



Handlungsleitfaden zur bedarfsorientierten Einführung nachhaltiger kommunaler Gesundheitsförderung

Auf Basis des Reifegradmodells für Kommunen

Dezember 2022

Dieser Handlungsleitfaden ist im Rahmen des Projekts münster.land.leben – Teilvorhaben 3 “Healthy Lifestyle Community” an der FH Münster entstanden. Das Projekt ist Teil der Förderinitiative “Innovative Hochschule” und wurde durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie die Gemeinsame Wissenschaftskonferenz gefördert.

Ein besonderer Dank gilt den Pilotkommunen, die im Projekt mitgewirkt und maßgeblich dazu beigetragen haben, dass die hier vorgestellten Erkenntnisse gewonnen werden konnten.

Projektleitung: Prof. Dr. Heike Englert

Projektteam: Corinna Anand, Muriel Buck, Sarah Hussain, Christian Köder, Ragna-Marie Kranz, Teresa Luig, Nora Schoch

Autor*innen: Teresa Luig, Nora Schoch, Muriel Buck, Christian Köder

Bei fachlichen Fragen wenden Sie sich bitte an:

FH Münster

Prof. Dr. Heike Englert

Fachbereich Oecotrophologie · Facility Management

Corrensstraße 25

48149 Münster

Tel: 0251 83-65443

Fax: 0251 83-65496

E-Mail: englert@fh-muenster.de

Inhaltsübersicht

1	Einführung	1
2	Die Kommune als Ort für Gesundheitsförderung	2
3	Der Lebensstil als Schlüssel für ein gesundes Leben	4
4	Schritte zur Einführung nachhaltiger Maßnahmen der Gesundheitsförderung	6
4.1	Analyse der Ausgangssituation	6
	Schritt 1: Recherche	8
	Schritt 2: Interviews mit Bürgermeister*in	8
	Schritt 3: Austauschformat mit lokalen Akteur*innen	11
	Schritt 4: Bürger*innen-Befragung	11
4.2	Ableitung bedarfsorientierter Maßnahmen	14
4.3	Evaluation	17
4.4	Verstetigung	17
5	Quellen	18

1 Einführung

Der Handlungsleitfaden zur bedarfsorientierten Einführung nachhaltiger kommunaler Gesundheitsförderung soll kommunale Akteur*innen, Gesundheitsbeauftragte, -manager*innen und Interessierte des kommunalen Gesundheitsmanagements dabei unterstützen, eine nachhaltige kommunale Gesundheitsförderung, insbesondere mit dem Schwerpunkt "Gesunder Lebensstil", in ihrer Kommune zu etablieren.

Basis des Leitfadens bildet das *Reifegradmodell für Gesundheit in Kommunen*, welches das zentrale Ergebnis des Teilvorhabens 3 „Healthy Lifestyle Community“ im Projekt *münster.land.leben* der FH Münster darstellt.

Das Reifegradmodell mit der dazugehörigen Analyse ermöglicht eine systematische Einordnung relevanter Faktoren für eine nachhaltige kommunale Gesundheitsförderung und die Ableitung von passgenauen Maßnahmen für Kommunen unterschiedlicher Größe.

Die Faktoren werden auf vier verschiedenen Ebenen erfasst:

- Bürger*innen
- Bürger*innengemeinschaft
- Institutionen und Infrastruktur
- Kommune

Diese Ebenen beziehen sowohl strukturelle Faktoren wie Gesundheitsstrukturen als auch individuelle Faktoren wie Gesundheitskompetenz der Bürger*innen mit ein.

Der Leitfaden bildet in einer Schrittfolge den Einsatz des Reifegradmodells als Analyse-Instrument für die nachhaltige Planung und Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen. Zur Veranschaulichung, wie das Reifegradmodell in der Praxis eingesetzt werden kann, werden Best Practice Beispiele aus dem Teilvorhaben „Healthy Lifestyle Community“ exemplarisch dargestellt.

Im Zuge des Projekts wurden förderliche und hemmende Faktoren für den Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse von der Wissenschaft in die Bevölkerung identifiziert. Diese Ergebnisse sind in den Leitfaden eingeflossen. Das Reifegradmodell stellt eine Innovation dar, weil es die unterschiedlichen Indikatoren in einer Kommune erstmals quantitativ sichtbar macht. Während die Nutzung der verschiedenen Indikatoren für die Planung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen bereits die Regel ist, wurden sie bisher nicht in einem Modell direkt miteinander in Beziehung gesetzt.

Der Leitfaden dient als Unterstützungshilfe bei der Einführung einer bedarfsorientierten kommunalen Gesundheitsförderung. Voraussetzung zur Einführung stellen vorhandene Strukturen oder eine externe Beratung dar.

2 Die Kommune als Ort für Gesundheitsförderung

Bereits 1986 wurde mit der Ottawa-Charta Gesundheitsförderung als Prozess definiert, der Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen soll¹. Kommunen spielen als Ort, in dem die Menschen leben und arbeiten, eine entscheidende Rolle in der Gesundheitsförderung. Sie vereinen die für die Menschen relevanten Lebenswelten und ermöglichen es, alle Menschen zu erreichen.

Damit kommunale Gesundheitsförderung jedoch erfolgreich gelingen kann, müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die die unterschiedlichen Akteur*innen und die vorhandenen Strukturen vernetzen. Im Rahmen des Teilvorhabens „Healthy Lifestyle Community“ konnten Transferförderern und -hemmnissen identifiziert werden, die die Umsetzung von gesundheitsförderlichen Projekten beeinflusst.

Transferförderer

Vertrauensbasis	Es ist von zentraler Bedeutung, dass von Beginn an eine Basis geschaffen wird, die es allen beteiligten Akteur*innen ermöglicht, offen und ehrlich miteinander umzugehen.
Reduktion von Komplexität	Komplexes evidenzbasiertes Wissen muss vereinfacht und für jede*n verständlich sowie alltagsrelevant gemacht werden und dabei trotzdem seine Richtigkeit behalten.
Gesundheit spürbar machen	Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Genuss, Kultur und Lebensqualität müssen zentrale Beachtung finden.
Empathische Kommunikation	Bürger*innen sollen nicht durch Lebensstilregeln bevormundet werden oder sich von oben herab belehrt fühlen. Stattdessen sollen sie durch Wissen über Lebensstilfaktoren befähigt werden, ihre eigenen Handlungsspielräume zu erkennen und nutzen. Ziel ist es – unter Zuhilfenahme verständlicher Kommunikationsformen – den Transfer von evidenzbasierten Erkenntnissen aus dem Setting Gesundheitswissenschaft in das Setting Kommune bzw. Allgemeinbevölkerung (Schlagwort: science to society) zu ermöglichen. Zusätzlich müssen die Bürger*innen motiviert, d. h. begeistert werden und sich mit einem gesunden Lebensstil identifizieren, um diesen in ihren Alltag zu integrieren und auf lange Sicht beibehalten zu können.
Gemeinschaft und Kommune	Der Gemeinschaft und der Umgebung kommt hier eine ganz besondere Rolle zu. Wie bereits im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz (NAG) ² beschrieben wurde, ist die Einbeziehung von Akteur*innen aus gesellschaftlichen Bereichen auch außerhalb des Gesundheitssektors als essenziell für eine nachhaltige Umsetzung notwendig. Eine gut ausgebaute Ehrenamtsstruktur ist von besonderem Vorteil.

