

Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier

quartier.life | Version 1.0 | Oktober 2026

Annes Welt – Bausteine für Sorgende Gemeinschaften

Annes Welt unterstützt Menschen dabei, Sorgende Gemeinschaften in Quartieren und Kommunen zu gestalten. Annes Welt verbindet die Novelle „Die Quartiersfrau“ mit praxisnahem Wissen, Praxisbeispielen und Angeboten, einer Online-Schulung, dem KI-Coach Anne sowie einer digitalen Quartiers-Plattform.

Das vorliegende Dokument ist Teil dieser Wissenswelt und bietet Anregungen und Hilfestellungen für die Arbeit vor Ort.

Entdecke alle Bausteine auf quartier.life

1. Orientierung – Worum geht es?

Gesundheit entsteht nicht erst in einer Arztpraxis. Sie entsteht jeden Tag dort, wo Menschen wohnen, lernen, arbeiten, einkaufen, sich bewegen, anderen begegnen oder Unterstützung suchen. Ob ein Kind sicher zur Schule laufen kann, eine ältere Person im Sommer einen schattigen Aufenthaltsort findet, eine alleinerziehende Mutter bezahlbare Bewegungsangebote erreicht oder ein einsamer Nachbar Anschluss findet, hat gesundheitliche Bedeutung. Das Quartier ist deshalb nicht nur Wohnort. Es ist eine Lebenswelt, in der Gesundheit geschützt, gestärkt – oder ungewollt belastet – werden kann.

Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier bezeichnet die gemeinsame Gestaltung dieser Lebenswelt. Im Mittelpunkt stehen nicht einzelne Kurse, Kampagnen oder Aktionstage. Entscheidend ist ein abgestimmtes System aus gesundheitsfördernden Bedingungen, verständlichen Informationen, niedrigschwelligen Angeboten, Beteiligung und verlässlicher Zusammenarbeit. Es soll Menschen ermöglichen, ihre Gesundheit im Alltag zu erhalten, Belastungen früh zu begegnen und vorhandene Ressourcen zu nutzen.

Dabei ergänzen sich zwei Perspektiven:

1. **Prävention** fragt vor allem: Welche gesundheitlichen Risiken, Erkrankungen oder Folgeschäden können vermieden, früh erkannt oder gemindert werden?
2. **Gesundheitsförderung** fragt: Welche persönlichen, sozialen und strukturellen Ressourcen ermöglichen Menschen mehr Gesundheit, Selbstbestimmung und Wohlbefinden?

Im Quartier greifen beide Perspektiven ineinander. Ein angeleiteter Bewegungstreff kann die körperliche Aktivität fördern. Ein sicherer, barrierearmer und im Sommer verschatteter Rundweg verändert zugleich die Bedingungen, unter denen Bewegung überhaupt möglich wird. Ein Kochkurs kann Wissen vermitteln. Eine gesundheitsfördernde Gemeinschaftsverpflegung, ein erreichbarer Lebensmittelmarkt und ein bezahlbarer Mittagstisch erleichtern eine ausgewogene Ernährung im Alltag. Eine Informationsbroschüre kann auf Hilfen hinweisen. Eine vertraute Ansprechperson, die verständlich erklärt und bei Bedarf weiterbegleitet, stärkt tatsächliche Gesundheitskompetenz.

Diese Verbindung von **Verhaltensprävention** und **Verhältnisprävention** ist zentral. Menschen tragen Verantwortung für ihre Entscheidungen, aber sie treffen diese Entscheidungen unter sehr

unterschiedlichen Bedingungen. Einkommen, Bildung, Beschäftigung, Wohnqualität, Umweltbelastung, Diskriminierung, Mobilität, Barrierefreiheit, soziale Beziehungen und der Zugang zu vertrauenswürdigen Informationen beeinflussen die gesundheitlichen Möglichkeiten. Gesundheitsförderung darf deshalb weder moralisieren noch soziale Probleme individualisieren.

Gesundheitliche Ungleichheit ist auch räumlich sichtbar. Das Robert Koch-Institut weist für die Jahre 2020 bis 2022 zwischen den sozioökonomisch am stärksten benachteiligten und den wohlhabendsten Wohnregionen eine Lebenserwartungslücke von 4,3 Jahren bei Frauen und 7,2 Jahren bei Männern aus. Diese Unterschiede lassen sich nicht mit individuellem Verhalten allein erklären. Sie verweisen auf ungleiche Lebens- und Teilhabechancen und begründen den Auftrag, Ressourcen dort besonders zu stärken, wo Belastungen hoch und Zugänge erschwert sind. (RKI 2025)

Das Quartier bietet dafür einen geeigneten Handlungsraum. Es ist klein genug, um Alltagswege, Barrieren, Treffpunkte und Beziehungen konkret zu verstehen. Zugleich ist es groß genug, um kommunale Planung, Einrichtungen, Vereine, Wohnungswirtschaft, Gesundheitswesen und Bewohnerschaft miteinander zu verbinden. In ländlichen Räumen kann ein Quartier ein Dorf, mehrere Ortsteile oder eine Kleinstadt mit ihrem Umland umfassen. In größeren Städten kann es ein Wohnviertel oder Stadtteil sein. Maßgeblich ist der Raum, in dem Menschen ihren Alltag tatsächlich organisieren.

Ein gesundheitsförderndes Quartier verfolgt dabei einen **Lebensverlauf-Ansatz**. Es betrachtet gesundes Aufwachsen, gesundes Leben und Arbeiten sowie gesundes Älterwerden nicht als getrennte Welten. Viele Faktoren wirken über Altersgrenzen hinweg: sichere Wege, gute Luft, soziale Verbundenheit, zugängliche Grünräume, bezahlbare Ernährung, verständliche Informationen und Orte der Mitwirkung. Zugleich benötigen verschiedene Lebenslagen unterschiedliche Zugänge. Kinder und Jugendliche, pflegende Angehörige, Menschen mit Behinderungen, Menschen mit wenig Einkommen, Alleinlebende, neu Zugewanderte oder hochaltrige Menschen sollten nicht pauschal als „schwer erreichbar“ bezeichnet werden. Häufig sind vielmehr die Angebote schwer zugänglich.

Der kommunale Handlungsspielraum ist groß, aber nicht unbegrenzt. Die Kommune kann gesundheitsrelevante Lebensbedingungen gestalten, Akteure koordinieren, Daten zusammenführen und Beteiligung ermöglichen. Krankenkassen können nach § 20a SGB V den Aufbau gesundheitsfördernder Strukturen in Lebenswelten unterstützen. Der Öffentliche Gesundheitsdienst bringt Public-Health-Kompetenz ein. Einrichtungen, Vereine, Betriebe, Wohnungsunternehmen, soziale Träger und die Bewohnerschaft verfügen über weitere Ressourcen. Medizinische Diagnostik, Behandlung, Früherkennung und individuelle Therapie bleiben jedoch Aufgaben der dafür qualifizierten Leistungserbringer.

Quartiersbezogene Gesundheitsförderung ergänzt diese Leistungen; sie ersetzt sie nicht.

Wer Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier entwickeln möchte, sollte deshalb nicht zuerst fragen:

Welches neue Gesundheitsangebot können wir starten?

Die bessere Frage lautet:

Was schützt und belastet die Gesundheit im Alltag – und wie verändern wir gemeinsam die Bedingungen so, dass alle Menschen bessere Gesundheitschancen erhalten?

Diese Frage verschiebt den Blick von Einzelmaßnahmen auf Zusammenhänge. Sie verbindet Stadtentwicklung, Soziales, Bildung, Umwelt, Mobilität, Sport, Kultur, Pflege und Gesundheitswesen.

Sie nimmt vorhandene Ressourcen ernst und macht zugleich sichtbar, wo strukturelle Veränderungen notwendig sind. Das vorliegende Praxispapier zeigt, wie daraus Schritt für Schritt eine verbindliche, wirksame und lernfähige kommunale Praxis entstehen kann.

Leitsatz

Gesundheit wird im Alltag möglich oder erschwert. Ein gesundheitsförderndes Quartier stärkt Menschen und verändert zugleich die Bedingungen, unter denen sie leben.

2. Das Wichtigste

Wer Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier aufbauen oder weiterentwickeln möchte, sollte zunächst die folgenden Kernaussagen im Blick behalten:

1. Gesundheit ist eine Gemeinschaftsaufgabe.

Gesundheit wird durch viele kommunale Handlungsfelder beeinflusst. Gesundheitsamt und Gesundheitswesen sind wichtige Partner, können aber Wohnen, Mobilität, Bildung, Umwelt, soziale Teilhabe und öffentliche Räume nicht allein gesundheitsfördernd gestalten.

2. Verhalten und Verhältnisse gehören zusammen.

Informationen und Kurse sind sinnvoll, wenn Menschen zugleich reale Möglichkeiten erhalten, gesund zu handeln. Sichere Wege, bezahlbare Angebote, Zeit, soziale Unterstützung und barrierefreie Orte sind häufig ebenso wirksam wie Wissensvermittlung.

3. Gesundheitsförderung arbeitet mit Ressourcen.

Sie fragt nicht nur nach Krankheit und Risiko, sondern auch nach Fähigkeiten, Beziehungen, Orten und Erfahrungen, die Wohlbefinden und Selbstbestimmung stärken. Diese salutogenetische Perspektive schützt vor einem einseitigen Defizitblick.

4. Gesundheitliche Chancengerechtigkeit ist ein Qualitätsmaßstab.

Universelle Angebote sollten allen offenstehen und dort durch zusätzliche, passgenaue Unterstützung ergänzt werden, wo Belastungen und Zugangshürden höher sind. Gleiche Angebote schaffen nicht automatisch gleiche Chancen.

5. Beteiligung ist Teil der Wirkung.

Menschen sind nicht nur Zielgruppe, sondern Mitgestaltende ihrer Lebenswelt. Ihre Alltagserfahrungen verbessern Analysen und Maßnahmen. Beteiligung stärkt zugleich Selbstwirksamkeit, soziale Beziehungen und demokratische Handlungsfähigkeit.

6. Das Quartier ist ein verbindender Sozialraum.

Es verbindet unterschiedliche Lebenswelten wie Kita, Schule, Betrieb, Pflegeeinrichtung, Verein, Nachbarschaft und öffentlichen Raum. Dadurch können Einzelaktivitäten zu einer kommunalen Gesamtstrategie zusammenwachsen.

