

Kommunale Gesundheitsberichterstattung als Planungsgrundlage in der Gesundheitsförderung für Kinder

Andreas Böhm & Ute Sadowski

**Bundesgesundheitsblatt
- Gesundheitsforschung -
Gesundheitsschutz**

ISSN 1436-9990
Volume 61
Number 10

Bundesgesundheitsbl (2018)
61:1215-1224
DOI 10.1007/s00103-018-2804-1



Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at link.springer.com".

Bundesgesundheitsbl 2018 · 61:1215–1224

<https://doi.org/10.1007/s00103-018-2804-1>

Online publiziert: 4. September 2018

© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2018



CrossMark

Andreas Böhm¹ · Ute Sadowski²¹ Abteilung Gesundheit, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MASGF), Potsdam, Deutschland² Koordinierungsstelle, Gesundheitliche Chancengleichheit Brandenburg, Gesundheit Berlin Brandenburg e. V., Potsdam, Deutschland

Kommunale Gesundheitsberichterstattung als Planungsgrundlage in der Gesundheitsförderung für Kinder

Hintergrund

„Daten für Taten“ ist ein Gemeinplatz, wird gern im Zusammenhang mit der Gesundheitsberichterstattung (GBE) geäußert und kaum jemand wird widersprechen, wenn sich das Handeln auf Kenntnisse über die wichtigsten Sachverhalte im jeweiligen Feld stützen soll. Allerdings ist auch bei der Gesundheitsförderung für Kinder nicht klar, welche Daten aus welchen regionalen Gebieten herangezogen werden können und wer dann nach welchen Abstimmungsprozessen Entscheidungen über welche Gesundheitsförderung treffen soll.

In der „Guten Praxis Gesundheitsberichterstattung (2017)“ heißt es: „Gesundheitsberichterstattung beschreibt die gesundheitliche Lage der Bevölkerung, analysiert Problemlagen und benennt Handlungsbedarfe für die Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention. Sie bietet damit eine objektive Grundlage für partizipative Prozesse und gesundheitspolitische Entscheidungen“ [1]. Neu ist an dieser Definition, dass partizipative Prozesse von der GBE profitieren sollen, was eine Brücke zu Konzepten der Gesundheitsförderung schlägt, die an der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1986 orientiert sind.

Seit Langem wird eine Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) beispielsweise durch den Deutschen Landkreistag angemahnt, die

eine Public-Health-Orientierung und die kommunale Steuerungsfunktion betont [2, 3]. Wenn die kommunale Gesundheitsberichterstattung zur Planungsgrundlage in der Gesundheitsförderung für Kinder werden würde, könnte damit ein Beitrag zur geforderten Weiterentwicklung geleistet werden und gleichzeitig die kommunale Umsetzung des im Jahr 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetzes profitieren [4].

In den vorliegenden Beitrag fließen die langjährigen beruflichen Erfahrungen der Autorin und des Autors im Land Brandenburg mit der Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Landes Brandenburg und der Nutzung von Gesundheitsdaten auf der kommunalen Ebene ein. Die Autoren sehen vor diesem Hintergrund selbst die Gefahr einer unkritischen Identifikation mit ihren Erfahrungen im Bundesland. Im Abschnitt „Diskussion“ wird die Problematik wieder aufgenommen.

In der Landesrahmenvereinbarung zum Präventionsgesetz, die zwischen den Krankenkassen, Trägern der Rentenversicherung, Trägern der Unfallversicherung und dem Land Brandenburg im Jahr 2017 geschlossen wurde, wird betont, dass die „Leistungen der Vertragspartner unter Einbeziehung weiterer zu gewinnender Partner und Partnerinnen der Gesundheitsförderung [...] insbesondere zur Vermeidung sozial bedingter, geschlechtsbezogener und regionaler Ungleichheit von Gesundheitschancen

beitragen [sollen]. Dies beinhaltet eine Orientierung an den bestehenden Bedarfen auf der Grundlage der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, des Landes Brandenburg und der Kommunen. Die daraus sichtbaren Ursachen ungleicher Gesundheitschancen bilden den Ausgangspunkt für die Planung von gemeinsamen Maßnahmen“ (www.masgf.brandenburg.de).