Transferhemmnisse

Miteinander konkurrierende Akteur*innen	Auch engagierte Akteur*innen können in einen Interessenskonflikt geraten. So haben z. B. motivierte Landfrauen nicht zwangsläufig die gleichen Ziele wie eine Bürgerinitiative gegen Massentierhaltung.
Zeitlich begrenzte Ressourcen der Akteur*innen	Viele Akteur*innen einer Kommune finden die Vorstellung, sich für eine gesundheitsförderliche Kommune einzusetzen, bereichernd und sinnvoll, haben aber schlicht nicht ausreichend Zeit dafür (z. B. Ärzt*innen).
Fehlende Anreize zur Vernetzung für Akteur*innen in Kommunen	Vielen Akteur*innen fehlt der Anreiz, um sich stärker in der Kommune einzubringen. Eine Beschränkung rein auf das Ehrenamt kann funktionieren, dabei ist es zielführend, den Nutzen der Vernetzung sichtbar zu machen.

3 Der Lebensstil als Schlüssel für ein gesundes Leben

Die Gesellschaft steht weltweit vor großen Herausforderungen, die sowohl den einzelnen Menschen betreffen als auch globale Auswirkungen haben. Die steigenden Zahlen lebensstilabhängiger Erkrankungen wie Adipositas, Diabetes Typ 2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs belasten die Betroffenen und die Gesundheitssysteme. Gleichzeitig führt unser westlicher – häufig nicht nachhaltiger – Lebensstil zu immer höheren Treibhausgasemissionen und somit zum Klimawandel und Artensterben. Die gegenwärtige Studienlage zeigt deutlich, dass ein gesunder Lebensstil viele der gesundheitlichen und globalen Herausforderungen positiv beeinflussen kann. Dieser setzt sich aus einer nachhaltigen, pflanzenbasierten Ernährung^{3,4}, regelmäßiger körperlicher Aktivität⁵, Stressmanagement im Umgang mit hoher psychischer Arbeits- und Alltagsbelastung^{6,7}, Gemeinschaftsaktionen gegen Isolation und Vereinsamung⁸⁻¹⁰, Nichtrauchen¹¹ sowie die Vermeidung von Alkoholexzessen¹² zusammen.

Herausforderung: Niedrige Gesundheitskompetenz und Bedarf präventiver Maßnahmen

Trotz den reichlich vorhandenen Gesundheits- und Ernährungsinformationen in Fernsehen, Printmedien, sozialen Netzwerken, wissenschaftlichen Publikationen etc. fehlt den Bürger*innen oft die Kompetenz, die Erkenntnisse zu verstehen, richtig einzuordnen, zu bewerten und für die persönliche Lebensstilveränderung positiv zu nutzen und anzuwenden. Dieser Mangel an Gesundheitskompetenz erschwert es den Menschen im Alltag, Entscheidungen zu treffen, die für ihre Gesundheit, für die Gesellschaft (auch im globalen Sinne) sowie für die Umwelt förderlich sind².

Einer repräsentativen Studie des Bundesministeriums für Gesundheit zufolge weist Deutschland eine niedrige Gesundheitskompetenz auf: 58,8% der deutschen Bevölkerung verfügen über eine geringe Gesundheitskompetenz¹³.

Das Gesundheitssystem in Deutschland steht vor der Herausforderung, den wachsenden Bedarf an Gesundheitsinformationen zu decken sowie die Bürger*innen dabei zu unterstützen, diese Informationen angemessen einzuordnen und anzuwenden. Vulnerable Bevölkerungsgruppen sind dabei besonders zu berücksichtigen, da die Gesundheitskompetenz von Menschen mit niedrigem Bildungsstand, niedrigem Sozialstatus oder chronischen Erkrankungen durchschnittlich geringer ist¹³.

Das gegenwärtige Gesundheitssystem ist weniger auf Prävention ausgelegt, sondern tritt meist erst in Erscheinung, wenn sich Erkrankungen, die oft lebensstilabhängig sind, bereits manifestiert haben. Erste Anlaufstelle für Gesundheitsfragen sind für die Bürger*innen meist Hausärzt*innen. Jedoch sind diese in Bezug auf Fragen der gesunden Ernährung und des Lebensstils im Allgemeinen nicht ausreichend ausgebildet, um diese Faktoren der Gesundheit adressieren zu können. Auch wenn einige Ärzt*innen dem gesunden Lebensstil mehr Bedeutung zukommen lassen möchten¹⁴, fehlt es ihnen oft nicht nur an Fachwissen in diesem Bereich, sondern auch an effektiven Kommunikationsstrategien zur Motivation ihrer Patient*innen, um auf diese Weise eine entsprechende Lebensstilveränderung zu bewirken¹⁵⁻¹⁸.

Demzufolge bleibt das große Potenzial der Gesundheitsförderung bzw. der Krankheitsprävention durch ein gesundes Lebensstilverhalten bisher in weiten Teilen ungenutzt.

Dass Prävention jedoch eine größere Rolle im deutschen Gesundheitssystem einnehmen sollte, wird auch durch das 2015 in Kraft getretene Präventionsgesetz gefordert. Dieses Gesetz zielt darauf ab, das Angebot an Lebensstilmaßnahmen sowohl auf der Verhaltens- als auch auf der Verhältnisebene (z. B. im Setting Kommune) zu vergrößern. Doch auch hier geht die Umsetzung nur langsam vonstatten¹⁹, u. a. weil verschiedene Transferhemmnisse (z. B. Ressourcenknappheit wie Zeitmangel der beteiligten Akteur*innen und heterogene Strukturen in den Kommunen) einer erfolgreichen Gesundheits-Transformation der Kommunen im Weg stehen. Diese Umstände führen zu einer Beeinträchtigung der Gesundheit, des Wohlbefindens und der Lebensqualität der Bürger*innen sowie zu den damit verbundenen steigenden Gesundheitsausgaben. Nach Schätzungen der WHO werden drei bis fünf Prozent der Gesundheitsausgaben durch unzureichende Gesundheitskompetenz verursacht, was allein für das deutsche Gesundheitssystem zwischen neun und fünfzehn Milliarden Euro ausmacht²⁰.