7. Niedrigschwellig bedeutet mehr als kostenlos.

Zeit, Ort, Sprache, Anmeldung, Barrierefreiheit, Kinderbetreuung, digitale Anforderungen, kulturelle Passung und die Erfahrung von Wertschätzung entscheiden mit darüber, wer ein Angebot nutzt.

8. Soziale Verbundenheit ist Gesundheitsförderung.

Begegnungsorte, Nachbarschaft, Teilhabe und verlässliche Beziehungen sind keine weichen Zusatzthemen. Sie stärken Wohlbefinden, helfen Belastungen zu bewältigen und können Einsamkeit und Isolation entgegenwirken.

9. Klima und Gesundheit müssen gemeinsam gedacht werden.

Hitze, UV-Strahlung, Luftschadstoffe, Lärm und Extremwetter wirken im Quartier sehr konkret. Verschattung, Grün, Trinkwasser, kühle Räume, gute Information und aufsuchende Unterstützung gehören zu einer zukunftsfähigen Präventionsstrategie.

10. Koordination ist eine eigene Leistung.

Viele gute Einzelangebote ergeben noch keine Strategie. Es braucht eine Stelle, die Ziele, Daten, Beteiligung, Partner, Finanzierung, Umsetzung und Lernen zusammenführt – mit Mandat, Zeit und Kompetenz.

11. Wirkung ist mehr als Teilnahme.

Teilnehmendenzahlen zeigen Aktivität. Entscheidend ist zusätzlich, ob nicht erreichte Gruppen besser Zugang finden, gesundheitsfördernde Bedingungen entstehen, Ressourcen wachsen und Belastungen abnehmen.

12. Verstetigung beginnt vor dem Projektstart.

Zuständigkeit, Finanzierung, Datenpflege, Qualifizierung und politische Rückbindung sollten von Anfang an geplant werden. Ein dauerhaft benötigtes Angebot darf nicht allein von kurzfristigen Fördermitteln oder einzelnen Engagierten abhängen.

3. Die Grundlagen

Was bedeuten Prävention und Gesundheitsförderung?

Prävention und Gesundheitsförderung verfolgen ein gemeinsames Ziel, setzen aber an unterschiedlichen Ausgangspunkten an.

Begriff	Ausgangspunkt	Beispiele im Quartier
Primärprävention	Risiken mindern, bevor eine Erkrankung entsteht	Bewegungsförderung, Suchtprävention, gesunde Ernährung, Hitzeschutz, Sturzprävention
Sekundärprävention	Erkrankungen oder Risiken früh erkennen	verständliche Information und Wegweisung zu Impf-, Vorsorge- und Früherkennungsangeboten; niedrigschwellige Zugänge zu qualifizierter Beratung
Tertiärprävention	Folgen einer bestehenden Erkrankung mindern und Teilhabe erhalten	Selbsthilfe, Rehabilitationszugänge, Bewegungs- und Teilhabeangebote für Menschen mit chronischen Erkrankungen
Gesundheitsförderung	Ressourcen, Selbstbestimmung und gesundheitsfördernde Lebensbedingungen stärken	Beteiligung, soziale Netzwerke, sichere öffentliche Räume, Gesundheitskompetenz, gute Nachbarschaft

Die Grenzen sind fließend. Ein gemeinsamer Spaziergang kann Bewegung fördern, Einsamkeit entgegenwirken, Sicherheit im Umgang mit dem eigenen Körper stärken und den öffentlichen Raum beleben. Für die Quartierspraxis ist deshalb weniger die begriffliche Trennung entscheidend als eine

klare Wirkungslogik: Welche Belastung oder Ressource soll sich verändern, für wen und durch welchen Mechanismus?

Medizinische Früherkennung, Impfentscheidungen, Diagnostik und Behandlung erfordern fachliche Standards und qualifizierte Leistungserbringer. Quartiersarbeit kann informieren, Vertrauen schaffen, Zugänge erleichtern und Kooperation organisieren. Sie darf keine individuelle medizinische Beratung vortäuschen.

Der Setting-Ansatz: Gesundheit in Lebenswelten gestalten

Die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation beschreibt Gesundheitsförderung als einen Prozess, der Menschen mehr Einfluss auf ihre Gesundheit ermöglicht. Sie nennt fünf miteinander verbundene Handlungsfelder: **gesundheitsfördernde Politik, gesundheitsförderliche Lebenswelten, Stärkung gemeinschaftlichen Handelns, Entwicklung persönlicher Kompetenzen und eine stärkere Gesundheitsorientierung der Dienste.**

Der Setting- oder Lebensweltansatz überträgt diese Logik auf konkrete soziale Systeme. Nach § 20a SGB V sind Lebenswelten räumlich oder sozial abgrenzbare Systeme des Wohnens, Lernens, Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports. Krankenkassen unterstützen dort gemeinsam mit Verantwortlichen und unter Beteiligung der Versicherten die Ermittlung von Gesundheitsrisiken und -potenzialen, den Aufbau gesundheitsfördernder Strukturen und die Umsetzung von Vorschlägen.

Das Quartier ist in diesem Sinne ein verbindendes Dach. Es enthält zahlreiche einzelne Settings und berührt die Übergänge zwischen ihnen. Eine kommunale Strategie kann deshalb Maßnahmen in Kitas, Schulen, Betrieben oder Pflegeeinrichtungen verbinden und zugleich den öffentlichen Raum, Mobilität, Wohnen und Nachbarschaft einbeziehen.

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit

Gesundheitschancen sind ungleich verteilt. Belastende Arbeits- und Wohnbedingungen, finanzielle Sorgen, geringere Entscheidungsspielräume, Diskriminierung, Umweltbelastungen und erschwerte Zugänge können sich über den Lebensverlauf kumulieren. Gute Gesundheitsförderung begegnet diesen Unterschieden nicht mit Schuldzuweisungen, sondern mit einer gerechteren Verteilung von Ressourcen und Möglichkeiten.

Für die Praxis helfen fünf Leitgedanken:

1. **universell und bedarfsgerecht:** Grundangebote stehen allen offen; zusätzliche Intensität richtet sich nach Belastung und Bedarf,
2. **niedrigschwellig und nicht stigmatisierend:** Unterstützung ist leicht zugänglich und vermeidet beschämende Sonderwege,
3. **partizipativ:** Menschen mit eigener Erfahrung wirken an Analyse, Entscheidung, Umsetzung und Bewertung mit,
4. **empowernd:** Maßnahmen erweitern Handlungsmöglichkeiten statt Abhängigkeit zu erzeugen,
5. **diskriminierungssensibel:** Barrieren aufgrund von Sprache, Behinderung, Armut, Alter, Geschlecht oder Herkunft werden systematisch geprüft.

Der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit stellt dafür zwölf Good-Practice-Kriterien bereit. Dazu zählen unter anderem Zielgruppenbezug, niedrigschwellige Arbeitsweise, Partizipation,

Empowerment, Setting-Ansatz, Multiplikatorenkonzept, Nachhaltigkeit und Qualitätsmanagement. Sie eignen sich als Entwicklungs- und Reflexionsinstrument für Projekte, Programme und Netzwerke.

Gesundheitsdeterminanten im Quartier

Gesundheit wird von mehreren Ebenen beeinflusst. Persönliche Voraussetzungen und Verhalten sind eingebettet in soziale Beziehungen, Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie politische, wirtschaftliche und ökologische Rahmenbedingungen. Für ein Quartier sind insbesondere folgende Felder relevant:

Handlungsfeld	Gesundheitsrelevante Bedingungen	Mögliche Ansatzpunkte
Bewegung und Mobilität	sichere Wege, Beleuchtung, Barrierefreiheit, Grünflächen, erreichbarer Sport	bewegungsfreundliche Wege, offene Bewegungsangebote, Sitzgelegenheiten, Rad- und Fußverkehr
Ernährung und Versorgung	Preis, Erreichbarkeit, Qualität und soziale Bedeutung von Mahlzeiten	gesunde Gemeinschaftsverpflegung, Mittagstisch, Koch- und Einkaufskompetenz, Trinkwasser
Soziale Verbundenheit	Begegnungsorte, Zugehörigkeit, Nachbarschaft, Einsamkeit, Diskriminierung	offene Treffpunkte – Dritte Orte, aufsuchende Ansprache, Patenschaften, gemeinschaftliche Aktivitäten
Psychisches Wohlbefinden	Stress, Sicherheit, Teilhabe, Sinn, Natur, Beratungszugänge	entlastende Räume, Krisenwissen, Kultur und Bewegung, peerbasierte Angebote, Lotsenwege
Wohnen und Umwelt	Wohnqualität, Hitze, Lärm, Luft, Schimmel, Grün, Überbelegung	Hitzeschutz, Wohnberatung, Begrünung, Verschattung, Lärm- und Umweltmaßnahmen
Gesundheitskompetenz	verständliche Information, Vertrauen, Sprache, digitale Teilhabe	qualitätsgesicherte Information, persönliche Erklärung, Mediensprechstunde, Wegweisung
Sucht und Sicherheit	Verfügbarkeit, soziale Belastung, Gewalt, riskante Konsummuster	Verhältnisprävention, Jugendschutz, frühe Hilfe, Beratung und sichere öffentliche Räume
Gesundes Älterwerden	Mobilität, Sturzrisiko, soziale Teilhabe, Pflegeverantwortung	altersfreundliche Umgebung, Sturzprävention, Bewegung, Entlastung pflegender Angehöriger

Die Tabelle ist kein Maßnahmenkatalog. Sie verdeutlicht, dass Gesundheitspolitik im Quartier Querschnittspolitik ist. Nicht jedes Thema muss gleichzeitig bearbeitet werden. Aber jede priorisierte Maßnahme sollte ihre Wechselwirkungen mit anderen Handlungsfeldern berücksichtigen.

Gesundheitskompetenz und verständliche Zugänge

Gesundheitskompetenz bezeichnet die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und im eigenen Leben anzuwenden. Sie ist keine rein persönliche Eigenschaft. Auch Organisationen tragen Verantwortung dafür, Informationen, Verfahren und Angebote so zu gestalten, dass Menschen sie verstehen und nutzen können.