Im Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetz (BbgGDG) von 2009 werden in § 9 Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung als Aufgaben der Gesundheitsämter beschrieben: „Die Gesundheitsberichterstattung ist auf kommunaler und auf Landesebene fachliche Grundlage für eine zielorientierte Gesundheitsplanung und die Durchführung von Maßnahmen zur Überwindung von Defiziten in der Gesundheitsförderung, Prävention sowie Versorgung. [...] Die Landkreise und kreisfreien Städte beobachten und bewerten die gesundheitlichen Verhältnisse ihrer Bevölkerung“.

Im vorliegenden Beitrag wird anhand der GBE im Land Brandenburg zunächst der Frage nachgegangen, welche Ressourcen der Landes-GBE und weiterer Datenquellen für die GBE in den Landkreisen und kreisfreien Städten potenziell zur Verfügung stehen. Im darauffolgenden Abschnitt werden die Erfahrungen der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) in der Beratungsarbeit für den

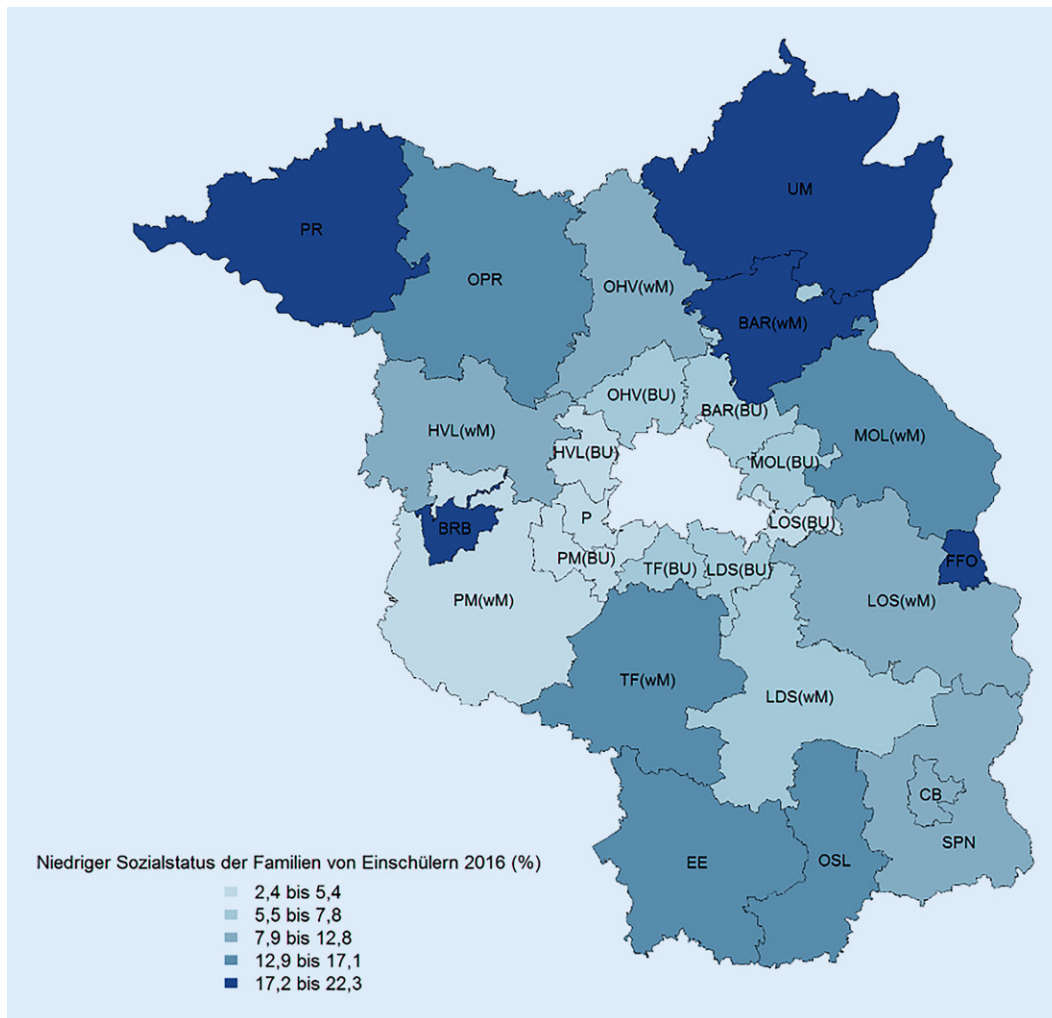


Abb. 1 ◀ Brandenburger Sozialindex junger Familien – Anteil von niedrigem Sozialstatus bei Familien von eingeschulter Kindern im Jahr 2016 in Prozent. Die berlinnahen Landkreise sind in den Berlin näheren (*BU*) und ferneren Teil (*wM*) geteilt. (Quelle: www.gesundheitsplattform.de, Indikator Sozialstatus. Abrufdatum: 15.1.2018)

„kommunalen Partnerprozess – Gesundheit für alle“ dargestellt [5]. Der kommunale Partnerprozess „Gesundheit für alle“ unterstützt und begleitet Kommunen im Auf- und Ausbau von integrierten kommunalen Strategien zur Gesundheitsförderung, sogenannte Präventionsketten. Dabei stehen der Austausch und das gemeinsame Lernen im Fokus: Welche kommunalen Ansätze zur Förderung der Gesundheit von Menschen in schwieriger sozialer Lage haben sich bewährt? Und: Wie lassen sich die gemachten vielfältigen Erfahrungen weitergeben? Daten und Gesundheitsberichte kommen bildlich gesprochen auf den Tisch, sie bilden die Grundlage für eine am Bedarf der jeweiligen Zielgruppe orientierte Planung beim Aufbau von Präventionsketten. Ziel der begleitenden Evaluation der Koordinierungsstelle Brandenburg war es, die