Im Jahr 2016 postulierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in der Erklärung von Shanghai, dass durch Erlangen der Gesundheitskompetenz die Chancengleichheit der Menschen ermöglicht und gestärkt wird. Mit dieser Erklärung verpflichteten sich die WHO-Mitgliedsstaaten dazu, nationale und kommunale Strategien zur Stärkung der Gesundheitskompetenz zu entwickeln und diese auch umzusetzen²¹.

Herausforderung: Langfristige Verhaltensveränderung

Genau hier liegt das große Potenzial der Gesundheitsförderung in Kommunen, aber auch eine enorme Herausforderung. Eine nachhaltige Lebensstilveränderung der Bürger*innen hin zu einem gesunden Lebensstil ist sehr komplex. Die langfristige Veränderung von Verhalten stellt bekanntermaßen eine besonders große Herausforderung dar.

Die Wahl des persönlichen Lebensstils wird nicht nur durch das Individuum selbst getroffen (Verhaltensebene), sondern auch durch die gesellschaftlichen Strukturen beeinflusst (Verhältnisebene). Eine gesundheitsförderliche Infrastruktur und Kultur mit entsprechenden Optionen (z. B. gesunde Lebensmittel und Speisen in Lebensmittelhandel und Gastronomie, anregende Bewegungsmöglichkeiten, Ansporn zu gegenseitiger Unterstützung etc.) kann maßgeblich dazu beitragen, die Bürger*innen zu ermutigen, die Gesundheit in die eigene Hand zu nehmen. So wird Gesundheitskompetenz zu einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe. Sie wird entscheidend dadurch geprägt, unter welchen lebensweltlichen Bedingungen die Bürger*innen leben.

4 Schritte zur Einführung nachhaltiger Maßnahmen der Gesundheitsförderung

Die Planung und Konzeptionierung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen ist für die erfolgreiche Umsetzung zwingend erforderlich. Mithilfe des Reifegradmodells kann hierfür eine wichtige Basis gelegt werden, indem die Ausgangssituation erfasst wird und anhand dieser Maßnahmen abgeleitet werden.

4.1 Analyse der Ausgangssituation

Die Reifegradanalyse setzt sich aus vier aufeinander aufbauenden Erhebungsmethoden, zusammen:

Schritt 1: Recherche zu den Gegebenheiten in der Kommune

Schritt 2: Interviews mit Bürgermeister*in

Schritt 3: Austauschformat mit lokalen Akteur*innen

Schritt 4: Online-Befragung der Bürger*innen

Die Durchführung der Analyse anhand des *Reifegradmodells für Gesundheit in Kommunen* (Reifegradanalyse) erfolgt idealerweise in Zusammenarbeit mit den örtlichen Gesundheitsakteur*innen, weil diese Besonderheiten bzw. besonders relevante Aspekte in ihrer Kommune am besten kennen, die ansonsten übersehen werden könnten. Deshalb sollte von Anfang an mitbedacht werden, dass örtliche Akteur*innen in Gesundheitsmaßnahmen für Bürger*innen miteingebunden werden.

Jede der vier Erhebungsmethoden basiert auf den vier unterschiedlichen Reifegradebenen, Bürger*innen, Bürger*innengemeinschaft, Institutionen und Infrastruktur sowie Kommune.

In Abbildung 1 sind die Reifegrade zur Veranschaulichung in einer Pyramide auf vier Ebenen dargestellt. Die Indikatoren werden im Folgenden exemplarisch vorgestellt (s. Tabellen 1 & 2) und können zielgruppenspezifisch angepasst werden.

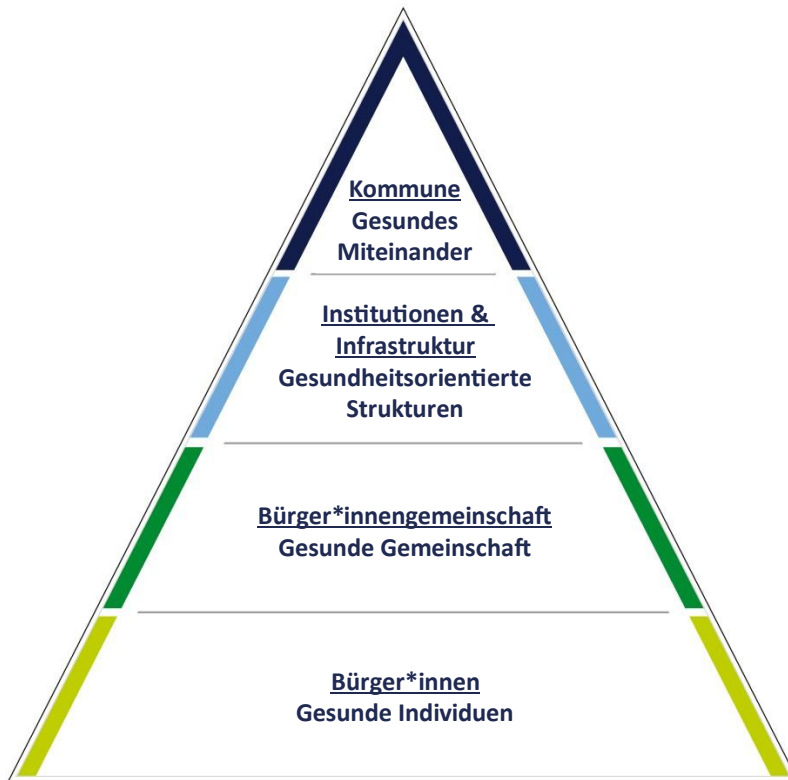


Abbildung 1: Die vier Reifegradebenen des Reifegradmodells

Mit Hilfe der Reifegradanalyse kann zusammenfassend für jeden Reifegrad das Optimierungspotenzial für die jeweilige Kommune festgestellt werden. In Form eines Gesamtscores je Reifegradebene, der zwischen Null und 100 Prozent liegt, liefert das *Reifegradmodell für Gesundheit* den aktuellen Gesundheitsstatus der Kommune (Abbildung 2). So wird durch die Analyse die Ableitung passgenauer Maßnahmen für die Bürger*innen in der Kommune ermöglicht.