Ein gesundheitskompetentes Quartier:

1. nutzt klare, alltagstaugliche und mehrsprachige Sprache,
2. kennzeichnet Absender, Quellen und Aktualität von Informationen,
3. bietet persönliche und telefonische Alternativen zu digitalen Zugängen,
4. erläutert nicht nur, **was** empfohlen wird, sondern auch **wie** der nächste Schritt gelingt,
5. prüft Informationen mit Menschen unterschiedlicher Lese-, Sprach- und Digitalkompetenz,
6. verbindet Information mit einer warmen Weitervermittlung, wenn Unterstützung notwendig ist.

Gesundheitsinformationen sollten nicht unnötig Angst erzeugen. Besonders bei Präventionsbotschaften ist transparent zu unterscheiden zwischen wissenschaftlich gesichertem Wissen, allgemeiner Empfehlung und individueller medizinischer Entscheidung.

Soziale Verbundenheit als Gesundheitsressource

Soziale Beziehungen geben Rückhalt, vermitteln Zugehörigkeit und erleichtern den Zugang zu Hilfe. Einsamkeit und soziale Isolation können dagegen körperliches und psychisches Wohlbefinden beeinträchtigen. Die WHO-Kommission zu sozialer Verbundenheit hat 2025 dazu aufgerufen, soziale Gesundheit mit vergleichbarer Aufmerksamkeit wie körperliche und psychische Gesundheit zu behandeln.

Quartiersarbeit besitzt hier besondere Möglichkeiten. Sie kann Begegnung in den Alltag einbetten, statt ausschließlich spezielle „Angebote gegen Einsamkeit“ zu schaffen. Ein Mittagstisch, eine Bank an einem belebten Weg, ein offener Garten, ein Kulturangebot, ein Reparaturtreff oder eine Gehgruppe können soziale Verbindungen stärken, ohne Menschen zu etikettieren. Wichtig ist, auch diejenigen aufzusuchen, die solche Orte nicht aus eigener Kraft erreichen.

Klimaresilienz und Gesundheitsschutz

Hitze, Extremwetter, UV-Strahlung, Luftschadstoffe und Lärm treffen nicht alle Menschen gleichermaßen. Alter, Vorerkrankungen, Wohnsituation, Arbeitsbedingungen, Einkommen, Mobilität und soziale Isolation beeinflussen die Verwundbarkeit. Die Nationale Präventionskonferenz hat Klimaanpassung und gesundheitlichen Klimaschutz 2025 ausdrücklich in die weiterentwickelten Bundesrahmenempfehlungen aufgenommen.

Im Quartier bedeutet klimaresiliente Gesundheitsförderung unter anderem:

1. hitzebelastete Orte und besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen gemeinsam zu identifizieren,
2. Schatten, Bäume, Trinkwasser, Sitzgelegenheiten und kühle Aufenthaltsräume zu schaffen,
3. Hitzewarnungen in verständliche lokale Handlungswege zu übersetzen,
4. aufsuchende Kontakte und Nachbarschaftsnetze für alleinlebende Menschen vorzubereiten,
5. klimaangepasste Bewegungs- und Veranstaltungszeiten zu planen,
6. Klimaanpassung so zu gestalten, dass sie zugleich Teilhabe, Bewegung und Aufenthaltsqualität verbessert.

Hitzeaktionsplanung ist keine saisonale Informationskampagne. Zuständigkeiten, Warnketten, Orte, Kontaktwege und Schutzmaßnahmen müssen vor Beginn der Hitzeperiode geklärt sein.

Qualität, Wirkung und ethische Grenzen

Gesundheitsförderung greift in Lebensweisen und öffentliche Räume ein. Sie benötigt deshalb fachliche Qualität und ethische Sorgfalt. Maßnahmen sollten wissenschaftlich plausibel, partizipativ entwickelt, diskriminierungssensibel, datenschutzkonform und im Verhältnis zum möglichen Nutzen angemessen sein.

Wirkung entsteht auf mehreren Ebenen:

Ebene	Beispiele für Veränderungen
Strukturen	politische Beschlüsse, Koordination, dauerhaftes Budget, verbindliche Kooperation
Bedingungen	sichere Wege, Schatten, Trinkwasser, gesundheitsfördernde Verpflegung, barrierefreie Räume
Zugänge und Reichweite	bislang wenig erreichte Gruppen nutzen Angebote; Informationen werden verstanden
Ressourcen und Verhalten	Bewegung, Gesundheitskompetenz, soziale Unterstützung, Selbstwirksamkeit nehmen zu
Gesundheit und Wohlbefinden	subjektives Wohlbefinden, Teilhabe oder funktionale Fähigkeiten verbessern sich

Gesundheitliche Endpunkte verändern sich häufig langsam und werden von vielen Faktoren beeinflusst. Eine Kommune sollte deshalb keine direkte Kausalität behaupten, die ihre Daten nicht belegen. Eine Kombination aus Kennzahlen, Beobachtung und den Erfahrungen der Menschen liefert meist das realistischste Bild.

Rechtlicher und strategischer Rahmen

Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier berühren unterschiedliche Zuständigkeiten. Wichtige bundesweite Anknüpfungspunkte sind:

Rahmen	Bedeutung für die Quartierspraxis
§§ 20 und 20a SGB V	Qualitätsanforderungen und Förderung von Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten unter Beteiligung der Menschen vor Ort
§§ 20d bis 20f SGB V	Nationale Präventionsstrategie, Nationale Präventionskonferenz und Landesrahmenvereinbarungen
§ 25 SGB V	medizinische Gesundheitsuntersuchungen und Früherkennung; Quartiersarbeit kann informieren und Zugänge unterstützen

Rahmen	Bedeutung für die Quartierspraxis
§§ 5 und 45 SGB XI	Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen sowie Pflegekurse und Schulungen für An- und Zugehörige
Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes	verbindliche Handlungsfelder und Qualitätskriterien für förderfähige GKV-Leistungen; eigenes Kapitel zur Kommune
Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz	gemeinsame Ziele „Gesund aufwachsen“, „Gesund leben und arbeiten“ und „Gesund im Alter“ sowie Orientierung für Kooperation
Landesrecht und kommunale Selbstverwaltung	Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, kommunale Planung und örtliche Gestaltung unterscheiden sich je nach Bundesland

Das GKV-Bündnis für Gesundheit beschreibt die Kommune als „Dach-Setting“. Für eine Förderung sind typischerweise ein nachvollziehbarer Bedarf, politische Unterstützung, eine nachhaltige Perspektive, Beteiligung und ein angemessener kommunaler Eigenbeitrag relevant. Förderbedingungen und Ansprechpartner unterscheiden sich nach Bundesland und Programm und müssen aktuell geprüft werden.

Rechtsgrundlagen und Förderprogramme sind Werkzeuge, keine Strategie. Eine Kommune sollte zunächst Ziele, Zielgruppen, Strukturen und Verantwortung klären und danach passende Finanzierungsbausteine kombinieren.

4. Der Praxisansatz

Ein gesundheitsförderndes Quartier entsteht nicht durch die Addition möglichst vieler Angebote. Es entsteht durch einen gemeinsamen Entwicklungsprozess, der Haltung, Wissen, Beteiligung, Strukturen, Umsetzung und Lernen verbindet.

Das generische **7-Schritte-Modell für kommunale Transformation** bildet die übergreifende Entwicklungslogik von quartier.life. Im vorliegenden Praxispapier wird dieses Dachmodell auf das Handlungsfeld „Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier“ übertragen. Die sieben Schritte und ihre Reihenfolge bleiben unverändert; Leitfragen, Aufgaben, Ergebnisse und Arbeitshilfen werden fachlich konkretisiert.

Haltung klären → Sozialraum analysieren → Schlüsselakteure gewinnen → Zielarchitektur entwickeln → Strukturen schaffen → Maßnahmen umsetzen → Verstetigen und lernen

Die Reihenfolge ist idealtypisch. In der Praxis können Schritte parallel bearbeitet oder erneut durchlaufen werden. Entscheidend ist, keinen Schritt dauerhaft auszulassen: Ohne Haltung drohen Moralbotschaften und Aktionismus, ohne Analyse bleiben Ungleichheiten unsichtbar, ohne Schlüsselakteure fehlen Einfluss und Ressourcen, ohne Zielarchitektur zerfällt die Arbeit in Einzelprojekte, ohne Strukturen bleibt Kooperation unverbindlich, ohne Umsetzung entsteht keine Veränderung und ohne Lernen keine Nachhaltigkeit.

Ein Modell – unterschiedliche fachliche Anwendungen

Das 7-Schritte-Modell beschreibt den allgemeinen Weg kommunaler Transformation. Dieses Praxispapier zeigt, was jeder Schritt für Prävention und Gesundheitsförderung konkret bedeutet. Die gemeinsame Logik bleibt erkennbar; die fachliche Ausgestaltung folgt den Anforderungen des Setting-Ansatzes, der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit und einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik.

Der Praxisansatz in der Übersicht

Schritt	Leitfrage	Kernaufgabe	Ergebnis
1. Haltung klären	Wofür stehen wir – und welches Verständnis von Gesundheit leitet uns?	Grundsätze, Auftrag, Rollen, Grenzen und Gerechtigkeitsverständnis klären	gemeinsames Gesundheitsleitbild und belastbares Mandat
2. Sozialraum analysieren	Was schützt und belastet Gesundheit im Alltag – und wen erreichen wir nicht?	Daten, Erfahrungen, Ressourcen, Umweltbedingungen und Zugangsbarrieren verbinden	gemeinsames Gesundheitslagebild des Quartiers
3. Schlüsselakteure gewinnen	Wer kann Bedingungen verändern, Zugänge öffnen und Vertrauen schaffen?	Entscheidungsträger, Fachpraxis, Multiplikatoren und Bewohnerschaft verbinden	handlungsfähige Gesundheitskoalition
4. Zielarchitektur entwickeln	Welche Veränderungen haben Vorrang und woran erkennen wir Wirkung?	Wenige gerechte, lebensphasenbezogene Wirkungsziele und Indikatoren vereinbaren	fokussierte Gesundheitsagenda mit Wirkungslogik
5. Strukturen schaffen	Wie werden Zusammenarbeit, Beteiligung und Verantwortung verlässlich?	Koordination, Gremien, Rollen, Ressourcen, Daten und Qualitätswege sichern	arbeitsfähige Präventions- und Gesundheitsförderungsstruktur

Schritt	Leitfrage	Kernaufgabe	Ergebnis
6. Maßnahmen umsetzen	Wie wird das Quartier im Alltag spürbar gesünder?	Strukturelle und verhaltensbezogene Maßnahmen kombinieren, testen und zugänglich machen	sichtbare und überprüfbare Veränderung
7. Verstetigen und lernen	Wie bleiben Wirkung, Wissen und Verantwortung erhalten?	Ergebnisse auswerten, Ungleichheiten prüfen, Strukturen anpassen und Finanzierung sichern	lernendes und dauerhaft gesundheitsförderndes Quartier

Schritt 1: Haltung klären

Ziel: Die Beteiligten entwickeln ein gemeinsames Verständnis von Gesundheit, Prävention, Gesundheitsförderung und Chancengerechtigkeit. Sie klären den kommunalen Auftrag, professionelle Grenzen und die Grundsätze, an denen spätere Entscheidungen gemessen werden.

