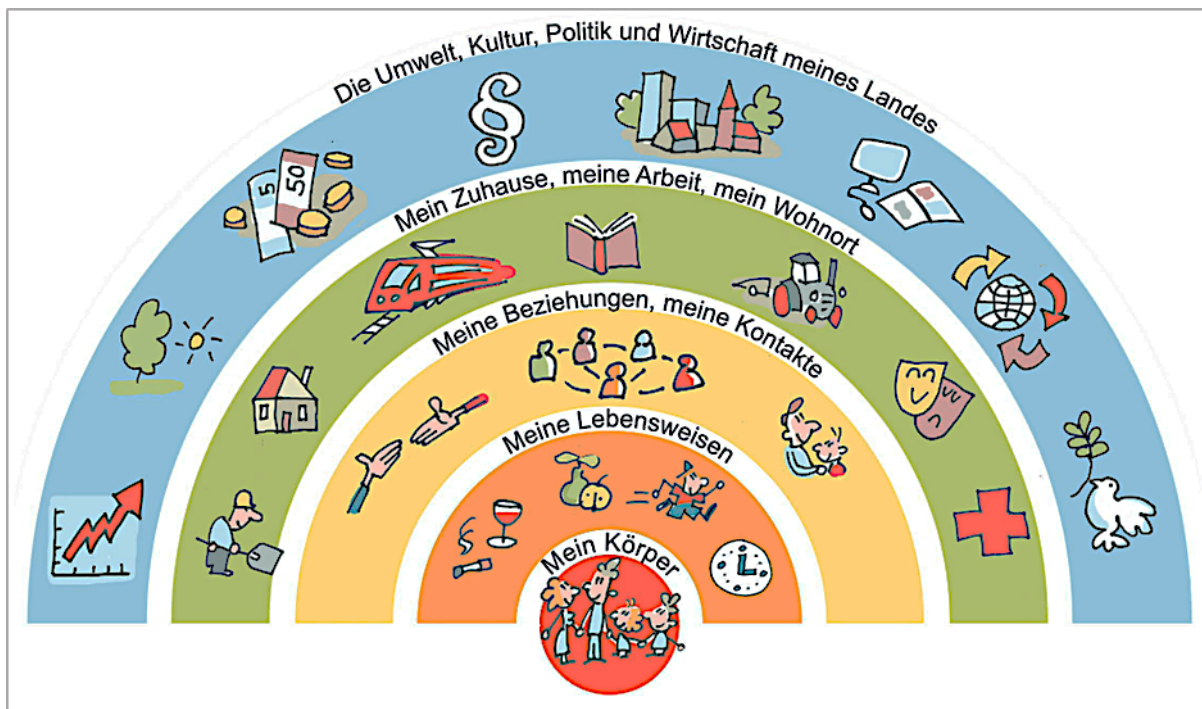


Abbildung 3: Regenbogen-Modell nach Dahlgren & Whitehead, Quelle: (Burtscher et al. 2017)

Die dargestellten Schichten werden übereinander gelagert betrachtet. In einem ganzheitlichen strukturellen Umfeld sind sozioökonomische, kulturelle und physische Umwelteinflüsse eingebettet, wie z.B. Rechtsprechung, Arbeitsmarkt oder Lebensstandard. Die Lebens- und Arbeitsbedingungen umfassen Bildungs- und Arbeitsbedingungen, Wohnverhältnisse, den Zugang zu Gesundheitseinrichtungen sowie sozialen Angeboten. Soziale und kommunale Netzwerke (Freundschaften, Familie, Nachbarschaft) können zur gegenseitigen Unterstützung beitragen. Faktoren wie Ernährungsgewohnheiten und sportliche Betätigung tragen zur individuellen Lebensweise bei. Kern des Modells bilden unveränderliche Faktoren wie Alter, Geschlecht und Erbanlagen (Naidoo und Wills 2019; Dahlgren und Whitehead 1991).

Verschiedene Bevölkerungsgruppen unterscheiden sich in ihrem sozialen Status nach vertikalen und horizontalen Merkmalen. Unter anderem zählen Schulbildung, Einkommen sowie berufliche Stellung zu den vertikalen Merkmalen, die als höher oder niedriger empfunden werden können. Hinzu kommen horizontale Merkmale wie Geschlecht, Alter, Ethnie und sexuelle Identität. Beide Ausprägungen wirken sich auf die Gesundheit der Bevölkerung aus (Burzan 2011).

Wird der Fokus auf die Verhältnisse gerichtet, in denen die Menschen spielen, leben, arbeiten, altern und sterben – die sozialen Determinanten – wird ein Verständnis für diesen

Zusammenhang möglich und bietet eine Grundlage gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern (Marmot und Wilkinson 2005). Soziale Determinanten werden durch soziale und wirtschaftliche Maßnahmen sowie Rechts- und Verwaltungsvorschriften geformt und verstetigt mit denen sie die Gesundheit beeinflussen und „(...) betreffen Faktoren, die durch die verschiedensten Politikbereiche bestimmt werden, wie z.B. die Arbeits-, Wohn- und Umweltpolitik. Diese Politikbereiche werden wiederum geprägt von den vorherrschenden politischen Überzeugungen und ökonomischen Interessen“ (Naidoo und Wills 2019). Um durch sozialogenbezogene Gesundheitsförderung in den Lebenswelten zu gesundheitlicher Chancengleichheit beizutragen, ist es von Bedeutung soziale Unterschiede zu benennen ohne stigmatisierende Zuschreibungen vorzunehmen.

3.3 Der Setting- oder Lebenswelten Ansatz

Gesundheitsförderung in Lebenswelten zielt auf die Entwicklung und Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen (Meierjürgen 2017). Unter Bezugnahme auf die WHO spricht die BZgA auch vom Settingansatz (Böhme et al. 2015). Durch das Präventionsgesetz ist der Settingansatz in deutscher Übersetzung als „Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten“ erstmals umfassend geregelt und per Legaldefinition umrissen (Geene und Reese 2016). Gesundheitsförderung versucht nicht primär, Einstellungen und Handlungsmuster Einzelner zu beeinflussen, sondern die Lebenswelt oder das Setting so zu gestalten, dass die von ihr ausgehenden Belastungen möglichst geringgehalten und zugleich unterstützende Strukturen entwickelt und gestärkt werden. Leitbild hierbei ist mit der Ottawa Charta: „Make the healthier choice the easier choice.“ (WHO o.J.) Gesundheitsförderung nach dem Settingansatz versteht sich daher als Organisationsentwicklung des Lebensalltags im Sinne einer ressourcenstärkenden, möglichst selbstbestimmten Identifikation und gemeinsamen Bearbeitung von Problemen im Setting. Ziel ist erlebte Selbstwirksamkeit und eine (stärker) gesundheitsförderliche Lebenswelt (Geene et al. 2020).

Der Settingansatz ist eine auf Verbesserung der Lebensbedingungen orientierte Handlungsstrategie. Als Gesundheitsförderung vor Ort wird in gemeinsamer Planung mit allen Beteiligten ein sog. ‚integriertes Handlungskonzept‘ entwickelt. Dabei werden die Akteurinnen und Akteure der Daseinsfürsorge im Sinne des Public Governance-Ansatzes vernetzt und motiviert mit den Adressatinnen und Adressaten in ihren jeweiligen Lebenswelten Ziele und Maßnahmen partizipativ zu formulieren bzw. entwickeln. Gesundheit als gemeinsames Ziel kann hierbei soziale Gruppen und Zusammenhänge verbinden (Baric und Günter 1999). Gesundheitsförderlich gestaltete, wirkungsorientierte

und evidenzbasierte Sozialpolitik, die darauf abzielt, Gesundheit für alle zu ermöglichen, erfordert für die Bestandsaufnahme eine möglichst detaillierte, kleinräumige und belastbare Datengrundlage. In kumulierter Form liegen diese Daten in Berlin als Sozialstrukturatlas vor (SenWGPG 2022), wobei dieser immer eine Momentaufnahme und keine Analyse von Wirkungszusammenhängen darstellt. Die Dynamik von sozialräumlichen Veränderungsprozessen lässt sich besonders durch den Einbezug der einzelnen Projekte, der Durchführenden und besonders den Nutzerinnen und Nutzer von Angeboten in ihrem sozialräumlichen Kontext z.B. in Form von Gesundheitskonferenzen nachvollziehen (Vogt et al. 2021).

Rosenbrock formuliert entsprechend: „Jedes Projekt der Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings ist gewissermaßen eine synthetisch induzierte soziale Reformbewegung für das jeweilige Setting“ (Rosenbrock 2004).

Diese Reformprozesse haben das Potential als gemeinsame Gestaltungsaufgabe begriffen zur Stärkung von demokratischem und solidarischen Handeln beizutragen und zugleich Effizienz und Effektivität steigern zu können (Nutz und Schubert 2020). Grade unspezifische Zielsetzungen („Verbesserung des Zusammenlebens“) oder solche ohne direkten Bezug zu Gesundheit („Nutzerinnen- und Nutzerorientierte Gestaltung öffentlicher Räume“) können geeignete Ansatzpunkte für verbindende Setting-Interventionen sein (Geene et al. 2015; Quilling et al. 2021; Rosenbrock 2004).

3.4 Diskurs Dachsetting Kommune

Die Gesundheitsförderung im Quartier mittels des Setting-Ansatzes in Kommune/Quartier/Stadtteil zielt auf eine Verbesserung der Lebensbedingungen der Bewohnerinnen und Bewohner, der Schaffung und Stärkung vorhandener sozialer Vernetzung von Akteurinnen und Akteuren sowie der Raumplanung und Stadtentwicklung im Sinne eines gesundheitsfördernden Lebensumfeldes ab (KoopV 2014).

Da in der Kommune bzw. in Berlin den Bezirken durch Pflichtaufgaben der Daseinsfürsorge die Rahmenbedingungen für verschiedene Settings wie z.B. KiTas, Schulen oder Pflegeeinrichtungen gestaltet werden, wird die Kommune auch als ‚Dachsetting‘ bezeichnet. Die Kommune oder der Bezirk als Ort des Zusammenlebens kann relevante Bereiche für gesundheitsförderliche Lebensbedingungen beeinflussen (Trojan und Süß 2013; Bär 2015).

Die Kommune bildet eine bedeutsame Lebenswelt für die in ihr agierenden Menschen. Damit die Lebensbedingungen gesundheitsfördernd sowie lebensphasenübergreifend unterstützt und gestaltet werden können, sollte ein gemeinsamer Handlungsansatz kommunaler Akteurinnen und Akteure verfolgt werden. Dieser Ansatz wird durch integrierte kommunale, lebensphasenübergreifende Gesamt- oder Gesundheitsstrategien, den sogenannten Präventionsketten (siehe Kapitel 4) verfolgt (Richter-Kornweitz et al. 2017; Kilian 2013).

