

LANDKREIS



MARBURG
BIEDENKOPF

Gesundheit fördern
Versorgung stärken



MARBURG
UNIVERSITÄTSSTADT

Präventionsplan

„Gemeinsam für Gesundheit und Lebensqualität“

Eine integrierte Handlungsstrategie für den
Landkreis Marburg-Biedenkopf und die
Universitätsstadt Marburg



Unterstützt durch:

 PARTNERPROZESS
Gesundheit für alle


Gesunde Städte-Netzwerk
der Bundesrepublik Deutschland



Autoren

Dr. med. Birgit Wollenberg (Amtsärztin – Fachbereichsleitung Gesundheitsamt, Landkreis Marburg-Biedenkopf)

Dipl. Pflegewirt Rolf Reul (Gesundheitswissenschaftler, Geschäftsstelle Initiative Gesundheit fördern -Versorgung stärken, Landkreis Marburg-Biedenkopf)

Susanne Hofmann (Fachdienst Gesunde Stadt Marburg)

Kreisausschuss des Landkreises
Marburg-Biedenkopf
Fachbereich Gesundheitsamt
Schwanallee 23
35037 Marburg

Magistrat der Universitätsstadt Marburg
Fachdienst Gesunde Stadt Marburg
Rathaus Markt 1
35037 Marburg

© Foto: www.wortbild.online

(Stand: Mai 2019)

Inhalt

Einleitung	5
1 Ziel und Zweck des Präventionsplanes im Landkreis Marburg-Biedenkopf und in der Universitätsstadt Marburg	9
2 Netzwerkstruktur und Zuständigkeiten zur Umsetzung des Präventionsplans „Gemeinsam für Gesundheit und Lebensqualität“	10
2.1 Initiative „Gesundheit fördern – Versorgung stärken“ - Aufbau eines handlungsfähigen und zukunftsfähigen Netzwerks unter fachlicher Koordination des Gesundheitsamtes.....	10
2.2 Präventionskoordination.....	14
2.3 Präventionskonferenzen.....	15
2.4 Lebensphasenbezogene Arbeitskreise (AK) im Präventionsnetzwerk	16
2.5 Interdisziplinäre und multisektorale Zusammenarbeit innerhalb der Kreisverwaltung.....	17
2.6 Kooperationen zwischen kommunaler Verwaltung und externen Akteuren im Landkreis und in der Universitätsstadt Marburg.....	18
3 Entwicklung einer integrierten Handlungsstrategie – Lebenslaufperspektive in der Gesundheitsförderung und Prävention	19
3.1 Allgemeine Ausgangslage	19
3.2 Auswertung der Sozialberichterstattung auf relevante gesundheitsbezogene Gesundheitsthemen	21
3.3 Aktuelle Situation in der Gesundheitsförderung und Prävention	22
3.4 Gesundheitsberichterstattung.....	25
3.5 Partizipation	25
4 Bedarfs- und Bedürfnisanalysen zur Gesundheitsförderung & Prävention 26	
4.1 Bedarfe der Einwohnerinnen und Einwohner in den Städten sowie Gemeinden des Landkreises und in der Universitätsstadt Marburg	27
4.2 Kleinräumige Bedürfnisanalysen in unterschiedlichen Lebenswelten	29
4.3 Bestandsaufnahme/Ist-Situation in den Städten sowie Gemeinden des Landkreises und in der Universitätsstadt Marburg	29
4.4 Zentrale Aussagen aus epidemiologischen Studien, Gesundheits-berichten der GKV, Armutsstudien sowie Sozialberichterstattung und Demografieforschung in Deutschland	32
4.5 Erste Beispiele für mögliche prioritäre Handlungsfelder auf Grundlage der vorliegenden Datenquellen.....	35
5 Gesundheitsziele des Landkreises Marburg-Biedenkopf und der Universitätsstadt Marburg	36

5.1	Gesundheitsziele des Landkreises Marburg-Biedenkopf und der Universitätsstadt Marburg.....	37
5.2	Handlungsschwerpunkte und Querschnittsthemen in den verschiedenen Lebensphasen auf Basis der Gesundheitsziele	38
5.2.1	Gesund aufwachsen.....	38
5.2.2	Gesund bleiben – Mitten im Leben	40
5.2.3	Gesund altern.....	42
5.2.4	Querschnittsthemen – Krebsprävention, Suchtprävention, Diabetesprävention, psychische Gesundheit und Gesundheitsförderung bei „Geflüchteten“	44
6	Gesundheitsfördernde Maßnahmen	47
6.1	Bewegungs- und Ernährungsangebote für Männer im SGBII Leistungsbezug ...	47
6.2	Unterstützung gesundheitsfördernder Strukturen und gesundheitsbegünstigender Lebensstile in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf in Marburg	48
6.3	Gesundheitsförderung im Familienzentrum „Kindertagesstätte Regenbogen“ in Neustadt/Hessen / Quartier „Stadtkern“	49
6.4	Trinkbrunnen in der Lebenswelt Schule	51
6.5	Seele in Bewegung	51
7	Kommunale Impfstrategie	52
8	Fort- und Weiterbildungen (Multiplikatorenkonzept)	53
9	Qualitätsmanagement nach anerkannten Standards	54
9.1	Evaluationsplanung	55
9.2	Zertifizierungsverfahren für Gemeinden und Städte im Landkreis	57
10	Gesetzliche Grundlagen	57
11	Dokumentation, Öffentlichkeitsarbeit und Fundraising.....	59
12	Literaturverzeichnis	61

Einleitung

Die steigende Prävalenz bei den sogenannten „Volkskrankheiten“, wie unter anderem Krebs, Diabetes mellitus, Herzinfarkt und Depression haben zu einem Umdenken bei gesundheitspolitischen Entscheidungsträger geführt. Der Nutzen von Primärprävention gewinnt nicht nur aufgrund der ökonomischen Auswirkungen dieser Entwicklungen zunehmend an Bedeutung, sondern auch hinsichtlich der Lebensqualität und Gesundheit der Bevölkerung.¹

Bereits im Jahr 2013 wurde eine Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune unterzeichnet. Darin wird unter anderem empfohlen: Zitat: *»... primärpräventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen in der jeweiligen Kommune möglichst weitgehend aufeinander abzustimmen sowie nachhaltig und tragfähig auszugestalten...«²*

Das am 18.06.2015 vom Deutschen Bundestag verabschiedete Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention führte dann zu einer deutlichen Erhöhung der Ausgaben für die Primärprävention und zu einer Stärkung des lebensweltbezogenen Ansatzes. Insbesondere die Rolle der Kommunen in der Primärprävention wird im Gesetz hervorgehoben³ und eröffnete neue Perspektiven für die Umsetzung von integrierten Handlungskonzepten.

Gemeinsam haben sich der Landkreis Marburg-Biedenkopf und die Universitätsstadt Marburg dieser Herausforderung gestellt, um eine entsprechende interdisziplinäre sowie multisektorale Zusammenarbeit im Sinne des WHO Ansatzes „Health in All Policies“⁴ aufzubauen und den vorliegenden Präventionsplan zu entwickeln. Im Verständnis der WHO ist Gesundheitsförderung und Prävention somit als Querschnittsaufgabe zu sehen, d. h. sie zieht sich durch alle politischen, sozialen, ökologischen und ökonomischen Aufgabengebiete innerhalb einer Gesellschaft.⁵ Hierzu müssen die unterschiedlichen Konzepte und Ziele der Kinder-, Jugend- und Familienpolitik sowie aus den Bereichen Soziales, Arbeit, Wohnen usw. analysiert und miteinander in einen gemeinsamen Kontext gebracht werden.

Der Präventionsplan ist als Bestandteil der Initiative „Gesundheit fördern – Versorgung stärken“⁶ die Basis für eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit den Krankenkassen/-verbänden in Hessen. Gleichzeitig ist es erforderlich, eigene personelle und finanzielle Ressourcen bereitzustellen.⁷ Darüber hinaus besteht seitens des Landkreises und der Universitätsstadt Marburg ein hoher partizipativer Anspruch, alle relevanten Stakeholder, einschließlich der Zielgruppen in der Bevölkerung, in diesen Prozess einzubeziehen. Die bestehenden und zukünftigen gesundheitsförderlichen Angebote sollen sich zielgerichtet an den Bedarfen und Bedürfnissen der Menschen in der Region auszurichten.

¹Tabelle: Nutzen-Dimensionen und Zielp Parameter für Prävention und Gesundheitsförderung, Ulla Walter et al. (2000) (Seite 40)

² Siehe „Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände...“

³ § 20a, Abs. 1 Lebenswelten sind definiert als „abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports“.

⁴ Vgl. WHO Regionalbüro für Europa; Gesundheit 2020 Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert“; 2013 und Kimmo Leppo et al. in “Health in All Policies Seizing opportunities, implementing policies” 2013

⁵ Vgl. Gesundheit21: Eine Einführung zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO, 1998, Seite 23ff.

⁶ Vgl. Kapitel 3

⁷ Vgl. Kapitel 2.2 und „Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz...“Anlage 1, Seiten 7, 15 sowie 26

Der entwickelte Präventionsplan entspricht den Leistungsarten und Förderkriterien des Leitfadens Prävention des GKV Spitzenverbandes und der Bundesrahmenempfehlung der Nationalen Präventionskonferenz.

Die Vorgehensweise bei der Umsetzung und Weiterentwicklung des Präventionsplans orientiert sich an den anerkannten Qualitätsstandards in Public Health insbesondere am Aktionszyklus (Public Health Action Cycle)⁸ und an der Partizipativen Qualitätsentwicklung.⁹



Abb. 1

Das Robert Koch-Institut (RKI) hat in den letzten Jahren in verschiedenen Studien Daten zum Gesundheitsstatus der Bevölkerung erhoben.¹⁰ Sie konnten damit eine Grundlage für Bedarfe in der Gesundheitsförderung und Prävention schaffen. Diese Daten fließen in die Planungen im Landkreis mit ein, ebenso wie weitere epidemiologische Studien, die Kinder- und Jugendberichte der Bundesregierung sowie die Sozialberichterstattung des Landkreises und der Stadt Marburg. Die verschiedenen Studien belegen unter anderem, dass neben der kulturellen Herkunft vor allem soziale Einflussfaktoren, wie die Einkommenslage, der Berufsstatus, die Bildungsmöglichkeiten sowie die Wohn- und Umweltbedingungen die Gesundheit der Menschen bestimmen.

Bereits die Ottawa-Charta der WHO von 1986 hebt hervor, dass Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit haben. Daher sind sowohl individuelle als auch lebensweltbezogene Maßnahmen notwendig, um allen Menschen

⁸ Siehe Abb.1

⁹ Vgl. Kapitel 8

¹⁰ Vgl. Kapitel 4

ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.

Die Verhaltensprävention und die Verhältnisprävention sind somit gleichermaßen von Bedeutung für die Umsetzung einer Gesamtstrategie.

Darüber hinaus liegen wissenschaftliche Hinweise für Querschnittsthemen in den verschiedenen Lebensphasen vor. Es handelt sich unter anderem um die Handlungsfelder Suchtprävention, Diabetes mellitus sowie psychische Gesundheit.¹¹

Gesundheitsförderung ist nach heutigem Verständnis mehr als nur Prävention von Krankheiten und Identifizierung von Risikogruppen. Gesundheitsförderung zielt vielmehr darauf ab, dem Individuum die Möglichkeit zu geben, über seine Gesundheit selbst zu bestimmen. Dabei wird die Erkenntnis berücksichtigt, dass es ein laien- und kulturabhängiges Verständnis von Gesundheit gibt.

Gesundheitsförderung möchte sowohl die Gesundheitsressourcen des Einzelnen als auch die innerhalb einer Gesellschaft stärken. Die Gesundheitsförderung wird in diesem Sinne als ein Aspekt neben Prävention in der Primärprävention bezeichnet.¹²

Der defizitorientierte Blick auf die Bevölkerung wird in der geplanten Vorgehensweise durch eine ressourcenorientierte Sichtweise erweitert.

Im Präventionsplan hat der Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und der Gesundheit eine besondere Bedeutung.¹³ Das Erklärungsmodell von Dahlgren & Whitehead (siehe Abb. 1) verdeutlicht die komplexen Einflussfaktoren, die zu gesundheitlicher Ungleichheit führen, und zeigt dadurch, dass eine interdisziplinäre und multisektorale Zusammenarbeit unabdingbar ist.¹⁴

¹¹ Vgl. Kapitel 5.2.4

¹² Vgl. Rosenbrock, R./Kümpers, S.: „Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit und Gesundheitschancen“ in Richter, M./ Hurrelmann, K.: „Gesundheitliche Ungleichheit“, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2006

¹³ Siehe auch „Gesundheitsbericht Hessen Gesund Leben-Gesund Bleiben“, Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, 2016; Seite 68

¹⁴ Vgl. Kapitel 3

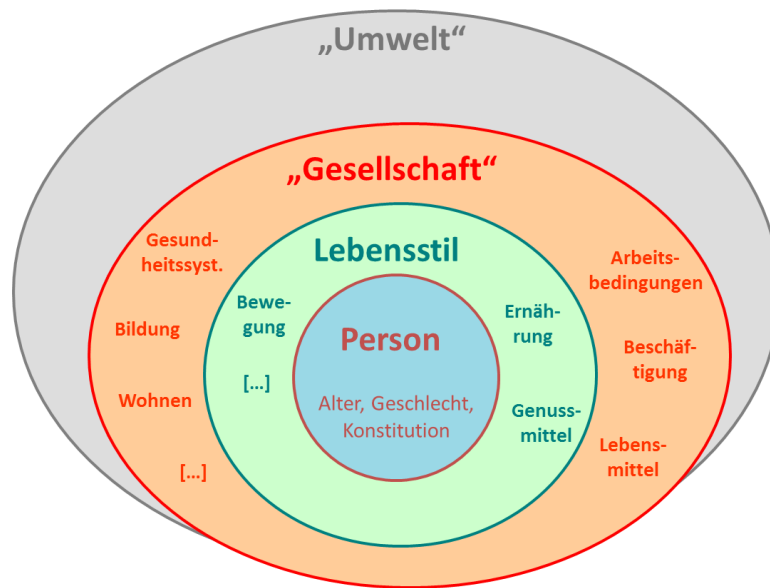


Abb. 2 (Dahlgren & Whitehead 1991- Darstellung: Fonds Gesundes Österreich)

Eine besondere Herausforderung wird in der Gesundheitsförderung bei „Geflüchteten“ gesehen.¹⁵

Handlungsleitend für den vorliegenden Präventionsplan sind in erster Linie die bereits durchgeführte Bedarfsanalyse und die für die Region formulierten Gesundheitsziele.¹⁶

Die ersten Arbeitsbausteine zur Entwicklung des Präventionsplans waren eine fundierte Analyse der bestehenden Strukturen, die Einbeziehung von anerkannten Standards der Qualitätssicherung sowie die Vorbereitung einer Evaluationsplanung, um die Qualitätsentwicklung zu fördern und die erhoffte Wirkung zu überprüfen. Ein wichtiges begleitendes Instrument soll in der Zukunft die Gesundheits- und Sozialberichterstattung sein.¹⁷

Die TK fördert die Weiterentwicklung und Umsetzung des vorliegenden Präventionsplans von 2017 bis zum Jahr 2022. Die rechtlichen Voraussetzungen bilden das Präventionsgesetz (PrävG) und das Hessische Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (HGöGD).

¹⁵ Vgl. Kapitel 5.2.4

¹⁶ Vgl. Kapitel 4 und 5

¹⁷ Vgl. Kapitel 3.4

1 Ziel und Zweck des Präventionsplanes im Landkreis Marburg-Biedenkopf und in der Universitätsstadt Marburg

In den Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz heißt es:

Zitat: »...Die Kommune (auch Stadtteil/Quartier) ist eine Lebenswelt von besonderer Bedeutung, weil sie die anderen in der Aufzählung genannten Lebenswelten umgreift. In der Lebenswelt Kommune werden auch Zielgruppen erreicht, die nicht über eine der anderen genannten Lebenswelten erreicht werden können (z.B. allein lebende Ältere, Arbeitslose, Selbständige, Freiberufler, Hausfrauen/-männer, Erwerbsgeminderte). Darüber hinaus besitzen Kommunen – zusätzlich zu und auch unabhängig von ihrer Trägerverantwortung für einzelne weitere Lebenswelten wie Kindertagesstätten und Schulen - politische Gestaltungskompetenz für ihr Gebiet...«¹⁸

Um dieser Bedeutung gerecht zu werden, wurde der Präventionsplan „Gemeinsam für Gesundheit und Lebensqualität“ als integriertes Handlungskonzept entwickelt und soll es langfristig ermöglichen, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen in den verschiedenen Lebensphasen aufeinander aufbauen. Die Entwicklung einer integrierten kommunalen Strategie und der Aufbau sogenannter „Präventionsketten“ sind erprobte Vorgehensweisen.¹⁹

Der Präventionsplan des Landkreises Marburg-Biedenkopf und der Universitätsstadt Marburg ist auch eine verbindliche Handlungsgrundlage für interne und externe Akteure. Er beinhaltet das gemeinsame Verständnis und die Haltung zur Gesundheitsförderung und Prävention. Gleichzeitig benennt er Personen und Institutionen sowie deren Zuständigkeiten und Aufgaben. Der Präventionsplan macht damit die Netzwerkstrukturen transparent und konkret.

Der Präventionsplan strukturiert die notwendigen Entwicklungsprozesse in einer Kommune. Gleichzeitig trägt er zur Stärkung des Handlungsfeldes „Gesundheitsförderung und Prävention“ gegenüber anderen Politikfeldern, wie Bildung, Soziales oder Wirtschaftsförderung bei. Eine integrierte Gesamtstrategie führt dazu, dass Ressourcen und Kompetenzen gebündelt werden und somit effektiv ihre Wirkung entfalten können. Diese stärkt die Verhältnisprävention und erleichtert den Zugang zu Menschen in schwierigen sozialen Lebenslagen.

Der Präventionsplan liegt in einer Kurz- und in einer Langfassung vor. Der Präventionskoordinator beim Gesundheitsamt ist zuständig für die Fortschreibung des Präventionsplans.²⁰

Landkreise und Städte mit einem integrierten Handlungskonzept sind strategisch im Vorteil. Sie werden damit ihrer besonderen Verantwortung für die Gesundheit ihrer Einwohnerinnen und Einwohner gerecht und können zeitnah zu den gesetzlichen Rahmenbedingungen mit der Umsetzung des Konzeptes beginnen.

¹⁸ Vgl. „Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz ...“Anlage 1, Seite 6

¹⁹ Vgl. Kapitel 3 und Arbeitspapier „Integrierte kommunale Strategien“

²⁰ Vgl. Kapitel 2.2

2 Netzwerkstruktur und Zuständigkeiten zur Umsetzung des Präventionsplans „Gemeinsam für Gesundheit und Lebensqualität“

Landkreise und Kommunen gelten schon lange als Dienstleistungsunternehmen mit Steuerungsfunktionen. Entsprechend sollten Aktivitäten wie die Umsetzung eines integrierten Handlungskonzeptes als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe angesehen werden und möglichst alle relevanten Akteure einbezogen sein. Die integrierte kommunale Strategie wird daher in einem interdisziplinären und multisektoralen Netzwerk mit internen Akteuren aus der Kreis- und Stadtverwaltung und externen Akteuren, wie den freien Trägern und dem Sportkreis Marburg-Biedenkopf, umgesetzt.

2.1 Initiative „Gesundheit fördern – Versorgung stärken“ - Aufbau eines handlungsfähigen und zukunftsfähigen Netzwerks unter fachlicher Koordination des Gesundheitsamtes

Die Initiative „Gesundheit fördern – Versorgung stärken“ bildet den strukturellen Rahmen für das integrierte Handlungskonzept „Gemeinsam für Gesundheit und Lebensqualität“ und wird gemeinsam vom Landkreis Marburg-Biedenkopf und der Universitätsstadt Marburg getragen. Die Geschäftsstelle der Initiative ist im Fachbereich Gesundheitsamt eingerichtet. Sie übernimmt die Entwicklung, Koordinierung und Leitung von Arbeitskreisen und Gesundheitskonferenzen (siehe Abb. 3). Verantwortlich für die Geschäftsstelle ist Herr Rolf Reul (Gesundheitswissenschaftler, Vollzeitstelle). Darüber hinaus fungiert er als Präventionskoordinator, um in dieser Funktion den Präventionsplan zu entwickeln und umzusetzen sowie die Präventionskonferenz inhaltlich vorzubereiten.²¹

Prozessbeschreibung

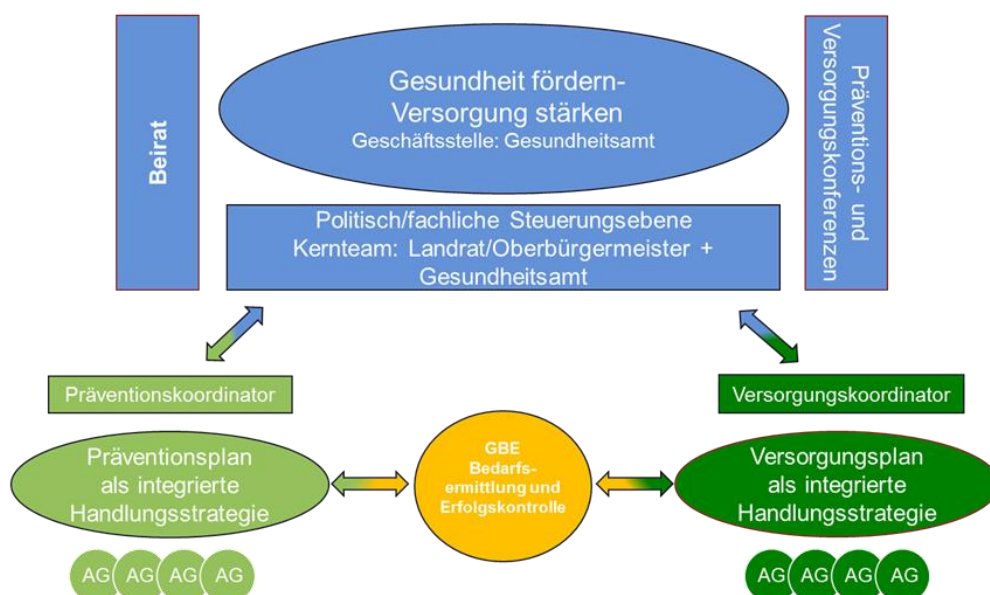


Abb .3 (Eigene Darstellung)

²¹ Siehe Kapitel 2.2

Die folgende Vision und die damit verbundenen Hauptziele wurden für die Zusammenarbeit zwischen dem Landkreis und der Universitätsstadt Marburg vereinbart und bilden die Grundlagen für die partizipative Entwicklung eines gemeinsamen Leitbildes.