einzelnen Teilschritte in der ersten Phase beim Aufbau einer Präventionskette in zwei Modellregionen zu identifizieren. Es konnte damit gezeigt werden, wie der Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen in den Kommunen unterstützt werden kann, mit welchen förderlichen und hinderlichen Bedingungen zu rechnen ist und welche Rolle die GBE einnehmen kann.

Ressourcen für Daten und Berichterstattung in Landkreisen und Städten

Die kommunale GBE kann auf eine Reihe von Datenquellen zurückgreifen, um eine Beschreibung der Lage von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien in den sozialen Bezügen zu leisten, in denen sie leben. Je kleiner die betrachteten räumlichen Einheiten werden, desto

lückenhafter ist allerdings die Datenlage. Gesundheits-, Sozial- und Umweltdaten gehören zum Datenset, das möglichst integriert auszuwerten ist, d. h., es wird beispielsweise eine Verknüpfung zwischen Sozial- und Gesundheitsdaten vorgenommen oder zwischen Schadstoffwerten und Gesundheitsdaten. Ein weiterer Aspekt der Integration liegt in der Koordination und Kooperation verschiedener Zweige der Verwaltung, mindestens in den Bereichen Gesundheit, Jugend und Soziales [6].

In allen Bundesländern werden regelmäßig Daten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes aus den Untersuchungen zur Einschulung in der kommunalen GBE verwendet. Die Verfahren bei diesen Untersuchungen und die Dokumentationen unterscheiden sich von Bundesland zu Bundesland. Gemeinsam ist den Untersuchungen aber, dass

Zusammenfassung · Abstract

Bundesgesundheitsbl 2018 · 61:1215–1224 <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2804-1>
© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2018

A. Böhm · U. Sadowski

Kommunale Gesundheitsberichterstattung als Planungsgrundlage in der Gesundheitsförderung für Kinder

Zusammenfassung

Gesundheitsberichterstattung (GBE) soll die gesundheitliche Lage der Bevölkerung beschreiben und Handlungsbedarf aufzeigen. Darüber hinaus soll die GBE nach einer neuen Definition auch eine objektive Grundlage für partizipative Prozesse bieten. Damit wird eine Brücke zu Konzepten der Gesundheitsförderung geschlagen. Kommunale integrierte Gesundheitsstrategien (Präventionsketten) beruhen auf dem Konzept der Salutogenese. Ein wichtiges Merkmal von Präventionsketten ist u. a. der partizipative Ansatz, um eine am Bedarf orientierte präventive Ausrichtung von Maßnahmen in Kommunen zu entwickeln. Das setzt eine bereichsübergreifende Arbeitsweise