Der Ansatz der Organisationsentwicklung für Gesundheitsfördernde Settings (Altgeld 2004; GKV-Spitzenverband 2021b) fördert den Politik- und Strategiewechsel innerhalb von Settings. Unter Einbindung aller Stakeholder wird die Lebenswelt einem Prozess gesundheitsförderlicher Veränderungen unterzogen. Rosenbrock benennt, dass „Versuche, das Gesundheitsverhalten durch Information, Erziehung, Kurse, Kampagnen und Aufklärung zu verändern“ (Rosenbrock 2015) nicht zu nachhaltigen Erfolgen führen. Zu fördern ist die Steigerung von Ressourcen, die individuelle Widerstandskraft stärken und geeignet sind, um Verhaltens- und Lebensweltänderungen herbeizuführen, wobei „Kontextkenntnisse und aktive Mitwirkung der Zielgruppen unerlässlich“ für eine erfolgreiche Umsetzung sind (ebd.).

„Der Kerngedanke besteht darin, durch ermutigende, ermöglichende, initiierende und begleitende Intervention Prozesse im Setting auszulösen, mit denen dessen Akteur[innen] dieses tatsächlich nach ihren Bedürfnissen mitgestalten und diesen Einfluss auch subjektiv erleben.“ (Rosenbrock 2015)

Durch die Zusammenarbeit verschiedener Akteurinnen und Akteure in Netzwerken können vorhandene Ressourcen gebündelt und eine Nutzerinnen- und Nutzerorientierte Angebotsstruktur erreicht werden. Interorganisatorische Kooperation bestehender sozialräumlicher Strukturen bildet die Grundlage für politische Steuerung im Sinne einer ‚Public Governance‘ (Schubert 2020).

Die gesundheitsförderliche Gestaltung von Kommunen bzw. Berliner Bezirken braucht politische Beschlüsse und intersektorale Zusammenarbeit auf horizontaler (zwischen unterschiedlichen Bereichen/Ressorts) und vertikaler Ebene (in Berlin: zwischen Landes-, Bezirks- und Stadtteil/Quartiersebene). Die Strukturen der Verwaltung auf Bezirks- und Landesebene sind als Ko-Akteurinnen und Akteure im gemeinsamen Gestaltungsprozess in der Position die gewünschte Zusammenarbeit in bezirklichen/kommunalen Ausschüssen

vorzuleben. Normative Verantwortung politischer Gremien und die Hinterlegung der verabredeten Ziele wird durch Beschlüsse auf Senats- und Bezirksverordnetenebene (Land/Kommune) deutlich. Das Befördern dezentraler Entscheidungsstrukturen trägt zur Vernetzung öffentlicher und privater Akteurinnen und Akteure aus verschiedenen Sektoren, Ressorts und Organisationen bei. Die Steuerung wird durch die Definition gemeinsamer Ziele und das Erarbeiten von Plänen zur Zielerreichung in enger Absprache mit den Adressatinnen und Adressaten und Fachkräften im Sozialraum erreicht. KGC (als gesamtstädtischer Akteur) und OE QPK (als bezirklicher Akteur) übernehmen in diesem Zusammenhang eine wichtige Funktion, indem sie den Verständigungs-, Abstimmungs- und Gestaltungsprozess koordinieren und begleiten.

Die folgende Abbildung soll das idealtypische Zusammenspiel von politischen Entscheidungen, strategischer Steuerung und operativer Umsetzung für das Dachsetting Kommune noch einmal verdeutlichen (Schubert 2013):

Einbettung ‚gespiegelter‘ Netzstrukturen in die kommunale Verantwortungskaskade

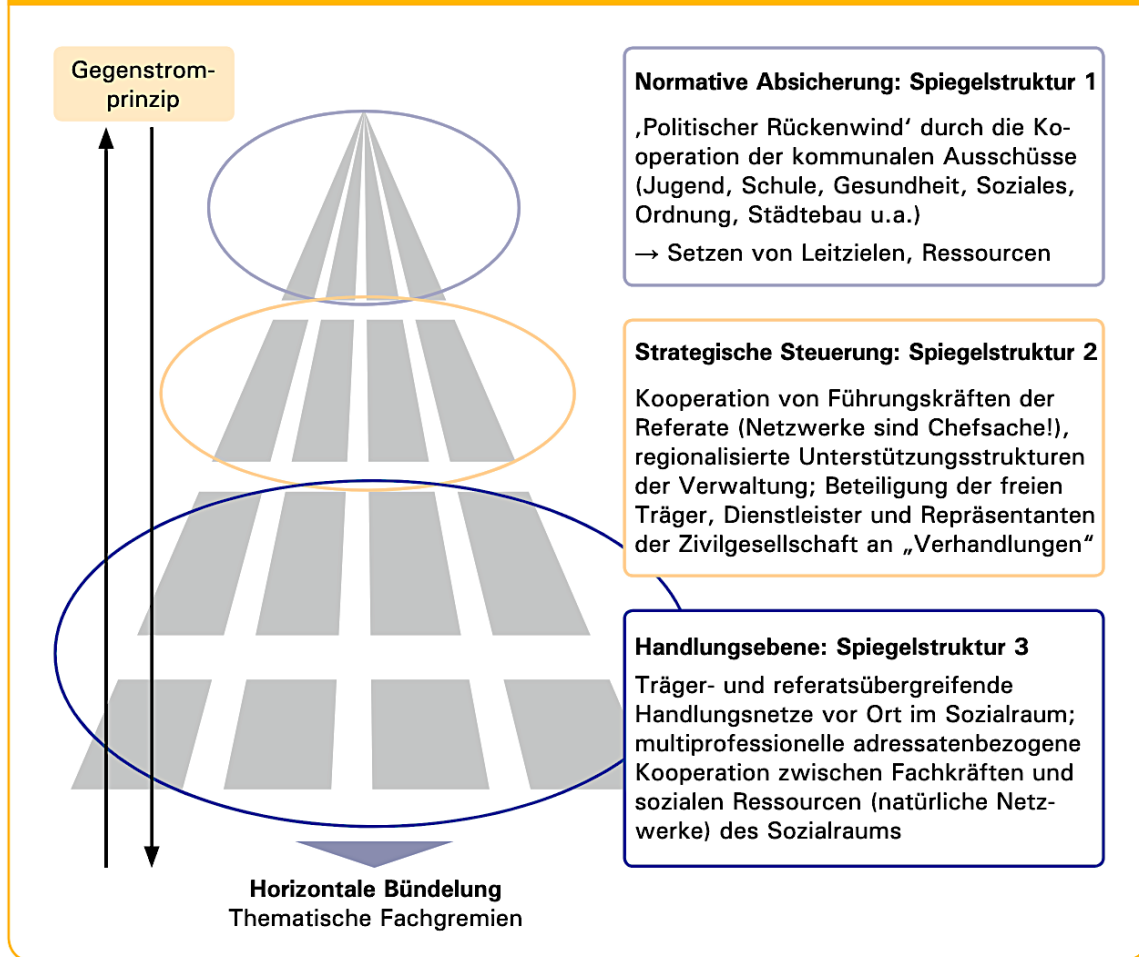


Abbildung 4: Netzstrukturen ‚gespiegelter‘ Netzstrukturen in die kommunale Verantwortungskaskade, Quelle: Schubert 2013

Durch diesen Aufbau von Netzwerken mit gemeinsamen Schnittstellen wird der Zergliederung von Lebensräumen und individueller Lebenswelten entgegengewirkt und es kann zu Transparenz über vorhandene Strukturen beigetragen werden.

Ziel ist es dementsprechend alle Akteurinnen und Akteure im Bezirk/der Kommune ressort und handlungsfeldübergreifend zu vernetzen und in Form gemeinsamer Planung sowie arbeitsteiliger Handlungen auf die jeweiligen lokalen Gegebenheiten, Erfordernisse und Ressourcen abgestimmte Maßnahmen und Angebote zu schaffen (Richter-Kornweitz et al. 2017; Böhm und Gehne 2018). Somit besteht die Aufgabe für Kommunen darin, abgestimmte und aufeinander bezogene, integrierte Strategien für Gesundheitsförderung zu entwickeln und umzusetzen.

Diese Strategieentwicklung wird durch Bundes- und Landesinitiativen wie beispielsweise das 2006 gestartete und 2012 im Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) gesetzlich normierte Aktionsprogramm der Bundesregierung ‚Frühen Hilfen‘ begleitet und unterstützt.

Mit der 2019 eingerichteten GKV-Förderlinie ‚Kommunaler Strukturaufbau‘ ist zudem für das Dachsetting Kommune eine Voraussetzung geschaffen worden, die es nach im Leitfadens Prävention festgelegten Kriterien Kommunen (in Berlin: den Bezirken) deren Sozialstruktur sich durch hohe Anteile sozialer Benachteiligung entlang der Indikatoren Bildung, Beruf und Einkommen auszeichnet⁵, ermöglicht, zeitlich befristet finanzielle Mittel für den Aufbau bzw. die Weiterentwicklung lokaler GFP-Strukturen zu beantragen (Böhm und Schönknecht 2021). Zudem können über die GKV-Förderlinie „Zielgruppenspezifische Interventionen“ in allen Kommunen/Bezirken Projekte von und mit vulnerablen Bevölkerungsgruppen beantragt werden (ebd.). Die Förderlinie setzt finanzielle Eigenleistungen durch die Kommune und in partizipativem Prozess abgestimmte Erhebung der Bedarfe von Nutzerinnen und Nutzer voraus.

Neben finanziellen Mitteln umfasst die GKV-Förderung auch inhaltliche Unterstützung durch die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit. Ziel ist es alle Akteurinnen und Akteure soziallagenbezogener Gesundheitsförderung zu identifizieren, zu beraten und weiter zu vernetzen.

3.5 Integrierte Strategien für soziallagenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention

Um das Nebeneinander von politischen Beschlüssen, Steuerungsstrukturen und Umsetzung von Maßnahmen in unterschiedlichen (Politik-)Bereichen im Sinne eines Health in all Policies Ansatzes aufzulösen, ist es für das Einlösen des Gedankens der Ottawa-Charta notwendig, dass auf kommunaler Ebene Integrierte Strategien für Gesundheitsförderung, auch „Präventionsketten“ genannt, entwickelt und umgesetzt werden.

Im Rahmen von Präventionsketten werden bisher voneinander getrennt erbrachte Leistungen sowie Ressourcen und Kompetenzen kommunaler Akteurinnen und Akteure und Institutionen gebündelt. Dabei soll es zu einer koordinierten ressortübergreifenden Abstimmung z.B. zwischen den Bereichen Gesundheit, Jugend, Bildung und

⁵ [GISD = German Index of Socioeconomic Deprivation des Robert Koch-Instituts \(RKI\)](https://data.gesis.org/sharing/#!Detail/10.7802/1460)
(<https://data.gesis.org/sharing/#!Detail/10.7802/1460>)

Quartiersmanagement kommen. Im Verlauf soll es zu einem gemeinsamen Handlungsansatz kommen. Ziel ist es, vorhandene Mittel wirkungsvoll einzusetzen und somit positive Lebens- und Teilhabebedingungen für ein gesundes Leben aller Menschen in der Kommune, im Bezirk oder Quartier, unabhängig ihrer sozialen Lage, zu schaffen (Richter-Kornweitz und Utermark 2013).