Vision: Die Initiative „Gesundheit fördern – Versorgung stärken“ möchte die Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung im Landkreis und in der Universitätsstadt Marburg nachhaltig verbessern.

Hauptziele der Initiative:

1. Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zur Stärkung gesundheitsfördernder Lebensverhältnisse und gesunder Lebensstile sollen allen Menschen in den drei Lebensphasen „Gesund aufwachsen -Gesund bleiben -Gesund altern“ zugänglich gemacht werden.
2. Die medizinische Versorgung wird wohnortnah auf einem hohen Qualitätsniveau erhalten.
3. Die individuellen Ressourcen werden gestärkt, um einen eigenverantwortlichen Umgang mit der körperlichen und seelischen Gesundheit zu fördern.
4. Alle Einwohnerinnen und Einwohner erhalten durch Maßnahmen der Primärprävention und durch die Förderung der medizinischen Versorgung die gleichen gesundheitlichen Chancen. Damit soll die gesellschaftliche Teilhabe gewährleistet werden.²²

Die im Folgenden dargestellte Netzwerkstruktur (Siehe Abb.4) bietet sowohl dem Landkreis als auch der Universitätsstadt eigene Gestaltungsspielräume zur Berücksichtigung der unterschiedlichen strukturellen Bedarfe.

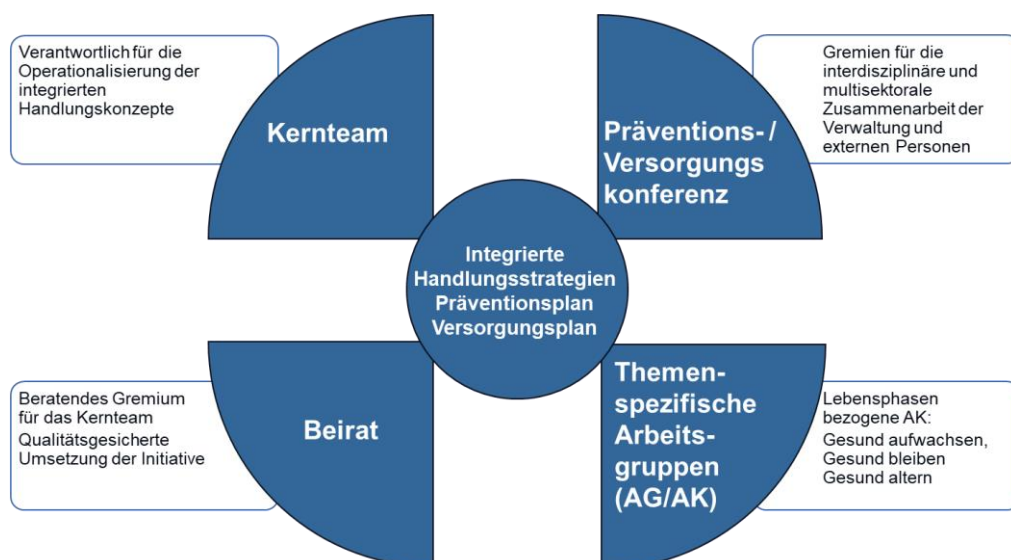


Abb. 4 (Eigene Darstellung)

²² Siehe auch „Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemäß § 20f SGB V im Land Hessen (LRV Hessen)“, 2016, Anlage 2

Bei den Stakeholdern im seit 2016 aufgebauten Netzwerk, handelt es sich im weitesten Sinne um Akteure, die Einfluss auf die integrierten Handlungskonzepte für die Gesundheitsförderung und Prävention sowie die medizinische Versorgung, nehmen könnten.

Die notwendige Stakeholderanalyse richtete sich nach anerkannten Standards des Projektmanagements. Sie erfasste sowohl die wichtigsten Schlüsselpersonen und Institutionen als auch deren Einflussgröße. Ziel war es, eine effektive Kommunikation im aufzubauenden Netzwerk²³ sicherzustellen und die verschiedenen Interessenlagen zu berücksichtigen. Der erste Analyseschritt wurde im Kernteam durchgeführt. Die Stakeholder wurden nach folgenden Kriterien zugeordnet:

- Einfluss auf andere Stakeholder
- Entscheidungspotenzial (finanziell, technisch, politisch, etc.)
- Einstellung zum Projekt (Gegner, Konkurrent, Befürworter, neutral, ...)
- Rolle im Projekt
- Beziehungen untereinander.²⁴

Nach der ersten Präventionskonferenz im Januar 2017 wurde die Analyse überprüft und korrigiert bzw. wurden weitere Stakeholder identifiziert. Die Stakeholderanalyse wird in den lebensphasenbezogenen AK fortgesetzt werden.

➤ **Kernteam**

Das Kernteam besteht derzeit aus folgenden Personen:

- Landrätin Kirsten Fründt (Dezernat LRin) Landkreis Marburg-Biedenkopf
- Oberbürgermeister Dr. Thomas Spies (Dezernat I) Universitätsstadt Marburg
- Dr. med. Birgit Wollenberg (Fachbereichsleitung Gesundheitsamt) Landkreis Marburg-Biedenkopf
- Rolf Reul (FB 53 Gesundheitsamt) Landkreis Marburg-Biedenkopf
- Philipp Höhn (Persönlicher Referent des Oberbürgermeisters) Universitätsstadt Marburg
- Ralf Laumer (Stabsstellenleitung Dezernatsbüro Landrätin) Landkreis Marburg-Biedenkopf
- Rahel Häcker, Universitätsstadt Marburg
- Susanne Hofmann, Universitätsstadt Marburg
- Nina Martin, Techniker Krankenkasse
- Dr. Christine Amend-Wegmann (FB 7, Universitätsstadt Marburg)

Das Kernteam ist für die Operationalisierung der integrierten Handlungskonzepte (Präventions- und Versorgungsplan) verantwortlich. Es beschloss Strategien, um unter anderem die Anregungen des Beirats, der Präventionskonferenz und der Versorgungskonferenz sowie der AK aufzugreifen und umzusetzen.

➤ **Beirat**

Der Beirat ist das beratende Gremium für das Kernteam. In der Regel sollte **einmal im Jahr** ein gemeinsames Treffen stattfinden. Er berät zu aktuellen wissenschaftlichen und

²³ Vgl. Kapitel 2.5 und 2.6

²⁴ Vgl. „Projekt. Management. Praxis“ unter <https://www.openpm.info/dashboard.action> (letzter Zugriff 04.05.2017)

gesundheitpolitischen Entwicklungen und gibt Rückmeldungen zu den bisherigen Aktivitäten. Der Beirat unterbreitet Vorschläge für den weiteren Entwicklungsprozess.

In den Beirat **sind wissenschaftliche Vertreter** eingebunden. Diese kommen aus den Bereichen Public Health, Psychologie, Sozialmedizin, Sozialpädagogik und Social Sciences. Durch die gemeinsame Entwicklung interessanter Forschungsfragen ließe sich z. B. mehr über den sozioökonomischen Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialem Status im Landkreis erfahren. Damit würde auch insgesamt die Dateninfrastruktur zum Thema verbessert werden. Da Forschung viel Zeit und Geld erfordert, können durch die Zusammenarbeit zum einen gemeinsame Ressourcen genutzt und zum anderen die Beschaffung von Drittmitteln für die Evaluation der Gesamtstrategie erleichtert werden. Letztendlich könnten allen Protagonisten in einem größeren Umfang als bisher wissenschaftliche Ergebnisse über die Aktivitäten zur Verfügung stehen. Dies wäre ein Beitrag zu einer ziel- und bedarfsgerechteren Gesundheitsförderung/Prävention und einer Qualitätsentwicklung. Darüber hinaus würde die Zusammenarbeit zur Verbesserung des Transfers zwischen Projekten und der Wissenschaft beitragen.

Im aktuellen Beirat sind die gesetzlichen Krankenkassen ebenso vertreten, wie beispielsweise die Hochschule Fulda, das Institut für Medizinische Soziologie und Sozialmedizin an der Philipps-Universität Marburg, die Landesärztekammer Hessen und das Hessisches Ministerium für Soziales und Integration.

Der Beirat traf sich zum ersten Mal am 01.02.2018. Zentrales Thema war die Vorbereitung einer Evaluationsplanung im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“.

➤ **Präventionskonferenzen und Versorgungskonferenzen**

Die Präventionskonferenz²⁵ und Versorgungskonferenz sind die entscheidenden Gremien für die interdisziplinäre und multisektorale Zusammenarbeit zwischen der kommunalen Verwaltung und externen Akteuren im Landkreis. Dort sollten alle relevanten Stakeholder vertreten sein. Das Kernteam ist fester Bestandteil der Präventions- sowie Versorgungskonferenz. Die Konferenzen finden jeweils einmal im Jahr statt. Insbesondere die Präventionskonferenz dient der Vernetzung mit und zwischen den unterschiedlichen Akteuren.

➤ **Arbeitsgruppen (AG/AK)**

AG/AK sind als Instrumente für die intensive inhaltliche Bearbeitung eines bestimmten Themas gedacht. Sie treffen sich in eigener Verantwortung und setzen sich aus freiwilligen Interessierten der Präventions- sowie Versorgungskonferenz zusammen. Ggf. werden weitere externe Experten/Stakeholder hinzugeholt. Die AG/AK erstellen zum Abschluss ihrer Treffen ein Ergebnisprotokoll mit Problembeschreibungen, Lösungsvorschlägen Handlungsschritten usw. und stellen dies dem Kernteam zur Verfügung. Die AG/AK können zeitlich sehr begrenzt eingesetzt und wieder beendet werden oder sind langfristig etabliert.

²⁵ Siehe Kapitel 2.3

2.2 Präventionskoordination

Zur Umsetzung des integrierten Handlungskonzeptes „Gemeinsam für Gesundheit und Lebensqualität“ sind seit dem Jahr 2016 als Eigenleistungen des Landkreises Marburg-Biedenkopf und der Universitätsstadt Marburg personelle Ressourcen in das Vorhaben eingeflossen. Im Fachbereich Gesundheitsamt wurde die Präventionskoordination eingerichtet, welche von einem Gesundheitswissenschaftler geleitet wird. In der Universitätsstadt Marburg wurde der Fachdienst Gesunde Stadt aufgebaut.

Folgende Aufgaben sind unter anderem für die nächsten Jahre festgelegt worden **(Stand Dezember 2018)**:

I. Gesamtkoordination

- Entwicklung und Fortschreibung des Präventionsplans
- Netzwerkaufbau und –pflege (u. a. Arbeitskreise zur Gesundheitsförderung und Prävention)
- Kommunikation mit internen und externen Partnern, wie den gesetzlichen Krankenkassen
- Durchführung einer Bestandsaufnahme zu bestehenden gesundheitsfördernden Angeboten²⁶
- Entwicklung eines Evaluationsplans mit externen Akteuren
- Dokumentation
- Qualitätsentwicklung und Etablierung von nachhaltigen Strukturen
- Aufbau von Präventionsketten über die verschiedenen Lebensphasen hinweg
- Unterstützung beim Aufbau einer integrierten Sozial- und Gesundheitsberichterstattung
- Entwicklung eines Zertifizierungsverfahrens für Gemeinden und Städte im Landkreis
- Fort- und Weiterbildungsangebote für Multiplikatoren entwickeln und umsetzen
- Mittelakquise für die Umsetzung weiterer Maßnahmen

II. Umsetzung von neuen Maßnahmen in unterschiedlichen Lebensphasen auf Grundlage der Gesundheitsziele nach dem „Setting Ansatz“²⁷

- Mittelakquise zur Implementierung von regionalen Präventionskoordinatoren*innen in den LEADER-Regionen des Landkreises²⁸
 - Lokale Netzwerke in Stadtteilen und Gemeinden unterstützen und beraten
- Kleinräumige Bedürfnisanalyse mit bestehenden und zu entwickelnden Instrumenten
- Beratung von Lebenswelten sowie freien Trägern bei der Umsetzung von Maßnahmen
- Planung von Maßnahmen in Lebenswelten auf Basis der Bedarfs- und Bedürfnisanalysen

III. Öffentlichkeitsarbeit

- Beteiligung an Gesundheitskonferenzen oder Durchführung eigener öffentlicher Veranstaltungen oder Fachveranstaltungen
- regelmäßige Pressearbeit usw.

²⁶ vgl. Kapitel 4.3

²⁷ Der Begriff „Setting“ wird in der Fachliteratur und in der Praxis häufig synonym mit dem Begriff „Lebenswelten“ verwendet. Die Autoren des vorliegenden Konzeptes haben sich dahingehend angepasst.

²⁸ Vgl. Nachhaltigkeitskonzept Landkreis Marburg-Biedenkopf unter <https://www.mein-marburg-biedenkopf.de/> (Letzter Zugriff 17.12.2018)

Es ist vorgesehen, externe Prozessbegleitungen mit verschiedenen Aufgaben zu betrauen. Im Rahmen des Qualitätsmanagements wurden bereits verschiedene Kooperationspartner, wie das Institut für Medizinische Soziologie und Sozialmedizin und die Abteilung für Allgemeinmedizin in Marburg, die Hochschule Fulda bzw. der dortige Fachbereich „Pflege und Gesundheit“ sowie die Deutsche Sporthochschule Köln gefunden. Ebenso wurde eine Zusammenarbeit mit der HAGE- Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. vereinbart. Durch die Mitgliedschaft des Landkreises bei der HAGE besteht bereits seit vielen Jahren eine sehr gute Zusammenarbeit.

2.3 Präventionskonferenzen

Die Präventionskonferenzen haben eine identitätsstiftende Funktion. Sie sollen dazu beitragen, dass interne und externe Akteure sich jährlich mit den Fragen:

- Wer sind wir ...
- Wo stehen wir ...
- Wohin wollen wir ...

auseinandersetzen und so ein gemeinsames Leitbild entwickeln. Dazu ist es notwendig, die Transparenz über das bisherige Vorgehen herzustellen und beispielsweise die Ergebnisse aus den lebensphasenbezogenen Arbeitskreisen und den Sachstand bei der Umsetzung des Präventionsplans vorzustellen. Die Partizipation wird durch verschiedene Beteiligungsformate in den Konferenzen bewusst gefördert²⁹, um die Akzeptanz des Präventionsplans als gemeinsame Handlungsgrundlage zu begünstigen. Dazu soll nicht nur Fachpublikum an den Präventionskonferenzen teilnehmen, sondern auch in regelmäßigen Abständen die interessierte Öffentlichkeit. Inhaltliche Fachvorträge und die Präsentation von bestehenden gesundheitsfördernden Angebote aus dem Landkreis Marburg-Biedenkopf und der Universitätsstadt Marburg, ergänzen inhaltlich die Präventionskonferenzen und tragen zur Qualitätsentwicklung bei.

Die **1. Präventionskonferenz** fand am **24. Januar 2017** mit 200 Teilnehmer*innen statt. Ziel war es, neben den verschiedenen kommunalen Fachbereichen der Universitätsstadt Marburg und des Landkreises Marburg-Biedenkopf, auch die kreisangehörigen Städte und Gemeinden, sowie die vielen unterschiedlichen freien Träger von gesundheitsfördernden Maßnahmen und die gesetzlichen Krankenkassen zukünftig an diesem Entwicklungsprozess zu beteiligen. Darüber hinaus wurden die Teilnehmer*innen eingeladen, in den lebensphasenbezogenen AK (siehe unten) mitzuarbeiten.

Die **zweite Präventionskonferenz** mit dem Thema „Resilienz in allen Lebenslagen“ fand am **24.04.2018** statt und befasste sich mit dem aktuellen Entwicklungsstand in der Gesundheitsförderung und Prävention. Ergänzend wurden ein Vortrag zur Resilienzförderung in den verschiedenen Lebensphasen von Frau Prof. Meier-Gräwe (Justus-Liebig-Universität Gießen) gehalten und drei Workshops veranstaltet, in denen konkrete Maßnahmen aus dem Präventionsplan vorgestellt wurden („Unterstützung gesundheitsfördernder Strukturen und gesundheitsbegünstigender Lebensstile in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf“, „Bewegungs- und Ernährungsangebote für Männer im SGBII-Leistungsbezug“, „Aspekte der Gesundheitsförderung im Evangelischen Familienzentrum VIERWÄNDE“).

²⁹ Vgl. Kapitel 3.5

2.4 Lebensphasenbezogene Arbeitskreise (AK) im Präventionsnetzwerk

In einem ersten Schritt wurden die bestehenden AK des Landkreises Marburg-Biedenkopf in die neue Gesamtstrategie eingebunden und den entsprechenden Netzwerken zugeordnet.



Abb. 5 (Eigene Darstellung)

Im Frühsommer 2017 wurden lebensphasenbezogene AK initiiert, welche von einem Tandem von Mitarbeiterinnen aus unterschiedlichen Fachbereichen der Universitätsstadt Marburg und des Landkreises Marburg-Biedenkopf moderiert werden.

AK Gesund aufwachsen Moderator*innen:

- Susanne Hofmann (Universitätsstadt Marburg, Fachdienst Gesunde Stadt)
- Andrea Schroer (Landkreis Marburg-Biedenkopf, stellv. Leiterin Fachbereich Gesundheitsamt, Fachdienstleiterin Prävention und Beratung)
- Klaus Dieter Koch (Landkreis Marburg-Biedenkopf, Fachbereich Familie, Jugend und Soziales, Teamleiter ASD Ost)

AK Gesund bleiben Moderatorinnen:

- Susanne Hofmann (Universitätsstadt Marburg, Fachdienst Gesunde Stadt)
- Dr. Pia Hoppe (Landkreis Marburg-Biedenkopf, Fachbereich Integration und Arbeit, Fachdienstleitung Projektmanagement)

AK Gesund altern Moderatorinnen:

- Dr. Petra Engel (Universitätsstadt Marburg, Fachdienstleiterin Altenplanung)
- Katharina Albrecht (Landkreis Marburg-Biedenkopf, Stabsstelle Altenhilfe)

Durch den gemeinsamen AK soll den freien Trägern, welche sowohl im Landkreis als auch in der Stadt in den verschiedenen Lebensphasen aktiv sind, eine Beteiligung mit geringen Personalressourcen ermöglicht werden.

Allgemeine Ziele der gemeinsamen lebensphasenbezogenen AK der Universitätsstadt Marburg und des Landkreises Marburg-Biedenkopf:

- Die Mitglieder vereinbaren Ziele für den AK nach den SMART-Kriterien.
- Die AK sind Bestandteil der Bedarfs- und Bedürfnisanalyse in den Lebensphasen.
- Die Mitglieder der AK unterstützen die Ist-Analyse.
- Die AK definieren allgemeine Gesundheitsziele für die jeweilige Lebensphase.
- Der AK initiiert neue gesundheitsfördernde Maßnahmen.
- Die AK priorisieren die Handlungsfelder und können ggf. zeitlich begrenzte Unterarbeitsgruppen (UAG) zu bestimmten Themen bilden.
- Die AK liefern Hinweise zum Multiplikatorenkonzept.
- Die AK sind als partizipatives Instrument zu verstehen, bei dem alle Beteiligten die Möglichkeit haben, sich mit ihrem Wissen und Erfahrungen einzubringen.
- In den AK entstehen neue Synergien und Kooperationen zwischen den Mitgliedern bzw. Organisationen.
- Durch die Zusammenarbeit in den AK werden bestehende Maßnahmen unterschiedlicher Träger im Sinne einer Präventionskette miteinander verknüpft.
- Die Tandemmoderation soll Ausdruck des gemeinsamen Handelns der Universitätsstadt Marburg und des Landkreises Marburg-Biedenkopf sein.
- Der Transfer von Erfahrungen und Wissen zwischen den Akteuren im Landkreis und der Stadt soll gefördert werden.
- Durch den gemeinsamen AK soll den freien Trägern, welche sowohl im Landkreis als auch in der Stadt in den verschiedenen Lebensphasen aktiv sind, eine Beteiligung mit geringen Personalressourcen ermöglicht werden.

Die lebensphasenbezogenen AK haben im Herbst 2018 jeweils drei Gesundheitsziele für den Landkreis Marburg-Biedenkopf und die Universitätsstadt Marburg in den verschiedenen Lebensphasen definiert (Siehe Kapitel 7.1). Diese sollen Anfang 2019 durch den Kreistag und das Stadtparlament der Universitätsstadt Marburg verabschiedet werden.

2.5 Interdisziplinäre und multisektorale Zusammenarbeit innerhalb der Kreisverwaltung

Die größte Schwierigkeit in der interdisziplinären und multisektoralen Zusammenarbeit sind die unterschiedlichen Perspektiven auf die Herausforderungen bei der Entwicklung einer Präventionsstrategie sowie die damit verbundenen Denk- und Handlungslogiken. Innerhalb

der kommunalen Verwaltung gilt es zunächst, ein gemeinsames Problembewusstsein und eine gemeinsame Fachsprache zu schaffen.³⁰

Dieser Prozess wurde im Top-down-Verfahren innerhalb der Verwaltungen initiiert und unterstützt, um die größtmögliche Akzeptanz innerhalb der verschiedenen Fachbereiche und Zuständigkeiten zu erzielen.

2.6 Kooperationen zwischen kommunaler Verwaltung und externen Akteuren im Landkreis und in der Universitätsstadt Marburg

Hier liegt die Herausforderung für Kooperationen zwischen Akteuren aus der kommunalen Verwaltung und externen Multiplikatoren in der Verknüpfung sehr unterschiedlicher Interessen. Es gilt, zwischen Institutionen Transparenz herzustellen, die unter anderem Wettbewerber in der sozialen Arbeit sind. Ziel muss es sein, die bestehenden Angebote zu verknüpfen und neue passgenaue Projekte gemeinsam auf den Weg zu bringen. **Die Präventionskonferenz stellt hierfür das wichtigste Instrument in diesem Konzept dar.** Die Schlüsselbegriffe für die Arbeit des Gremiums sind daher: „**Wissensmanagement, wertschätzende Haltung, Motivation fördern und Rollen klären**“.

*Ziel ist bei allen Beteiligten eine Win-win-Situation herzustellen, sodass alle Teilnehmer*innen die Mitarbeit am Gesamtprojekt als Ressource für die eigene Institution erkennen.*

Bei der Zusammenarbeit mit den Gemeinden, Städten wird ein kleinräumiger Ansatz gewählt, um einem Lebensweltbezug gerecht zu werden.