und ein abgestimmtes Vorgehen vieler Akteure voraus und benötigt darüber hinaus als Planungsgrundlage eine Verknüpfung von Gesundheits-, Sozial- und Umweltdaten und integrierte Berichterstattung. Im Land Brandenburg wurde durch die Koordinierungsstelle „Gesundheitliche Chancengleichheit“ in zwei Modellregionen exemplarisch der Aufbau einer Präventionskette in der Aufbauphase begleitet. Im Rahmen einer Evaluation wurden Stolpersteine und Gelingensfaktoren erhoben. Es zeigt sich, dass innerhalb der Aufbauphase weitere vier Phasen identifiziert werden konnten und diesen Phasen spezifische Aspekte zugeordnet werden konnten. Darüber hinaus

sollten sozialraumorientierte Daten eine gute Validität aufweisen, kontinuierlich erhoben werden und eine räumliche Vergleichbarkeit ermöglichen. Die Verknüpfung von Daten verschiedener Ressorts und die Ergänzung um subjektive Daten könnten vorhandene Lücken schließen und partizipative Prozesse unterstützen.

Wie eine gute Integration in Planungsprozesse in den Kommunen gelingen kann sowie Fragen der dafür notwendigen Ressourcen wird in zukünftigen Prozessen zu klären sein.

Schlüsselwörter

Prävention · Kinder · Brandenburg · Partizipation

Local public health reporting as a basis for planning health promotion for children

Abstract

The Health Report (Gesundheitsberichterstattung, GBE) describes the health of the overall population and also highlights areas or topics where specific action may be required. Additionally, in line with a new definition, the GBE provides an objective basis for participative processes, thereby building a bridge to health promotion concepts. Municipal integrated health strategies (municipal prevention chains) are based on the salutogenesis concept. One particularly important characteristic of prevention chains is, among others, their participative approach to develop need-based measures on a municipal level. This implies an overarching way of working and a coordinated approach

between several stakeholders. Moreover, it requires a combination of health, social, and environmental data, as well as integrated GBE, which serves as a planning basis. In the federal state of Brandenburg, two test regions were chosen, and a municipal prevention chain was followed and monitored by the Health Equity Coordination Office (Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit) during the implementation period. In the context of an evaluation, barriers and success factors were identified. During the implementation period four additional phases were identified and specific aspects were also assigned to these phases. Moreover, social environmental oriented data should

be reliable, continuously collected, and allow for a local comparability. Data combined from different providers, supplemented with subjective data, could fill the gap and support participative processes.

How a good integration in municipal planning processes can be successful, as well as correlated questions about necessary resources, will need to be investigated in future processes.

Keywords

Prevention · Children · Brandenburg · Participation

festgestellt werden soll, ob ein Kind in einem Bereich besondere Förderung und Unterstützung benötigt. Die Daten liefern Informationen über die Teilnahme an Präventionsmaßnahmen (Impfungen und kinderärztliche Früherkennungsuntersuchungen) und Befunde, die für die Teilnahme am Unterricht und den Schulerfolg bedeutend sind – Sehen, Hören, Verhalten, Koordination, Sprach- und kognitive Entwicklung. Darüber hinaus werden traditionell Größe und Gewicht erfasst. In vielen Gesundheitsämtern liegen diese Daten in lokalen IT-Systemen

vor. Für eine verwertbare Auswertung sind inhaltlich-fachliche und statistische Kenntnisse nötig. Die Landes-GBE kann den Prozess durch Standards unterstützen. Im Land Brandenburg bietet das Landesamt für Gesundheit eine kreisvergleichende Auswertung (www.gesundheitsplattform.de) zu Befundhäufigkeiten, Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen, Frühförderung, Förderbedarf und weiteren Daten an.