Dabei gilt es Unterstützungsangebote von öffentlichen und privaten Einrichtungen lebensphasenübergreifend zusammenzuführen und abzustimmen. Nebeneinander bestehende Netzwerke und Aktivitäten werden zu einer gemeinsamen Struktur verwoben. Hieraus soll allen Bevölkerungsgruppen - insbesondere Menschen, die in schwierigen sozialen Bedingungen leben - ein durchgängiger und transparenter alters- und bedarfsgerechter Zugang zu öffentlichen Angeboten ermöglicht werden. Im Rahmen der Daseinsvorsorge können so individuellen Ressourcen gestärkt und gesundheitliche/soziale Chancengleichheit gefördert werden (Richter-Kornweitz et al. 2017).

Abbildung 5 verdeutlicht die übergreifende und lebensphasenorientierte kommunale Zusammenarbeit verschiedener Akteurinnen und Akteure und Institutionen. Mithilfe einer integrierten kommunalen Strategie sollen gesundheitsfördernde Angebote und Einrichtungen/Institutionen gesichert und Übergänge (Transitionen) so gestaltet werden, dass diese mit positiven Selbstwirksamkeitserfahrungen bewältigt werden können (Richter Kornweitz et al. 2017).

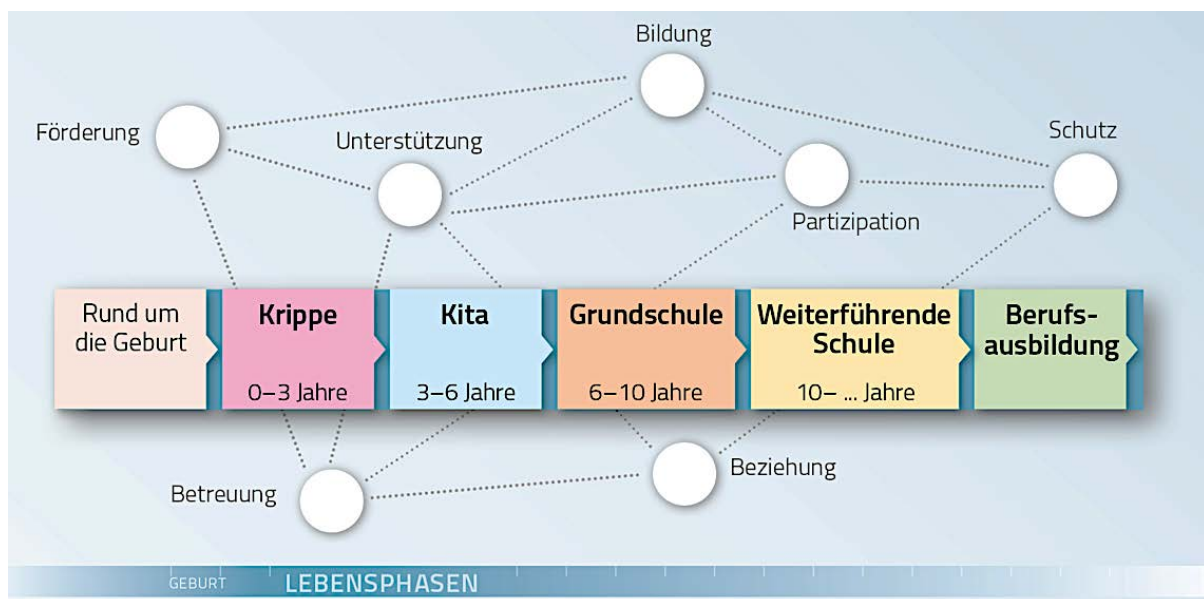


Abbildung 5: Präventionskette, Quelle: Richter-Kornweitz und Utermark 2013

Beim Auf- und Ausbau integrierter Strategien der Gesundheitsförderung kommt aufgrund der föderalen Strukturen den jeweiligen Akteurinnen und Akteuren im Bund, den Ländern und den Kommunen besondere Verantwortung zuteil (Kilian 2013).

So propagieren der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit auf Bundesebene und die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit in den Ländern als auch die Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung (in Berlin und Brandenburg: Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.) den Auf- und Ausbau Integrierter Strategien. In mehreren Bundesländern sind inzwischen Landesprogramme gegen Kinderarmut aufgelegt worden, die den strategischen Ansatz der Präventionsketten als zentralen Handlungsansatz fördern und begleiten.

Auch in Berlin bauen fast alle 12 Bezirke ihre Integrierten Strategien für Gesundheitsförderung mit Begleitung der KGC auf und aus, die von den OE QPK koordiniert werden. Dabei setzen sie aufgrund der Komplexität des strategischen Ansatzes und der begrenzten Ressourcen unterschiedliche Schwerpunkte was thematische Handlungsfelder, Lebensphasen und Übergänge, Zielgruppen und Sozialräume betrifft. Die Berliner und/oder bezirklichen Gesundheitsziele dienen dabei als Orientierung und die Mittel des APG werden für solche Maßnahmen eingesetzt, die einen Beitrag zur bezirklichen Präventionskette leisten.

4 Ressortübergreifende Gemeinschaftsinitiative (GI) zur Stärkung sozial benachteiligter Quartiere

Die in Quartieren lebenden Berlinerinnen und Berliner sind von sozialräumlichen Unterschieden betroffen, die sich auf den Sozial-, Gesundheits- und Bildungsbereich, den baulichen Zustand sowie der Wirtschaftskraft beziehen. Um einzelne Förderprogramme zu bündeln und landesweite Aktivitäten zu verknüpfen, wurde die ressortübergreifende Gemeinschaftsinitiative im Jahr 2018 gegründet. Mit der ressortübergreifenden Gemeinschaftsinitiative (GI) zur Stärkung sozial benachteiligter Quartiere hat das Land Berlin im Jahr 2018 eine Struktur initiiert, die sich zum Ziel gesetzt hat, gleichwertige Lebensbedingungen und -chancen in Berlin zu schaffen sowie den Voraussetzungen und Folgen von Armut entgegenzuwirken (SenStadtBauWohn 2021).

Dieses Ziel wird durch eine leistungsfähige Infrastruktur, integrative Angebote sowie nachhaltige öffentliche Dienstleistungen in den Quartieren angestrebt. Folgende Senatsverwaltungen arbeiten ressortübergreifend in der GI zusammen, indem sie Ressortbeiträge (etablierte Programme und Finanzierungen) festgelegt haben, diese durch ein koordiniertes Vorgehen in festgelegten Handlungsräumen einsetzen sowie gemeinsame Ziele und Maßnahmen entwickeln (SenStadtBauWohn o.J.):

- Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen
- Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie
- Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
- Senatsverwaltung für Inneres, Digitalisierung und Sport
- Senatsverwaltung für Kultur und Europa
- Senatsverwaltung für Umwelt, Mobilität, Verbraucher- und Klimaschutz

4.1 BENN – Berlin Entwickelt Neue Nachbarschaften

Um den gesellschaftlichen Zusammenhalt zu stärken und Integration in den Berliner Quartieren zu fördern, wurde im Jahr 2017 das Programm BENN von der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen gestartet. Zu Beginn wurden bis 2021 zwanzig Gebiete einbezogen, die sich in Nachbarschaft zu Gemeinschaftsunterkünften geflüchteter Menschen befinden. Seit 2022 wird das Programm in neun Gebieten weitergeführt und in sieben Gebieten neu eingerichtet. Mithilfe von Aktionen und Maßnahmen in den Handlungsfeldern „Begegnung und aktives Miteinander“, „Empowerment und Beteiligung“, „Kommunikation und Dialog“ und „Netzwerkarbeit und Quartiersentwicklung“ wird die

oben genannte Zielsetzung angesteuert und durch ein BENN-Team in den Quartieren umgesetzt (SenStadtBauWohn 2022).

Vernetzung und Austausch der beteiligten Akteurinnen und Akteure erfolgt über verschiedene Formate innerhalb des BENN-Programms. Auf Bezirksebene kommen Mitarbeitende der SenStadtBauWohn, Gebietskoordinatorinnen und -koordinatoren sowie die BENN-Teams im Sinne eine Förderung der Quartiersentwicklung zusammen. Auf gesamtstädtischer Ebene lädt die SenStadtBauWohn alle BENN-Teams sowie Bezirkskoordinatorinnen und -koordinatoren zu einem regelmäßigen Jour fixe ein (SenStadtBauWohn 2022).

5 Exkurs: Landesprogramm für integrierte Gesundheitszentren

Im folgenden Exkurs werden erste Erkenntnisse aus der Abschlussarbeit von Ann-Christin Reckord, Studierende des Master of Science in Public Health der BSPH dargestellt.

Integrierte Versorgung geht über die Grenzen des Gesundheits- und Sozialsystems hinaus und bezieht weitere soziale, ökonomische, umweltbedingte Faktoren, die sich auf die Gesundheit auswirken mit ein. So können verschiedene Disziplinen und Stakeholder, im Idealfall, zusammenwirken. Diese Komplexität erschwert es jedoch eine allgemein akzeptierte Definition der integrierten Versorgung zu finden. Denn Maßnahmen und Ziele unterscheiden sich, je nachdem aus welchem Blickwinkel die Versorgungsbedarfe betrachtet werden. Diese verschiedenen Herangehensweisen erschweren es auch politische Rahmenbedingungen für integrierte Versorgung zu schaffen (Amelung et al. 2021).

Grundsteine für die integrierte Versorgung wurden bereits durch Konzepte wie Primary Health Care (PHC) der WHO, Chronic Care Model (CCM) und 'managed care' gelegt (ebd.) So ist bereits mit der Erklärung von Alma-Ata im September 1978 deutlich, dass die Gesundheitsversorgung weit über die Kernbereiche des Gesundheitssystems hinausgeht und:

„dass das Erreichen eines möglichst guten Gesundheitszustands ein äußerst wichtiges weltweites soziales Ziel ist, dessen Verwirklichung Anstrengungen nicht nur der Gesundheitspolitik, sondern auch vieler anderer sozialer und ökonomischer Bereiche erfordert.“ (WHO 1978)

Eine Abstimmung mit weiteren Bereichen wie bspw. Bildung, Wohnungsbau, öffentliche Arbeiten, Kommunikation, etc. ist demnach besonders sinnvoll und bekräftigt die Zusammenarbeit mit Personen aus der sozialen Arbeit (WHO 1978).

40 Jahre später ist es weiterhin von großer Bedeutung, dass ökonomische, soziale und umweltbezogene Determinanten mitgedacht werden, relevante Stakeholder aller Sektoren einbezogen und Kommunen gestärkt werden um eine effektive, effiziente und nachhaltige Gesundheitsversorgung für alle Menschen zu gewährleisten (WHO 2019). Ziel ist es das SDG 3 Gesundheit für Alle umzusetzen.