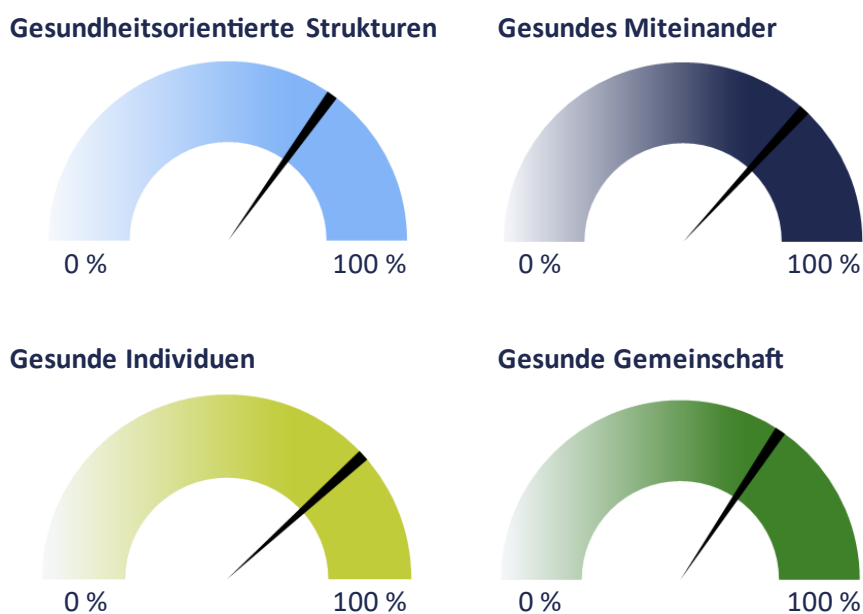


Abbildung 2: Visuelle Darstellung der Reifegrade

Schritt 1: Recherche

Eine vorangestellte Recherche erfasst die konkreten Gegebenheiten einer Kommune, um darauf aufbauend die Befragung von Gesundheitsakteur*innen, Bürgermeister*innen und Bürger*innen anzupassen. Für umfassende Ergebnisse erfolgt die Recherche am besten sowohl digital als auch analog, indem z. B. der Austausch mit lokal Ansässigen gesucht wird. Für spezifische Kennzahlen von Kommunen eignet sich die Internetseite: <https://www.wegweiser-kommune.de/home>. Hier können viele der Indikatoren ermittelt werden, z. B. die Geschlechterverteilung oder die Langzeitarbeitslosenquote. + gängige Statistiken verwendet werden

Die zwei erstgenannten Indikatoren finden sich vor allem in Reifegrad 1 wieder, der die Analyse der soziodemografischen Situation abdeckt. Für Reifegrad 2 werden in der Kommune vorhandene Initiativen ermittelt, um ein Bild davon zu erlangen, wie es um die Bürger*innengemeinschaft gestellt ist und welche Möglichkeiten den Bürger*innen in diesem Bereich geboten werden. Auch die verfügbaren Angebote der Nahversorgung sind über die Recherche auf Reifegradebene 3 zu erfassen, ebenso wie andere das kommunale Bild prägende Institutionen sowie die vorhandene Infrastruktur. Auf Reifegradebene 4 werden allgemeine, die Kommune betreffende Indikatoren ermittelt, z. B. wie die Kommune finanziell dasteht oder die Zahl der Einwohner*innen. Tabelle 1 stellt eine Auswahl der zu recherchierenden Indikatoren dar.

Tabelle 1: Exemplarische Darstellung der Kategorien in den Reifegraden 1-4 für die Recherche

Reifegrad 1: Bürger*innen	Reifegrad 2: Bürger*innengemeinschaft
1.1 Alter	2.1 Initiativen
1.2 Geschlecht	2.2 Vereine
1.3 Bildungsstand	2.3 Sozialer/Kultureller Austausch
1.4 Familienstand	2.4 Ehrenamt
Reifegrad 3: Institutionen & Infrastruktur	Reifegrad 4: Kommune
3.1 (Ärztliche) Versorgungslage	4.1 Finanzielle Situation
3.2 Öffentlicher Nahverkehr	4.2 Engagement der Kommune
3.3 Lebensmittel- und Gastronomieangebot	4.3 Bewohner, Zu-/Abwanderung
3.4 Lokale Unternehmen	4.4 Nachhaltigkeit

Schritt 2: Interviews mit Bürgermeister*in







Bürgermeister*innen haben die wichtigste politische Entscheidungskraft in einer Kommune. Es ist daher wichtig, sie von Beginn an in den Prozess einzubeziehen. Zudem können sie wichtige Informationen und Einschätzungen über die Gesundheitsstruktur ihrer Kommune geben.






Mithilfe leitfadengestützter Interviews kann die Kommune kennengelernt werden, um die sich anschließende Bürger*innen-Befragung auf die tatsächlichen Gegebenheiten der Kommune abzustimmen. Die Interviews sollten maximal 45 Min. in Anspruch nehmen. Die Ziele der



Gespräche fokussieren sich primär darauf, den Mehrwert einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung mit dem Fokus auf einen gesunden Lebensstil erkennbar zu machen, die nächsten Schritte partizipativ zu entwickeln sowie die Motivation für die Teilnahme an weiteren Formaten zu steigern.





Der Interviewleitfaden stützt sich ebenfalls auf die vier Reifegradebenen (s. Abbildung 1), die im Wortlaut an den oder die Bürgermeister*in adressiert werden. Darüber hinaus basiert der Interviewleitfaden auf dem Appreciative Inquiry Worksheet (AI), der im Teilvorhaben „Healthy Lifestyle Community“ an die kommunalen Bedarfe angepasst wurde. Für die Durchführung der Interviews können als Einstieg diese Fragen genutzt werden, um so den Befragten zu ermöglichen, sich dem komplexen Thema aus einer anderen Perspektive anzunähern. Der Interview-Leitfaden wird im Folgenden dargestellt (s. S. 10).

Interview-Leitfaden auf Basis des Appreciative Inquiry Worksheet (AI)

 Discover: The best of What is (Bisherige Schritte zur Gesundheit)
 Was sind Aspekte Ihrer Gemeinschaft, auf die Sie besonders stolz sind?  Gibt es Einrichtungen oder Personen , die besonders gesundheitsförderlich sind?
 Wer ist die gesündeste Person , die Sie kennen [persönlich oder öffentliche Person]?  Warum [ist diese Person so gesund]?
 Wie sehen Sie den Gesundheitszustand Ihrer Gemeinde? Auf einer Skala von 1-10?