In einigen Bundesländern wird im Rahmen der Einschulungsuntersuchung

eine Sozialanamnese durchgeführt (u. a. in Berlin, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt). In Brandenburg werden die Eltern u. a. nach Schulbildung und Erwerbstätigkeit gefragt (www.gesundheitsplattform.brandenburg.de). Aus den Angaben kann ein Sozialindex (Abb. 1) gebildet werden [7]. Diese Daten eignen sich einerseits zur sozialräumlichen Analyse und andererseits – in Verbindung mit medizinischen Befunden – zur Beschreibung des Zusammenhangs zwischen gesundheitlichen Merkmalen

und sozialer Lage. Darüber hinaus können mittelfristig Entwicklungstrends in der Sozialstruktur der jungen Familien aufgezeigt werden. Das Bildungsministerium im Land Brandenburg nutzt den Sozialindex zur gewichteten Mittelvergabe an die Landkreise und kreisfreien Städte (Gelder für die Sprachförderung in Kindertagesstätten und Gelder für das Programm Kiez-Kitas; www.mbj.brandenburg.de). Innerhalb eines Landkreises kann der Index wiederum für eine noch weiter differenzierte Analyse und Steuerung verwendet werden.

Gesundheitsziele sind Vereinbarungen der verantwortlichen Akteure im Gesundheitssystem, in deren Mittelpunkt als übergeordnetes Ziel die Gesundheit der Bevölkerung steht. Sie bilden einen gemeinsamen Handlungsrahmen und unterstützen planmäßiges Handeln und Transparenz. Erarbeitet werden Gesundheitsziele im breiten Konsens von Vertretern in der Politik, Kostenträgern, Leistungserbringern, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen, Wissenschaft und Forschung.

Die Gesundheitszieleprozesse auf Landesebene, u. a. zur Kindergesundheit (www.buendnis-gesund-aufwachsen.de), bieten Orientierung und Anregung für die Akteure der kommunalen GBE und Gesundheitsförderung. Im Zweijahrestakt veröffentlicht das Landesamt einen Datenmonitor zur Kindergesundheit (www.gesundheitsplattform.de).

Über den Gesundheitsbereich hinaus verfügen Kommunalverwaltungen gewöhnlich über kleinräumige Daten zu SGB-III- und SGB-II-Leistungen (Grundsicherung und Arbeitsförderung) einschließlich Bildungs- und Teilhabepaket, zur Inanspruchnahme von Leistungen aus dem Asylbewerberleistungsgesetz und über Daten zur Schadstoff- und Lärmbelastung. Die Aufzählung der unterschiedlichen Datenhalter macht deutlich, dass viele Daten aus verschiedenen Bereichen zur Verfügung stehen können, aber eine systematische Verwendung im Sinne einer Integration ein Konzept und Expertise voraussetzt.

Um besondere Problemlagen zu identifizieren oder die gesundheitlichen Belange einzelner Bevölkerungsgruppen zu beschreiben, ist neben der Berücksichti-

gung des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit eine Differenzierung nach Alter und Geschlecht Standard der Berichterstattung. Kinder, Jugendliche und junge Familien stehen oft im Mittelpunkt kommunaler Strategien und der Berichterstattung. Kinder tragen die Folgen sozialer Ungleichheit, ohne dass sie selbst hierfür verantwortlich sind. Das Gebot der Fairness erleichtert in der kommunalen Praxis einen Konsens über die Schwerpunktsetzung der GBE und der Gesundheitsplanung.

Traditionell macht die GBE Aussagen über Bevölkerungsgruppen, über Häufigkeiten von Krankheiten, Risikofaktoren, Ressourcen und Versorgung. Selten bieten die Daten Aussagen der Betroffenen über sich selbst, die Wahrnehmung ihrer Situation und ihrer eigenen Sicht auf Gesundheitschancen, Einschränkungen und Prioritäten. Auch in der GBE des Landes Brandenburg gibt es große Lücken, was die subjektive Sicht auf die eigene Gesundheit, das Gesundheitsverhalten und die erlebten Lebensumstände angeht. Eine Ausnahme macht die Befragung „Brandenburger Jugendliche und Substanzkonsum“, bei der im 4-jährigen Abstand Jugendliche in den 10. Klassen nach dem Konsum von Alkohol, Tabak und anderen Substanzen gefragt werden (www.lsk-brandenburg.de).