Das Konzept des PHC und somit auch die integrierte Versorgung nimmt zunehmend einen zentralen Part in der Gesundheitsversorgung des 21. Jahrhundert ein. Dazu sind sowohl auf

finanzieller Ebene wie auf organisatorischer Ebene der Gesundheitsversorgung Veränderungen nötig. Beispielsweise können komplexe Bedürfnisse und Bedarfe einer zunehmend älteren multimorbiden und sozial ungleichen Bevölkerung angemessen versorgt werden, wenn ein interdisziplinäres Team bestehend aus Disziplinen wie der Pflege, Therapie/ Heilmittelerbringer, Medizin, sozialen Arbeit, etc. die gut koordiniert zusammenarbeiten und ein Netzwerk aus Angeboten im Bezirk hinzuziehen. Diese Zusammenarbeit kann durch digitale Methoden, wie z.B. die elektronischen Patientenakte oder durch telemedizinische Angebote unterstützt werden (Blümel et al. 2020; EXPH 2014).

Auch die Rolle der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen verändert sich, da sie in den Prozess der Gesundheitsversorgung einbezogen werden und sich aktiv um ihre Gesundheit bemühen (EXPH 2014).

Im ambulanten Sektor dominieren bisher die Primärversorgung der Bevölkerung über die hausärztliche Praxis (Blümel et al. 2020). Es zeichnet sich jedoch ein Trend zum MVZ ab. Niedergelassene Medizinerinnen und Mediziner haben entsprechend eine wichtige Schlüsselrolle und müssen sich weiter an der Entwicklung einer integrierten Gesundheitsversorgung beteiligen und in integrierten kommunalen Strategien mitgedacht werden (Vogt et al. 2021). Koordination und interdisziplinärer Zusammenarbeit in Form eines MVZs kann der Trennung der Sektoren entgegenwirken und den Ausbau der technischen und digitalen Infrastruktur fördern (Blümel et al. 2020).

Das geplante Berliner Landesprogramm für integrierte Gesundheitszentren kann einen wichtigen Beitrag zu einer effektiven, effizienten, und nachhaltigen Gesundheitsversorgung leisten, in der die physische und psychische Gesundheit und das soziale Wohlergehen der Menschen verbessert wird. Es bietet für die Berliner Modellprojekte die Möglichkeit ihre Konzepte der integrierten Versorgung weiter auszubauen und zu verstetigen und damit beispielhaft für andere Akteurinnen und Akteure zu wirken.

Besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf der Ausrichtung der Gesundheitsversorgung an den Bedarfen und Bedürfnissen der Menschen in den Bezirken und lebensweltlichen Planungsräumen. Da die Konzeptualisierung und die Umsetzung der Integrierten Versorgung abhängig von den unterschiedlichen Rahmenbedingungen aus regionalen und / oder nationalem Kontext ist muss eine Angleichung an den regionalen Gesundheitszielen regelmäßig geprüft werden. Dieser dynamische Prozess der integrierten Versorgung

erfordert ein hohes Maß an Aufmerksamkeit und strategischer Begleitung, um insbesondere für die Menschen vor Ort nachvollziehbar zu bleiben (Goodwin 2013).

Daher ist es wichtig alle relevanten Stakeholder der Kommune in den Prozess der integrierten Versorgung in Planung und Umsetzung miteinzubeziehen. Die QPK-Stellen der Bezirke haben über die Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung die Möglichkeit lokale Strukturen und Ressourcen zu beschreiben, und den Zugang zu lokalen Akteurinnen und Akteuren zu vermitteln. Rechtlich ist eine Beteiligung sowie ein Mitspracherecht über das Landesgremium gemäß § 90a SGB V von Bedeutung (Vogt et al. 2021).

Die Implementierung von Modellen integrierter Versorgung ist bisher durch hohes Engagement der Träger und der jeweiligen Bezirke gelungen. Das APG leistet durch die finanzielle Unterstützung und die Förderung von Kooperation und Vernetzung einen wichtigen Beitrag.

Verwaltungshierarchien und die horizontale Versäulung von Ressorts aufgebrochen werden. Wichtig ist dabei die moderierende Rolle der Verwaltung, die es ermöglicht Gemeinsamkeiten und Differenzen der verschiedenen Stakeholder Raum zu geben und gleichzeitig Verantwortungsübernahme anregt und ermöglicht. Der ganzheitliche Blick auf die verschiedenen Sozialräume, die Netzwerkorientierung und eine transparente und beteiligungsorientierte Arbeitsweise sind Voraussetzungen für die Umsetzung (ebd.).

Der Ansatz der Gegenstromplanung in Public Governance-Prozessen erhebt den Anspruch von Beteiligung. Gremien der Kommunalpolitik, verwaltungsinterne Prozesse sowie die Beteiligung bedeutsamer Stakeholder in den Planungsräumen einer Kommune legen innerhalb eines Kreislaufes den Weg im Gegenstrom zurück (siehe Abbildung 6). Es wird zwischen der Kommunalpolitik (normative Ebene) und der Kommunalverwaltung (strategische Ebene) in Form von Sozialberichterstattung vermittelt. Daraus abgeleitete Bedarfs- und Planungsrahmen werden top-down an Einrichtungen, Projektträger, Vereine und zivilgesellschaftliche Vereinigungen weitergeleitet (Nutz und Schubert 2020).

Sozialplanungsnetzwerke (operative Ebene) stimmen die Planungsinhalte ab und konkretisieren den Bedarfs- und Planungsrahmen. Anschließend werden die Abstimmungen und Einschätzungen bottom-up über die Verwaltung an die politischen Entscheidungsträgerinnen und -träger zur Beschlussfassung rückgemeldet. Das Gegenstromverfahren kann mehrfach durchlaufen werden, insbesondere wenn der konkretisierte Planungsrahmen nicht mit den eingestellten Finanzmitteln übereinstimmt (ebd.).

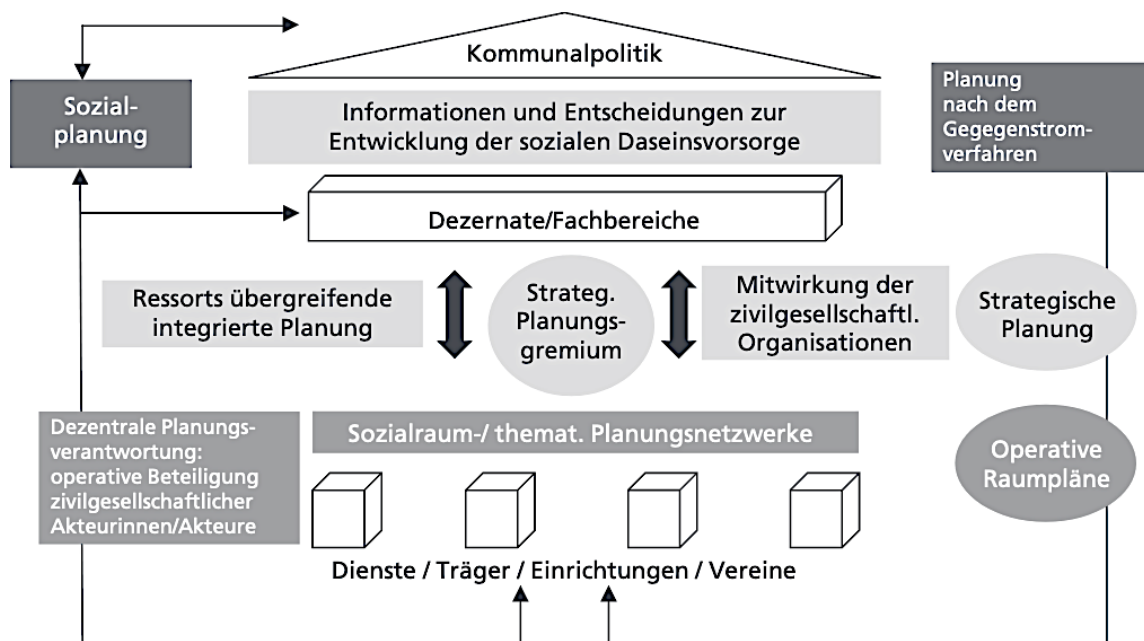


Abbildung 6: Gegenstromverfahren in der örtlichen Sozialplanung, Quelle: Nutz und Schubert 2020

Wird die Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention als Mehrebenenprozess betrachtet, sind besonders folgende Punkte von Relevanz: auf der normativen Ebene wird in Form von Gesetzgebung, aber auch z.B. durch die Vereinbarung auf ein gemeinsames Leitbild (z.B. Gesundheitsziele) die Grundlage zur gemeinsamen Arbeit geschaffen. Auf der Strategischen Ebene wird dieses Leitbild in Form strategische Ziele eingeordnet und auf der operativen Ebene in Form dezentraler Ressourcenverantwortung und nutzerinnen- und nutzerorientierter Umsetzung realisiert.

In einer Übersichtsarbeit von 2021 stellen Quilling und Kolleginnen und Kollegen verschiedene theoretische Modelle und Ansätze für die Gesundheitsförderung auf lokaler Ebene heraus. Identifiziert werden konnten die Ansätze:

- Health in All Policies
- Community Readiness Modell
- Planungsmodelle
- Modelle zur Kapazitätsentwicklung
- Partizipative Quartiersentwicklung
- Strukturbildung
- Intersektorale Kooperation

Die verschiedenen Herangehensweisen unterscheiden sich in der Ausrichtung und Zielsetzung. Grundsätzlich werden „die Bedeutung der Planung (und Evaluation), der

Partizipation, der Netzwerkarbeit und Kooperation sowie der strukturellen Verankerung und Einplanung der Gesundheitsförderung im Verwaltungshandeln“ (Quilling 2021) als Erfolgsparameter herausgestellt.

Vertiefend wird die Bedeutung mehrstufiger Herangehensweise dargestellt, die aus mehreren Phasen besteht, welche sich am PHAC orientieren und bei „Sensibilisierung von Entscheidungsträgerinnen und -träger und Nutzerinnen und Nutzer für die Bedeutung von Gesundheitsförderung“ beginnen (siehe Abbildung 7, ebd., S. 47).

Als bedeutend für den Erfolg von Maßnahmen wird die frühzeitige Einbindung der Nutzerinnen und Nutzer herausgestellt, durch die die Identifikation aller Beteiligten mit den Maßnahmen gestärkt wird (Quilling 2021). Netzwerkarbeit und Kooperation in Form einer gemeinsamen ‚Netzwerkidentität‘ „[...] die aus gemeinsamen Visionen, Leitbildern und Motiven entstehen kann sowie eindeutige Regeln für die Zusammenarbeit wie beispielsweise eine verbindliche und präzise Aufgabenverteilung [...]“ wird als bedeutsam herausgestellt (ebd. S 48). Durch diese gemeinsame Orientierung können bestehende Netzwerke aufgegriffen und fortgeführt sowie die langfristige Zusammenarbeit gefördert werden. Der Anpassung an sich verändernde Bedarfe und fortschreitende strukturelle Verankerung in enger Zusammenarbeit mit den Nutzenden kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Erfolgreiche Gesundheitsförderung auf lokaler Ebene setzt entsprechend

- politische Unterstützung,
- die Nutzung etablierter Strukturen,
- die interdisziplinäre und interinstitutionelle Zusammenarbeit über Kernaufgabenbereiche hinweg,
- Investitionen in Qualitätsentwicklung,
- Maßnahmen zur Verstetigung,
- Sowie mehrdimensional und langfristig angelegte Finanzierungskonzepte voraus.