 Dream: What could be? The ideal. Wishes.
 Wie stellen Sie sich vor, wie eine "gesunde Kommune" in der Zukunft aussehen könnte?
 Wie wäre es, wenn alle in Ihrer Gemeinschaft gesund und tatkräftig wären?  Haben Sie hierbei eine konkrete Situation vor Augen?
 Hätte dies Einfluss auf Ihre Arbeit? Woran würden Sie es merken, dass die Gesundheitskompetenz steigt? Wie würden Sie profitieren?

 Design: Plan What should be. Action steps. (Weg zur Gesundheit; Workshop)
 Welche kleinen und großen Schritte können wir unternehmen, um unseren Traum Wirklichkeit werden zu lassen? Was wäre hierfür nötig ?

 Destiny: What will be. Sustain the vision.
 Welche Ressourcen haben wir bereits? Was sollte noch erworben werden?
 Was wird getan? Wer wird/sollte an Bord sein? Welche Verbindungen bestehen?
 Wie könnten wir diese Ressourcen mobilisieren?

Schritt 3: Austauschformat mit lokalen Akteur*innen

In den meisten Kommunen sind bereits unterschiedliche Gesundheitsakteur*innen und lokale Initiativen vertreten. Aufgrund der besonderen Bedeutung, die lokalen Akteur*innen aufgrund ihres Know-hows über das Lokalkolorit zukommt, ist die Einbindung dieser zentral.

Ein geeignetes Austauschformat stellt z. B. ein Gesundheitszirkel dar. Mitglieder bilden vielfältige Akteur*innen aus der Kommune. Zu ihnen zählen Gesundheitsakteur*innen, Teilnehmende lokaler Initiativen, Multiplikator*innen. Auch engagierte Bürger*innen können an diesem Format teilnehmen. Gemeinsam mit den Akteur*innen werden im Workshopformat die Ressourcen und Bedarfe der Kommune ermittelt.

Ist der Gesundheitszirkel etabliert, eignet er sich als partizipatives Planungsgremium für Maßnahmen der Gesundheitsförderung.

Schritt 4: Bürger*innen-Befragung

Die Befragung der Bürger*innen wird mithilfe der Ergebnisse der vorangegangenen Analysearten überarbeitet und ergänzt. Die Indikatoren berücksichtigen kommunale Gesundheitsstrukturen, die die Gesundheit der einzelnen Bürger*innen sowie der Bürger*innengemeinschaft als Gruppe beeinflussen können. Ein hohes Level an Luftverschmutzung kann z. B. die Gesundheit der Bevölkerung negativ beeinflussen, während in der Kommune vorhandene Fahrradwege, die Gesundheit der Bürger*innen indirekt verbessern könnten (mehr Bewegung, weniger Luftverschmutzung etc.).

Im Rahmen der Durchführung der Gesundheitsmaßnahmen von Teilvorhaben 3 wurden die Indikatoren in der Tabelle 2 als relevant bewertet. Die Indikatoren werden auch durch die Literatur der gegenwärtigen Studienlage gestützt.

Neben den Gesundheitsstrukturen der Kommune beziehen die Indikatoren auch die Gesundheitskompetenz der einzelnen Bürger*innen mit ein. Gesundheitskompetenz kann dem Einzelnen helfen, Krankheiten vorzubeugen, bestehende Erkrankungen günstig zu beeinflussen, die Lebensqualität zu verbessern sowie kompetente gesundheitsrelevante Entscheidungen zu treffen²². Gesundheitskompetenz beschreibt somit die Fähigkeit des Individuums, mit den komplexen Herausforderungen seiner/ihrer Lebensumwelt (Systeme wie z. B. Familie, Organisationen, Infrastruktur etc.) umzugehen und diese zu meistern²³.

Aus den vorangegangenen Erläuterungen ergeben sich die folgenden Indikatoren für die Bürger*innen-Befragung. Bei den aufgeführten Faktoren handelt es sich um wichtige Einflussgrößen auf die umfassende Gesundheit der Bürger*innen einer Kommune. Die Befragung kann über ein Online-Tool durchgeführt werden und die Teilnahme beansprucht pro Person ca. 20 – 25 Minuten.

Tabelle 2: Exemplarische Darstellung der Kategorien in den Reifegraden 1-4 für die Bürger*innen-Befragung

Reifegrad 1: Bürger*innen		Reifegrad 2: Bürger*innengemeinschaft	
1.1	Soziodemografische Angaben	2.1	Initiativen
1.2	Gesundheits- und Medienkompetenz	2.2	Vereine
1.3	Körperliche Gesundheit (z. B. Ernährung, Bewegung)	2.3	Sozialer/Kultureller Austausch
1.4	Mentale Gesundheit (z. B. Stressmanagement)	2.4	Ehrenamt
1.5	Soziale Gesundheit (z. B. Kontakte)	2.5	Nachbarschaft
Reifegrad 3: Institutionen & Infrastruktur		Reifegrad 4: Kommune	
3.1	(Ärztliche) Versorgungslage	4.1	Unterstützung durch Bürgermeister*in
3.2	Öffentlicher Nahverkehr	4.2	Umweltbelastung
3.3	Lebensmittel- und Gastronomieangebot	4.3	Nachhaltigkeit
3.4	Lokale Unternehmen	4.4	Gesundheitsangebote

Erläuterungen zu den Reifegraden

Rauchen, ungünstige Ernährungsmuster, ein zu hoher Alkoholkonsum sowie zu wenig körperliche Bewegung sind die hauptsächlichen Risikofaktoren im Gesundheitsverhalten, die in Deutschland zu verfrühten Todesfällen beitragen. Zigarettenrauch ist besonders mitverantwortlich für Todesfälle durch Krebs, kardiovaskuläre Erkrankungen (Herzinfarkt und Schlaganfall) sowie chronische Atemwegserkrankungen (u. a.). Ungünstige Ernährungsmuster sind besonders mitverantwortlich für Todesfälle durch kardiovaskuläre Erkrankungen sowie des Weiteren Todesfälle infolge von Krebs, Diabetes mellitus und Nierenerkrankungen (u. a.). Ähnlich verteilt sind die Auswirkungen von zu wenig körperlicher Bewegung, wobei der Einfluss auf die verfrühte Sterblichkeit deutlich geringer ausfällt als der der Ernährungsweise. Exzessiver Alkoholkonsum trägt zur verfrühten Todesfällen besonders über Krebserkrankungen, kardiovaskuläre Erkrankungen und Leberzirrhose bei (u. a.)²⁴. Darüber hinaus spielen Faktoren der sozialen sowie der mentalen Gesundheit eine große Rolle, welche als Indikatoren in den ersten Reifegrad einfließen.