Ziel ist es, im Sinne des Setting-Ansatzes, das Thema Gesundheit in bestehende Gesamtkonzepte vor Ort fest zu verankern.

Im ersten Schritt werden in Absprache mit Trägern von Einrichtungen und/oder Bürgermeister*innen geprüft, ob eine Einbindung eines gesundheitsfördernden Moduls in eine Gesamtkonzeption eines Settings vor Ort denkbar ist. Die Zielgruppen werden anschließend durch eine aktivierende Befragung zur Bedürfnisanalyse an dem Entwicklungsprozess im Sinne der Partizipation beteiligt. Im nächsten Schritt folgen die gemeinsame Auswertung der Ergebnisse und die Entwicklung des Moduls. **Aus den Ergebnissen der Befragungen**

³⁰ Vgl. Richter-Kornweitz, A. / Utermark, K.: Werkbuch Präventionskette. Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen (Hrsg.); 2013.

werden gemeinsam mit den Verantwortlichen vor Ort Handlungskonzepte aufgestellt und umgesetzt, welche sich am Aktionszyklus orientieren.

Exemplarische Beispiele im Kapitel 4.2 spiegeln die ersten Erfahrungen mit dem gewählten Ansatz wider.

3 Entwicklung einer integrierten Handlungsstrategie – Lebenslaufperspektive in der Gesundheitsförderung und Prävention

Integrierte Handlungskonzepte haben ihren Ursprung als strategisches Planungs- und Steuerungsinstrument in der sozialen Stadtentwicklung. Sie lassen sich aber zunehmend in anderen Handlungsfeldern finden. Aufgrund sozioökonomischer Determinanten wie Einkommen und Bildung, die Einfluss auf die Gesundheit haben (siehe Einleitung), ist dieser Ansatz inzwischen als probates Instrument zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit von vulnerablen Bevölkerungsgruppen anerkannt.³¹ Der Ansatz berücksichtigt die unterschiedlichen Bedarfe sowie die Bedürfnisse der Menschen in ihren Lebenswelten (**Diversität**) und bezieht diese partizipativ mit ein. Er orientiert sich ebenso an den vorhandenen Ressourcen und Akteuren als auch an den verschiedenen Politikfeldern (Gesundheit, Soziales, Familie, Wohnen, Arbeit und Bildung).³² Die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten für die verschiedenen Bevölkerungsgruppen steht dabei im Vordergrund dieses sozialraumorientierten Ansatzes. Für einen wirkungsvollen Einsatz der vorhandenen Ressourcen ist eine lebensphasenübergreifende und integrierte Gesundheitsstrategie erforderlich, die sich an der Bevölkerungsstruktur des Landkreises Marburg-Biedenkopf und der Universitätsstadt Marburg orientiert.

Der Begriff der „Präventionsketten“ erweitert die Vorgehensweise durch seine Lebenslaufperspektive und den besonderen Blick auf die sogenannten „Übergänge“ im Leben der Menschen. Hierzu zählen der Eintritt in Kita und Schule ebenso wie das Erreichen des Rentenalters.

In der Definition einer „Präventionskette“ findet sich daher auch die Bezeichnung „Integriertes Handlungskonzept“ wieder. Sie werden in diesem Konzept synonym verwendet.

3.1 Allgemeine Ausgangslage

Im gesamten Landkreis Marburg-Biedenkopf leben ca. 245.600 Menschen (Stand 2017). Die Einwohnerzahl nimmt wie in anderen primär ländlich geprägten Landkreisen leicht ab.

³¹ Vgl. Leitfaden Prävention Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes; 2018, u. a. Kapitel „Der lebensweltbezogene Gesundheitsförderungsprozess“ Seite 25 ff.

³² Vgl. Reimann, Böhme & Bär in „Mehr Gesundheit im Quartier“; Deutsches Institut für Urbanistik; 2010; Seite 61 ff.

Entgegen diesem Trend nimmt die Bevölkerung in der Stadt Marburg seit 2011 wieder leicht zu und macht etwa 30 % der Gesamtbevölkerung (73.000) des Landkreises aus.³³

Der Ausländeranteil liegt im gesamten Landkreis bei 8,1 % und hat sich in den letzten Jahren deutlich erhöht. Die Altersgruppe bis 18 Jahre macht 16,8 % der Gesamtbevölkerung aus, während die über 65-Jährigen 19,9 % der Bevölkerung stellen³⁴. In der Stadt Marburg ist der Anteil der unter 18-Jährigen mit 13,5 % und der über 65-Jährigen mit 16 % geringer. Das Medianalter ist mit 35 Jahren im Vergleich mit dem Landkreis (43,2 Jahre) deutlich niedriger.³⁵

Die Kinderarmut liegt im Landkreis bei 10,6 %, die SGB II Quote bei 6% und die ALG II Quote bei 5%. In der Universitätsstadt Marburg sind diese Zahlen z.T. deutlich höher: die Kinderarmut liegt bei 15,1%, die Jugendarmut bei 10,4% und die SGBII-Quote bei 7,6 %.³⁶ Die Arbeitslosenquote liegt im gesamten Landkreis bei 3.9 %. **Ein Drittel gilt als langzeitarbeitslos (31 %).**³⁷

Die Kinder- und Altersarmut, die SGBII-Quote und die Arbeitslosenquote ist bei den Menschen mit Migrationshintergrund signifikant höher.³⁸ Das KreisJobCenter Marburg-Biedenkopf betreut 6.694 Bedarfsgemeinschaften mit leichter sinkender Tendenz. **Einen großen Anteil der Bedarfsgemeinschaften stellen mit ca. 17 % Alleinerziehende dar.**³⁹

Im Landkreis bestehen sehr unterschiedliche Bevölkerungs- und Infrastrukturen. Die eher ländlich geprägten Regionen, wie das Hinterland, sind in der Fläche kaum mit Präventionsangeboten zu erreichen. Vielmehr ist es dort notwendig, die Maßnahmen so zu konzipieren, dass sich diese zum einen am Bedarf in der jeweiligen Gemeinde/Stadt orientieren und zum anderen immer noch gut erreichbar sind. Dies gilt insbesondere für die Lebensphase „Gesund altern“. Daneben gibt es Gemeinden wie Stadtallendorf oder Neustadt mit Quartieren, in denen signifikant viele Menschen in schwierigen sozialen Lebenslagen leben und entsprechend geringere gesundheitliche Chancen haben. Dort stellen sich die gesundheitlichen Problemlagen anders dar. Die Förderung des Quartiers „Stadtallendorf-Inseln in der Stadt II“ durch das Bundesprogramm „Soziale Stadt“ begann im Jahr 2016, während die Kommune Neustadt mit dem Quartier „Stadtkern“ schon im Oktober 2015 in die Förderphase eingetreten ist.

In der Stadt Marburg sind derzeit die Quartiere mit besonderem Entwicklungsbedarf „Ockershausen/Stadtwald sowie Waldtal“ im Förderprogramm. Dagegen ist der Standort „Richtsberg“ ausgefördert. Der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund ist in diesen Quartieren besonders hoch und dadurch entstehen Herausforderungen bei der Konzeption von Maßnahmen.

Für alle Quartiere gilt es aber, unabhängig von der Förderung durch das Programm „Soziale Stadt“ die nicht-investiven Unterstützungsangebote zu erhalten und die gesundheitsförderlichen Maßnahmen zielgerichtet weiter auszubauen.

³³ Quelle: <http://www.wegweiser-kommune.de/statistik/marburg+demographischer-wandel+2013-2015+tabelle> (letzter Zugriff 09.03.2018)

³⁴ https://statistik.hessen.de/sites/statistik.hessen.de/files/Bevoelkerung_veraenderung_300617.gif (letzter Zugriff: 28.05.18)

³⁵ Quelle: <http://www.wegweiser-kommune.de> (letzter Zugriff 09.03.2018)

³⁶ Quelle: <http://www.wegweiser-kommune.de> (letzter Zugriff 21.04.2016)

³⁷ Quelle: Bundesagentur für Arbeit - <https://statistik.arbeitsagentur.de> Stand 06.2016 (letzter Zugriff 21.04.2017)

³⁸ Quelle: <http://www.wegweiser-kommune.de> (letzter Zugriff 21.04.2017)

³⁹ Quelle: <https://kreisjobcenter.marburg-biedenkopf.de/service/berichte-und-statistiken.php> (letzter Zugriff 03.12.2018)

Im Landkreis Marburg-Biedenkopf (ohne Universitätsstadt Marburg, ohne HEAE Neustadt) lebten im September 2017 1.790 geflüchtete Menschen mit einer Aufenthaltserlaubnis, wovon 412 Frauen ab 18 Jahren und 497 Minderjährige waren, sowie 962 geflüchtete Menschen mit einer Aufenthaltsgestattung, wovon 164 Frauen ab 18 Jahren waren. In der Universitätsstadt Marburg wohnten zusätzlich 1.914 geflüchtete Menschen. Somit wird von einer Gesamtzahl an geflüchteten Menschen im Landkreis Marburg-Biedenkopf einschließlich der Universitätsstadt Marburg in Höhe von 3.704 ausgegangen.

Belastbare Gesundheitsdaten werden seitens des Fachbereiches Gesundheitsamt zurzeit im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung und zur Kinder- und Jugendzahngesundheit erhoben. Bei der Schuleingangsuntersuchung im Jahr 2016 (n= 2.169) hatten im Landkreis Marburg-Biedenkopf 32 % der Kinder einen Migrationshintergrund. Von den untersuchten Kindern erhielten 14 % die Diagnose „Übergewicht oder gar Adipositas“. Beim Entwicklungsscreening hatten 30 % der Kinder bei der Sprache und 20% bei der visuellen Wahrnehmung keine Normbefunde. 15 % der Schuleingangskinder hatten Auffälligkeiten bei den Untersuchungen zur Psyche und dem Verhalten. Es sind detailliertere Auswertungen dieser Gesundheitsdaten notwendig, um beispielsweise bei einzelnen Stadtteilen in Marburg, wie Stadtallendorf oder Neustadt, mögliche Korrelationen mit der sozialen Lage zu überprüfen und spezifische Bedarfe zu ermitteln. Der bei der Schuleingangsuntersuchung festgestellte Beratungsbedarf (u. a. zur Erziehung und Ernährung) gibt diesbezüglich erste Hinweise. Ähnlich sieht es bei den Untersuchungen zur Zahngesundheit in sogenannten „Intensiv-Kitas“⁴⁰ mit überdurchschnittlich vielen Kindern in einer schwierigen sozialen Lebenslage in der Universitätsstadt Marburg aus. Dort haben 45 % der Kinder sanierungsbedürftige oder bereits sanierte Zähne. Eine regelmäßige Gesundheitsberichterstattung (GBE) wird derzeit im Landkreis aufgebaut.⁴¹

3.2 Auswertung der Sozialberichterstattung auf relevante gesundheitsbezogene Gesundheitsthemen

Die Sozialberichterstattung des Landkreises⁴² und der Stadt Marburg⁴³ lieferte wichtige erste Daten und Kennzahlen zur Bedarfsanalyse.

Im Landkreis Marburg-Biedenkopf ist im Hinblick auf Leistungen in den Beratungsbereichen PSKB Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen und Schuldenberatung im Jahr 2017 gegenüber 2016 eine Erhöhung der Anzahl zu verzeichnen. Die Suchtberatung wurde 2017 mit 1049 Klienten auf etwa dem gleichen Niveau in Anspruch genommen. 40 % der insgesamt beratenen Personen waren zu diesem Zeitpunkt erwerbslos⁴⁴. Bei der PSKB sind mit 60 % überwiegend Frauen anzutreffen, während der Anteil der Männer in der Suchtberatung 2017 bei 73 % lag. In beiden Beratungsbereichen ist besonders die Lebensphase zwischen 30 bis 49 Jahren durch einen hohen Beratungsbedarf gekennzeichnet. Die Universitätsstadt Marburg hat unter anderem im bundesweiten Vergleich einen hohen Anteil von 30,2 %

⁴⁰ Intensivseinrichtungen (KITAS im Waldtal, Richtsberg und Tannenberg) werden im Rahmen des Marburger Modells zur Zahngesundheit zweimal jährlich besucht und einmal findet dabei eine Fluoridierung der Zähne bei den Kindern statt.

⁴¹ Vgl. Kapitel 3.4

⁴² Quellen unter: <http://www.marburg-biedenkopf.de/fjs/dokumentationen/> (letzter Zugriff 04.05.2017)

⁴³ Quelle: Sozialbericht der Universitätsstadt Marburg, 2013 unter: <https://www.marburg.de/portal/seiten/die-sozialberichterstattung-900001172-23001.html> (letzter Zugriff 04.05.2017)

⁴⁴ Vgl. Kapitel 4

alleinerziehenden Müttern und Vätern. Der Anteil an Menschen mit einem Migrationshintergrund liegt bei 22 %. Die Leistungen der Grundsicherung nach dem SGB XII nehmen im Alter für die über 65-Jährigen und bei einer Erwerbsunfähigkeit unter 65 Jahren zu. Der Gesamtbedarf an Sozialwohnungen ist in Marburg im Zeitraum 2013 bis 2015 gestiegen hauptsächlich bei ausländischen Einwohnerinnen und Einwohner und bei Beziehern von Transferleistungen (ALG II, Grundsicherung, HLU nach SGB XII).

3.3 Aktuelle Situation in der Gesundheitsförderung und Prävention

Bis 2016 war die Situation in der Gesundheitsförderung und Prävention im Landkreis in erster Linie durch Einzelmaßnahmen gekennzeichnet. Viele Akteure und Organisationen bieten bis heute ein Spektrum an Interventionen an. Die Umsetzung erfolgt jedoch in der Regel nur an einzelnen Standorten und nicht flächendeckend. Die Herausforderungen bei der Umsetzung des Präventionsplans liegen daher darin, diese Einzelaktivitäten zu identifizieren⁴⁵. Anschließend gilt es sicherzustellen, dass diese Maßnahmen nach anerkannten Qualitätsstandards umgesetzt werden. Beispielsweise ist bei einigen Maßnahmen nicht deutlich, auf welchen Bedarf hin sie umgesetzt werden. Ebenso wenig liegen wenig belastbare Zahlen zur Wirkung vor. Erst dann sollten die Aktivitäten im Sinne einer Präventionskette in die Gesamtstrategie eingebunden werden.

Bisherige Entwicklungen im Hinblick auf die Situations- und Rahmenbedingungen bei der Umsetzung eines integrierten Handlungskonzeptes im Landkreis Marburg-Biedenkopf und in der Universitätsstadt Marburg:

- Die Vorgehensweise ist flächendeckend und das bisherige Handeln wird koordiniert sowie optimiert.
- Es entstanden Synergien zwischen verschiedenen Fachdiensten im Landkreis und in der Universitätsstadt Marburg.
- Gezielter Aufbau eines Netzwerkes unter Beteiligung von externen Maßnahmenträgern und somit Verbesserung der intersektoralen und interdisziplinären Zusammenarbeit.
- Doppelstrukturen im Landkreis und in der Stadt Marburg wurden reduziert.
- Bestehende Ressourcen auf Bundes- und Landesebene konnten systematisch für die eigene Arbeit genutzt werden, hauptsächlich diejenigen, welche im Zusammenhang mit dem Präventionsgesetz seit 2016 vorhanden sind.

Weitere Vorteile für die Zukunft bei der Weiterentwicklung des integrierten Handlungskonzeptes:

- Der Zugang zu Maßnahmen wird für die Menschen erleichtert.
- Die gesundheitliche Chancengleichheit für Menschen in einer schwierigen sozialen Lebenslage und/oder mit einem Migrationshintergrund wird gefördert. In der Folge können in diesen Bevölkerungsgruppen auch weitere soziale Ungleichheiten, wie der Zugang zu Bildung und zum Arbeitsmarkt, reduziert werden.⁴⁶

⁴⁵ Vgl. Kapitel 4.3

⁴⁶ Siehe auch die Begründung zum § 20a SGB V (PrävG) wo steht, dass insbesondere auch die Kommunen zu berücksichtigen sind, die Quartiere mit Menschen in einer schwieriger sozialen Lebenslage haben.

- Die Gesamtausgaben und hauptsächlich die Transferleistungen werden mittelfristig gesenkt.
- Die Wettbewerbsfähigkeit gegenüber anderen Landkreisen wird unter anderem im Hinblick auf den sozialen und demografischen Wandel verbessert. Neben Bildungsförderung ist Gesundheitsförderung eine zentrale Vorgehensweise zur Steigerung von innovativen Kompetenzen und der Sicherstellung von ausreichenden Fachkräften in einer Region.
- Einbeziehung und Nutzung der freien Wirtschaft (Schnittstelle Wirtschaftsförderung) im Sinne einer Verankerung von Gesundheit als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Die Lebensqualität, die Gesundheit und das Wohlbefinden werden durch ein strukturiertes Vorgehen in der Gesundheitsförderung und Prävention für die Bevölkerung im gesamten Landkreis nachhaltig verbessert. Eine höhere Lebensqualität kann dazu beitragen, das weitere Absinken der Einwohnerzahlen zu verhindern und die Chancengleichheit zu verbessern.

Die Vorteile der Krankenkassen/-verbände in Hessen bei einer Zusammenarbeit mit dem Landkreis Marburg-Biedenkopf und der Universitätsstadt Marburg:

- Es wurde Ende 2016 vom Landkreis Marburg-Biedenkopf und der Universitätsstadt Marburg eine Initiative „Gesundheit fördern – Versorgung stärken“ ins Leben gerufen, unter der auch das integrierte Handlungskonzept „Gemeinsam für Gesundheit und Lebensqualität“ subsumiert wird. Die Geschäftsstelle wurde beim Gesundheitsamt des Landkreises Marburg-Biedenkopf eingerichtet.⁴⁷
- Die Koordination und der Aufbau der Organisationsstrukturen für das Vorhaben wurden vom Landkreis Marburg-Biedenkopf und der Universitätsstadt Marburg übernommen.
- Die Versicherten werden mit eigenen Angeboten der Primärprävention bedarfsgerecht und schneller erreicht.
- Es erfolgt eine allgemeine Verbesserung des Images.
- Synergieeffekte mit anderen Krankenversicherungen ermöglichen ökonomisches Vorgehen und Wirtschaftlichkeit.

Die Krankenkassen/-verbände verbessern mit geförderten Maßnahmen den Zugang der Gesundheitsförderung und Prävention zu vulnerablen Bevölkerungsgruppen. Dies führt zur mittelfristigen Senkung der Krankheitskosten.

Zitat: »...Da Krankheiten und ihre Risikofaktoren in der Bevölkerung sozial bedingt ungleich verteilt sind, ist gerade Menschen in sozial benachteiligter Lage bei der Gesundheitsförderung ein besonderes Augenmerk zu widmen. In der Kommune können alle Menschen mit

⁴⁷ Siehe Kapitel 2.1

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention ohne Stigmatisierung in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen erreicht werden...«.⁴⁸

Die Krankenkassen/-verbände erhalten den notwendigen Zugang für eine flächendeckende Umsetzung von Maßnahmen im Rahmen des Präventionsgesetzes.

Folgende zu Beginn allgemeine erste Handlungsziele⁴⁹ nach Smart-Kriterien (Projektmanagement) des Präventionsplans wurden erreicht:

1. Das zukunftsfähige und integrierte Handlungskonzept ist mit den zuständigen politischen Gremien und den Bürgermeistern im Landkreis und in der Stadt Marburg abgestimmt.
2. Die Ausgangssituation ist durch eine fundierte Bedarfsanalyse im ersten Umsetzungsjahr ermittelt.
3. Gesundheitsziele sind im zweiten Umsetzungsjahr nach den Bedarfen und Bedürfnissen der Bevölkerung für die Region formuliert.
4. Die Planung von Maßnahmen in Lebenswelten auf Basis von Bedürfnisanalysen wurde im zweiten Umsetzungsjahr des Präventionsplans begonnen und ebenso die hierfür notwendige Mittelakquise.
5. Gesundheitsförderung und Prävention findet in allen Lebensphasen statt und berücksichtigt verschiedene Sozialräume und Lebenslagen.
6. Im Rahmen der Qualitätsentwicklung werden interne und externe Akteure sowie Institutionen bei der Entwicklung von Konzepten in der Gesundheitsförderung und Prävention beraten.
7. Der Aufbau einer lebensphasenübergreifenden Präventionskette hat begonnen.
8. Es findet eine kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit über Presse- und Internetartikel, Vorträge und Veranstaltungen statt.
9. Das integrierte Handlungskonzept „Gemeinsam für Gesundheit und Lebensqualität“ wird kontinuierlich weiterentwickelt.

Folgende zu Beginn allgemeine erste Handlungsziele nach Smart-Kriterien (Projektmanagement) des Präventionsplans wurden bisher nicht erreicht:

1. Es wird eine umfassende Analyse der Ist-Situation zu bestehenden gesundheitsfördernden Aktivitäten durchgeführt.⁵⁰
2. Die multisektorale und interdisziplinäre Zusammenarbeit ist durch einen Aufbau von nachhaltigen Vernetzungsstrukturen nach zwei Jahren gesichert.
3. Qualitätskriterien in der Gesundheitsförderung und Prävention sind etabliert und eine Evaluationsplanung liegt vor.
4. Es wird ein Fort- und Weiterbildungskonzept für Multiplikatoren entwickelt und umgesetzt.

⁴⁸ Zitat aus „Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenkassen zur Zusammenarbeit ...“

⁴⁹ Vgl. Definition „Handlungsziele“ aus Hiltrud von Spiegel (Hrsg.): Jugendarbeit mit Erfolg. Arbeitshilfen und Erfahrungsberichte zur Qualitätsentwicklung und Selbstevaluation. Ein Modellprojekt des Landesjugendamtes Münster. Votum Verlag 2000; Seite 180

⁵⁰ Vgl. Kapitel 4.3

5. Eine gemeinsame Gesundheits- und Sozialberichterstattung für den Landkreis Marburg-Biedenkopf und die Universitätsstadt Marburg ist vorbereitet.