Partizipation aller Akteurinnen und Akteure, die Identifikation sowie Qualifikation von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und die Entwicklung und Nutzung transparenter und strategischer Formen der Kommunikation konnten als weitere wichtige Elemente identifiziert werden. Betont wird zudem die Bedeutung von koordinierenden Stellen, wie z.B. der KGC zur Unterstützung und Begleitung gesundheitsfördernder Prozesse. Hier gilt es neben der Festlegung des normativen Bezugsrahmens (z.B. Gesundheitsziele) auch eine Verständigung über begriffliche Festlegungen zu entwickeln (Quilling 2021).



Abbildung 7: Erfolgsfaktoren lokaler Gesundheitsförderung, eig. Darstellung nach Quilling et al. 2021

5.2 Wirkungsorientierung

Wirkungsorientierung im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung und Prävention ist mit der Herausforderung konfrontiert, „[...] dass Menschen mit der geringsten Kaufkraft zugleich auch den höchsten Bedarf an Gesundheitsleistungen haben, weshalb Marktsteuerung in einem grundsätzlichen Konflikt mit dem Ziel der Chancengleichheit (equity) steht“ (Hartung et al. 2020). Diese Herausforderung spiegelt sich auch im sogenannten Präventionsdilemma, welches beschreibt, dass häufig diejenigen Menschen von Maßnahmen erreicht werden, deren Lebensumstände ihnen eine grundsätzliche Bereitschaft zur Übernahme für Verantwortung für die eigene Lebenssituation ermöglichen (Bauer 2005).

Evidenzbasierung als Grundlage zur Durchführung gemeinwohlorientierter Maßnahmen zur Stärkung Gesundheitlicher Chancengleichheit muss sich mit der Frage auseinandersetzen, welche Datengrundlage zum Erreichen strategischer Ziele herangezogen werden kann. Sozialräumliche Orientierung und an den Bedarfen der Nutzenden ausgerichtete Prozessbegleitung erfordert „Wirkungsforschung [...] die Faktoren wie die Beteiligung der Adressatinnen und Adressaten, fallspezifische Kontexte und die Komplexität von Entscheidungsfindungen mitberücksichtigt“ (Hartung et al. 2020). Interventionen, die lebenswelt- und nutzerinnen- und nutzerorientiert gestaltet sind, um sektoren-/ressortübergreifend wirksam zu werden müssen entsprechend systemisch orientierte

Indikatoren zur Feststellung des Impact einzelner Maßnahmen und Projekte festlegen. Diese Festlegungen sind „nicht neutral, sondern stehen im engen Zusammenhang zu den jeweiligen aktuellen politischen Interessen wohlfahrtsstaatlicher Steuerung“ (ebd.). Zudem ist das Formulieren von Zielen immer auch mit der politischen Willensbildung und der Notwendigkeit politischer Unterstützung verbunden, die unter „Bedingungen der Konkurrenzdemokratie“ (Pieper 2018: 50) häufig eher kurz als langfristig planend ist. Aus den bestehenden Herausforderungen der Wirkungsorientierung lassen sich zwei Einflussfaktoren für diese ableiten. Zum einen ist es wichtig die politische Ebene der Verwaltung bei der Zielsetzung mit einzubinden, zum anderen sind Indikatoren in einer Form zu entwickeln, die Messbarkeit und Handhabbarkeit im Alltagsgeschäft ermöglichen und sich nicht in Detailfragen erschöpft (ebd.).

Sowohl die strategische als auch die operative Ebene der Planung und Steuerung sind dabei auf die Unterstützung der normativen politischen Ziele auszurichten (siehe Abbildung 8). Die Wirksamkeit des Mitteleinsatzes im Rahmen des APG zu beurteilen, erfordert eine politikfeld- und ressortübergreifende Analyse der Verhältnisse, wobei insbesondere die „Verwaltung [...] die gesellschaftliche Wertschöpfung ihres Handelns“ dokumentieren kann (Pieper 2018). Hierfür ist ein sozialindikatives Berichts- und Planungswesen von besonderer Bedeutung, welches sowohl die politische, als auch die zivilgesellschaftliche Ebene mitadressiert und gesellschaftliche Entwicklungen nachvollziehbar werden lässt (ebd.).

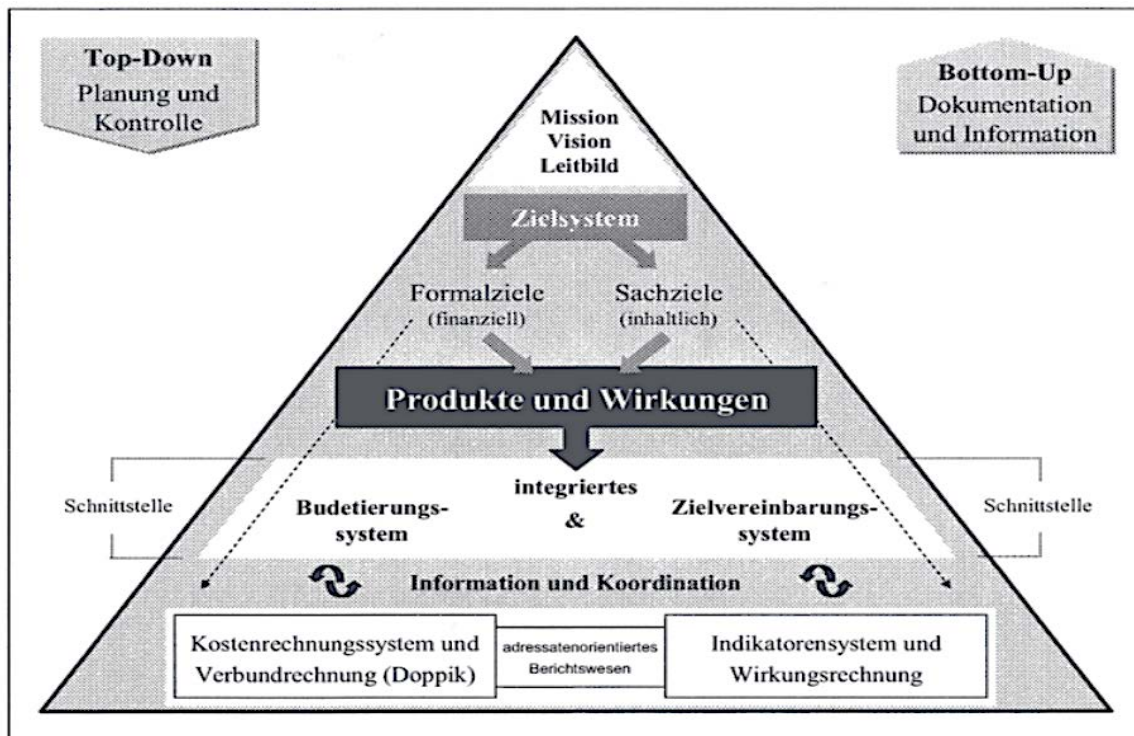


Abbildung 8: Konzeption eines Controlling-Systems (Pieper 2018: 63)

Insbesondere ist die subjektive Bewertung der Maßnahmen von Nutzerinnen und Nutzer nicht mit dem erreichten Impact zu verwechseln, sondern bestenfalls ein Indikator in der Erfassung von Wirkung (Pieper 2018). Gesamtgesellschaftlich erzielte Wirkung erfordert „[...] politische[n] und gesetzliche[n] Rahmenvorgaben, welche über die nachfolgenden Zielebenen einer zunehmenden Ausführungskonkretisierung bedürfen und letztlich den Prozess der Leistungserstellung auslösen“ (ebd.: 75).

Eine Orientierung an den Nationalen Gesundheitszielen sowie internationalen Vorgaben, wie den ‚Essential Public Health Operations‘ (EPHOS) (WHO 2020), welche zehn Kernbereichen für Public Health benennen und an den Zielen der Agenda 2030 mit dem Ziel Nummer 3 ‚Gesundheit für alle‘ zeigt auf, wie Gesundheit als politische Querschnittsaufgabe (Health in All Policies) konzipiert und in Umsetzung gebracht werden kann.

Das Arbeiten in Netzwerken und Kooperationen auf Grundlage gemeinsam gesteckter Ziele und in Form gesellschaftlicher Aushandlungsprozesse setzt Motivation und Vertrauen voraus (Fischer 2018). Die Zusammenarbeit von Personen, die verschiedenen Handlungslogiken verbunden sind (Verwaltung, Sozialversicherungsträger, freie Träger, Zivilgesellschaft, vulnerable Bevölkerungsgruppen, ...) bedeutet eine Vielzahl von Perspektiven, ist aber auch mit der „Herausforderung verbunden, aus dieser Gemengelage, die von Vielfalt, aber auch von Abgrenzung und Widerspruch geprägt ist, ein systematisch agierendes und tatsächlich vernetzt tätiges Miteinander zu generieren“ (ebd.: 6). Um die mit dem Netzwerkgedanken verbundenen Synergieeffekte auch herstellen und nachweisen zu können, ist neben der inhaltlichen Verbindlichkeit daher eine zunehmende Professionalisierung der Koordination und rechtliche Verpflichtung zur Zusammenarbeit (siehe z.B. SGB VIII §4a) zu verzeichnen. Auch die methodische Vielfalt von Netzwerkarbeit hat an Bedeutung gewonnen und trägt damit der Vielfalt der an Netzwerkarbeit beteiligten Rechnung (z.B. [PartNet](#)⁶). Besondere Herausforderung im Abschätzen der Wirkung von verhältnisorientierten Ansätzen ergeben sich u.a. auch aus der Individuen zentrierten Logik der als ‚Dienst am Menschen‘ gestalteten Interventionen. Sowohl das Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe und die Berücksichtigung der Eigenwilligkeit wie der Angewiesenheit auf Hilfe von Nutzerinnen und Nutzer erfordert mehrdimensionale Betrachtung der Prozesse (Fischer 2018). Erreichtes nicht nur als z.B. quantifizierbare Auslastung von Angeboten zu verstehen, sondern auch Verhaltens- und/oder Verhältnisänderungen als Wirkung zu begreifen, führt zu einem anderen Verständnis von Wirkung und davon, welche Bedeutung Öffentlichkeitsarbeit und das Nachzeichnen auch kleinschrittiger Veränderung für die Legitimation der Arbeit von Netzwerken hat (ebd.).

Gesundheitsfolgenabschätzungen in diesem Zusammenhang befassen sich u.a. mit der Frage, wie nachhaltige Entwicklung im Sinne des HiAP-Ansatzes als Querschnittsthematik in allen Politikfeldern gedacht und positiv beeinflusst werden kann. Beispielhaft genannt werden kann in diesem Zusammenhang, der seit 2009 entwickelte, lokale [Fachplan Gesundheit in NRW](#)⁷ der die Arbeit der Gesundheitsbehörden datenbasiert und zielgeleitet steuern und das Aufgaben- und Leistungsspektrum im Bereich Gesundheit übersichtlich und transparent darstellen soll.