Wie bereits erwähnt wird auch der sozialen Gesundheit eine entscheidende Rolle zuteil. Die Indikatoren im zweiten Reifegrad berücksichtigen die Möglichkeiten, die in einer Kommune für soziales Miteinander zur Verfügung stehen.

Die Umgebung, in der Bürger*innen leben, ist ein wichtiger Faktor, der die Gesundheit sowohl direkt als auch indirekt (über das Gesundheitsverhalten, die psychische Gesundheit etc.) beeinflussen kann. Zu den strukturellen Indikatoren zählen z. B. die vorhandenen Einkaufsmöglichkeiten oder auch das Angebot des Außerhausverzehrs, wodurch das Ernährungsverhalten der Bürger*innen günstig oder ungünstig beeinflusst werden kann.

Das Gesundheitsverhalten, die Gesundheitskompetenz sowie die Gesundheit der Bürger*innen kann in großem Ausmaß durch Schlüsselpersonen wie Bürgermeister*innen, Ärzt*innen, Akteur*innen etc. beeinflusst werden. Für die erfolgreiche Durchführung einer Gesundheitsmaßnahme kann z. B. die Unterstützung durch den/die Bürgermeister*in oder Ärzt*innen entscheidend sein. Die Indikatoren in Reifegrad 4 fragen diese Einflussmöglichkeiten ab.

4.2 Ableitung bedarfsorientierter Maßnahmen

Auf Basis der Ergebnisse der Reifegradanalyse können spezifische Gesundheitsmaßnahmen für die Kommune abgeleitet werden. Hierfür sollten die Ergebnisse der erfolgten Bürger*innen-Befragung mit den örtlichen Akteur*innen sowie dem/der Bürgermeister*in besprochen werden, um deren Einschätzung in die Maßnahmenplanung miteinzubeziehen, eventuelle Fehleinschätzungen zu vermeiden und zu entscheiden, welche Maßnahmen sich umsetzen lassen. So können in gemeinsamer Abstimmung, symbiotisch mit z. B. bereits vorhandenen Angeboten neue gesundheitsförderliche Maßnahmen in der Kommune abgeleitet und umgesetzt werden.

Auf Basis des im Projekt „Healthy Lifestyle Community“ entwickelten Reifegradmodells können die erreichten Prozentwerte je Reifegrad die Entscheidung erleichtern, in welchem Bereich und mit welcher Dringlichkeit eine Maßnahme durchzuführen ist. Ein erreichter Gesamtscore von über 80 % in einem Reifegrad, bedeutet für diesen, dass kein unmittelbarer Handlungsbedarf besteht. In Abstufungen nach unten des erreichten Gesamtscores erhöht sich der Handlungsbedarf bzw. das Optimierungspotenzial für den Reifegrad.

Durch eine individuelle Auseinandersetzung mit den Ergebnissen jedes Reifegrads können passgenaue Gesundheitsmaßnahmen für die Kommune abgeleitet werden. Im Teilvorhaben 3 „Healthy Lifestyle Community“ wurden neben diesem beschriebenen Vorgang auch Maßnahmen entwickelt sowie umgesetzt. Bei den benannten Maßnahmen handelte es sich zum einen um das Lebensstilinterventionsprogramm *Gemeinsam Gesund Leben* und zum anderen um ein Train-the-Trainer-Programm. Diese werden nachfolgend kurz beschrieben, um die Möglichkeiten von Interventionen darzustellen.

Lebensstilinterventionsprogramm *Gemeinsam Gesund*

Zeigen die Ergebnisse der Reifegradanalyse an, dass die Gesundheitsstrukturen in einer Kommune in geringem Ausmaß vorhanden sind, so können Möglichkeiten erwägt werden, diese zu verbessern oder Gesundheitsmaßnahmen (Interventionen) durch externe Gesundheitsakteur*innen eingeleitet werden. Hier setzt das Interventionsprogramm an.

Es besteht aus 15 thematisch aufeinander aufbauenden, interaktiven Seminareinheiten, die zwei Mal wöchentlich vor Ort durchgeführt werden. Zusätzlich werden den Teilnehmenden Workshops und umfangreiche Materialien (u. a. ein Schulungs- und ein Rezeptbuch) angeboten. Das Lebensstilprogramm fokussiert die folgenden vier Schlüsselbereiche:

- eine gesunde, pflanzenbasierte **Ernährungsweise**
- eine regelmäßige körperliche **Aktivität**
- eine verbesserte Stressbewältigung bzw. **Stressmanagement**
- die gegenseitige **soziale Unterstützung** der Teilnehmenden

Anhand des Interventionsprogramms wurde eine kontrollierte Studie durchgeführt, in der die Teilnehmenden des Interventionsprogramms mit einer Kontrollgruppe verglichen wurden. Mithilfe mehrerer Gesundheitschecks im Studienverlauf wurde das Gesundheitsverhalten

sowie das Risikoprofil für Nicht-übertragbare Erkrankungen (NCD) der Teilnehmenden wissenschaftlich begleitet und untersucht. Es konnten für das Ernährungsverhalten, das Körpergewicht und andere Risikoparameter für NCD wichtige wissenschaftliche Erkenntnisse gewonnen werden, welche die Anwendung des Interventionsprogramms stützen²⁵⁻²⁷.

Train-the-Trainer-Programm

Zeigen die Ergebnisse der Reifegradanalyse an, dass die Gesundheitsstrukturen einer Kommune bereits gut ausgebaut sind, z. B. anhand vorhandener, aktiver Bildungseinrichtungen, kann die Durchführung eines Train-the-Trainer-Programms erwägt werden. Hierbei handelt es sich um ein Konzept, das bereits aktive Kursleitende aus Bildungseinrichtungen darin ausbildet, das Lebensstilinterventionsprogramm (siehe vorstehender Abschnitt) in ihrer Kommune selbstständig umzusetzen und langfristig im Kursprogramm zu etablieren. Im Rahmen von drei Workshops (Abbildung 3) mit dazwischenliegenden Selbstlernphasen, werden den Teilnehmenden das Know-how zur Durchführung des Programms vermittelt. Anhand von umfassenden Materialien in Form eines Schulungsbuchs sowie eines Handbuchs und PowerPoint Präsentationen, Arbeitsblätter sowie Videos, wird die selbstständige Durchführung des Programms ermöglicht. Während der anschließenden Durchführung des Lebensstilinterventionsprogramms erhalten die Kursleitenden weiterhin Unterstützung durch Einzel- und Gruppencoachings sowie bei der Durchführung und bei Fragen. Eine Umsetzung des Programms ermöglicht sowohl das Gesundheitsverhalten der Bürger*innen als auch die Gesundheitsstrukturen der Kommune zu adressieren.