3.4 Gesundheitsberichterstattung

Der sehr wichtige Baustein „Gesundheitsberichterstattung (GBE)“ ist in der Aufbauphase. Derzeit beschränken sich die vorliegenden Daten in der Regel noch auf die erste Lebensphase „Gesund aufwachsen“. Im ersten Schritt sollen Zielgruppen- und/oder themenspezifische Gesundheitsberichte sogenannte „Standardberichte“ entstehen.⁵¹ Allerdings ist der Landkreis dabei auch auf die Unterstützung des Landes Hessen angewiesen, speziell durch Datenerfassungsinstrumente. Daneben wären landkreisbezogene Krankheitsdaten, wie aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), seitens der Krankenkassen eine wichtige zusätzliche Informationsquelle. Neben den bisher genannten Datenquellen werden aber auch weitere Indikatoren in die Analyse mit einzubeziehen sein, wie beispielsweise Determinanten, die die Gesundheit beeinflussen (verhaltensbezogene Faktoren, das sozioökonomische Umfeld, die Arbeitsmarktsituation und die Umweltfaktoren).

*Zitat: »...Die klassischen Indikatoren der Mortalität und der Morbidität eignen sich zur langfristigen Darstellung der Krankheitsentwicklung, in der Regel jedoch nicht zur Beurteilung kurz- bis mittelfristig angelegter gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen. Hierzu sind vielmehr intermediäre Parameter erforderlich, die einerseits durch die Maßnahme selbst beeinflusst werden und andererseits das gesundheitliche Ergebnis hinreichend sicher beeinflussen...«.*⁵² **Der Landkreis Marburg-Biedenkopf hat zu diesem Zweck Anfang 2017 einen Arbeitsbereich „Gesundheitsberichterstattung“ eingerichtet.**

Langfristig wird eine integrierte Sozial-, Umwelt- und Gesundheitsberichterstattung angestrebt.

3.5 Partizipation

„Partizipation“ bedeutet, dass sich alle Akteursgruppen im Setting ihrer Bedarfslagen aktiv einbringen und die Strategien zur Setting-Entwicklung aktiv mitgestalten können. Dies wirkt sich wiederum positiv auf die Identifikation mit dem Setting, das soziale Klima und die Selbstbestimmung aus.

Gemäß dem Beteiligungskonzept zur Weiterentwicklung der Bürgerbeteiligung im Landkreis Marburg-Biedenkopf wurden drei regionale Gesundheitsdialoge in Lohra, Biedenkopf und Kirchhain durchgeführt. Insgesamt haben 70 Einwohnerinnen und Einwohner teilgenommen.

Zur weiteren Beteiligung der Bevölkerung (aktivierende Bürgerbefragungen) wurde eine Online-Befragung durchgeführt, an der über 500 Personen teilgenommen haben.

⁵¹ Vgl. Christ Böhme et al. (Hrsg.); „Handbuch Stadtplanung und Gesundheit“, Huber Verlag, 2012, Seite 177ff.

⁵² Quelle: <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?id=angebote&idx=193&marksuchwort=1> (letzter Zugriff 25.07.2016)

Insgesamt beteiligten sich mehr Frauen an der Onlineumfrage und die meisten Teilnehmenden waren der Altersgruppe der 46 -60-jährigen zuzuordnen. 72 % aller Teilnehmenden schätzten ihren Gesundheitszustand als gut ein und die Themen Bewegungsförderung und Stressbewältigung wurden in den meisten Regionen an erster Stelle genannt. Mehr Details zu den Ergebnissen sind auf der Beteiligungsplattform des Landkreises www.mein-marburg-biedenkopf.de zu finden.

Darüber hinaus wurden bei ersten kleinräumigen Bedürfnisanalysen ebenfalls die Einwohner*innen beteiligt.⁵³

4 Bedarfs- und Bedürfnisanalysen zur Gesundheitsförderung & Prävention

Wie in der Einleitung mit dem Modell des Aktionszyklus beschrieben, ist zunächst eine systematische Analyse der Strukturen und Ressourcen innerhalb und außerhalb der Kreisverwaltung hinsichtlich der verschiedenen Aktivitäten und Angebotslücken in der Gesundheitsförderung im Landkreis notwendig. **Diese Analyse bezieht die aktuellen Daten aus Studien und regionalen Untersuchungen sowie die Erkenntnisse von Stakeholdern und Trägern von Maßnahmen in den lebensphasenbezogenen Arbeitskreisen mit ein.**⁵⁴

Die Bedarfs- und Bedürfnisanalyse zur Gesundheitsförderung und Prävention hat sich an zuvor formulierten Fragestellungen orientiert wie z.B.:

- Welche Besonderheiten sind bei den ländlichen Strukturen auf der einen Seite und bei den eher städtisch geprägten Strukturen auf der anderen Seite, zu berücksichtigen?
- Wie ist die Bevölkerungsverteilung im Landkreis?
- Gibt es Gebiete, Stadtteile und Quartiere mit erhöhtem Handlungsbedarf?
- Liegen gesundheitliche Belastungen vor?
- Welche Bevölkerungsgruppen sind in besonderer Weise zu berücksichtigen und wie hoch ist ihre Fallzahl?
- Welche Krankheitsbilder treten gehäuft auf und was sind mögliche Ursachen?
- Welche Träger (Vereine, Wohlfahrtsverbände usw.) von gesundheitsförderlichen Maßnahmen sind in den Kommunen aktiv und welche Handlungsfelder decken sie ab?
- Welche Alters- und Zielgruppengruppen werden derzeit schon mit Interventionen erreicht?

Die Bedarfs- und Bedürfnisanalyse im Landkreis sowie in der Universitätsstadt Marburg und die Ergebnisse aus landes- und bundesweiten Studien sind die Grundlage für die landkreisweite koordinierte Präventionsstrategie.

Bisher wurden verschiedene Bedarfsanalysen durchgeführt, welche im nächsten Kapitel vorgestellt werden. Im weiteren Verlauf des Prozesses sollen aber auch die Bedürfnisse von

⁵³ Vgl. Kapitel 4.2

⁵⁴ Vgl. Kapitel 2.4

ausgewählten Zielgruppen in den Gemeinden und Städten verstärkt partizipativ erhoben und berücksichtigt werden.

Umfassend wurde bisher noch nicht die Frage nach bereits bestehenden gesundheitsfördernden Maßnahmen beantwortet. Die dafür methodisch notwendige Analyse nach der Ist-Situation als Bestandsaufnahme ist wichtig, um einen Überblick zu haben, wo der Landkreis steht.

4.1 Bedarfe der Einwohnerinnen und Einwohner in den Städten sowie Gemeinden des Landkreises und in der Universitätsstadt Marburg

Für die Ermittlung der Bedarfe und Bedürfnisse der Einwohner*innen im Sinne des Partizipationsansatzes war es notwendig, die relevanten Akteur*innen für das Anliegen des Landkreises zu sensibilisieren, um deren Zugangswege zu den verschiedenen Zielgruppen zu nutzen. Unter anderem wurden die Vertreter der Zivilgesellschaft/Gesundheits- und Selbsthilfeinitiativen in die bestehenden Arbeitskreise integriert. Mit der Universitätsstadt Marburg erfolgte die Absprache über verwertbare vorliegende Daten und den Informationsfluss in die einzelnen Stadtteile.

In einem vorbereiteten Schritt wurden zwischen Oktober 2016 und Februar 2017 alle weiteren Bürgermeister*innen im Landkreis aufgesucht und mit ihnen über die Initiative „Gesundheit fördern –Versorgung stärken“ gesprochen.

Ziele der Gespräche waren unter anderem:

- Die Bürgermeister erhalten umfassende Informationen zum aktuellen Sachstand der Initiative „Gesundheit fördern - Versorgung stärken“ und der darin eingebundenen integrierten Handlungsstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention.
- Es erfolgt eine erste Einschätzung zur bisherigen Umsetzung von Maßnahmen in der Prävention und Gesundheitsförderung in nicht-betrieblichen Lebenswelten der jeweiligen Gemeinde/Stadt.
- Der bisherige Vernetzungsgrad vor Ort bei der Prävention und Gesundheitsförderung wird deutlich.
- Es werden erste Beratungs- und Unterstützungsbedarfe der Akteure in den Gemeinden/Städten durch das Gesundheitsamt ermittelt.

Die Ergebnisse der Gespräche wurden in einem internen Dossier zusammengefasst und gaben erste wichtige Hinweise zu Handlungsbedarfen.

Die oben genannten Befragungen zu den Bedarfen und Bedürfnissen der Menschen vor Ort wurden 2017 im Landkreis begonnen. Die fachliche Abgrenzung der Begrifflichkeiten „Bedarf“ und „Bedürfnis“ sind hier entscheidend. Der Begriff „Bedarf“ meint den fachlich begründeten, in der Regel wissenschaftlich festgestellten Mangel bei bestimmten Bevölkerungsgruppen, also die Außenperspektive. „Bedürfnis“ meint einen subjektiv erlebten Mangel bei Mitgliedern bestimmter Bevölkerungsgruppen, eine Innenperspektive.⁵⁵

⁵⁵ Quelle: <https://www.quint-essenz.ch> (letzter Zugriff 13.03.2018)

Im Rahmen einer Bedarfsanalyse führte das Institut für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie der Philipps-Universität Marburg unter der Leitung von Prof. Dr. med. Geraedts persönliche Interviews mit zuvor ausgewählten Ansprechpartnern der jeweiligen Gemeinden im Landkreis durch.

Befragt wurde zu einzelnen Altersgruppen und gesundheitlich vulnerablen Gruppen (Migrationshintergrund, Armut, Behinderung und Alleinerziehende). Festzuhalten ist, dass zwischen den Kommunen nur geringe Unterschiede zu erkennen waren. Bei den Kindern hat die Alltagsbewegung abgenommen und Kinderärzte*innen sind zu wenig vorhanden. Bei den Jugendlichen liegen die Ansatzpunkte im Bereich des Alkohol-, Drogen- und Medienkonsums sowie bei Bewegung und Ernährung. Erwachsene sind durch den Beruf vermehrt Stress ausgesetzt, aber Alleinerziehende und pflegende Angehörige wurden vermehrt als priorisierte Zielgruppe genannt. Bei den Senioren*innen spielt die Vereinsamung eine große Rolle, infolge haben diese auch weniger soziale Beziehungen und weniger Bewegung. Insgesamt sind mit dem Ergebnisbericht die Bedarfe für gesundheitsfördernde und präventive Aktivitäten in der jeweiligen Region identifiziert worden.

In Kooperation mit der Hochschule Fulda und dem Staatlichen Schulamt hat eine Bestandserhebung von gesundheitsförderlichen Aktivitäten an Schulen im Landkreis Marburg-Biedenkopf und der Universitätsstadt Marburg stattgefunden.

Dabei haben 48 von 96 Schulen an der Befragung teilgenommen, vorrangig Grundschulen und Gymnasien. Zu beachten ist, dass auch kleine Schulen dabei unterstützt werden sollen gesundheitsförderliche Angebote bei ihnen zu integrieren. Viele Schulen wünschen sich auch externe Partner, die sie unterstützen und begleiten. Erleichtern würde es dies, wenn an jeder Schule ein Beauftragter für Gesundheitsförderung benannt wäre. Trotzdem dürfen auch die Schulen nicht unberücksichtigt bleiben, die nicht an der Befragung teilgenommen haben. Dem Beratungsbedarf von manchen Schulen sollte nachgekommen werden.

Zusätzlich wurde im Februar/März 2017 eine Online-Blitzbefragung zum Fortbildungsbedarf von Lehrkräften in der Gesundheitsförderung und Prävention durchgeführt. Insgesamt nahmen an der Befragung 52 Schulen teil. Dadurch sind die Schulleitung oder explizite Ansprechpartner für Gesundheitsförderung und Prävention dabei unterstützt worden, ihre Einstellung zum Thema Gesundheit zu reflektieren und den eigenen Fortbildungsbedarf seitens der Lehrkräfte an der Schule herauszufinden. Bei fast 70 % spielt das Thema Gesundheit eine Rolle im Schulalltag, aber auch 86 % haben Interesse an einer regelmäßigen 1-tägigen Fachfortbildung.

Eine Analyse des Berichtes zur Beratungssituation im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2017 ergab zwei zentrale Hinweise zu Handlungsbedarfen für die Gesundheitsförderung und Prävention im Landkreis Marburg-Biedenkopf. Zum einen die Suchtprävention bei Männern zwischen 30 und 49 Jahren, Jugendlichen und Erwachsenen. Zum anderen die Förderung der psychischen Gesundheit bei Frauen zwischen 30 und 49 Jahren (Siehe Kapitel 4.1).

4.2 Kleinräumige Bedürfnisanalysen in unterschiedlichen Lebenswelten

Einer kleinräumigen Bedürfnisanalyse geht immer eine strategische Vorgehensweise voraus, bei der Inhalte, Umfang, Ablauf, Methode und Zielgruppe festgelegt werden.

Die Inhalte einer Zielgruppenbefragung leiten sich aus den festgelegten Zielen ab. Diese werden bei einer Bedürfniserhebung in einer Kommune einerseits im Rahmen eines Vorabgesprächs mit Bürgermeister*innen der Gemeinde/Stadt und/oder anderen zielgruppennahen Personen (z.B. Einrichtungsleiter*innen) und andererseits durch Recherche von Fachliteratur zum relevanten Zielbereich erarbeitet, um die substanziellen Themen für die Erreichung der Ziele der Zielgruppenbefragung herauszufiltern. Der Umfang der Datenerhebungsmethode orientiert sich dabei ebenfalls an den Zielen, je nach Bedarfslage muss auch das Befragungsspektrum sein. Der Umfang wird zusammen mit den Zielen von der Zeit, die für die Befragung zur Verfügung steht, beeinflusst. Der zeitliche Rahmen bzw. Ablauf ist darüber hinaus essenziell für die Planung des Zeitpunkts der Datenerhebung, da die regulären Urlaubszeiten und arbeitsreichen Zeiträume der Zielgruppe berücksichtigt werden müssen. Die Bestimmung der Zielgruppe ist davon abhängig, welche Ziele und welchen Personenkreis man mit der Bedarfserhebung erreichen will. Eine große Aussagekraft und Datenbasis erreicht man, wenn man möglichst viele Personen der Zielgruppe befragt. Die Datenerhebung bei Bedarfsermittlungen wird mit quantitativen und/oder qualitativen Methoden durchgeführt. Je nach Ziel der Bedarfsanalyse wird das quantitative Verfahren, ein voll- oder teilstandardisierter Fragebogen, oder das qualitative Verfahren, ein leitfadengestütztes teilstandardisiertes Interview, angewandt.

In der bisherigen Umsetzungsphase des Präventionsplans wurden themenspezifische Befragungen in Kirchhain, im GrundTreff Wittelsberg der Gemeinde Ebsdorfergrund und im Familienzentrum und Soziale Stadt Quartier Neustadt durchgeführt. Außerdem ist die Durchführung einer Bedürfnisanalyse im evangelischen Familienzentrum VIERWÄNDE in Dautphe geplant.⁵⁶

Dabei wurden sowohl qualitative (subjektive) als auch quantitative Daten erhoben und ausgewertet. Als Kooperationspartner stand unter anderem die HAGE -Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. zur Verfügung.

4.3 Bestandsaufnahme/Ist-Situation in den Städten sowie Gemeinden des Landkreises und in der Universitätsstadt Marburg

Als einer der ersten Analyseschritte sollte eine quantitative Befragung bei den in diesem Zusammenhang relevanten Fachbereichen erfolgen. Dabei sollen die Angebote in den Städten und Gemeinden nach den drei Lebensphasen und jeweiligen Handlungsfeldern erfasst und ausgewertet werden.

Ein entsprechendes Befragungsinstrument muss von der zuständigen Koordinierungsstelle vorbereitet werden und mit den verantwortlichen Fachbereichsleitern abgestimmt werden.

⁵⁶ Siehe Kapitel 2.3

Folgende Fachbereiche des Landkreises und der Stadt Marburg werden berücksichtigt (Stand März 2018):

Landkreis Marburg-Biedenkopf:

- FB 53 - Gesundheitsamt
- FB 50 - Familie, Jugend und Soziales
- FB 57 - KreisJobCenter
- FB 40 - Schule und Gebäudemanagement

Universitätsstadt Marburg:

- FB 5 - Kinder, Jugend, Familie
- FB 4 - Arbeit, Soziales und Wohnen
- FB 2.40 - Schule

Einige Stabstellen aus dem Kreis und der Stadt werden ebenfalls einbezogen.

In einem zweiten Schritt werden analog die bestehenden Maßnahmen in der Gesundheitsförderung und Prävention der freien Träger erfasst, sodass eine aktuelle Angebotsübersicht entstehen kann.

Die Bestandsaufnahme/Ist-Analyse von bestehenden Maßnahmen befindet sich in Planung für das Jahr 2019.

Im Landkreis Marburg-Biedenkopf und in der Universitätsstadt Marburg werden aktuell bereits Maßnahmen umgesetzt, die landes- und bundesweit als Best Practice ausgezeichnet wurden.⁵⁷ Diese im Folgenden beschriebenen Interventionsbeispiele sollten ebenso wie auch die aus Platzgründen unerwähnten Maßnahmen von Beginn an als Teil einer Präventionskette im Landkreis Marburg-Biedenkopf sichtbar einbezogen werden:

1. Alkoholprävention (Homepage Kreis)

Unter Federführung des Gesundheitsamtes erstellte der Arbeitskreis Suchtprävention eine Gesamtstrategie zur Alkoholprävention im Landkreis. Hier werden lebensphasenspezifische, universelle, selektive und indizierte Maßnahmen auf Qualitätssicherung und Umsetzung geprüft und den Akteuren eine Handlungsempfehlung gegeben. Der Landkreis erhielt im bundesweiten Wettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“ den Sonderpreis des GKV Spitzenverbandes. Aus dem Maßnahmenbündel wurden zwei Interventionen herausgegriffen.

➤ **Menschenskind**

Das Angebot „Menschenskind“ des Landkreises Marburg-Biedenkopf und der Universitätsstadt Marburg begann im Dezember 2006 mit einer Probephase und wurde im Januar 2008 in die reguläre Projektphase überführt.

⁵⁷ Nähere Informationen zu den folgenden Maßnahmen finden sich u.a. auf www.marburg-biedenkopf.de; www.marburg.de und www.bsj-marburg.de/mittendrin.html (letzter Zugriff 20.06.2016).

„Menschenskind“ ist beim Fachbereich Gesundheit (Prävention und Beratung) in enger Kooperation mit dem Fachbereich Familie, Jugend, Soziales beim Landkreis und dem Fachbereich Kinder, Jugend und Familie der Universitätsstadt Marburg angesiedelt. Das Projekt versteht sich als ein Hilfs- und Förderungsangebot im Bereich früher Hilfen und will Familien in besonders belasteten Lebenssituationen mit Kindern von 0 bis 3 Jahren erreichen. Es setzt demnach frühestens in der Schwangerschaft an und endet spätestens mit dem 3. Lebensjahr des Kindes. Ein herausragendes Merkmal des Projekts ist der Anspruch, präventiv zu arbeiten, möglichst frühzeitig Risikofaktoren zu erkennen und ihnen entgegenzuwirken, um eine gesunde psychische und physische Entwicklung der Kinder zu ermöglichen. Besonders belastete Lebenssituationen in Familien können verschiedenartige Ursachen und Erscheinungsformen annehmen. Seit dem 01.11.09 erfolgt die sozialpädagogische Betreuung der Familien der Stadt Marburg durch die Marbach GmbH im Auftrag des Jugendamtes der Stadt.

➤ **Drachenherz**

Das Beratungsangebot „Drachenherz“ ist ein Arbeitsbereich der Suchtberatungsstelle Marburg des Blauen Kreuzes in Deutschland e. V. und richtet sich sowohl an Kinder und Jugendliche, die in einer suchtbelasteten Familie leben oder aufwachsen und im Alter zwischen 3 und 18 Jahren sind, als auch an deren Eltern und ggf. Bezugspersonen. Der Beratungsansatz versteht sich als eine professionelle Begleitung unter Zuhilfenahme von beratenden und psychotherapeutischen Methoden und Interventionen, hauptsächlich aus der personenzentrierten Spiel- und Gesprächstherapie, und hat einen nachsorgenden und längerfristigen Charakter.

Der Landkreis Marburg-Biedenkopf beteiligte sich mit dem Wettbewerbsbeitrag „Hand in Hand – für den Kinder- und Jugendschutz“ mit den beiden Einzelprojekten „Menschenskind“ und „Drachenherz“. Der Beitrag wurde beim 5. Bundeswettbewerb der kommunalen Suchtprävention „Kinder und Jugendliche in besonderen Lebenslagen“ 2010/2011 mit dem Sonderpreis des GKV-Spitzenverbandes zum Thema „Verknüpfung von Jugendsozialarbeit und Gesundheitsförderung bei der Betreuung von Kindern suchtbelasteter Eltern“ ausgezeichnet.

➤ **suPPOrdju**

Die Stadt Marburg beobachtet das Phänomen des steigenden Konsums von alkoholischen Getränken bei Kindern und Jugendlichen seit Jahren mit großer Sorge und hat bereits frühzeitig mit präventiven Maßnahmen und Aktionen sowie den rechtlich zur Verfügung stehenden repressiven Mitteln reagiert. Polizei, Ordnungsamt und Jugendamt arbeiten in Marburg sehr eng zusammen. Alle beteiligten Mitarbeiter sind sehr engagiert und motiviert. Den Projektnamen „SuPPOrdJu“ wurde gewählt, weil sehr schnell zu erkennen war, dass die Aktivitäten mit der Übersetzung aus dem Englischen „unterstützen“ zu tun haben.

Die Universitätsstadt Marburg belegte mit ihrem Projekt suPPOrdju in der Kategorie der kreisangehörigen Städte des 6. Bundeswettbewerb Kommunalen Suchtprävention: „Alkoholprävention im öffentlichen Raum“ 2012/2013 den ersten Platz.

2. Ernährungsführerschein in Grundschulen des Landkreises Marburg-Biedenkopf und der Universitätsstadt Marburg

Die Schule ist ein Ort, an dem Kinder nicht nur rechnen, schreiben und lesen lernen, sondern an dem sie sich, durch die Aneignung von Lebenskompetenzen, zu selbstbewussten und selbstbestimmten Menschen entwickeln sollen. Eine Lebenskompetenz, die in der heutigen Überflusgesellschaft immer wichtiger wird, ist die Ernährungskompetenz. Dieser Begriff verbindet die Themen Ernährung/Lebensmittel mit Kompetenzbildung und beschreibt die Fähigkeit, den Ernährungsalltag selbstbestimmt, verantwortungsbewusst und genussvoll zu gestalten. Gerade vor dem Hintergrund der wachsenden Anzahl an Ganztagschulen kommt der Förderung der Esskultur und der Stärkung der Ernährungskompetenz im Setting Schule eine große Bedeutung zu.