Vorgehen

Am Anfang steht keine Maßnahmenliste, sondern eine Verständigung. Unterschiedliche Akteure verbinden mit Prävention oft Unterschiedliches: Die einen denken an Bewegungskurse, andere an medizinische Früherkennung, wieder andere an sichere Wege, Armutsfolgen oder Klimaanpassung. Diese Perspektiven können sich ergänzen, wenn die Begriffe und Verantwortungen offen geklärt werden.

Ein Leitbildprozess sollte mindestens folgende Fragen bearbeiten:

1. Verstehen wir Gesundheit umfassend als körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden und als Möglichkeit zur selbstbestimmten Teilhabe?
2. Verbinden wir individuelle Kompetenzen mit gesundheitsfördernden Lebensbedingungen?
3. Wie vermeiden wir Schuldzuweisungen, Moralisation und Stigmatisierung?
4. Was bedeutet gesundheitliche Chancengerechtigkeit für die Verteilung unserer Aufmerksamkeit und Ressourcen?
5. Wie weit reicht der kommunale Auftrag, wo liegen Aufgaben anderer Träger und wo sind qualifizierte medizinische oder therapeutische Leistungen erforderlich?
6. Welche Form der Beteiligung sichern wir der Bewohnerschaft verbindlich zu?
7. Welche Entscheidungsspielräume, Zeit und Mittel stehen tatsächlich zur Verfügung?

Hilfreich ist ein kurzer gemeinsamer **Gesundheitskompass** mit fünf bis sieben Grundsätzen.

Beispielsweise: „Wir gestalten Bedingungen und stärken Menschen.“ – „Wir beziehen diejenigen ein, deren Alltag betroffen ist.“ – „Wir richten zusätzliche Unterstützung nach Belastung und Zugangshürden aus.“ – „Wir verbinden Gesundheitsförderung mit Klima-, Sozial- und Stadtentwicklung.“ – „Wir kommunizieren verständlich und achten Selbstbestimmung.“

Das Leitbild benötigt ein Mandat. Ein politischer Beschluss, ein Auftrag der Verwaltungsspitze oder eine verbindliche Kooperationsvereinbarung schafft Legitimation. Zugleich sollte transparent sein, was in der ersten Entwicklungsphase noch nicht geleistet werden kann.

Erfolgsfaktoren

- ein positives, ressourcenorientiertes Gesundheitsverständnis,
- die Verbindung von Verhalten und Verhältnissen,
- klare ethische und professionelle Grenzen,
- ein ausdrücklich vereinbarter Gerechtigkeitsanspruch,
- politische Rückendeckung und realistische Ressourcen,
- sichtbare Beteiligung von Menschen mit unterschiedlichen Alltagserfahrungen.

Typische Fehler

- Gesundheit auf individuelles Verhalten reduzieren,
- Menschen durch Risikoetiketten oder Defizitbegriffe beschämen,
- Beteiligung ankündigen, obwohl wesentliche Entscheidungen bereits gefallen sind,
- medizinische, kommunale und zivilgesellschaftliche Rollen vermischen,
- ein anspruchsvolles Leitbild ohne Zeit, Budget oder Entscheidungskompetenz beschließen,
- Zielkonflikte – etwa zwischen Autoverkehr, Aufenthaltsqualität und Bewegung – vermeiden statt bearbeiten.

Praxistipp: Formulieren Sie drei Sätze aus Sicht der Menschen: „In meinem Quartier kann ich mich sicher und gern bewegen.“ – „Wenn ich Gesundheitsinformationen brauche, verstehe ich sie und weiß, wem ich vertrauen kann.“ – „Auch mit wenig Geld, eingeschränkter Mobilität oder ohne digitale Routine kann ich teilnehmen.“ Prüfen Sie jede spätere Entscheidung an diesen Sätzen.

Schritt 2: Sozialraum analysieren

Ziel: Die Beteiligten entwickeln ein gemeinsames, differenziertes Gesundheitslagebild. Es verbindet statistische Daten mit Alltagswissen und macht Belastungen, Ressourcen, räumliche Unterschiede, Zugangsbarrieren sowie bislang wenig erreichte Gruppen sichtbar.

Vorgehen

Eine gute Analyse beginnt mit der räumlichen Abgrenzung. Verwaltungsgrenzen sind ein Ausgangspunkt, aber nicht immer der tatsächliche Alltagsraum. Schulwege, Einkauf, ÖPNV, medizinische Versorgung, Vereinsleben und soziale Beziehungen können über Grenzen hinweg reichen. Gerade im ländlichen Raum sind Erreichbarkeit und Mobilität mitzudenken.

Danach werden mehrere Wissensquellen kombiniert:

1. **Gesundheits- und Sozialdaten:** Altersstruktur, soziale Lage, Alleinleben, Behinderung, Pflege, ausgewählte Gesundheitsindikatoren und Inanspruchnahme, soweit kleinräumig und datenschutzkonform verfügbar,
2. **Umwelt- und Infrastrukturdaten:** Hitzeinseln, Grün, Lärm, Luft, Verkehrsrisiken, Barrierefreiheit, Wohnqualität, Lebensmittel- und Bewegungsangebote,
3. **Angebots- und Reichweitendaten:** Orte, Zeiten, Kosten, Kapazität, Zugangsvoraussetzungen und tatsächliche Nutzung,
4. **Alltagswissen:** Quartiersbegehungen, Gespräche, Fokusgruppen, aufsuchende Interviews, Fotodokumentation und Beteiligungskarten,
5. **Ressourcen:** informelle Treffpunkte, aktive Nachbarschaften, Vereine, Schlüsselpersonen, Freiflächen, Räume und bestehende Kooperationen.

Die Analyse sollte Belastungen nicht isoliert zählen. Entscheidend ist ihre Überlagerung. Eine schlecht verschattete Wohnlage ist für einen mobilen Menschen mit kühler Wohnung anders zu bewerten als für eine alleinlebende hochaltrige Person im Dachgeschoss. Ein kostenloses Bewegungsangebot ist weniger zugänglich, wenn der Weg unsicher ist oder Anmeldung nur online möglich ist.

Mindestens vier Perspektiven sollten getrennt ausgewertet werden:

1. **Gesundheitslage:** Welche Belastungen und Ressourcen sind erkennbar?
2. **Lebensbedingungen:** Welche räumlichen, sozialen und ökologischen Faktoren beeinflussen sie?
3. **Zugänge:** Wer nutzt vorhandene Angebote, wer nicht und warum?
4. **Gestaltungspotenzial:** Welche Ressourcen und laufenden Planungen können genutzt werden?

Kleinräumige Daten können lückenhaft sein. Dann sind transparente Näherungen besser als Scheingenauigkeit. Daten sollten nie so dargestellt werden, dass einzelne Personen oder sehr kleine Gruppen identifizierbar werden. Qualitative Erfahrungen ergänzen Zahlen, ersetzen sie aber nicht – und umgekehrt.

Erfolgsfaktoren

- ein gemeinsam geklärter Quartierszuschnitt,
- Kombination von Daten, Karten und Erfahrungen,
- Beteiligung auch außerhalb etablierter Gremien und Einrichtungen,
- getrennte Betrachtung von Vorhandensein, Erreichbarkeit, Nutzung und Wirkung,
- Analyse von Ressourcen ebenso wie von Belastungen,
- Datenschutz, transparente Datenqualität und nachvollziehbare Annahmen,
- eine kompakte Darstellung, die zu Entscheidungen führt.

Typische Fehler

- ausschließlich kommunale Durchschnittswerte verwenden,
- Angebotsadressen mit tatsächlicher Zugänglichkeit gleichsetzen,
- nur die Menschen befragen, die bereits teilnehmen,
- das Quartier durch Defizitbeschreibungen stigmatisieren,
- zu viele Daten sammeln, ohne Priorisierungsfragen zu formulieren,
- kurzfristige Projektinteressen die Analyse bestimmen lassen.

Praxistipp: Erstellen Sie eine Gesundheitskarte mit drei Ebenen: grün für Ressourcen und Schutzfaktoren, orange für Belastungen und Barrieren, blau für Orte mit Veränderungspotenzial. Begehen Sie anschließend zwei typische Alltagswege mit unterschiedlichen Menschen – beispielsweise mit einem Jugendlichen, einer Person mit Rollator und einem Elternteil mit Kinderwagen. Die gemeinsam erlebten Wege machen Zusammenhänge sichtbar, die in Statistiken fehlen.

Schritt 3: Schlüsselakteure gewinnen

Ziel: Die entscheidenden Menschen und Organisationen bilden eine arbeitsfähige Gesundheitskoalition. Sie verbinden politische Entscheidungsmacht, Fachwissen, Ressourcen, Zugänge und das Erfahrungswissen der Bewohnerschaft.

Vorgehen

Gesundheitsförderung im Quartier kann kein Akteur allein umsetzen. Die Akteursanalyse sollte deshalb nicht nur fragen, wer thematisch interessiert ist, sondern wer Lebensbedingungen beeinflussen, Ressourcen bereitstellen, Vertrauen schaffen oder bislang wenig erreichte Menschen ansprechen kann.