⁶ <http://partnet-gesundheit.de/>

⁷ https://www.lzg.nrw.de/versorgung/ges_plan/fachplan_gesundheit

6 Exkurs: LGK-Gesundheitsziel „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten“

Im folgenden Exkurs werden erste Erkenntnisse aus der Abschlussarbeit von Nora Bruckmann, Studierende des Master of Science in Public Health der BSPH dargestellt.

Der Schwerpunkt der vom APG geförderten Maßnahmen zum Gesundheitszieleprozess der LGK lag bislang in Projekten zum Gesundheitsziel „Gesund Aufwachsen“ (WiBAG, interne Datenanalyse, 2022)“, u. a. weil diese Lebensphase für die Gesundheit im weiteren Lebensverlauf eine außerordentliche Bedeutung hat (Kilian 2013). Aufgrund des demografischen Wandels ist es. Aufgrund der demografischen Alterung ist es zunehmend wichtig, auch die letzte(n) Lebensphase(n) im Ausbau der integrierten kommunalen Strategien verstärkt einzubeziehen, um die Gesundheit der älteren Bevölkerung zu fördern sowie Ressourcen und Bewältigungsmechanismen zu stärken (KGC Berlin 2019).

Im Rahmen des Projektes WiBAG wird derzeit eine Masterarbeit von der Studentin Nora Bruckmann im Masterstudiengang Public Health an der Berlin School of Public Health/Charité Universitätsmedizin Berlin angefertigt (Abgabe September 2022). Die Arbeit untersucht in Form einer qualitativen Erhebung die Rolle des Aktionsprogramm Gesundheit (APG) bei der bezirklichen Umsetzung des Gesundheitsziels „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten“ der Berliner LGK. Unter Einbeziehung der Sicht landesweit sowie kommunaler Akteurinnen und Akteure sollen förderliche und hinderliche Faktoren identifiziert werden, die eine Umsetzung des Gesundheitsziels für ältere Menschen und den Auf- und Ausbau von Präventionsketten beeinflussen. Anhand der Ergebnisse sollen Empfehlungen für eine verbesserte Steuerung der Maßnahmen zum Gesundheitsziel für Ältere durch das APG abgeleitet werden.

Für das Forschungsvorhaben wurden Ende April bis Ende Mai 2022 sechs qualitative, leitfadengestützte und problemzentrierte Expertinnen- und Experten-Interviews (Dauer ca. 60 Min. pro Interview) durchgeführt (Bortz und Döring 2016). Als kommunales Projektbeispiel wurde das APG-geförderte Modellprojekt, das Netzwerk „Für mehr Teilhabe älterer Menschen in Kreuzberg“ des Projektträgers Nachbarschaftshaus Urbanstraße e.V. gewählt, da das Netzwerk Maßnahmen des Berliner Gesundheitsziels für Ältere umsetzt. Ziel des Netzwerks ist es, älteren Menschen soziale und kulturelle Teilhabe durch vielfältige Angebote zu ermöglichen. Dabei werden die Angebote wohnortnah und entlang ihrer Bedarfe gestaltet und sind für alle zugänglich. Zum Vergleich wurde eine Expertin aus dem Lichtenberger Modellprojekt der „Arztpraxisinternen Sozialberatung“ des

Projektträgers soziale Gesundheit e.V. interviewt, welches ebenfalls von APG-Mitteln gefördert wurde. Dieses Netzwerk stärkt v.a. eine wohnortnahe gesundheitliche und soziale Versorgung für Menschen in komplexen Lebenslagen, wie zum Beispiel in hohem Alter bei Krankheit und Einsamkeit. Als Vertreterin und Vertreter der Verwaltungsebene wurde eine Mitarbeiterin der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (SenWGPG) des Landes Berlin interviewt, die für das Berliner Aktionsprogramm Gesundheit (APG) verantwortlich ist. Auf bezirklicher Ebene wurden mehrere Vertreterinnen und Vertreter aus den OE QPK Gesundheitsförderung befragt, die maßgeblich bei der Koordinierung von Präventionsketten sowie der Verteilung bezirklicher Fördermittel des APGs verantwortlich sind. Außerdem wurde ein Experte aus der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) Berlin in Trägerschaft von Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. befragt, die als Schnittstelle zwischen Landes- und Bezirksebene sowie Projektträgern beim APG fungiert.

6.1 Erste Ergebnisse

Aus Sicht der kommunalen Projektträger ist aufgrund unterschiedlicher Prioritätensetzung in den Bezirken der Fokus auf das Berliner Gesundheitsziel für ältere Menschen verschieden stark ausgeprägt. Bei der Umsetzung von gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen sowie beim Auf- und Ausbau von Präventionsketten mit Orientierung am Berliner Gesundheitsziel für ältere Menschen wird eine enge Zusammenarbeit zwischen den Projektträgern und der QPK für sehr wichtig erachtet. Durch das APG werden v.a. eine intensivere Begleitung und eine stärkere Unterstützung durch die QPK wahrgenommen. Die stärkere Zusammenarbeit fördere ebenfalls die Akzeptanz und den Bekanntheitsgrad von Projekten auf bezirklicher Ebene. Eine große Bedeutung des APG wird darin gesehen, dass hier unabhängig von einzelnen Projektzielen, grundlegende Arbeitsstrukturen gefördert werden, die die Tragfähigkeit der Netzwerke stärken und die Qualität der Projekte sichern, z.B. durch die finanzielle Unterstützung von Koordinierungsaufgaben. Dadurch können Kooperationen aufrechterhalten werden und Personalressourcen gestärkt werden. Zudem wird das APG als gute Anschubfinanzierung und passende Ergänzung zu anderen Fördertöpfen (wie z.B. zur AOK-Förderung) gesehen. Das Antragsverfahren wird im Verhältnis zur Fördersumme als sehr umfangreich und aufwendig empfunden. Insgesamt werden die Mittel als begrenzt aber als sehr wirksam und hilfreich für den Anschub und die Umsetzung von Projekten mit der Orientierung am Berliner Gesundheitsziel für ältere Menschen bewertet.

Für die Umsetzung des Berliner Gesundheitsziels für ältere Menschen gibt es aktuell nur wenige Kolleginnen und Kollegen in der QPK. Zukünftig jedoch sollen mehr QPK-Stellen für die Seniorengesundheitskoordination in den Bezirken geschaffen werden, entsprechend könnten sich die Bedarfe an APG-Mitteln für das Gesundheitsziel für ältere Menschen auch erhöhen. Aus der Sicht der QPK dient das APG v.a. als Anschubfinanzierung für gesundheitsfördernde und präventive Projekte im Bezirk. Mithilfe des APG können in den Projekten erste Erfahrungen gesammelt werden und daraus gelernt werden, um Maßnahmen passgenauer für die vulnerable Zielgruppe zu gestalten. Dabei fördert das APG die Vernetzung von Akteuren vor Ort und bezirksübergreifend sowie eine interprofessionelle Zusammenarbeit. APG-Mittel sind einer der wenigen Fördertöpfe für Gesundheitsförderung und Prävention im Land Berlin. Für die QPKs sind sie ein wichtiges Steuerungsinstrument zur Umsetzung von Maßnahmen und zum Aus- und Aufbau von integrierten kommunalen Strategien zur Gesundheitsförderung, einen hohen Gewinn wird u.a. in der verstärkten ressortübergreifenden Zusammenarbeit gesehen. Für die QPK stellt sich das Antragsverfahren als gut handhabbar dar, jedoch benötigen einige Projektträger intensive fachliche Unterstützung und Hilfe bei der Vorbereitung, da z.B. nicht allen die Good Practice Kriterien bekannt seien. Dadurch entsteht häufig ein hoher Arbeitsaufwand, damit das Projekt förderfähig wird. Der Förderzeitraum von einem Jahr wird als zu kurz erachtet, da nach Bewilligung der Fördermittel in Kürze wieder ein Antrag gestellt werden müsse, um weiterfinanziert werden zu können.

Im Jahr 2022 wird voraussichtlich ein Budget im Haushaltsplan der SenWGPG (Beschluss Ende Juni) für die Entwicklung neuer Maßnahmen für Gesundheitsförderung für die teilstationäre und stationäre Pflege älterer Menschen vorgesehen. Allgemein ist eine engere Verzahnung mit dem Gesundheitszieleprozess um die Empfehlungen aufnehmen und umsetzen zu können wünschenswert. Hierbei könnte ein Extra-Budget jeweils für die einzelnen Gesundheitsziele für mehr Handlungsspielraum bei der Umsetzung der Maßnahmen sorgen. Insgesamt sei die SenWGPG offen für eine engere Zusammenarbeit mit der Altenhilfekoordination in den Bezirken für eine gemeinsame Planung der APG-Mittel, um Maßnahmen für ältere Menschen auszubauen und um Verschränkungen auf bezirklicher Ebene sicherzustellen.

Aus der Sicht der KGC Berlin ist das APG für die Bezirke zur Steuerung von Prozessen wichtig, indem eine flexible Summe zu Förderung von Präventionsketten und die Umsetzung von Maßnahmen eingesetzt werden kann. Insgesamt sei das APG als Anschubfinanzierung gut geeignet.

Alle Akteure sehen es als notwendig an, die Zusammenarbeit auf überbezirklicher Ebene - unter Einbeziehung auch der Landesebene - auszubauen, z.B. durch Einrichtung einer überbezirkliche Steuerungsgruppe. Hierdurch könnte eine bessere Koordination von gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen gewährleistet werden und z.B. auch Maßnahmen zum Gesundheitszieleprozess, und damit die stärkere Umsetzung des Gesundheitszieleprozesses für Ältere, besser koordiniert werden. Ebenso kommt auf überbezirklicher Ebene dem Wissenstransfer eine wichtige Rolle zu.

7 Exkurs: Berliner Ernährungsstrategie

Im folgenden Exkurs werden Erkenntnisse aus der Abschlussarbeit von Elise Dally, Absolventin des Master of Science in Public Health der BSPH dargestellt.

Mit der Ernährungsstrategie des Berliner Senats für Umwelt, Mobilität, Verbraucher- und Klimaschutz ist 2019 ein Ansatz geschaffen worden, um ressortübergreifend ernährungspolitische Maßnahmen für die Stadt Berlin umzusetzen (SenUMVK o.J.)