Der Ernährungsführerschein wurde 2014 mit dem Hessischen Gesundheitspreis prämiert.

4.4 Zentrale Aussagen aus epidemiologischen Studien, Gesundheitsberichten der GKV, Armutsstudien sowie Sozialberichterstattung und Demografieforschung in Deutschland

Spezifische gesundheitsbezogene Daten für den Landkreis Marburg-Biedenkopf stehen aus externen Quellen zurzeit nur sehr beschränkt zur Verfügung. Beispielsweise beim Hessischen Statistischen Landesamt (Siehe Abb. 6a und 6b). Die folgenden Daten zur Mortalität nach ausgewählten Todesursachen zeigen geschlechterspezifische Unterschiede.⁵⁸

⁵⁸ Siehe auch Kapitel 5.2.3

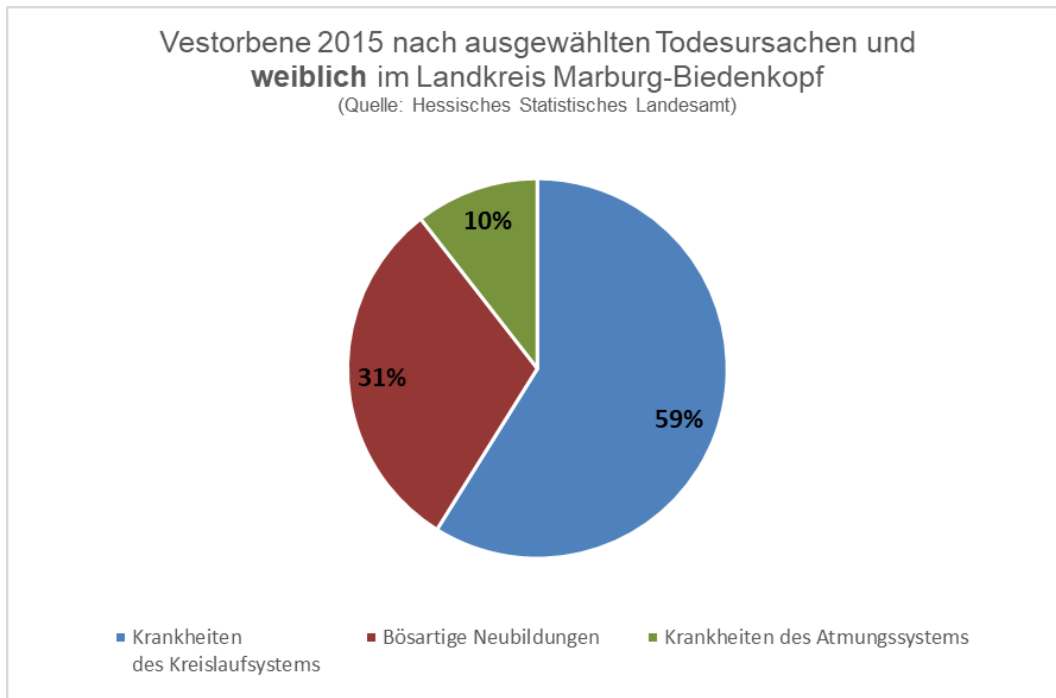


Abb. 6a

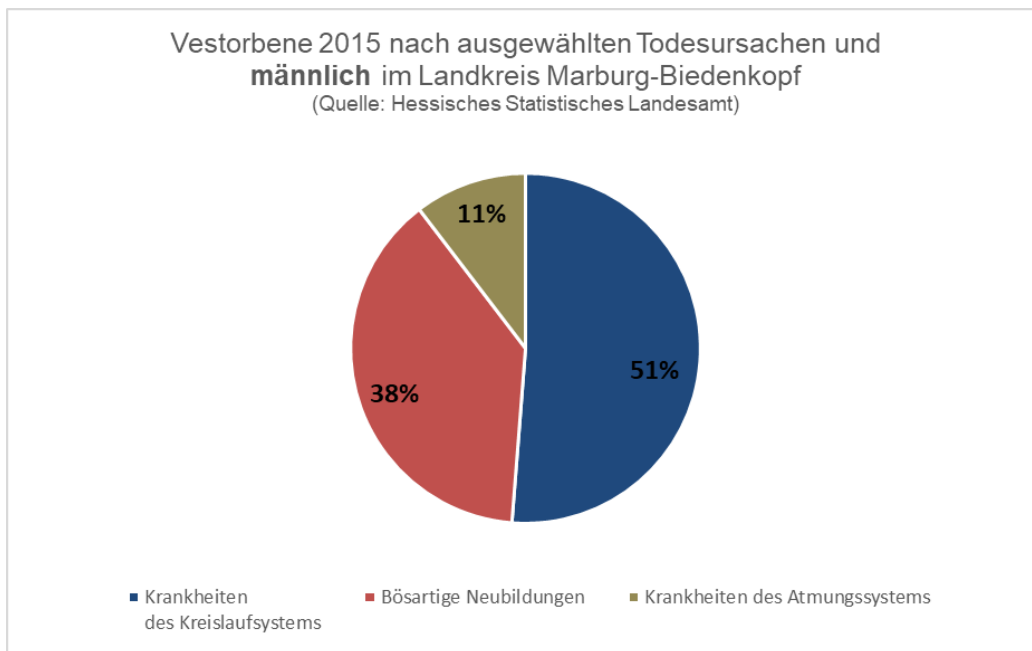


Abb. 6b

So verstarben 2015 mehr Frauen an Krankheiten des Kreislaufsystems als Männer, während es bei bösartigen Neubildungen umgekehrt war.⁵⁹ Bestätigt werden diese Daten durch die Bedarfsanalyse des Institutes für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie der Philipps-Universität Marburg⁶⁰, aber auch gleichzeitig erweitert um den sozialen Gradienten. Dort heißt es unter anderem:

⁵⁹ Siehe Abb. 7

⁶⁰ Siehe Kapitel 4.1

Zitat »...Bei den Frauen ist die Prävalenz der KHK und des Schlaganfalls in der unteren Bildungsgruppe höher als in den höheren Gruppen, bei den Männern ist diese Beziehung schwächer ausgeprägt. ...«

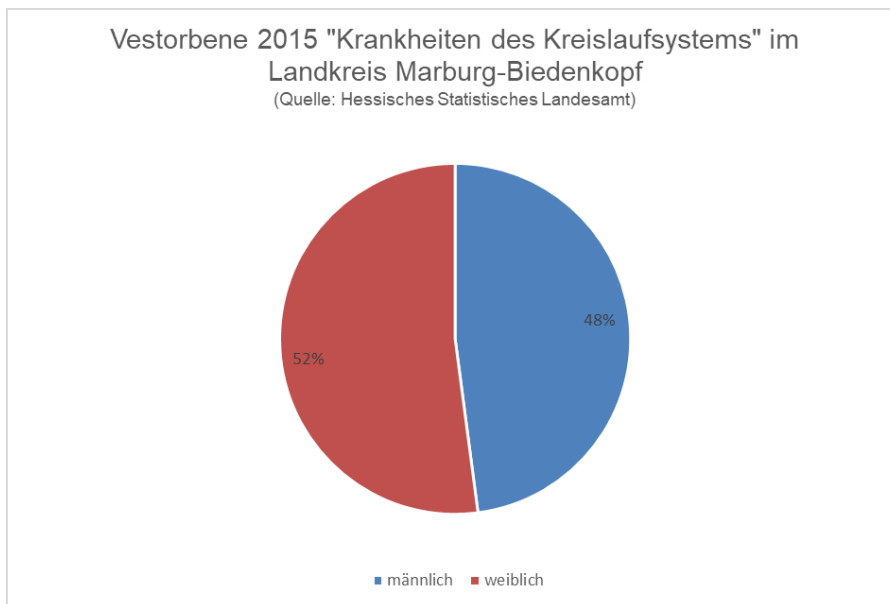


Abb. 7

Es wäre jedoch wichtig, sich im Hinblick auf die Prävalenz (Krankheitshäufigkeit an einem bestimmten Zeitpunkt) und Inzidenz (Häufigkeit von Neuerkrankungen in einem bestimmten Zeitraum) bzw. Morbidität (Erkrankungen in einem bestimmten Zeitraum) einzelne Krankheitsbilder genauer anschauen zu können und nicht nur die Mortalität nach ausgewählten Todesursachen zu betrachten. Die Aussagekraft für die Planungen in Gesundheitsförderung und Prävention ist damit begrenzt.

Es liegt eine Reihe von weiteren Studien und Berichten mit gesundheitsrelevanten Aussagen vor, deren Hinweise im Rahmen der Bedarfsanalyse herausgearbeitet wurden, um daraus Rückschlüsse auf die Situation in der Region zu ziehen.⁶¹

Relevante epidemiologische Studien sind:

- „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS), Robert Koch-Institut (RKI)
- „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“, unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in rund 40 Ländern und Regionen Europas und Nordamerikas durchgeführt
- „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1), RKI
- „Gesundheit in Deutschland Aktuell“ (GEDA), RKI.

Weitere potenzielle Quellen:

- Gesundheitsberichte der GKV

⁶¹ vgl. Kapitel 4.1

- AWO-ISS-Studie „Lebenssituation und Zukunftschancen von (armen) Kindern und Jugendlichen“
- Kinder- und Jugendberichterstattung der Bundesregierung
- World Vision Kinderstudie
- Gesundheitsbericht 2017 des Landes Hessen
- Hessisches Krebsregister (Daten müssen beim HLPUG abgefragt werden)
- Hessischer Landesozialbericht
- Hessisches Statistisches Landesamt
- Deutsche Alterssurvey
- Statistisches Bundesamt Eurostat: Zitat »... Eurostat ist das Statistische Amt der Europäischen Union mit Sitz in Luxemburg. Eurostat versorgt die Europäische Union mit europäischen Statistiken, die Vergleiche zwischen Ländern und Regionen ermöglichen. Eurostat bietet eine vergleichbare, verlässliche und objektive Darstellung der wirtschaftlichen, gesellschaftlichen, ökologischen und technologischen Trends [...]...«. ⁶²

4.5 Erste Beispiele für mögliche prioritäre Handlungsfelder auf Grundlage der vorliegenden Datenquellen

➤ **Gesundheit und sozioökonomischer Status**

Die vorliegenden Sozialberichte aus dem Landkreis und der Stadt Marburg zeigen, dass die Anzahl der Menschen in einer schwierigen sozialen Lebenslage ansteigend ist. ⁶³

Die DEGS-Studie des RKI belegt signifikante Unterschiede bei den Gesundheitschancen zwischen Erwachsenen mit niedrigem und hohem sozioökonomischen Status. Je prekärer die Lebensverhältnisse und je niedriger der Bildungsgrad sind, umso schlechter ist der allgemeine Gesundheitszustand. Dies lässt sich unter anderem bei den Prävalenzen zum Diabetes mellitus und zur Adipositas feststellen. ⁶⁴

Der sozioökonomische Status von Kindern und Jugendlichen hat laut der KIGGS Studie ebenfalls Einfluss auf den Gesundheitszustand und die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Ein niedriger sozioökonomischer Status erhöht das Risiko für einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand um mehr als das Dreifache. Als Beispiele seien hier das erhöhte Rauchverhalten, die wenige Bewegung und die deutlich erhöhte Prävalenz bei psychischen Erkrankungen genannt. ^{65 u. 66}

Die KIGGS Studie untersuchte explizit auch den Gesundheitsstatus von Menschen mit Migrationshintergrund. Dabei wurde unter anderem festgestellt, Zitat: *»... Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund sind überproportional häufig von Übergewicht und Adipositas betroffen. Der allgemeine Gesundheitszustand wird von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund oder deren Eltern seltener als »sehr gut« oder »gut« eingeschätzt als von Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund oder deren Eltern ...«.* ⁶⁷

⁶² Quelle: <https://www.destatis.de/Europa/DE/Service/ErsterBesuch/Eurostat.html> (letzter Zugriff 23.11.2018)

⁶³ Vgl. Kapitel 3.1

⁶⁴ Quelle: <http://www.degs-studie.de/deutsch/ergebnisse/degs1/degs1-basispublikation.html> (letzter Zugriff 27.04.2017)

⁶⁵ Quelle: <http://www.kiggs-studie.de/deutsch/ergebnisse/kiggs-welle-1/basispublikation.html> (letzter Zugriff 27.04.2016)

⁶⁶ Quelle: <https://www.kiggs-studie.de/ergebnisse/kiggs-welle-2/ergebnisse-nach-themen.html> (letzter Zugriff 23.11.2018)

⁶⁷ Vgl. „Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) 2003 – 2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland“ Robert Koch Institut, 2008

➤ **Psychische Erkrankungen in der mittleren Lebensphase**

Der im Januar 2015 von der TK veröffentlichte „Depressionsatlas“ geht von ca. einem Arbeitsfehltag pro Versichertem in Hessen aus. Die Fehlzeiten steigen mit zunehmendem Alter und nehmen erst vor der durchschnittlichen Berentung mit 60 Jahren wieder ab.⁶⁸

Die DAK-Gesundheit veröffentlichte 2018 eine Auswertung ihrer Versichertendaten für das erste Halbjahr in 2018. Demnach sind mehr als die Hälfte aller Fehltage auf drei Krankheitsarten entfallen:

Zitat: »... Auf Platz drei rangieren psychische Erkrankungen mit 15,3 Prozent. [...] Betroffene fielen bei psychischen Diagnosen jedoch besonders lange aus: Im Schnitt waren es 35 Tage ...«. ⁶⁹

Bei Menschen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status besteht laut der DEGS1-Studie des RKI häufiger eine depressive Symptomatik. Eine vergleichbare Tendenz findet sich auch, wenn man sich die Prävalenz bei der Stressbelastung anschaut.⁷⁰

➤ **Diabetes mellitus**

Die Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS 1) belegen einen signifikanten Prävalenzanstieg um 38% von 1998 bis 2008 beim Diabetes mellitus. Eine Ursache ist auch hier die gestiegene Lebenserwartung. Allerdings sind nur 14 % der demografischen Alterung der Bevölkerung zuzuschreiben. Die Bevölkerungsgruppe mit niedrigem Sozialstatus weist ebenfalls eine signifikant höhere Lebenszeitprävalenz auf.⁷¹ Bestätigt wird diese Entwicklung durch eine Studie auf Basis der gesamtdeutschen vertragsärztlichen Abrechnungsdaten von Bätzing-Feigenbaum et al. (2017). Die Studie zeigt, dass neben den regionalen Unterschieden in Deutschland, Männer in fast allen Altersgruppen eine wesentlich höhere Prävalenz beim Diabetes mellitus Typ 2 als Frauen aufweisen.⁷²

5 Gesundheitsziele des Landkreises Marburg-Biedenkopf und der Universitätsstadt Marburg

Die folgenden Beschreibungen der Gesundheitsziele und möglicher Handlungsschwerpunkte in den verschiedenen Lebensphasen entsprechen dem Kenntnisstand nach der Bedarfsanalyse. Welche Handlungsfelder und weiteren Maßnahmen dies im Landkreis und in der Universitätsstadt Marburg im Einzelnen sein werden, kann erst nach der Operationalisierung der Gesundheitsziele konkret beschrieben werden.

Die Gesundheitsziele wurden im Frühjahr 2019 durch Beschlüsse des Kreisausschusses des Landkreises Marburg-Biedenkopf und des Magistrats der Universitätsstadt Marburg politisch verankert.

⁶⁸ Quelle: https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/696244/Datei/169144/Depressionsatlas_2015.pdf (letzter Zugriff 27.04.2016)

⁶⁹ Quelle: <https://www.dak.de/dak/bundes-themen/krankenstand-1998408.html> (letzter Zugriff 12.11.2018)

⁷⁰ Quelle: <http://www.degs-studie.de/deutsch/ergebnisse/degs1/degs1-basispublikation.html> (letzter Zugriff 27.04.2016)

⁷¹ Quelle: <http://www.degs-studie.de/deutsch/ergebnisse/degs1/degs1-basispublikation.html> (letzter Zugriff 25.07.2016)

⁷² Goffrier B, Schulz Mandy, Bätzing-Feigenbaum J. Administrative Prävalenzen und Inzidenzen des Diabetes mellitus von 2009 bis 2015 Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 17/03. Berlin 2017 DOI: 10.20364/VA-17.03 Link: <http://www.versorgungsatlas.de/themen/gesundheitsindikatoren/?tab=6&uid=79> (letzter Zugriff 04.05.2017)

5.1 Gesundheitsziele des Landkreises Marburg-Biedenkopf und der Universitätsstadt Marburg

Zitat: »... Als übergeordnetes Ziel von Gesundheitszielen steht die Gesundheit der Bevölkerung. Sie intendieren die Verbesserung der gesundheitlichen Lebensbedingungen sowie der gesundheitlichen Versorgung und der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. [...] Zu dem verbessern Gesundheitszielprozesse die Kooperation zwischen den politischen Ebenen und beziehen die relevanten Partner ein. [...] Die kontinuierliche Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen ist ein auf Langfristigkeit orientierter Prozess...«.⁷³

Die Formulierung von spezifischen Gesundheitszielen in der Kommune wurde beispielsweise 2002 in Bielefeld durchgeführt. Sie wurden im Rahmen einer Gesundheitskonferenz erarbeitet und im Anschluss veröffentlicht. Eine ähnliche Vorgehensweise wurde mit den drei lebensphasenbezogenen AK durchgeführt.⁷⁴ Die Ziele bauen auf dem Leitbild der Initiative „Gesundheit fördern – Versorgung stärken“ auf, um ein gemeinsames inhaltliches Verständnis für die Vorgehensweise zu entwickeln⁷⁵ und auf der Expertise der Mitglieder der lebensphasenbezogenen AK. Die drei Gesundheitsziele für jede Lebensphase wurden in den Arbeitskreisen im Herbst 2018 definiert.⁷⁶

Die Formulierung der Gesundheitsziele war eine methodische Herausforderung. Aus diesem Grund wurden Anfang 2018 die Moderatorinnen und Moderatoren der Arbeitskreise hinsichtlich der Formulierung von Gesundheitszielen weitergebildet. Die Weiterbildung erfolgte durch die Geschäftsstelle der Landesgesundheitskonferenz Thüringen. Bei der Weiterbildung stand eine Strukturierung des Gesundheitszielbildungsprozesses im Fokus. Daraufhin wurden in den AK zuerst die Bedarfe⁷⁷ identifiziert, zusammengeführt und priorisiert. Die sich daraus ergebenden Handlungsfelder wurden anschließend eingegrenzt und hinsichtlich der Zielgruppen konkretisiert.

Die Gesundheitsziele nach den Lebensphasen:

Gesund aufwachsen

- Kinder, Jugendliche, Eltern und deren Bezugspersonen lernen einen bewussten aktiven und passiven Umgang mit digitalen Medien und der Medienwelt ohne sich gesundheitlich, seelisch oder sozial zu schaden.
- Kinder und Jugendliche entwickeln Freude an Bewegung und der Zugang zu Bewegung wird gefördert und ausgebaut über Angebote und Zugänge im Umfeld und Naturraum.
- Kindern, Jugendlichen und Eltern wird mit Wertschätzung und einer fördernden Grundhaltung begegnet. Eltern haben Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Stärken und erfahren Selbstwirksamkeit hinsichtlich der eigenen Gesunderhaltung und der Gesundheit ihrer Kinder.

⁷³ Vgl. „Zielsystematik der Strategiearbeitsgruppen der Landesgesundheitskonferenz“ unter http://www.lgk-thueringen.de/fileadmin/user_upload/Zielsystematik_Strategiearbeitsgruppen_final.pdf (letzter Zugriff 20.03.2018)

⁷⁴ Vgl. Kapitel 2.4

⁷⁵ Vgl. Kapitel 2.1

⁷⁶ Vgl. Kapitel 2.4

⁷⁷ Siehe Kapitel 4

Gesund bleiben

- Menschen in prekären Lebenslagen in der mittleren Lebensphase haben gute Zugänge zu Gesundheitsangeboten und gesellschaftlicher Teilhabe.
- Menschen in der mittleren Lebensphase sind sensibilisiert, sich für die eigene Gesundheit und ihr Wohlbefinden aktiv einzusetzen.
- Die psychische Gesundheit von Erwerbslosen und geringfügig Beschäftigten wird gefördert.

Gesund altern

- Die Gesundheit von pflegenden Angehörigen wird gefördert.
- Die Lebensübergänge von Älteren werden präventiv gestaltet.
- Die gesundheitliche Situation und Resilienz von isolierten, psychisch erkrankten, immobilen, von Armut bedrohten Älteren wird verbessert.

5.2 Handlungsschwerpunkte und Querschnittsthemen in den verschiedenen Lebensphasen auf Basis der Gesundheitsziele

Aus den Bevölkerungsstrukturen und den Bedarfsanalysen lassen sich erste priorisierende Tendenzen für Zielgruppen im Landkreis und in der Universitätsstadt Marburg ableiten. Im Landkreis Marburg-Biedenkopf sind das die Lebensphasen „Gesund aufwachsen“ und „Gesund altern“, in der Universitätsstadt Marburg die mittlere Lebensphase und Menschen in einer schwierigen sozialen Lebenslage. Dagegen könnte die Gesundheitsförderung und Prävention bei der Bevölkerungsgruppe der Migrant*innen für die gesamte Region ein wichtiger Schwerpunkt sein.⁷⁸ Ein wichtiger Partner könnten hierbei die Migrantenselbsthilfegruppen sein.⁷⁹

Die ab Kapitel 5.2.1 folgenden Handlungsschwerpunkte sind dennoch nur als Vorschläge für die zukünftige Ausgestaltung der Gesundheitsziele zu betrachten.

5.2.1 Gesund aufwachsen

Zitat: »Kommunen bieten eine Fülle von Angeboten für Kinder, Jugendliche und ihre Eltern, ... Doch die entscheidende Frage lautet: Wie kann der Zugang zum Angebot für alle Mädchen, Jungen und Eltern gesichert werden? Wie können die Chancen von Kindern und Familien in sozioökonomischen Risikolagen auf ein gesundes Aufwachsen, ein Aufwachsen in Wohlergehen erhöht werden?...«⁸⁰

⁷⁸ Vgl. Kapitel 3

⁷⁹ Vgl. Rolf Reul und Franziska Günther, „Migrantenselbstorganisationen als Partner in der Gesundheitsförderung“ in Migration und Soziale Arbeit; 2013, Heft 4, Seite 321 ff

⁸⁰ Vgl Richter-Kornweitz, A. / Utermark, K.: Werkbuch Präventionskette. Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen (Hrsg.); 2013

Das integrierte Handlungskonzept und die damit verbundene Präventionskette stellen das entscheidende Instrument zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit von Kindern und Jugendlichen dar. Die besondere Herausforderung bei dieser Zielgruppe liegt in der Partizipation und Erreichbarkeit ohne Stigmatisierung.