Typische Schlüsselakteure sind:

1. Verwaltungsspitze, Politik und kommunale Fachbereiche für Gesundheit, Soziales, Jugend, Bildung, Stadtentwicklung, Umwelt, Klima, Mobilität, Sport und Kultur,
2. Öffentlicher Gesundheitsdienst sowie je nach Thema Gesundheitskonferenz oder Psychiatrie-, Pflege- und Sozialplanung,
3. gesetzliche Krankenkassen und ihre gemeinschaftlichen Strukturen auf Landesebene,
4. Kitas, Schulen, Jugendhilfe, Betriebe, Pflegeeinrichtungen und andere Lebenswelten,
5. Haus- und Facharztpraxen, Apotheken, Hebammen, Therapiepraxen, Beratungsstellen und Selbsthilfe,
6. Wohnungswirtschaft, Verkehrsbetriebe, Lebensmittelhandel, Gastronomie und lokale Unternehmen,
7. Sportvereine, Wohlfahrtsverbände, Religionsgemeinschaften, Kultur, Bibliotheken, Familien- und Nachbarschaftszentren,
8. Bewohnerinitiativen, Interessenvertretungen, Menschen mit eigener Erfahrung und informelle Schlüsselpersonen.

Nicht alle müssen dauerhaft in einem großen Gremium sitzen. Sinnvoll ist eine Architektur aus einem entscheidungsfähigen Kern, thematischen Arbeitsgruppen und einem offenen Beteiligungsraum. Für jeden Partner sollte geklärt werden: Welchen Beitrag kann er leisten? Welche Entscheidung muss er treffen? Welche Ressource oder gesetzliche Aufgabe bringt er ein? Welchen Nutzen hat die Zusammenarbeit? Welche Interessenkonflikte sind möglich?

Menschen mit eigener Erfahrung benötigen echte Gestaltungsmöglichkeiten. Dazu gehören verständliche Unterlagen, geeignete Zeiten und Orte, Barrierefreiheit, Aufwandsentschädigung und transparente Rückmeldungen. Einzelne „Bürgervertreter“ können die Vielfalt des Quartiers nicht vollständig abbilden. Beteiligung sollte unterschiedliche Formate kombinieren.

Erfolgsfaktoren

- Unterstützung durch Politik und Verwaltungsspitze,
- Einbindung der Fachbereiche, die gesundheitsrelevante Bedingungen gestalten,
- verbindliche Beteiligung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Lebenswelten,
- frühzeitige Gespräche mit Krankenkassen und möglichen Förderpartnern,
- Anerkennung von Interessenkonflikten und unterschiedlichen Handlungslogiken,
- gut unterstützte Beteiligung der Bewohnerschaft,
- konkrete erste Aufgaben statt unverbindlicher Netzwerktreffen.

Typische Fehler

- Gesundheitsförderung ausschließlich an das Gesundheitsamt delegieren,
- nur bereits überzeugte Akteure einladen,
- Wohnungswirtschaft, Planung, Mobilität oder lokale Wirtschaft zu spät einbeziehen,
- Betroffene als Informationsquelle nutzen, aber nicht an Entscheidungen beteiligen,
- alle Akteure in dasselbe Sitzungsformat zwingen,
- Kooperation mit Förderfähigkeit verwechseln und Ziele an ein Programm anpassen.

Praxistipp: Entwickeln Sie eine Akteurslandkarte mit vier Beitragsarten: **entscheiden, finanzieren, umsetzen** und **Zugang schaffen**. Ein Akteur kann mehrere Rollen haben. Wenn bei einer priorisierten Gesundheitsfrage eine Beitragsart unbesetzt bleibt, ist die Koalition noch nicht handlungsfähig.

Schritt 4: Zielarchitektur entwickeln

Ziel: Aus dem Gesundheitslagebild entsteht eine überschaubare, gerechte und überprüfbare Zielarchitektur. Sie verbindet ein langfristiges Zielbild mit wenigen priorisierten Wirkungszielen, Zielgruppen, Veränderungswegen und Indikatoren.

Vorgehen

Gesundheit ist ein breites Thema. Ohne Prioritäten wächst schnell ein Katalog aus Bewegung, Ernährung, Einsamkeit, Sucht, psychischer Gesundheit, Klima und Gesundheitskompetenz. Eine Zielarchitektur bündelt diese Themen und macht deutlich, welche Veränderungen zuerst erreicht werden sollen.

Ausgangspunkt ist ein positives Zielbild: Wie soll sich ein gesundheitsförderndes Quartier in fünf bis zehn Jahren anfühlen? Ein mögliches Zielbild lautet: „Alle Menschen können sich sicher bewegen, soziale Beziehungen pflegen, verständliche Gesundheitsinformationen nutzen und bei Belastungen früh Unterstützung finden. Öffentliche Räume und Einrichtungen schützen vor Hitze und fördern Teilhabe.“

Danach werden drei bis fünf priorisierte Wirkungsziele vereinbart. Für jedes Ziel sind zu klären:

- **Ausgangslage:** Welches Problem oder Potenzial zeigt das Lagebild?
- **Adressierte Lebenslagen:** Für wen ist die Veränderung besonders bedeutsam?
- **Wirkung:** Was soll sich in Bedingungen, Zugängen, Ressourcen oder Verhalten verändern?
- **Hebel:** Welche Akteure und kommunalen Entscheidungen können diese Veränderung bewirken?
- **Indikatoren:** Woran erkennen wir Fortschritt, Reichweite und mögliche Nebenwirkungen?
- **Zeithorizont:** Was ist kurzfristig, mittelfristig und langfristig realistisch?

Eine einfache Wirkungslogik verbindet **Ressourcen → Aktivitäten → unmittelbare Ergebnisse → Veränderungen → langfristige Wirkung**.

Beispiel: Ein politischer Auftrag, Planungskompetenz und Beteiligung ermöglichen die Umgestaltung eines unsicheren Weges. Das unmittelbare Ergebnis ist ein beleuchteter, barrierearmer und verschatteter Rundweg. Mittelfristig nutzen mehr unterschiedliche Menschen den Weg; Bewegung und Begegnung werden leichter. Eine langfristige Verbesserung von Gesundheit ist plausibel, aber nicht allein dieser Maßnahme zurechenbar.

Prioritäten sollten nach nachvollziehbaren Kriterien gewählt werden: gesundheitliche Bedeutung, soziale Ungleichheit, Dringlichkeit, Beeinflussbarkeit, Ressourcen, Anschluss an laufende Planungen und erwartbare Synergien. „Leicht umsetzbar“ allein ist kein ausreichendes Kriterium. Ebenso wenig sollte nur das größte Problem gewählt werden, wenn der kommunale Einfluss gering ist.

Zielkonflikte gehören in diesen Schritt. Mehr Aufenthaltsqualität kann Flächenkonkurrenz erzeugen. Ein attraktiver Grünraum kann Aufwertungsdruck verstärken. Digitale Information kann Wege erleichtern und zugleich Menschen ausschließen. Solche Konflikte sollten mit Betroffenen und Verantwortlichen sichtbar gemacht und bearbeitet werden.

Erfolgsfaktoren

- ein positives, verständliches Zielbild,
- höchstens drei bis fünf Schwerpunkte für die erste Phase,
- Ziele zu Verhältnissen und zu individuellen Ressourcen,
- eigener Reichweiten- und Gerechtigkeitscheck für jedes Ziel,
- realistische Wirkannahmen und wenige entscheidungsrelevante Indikatoren,
- politische Bestätigung und Anschluss an kommunale Fachplanungen,
- transparente Bearbeitung von Zielkonflikten.

Typische Fehler

- Themenlisten mit Zielen verwechseln,
- nur Aktivitäten formulieren, etwa „zehn Kurse anbieten“,
- ausschließlich leicht erreichbare Menschen adressieren,
- langfristige Gesundheitseffekte kurzfristig versprechen,
- Zielkonflikte und unerwünschte Wirkungen ausblenden,
- jedes vorhandene Projekt nachträglich zum Schwerpunkt erklären,
- Kennzahlen wählen, die zwar verfügbar sind, aber keine Entscheidung unterstützen.

Praxistipp: Formulieren Sie jedes Ziel in zwei Sätzen: „Für wen soll sich was im Alltag verändern?“ und „Welche Bedingung muss dafür anders werden?“ Ergänzen Sie eine Gerechtigkeitsfrage: „Woran erkennen wir, dass die Veränderung auch Menschen mit höheren Belastungen erreicht?“

Schritt 5: Strukturen schaffen

Ziel: Die Zusammenarbeit wird organisatorisch, personell und finanziell abgesichert. Zuständigkeiten für Entscheidung, Koordination, Beteiligung, Qualität, Daten, Kommunikation und Umsetzung sind klar und belastbar.

Vorgehen

Gesundheitsförderung benötigt eine Struktur, die über einzelne Projekte hinausreicht. Der Kern ist eine benannte kommunale Koordination. Sie pflegt das Gesundheitslagebild, organisiert Beteiligung und Gremien, verbindet Fachbereiche, hält Vereinbarungen nach, unterstützt Förderanträge und bereitet Entscheidungen vor. Diese Funktion kann beim Öffentlichen Gesundheitsdienst, in einer kommunalen Stabsstelle, der Sozialplanung oder einer geeigneten Quartiersstruktur angesiedelt sein. Entscheidend sind Mandat, Zugang zu Entscheidungsträgern, Fachkompetenz und dauerhaft verfügbare Arbeitszeit.

Eine praxistaugliche Struktur kann aus vier Elementen bestehen:

- **Steuerung:** ein kleines, entscheidungsfähiges Gremium mit kommunalem Mandat, klaren Entscheidungswegen und festem Rhythmus,
- **Koordination:** eine verantwortliche Stelle mit Aufgabenbeschreibung, Vertretung und Ressourcen,
- **Fachliche Umsetzung:** zeitlich begrenzte Arbeitsgruppen für priorisierte Ziele,

- **Beteiligung:** wiederkehrende offene und aufsuchende Formate mit nachvollziehbarer Rückmeldung.

Für jedes Ziel sollte eine Rollenmatrix festhalten: Wer entscheidet? Wer koordiniert? Wer setzt um? Wer wird beteiligt? Wer muss informiert werden? Wo liegt die fachliche Verantwortung? Dabei ist zwischen kommunaler Infrastruktur, GKV-förderfähigen Leistungen, Aufgaben einzelner Einrichtungen und freiwilligem Engagement zu unterscheiden.

Auch Qualität braucht eine Struktur. Vor der Umsetzung sollten mindestens geregelt sein:

- fachliche Prüfung von Konzepten und Gesundheitsinformationen,
- Datenschutz, Einwilligung und sichere Datenverarbeitung,
- Schutzkonzepte für Kinder, Jugendliche und andere schutzbedürftige Menschen,
- Barrierefreiheit, Sprachmittlung und diskriminierungssensible Kommunikation,
- Umgang mit medizinischen Fragen, Krisen und Weitervermittlung,
- Beschwerde-, Rückmelde- und Eskalationswege,
- Dokumentation und gemeinsame Auswertung.