Als Teil des Wertschöpfungskettenkreislaufmanagements soll hier auch die Gesundheit der Berliner Bevölkerung im Zusammenhang mit Ernährung in den Blick genommen werden. Insbesondere der Entstehung von nicht übertragbaren Krankheiten (Non-communicable Diseases) kann mittels Maßnahmen, welche auf Veränderung der Ernährungsweise abzielende vorgebeugt werden. Gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertreter aus Landes- und Lokalpolitik sowie den kooperierenden Senats- und Kommunalverwaltungen wird im Rahmen der Ernährungsstrategie eine nachhaltige und gesunde Nahversorgung der Stadt Berlin entwickelt. Als Teil der Berliner Ernährungsstrategie wird u.a. die Gemeinschaftsernährung in Kantinen und Schulen und damit in den verschiedenen Settings adressiert. Ein weiteres Handlungsfeld der Ernährungsstrategie sind die LebensmittelPunkte (LMP). Die Berliner Ernährungsstrategie bietet damit einen Rahmen, um zivilgesellschaftliche und weitere Akteurinnen und Akteure in die gesundheitsförderliche Stadteentwicklung einzubinden und so über individuelle Ernährungsentscheidungen hinaus wirksam zu werden. Im Sinne der Ausgestaltung resilienter Lebenswelten ist auch die Befassung mit ökologischen Veränderungen und Fragen der nachhaltigen Versorgung der Bevölkerung zu berücksichtigen. Eine Verzahnung mit anderen im Rahmen des APG geförderten Projekten könnte zum ressortübergreifenden Aufbau von Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention beitragen.

Literaturverzeichnis

- AG "Qualitätszirkel der OE QPK" (2012): Die Organisationseinheiten „Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination Die Organisationseinheiten "Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes" im Land Berlin. [PDF - Abschlussbericht der bezirksübergreifenden Arbeitsgruppe „Qualitätszirkel der OE QPK“](#). Berlin. Verfügbar unter: https://www.berlin.de/ba-mitte/politik-und-verwaltung/service-und-organisationseinheiten/qualitaetsentwicklung-planung-und-koordination-des-oeffentlichen-gesundheitsdienstes/handreichung_oe-qpk.pdf, zuletzt geprüft am 03.06.22.
- Altgeld, T. (2004): Gesundheitsfördernde Settings - Modelle für integrative Gesundheitsförderung in benachteiligten Stadtteilen? In: Stiftung SPI (Hg.): E&C-Fachforum Perspektive: Gesunder Stadtteil Gesundheitsfördernde Settingansätze und Jugendhilfestrategien in E&C-Gebieten. Unter Mitarbeit von Regiestelle E&C der Stiftung SPI. Berlin, S. 27-35.
- Amelung, Volker; Stein, Viktoria; Suter, Esther; Goodwin, Nicholas; Nolte, Ellen; Balicer, Ran (2021): Handbook Integrated Care. Cham: Springer International Publishing.
- Bär, G. (2015): Gesundheitsförderung lokal verorten. Räumliche Dimensionen und zeitliche Verläufe des WHO-Setting-Ansatzes im Quartier. Wiesbaden: Springer VS.
- Baric, L.; Günter, C. (1999): Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit - Zur praktischen Anwendung des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Bauer, U. (2005): Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Blümel, M.; Spranger, A.; Achstetter, K.; Maresso A.; Busse, R. (2020): Germany: Health system review. Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies. In: Health Systems in Transition (22(6)).
- Böhm, K. (2017): Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention. Elemente, Potentiale und Hemmnisse einer präventiven und gesundheitsförderlichen kommunalen Gesundheitspolitik. In: Zeitschrift für Sozialreform 63 (2), S. 275-299. DOI: 10.1515/zsr-2017-0014.

Böhm, K.; Bräunling, S.; Köckler, H.; Geene, R. (Hg.) (2020): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe: Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden: Springer VS.

Böhm, K.; Gehne, D. (2018): [Vernetzte kommunale Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche](#). Überblick über den Status quo in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt 61 (10), S. 1208-1214. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2803-2>, zuletzt geprüft am 06.06.22.

Böhm, K.; Schönknecht, M. (2021): Zugänge zu Kindern und Familien über das Gesundheitssystem verbessern.

Böhme, C.; Geene, R.; Grimm, I.; Jordan, S.; Kaba-Schönstein, L.; Kilian, H. et al. (2015): Kriterien guter Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung. Praxisleitfaden zur Operationalisierung der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln: BZgA.

Bortz, Jürgen; Döring, Nicola (2016): Forschungsmethoden und Evaluation. Für Human- und Sozialwissenschaftler. 5., überarb. Aufl. Heidelberg: Springer (Springer-Lehrbuch).

Burtscher, R.; Allweis, T.; Perowanowitsch, M.; Rott, E. (2017): [PDF - Gesundheitsförderung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten](#). Leichter lernen mit dem Projekt GESUND! 2. Aufl. Berlin: vdek. Verfügbar unter: https://www.vdek.com/vertragspartner/Praevention/projektgesund/_jcr_content/par/publicationelement_38/file.res/Broschuere-Projekt-Gesund.pdf, zuletzt geprüft am 13.05.22.

Burzan, N. (2011): [Soziale Ungleichheit. Eine Einführung in die Zentralen Theorien](#). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. mit Fernzugriff der ASH Bibliothek Verfügbar unter: https://doi-org.ash.idm.oclc.org/10.1007/978-3-531-93154-8_7, zuletzt geprüft am 06.05.22.

BVPG (2014): [PDF - 60 Jahre BVPG - mit Blick zurück nach vorn](#). Hg. v. Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e.V. verfügbar unter https://bvpraevention.de/newbv/images/Publikationen/BVPG_60_Jahre_Festschrift.pdf, zuletzt geprüft am 12.05.22.

BZgA (2006): [BZgA - gemeinsam die Zukunft gestalten](#). Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Verfügbar unter: <https://www.bzga.de/ueber-uns/leitbild/>, zuletzt geprüft am 06.06.22.

Dahlgren, G.; Whitehead, M. (Hg.) (1991): Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe. In: Institute for Futures Studies, Arbeitsrapport, 14. Jg. Genf: World Health Organization.

Drucksache 18/13612: [PDF - Umsetzung des Präventionsgesetzes](#). Hg. v. Deutscher Bundestag. Verfügbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/18/136/1813612.pdf>, zuletzt geprüft am 06.06.22.

EXPH (2014): [PDF - Report on definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems](#). Hg. v. Expert Panel on effective ways of investing in Health. Verfügbar unter: https://ec.europa.eu/health/system/files/2019-11/004_definitionprimarycare_en_0.pdf, zuletzt geprüft am 20.05.2022.

Fischer, J. (2018): [PDF - Wirkung in lokaler Netzwerkarbeit. Was Beteiligte darunter verstehen und warum es einer Wirkungsdiskussion bedarf - eine explorative Studie mit Praxisempfehlungen](#). Hg. v. Bertelsmann Stiftung. Verfügbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/90_Synergien_vor_Ort/Studie_Wirkung_in_Netzwerkarbeit_FIN.PDF, zuletzt geprüft am 06.06.22.

Geene, R. (2020): Health in All Policies – Ansätze, Beispiele und Perspektiven. In: Public Health Forum 28 (3), S. 159-162.

Geene, R.; Haldenwang, U. von; Bär, G.; Kuck, J.; Lietz, K. (2020): [PDF - Nutzerorientierte familiäre Gesundheitsförderung. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Netzwerk Gesunde Kinder](#). In: Prävention und Gesundheitsförderung (16), S. 95-103. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11553-020-00807-8.pdf>, zuletzt geprüft am 13.05.22.

Geene, R.; Kliche, T.; Borkowski, S.; Kovács, M. (2015): Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung im Setting KiTa. Erfolgsabschätzung und Ableitung eines Evaluationskonzepts. Hg. v. GVG.

Geene, R.; Reese, M. (2016): Handbuch Präventionsgesetz - Neuregelung der Gesundheitsförderung in Deutschland. Frankfurt: Mabuse.

Gerlinger, T. (2021): [Präventionsgesetz. BZgA Leitbegriffe](#). Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Verfügbar unter: <https://dx.doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i092-3.0>, zuletzt geprüft am 12.05.22.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (o.J.): Nationale Gesundheitsziele. Online verfügbar unter <https://gvg.org/themen/nationale-gesundheitsziele/>, zuletzt geprüft am 08.05.22.

Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (25.05.06): [Gesundheitsdienst-Gesetz. GDG](#). Verfügbar unter: <https://gesetze.berlin.de/bsbe/document/jlr-%C3%96GesDGBEpG1>, zuletzt geprüft am 03.06.22.

GKV-Bündnis für Gesundheit (o.J.a): [Das GKV-Bündnis für Gesundheit - Über uns](#). Verfügbar unter: <https://www.gkv-buendnis.de/ueber-uns/>, zuletzt geprüft am 03.06.22.

GKV-Bündnis für Gesundheit (o.J.b): [Das Kommunale Förderprogramm](#). Verfügbar unter: <https://www.gkv-buendnis.de/foerderprogramm/kommunales-foerderprogramm/>, zuletzt geprüft am 03.06.22.

GKV-Bündnis für Gesundheit (2020): Evaluation der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit - Zwischenbericht. Unter Mitarbeit von Sebastian Ehlen, Regine Rehaag, Susanne Giel, Melanie Niestroj, Simone Stoppel. Berlin.

GKV-Spitzenverband (2020): [GKV-Bündnis für Gesundheit](#). Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/gkv_bfg/buendnis_fuer_gesundheit.jsp, zuletzt geprüft am 03.06.22.

GKV-Spitzenverband (2021a): [PDF - Krankenkassen setzen Kommunales Förderprogramm fort \(PDF\)](#). Verfügbar unter: https://www.gkv-buendnis.de/fileadmin/user_upload/pdf/PM_GKV-Buendnis_Foerderprogramm-2021-01-04.pdf, zuletzt geprüft am 03.06.22.

GKV-Spitzenverband (2021b): [PDF - Leitfaden Prävention](#). Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/gkv_bfg/buendnis_fuer_gesundheit.jsp

spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/2021_Leitfaden_Praevention_komplett_P210177_barrierefrei3.pdf, zuletzt geprüft am 03.06.22.

Gold, C. (2009): Gesundheitsförderung in den Quartieren der Sozialen Stadt: Auf dem Weg zu einer neuen Qualität der Zusammenarbeit in den Ländern. Berlin: Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.

Goodwin, N. (2013): Understanding integrated care: a complex process, a fundamental principle. In: International Journal of Integrated Care. DOI: 10.5334/ijic.1144.

Hartung, S.; Dieterich, A.; Rosenbrock, R. (2020): [Gesundheitspolitik. BZgA Leitbegriffe](#). Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Verfügbar unter: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitspolitik/>, zuletzt geprüft am 31.04.22.

Kaba-Schönstein, L.; Trojan, A. (2018): Gesundheitsförderung 5: Deutschland. BZgA-Leitbegriffe. Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, zuletzt geprüft am 06.06.22.

KGC Berlin (2019): Highlightbericht zum Auf- und Ausbau von Präventionsketten in Berlin. Hg. v. Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Berlin.

Kickbusch, I. (2003): Gesundheitsförderung. In: F.W Schwartz, B. Badura, R. Busse, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist und U. Walter (Hg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Aufl. München: Urban & Fischer, S. 181-189.

Kilian, H. (2013): [PDF - Handreichung Integrierte kommunale Strategien](#). als Beitrag zur Verbesserung gesundheitslicher Chancengleichheit für Kinder und Jugendliche. Hg. v. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Verfügbar unter: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Leitthemen/Kindergesundheit/Handreichungen/Neu_Sept__2013/13-09-16_integrierte_kommunale_Strategien.pdf, zuletzt geprüft am 05.05.22.