Unterschiede in Geschlecht, Herkunft oder Lebenslage und Lebensstil sollten keine Faktoren sein, die ein gesundes Aufwachsen beeinträchtigen. Der erste wichtige Baustein in der Präventionskette ist die bundesweite Initiative „Frühe Hilfen“ im Landkreis. Auf ihr sollen weitere Aktivitäten im Landkreis Marburg-Biedenkopf und in der Universitätsstadt Marburg aufbauen, die ausdrücklich die Übergänge (Transitionen) in KiTa, Schule und Ausbildung aufgreifen.

Der Jugendzahnärztliche Dienst und der Arbeitskreis Jugendzahnpflege setzen mit Unterstützung der Krankenkassen das „Marburger Modell“ in Kindertagesstätten, Schulen (bis einschl. 6. Klasse) und Förderschulen (bis einschl. 10. Klasse) um. Das erfolgreiche Konzept mit seiner intensiven zahnärztlichen Prophylaxe sieht unter anderem eine regelmäßige Untersuchung der Zähne vor und eine Fluoridprophylaxe. Es zeigt sich bei den vorliegenden Befunden aus den besuchten Einrichtungen, dass bei Kindern in einem schwierigen sozialen Umfeld oder mit einem Migrationshintergrund die Maßnahme dringend fortzuführen ist.

Neben dem Arbeitskreis „Suchtprävention“, existiert seit dem Juni 2016 der interdisziplinäre Arbeitskreis „Gesundheitsförderung an Schulen“, welche sich mit relevanten Akteuren für diese Lebensphase zusammensetzen.⁸¹

Im Arbeitskreis „Gesundheitsförderung an Schulen“ sind neben dem Staatlichen Schulamt und den Schulträgern auch Vertreter*innen der gesetzlichen Krankenkassen und der Unfallkasse Hessen, von Kreis- und Stadtelternbeirat und Jugendhilfe vertreten. Er richtete zunächst eine **Informationsveranstaltung** am 10. Mai 2017 in der Gesamtschule Niederwalgern für alle Schulen im Landkreis und in der Stadt Marburg aus, bei der es neben einem inhaltlichen Input auch darum ging, bestehende gesundheitsfördernde Angebote der gesetzlichen Krankenkassen und weiterer Träger vorzustellen. Zielgruppen waren in erster Linie die genannten Ansprechpartner der Schulen und die Schulleiter. Darüber hinaus hatte diese Veranstaltung zum Ziel, eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Ansprechpartnern der Schulen und einen Einstieg in den Entwicklungsprozess zum Aufbau eines Gesundheitsmanagements in Schulen zu schaffen. Weitere Ziele des Arbeitskreises waren es, den möglichen Fortbildungsbedarf für Schulleiter/innen und Lehrer/innen in diesem Handlungsfeld und die bereits bestehenden Aktivitäten und Maßnahmen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention an Schulen zu ermitteln.⁸²

Neben den oben genannten Themen spielt in dieser Altersgruppe auch das Thema Mediennutzung⁸³ eine Rolle. 33,8 % der 11- 17-jährigen Jugendlichen haben länger als 2 Stunden den Fernseher oder andere Videogeräte im Gebrauch. 26,7 % nutzen ebenso lange den Computer bzw. das Internet. 17,3 % nutzen länger als zwei Stunden das Handy und 6,8 % die Spielekonsole. Insgesamt ist zu erkennen, dass die Zeitdauer, in der elektronische Medien genutzt werden, mit dem Alter der Kinder und Jugendlichen ansteigt⁸⁴.

⁸¹ Siehe auch. Kapitel 2.1

⁸² Vgl. Kapitel 4.1

⁸³ Vgl. Kapitel 5.1 Gesundheitsziel bei „Gesund aufwachsen“

⁸⁴ Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/KiGGS_W1/ki_g1_fakten_mediennutzung.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff 22.11.2018)

Gemeinsam mit dem Fachbereich Familie, Jugend und Soziales des Landkreises wird aktuell am konzeptionellen Aufbau von Familienbüros in den Gemeinden und Städten gearbeitet. Es ist das Ziel, dass bei entsprechenden Bedarfen auch gesundheitsfördernde Angebote dort angesiedelt werden.

Hauptziel: Die gesundheitlichen Chancen für Kinder und Jugendliche im Landkreis Marburg-Biedenkopf und in der Universitätsstadt Marburg sind verbessert und die gesellschaftliche Teilhabe ist erhöht.

Mögliche Handlungs- und Wirkungsziele⁸⁵ abgeleitet aus den Gesundheitszielen:

- Die Verbesserung der Elternkompetenzen⁸⁶ ist bei der Gestaltung der überwiegenden Maßnahmen ein zentraler Ansatz.
- Es bestehen flächendeckende und aufeinander aufbauende Angebote zu den verschiedenen Übergängen, die unter anderem die psychischen Ressourcen der Kinder und Jugendlichen stärken (Resilienzförderung).
- Mit den Schulen und Kitas sind zusätzliche Angebote zur Bewegungsförderung entwickelt und umgesetzt, speziell in Fördergebieten des Städtebauförderungsprogramms Soziale Stadt.⁸⁷

5.2.2 Gesund bleiben – Mitten im Leben

*Zitat: »... Gesundheitsgerechte Arbeitsbedingungen fördern die Vereinbarkeit von Beruf und anderen Lebensbereichen und beeinflussen damit mittelbar auch wichtige gesundheitsrelevante Bedingungen in den Familien und damit die Voraussetzungen für eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen...«.*⁸⁸

In der Bundesrahmenempfehlung wurde vor diesem Hintergrund das Ziel formuliert: „Gesund leben und arbeiten“. Es wäre sicherlich verkehrt daraus zu schließen, dass man sich in dieser Lebensphase auf die Gesundheitsförderung und Prävention in Betrieben beschränken sollte.

Die mittlere Lebensphase beginnt in der Regel nach der Ausbildung und endet mit dem Renteneintritt. Sie ist gekennzeichnet von einer Reihe von psychischen und physischen Belastungen durch die Familie und das Berufsleben, welche sehr unterschiedlich und individuell als solche empfunden werden. Dazu kommen soziale und kulturelle Unterschiede, welche die Belastungen abmildern oder verstärken können. Gleiches gilt für vorhandene Ressourcen.

Die mittlere Lebensphase wird in der Gesundheitsförderung und Prävention meist vernachlässigt. Dies hat verschiedene Ursachen, wie die Auffassung, dass Menschen in dieser

⁸⁵ Vgl. Definitionen „Wirkungsziele“ aus Hiltrud von Spiegel (Hrsg.): Jugendarbeit mit Erfolg. Arbeitshilfen und Erfahrungsberichte zur Qualitätsentwicklung und Selbstevaluation. Ein Modellprojekt des Landesjugendamtes Münster. Votum Verlag 2000; Seite 190

⁸⁶ Vgl. Kapitel 5.1 Gesundheitsziel bei „Gesund aufwachsen“

⁸⁷ Vgl. Kapitel 5.1 Gesundheitsziel bei „Gesund aufwachsen“

⁸⁸ Vgl. „Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz ...“Anlage 1, Seite 17 ff.

Zeit mit Maßnahmen kaum zu erreichen sind. Des Weiteren geht man mehr als bei anderen Lebensphasen davon aus, dass die Eigenverantwortung für die Gesundheit ausgeprägter ist und die Menschen weniger vulnerabel sind und damit der Unterstützungsbedarf geringer ist. Die deutlich steigenden Fallzahlen, wie beispielsweise bei psychischen Erkrankungen in dieser Lebensphase, belegen das Gegenteil.⁸⁹ So ist unter anderem ein Haupthinderungsgrund für die Wiedereingliederung von Langzeitarbeitslosen eine oder mehrere Krankheit*en.⁹⁰

Während der Alkoholmissbrauch bei Jugendlichen leicht rückläufig ist, unterschätzen viele Erwachsene die gesundheitlichen Risiken von übermäßigem Genuss von Alkohol. So stellte der Drogenbericht der Bundesregierung für 2018 unter anderem fest, dass ca. 10.000 Kinder an fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD) durch einen Alkoholgenuss der Mutter während der Schwangerschaft leiden.⁹¹

Diese Beispiele verdeutlichen vor dem Hintergrund der ökonomischen Auswirkungen für Krankenkassen den Handlungsbedarf in dieser Lebensphase.

Ein Handlungskonzept für die Zielgruppe der „Erwerbslosen“ wird das „Modellprojekt zur Verknüpfung von Arbeits- und Gesundheitsförderung im Setting“ der Bundesagentur für Arbeit und des GKV-Spitzenverbands sein. Erwerbslose sind durch ihre schwierige psychosoziale Lage einem erhöhten Krankheitsrisiko ausgesetzt.⁹² Dies verdeutlicht die hohe Zahl der Erwerbslosen, die die Beratungsangebote im Landkreis Marburg-Biedenkopf und in der Universitätsstadt Marburg aufgesucht haben.⁹³ Der dem Modellvorhaben zugrundeliegende Evaluationsbericht hebt die hohe Bedeutung einer verbindlichen Prozesssteuerung und Vernetzung ebenso hervor, wie die Qualifizierung von Integrationskräften in den Jobcentern.⁹⁴

Ehrenamtliche Tätigkeiten in gesundheitsförderlichen Maßnahmen sind für den Landkreis und die Universitätsstadt Marburg von zentraler Bedeutung. Daher sind die „Ehrenamtlichen“ eine weitere wichtige Zielgruppe. **In über 600 Vereinen und mehr als 70 freiwilligen Feuerwehren ist eine hohe Zahl an Menschen ehrenamtlich tätig.** Dies wird verdeutlicht durch die eigens dafür eingerichtete Webseite <http://www.ehrenamt.marburg-biedenkopf.de/>. Dazu kommen zahlreiche Initiativen und selbst organisierte Nachbarschaftshilfen. Die Freiwilligenagentur Marburg-Biedenkopf bietet bereits verschiedene gesundheitsförderliche Fortbildungsangebote an, welche durch spezifische Maßnahmen für besonders belastete Ehrenamtstätige ergänzt werden könnten. Aktuell sind beispielsweise die Ehrenamtlichen in Initiativen der Flüchtlingshilfe ganz besonders großen psychischen Belastungen ausgesetzt.

Die Ist-Analyse wird das weitere Handlungsspektrum verdeutlichen. Die für diese Lebensphase formulierten Gesundheitsziele sollten auch geschlechterspezifische Unterschiede berücksichtigen, so dass eine geschlechtergerechte und geschlechtersensible Gesundheitsförderung („Gender Mainstreaming“)⁹⁵ im Zentrum steht. Wie wichtig diese differenzierte Betrachtungsweise ist, belegt auch der unterschiedliche Unterstützungsbedarf der Geschlechter durch die psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen und die

⁸⁹ Vgl. Kapitel 4.5

⁹⁰ Alfons Hollender (Hrsg.) „Gesundheit von Arbeitslosen fördern“; Fachhochschulverlag; 2009 unter anderem Seite 63 ff.

⁹¹ Vgl. https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/Drogen_und_Suchtbericht/pdf/DSB-2018.pdf Seite 66 ff (letzter Zugriff 04.02.2019)

⁹² Vgl. „Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz...“, 2016 „Anlage 1, Seite 22 ff.

⁹³ Vgl. Kapitel 3.2

⁹⁴ Karin Schreiner-Kürten et al, „Modellprojekt zur Verknüpfung von Arbeits- und Gesundheitsförderung im Setting Gesamtbericht zur Evaluation“, 2016

⁹⁵ Siehe auch: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/geschlechtergerechte-gesundheitsfoerderung-und-gender-mainstreaming/> (letzter Zugriff 20.06.2016)

Suchtberatung im Landkreis Marburg-Biedenkopf einschließlich der Universitätsstadt Marburg.⁹⁶ Aber auch die Daten des Hessischen Statistischen Landesamtes geben dahingehend erste Hinweise.⁹⁷

Hauptziel: Die Ressourcen stärken, um einen eigenverantwortlichem Umgang mit der körperlichen und seelischen Gesundheit zu fördern (vgl. Kapitel 7.1 Gesundheitsziel „Gesund bleiben“).

Mögliche Handlungs- und Wirkungsziele abgeleitet aus den Gesundheitszielen:

- Die Gesundheit und damit die Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben der Menschen in der mittleren Lebensphase im Landkreis haben sich verbessert.⁹⁸
- Es werden Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenzen (Health Literacy) initiiert.
- Die Arbeit von Ehrenamtlichen wird begleitet von bedarfsorientierten Maßnahmen in der Gesundheitsförderung und Prävention.
- Die geschlechterspezifischen Besonderheiten bei Erkrankungen und bei der Erreichbarkeit mit gesundheitsförderlichen Maßnahmen werden berücksichtigt.
- Es sind mit den kommunalen Jobcentern lebensweltbezogene Maßnahmen in der Gesundheitsförderung von Erwerbslosen entwickelt und umgesetzt worden.⁹⁹

5.2.3 Gesund altern

Nach übereinstimmender Meinung von Fachleuten wird sich das Gesundheits- und Krankengeschehen in Deutschland innerhalb der Bevölkerung, bedingt durch den demografischen Wandel, langfristig verändern und die Gesundheitsversorgung vor große Herausforderungen stellen. Insbesondere in dieser Lebensphase ist ein transparenter Prozess unter partizipativer Beteiligung von Vertreter*innen der Zielgruppe notwendig, um die erforderlichen Konzepte zum Thema „Demografie und Altern“ zu erarbeiten. **Speziell die Phase vom Übergang aus dem Erwerbsleben in den Ruhestand stellt oft eine Mehrfachbelastung dar.**¹⁰⁰ Viele Menschen sind in dieser Zeit mit der Aufgabe betraut, nahe Angehörige zu pflegen¹⁰¹, verbunden mit den damit einhergehenden physischen und psychischen Belastungen. Gleichzeitig haben viele in dieser Altersgruppe bereits eine oder im späteren Verlauf mehrere chronische Erkrankungen (Multimorbidität).¹⁰²

Es handelt sich in dieser Lebensphase um eine heterogene Bevölkerungsgruppe¹⁰³, die eine enge Zusammenarbeit zwischen den Ressorts Bau sowie Städte- und Freiflächenplanung, Umwelt, Gesundheit, Soziales, Jugend und Senioren, erfordert. Auch hier gibt es große Unterschiede in den verschiedenen Bildungsgruppen. So gaben 2014 beim Deutschen Alterssurvey die Gruppe der niedrig Gebildeten im Vergleich zu den Personen

⁹⁶ Vgl. Kapitel 3.1

⁹⁷ Vgl. Kapitel 4.4

⁹⁸ Vgl. Kapitel 5.1 Gesundheitsziel bei „Gesund bleiben“

⁹⁹ Vgl. Kapitel 5.1 Gesundheitsziel bei „Gesund bleiben“

¹⁰⁰ Vgl. 5.1.Gesundheitsziel „Gesund altern“

¹⁰¹ Vgl. 5.1Gesundheitsziel „Gesund altern“

¹⁰² Siehe Katharina Mahne, Julia K. Wolff, Julia Simonson & Clemens Tesch-Römer (Hrsg., Alter im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey“, 2016, Seite 128 ff.

¹⁰³ Vgl. 5.1 Gesundheitsziel „Gesund altern“

mit mittlerer oder hoher Bildung signifikant seltener eine gute funktionale Gesundheit an. Die Einschätzung der subjektiven Gesundheit ist ein wichtiger Faktor für die Lebensqualität in dieser Lebensphase und sollte daher unbedingt einbezogen werden.¹⁰⁴ Dies erfordert eine direkte Beteiligung der entsprechenden Zielgruppen bei der Bedarfs- und Bedürfnisanalyse. Verschiedene Aktivitäten mit Erfahrungen eines partizipativen Ansatzes und neuere Kenntnisse der Partizipativen Gesundheitsforschung sind daher unbedingt zu berücksichtigen. Speziell die Hochschule Fulda ist als Teil eines bundesweiten Forschungsverbundes mit ihrem Teilprojekt „Age4Health Gesunde Stadtteile für Ältere“ ein interessanter Kooperationspartner für die dringenden zukünftigen Aktivitäten aufgrund des demografischen Wandels im Landkreis. Die über 65-Jährigen werden im Jahr 2030 die stärkste Bevölkerungsgruppe im Landkreis sein (siehe Abb. 8). Mit dem Modellprojekt „GESUND ALTERN im Landkreis Marburg-Biedenkopf“ mit der Gemeinde Lohra gibt es bereits einen erfolgreichen Ansatz. So erhielt das Vorhaben im Jahr 2014 bei der Verleihung des hessischen Gesundheitspreises den Sonderpreis „Gesund altern in der Kommune“. Unterstützt wurde das Projekt von „Hessen IN FORM“. Die dort gemachten Erkenntnisse gilt es in einem nächsten Schritt für anderen Gemeinden zu nutzen.

Wegweiser Kommune
Bevölkerungspyramide 2030
Marburg-Biedenkopf, Landkreis



Quelle: Statistische Ämter der Länder, Deenst GmbH, ies, eigene Berechnungen
| Bertelsmann Stiftung

Abb. 8

Ein weiteres Setting mit „stationären Pflegeeinrichtungen“ könnte für diese Lebensphase mit dem Präventionsgesetz hinzukommen.¹⁰⁵ Die Pflegekassen werden verpflichtet, ebenfalls Leistungen zur Prävention zu erbringen und sich an der nationalen Präventionsstrategie zu beteiligen. Im Landkreis gibt es 39 Pflegeeinrichtungen und etwa 9.200 Pflegebedürftige (Leistungsempfänger aus der Pflegeversicherung am 15. Dezember 2013), wovon der größte Teil älter als 65 Jahre ist.¹⁰⁶ und ¹⁰⁷ Die Potenziale beispielsweise bei der Mobilität und Sturzprophylaxe sowie der Mundgesundheit in diesem Lebensabschnitt sollten nicht unterschätzt werden.

¹⁰⁴ Siehe Katharina Mahne, Julia K. Wolff, Julia Simonson & Clemens Tesch-Römer (Hrsg., Alter im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey“, 2016, Seite 161 ff.

¹⁰⁵ Siehe §5 SGBXI

¹⁰⁶ Quelle: Regionaler Gesundheitsreport 2014; Landkreis Marburg-Biedenkopf, KV Hessen und Hessisches Ministerium für Soziales und Integration

¹⁰⁷ <http://www.statistik-hessen.de/themenauswahl/gesundheitswesen-soziales/regionaldaten/index.html> (letzter Zugriff 02.08.2016)

Hauptziel:

Die Gesundheit und Lebensqualität älterer Menschen im Landkreis ist verbessert und die gesellschaftliche Teilhabe ist erhöht.

Mögliche Handlungs- und Wirkungsziele abgeleitet aus den Gesundheitszielen:

- Es sind gesundheitsförderliche und niedrigschwellige Angebote umgesetzt, die insbesondere vulnerable Gruppen beim Übergang von der Erwerbsphase in den Ruhestand unterstützen.
- Die gesundheitlichen Ressourcen und die Widerstandskraft älterer Menschen sind gestärkt, und ihre gesundheitlichen Risiken sind gemindert.
- Die körperliche Aktivität und Mobilität älterer Menschen hat sich verbessert.
- Ältere Menschen ernähren sich ausgewogen.
- Die Mundgesundheit älterer Menschen ist verbessert, insbesondere in stationären Pflegeeinrichtungen.
- Die psychische Gesundheit von pflegenden Angehörigen ist durch Stressbewältigungsprogramme erhalten geblieben.

Eine Maßnahme zur Zielerreichung könnte die Entwicklung von kommunalen Modellen zur bewegungsförderlichen und barrierefreien Gestaltung des Sozialraums sowie des Wohnraums sein. Ein gutes Beispiel für den ländlichen Raum ist das in Rheinland-Pfalz angesiedelte „Mannebacher Mobilitätsmodell Langes Leben im Dorf“.¹⁰⁸

5.2.4 Querschnittsthemen – Krebsprävention, Suchtprävention, Diabetesprävention, psychische Gesundheit und Gesundheitsförderung bei „Geflüchteten“

➤ **Krebsprävention**

Im Landkreis gibt es einen Arbeitskreis Onkologie, der einen Austausch aller relevanten Institutionen ermöglicht, die auf dem Gebiet der Krebsbehandlung tätig sind. Der AK sollte seine Aktivitäten im Bereich der Prävention intensivieren.

Krebserkrankungen sind immer noch mit 26 Prozent aller Todesfälle die zweithäufigste Todesursache.¹⁰⁹ In Deutschland erkranken etwa 395.000 Menschen jährlich an Krebs, überwiegend im Alter von über 60 Jahren. Nicht zuletzt aufgrund erheblicher Fortschritte in der Medizin beobachten wir seit 15 Jahren einen Rückgang der Krebssterblichkeit in Deutschland.

¹⁰⁸ <http://www.mannebach.vg-hosting.de/index.php/ct-menu-item-53> (letzter Zugriff 27.07.2016)

¹⁰⁹ <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen.html> (letzter Zugriff 20.06.2016)

Im Durchschnitt beträgt die sog. 5-Jahres-Überlebensrate etwa 55 Prozent – was einer Heilung weitgehend gleichkommt.

Neben modernen Behandlungsmethoden spielen Vermeidung (Prävention) und Früherkennung von Krebserkrankungen eine zentrale Rolle. Unterstützung und Beratung bei Krebserkrankungen sind ebenfalls wichtige Maßnahmen, um Heilungsprozesse zu fördern und die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern. Dabei müssen vor Ort eine Vielzahl von Akteuren aus Medizin, Gesundheits- und Sozialverwaltung, Krankenkassen und Selbsthilfe zusammenwirken, um optimale Bedingungen zu entwickeln.

Zahlreiche soziale Initiativen und Einrichtungen konnten in der Vergangenheit Erfahrung mit gesundheitsfördernden Maßnahmen sammeln, und im Landkreis Marburg-Biedenkopf existiert ein solides und gepflegtes Netzwerk von Selbsthilfeorganisationen, das ebenfalls ein wichtiger Partner in einem solchen Konzept sein muss.

Eine Reihe von ersten Untersuchungen durch das Nationale Zentrum für Tumorerkrankungen Heidelberg belegt, dass mehr Bewegung und gesündere Ernährung probate Mittel der Krebsprävention sein können.