Finanzierung sollte als Portfolio geplant werden. Kommunale Mittel sichern Koordination und Infrastruktur. Krankenkassen können unter den Voraussetzungen des § 20a SGB V gesundheitsfördernde Prozesse und Maßnahmen unterstützen. Weitere Bausteine können Landesprogramme, Städtebau-, Klima-, Sport- oder Integrationsförderung, Mittel von Trägern und Stiftungen sein. Daueraufgaben benötigen jedoch eine Perspektive jenseits kurzfristiger Projektmittel.

Erfolgsfaktoren

- eine hauptverantwortliche Koordinationsstelle mit politischem Mandat,
- kurze und dokumentierte Entscheidungswege,
- feste Beteiligungs- und Rückmeldeschleifen,
- geklärte fachliche, rechtliche und ethische Verantwortung,
- frühzeitige Abstimmung mit Förder- und Umsetzungspartnern,
- mehrjährige Ressourcenplanung und kommunaler Eigenbeitrag,
- Vertretung, Wissenssicherung und Datenpflege.

Typische Fehler

- Koordination als Nebenaufgabe ohne Zeitbudget organisieren,
- ein großes Netzwerk mit einer arbeitsfähigen Steuerung verwechseln,
- unklare Zuständigkeit für Qualität und Gesundheitsinformationen,
- Beteiligung nur anlassbezogen durchführen,
- Projektmittel für dauerhaft notwendige Kernaufgaben verwenden,
- Datenschutz pauschal als Hinderungsgrund nennen statt passende Verfahren zu entwickeln,
- die gesamte Struktur an eine einzelne engagierte Person binden.

Praxistipp: Zeichnen Sie den Weg einer Idee von der Bewohnerin bis zur Entscheidung und zurück: Wo wird sie aufgenommen? Wer prüft sie fachlich? Wer entscheidet über Ressourcen? Wer setzt um? Wie erfährt die Bewohnerin, was daraus geworden ist? Wenn an einer Stelle kein Name, Termin oder Verfahren eingetragen werden kann, fehlt dort Struktur.

Schritt 6: Maßnahmen umsetzen

Ziel: Die vereinbarten Ziele werden in einem ausgewogenen Maßnahmenmix sichtbar und erlebbar. Strukturelle Veränderungen, niedrigschwellige Angebote, Kommunikation und individuelle Unterstützung greifen ineinander und erreichen auch Menschen mit höheren Zugangsbarrieren.

Vorgehen

Die Umsetzung sollte nicht mit einem vollständigen Programm für alle Themen beginnen. Sinnvoll ist ein Portfolio aus wenigen, aufeinander bezogenen Maßnahmen: eine sichtbare kurzfristige Verbesserung, eine strukturelle Veränderung und ein Zugang für besonders belastete oder bislang wenig erreichte Menschen. Jede Maßnahme erhält einen Steckbrief mit Ziel, Zielgruppen, Verantwortlichen, Ressourcen, Qualitätsanforderungen, Zugangswegen, Indikatoren und Verstärkungsperspektive.

Ein wirksamer Maßnahmenmix kann folgende Bausteine verbinden:

Bereich	Verhältnisbezogene Ansätze	Verhaltens- und ressourcenbezogene Ansätze
Bewegung	sichere Fuß- und Radwege, Beleuchtung, Bänke, barrierefreie Grünräume, offene Sportflächen	Gehgruppen, alltagsnahe Bewegung, Sturzprävention, bewegte Treffpunkte
Ernährung	gesundheitsfördernde Gemeinschaftsverpflegung, Trinkwasser, erreichbarer Mittagstisch, bessere Lebensmittelumgebung	gemeinsames Kochen, Einkaufswissen, kultursensible Ernährungsbildung
Soziale und psychische Gesundheit	offene Begegnungsorte, inklusive Kultur- und Freiräume, sichere Plätze, verlässliche Beratungswege	Gruppen, Patenschaften, Peer-Angebote, Stressbewältigung, Erste-Hilfe-Wissen für psychische Krisen
Klima und Umwelt	Schatten, Grün, Entsiegelung, kühle Räume, Lärm- und Luftschutz, Hitzeaktionsplan	verständliche Warnungen, Trink- und Verhaltenshinweise, aufsuchende Kontakte
Gesundheitskompetenz	klare Beschilderung, verständliche Formulare, analoge Zugänge, qualitätsgesicherte Informationsorte	Informationssprechstunden, Medienbegleitung, Lotsen und Multiplikatoren
Suchtprävention	Jugendschutz, sichere Räume, Regeln für Werbung und Verfügbarkeit im kommunalen Einflussbereich	frühe, nicht stigmatisierende Beratung, Lebenskompetenz, Vermittlung in Fachhilfe

Bei Ernährung bieten die Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung Orientierung für gesundheitsfördernde und nachhaltige Gemeinschaftsverpflegung in Kitas, Schulen, Betrieben, Kliniken, Senioreneinrichtungen und bei „Essen auf Rädern“. Bei Bewegung helfen die Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung, Angebote zielgruppenbezogen und

evidenzorientiert zu planen. Für gesundheitliche Chancengleichheit eignen sich die Good-Practice-Kriterien als Qualitätscheck.

Maßnahmen sollten möglichst im Alltag verankert sein. Ein „Bewegungsband“ zwischen Schule, Markt, Treffpunkt und Pflegeeinrichtung erreicht mehr Situationen als ein isolierter Kursraum. Ein Quartiersmittagstisch kann Ernährung, Begegnung und Wegweisung verbinden. Eine Hitzeschutzmaßnahme kann gleichzeitig Aufenthaltsqualität und aktive Mobilität verbessern.

Niedrigschwellige Umsetzung verlangt konkrete Entscheidungen:

1. Kann man ohne komplizierte Anmeldung teilnehmen?
2. Sind Ort, Zeit und Weg passend?
3. Fallen offene oder verdeckte Kosten an?
4. Gibt es barrierefreie, persönliche, telefonische und analoge Zugänge?
5. Sind Sprache, Bilder und Ansprache verständlich und respektvoll?
6. Werden Kinderbetreuung, Begleitung oder Fahrmöglichkeiten benötigt?
7. Wie erreichen wir Menschen, die nicht an öffentlichen Veranstaltungen teilnehmen?

Prototypen helfen, bevor hohe Investitionen erfolgen. Eine temporäre Bank, ein schattiger Pop-up-Treff, ein Probe-Mittagstisch oder eine begleitete Wegebegehung liefern reale Nutzungserfahrungen. Testen bedeutet jedoch nicht, Qualitäts- oder Schutzanforderungen auszusetzen.

Erfolgsfaktoren

- ein geplanter Mix aus Verhältnis- und Verhaltensansätzen,
- Alltagseinbettung statt isolierter Sonderangebote,
- qualitätsgesicherte fachliche Grundlagen,
- Co-Produktion mit den späteren Nutzerinnen und Nutzern,
- zusätzliche Zugangswege für Menschen mit höheren Belastungen,
- klare Verantwortliche, realistische Kapazitäten und erreichbare Termine,
- frühe Beobachtung von Nutzung, Abbruch und Nebenwirkungen,
- sichtbare Kommunikation darüber, was sich durch Beteiligung verändert hat.

Typische Fehler

- vor allem Kurse und Kampagnen anbieten, obwohl strukturelle Barrieren bekannt sind,
- einmalige Aktionstage mit nachhaltiger Gesundheitsförderung verwechseln,
- Gesundheit mit Verboten oder Moralbotschaften kommunizieren,
- ausschließlich die leicht erreichbaren und bereits aktiven Menschen ansprechen,
- digitale Kanäle als einzigen Zugang nutzen,
- Maßnahmen ohne Kapazitäts-, Qualitäts- oder Anschlussplanung starten,
- bei geringer Teilnahme den Menschen statt dem Zugang die Schuld geben,
- zu viele Pilotprojekte gleichzeitig beginnen.

Praxistipp: Wählen Sie für die erste Umsetzungsphase eine konkrete Alltagssituation – zum Beispiel „sicher und schattig zum Treffpunkt gelangen“. Kombinieren Sie dafür mindestens eine bauliche oder organisatorische Veränderung, ein niedrigschwelliges Bewegungs- oder Begegnungsangebot und eine aufsuchende Ansprache. Beobachten Sie nicht nur die Zahl der Teilnehmenden, sondern auch, wer den Weg nun nutzt und wer weiterhin fehlt.

Schritt 7: Verstetigen und lernen

Ziel: Das Quartier entwickelt eine dauerhafte Lern- und Steuerungspraxis. Wirksame Strukturen und Maßnahmen werden abgesichert, nicht wirksame angepasst oder beendet, Wissen bleibt erhalten und neue gesundheitliche Herausforderungen können aufgenommen werden.

Vorgehen

Verstetigung beginnt mit der Frage, welche Funktion dauerhaft benötigt wird. Ein Kurs kann zeitlich begrenzt sein; Koordination, Beteiligung, gesundheitsbezogene Daten, verständliche Kommunikation und ein Hitzeschutzsystem sind dagegen wiederkehrende Aufgaben. Für jede Maßnahme sollte früh geklärt werden, ob sie beendet, in eine Regelstruktur überführt, von einem Partner übernommen oder in veränderter Form fortgesetzt werden soll.

Ein vierteljährlicher oder halbjährlicher Lernzyklus kann vier Fragen verbinden:

1. **Umsetzung:** Haben wir getan, was vereinbart war, und mit welcher Qualität?
2. **Reichweite:** Wen haben wir erreicht, wen nicht und welche Barrieren bestehen fort?
3. **Veränderung:** Was hat sich an Bedingungen, Ressourcen, Verhalten oder Wohlbefinden erkennbar verändert?
4. **Entscheidung:** Was führen wir fort, passen wir an, beenden wir oder skalieren wir?

Die Auswertung sollte quantitative und qualitative Informationen verbinden. Teilnahmedaten, Erreichbarkeit oder Flächenmerkmale werden durch Gespräche, Beobachtungen und Geschichten über veränderte Alltagssituationen ergänzt. Daten zu sozialer Lage, Alter, Behinderung oder Herkunft dürfen nur erhoben werden, wenn sie fachlich begründet, datenschutzkonform und für eine Gerechtigkeitsanalyse tatsächlich nutzbar sind.