KoopV (2014): [Gesundheitsförderung im Quartier bzw. Stadtteil. Handreichung \(PDF\)](#). Hg. v. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Verfügbar unter: <https://www.gesundheitliche->

chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Handreichungen/29-08-18_Stadtteil_u_Quartier.pdf, zuletzt geprüft am 17.05.22.

KoopV (2021a): [PDF - Kooperationserklärung. Hg. v. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit.](#) Verfügbar unter: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Kooperationsverbund/Kooperationserklaerung_2021.pdf, zuletzt geprüft am 06.05.22.

KoopV (2021b): [PDF - Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung.](#) 4. Auflage. Berlin. Verfügbar unter: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Good_Practice/21-08-30_Broschuere_Good_Practice-Kriterien_neu_barrierefrei_01.pdf, zuletzt geprüft am 01.02.22.

Kuschick, D.; Rattay, P.; Kuck, J.; Pachanov, A.; Lotysh, A.; Geene, R. (2021): Literaturrecherche und Evidenzauswertung von Ansätzen der Gesundheitsförderung bei sozial belasteten Familien. Hg. v. Dokumentation Kongress Armut und Gesundheit.

Luthe, E.-W. (2013): Kommunale Gesundheitslandschaften – Das Grundkonzept. In: E.-W. Luthe (Hg.): Kommunale Gesundheitslandschaften. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 3–36.

Marmot, M.; Wilkinson, R. (2005): Social Determinants of Health. Introduction. 2. Aufl. Oxford: Oxford University Press.

Meierjürgen, R. (2017): Das Präventionsgesetz und kommunale Gesundheitsförderung. In: K. Fischer und R. Geene (Hg.): Netzwerke in Frühen Hilfen und Gesundheitsförderung. Neue Perspektiven kommunaler Modernisierung. Weinheim: Beltz Juventa, S. 194–210.

Meierjürgen, R.; Becker, S.; Warnke, A. (2016): [Die Entwicklung der Präventionsgesetzgebung in Deutschland.](#) In: Prävention und Gesundheitsförderung (4), S. 206–213. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s11553-016-0556-z>, zuletzt geprüft am 12.05.22.

Meurer, A.; Siegrist, J. (2005): Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens präventiver und kurativer Leistungen im Gesundheitsbereich durch Kinder und Jugendliche. Forschungsstand, Interventionen, Empfehlungen. Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln.

Naidoo, J.; Wills, J. (2019): Lehrbuch Gesundheitsförderung. 3. Aufl. Bern: Hogrefe Verlag.

Nutz, A.; Schubert, H. (2020): Integrierte Sozialplanung in Landkreisen und Kommunen. Stuttgart: Kohlhammer.

Partnerschaften 2030 (2021): [PDF - Menschenrechte in und durch Multi-Akteurs-Partnerschaften](#). Hg. v. Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH. Bonn. Verfügbar unter: https://www.partnerschaften2030.de/wp-content/uploads/2021/06/Menschenrechte-in-MAP_Juni-2021_DE_WEB.pdf, zuletzt geprüft am 06.06.22.

Paulus, P. (2003): Schulische Gesundheitsförderung - vom Kopf auf die Füße gestellt. Von der Gesundheitsfördernden Schule zur „guten gesunden Schule“. In: K. Aregger und U. Lattmann (Hg.): Gesundheitsfördernde Schule – eine Utopie? Konzepte, Praxisbeispiele, Perspektiven. Luzern: Sauerländer, S. 93-114.

Pieper, T. (2018): [PDF - Wirkungsorientiertes Controlling staatlichen Handelns. Systematische Identifikation und Bewertung der gesamtgesellschaftlichen Wirkungen staatlichen Handelns](#). Frankfurt, Berlin, Bern, Bruxelles, New York, Oxford, Wien: Peter Lang. Verfügbar unter: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/182685/1/978-3-631-75332-3.pdf>, zuletzt geprüft am 23.06.22.

Quilling, E.; Kuchler, M.; Leimann, J.; Mielenbrink, V.; Terhorst, S.; Tollmann, P.; Dieterich, S. (2021): [PDF - Koordination kommunaler Gesundheitsförderung. Entwicklung eines Aufgaben- und Kompetenzprofils: GKV-Spitzenverband](#). Verfügbar unter: https://www.gkv-buendnis.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Bericht_Koordination_kommunaler_Gesundheitsfoerderung_2021.pdf, zuletzt geprüft am 13.05.22.

Quilling, Eike (2021): Recherche zu bestehenden Gesundheitsförderungsprogrammen und -strategien nach dem kommunalen Settingansatz. Ergebnisbericht. Hg. v. GKV-Spitzenverband. Berlin.

Richter-Kornweitz, Antje; Kilian, Holger; Holz, Gerda (2017): [Präventionskette / Integrierte kommunale Gesundheitsstrategie. BZgA Leitbegriffe](#). Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Verfügbar unter: <https://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i093-1.0>, zuletzt geprüft am 05.05.22.

Richter-Kornweitz, Antje; Utermark, Kerstin (2013): Werkbuch Präventionskette. Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen.

RKI (2006): [PDF - Gesundheit in Deutschland: Robert Koch-Institut](#). Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInD/Ild/GiD_2006/gesundheitsbericht.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 06.05.22.

Rosenbrock, R. (2004): Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: R. Rosenbrock, M. Bellwinkel und A. Schroer (Hg.): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm "Mehr Gesundheit für alle". Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, S. 7-149.

Rosenbrock, R. (2015): [Prävention in Lebenswelten - der Setting-Ansatz](#). In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin - ZFA (91), S. 213-219. Verfügbar unter: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewi4iMn12M_3AhWYSfEDHS35ABIQFnoECAIQAAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.online-zfa.de%2Ffileadmin%2Fuser_upload%2FHeftarchiv%2FZFA%2Farticle%2F2015%2F05%2FE4BD3EC-2C10-4C47-8FA8-9B7B9D6533FF%2FBE4BD3EC2C104C478FA89B7B9D6533FF_rosenbrock_praevention_in_lebenswelten_1_original.pdf&usg=AOvVaw2bCJg-OAbXBDWiCNiYGNn2, zuletzt geprüft am 08.05.22.

Rosenbrock, R.; Gerlinger, T. (2021): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern: Huber.

Ruckstuhl, B. (2011): Gesundheitsförderung. Entwicklungsgeschichte einer neuen Public Health-Perspektive. Weinheim und München: Juventa.

Schubert, H. (2013): [PDF - Planung und Praxis der Netzwerkkoooperation im Stadtteil - einige Erfolgsgeheimnisse](#). Hg. v. Sozialreferat München. München. Verfügbar unter: https://www.regsam.net/downloads.html?file=files/regsam/Service/Download/Doku%20Veranstaltungen/fachtag_2012_11-23_regionale_netzwerke_muenchen.pdf&cid=1766, zuletzt geprüft am 06.06.22.

Schubert, H. (2020): [Sozialplanung](#). Verfügbar unter: <https://www.socialnet.de/lexikon/Sozialplanung>, zuletzt geprüft am 17.05.22.

Schwarz; F.W.; Walter, U.; Gerlich, M. G. (2018): [Gesundheitsziele: Leitbegriffe der BZgA](#). Verfügbar unter: <https://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i062-2.0>, zuletzt geprüft am 06.05.22.

SenStadtBauWohn (o.J.): [PDF - Flyer Ressortübergreifende Gemeinschaftsinitiative](#). Hg. v. Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen. Verfügbar unter: https://www.stadtentwicklung.berlin.de/staedtebau/foerderprogramme/gemeinschaftsinitiative/downloads/flyer_gemeinschaftsinitiative.pdf, zuletzt geprüft am 17.05.22.

SenStadtBauWohn (2021): [Ressortübergreifende Gemeinschaftsinitiative zur Stärkung sozial benachteiligter Quartiere](#). Hg. v. Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen. Verfügbar unter: https://www.stadtentwicklung.berlin.de/aktuell/pressebox/archiv_volltext.shtml?arch_2108/nachricht7196.html, zuletzt geprüft am 17.05.22.

SenStadtBauWohn (2022): [BENN - Berlin entwickelt Neue Nachbarschaft](#). Hg. v. Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen. Berlin. Verfügbar unter: <https://www.stadtentwicklung.berlin.de/staedtebau/foerderprogramme/benn/index.shtml>, zuletzt geprüft am 19.05.22.

SenUMVK (o.J.): [Berliner Ernährungsstrategie](#). Hg. v. Senatsverwaltung für Umwelt, Mobilität, Verbraucher- und Klimaschutz. Verfügbar unter: <https://www.berlin.de/ernaehrungsstrategie/strategie/>, zuletzt geprüft am 30.06.22.

SenWGPG (o.J.): [Rechtliche Grundlagen. Gesundheitsdienst-Gesetz \(GDG\)](#). Hg. v. Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin. Verfügbar unter: <https://www.berlin.de/sen/gesundheit/themen/oeffentlicher-gesundheitsdienst/rechtliche-grundlagen/>, zuletzt geprüft am 03.06.22.

SenWGPG (2022): [PDF - Gesundheits- und Sozialstrukturatlas Berlin 2022](#). Hg. v. Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin. Verfügbar unter: https://www.berlin.de/sen/gesundheit/_assets/service/gesundheitsberichterstattung/gssa-2022_v1.pdf, zuletzt geprüft am 19.05.22.

Trojan, A.; Süß, W. (2013): Gesundheit fördern, wo die Menschen leben. Das Setting Gemeinwesen. In: P. Kolip (Hg.): Quartiersbezogene Gesundheitsförderung. Umsetzung

und Evaluation eines integrierten lebensweltbezogenen Handlungsansatzes. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 14-25.

Vogt, V.; Geene, R.; Rasch, L. (2021): [PDF - Regionale ambulante Versorgung.](#)

Einflussmöglichkeiten der kommunalen Hand auf die Verbesserung der ambulanten ärztlichen Versorgung unter Berücksichtigung einer wachsenden und zunehmend diversen Bevölkerung im Bezirk. Verfügbar unter: <https://www.kommunalpolitik-berlin.de/wp-content/uploads/2021/05/21-05-12-Studie-ambulante-Versorgung.pdf>, zuletzt geprüft am 13.05.22.

WHO (o.J.): [Health promotion action means.](#) Hg. v. World Health Organization. Verfügbar unter: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference/actions>, zuletzt geprüft am 06.06.22.

WHO (1978): [PDF - Erklärung von Alma-Ata.](#) Verfügbar unter:

https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

WHO (1986): [PDF - Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.](#) Hg. v. World Health Organization. Verfügbar unter:

https://intranet.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf, zuletzt geprüft am 23.01.22.

WHO (2015): Health in All Policies. Genf: World Health Organization.

WHO (2019): [PDF - Deklaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care.](#)

Verfügbar unter: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1251618/retrieve>, zuletzt geprüft am 20.06.2022.

WHO (2020): [The 10 Essential Public Health Operations.](#) Hg. v. World Health

Organization. Verfügbar unter: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations>, zuletzt geprüft am 06.06.22.