➤ **Suchtprävention**

Im landkreisweiten Arbeitskreis „Suchtprävention“ werden im Rahmen seiner Netzwerktaetigkeit fachliche Handlungsempfehlungen und Strategien erarbeitet.

Allgemeine Ziele sind:

- Die Vermeidung und/oder Hinauszögerung des Einstiegs in den Konsum legaler und illegaler Drogen.
- Die Früherkennung und Frühintervention bei riskantem Konsumverhalten.
- Die Verringerung von Missbrauch und Sucht.

Es bestehen aber Entwicklungs- und Handlungsbedarfe durch zu wenige zielgruppenspezifische Präventionsangebote und gezielte Frühinterventionsstrategien.

Aufgabe: Unterstützung bei der Weiterentwicklung der Aktivitäten des AK in der Suchtprävention.

➤ **Diabetesprävention**

In Deutschland ist eine steigende Prävalenz beim Diabetes mellitus zu beobachten. Jeder 13. ist laut dem Deutschen Zentrum für Diabetesforschung e. V. bereits jetzt schon betroffen. Die Hauptursachen beim Typ-2-Diabetes sind unter anderem Erbanlage, Übergewicht und Bewegungsmangel.¹¹⁰ **Nach vorsichtiger Schätzung wären damit im Landkreis Marburg-Biedenkopf und in der Universitätsstadt Marburg ca. 18.000 Menschen davon betroffen.**

Aufgabe: Entwicklung von Strategien im Handlungsfeld „Übergewicht/Adipositas“ zur Verringerung der an Diabetes mellitus Typ-2 erkrankten Menschen im Landkreis.

➤ **Psychische Gesundheit**

Die Ursachen von psychischen Erkrankungen sind komplex und damit auch deren Verhinderung. Biologische, psychologische und soziale Ursachen, Burn-out-Syndrom, Depressionen und Essstörungen sind nur einige psychischen Erkrankungen, die sich unter Umständen verhindern ließen. Familienmitglieder von Betroffenen werden dabei selbst zu potenziellen Patienten. **Ein Haupthindernisgrund bei der Diagnose ist nach wie vor die Stigmatisierung der psychisch Erkrankten.**

Aufgabe: Entwicklung von flächendeckenden Unterstützungsangeboten für psychisch kranke Kinder und Erwachsene und deren Angehörige im Landkreis.

➤ **Gesundheitsförderung bei „Geflüchteten“ und „unbegleiteten minderjährigen Asylbewerbern“**

Es wird allgemein erwartet, dass ein großer Teil der in den letzten Jahren nach Deutschland gekommenen Flüchtlinge dauerhaft in Deutschland bleiben wird. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der damit einhergehenden Diskussion des „Fachkräftemangels in der Deutschen Wirtschaft“ ist diese Entwicklung nicht nur aus humanitären Gründen zu begrüßen. Es sollte sich daher in der Zukunft verstärkt dem Thema „Gesundheitsförderung von Flüchtlingen“ gewidmet werden, insbesondere von Familien.

Kurzfristig steht die akute medizinische Versorgung dieser Menschen im Vordergrund. Für die UMA wird die medizinische Versorgung durch § 40 im SGB VIII mit einem höheren Leistungsspektrum als für die anderen Flüchtlinge sichergestellt. Diese erhalten in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts in Deutschland spezielle Behandlungsscheine nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG §§ 4, §§6) durch das Sozialamt. Erfolgt nach dieser Wartezeit eine Aufenthaltsgestattung oder Aufenthaltserlaubnis, erhalten die Asylsuchenden gemäß § 264 Abs. 2 SGB V eine elektronische Gesundheitskarte der gesetzlichen Krankenkassen und haben fast den gleichen Leistungsanspruch wie gesetzlich Versicherte.

¹¹⁰ Quelle: <http://www.dzd-ev.de/index.html> (letzter Zugriff 25.07.2016)

Mittelfristig gewinnt damit die Gesundheitsförderung und Prävention als Beitrag zur Integration und gesundheitlichen Chancengleichheit einen höheren Stellenwert. Es gilt auf Basis von spezifischen Bedarfen, niedrigschwellige sowie kultursensible Angebote zu entwickeln und die Menschen hierbei einzubeziehen. Eine wichtige Rolle spielen dabei die vielen ehrenamtlichen Helfer im Landkreis Marburg-Biedenkopf und in der Universitätsstadt Marburg.

Ein gutes Praxisbeispiel könnten die im Hochtaunuskreis eröffneten interkulturellen Hebammencafés sein. Die über Landesmittel geförderten „Multikulti“-Cafés haben ihren Schwerpunkt auf Familien mit Säuglingen und Kleinkindern aus den umliegenden Flüchtlingsunterkünften gelegt.

6 Gesundheitsfördernde Maßnahmen

Die Bedarfe der im Sinne des Setting-Ansatzes geplanten Maßnahmen wurden anhand der Erkenntnisse aus epidemiologischen Studien, Gesundheitsberichten der GKV, Armutsstudien sowie Sozialberichterstattung und Demographieforschung ermittelt.¹¹¹ Weitere Maßnahmen werden im Laufe der Umsetzung des Projektes dazu kommen und sich auf Basis der Gesundheitsziele¹¹² nach den kleinräumigen Bedürfnisanalysen in unterschiedlichen Lebenswelten in den Gemeinden und Städten ausrichten.¹¹³

6.1 Bewegungs- und Ernährungsangebote für Männer im SGBII Leistungsbezug

Das gesundheitsfördernde Angebot soll im Stadtteil Richtsberg (bis 2010 im Programm „Soziale Stadt“) in Marburg implementiert werden.¹¹⁴

Das Angebot **richtet sich an interessierte männliche erwerbsfähige Leistungsberechtigte** zwischen 25 und 35 Jahren, unabhängig von ihrem derzeitigen Status (arbeitslos oder arbeitssuchend). Hierzu zählen auch Kunden, die an anderen zeitlich befristeten Arbeitsmarkt-Maßnahmen teilnehmen, eine Arbeitsgelegenheit durchführen oder in einer geringfügigen Beschäftigung sind. Kooperiert wird dabei mit der Praxis GmbH und die Steuerung erfolgt durch das KreisJobCenter Marburg-Biedenkopf.

Die Maßnahme soll in einer Kleingruppe mit bis zu 12 freiwilligen Teilnehmern für 11 Monate umgesetzt werden. Zentraler inhaltlicher Bestandteil ist ein gemeinsames Erleben von Bewegung und Ernährung mit Stärkung der Selbstwirksamkeit. Dabei werden nur 30 % der Inhalte vorgegeben. **70 % der Inhalte sollen partizipativ von der Gruppe erarbeitet und entschieden werden.** Zusätzlich soll jeder Teilnehmer eigene Ziele für eine Verhaltensänderung festlegen. Dadurch, dass Multiplikatoren ausgebildet werden, soll die Maßnahme nach Ende der Modellphase weitergeführt werden. Die organisatorische Umsetzung erfolgt durch einen Freien Träger, wie beispielsweise das Wohnernetzwerk für Soziale Fragen e.V. (BSF), welcher bereits Erfahrungen mit ähnlichen Angeboten hat

¹¹¹ Vgl. Kapitel 4.4

¹¹² Siehe Kapitel 5.1

¹¹³ Siehe Kapitel 4.2

¹¹⁴ Vgl. Kapitel 3.1

(Richtsberger Bewegungsangebote). Für die inhaltliche Gestaltung sollen entsprechende Fachreferenten auf Honorarbasis eingebunden sein.

Die Umsetzung soll ab 2019 erfolgen.

6.2 Unterstützung gesundheitsfördernder Strukturen und gesundheitsbegünstigender Lebensstile in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf in Marburg

Die gesundheitsfördernde Maßnahme soll in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf in Marburg, in denen überproportional viele Kinder/Familien in sozial benachteiligten Lebenslagen wohnen und die eine deutlich erhöhte Migrationspopulation aufweisen, angesiedelt werden. In den Marburger Stadtteilen Waldtal mit 1.362 Einwohnern, Stadtwald mit 1.415 Einwohnern und Richtsberg mit insgesamt 8.023 Einwohnern soll das modulare Konzept nach der Bedarfsanalyse in enger Koordination mit den Trägern der Gemeinwesenarbeit, Schulen und Kitas geplant und umgesetzt werden.

Träger der Maßnahme ist der Verein zur Förderung Bewegungs- und Sportorientierter Jugendsozialarbeit, bsj e.V., Marburg. **Die Steuerung** liegt beim Fachbereich Kinder, Jugend und Familie der Universitätsstadt Marburg.

Es haben Bedarfsanalysen in den drei Stadtteilen stattgefunden. So wurden beispielsweise Themen der Gesundheitsförderung in Gruppendiskussionen oder Zukunftswerkstätten thematisiert. Danach wurden das Konzept und die verschiedenen Module entwickelt. Nach dem Ende der Laufzeit wird es eine Auswertung sowie Evaluation der Maßnahmen geben. Angesetzt ist die gesamte Maßnahme auf 5 Jahre.

Die Ziele der Maßnahme beziehen sich beispielsweise auf die Einbeziehung der relevanten Lebenswelten der Kinder, die nachhaltige Verbesserung der gesundheitlichen Rahmenbedingungen im Stadtteil oder der Aufbau eines Multiplikatorensystems. Geplante Projekte sind u. a. Yoga für Frauen oder Jugendliche, Familienkochen oder Gärtnern mit Familien/Kindern.

Die folgenden drei Arbeitsschritte sind vorgesehen:

I. Bedarfsanalyse

Partizipative Bedarfsanalyse mit Akteuren und Bewohnern des Stadtteils und strukturelle Verankerung gesundheitsfördernder Maßnahmen:

- Öffnung und Erweiterung des Sozialraums für die Belange der Familien.
- Veränderungen im Wohnumfeld aufgrund von Erhebungen, Befragungen und Sozialraumanalysen. Kinder und ihre Eltern sollen an allen Planungen und Umsetzungen aktiv beteiligt sein. Der gefahrenfreie Sozialraum soll zu vielfältigen und elementaren Bewegungsformen anregen.

II. Konzept

Hauptziele

1. Persönliche Quellen gesundheitsfördernder Lebensstile werden identifiziert, vorhandene Ressourcen im unmittelbaren Lebens- und Sozialraum freigelegt.

2. Förderung der Ressourcen und Beteiligungsmöglichkeiten der Familien und Erweiterung der Selbsthilfepotenziale im Sinne einer nachhaltigen Gesundheitsförderung.
3. (Strukturbildende) Maßnahmen sorgen für eine nachhaltige Bewegungspraxis bei Kindern.
4. Stärkung der familiären Kompetenzen: Familien vernetzen sich und tragen Verantwortung für eine gesunde Entwicklung im Stadtteil. Eltern bilden sich z. B. ökotrophologisch fort und unterstützen andere Familien.
5. Gesundheitslotsen-System aufbauen: Ausbildung von Multiplikatoren, die Lotsen in das bestehende Gesundheitssystem einführen, sowie die Vermittlung in Präventionskurse.

III. Maßnahmenmodule entwickeln

Bewegungsförderung

Bewegungskonzepte entwickeln und erproben, welche die Selbstbildungspotenziale, die selbsttätige Aneignung und angemessenen Form einer auch spielerischen Welterkundung im Prozess der Selbst- und Weltkonstruktion in den Mittelpunkt stellen.

Gesunde Ernährung

Zugänge zur gesunden Ernährung u. a. durch kulturübergreifende gärtnerische Tätigkeiten: Ort der Begegnung für Menschen verschiedener Kulturen, von Alt und Jung sowie gemeinschaftliches Handeln in kultureller Vielfalt (Thematisierung ernährungs- und gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen).

Aufbau eines Gesundheitslotsen-Systems

Förderung von Zugängen ins Gesundheitssystem:

- Gesundheitslotsen als Brücke ins medizinische System und Entstehung eines „Gesundheitsnetzwerks“
- Gesundheitsschulungen
- Angebote von Präventionskursen aufbauen
- Teilnahme an öffentlichen Präventionskursen

Die Umsetzung soll ab 2019 erfolgen.

6.3 Gesundheitsförderung im Familienzentrum „Kindertagesstätte Regenbogen“ in Neustadt/Hessen / Quartier „Stadtkern“

Der Magistrat der Stadt Neustadt (Hessen) betreibt das Familienzentrum „Kindertagesstätte Regenbogen“. Das Familienzentrum liegt in dem durch das Bundesprogramm „Soziale Stadt“ geförderten Stadtteil „Stadtkern“.¹¹⁵ Die bisherigen Angebote des Konzeptes im Familienzentrum richten sich an alle Menschen von 0- 99 Jahren in ihren unterschiedlichen Lebenslagen- und -situationen. Die zentral im Quartier gelegene Einrichtung bietet einen guten Standort für die verschiedensten Akteure mit ihren niedrigschwelligen Angeboten. Geplant ist in unmittelbarer Nähe zum bisherigen Standort ein neues Familien- und Generationszentrum bis 2020 zu bauen, um die Angebotspalette erweitern zu können. Gesundheitsförderung soll als zentrale Aufgabe der Kommune ein wichtiger Bestandteil in der konzipierten Gesamtstrategie des Familienzentrums werden. Beteiligt werden soll auch hier wieder der

¹¹⁵ Vgl. Kapitel 3.1

Verein zur Förderung Bewegungs- und Sportorientierter Jugendsozialarbeit, bsj e.V., der bereits verschiedene andere Maßnahmen vor Ort umsetzt.

Familienzentren Zitat: *»... entwickeln effektive und vielfältige Kooperationen zwischen Erziehung, sozialer Arbeit, Gesundheitsförderung, kommunalen Diensten sowie anderer Menschen, die im Dienste der Bildungsförderung stehen... tragen besonders Sorge dafür, dass soziale Inklusion und Nicht-Ausgrenzung beachtet werden. Das gilt für sozioökonomisch wenig privilegierte Personen, aber auch für Menschen mit Migrationshintergrund oder mit speziellen Bedürfnissen...«.*¹¹⁶ Familienzentren können damit einen Beitrag zu den Gesundheits- und Bildungschancen von Menschen in einer schwierigen sozialen Lebenslage leisten.

Das Gesundheitsamt führte 2017/18 in Kooperation mit der HAGE eine Bedürfnisanalyse mittels leitfadengestützter Interviews bei Nutzer*innen und Mitarbeiter*innen des Familienzentrums durch. Hauptzielgruppe waren Alleinerziehende und junge Familien, die in die konzeptionelle Ausgestaltung eines Gesundheitsmoduls einbezogen werden. Neu entstehende niedrigschwellige Maßnahmen sollen bestehende Angebote im Sinne einer Präventionskette ergänzen. Das Modul zur Gesundheitsförderung und Prävention mit Schwerpunkt auf dem lebensweltlichen Ansatz wurde vom bsj 2018 entwickelt und soll ab 2019 ebenfalls mit Mitteln aus dem Präventionsgesetz umgesetzt werden. Das Gesundheitsmodul fließt mit in die Gesamtkonzeption des Familienzentrums ein.

Die Steuerung liegt beim Magistrat der Stadt Neustadt und dem Gesundheitsamt des Landkreises Marburg-Biedenkopf.

Weitere Ziele des Vorhabens sind:

- Je nach Bedarf werden für die themenspezifischen Fachberatungen externe Akteure einbezogen.
- Das Gesundheitsmodul im Familienzentrum „Kindertagesstätte Regenbogen“ leistet einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitschancen der Menschen im Quartier „Stadtkern“.
- Die Maßnahme wird im Förderzeitraum in weitere Familienzentren im Landkreis übertragen.

Die Umsetzung soll ab 2019 erfolgen.

6.4 Trinkbrunnen in der Lebenswelt Schule

Die Aktion „Trinkbrunnen an Schulen im Landkreis Marburg-Biedenkopf und in der Universitätsstadt Marburg“ als gesundheitsfördernde Maßnahme beinhaltet die Installation von Trinkbrunnen an zuvor ausgewählten Schulen innerhalb des Landkreises und der Universitätsstadt. Sie gliedert sich in die gemeinsame Gesamtstrategie des Landkreises und der Stadt Marburg „Gesundheit fördern -Versorgung stärken“ ein.

¹¹⁶ Kobelt Neuhaus, Karl-Kübel-Stiftung, Kinder- und Familienzentren: Bildungspartner für Kinder und Familien und Quellen für exzellente frühe Entwicklung, Vortrag in Gießen, 2011

Die Installation von Trinkbrunnen an Schulen im Landkreis Marburg-Biedenkopf und der Universitätsstadt Marburg wurde von den Rotary Clubs Marburg, Marburg Schloss und Wetter seit 2017 finanziert und über „Marburg hilft“ abgewickelt. Die Finanzierung umfasst die Summe für einen Trinkbrunnen in der Stadt Marburg und für sechs Trinkbrunnen im Landkreis. Bislang wurde in der Käthe-Kollwitz Schule ein Trinkbrunnen installiert. In den Osterferien 2018 wurden innerhalb des Landkreises drei weitere Trinkbrunnen an Grundschulen installiert (Amönau, Weidenhausen und Biedenkopf). Die in den Grundschulen installierten Trinkbrunnen sollen eine nachhaltige Nutzung fördern und die Skepsis gegenüber Trinkbrunnen abbauen. Darüber hinaus ist es die Aufgabe der Lehrkräfte, den gesundheitlichen Aspekt des Themas „Trinkbrunnen“ an die Schüler*innen heranzutragen – nicht nur an Schulen an denen neue Trinkbrunnen installiert werden, sondern auch an Schulen, an denen es bereits Trinkbrunnen gibt.

Zusätzlich konnten Trinkflaschen für die Schüler*innen und pädagogisches Unterrichtsmaterial an den beteiligten Grundschulen verteilt werden.

Die Umsetzung wurde 2018 begonnen und soll 2019 weitergesetzt werden.

6.5 Seele in Bewegung

In Kooperation mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst des Landkreises Marburg-Biedenkopf wurde das Konzept „Seele in Bewegung“ entwickelt. Es richtet sich an Frauen und Kindern mit Migrationshintergrund.

Insgesamt beinhaltet das Konzept zwei Module. Eines davon ist ein Gruppenangebot für geflüchtete Frauen in Bezug auf deren seelische Gesundheit, als Beitrag zur Gesundheitsförderung und Prävention. Das weitere Modul richtet sich explizit an deren Kinder und ist ein psychomotorisches Angebot mit Blick auf Bewegungs- und Resilienzförderung.

Die beiden Module finden in kooperierenden Familienzentren in Dautphe und im Stadtteil Waldtal in Marburg statt, so dass ein niedrighschwelliger Zugang für die Frauen und Kinder gewährleistet wird. Beide Module gehen aus bereits erprobten Pilotprojekten hervor. Das Gruppenangebot für geflüchtete Frauen orientiert sich an dem Manual „Gesundheits-Teergarten“, das im Rahmen einer Abschlussarbeit am Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg entwickelt und unter anderem im Rahmen des Angebotes der Sozialpsychiatrischen Flüchtlingshilfe Marburg-Biedenkopf (SoFhi) umgesetzt wurde.

Das Angebot „Seele in Bewegung“ ist das erste gemeinsame Präventionsprojekt der Gesetzlichen Krankenkassen in Hessen und wird für drei Jahre gefördert.

Die Umsetzung erfolgt seit Oktober 2018.

7 Kommunale Impfstrategie

Impfungen zählen zusammen mit sauberem Trinkwasser zu den wirksamsten vorbeugenden Maßnahmen in der Bevölkerungsmedizin.

Deutschland, Hessen und auch der Landkreis Marburg-Biedenkopf hat zu geringe Durchimpfungsraten. Daten der Schuleingangsuntersuchungen der Jahre 2012- 2016 des Landkreises Marburg-Biedenkopf zeigen, dass die Durchimpfungsraten bei einigen Impfungen gesunken sind-sie liegen inzwischen sogar unter dem Hessenschnitt. Das Ziel einer 95 %-igen Impfrate bei der Masernimpfung wird auch im Landkreis Marburg-Biedenkopf bisher verfehlt. Auch der Anteil der Kinder, für die bei der Einschulungsuntersuchung kein Impfbuch vorgelegt wird, ist im Zeitraum bis 2016 von 5,7 % auf 7,6 % gestiegen.

Die kommunale Impfstrategie basiert auf

- I. dem Hessischen Gesetz zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes für Kinder § 2 Teilnahme an empfohlenen Schutzimpfungen: vor Aufnahme in eine Gemeinschaftseinrichtung ist durch eine ärztliche Bescheinigung nachzuweisen, dass das Kind alle seinem Alter und Gesundheitszustand entsprechenden öffentlich empfohlenen Schutzimpfungen erhalten hat oder die Personensorgeberechtigten müssen schriftlich erklären, dass sie eine Zustimmung nicht erteilen.
- II. dem HGöGD Hessischen Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst § 10: die Gesundheitsämter führen bei allen Kindern vor Schuleintritt eine ärztliche Schuleingangsuntersuchung durch, zu der auch die Überprüfung des Impfstatus gehört. Bei fehlenden Impfungen wird eine Impfpflicht für den behandelnden Kinder- und Jugendarzt ausgestellt.
- III. HGöGD § 6 Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten: (2) Die Gesundheitsämter wirken auf einen ausreichenden Impfschutz der Bevölkerung hin und fördern die Durchführung öffentlich empfohlener Impfungen. Die Gesundheitsämter führen Impfungen selbst durch, um auf das Schließen von Impflücken hinzuwirken sowie in den Fällen, in denen es aus Gründen des Bevölkerungsschutzes geboten ist. Die Gesundheitsämter beobachten und bewerten die Impfsituation in der Bevölkerung.
- IV. der zukünftigen hessischen Landesimpfstrategie („Integrierten Landesimpfstrategie“ ILIS des Hessischen Sozialministeriums)
Folgende Module sind Planung:
 - a. Intensivierte Impfberatung durch die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste (KJGD) der Gesundheitsämter bei der Schuleingangsuntersuchung, Verwendung landeseinheitlicher Beratungsblätter mit Impfpflichtempfehlungen, die den Gesundheitsämtern vom HMSI zur Verfügung gestellt werden.
 - b. Impfbuchkontrollen in den Schulen verbunden mit Impfinformation durch den KJGD

Die Impfpflichtempfehlungen für Deutschland werden von der ständige Impfkommision (STIKO) entwickelt und berücksichtigen sowohl den Nutzen für das geimpfte Individuum als auch für

die gesamte Bevölkerung¹¹⁷. Die aktuellen Empfehlungen werden jährlich im Juli veröffentlicht.¹¹⁸

Impfberatung und Impfungen führen vorrangig die ambulant tätigen Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte durch, aber auch Frauenärztinnen und -ärzte, Betriebsärztinnen und -ärzte und weitere Ärztinnen und Ärzte.