Lernen braucht eine Kultur, in der geringe Nutzung oder ein gescheiterter Prototyp nicht verdeckt werden. Entscheidend ist, Annahmen zu prüfen und Konsequenzen zu ziehen. Ein Angebot mit wenigen Teilnehmenden kann beendet werden. Es kann aber auch besonders wertvoll sein, wenn es Menschen mit hohem Bedarf erreicht. Zahlen benötigen daher Kontext.

Zur Verstetigung gehören:

- kommunale Beschlüsse und Anschluss an Gesundheits-, Sozial-, Jugend-, Klima- und Stadtentwicklungsplanung,
- eine gesicherte Koordinationsfunktion und ein mehrjähriges Budget,
- feste Aufgabenanteile bei Partnerorganisationen,
- dokumentierte Verfahren, Kontaktlisten, Materialien und Vertretungen,
- Qualifizierung von Multiplikatoren und Mitarbeitenden,
- regelmäßige Aktualisierung des Gesundheitslagebildes,
- Transfer erfolgreicher Ansätze in weitere Quartiere ohne unkritische Kopie.

Neue Herausforderungen – etwa demografische Veränderungen, Hitzebelastung, Zuzug, Angebotsausfälle oder neue Erkenntnisse – können dazu führen, dass der Zyklus erneut bei Haltung oder Analyse beginnt. Das ist kein Rückschritt, sondern Ausdruck lernender Transformation.

Erfolgsfaktoren

- Evaluation als Entscheidungshilfe, nicht als nachträgliche Rechtfertigung,
- getrennte Betrachtung von Aktivität, Reichweite, Struktur- und Gesundheitswirkung,
- regelmäßiger Gerechtigkeitscheck,

- gesicherte Koordination, Datenpflege und Finanzierung,
- dokumentiertes Wissen und personelle Vertretung,
- politische und öffentliche Rückmeldung über Fortschritte und Grenzen,
- Bereitschaft, Maßnahmen anzupassen oder zu beenden.

Typische Fehler

- nur Teilnehmendenzahlen berichten,
- Erfolge behaupten, ohne alternative Erklärungen zu berücksichtigen,
- nicht erreichte Gruppen in der Evaluation unsichtbar lassen,
- Verstetigung erst kurz vor Förderende besprechen,
- Projektpersonal verlieren, ohne Wissen und Kontakte zu sichern,
- Pilotmaßnahmen dauerhaft fortführen, obwohl sie keine erkennbare Wirkung haben,
- neue Trends aufnehmen, ohne Ziele und Kapazitäten neu zu priorisieren.

Praxistipp: Führen Sie quartalsweise einen Gesundheitscheck mit fünf Fragen durch: Welche Bedingung hat sich verbessert? Welche Menschen profitieren? Wen erreichen wir weiterhin nicht? Welche Annahme hat sich als falsch erwiesen? Welche eine Entscheidung ist jetzt notwendig? Halten Sie höchstens drei verbindliche Folgemaßnahmen mit Verantwortlichen und Termin fest.

Die sieben Schritte als wiederkehrende Transformationslogik

Gesundheitslagen und Lebensbedingungen verändern sich. Wohngebiete wachsen, Bevölkerungsgruppen wechseln, Hitzetage nehmen zu, Einrichtungen schließen oder entstehen neu, Förderprogramme laufen aus und neue wissenschaftliche Erkenntnisse werden verfügbar. Deshalb sollten Kommune und Gesundheitskoalition regelmäßig prüfen:

1. Tragen Haltung, Auftrag und Verständnis von Gesundheit und Chancengerechtigkeit weiterhin?
2. Ist das Gesundheitslagebild aktuell und enthält es auch die Erfahrungen nicht erreichter Gruppen?
3. Sind die entscheidenden Schlüsselakteure beteiligt und handlungsfähig?
4. Passen Zielarchitektur und Prioritäten noch zur Lage und zu den kommunalen Einflussmöglichkeiten?
5. Sichern Koordination, Beteiligung, Qualität, Daten und Finanzierung verlässliche Arbeit?
6. Verändert der Maßnahmenmix sowohl Bedingungen als auch individuelle Ressourcen?
7. Werden Ergebnisse, Ungleichheiten und neue Herausforderungen für Lernen und Verstetigung genutzt?

Leitsatz

Ein gesundheitsförderndes Quartier ist kein fertiges Programm. Es ist eine dauerhafte gemeinsame Fähigkeit, Gesundheit im Alltag wahrzunehmen, gerecht zu gestalten und aus Erfahrungen zu lernen.

5. Erfolgsfaktoren und Stolpersteine

Ob Prävention und Gesundheitsförderung tragen, entscheidet sich nicht an der Zahl der Veranstaltungen. Entscheidend ist, ob Haltung, Lebensbedingungen, Beteiligung, Zugänge, Kooperation und Lernen zusammenpassen.

Erfolgsfaktoren	Stolpersteine
Umfassendes Gesundheitsverständnis: körperliche, psychische und soziale Gesundheit werden verbunden.	Verengung: Gesundheit wird nur als individuelles Verhalten oder Abwesenheit von Krankheit betrachtet.
Verhältnis- und Verhaltensprävention: Bedingungen und Kompetenzen werden gemeinsam verändert.	Kurslogik: Strukturelle Barrieren bleiben bestehen, während Menschen zu anderem Verhalten aufgefordert werden.
Chancengerechtigkeit: zusätzliche Ressourcen folgen höheren Belastungen und Zugangsbarrieren.	Gleichbehandlung: Für alle wird dasselbe angeboten, obwohl die Ausgangslagen verschieden sind.
Echte Partizipation: Bewohnerinnen und Bewohner wirken an Analyse, Entscheidung und Bewertung mit.	Scheinbeteiligung: Menschen dürfen Ideen äußern, erhalten aber weder Einfluss noch Rückmeldung.
Realistisches Lagebild: Daten, Umwelt, Angebote und Alltagserfahrung werden verbunden.	Datenschatten: Durchschnittswerte verdecken kleinräumige Unterschiede und nicht erreichte Gruppen.
Klares Mandat: politische Unterstützung, Entscheidungsspielraum und Ressourcen sind gesichert.	Symbolauftrag: hohe Erwartungen treffen auf fehlende Zuständigkeit und fehlendes Budget.
Verlässliche Koordination: eine Stelle verbindet Partner, Daten, Beteiligung und Umsetzung.	Koordination nebenbei: die Gesamtverantwortung hängt an persönlichem Engagement.
Ressortübergreifendes Handeln: Gesundheit wird in Planung, Verkehr, Umwelt, Bildung und Soziales berücksichtigt.	Gesundheitsressort-Falle: andere Fachbereiche sehen Gesundheitsförderung nicht als eigene Gestaltungsaufgabe.
Niedrigschwellige Zugänge: analog, digital, persönlich, aufsuchend und barrierefrei werden kombiniert.	Ein-Kanal-Angebot: Teilnahme setzt Sprache, Mobilität, Zeit oder digitale Kompetenz voraus.
Qualitätsgesicherte Kommunikation: Informationen sind verständlich, aktuell und fachlich geprüft.	Botschaftsflut: widersprüchliche oder moralisierende Informationen schwächen Vertrauen.
Soziale Verbundenheit: Begegnung und Zugehörigkeit werden als Gesundheitsressourcen gestaltet.	Etikettierung: Menschen werden durch spezielle Defizitangebote stigmatisiert.
Klimaresilienz: Hitzeschutz und gesunde Stadtentwicklung werden integriert.	Saisonaktion: Warnungen ersetzen keine geklärten Schutzstrukturen.
Wirkungsorientierung: Struktur, Reichweite, Ressourcen und Wohlbefinden werden gemeinsam betrachtet.	Aktivitätsnachweis: Termine und Teilnehmende werden mit Wirkung gleichgesetzt.

Erfolgsfaktoren	Stolpersteine
Dauerhafte Finanzierung: Kernaufgaben sind institutionell abgesichert.	Projektabhängigkeit: notwendige Strukturen enden mit der Förderung.

Besonders tragfähig wird Gesundheitsförderung, wenn vier Bedingungen gleichzeitig erfüllt sind: Die Menschen können mitgestalten, die Lebensbedingungen werden konkret verbessert, Angebote sind tatsächlich zugänglich und eine verlässliche Stelle hält die ressortübergreifende Entwicklung zusammen.

6. Arbeitshilfen und weiterführendes Wissen

Für die sieben Schritte können unterschiedliche Arbeitshilfen genutzt werden. Entscheidend ist nicht ihre Zahl, sondern ob sie gemeinsam gepflegt, regelmäßig aktualisiert und für Entscheidungen verwendet werden.

Schritt	Geeignete Arbeitshilfen
1. Haltung klären	Gesundheitskompass, Leitbild-Workshop
2. Sozialraum analysieren	Quartierssteckbrief, Gesundheits-, Ressourcen- und Belastungskarte, Umwelt- und Hitzecheck, Angebots- und Reichweitenanalyse, Quartiersbegehung, Fokusgruppen
3. Schlüsselakteure gewinnen	Stakeholder-Analyse, Akteurslandkarte, Einfluss-Interessen-Matrix
4. Zielarchitektur entwickeln	Zukunftsbild, Prioritätenmatrix, Wirkungslogik, Gerechtigkeits- und Nebenwirkungscheck
5. Strukturen schaffen	Rollenmatrix, Koordinationsprofil, Kooperationsvereinbarung, Finanzierungsplan
6. Maßnahmen umsetzen	Maßnahmensteckbrief, Prototyping, Kommunikationsplan , Umsetzungs-Board
7. Verstetigen und lernen	Reichweitenanalyse, Quartalscheck, Lernwerkstatt

Ein praxistaugliches Mindestset

Für den Einstieg reichen häufig sieben schlanke Arbeitsgrundlagen – eine für jeden Schritt:

- 1. Gesundheitskompass und Mandat:** gemeinsames Verständnis, Grundsätze, Auftrag, Grenzen und verfügbare Ressourcen.
- 2. Gesundheitslagebild:** kompakte Verbindung aus Gesundheits-, Sozial-, Umwelt- und Angebotsdaten, Karten und Alltagserfahrungen.
- 3. Akteurs- und Beteiligungsplan:** Schlüsselakteure, Beiträge, Interessen, Ansprechpartner und Wege zur vielfältigen Mitwirkung.
- 4. Ziel- und Wirkungsblatt:** drei bis fünf Ziele mit Ausgangslage, adressierten Lebenslagen, Wirkannahmen, Indikatoren und Zielkonflikten.