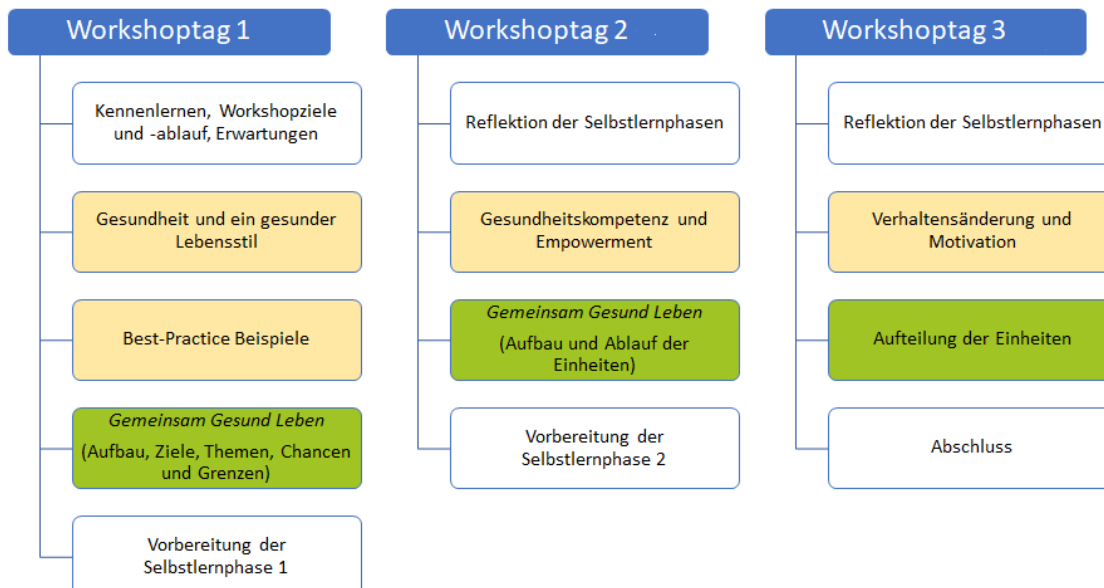


Abbildung 3: Inhalte der Train-the-Trainer-Workshops für Kursleitende

Für die konkrete Maßnahmengestaltung liefern die „Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung“ vom Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021)²⁸ eine zuverlässige Grundlage. Diese werden im Folgenden kurz dargestellt. Für die Maßnahmengestaltung in der Praxis sollte dieser Katalog zwingend als Basis verwendet werden.

Tabelle 3: Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung²⁸

Kriterium	Beschreibung
Zielgruppenbezug	Die Zielgruppe wurde genau beschrieben und eingegrenzt
Konzeption	Die Konzeption legt fest, mit welchen Maßnahmen und Methoden die Gesundheit gefördert werden soll.
Setting-Ansatz	Durch die Maßnahme wird die Lebenswelt der Zielgruppe aktiv miteinbezogen. Das kann z. B. die Schule, das Quartier oder der Betrieb sein.
Empowerment	Die Maßnahme schafft die Voraussetzung, dass alle Beteiligten ihre individuellen und gemeinschaftlichen Ressourcen entdecken, sie weiterentwickeln und im praktischen Handeln nutzen können.
Partizipation	Während des gesamten Umsetzungsprozesses ist sichergestellt, dass die Zielgruppe umfassende Beteiligungsmöglichkeiten hat.
Niedrigschwellige Arbeitsweise	Die Maßnahme ist so gestaltet, dass die Zielgruppe ohne Zugangshürden an ihr teilnehmen kann.
Multiplikator*innen-konzept	In die Umsetzung werden geeignete Multiplikator*innen einbezogen und geschult.
Nachhaltigkeit	Die Maßnahme ist dazu geeignet, die Lebensbedingungen der Zielgruppe dauerhaft und nachweisbar zu stärken.
Integriertes Handeln	Es findet eine Vernetzung und Bündelung von kommunalen Ressourcen statt.
Qualitätsmanagement	Während der gesamten Umsetzung wird die Qualität kontinuierlich überprüft, um mögliche Weiterentwicklungen und Verbesserungen abzuleiten.
Dokumentation/ Evaluation	Während des gesamten Umsetzungsprozesses erfolgt eine Dokumentation, die auch zur Evaluation genutzt wird.
Belege für Wirkungen und Kosten	Kosten und Nutzen stehen in einer angemessenen Relation zueinander.

Neben den genannten Kriterien haben sich im Projekt „Healthy Lifestyle Community“ darüber hinaus nachfolgende Aspekte herauskristallisiert, die für die erfolgreiche Planung und Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen vorteilhaft sind:

- Die bestehende Infrastruktur und eigene Räumlichkeiten (z. B. öffentliche Gebäude) der Kommune sollten für jegliche Treffen, Gespräche und Maßnahmen genutzt werden.
- Zielgruppenspezifische Materialien sollten im Voraus erstellt werden.
- Das Beachten einer zielgruppenspezifischen Ansprache führt zu höherem Commitment der Teilnehmenden.
- Teilnehmende sollten durch Workshops und praktische Einheiten direkt in das Programm einbezogen werden, um langfristigen Erfolg zu ermöglichen.

4.3 Evaluation

Für die nachhaltige Implementierung in ein kommunales Gesundheitsmanagement sollten die durchgeführten Maßnahmen evaluiert und der gesamte Prozess kontinuierlich wiederholt werden. Hierfür kann im Anschluss an durchgeführte Maßnahmen der Austausch mit dem oder der Bürgermeister*in und beispielsweise dem Gesundheitszirkel oder relevanten Akteur*innen gesucht werden.