Das Gesundheitsamt des Landkreises Marburg-Biedenkopf bietet eine persönliche Impfberatung jeden Montag von 12:30 – 13:30 Uhr an. Das Impfbuch ist mitzubringen. Eine Voranmeldung ist nicht erforderlich.

*Impfungen können von allen Ärzten*innen vorgenommen werden. Hauptsächlich sind jedoch Kinderärzte und Hausärzte hierfür ansprechbar.*

8 Fort- und Weiterbildungen (Multiplikatorenkonzept)

Die Qualitätsentwicklung ist ein zentraler Bestandteil beim Aufbau der Präventionskette. Eine der damit verbundenen Aufgaben der Koordinierungsstelle ist die Entwicklung von Curricula für die Fort- und Weiterbildungen von Multiplikatoren.

Der entsprechende Qualifizierungsbedarf von Multiplikatoren soll innerhalb der Netzwerkstruktur eruiert und immer wieder neu in den Curricula angepasst werden. Die Umsetzung erfolgt unter anderem in Abstimmung mit den externen Kooperationspartnern, da deren Know-how auf diesem Gebiet eine wichtige Unterstützung darstellt.

Ziele von Qualifikationen sind:

- Qualitätsstandard in der Projektplanung und -umsetzung zu etablieren.¹¹⁹
- Institutionen und deren Mitarbeiter zu motivieren, in ihren Einrichtungen verstärkt gesundheitsförderliche Projekte durchzuführen und sie hierbei durch die Koordinierungsstelle zu unterstützen.

Die Teilnehmer*innen von Fort- und Weiterbildungen werden befähigt gesundheitsförderliche Praxisangebote zu konzipieren und umzusetzen sowie bestehende Angebote weiterzuentwickeln.

¹¹⁷ Quelle: Harder T. et al, „Die neue Standardvorgehensweise der Ständigen Impfkommission (STIKO): Entstehung, Struktur und Umsetzung“ im Bundesgesundheitsblatt 2019 62:392–399

¹¹⁸ Siehe unter: https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Impfempfehlungen_node.

¹¹⁹ Vgl. Kapitel 8

Hierfür ist es notwendig, vorhandene Basiskompetenzen zu fördern und fehlende Fachkenntnisse bei Multiplikatoren zu vermitteln.

So ist das Weiterbildungskonzept des Arbeitskreises „Gesundheitsförderung an Schulen“ Teil des Multiplikatorenkonzeptes.

Die Entwicklung von Fort- und Weiterbildungskonzepten und deren Umsetzung sind als wichtiger Beitrag zur Qualitätssicherung notwendig. Hierzu gehört auch die Akquise von Ressourcen.

Entsprechende Dienstleister könnten in diesem Zusammenhang die HAGE -Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. und das Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V. in Frankfurt sein.

9 Qualitätsmanagement nach anerkannten Standards

„Nicht alles, was zählt, kann gezählt werden, und nicht alles, was gezählt werden kann, zählt.“ (Albert Einstein)

Die für die Entwicklung eines Handlungskonzeptes notwendigen Schritte sind in einen kontinuierlichen Qualitätssicherungsprozess eingebunden.

In der Primärprävention besteht nach wie vor ein Nachholbedarf an wissenschaftlichen Instrumenten zum Wirkungsnachweis anhand von messbaren Kennzahlen von Maßnahmen. **Dennoch erhebt das vorliegende Konzept den Anspruch, mittels bestehender Instrumente die Qualitätsentwicklung von Interventionen in allen Qualitätsdimensionen (Konzept-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) sichtbar zu machen.**

Daher braucht es zum einen Instrumente, welche bei der Bevölkerung und in den verschiedenen Settings die angestoßenen Veränderungsprozesse aufzeigen können. Zum anderen werden Evaluationsmethoden benötigt, welche langfristige Entwicklungen messen können.¹²⁰ Dafür sind zusätzliches Fachwissen und finanzielle Ressourcen notwendig. Kooperationserklärungen liegen bereits seitens der Philipps-Universität Marburg (Zentrum für Methodenwissenschaften und Gesundheitsforschung sowie Institut für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie), der Justus-Liebig-Universität Gießen (Lehrstuhl für Wirtschaftslehre des Privathaushalts und Familienwissenschaft), der Deutschen Sporthochschule Köln (Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaft) und der HAGE -Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. vor.

¹²⁰ Vgl. Kapitel 8.1

9.1 Evaluationsplanung

Die Evaluationsplanung wird schrittweise erfolgen und die verschiedenen Handlungsebenen umfassen. Ziel ist es, anhand der Konzept/Planungs-, Struktur- und Ergebnisqualität die Umsetzung des integrierten kommunalen Handlungskonzepts im Rahmen einer Begleitforschung zu bewerten und es weiterzuentwickeln.

Der Lehrstuhl für Wirtschaftslehre des Privathaushalts und Familienwissenschaft der Justus-Liebig-Universität wird eine Studie zur Kosten-Nutzen-Analyse bei den drei bereits geplanten gesundheitsfördernden Maßnahmen entwickeln und durchführen.¹²¹

In der Zusammenarbeit mit der Deutschen Sporthochschule Köln sowie weiterer Universitäten und Hochschulen sollen bestehende Instrumente weiterentwickelt werden, die die folgenden drei Ergebnisparameter darstellen können:

1. Output (quantitative Produkte und Leistungen)
2. Outcome (Wirkungen auf die Zielgruppen)
3. Impact (Wirkung auf Strukturen oder soziale Systeme)¹²²

Die deutsche Sporthochschule Köln wird für die drei lebensphasenbezogenen Arbeitskreise „Gesund aufwachsen“, „Gesund bleiben“ und „Gesund altern“ eine Grobkonzept zur Evaluation dieser entwickeln. Die Evaluation erfolgt auf der Netzwerk- als auch Maßnahmenebene sowie auf der Ebene der Zielgruppe.

Die in Kapitel 3.3 überprüfbaren Smart-Ziele und die Gesundheitsziele in Kapitel 5.1 sind wichtige Indikatoren für die Entwicklung des Prozesses. Sie ermöglichen die Bewertung von Maßnahmen (Social Return on Investment). Die vorgesehene kontinuierliche Gesundheits- und Sozialberichterstattung ermöglicht die langfristige Überprüfung der Effekte des integrierten Handlungskonzeptes. Die Grundlage ist eine konsequente Dokumentation des gesamten Entwicklungsprozesses.

¹²¹ Vgl. Kapitel 6.1 bis 6.3

¹²² Siehe auch Abb. 9

Im Folgenden werden weitere mögliche Qualitätsinstrumente und Qualitätsanforderungen angedeutet, welche als Indikatoren bei einer Evaluation eingesetzt werden können.

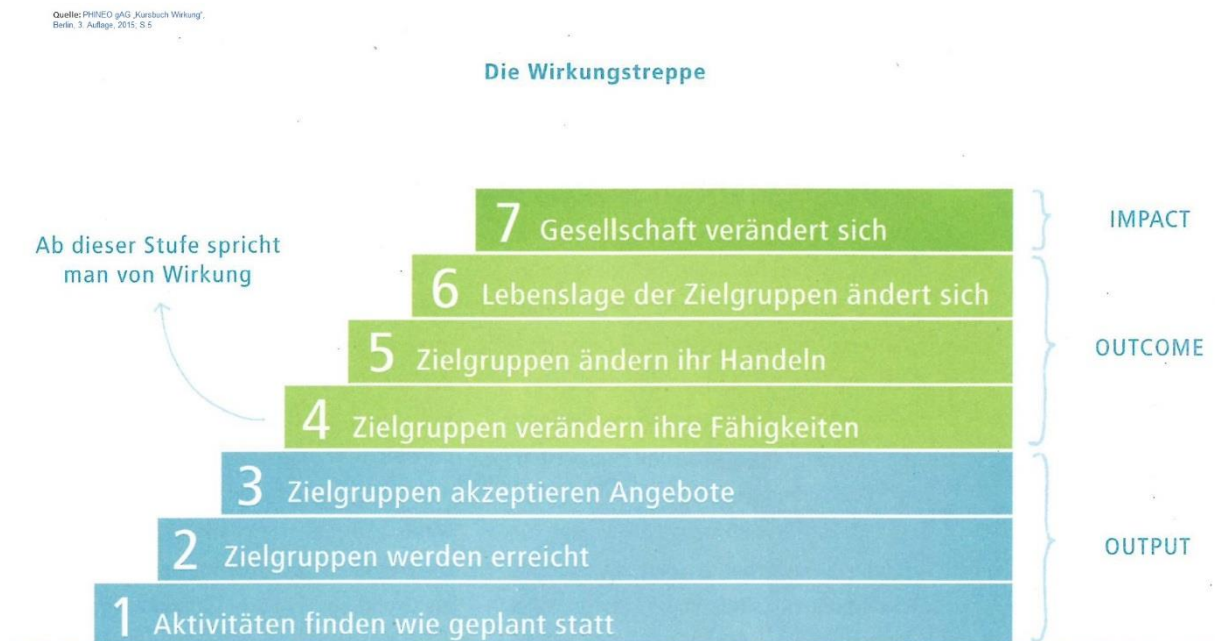


Abb. 9

➤ **Leitfaden Prävention GKV-Spitzenverband¹²³**

Der Leitfaden in der jeweiligen aktuellen Fassung ist das zentrale Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung der Krankenkassen in der Primärprävention. In ihm werden die Ansätze und Zugangswege nach denen sich geförderte Maßnahmen richten müssen, beschrieben. Dies umfasst Interventionen der Verhaltens- und Verhältnisprävention.

➤ **Partizipative Qualitätsentwicklung (PQ)¹²⁴**

Durch den PQ-Ansatz erfährt die Stakeholder-Perspektive somit eine deutliche Stärkung. Nicht zuletzt entspricht dies einer Forderung im Leitfaden „Prävention“ des GKV-Spitzenverbandes. PQ gibt insbesondere Antworten auf zwei Schlüsselfragen der sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung. Zum einen: Wie erreiche ich die Zielgruppe? Zum anderen: Wie kann ich die Wirkung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen erhöhen und sichtbar machen?

Die Webseite „Partizipative Qualitätsentwicklung“¹²⁵ bietet zahlreiche Methoden für alle Phasen des Aktionszyklus.¹²⁶

➤ **Qualitätskriterien des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit¹²⁷**

¹²³ Leitfaden „Prävention“ in der Fassung von 2018

¹²⁴ Wright, M. (Hrsg.) „Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention“; 2010

¹²⁵ Quelle: <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/> (letzter Zugriff 25.07.2016)

¹²⁶ Vgl. Kapitel Einleitung

¹²⁷ Quelle: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/> (letzter Zugriff 25.07.2016)

Die Qualitätskriterien des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit sind eine Zusammenstellung fachlicher und struktureller Qualitätskriterien. Sie stellen eine Basis für eine gute Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten dar und helfen, diese zu identifizieren. Sie orientieren sich an den Ressourcen und Belastungen von Zielgruppen und dienen der Qualitätsentwicklung. Die Kriterien basieren auf dem Konzept von Gesundheitsförderung der WHO, die Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen auf allen Ebenen stärken will. Die Kriterien wurden in einer praxisnahen Beschreibung 2016 veröffentlicht. Sie werden diesem Konzept und dessen Umsetzung zugrunde gelegt.¹²⁸

➤ **Quint-essenz¹²⁹**

Quint-essenz ist ein Qualitätssystem für Maßnahmen der Primärprävention: Es bietet sowohl eine Toolbox, als auch ein Nachschlagewerk auf der entsprechenden Internetseite an. Es kann aber auch als online Projektmanagement-Tool oder auch als Community-Plattform genutzt werden. Das Online-Tool ermöglicht es, eigene Maßnahmen zu hinterlegen und mit anderen zu verwalten.

9.2 Zertifizierungsverfahren für Gemeinden und Städte im Landkreis

Eine der zentralen Fragen bei der Umsetzung des integrierten Handlungskonzeptes ist: „Wie gelingt die Einbeziehung der Gemeinden und Städte im Landkreis Marburg-Biedenkopf?“

Die bereits im Kapitel 3.5 erwähnten regionalen Informationsveranstaltungen sind ein möglicher erster Lösungsschritt. Für eine nachhaltige Einbindung wird die Entwicklung eines Zertifizierungsverfahrens für Gemeinden und Städte angestrebt, wie es beispielsweise im Landkreis Reutlingen entwickelt wurde.¹³⁰

Gemeinden und Städte könnten eine Auszeichnung erhalten, wenn sie vordefinierte Qualitätskriterien umgesetzt haben und vor Ort in einen Entwicklungsprozess im Bereich der Gesundheitsförderung eingestiegen sind. Dazu könnte ein Gemeinderatsbeschluss ebenso gehören, wie ein lokaler Arbeitskreis. Das Verfahren soll mit dem Kernteam und dem Beirat der Initiative „Gesundheit fördern – Versorgung stärken“¹³¹ entwickelt und in den dortigen Strukturen angedockt werden.

10 Gesetzliche Grundlagen

Das am 18.06.2015 vom Deutschen Bundestag verabschiedete Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention **§ 20 SGB V Primäre Prävention und Gesundheitsförderung (PrävG)** beinhaltet folgende Kernpunkte, welche für die Umsetzung des Präventionsplanes relevant sind:

- Einbeziehung der Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung

¹²⁸ Siehe „Kriterien für gute Praxis in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung“

¹²⁹ Quelle: <https://www.quint-essenz.ch/de/> (letzter Zugriff 25.07.2016)

¹³⁰ Siehe auch Leitfaden Prävention - Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes; 2018, Seite 33 und <http://www.kreis-reutlingen.de/kgk/Gesunde-Gemeinde-Gesunde-Stadt> (letzter Zugriff 18.01.2018)

¹³¹ Vgl. Kapitel 2.1

- Perspektive ist eindeutig auf die Lebenswelten und die Primärprävention ausgerichtet, insbesondere auf die Lebenswelt „Kommune“
- Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten als Aufgabe der Krankenkasse (SGB V § 1)
- Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Besonderheiten (SGB V § 2b)
- Stärkung der Selbsthilfe
- Weg von der Vielzahl unverbundener Projekte – hin zu einem Präventionskonzept
- Qualitätsgesicherte Angebote in die Regelversorgung integrieren
- Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemäß § 20f SGB V
- Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention)
- Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns (Gesundheitsförderung)
- Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen
- Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen fest

Zu erbringendes Leistungsspektrum:

- Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention
- Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) nach § 20b
- Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte nach § 20a

Ein besonderer Punkt im PräVG ist die Möglichkeit von Modellvorhaben (§ 20g SGB V). Dort steht Zitat: »... Die Leistungsträger nach § 20d Absatz 1 und ihre Verbände können zur Erreichung der in den Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 festgelegten gemeinsamen Ziele einzeln oder in Kooperation mit Dritten, insbesondere den in den Ländern zuständigen Stellen nach § 20f Absatz 1, Modellvorhaben durchführen...«.

Die im Gesetz vorgeschriebene Bundesrahmenempfehlung sowie die Landesvereinbarung zwischen den Krankenkassen/-verbänden, der Unfallversicherung, der Deutschen Rentenversicherung und dem Land Hessen liegen bereits vor und wurden bei der Erstellung des vorliegenden integrierten Handlungskonzeptes berücksichtigt.

Die drei genannten Lebensphasen „Gesund aufwachsen“, „Gesund bleiben – Mitten im Leben“ und „Gesund altern“ im Setting der nichtbetrieblichen Lebenswelten aus der Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung des Präventionsgesetzes in Hessen vom 01.04.2016 bilden eine der inhaltlichen Grundlagen für das Konzept und wurden durch die Gesundheitsziele für die Region ergänzt.

Im aktuellen **Leitfaden Prävention des GKV Spitzenverbandes** findet sich unter dem Setting-Ansatz ein eigenes Kapitel zur Gesundheitsförderung in der Kommune.¹³² Die Kommune wird darin als ein besonders geeignetes Umfeld für Maßnahmen angesehen. Zum einen können hier alle Bevölkerungsgruppen erreicht werden und zum anderen wird den Kommunen eine besondere Verantwortung bei der Steuerung der Entwicklungsprozesse zugesprochen. Des Weiteren erklären sich die gesetzlichen Krankenversicherungen grundsätzlich bereit, auf Basis der zuvor genannten „Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung“, sich an einer Intensivierung der Zusammenarbeit in der Primärprävention vor Ort zu beteiligen.¹³³ Im Leitfaden werden als Kriterien für die Zusammenarbeit unter anderem die Einbettung von Maßnahmen in eine Gesamtstrategie, die explizite Benennung von „Gesundheit“ als Ziel und die Schaffung von Koordinierungs- und Umsetzungsstrukturen genannt. Diese Kriterien entsprechen in großen Teilen den bereits 2013 vom **Deutschen Landkreistag** gestellten Forderungen zur **„Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes“**.¹³⁴

Das **Hessische Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (HGöGD)** unterstreicht im §1 Absatz 2 und im folgenden §7 die koordinierende Rolle der Gesundheitsämter in der Prävention und Gesundheitsförderung und macht sie zu deren Pflichtaufgabe. Allerdings besteht keine Verpflichtung, einen Präventionsplan oder ein integriertes Handlungskonzept zu entwickeln.

11 Dokumentation, Öffentlichkeitsarbeit und Fundraising

Die Dokumentation der Umsetzung des Handlungskonzeptes ist nicht nur für die Qualitätsentwicklung von großer Bedeutung, sondern auch für die Öffentlichkeitsarbeit und das Fundraising. **Derzeit ist geplant, jährlich auf der Präventionskonferenz die bisherigen Aktivitäten und deren Ergebnisse zu berichten.**

Damit das integrierte Handlungskonzept nachhaltig weiterentwickelt werden kann, ist zum einen eine Öffentlichkeitsarbeit in Form von öffentlichen Veranstaltungen, Presseartikeln, Beiträgen auf den Websites des Landkreises und der Universitätsstadt Marburg und weiterer Medien notwendig. **Beispielsweise über die für alle Bürgerinnen und Bürger kostenlos zur Verfügung gestellte Zeitung „Mein Landkreis“ und die Internetseite www.mein-marburg-biedenkopf.de** Dies stellt die notwendige Transparenz und Unterstützung der Bevölkerung sowie der politischen Gremien sicher.

Darüber hinaus finden regelmäßig Teilnahmen an Fachveranstaltungen statt, bei denen das Vorgehen bei der Umsetzung des Präventionsplanes auch anderen Landkreisen und Städten vorgestellt wird.

Das Ressourcenmanagement und Fundraising ist eine wichtige Voraussetzung für eine umfassende Umsetzung von Maßnahmen innerhalb des integrierten Handlungskonzeptes. Das Sieben-Phasen-Modell der systematischen Marketingkommunikation ist hierfür

¹³² Vgl. „Leitfaden Prävention Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes; 2018“, Seite 19 ff und 31 ff

¹³³ Siehe auch „Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV 2013- 2018“; 2012; Seite 2

¹³⁴ Quelle: <http://www.landkreistag.de/publikationen/positionspapiere.html> (letzter Zugriff 20.06.2016)

handlungsleitend, da es sich auf Non-Profit-Organisationen übertragen lässt und eine systematische Vorgehensweise ermöglicht.¹³⁵

Dokumentation, Öffentlichkeitsarbeit und Fundraising sind fester Bestandteil der Aktivitäten.

¹³⁵ Vgl. Wolfgang Kroeber, Arbeitspapier „Sozial Marketing, Institut für angewandte Kommunikation, 2015, Seite 93 ff.

12 Literaturverzeichnis

- Alfons Holleder (Hrsg.) „Gesundheit von Arbeitslosen fördern“; Fachhochschulverlag; 2009
- Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V, 2016
- Christa Böhme et al. (Hrsg.); „Handbuch Stadtplanung und Gesundheit“, Huber Verlag, 2012
- Gesundheit21: Eine Einführung zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO, 1998
- Gesundheitsbericht Hessen „Gesund Leben-Gesund Bleiben“, Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, 2016
- Harder T. et al., „Die neue Standardvorgehensweise der Ständigen Impfkommission (STIKO): Entstehung, Struktur und Umsetzung“ im Bundesgesundheitsblatt 2019 62: S.392–399
- Hiltrud von Spiegel (Hrsg.): Jugendarbeit mit Erfolg. Arbeitshilfen und Erfahrungsberichte zur Qualitätsentwicklung und Selbstevaluation. Ein Modellprojekt des Landesjugendamtes Münster, Votum Verlag 2000
- Jutta Aumüller et al., „Die Aufnahme von Flüchtlingen in den Bundesländern und Kommunen Behördliche Praxis und zivilgesellschaftliches Engagement“, Robert Bosch Stiftung, 2015
- Karin Schreiner-Kürten et al., „Modellprojekt zur Verknüpfung von Arbeits- und Gesundheitsförderung im Setting Gesamtbericht zur Evaluation“, 2016
- Katharina Mahne, Julia K. Wolff, Julia Simonson & Clemens Tesch-Römer (Hrsg.), „Alter im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey“, 2016
- Kimmo Leppo et al. in “Health in All Policies Seizing opportunities, implementing policies”, 2013
- Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland“ Robert Koch Institut, 2008
- Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015
- Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemäß § 20f SGB V im Land Hessen (LRV Hessen)“, 2016

- Leitfaden Prävention - Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes, 2018
- Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV 2013-2018“, 2012
- Regionaler Gesundheitsreport 2014; Landkreis Marburg-Biedenkopf, KV Hessen und Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
- Reimann, Böhme & Bär in „Mehr Gesundheit im Quartier“, Deutsches Institut für Urbanistik, 2010
- Richter-Kornweitz, A. / Utermark, K.: Werkbuch Präventionskette. Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen (Hrsg.), 2013
- Rolf Reul und Franziska Günther, „Migrantenselbstorganisationen als Partner in der Gesundheitsförderung“ in Migration und Soziale Arbeit, 2013, Heft 4
- Rosenbrock, R./Kümpers, S.: „Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit und Gesundheitschancen“ in Richter, M./ Hurrelmann, K.: „Gesundheitliche Ungleichheit“, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2006
- WHO Regionalbüro für Europa; „Gesundheit 2020 Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert“, 2013
- Wolfgang Kroeber, Arbeitspapier „Sozial Marketing“, Institut für angewandte Kommunikation, 2015
- Wright, M. (Hrsg.) „Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention“, 2010