5. **Rollen- und Strukturmatrix:** Zuständigkeiten für Steuerung, Koordination, Umsetzung, Qualität, Beteiligung, Daten, Kommunikation und Vertretung.
6. **Maßnahmenportfolio:** abgestimmte strukturelle und verhaltensbezogene Maßnahmen mit Qualitäts-, Zugangs- und Ressourcencheck.
7. **Lern- und Verstetigungsdashboard:** wenige Kennzahlen, Erfahrungen, Gerechtigkeitsprüfung, Entscheidungen und gesicherte Anschlusswege.

Jede Arbeitsgrundlage benötigt eine verantwortliche Pflege, ein Aktualisierungsdatum und einen festen Überprüfungsrythmus. Ein perfektes Dokument ohne Nutzung ist weniger wert als ein einfaches Instrument, das Entscheidungen regelmäßig verbessert.

Mögliche Kennzahlen

Die folgenden Kennzahlen können helfen, Fortschritte bei Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier sichtbar zu machen:

- **Koordination:** fest eingeplante Personalstunden pro Monat.
- **Zusammenarbeit:** Anzahl regelmäßig mitwirkender Partnerorganisationen.
- **Verstetigung:** Anteil der Maßnahmen mit gesicherter Finanzierung für das Folgejahr.
- **Gesundheitsförderndes Umfeld:** Anteil der Bevölkerung mit einer barrierearm erreichbaren Grün- oder Bewegungsfläche in Wohnortnähe.
- **Nutzung und Reichweite:** Anzahl unterschiedlicher Teilnehmender pro Quartal, darunter Personen aus bislang wenig erreichten Gruppen.
- **Alltagsbewegung:** Anteil der Befragten, die an mindestens fünf Tagen pro Woche zu Fuß oder mit dem Fahrrad unterwegs sind.
- **Soziale Unterstützung:** Anteil der Befragten mit einer verlässlichen Ansprechperson im persönlichen Umfeld.
- **Weiterentwicklung:** Anzahl jährlich umgesetzter Verbesserungen aufgrund von Rückmeldungen der Bevölkerung.

Kennzahlen sollten nach relevanten Lebenslagen differenziert werden, soweit dies datenschutzkonform und fachlich begründet möglich ist. Kleine Zahlen benötigen besondere Vorsicht. Für viele kommunale Ziele sind wiederholte Beobachtungen und qualitative Rückmeldungen aussagekräftiger als scheinpräzise Gesundheitsendpunkte.

7. Fragen zur Reflexion

Die folgenden Fragen helfen Ihnen, die sieben Schritte auf Prävention und Gesundheitsförderung in Ihrem Quartier zu übertragen. Unklare Antworten zeigen häufig, welcher Schritt als Nächstes vertieft werden sollte.

Zu Schritt 1 - Haltung klären

- Können wir gemeinsam erklären, was wir unter Prävention, Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Chancengerechtigkeit verstehen?
- Verbinden wir individuelle Kompetenzen mit gesundheitsfördernden Lebensbedingungen?
- Vermeiden unsere Sprache und Maßnahmen Schuldzuweisung, Beschämung und Stigmatisierung?
- Sind Auftrag, Grenzen, Ressourcen und Beteiligungsversprechen verbindlich geklärt?

Zu Schritt 2 - Sozialraum analysieren

- Entspricht unser Quartierszuschnitt den tatsächlichen Alltagswegen?
- Kennen wir Gesundheitsressourcen, Belastungen und ihre räumliche Überlagerung?
- Wissen wir, wer vorhandene Angebote nutzt, wer nicht und welche Barrieren dafür verantwortlich sind?
- Verbinden wir statistische Daten mit Umweltinformationen und Erfahrungen der Menschen?
- Machen wir Ressourcen sichtbar, ohne Belastungen oder Ungleichheiten zu verharmlosen?

Zu Schritt 3 - Schlüsselakteure gewinnen

- Sind Politik, Verwaltung, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Krankenkassen, Lebenswelten, Zivilgesellschaft und Bewohnerschaft angemessen beteiligt?
- Haben wir Akteure einbezogen, die Wohnen, Mobilität, Ernährung, Klima und öffentliche Räume gestalten?
- Sind die Beiträge „entscheiden, finanzieren, umsetzen und Zugang schaffen“ abgedeckt?
- Verfügen Menschen mit eigener Erfahrung über echte Mitgestaltung und geeignete Unterstützung?

Zu Schritt 4 - Zielarchitektur entwickeln

- Beschreiben unsere Ziele eine Veränderung im Alltag statt nur Aktivitäten?
- Haben wir wenige priorisierte Ziele mit realistischer Wirkungslogik gewählt?
- Wird bei jedem Ziel geprüft, ob Menschen mit höheren Belastungen profitieren?
- Sind Zielkonflikte, mögliche Nebenwirkungen und kommunale Einflussgrenzen benannt?
- Wissen wir, woran kurzfristiger Fortschritt und langfristige Wirkung erkennbar werden?

Zu Schritt 5 - Strukturen schaffen

- Gibt es eine dauerhaft verantwortliche Koordination mit Mandat, Zeit und Vertretung?
- Sind Entscheidung, Umsetzung, fachliche Qualität, Beteiligung, Daten und Kommunikation klar zugeordnet?
- Gibt es verständliche Verfahren für Datenschutz, Schutz, Beschwerden, Krisen und medizinische Weitervermittlung?
- Sind kommunale Kernaufgaben und förderfähige Projektbausteine sauber getrennt?
- Ist die Finanzierung über die erste Projektphase hinaus geplant?

Zu Schritt 6 - Maßnahmen umsetzen

- Kombiniert unser Portfolio Veränderungen der Verhältnisse mit der Stärkung persönlicher und sozialer Ressourcen?
- Sind die Maßnahmen in Alltagsorte und bestehende Beziehungen eingebettet?
- Funktionieren die Zugänge ohne Auto, ohne digitale Routine, mit Behinderung, wenig Zeit oder wenig Geld?
- Werden bislang wenig erreichte Menschen aufsuchend und respektvoll angesprochen?
- Sind Qualität, Kapazität, Schutz, Kommunikation und Anschlusswege praktisch getestet?
- Beobachten wir neben Teilnahme auch Abbruch, Nichtnutzung und unerwünschte Wirkungen?

Zu Schritt 7 - Verstetigen und lernen

- Unterscheiden wir Aktivität, Reichweite, Strukturveränderung und Gesundheitswirkung?
- Wissen wir, wer profitiert und wer weiterhin nicht erreicht wird?
- Werden Rückmeldungen und Daten sichtbar in Entscheidungen übersetzt?

- Sind Koordination, Wissen, Vertretung und Finanzierung dauerhaft gesichert?
- Können wir Maßnahmen beenden oder verändern, wenn Annahmen nicht tragen?
- Reagiert unsere Strategie auf demografische, soziale und klimatische Veränderungen?

Reflexion bedeutet nicht, auf jede Frage bereits eine Antwort zu haben. Entscheidend ist zu erkennen, welche Frage als Nächstes gemeinsam beantwortet werden muss.

8. Ein letzter persönlicher Impuls von Anne

In Neulausitz habe ich lange gedacht, Gesundheitsförderung müsse vor allem Menschen motivieren. Mehr Bewegung, besser essen, früher Hilfe suchen – die bekannten guten Vorsätze. Doch je länger ich mit den Menschen unterwegs war, desto deutlicher wurde mir: Ein guter Vorsatz trägt nicht weit, wenn der Gehweg unsicher ist, der Treffpunkt im Sommer unerträglich heiß wird, das Geld für den Mittagstisch fehlt oder eine Information so kompliziert ist, dass man sich schon beim Lesen ausgeschlossen fühlt.

Gesundheit beginnt deshalb für mich mit einer anderen Frage: Was macht das gute Leben hier leichter? Manchmal ist die Antwort ein Bewegungsangebot. Manchmal ist es eine Bank im Schatten, eine Person, die zuhört, ein barrierefreier Eingang oder ein Ort, an dem niemand erklären muss, warum er gekommen ist. Und oft ist es die Verbindung aus allem.

Ich habe auch gelernt, dass wir Menschen nicht in „gesundheitsbewusst“ und „schwer erreichbar“ einteilen sollten. Vielleicht ist nicht der Mensch schwer erreichbar, sondern unser Angebot. Vielleicht passt die Uhrzeit nicht, die Sprache nicht, der Weg nicht oder die Erfahrung fehlt, wirklich willkommen zu sein. Wer so fragt, schaut weniger auf vermeintliche Defizite und genauer auf die Verantwortung der Strukturen.

Ein gesundes Quartier verspricht keine Krankheitfreiheit. Das wäre weder ehrlich noch menschlich. Es schafft vielmehr Möglichkeiten: sich zu bewegen, dazuzugehören, verständliche Entscheidungen zu treffen, Belastungen früh anzusprechen und Unterstützung zu finden. Es lässt unterschiedliche Lebensweisen zu und schützt zugleich dort besonders, wo Risiken und Belastungen ungleich verteilt sind.

Vielleicht ist das die stärkste Form von Prävention: ein Quartier, das Menschen nicht belehrt, sondern ihnen Handlungsspielräume eröffnet. Ein Quartier, das aufmerksam wird, bevor aus einer Belastung eine Krise entsteht. Und eine Gemeinschaft, die Gesundheit nicht zur privaten Leistung erklärt, sondern als gemeinsame Gestaltungsaufgabe begreift.

Mit Anne weiterarbeiten

Sie möchten eine Sorgende Gemeinschaft in Ihrem Sozialraum gestalten? Sie suchen eine individuelle Beratung, die Ihre konkrete Ausgangslage berücksichtigt?

Unser KI-Coach Anne unterstützt Sie bei Ihrem Vorhaben. Anne bündelt das für Ihr Vorhaben relevante Wissen zu politischen Rahmenbedingungen, Förderprogrammen, guten Praxisbeispielen, Methoden und Werkzeugen – und begleitet Sie und Ihr Quartier Schritt für Schritt bei der Entwicklung passender Lösungen.