4.4 Verstetigung

Der im Projekt „Healthy Lifestyle Community“ entstandene Leitfaden kann auf verschiedene Weise Anwendung finden. Zum einen kann er dabei unterstützen, isolierte Maßnahmen in Kommunen durchzuführen, die auf die jeweilige Kommune angepasst sind. Zum anderen kann der Leitfaden dafür eingesetzt werden, diese Maßnahmen sowie die damit verbundenen Erfolge (im Optimalfall eine gesündere Kommune) als Anstoß für weitere Maßnahmen zu verwenden. Diese Maßnahmen können z. B. die im Reifegradmodell vorhandenen Indikatoren systematisch adressieren, mit dem Ziel, die Gesundheitsstrukturen der Kommune zu verbessern und so einen wertvollen Beitrag für das kommunale Gesundheitsmanagement liefern. In diesem Sinne ist es wünschenswert, wenn seitens der Kommunen Stellen für Gesundheitsmanager*innen (o. ä.) geschaffen werden, die eine kontinuierliche und nachhaltige Verbesserung der Gesundheitsstrukturen fokussieren. Das Reifegradmodell sowie dessen Indikatoren können hierbei als Orientierungshilfe dienen. Wünschenswert ist es, dass neben der individuellen Gesundheit der Bürger*innen auch andere Aspekte der Nachhaltigkeit wie Umweltschutz, ethische Verantwortung und Weiterentwicklung der Gesellschaft mit dem Thema Gesundheit verknüpft und weitfassend berücksichtigt werden.

5 Quellen

1. Weltgesundheitsorganisation (WHO). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986).
2. Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U. & Kolpatzik, K. (eds.). *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken* (Berlin, 2020).
3. Willett, W. *et al.* Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *The Lancet* **393**, 447–492; 10.1016/S0140-6736(18)31788-4 (2019).
4. Jannasch, F., Kröger, J. & Schulze, M. B. Dietary Patterns and Type 2 Diabetes: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis of Prospective Studies. *The Journal of nutrition* **147**, 1174–1182; 10.3945/jn.116.242552 (2017).
5. Pawlik, L. Todesursache: Bewegungsmangel: Die ignorierte Pandemie des digitalen Lebens, der Arbeit und der Bildung. *Padiatrie und Padologie*, 1–6 (2021).
6. Hapke, U. *et al.* Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland : Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* **56**, 749–754; 10.1007/s00103-013-1690-9. (2013).
7. Herr, R. M. *et al.* Long-Term Effectiveness of Stress Management at Work: Effects of the Changes in Perceived Stress Reactivity on Mental Health and Sleep Problems Seven Years Later. *International journal of environmental research and public health* **15**; 10.3390/ijerph15020255. (2018).
8. Gerst-Emerson, K. & Jayawardhana, J. Loneliness as a public health issue: the impact of loneliness on health care utilization among older adults. *American journal of public health* **105**, 1013–1019; 10.2105/AJPH.2014.302427 (2015).
9. Beutel, M. E. *et al.* Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC psychiatry* **17**, 97; 10.1186/s12888-017-1262-x (2017).
10. Xia, N. & Li, H. Loneliness, Social Isolation, and Cardiovascular Health. *Antioxidants & redox signaling* **28**, 837–851; 10.1089/ars.2017.7312. (2018).
11. Fraser, G. E. & Shavlik, D. J. Ten years of life: Is it a matter of choice? *Archives of internal medicine* **161**, 1645–1652 (2001).
12. Roerecke, M. *et al.* The effect of a reduction in alcohol consumption on blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health* **2**, e108-e120 (2017).
13. Schaeffer, D., Berens, E.-M., Gille, S., Griese, L., Klinger, J., de Sombre, S., Vogt, D., Hurrelmann, K. *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2.* (2021).

14. Krause, A. J. & Williams, K. A. Understanding and Adopting Plant-Based Nutrition: A Survey of Medical Providers. *American journal of lifestyle medicine* **13**, 312–318; 10.1177/1559827617703592 (2019).
15. Bettinelli, M. E. *et al.* Knowledge of Health Professionals Regarding Vegetarian Diets from Pregnancy to Adolescence: An Observational Study. *Nutrients* **11**; 10.3390/nu11051149 (2019).
16. Leeman, R. F., Fischler, C. & Rozin, P. Medical doctors' attitudes and beliefs about diet and health are more like those of their lay countrymen (France, Germany, Italy, UK and USA) than those of doctors in other countries. *Appetite* **56**, 558–563; 10.1016/j.appet.2011.01.022. (2011).
17. Storz, M. A. Is There a Lack of Support for Whole-Food, Plant-Based Diets in the Medical Community? *The Permanente journal* **23**, 18–68; 10.7812/TPP/18-068 (2018).
18. Tiffe, T. *et al.* Physicians' lifestyle advice on primary and secondary cardiovascular disease prevention in Germany: A comparison between the STAAB cohort study and the German subset of EUROASPIRE IV. *European journal of preventive cardiology*; 10.1177/2047487319838218 (2019).
19. Staeck, F. Präventionsgesetz kommt nur mühsam in Kita & Co. an. Available at <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Praeventionsgesetz-kommt-nur-muehsam-in-Kita-Co-an-308511.html> (2017).
20. Kickbusch, I. *Health Literacy. The Solid Facts* (World Health Organization, Geneva, 2013).
21. Weltgesundheitsorganisation (WHO). Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. 9th Global Conference on Health Promotion, Shanghai, 21-24 November 2016. Available at Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development (2016).
22. Sørensen, K. *et al.* Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health* **12**, 80 (2012).
23. Parker, R. & Ratzan, S. C. Health literacy: a second decade of distinction for Americans. *Journal of health communication* **15 Suppl 2**, 20–33; 10.1080/10810730.2010.501094 (2010).
24. Lancet GBD Compare. GBD Compare. Available at <https://www.thelancet.com/lancet/visualisations/gbd-compare> (2022).
25. Koeder, C. *et al.* Healthy lifestyle changes favourably affect common carotid intima-media thickness: the Healthy Lifestyle Community Programme (cohort 2). *Journal of nutritional science* **11**, e47; 10.1017/jns.2022.46 (2022).

26. Koeder, C., Hahn, A. & Englert, H. Effect of a 6-Month Controlled Lifestyle Intervention on Common Carotid Intima-Media Thickness. *The journal of nutrition, health & aging* **25**, 869–877; 10.1007/s12603-021-1628-0 (2021).
27. Koeder, C. *et al.* Effect of a 1-year controlled lifestyle intervention on body weight and other risk markers (the Healthy Lifestyle Community Programme, cohort 2). *Obesity facts* (2021).
28. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. *Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung*. 4th ed. (Köln und Berlin, 2021).