Partizipative GBE für die Gesundheitsförderung von Kindern

In der oben zitierten Definition von GBE wurde betont, dass Erkenntnisse über die Gesundheit der Bevölkerung für partizipative Prozesse genutzt werden sollen. Die Betonung von Partizipation gründet sich einerseits auf das demokratische Grundprinzip, wonach alle Bürger prinzipiell das Recht haben, direkt oder indirekt auf alle Entscheidungen einzuwirken. Der Partizipationsanspruch kann gleichzeitig mit grundlegenden Erkenntnissen der Gesundheitswissenschaften vertreten werden. Zu den Faktoren, die den Erhalt der Gesundheit wesentlich mitbestimmen, gehören sinngemäß solche, die man als Handlungsmöglichkeiten des Individuums auffassen kann. Beispielsweise wird dies in dem Konzept

des „Sense of Coherence“ [8] deutlich, das auch als Kohärenzgefühl oder Kohärenzerleben bezeichnet wird. Es basiert auf dem Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky. Danach bestimmt die innere Haltung eines Menschen, die ihn umgebende Welt und die Dinge, die ihm geschehen, ob er diese als verstehbar, handhabbar und sinnvoll – und damit als kohärent – erlebt. Vor diesem Hintergrund erhalten Einfluss- und Kontrollmöglichkeiten des Individuums zum Erhalt der eigenen Gesundheit eine große Bedeutung.

Partizipation in der Datengewinnung für die kommunale GBE wurde im Konzept der bürgernahen GBE herausgestellt [9]. Einen Ansatz partizipativer Epidemiologie im Rahmen partizipativer Gesundheitsforschung stellen Bach et al. vor [10]. Dabei werden Forschung und Intervention als reflektierte, partnerschaftliche Koproduktion von Beforschten, Fachleuten des Gesundheits-, Sozial- oder Bildungswesens und wissenschaftlich Tätigen aufgefasst. Die Forderung nach Partizipation in der GBE ist nicht neu. Unter dem Titel „Kommunale Gesundheitsplanung“ haben Wilhelm Schröder und Kollegen bereits im Jahr 1986 Konzepte und Erfahrungen für eine Integration von Gesundheits- und Sozialberichterstattung sowie gemeinschaftlicher, kommunaler Planung vorgelegt [11].

Gesundheitliche Chancengleichheit – der Kooperationsverbund und Koordinierungsstellen in den Bundesländern

Im Jahr 2003 wurde auf Initiative der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) der bundesweite Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ ins Leben gerufen. 2018 gehören dem Verbund 66 Kooperationspartner an (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de). Der Kooperationsverbund ist auf die gesundheitsförderliche Gestaltung konkreter Bedingungen vor Ort ausgerichtet. Die gesundheitliche Chancengleichheit wird durch koordiniertes intersektorales Handeln gefördert – Health in all Policies. Die Zusammenarbeit aller politischen

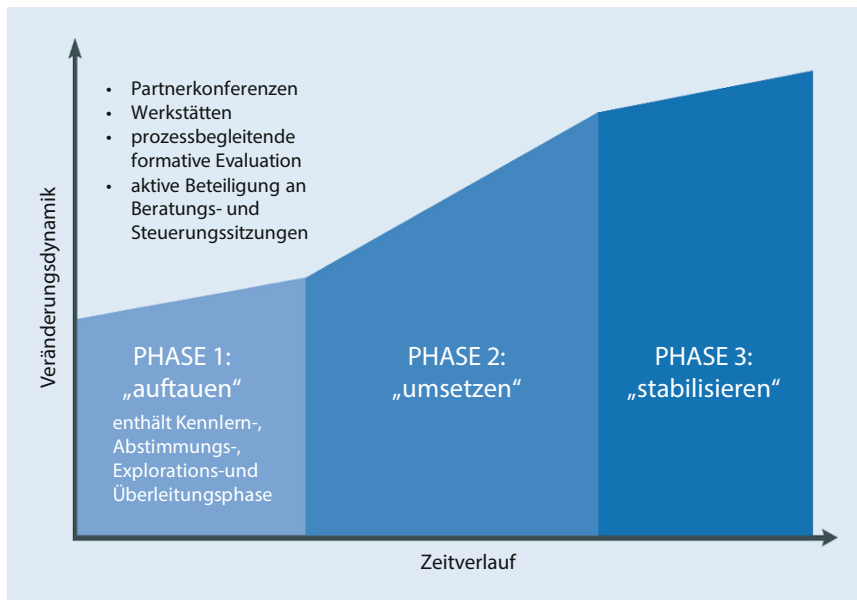


Abb. 2 ▲ Phasenmodell nach Lewin für Veränderungsprozesse in Organisationen, ergänzt mit den Brandenburger Erfahrungen in Phase 1. (Quelle: Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“ bei Gesundheit Berlin-Brandenburg 2013)

Bereiche, auch außerhalb des Gesundheitsbereiches, kann zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung beitragen [12]. Die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) in den Bundesländern sind Kontakt- und Koordinationsstellen für soziallagenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf Landesebene.

Der kommunale Partnerprozess – Gesundheit für alle

Initiiert durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wird der Partnerprozess „Gesundheit für alle“ durch den Kooperationsverbund in Zusammenarbeit mit den kommunalen Spitzenverbänden, dem Gesunde-Städte-Netzwerk (GSN; www.gesunde-staedte-netzwerk.de) und den Koordinierungsstellen in den Ländern durchgeführt. Eine rechtliche Grundlage bildet der § 20 SGB V, wonach primärpräventive Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen sollen. Die Bundesrahmenempfehlung der Nationalen Präventionskonferenz von 2016 präzisiert den Auftrag aus dem Sozialgesetzbuch (www.gkv-spitzenverband.de). Zur Umsetzung des Präventionsgesetzes hat der

Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung GKV die BZgA beauftragt, die Arbeit der Koordinierungsstellen quantitativ und qualitativ weiterzuentwickeln. Zu den wichtigsten Aufgaben der KGC gehören die fachliche Beratung und Begleitung von Kommunen im Auf- und Ausbau von integrierten kommunalen Strategien zur Gesundheitsförderung, den sogenannten Präventionsketten.

Grundlegend für integrierte kommunale Gesundheitsstrategien ist der „Setting-“ oder „Lebensweltenansatz“ [4]. Präventionsketten basieren auf einer datengestützten Bedarfsanalyse. Sie bündeln vorhandene kommunale Netzwerke, Institutionen und Angebote einer Region, eines Landkreises oder einer Stadt und orientieren sich an den sozialen und gesundheitlichen Bedarfen einer Zielgruppe in einer Region. Dabei ist eine ressourcenorientierte und partizipative Haltung ausschlaggebend für den Erfolg. Gesundheitsförderliche Angebote werden entlang der Lebensphasen ausgerichtet und nehmen die Übergänge von einer Lebensphase in die nächste in den Blick [13].

Aufbau von Präventionsketten im Land Brandenburg

Vor diesem Hintergrund hat die KGC Brandenburg den Landkreisen ein Beratungsangebot ausgearbeitet, um sie beim Aufbau von Präventionsketten zu begleiten. Nach dem Phasenmodell des Sozialforschers Kurt Lewin durchlaufen gesellschaftliche Veränderungsprozesse drei grundsätzliche Phasen – Auftauen, Bewegen und Einfrieren (■ **Abb. 2**). In der Auftauphase werden die etablierten, „eingefrorenen“ Strukturen und Perspektiven der Akteure und künftigen Partner durchlässiger und flexibler gemacht. Die Bereitschaft, sich auf gemeinsame Veränderungsprozesse einzulassen, wird gefördert. Der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit hat das Modell von Lewin für Prozesse der Gesundheitsförderung in der Kommune angepasst ([14]; ■ **Abb. 2**).

Das modulare Beratungsangebot der KGC Brandenburg für kommunale Akteure in den Landkreisen bezog sich auf die erste Phase, die „Auftauphase“ nach Lewin, die im Folgenden „Aufbauphase“ genannt wird. Das Angebot wurde zwischen 2015 und 2017 in zwei Landkreisen modellhaft erprobt. Hierzu gehörten die Durchführung von Partnerkonferenzen, Werkstätten sowie die aktive Beteiligung an Beratungs- und Steuerungssitzungen in der Region. Flankiert wurde das Angebot durch eine prozessbegleitende formative Evaluation, um übergreifende Faktoren identifizieren zu können und Handlungsempfehlungen zu entwickeln, die weiteren Landkreisen zur Verfügung gestellt werden können [5].

Im Rahmen des Beratungsprozesses nahmen die Landkreise vor allem folgende Grundbausteine in Anspruch: Zielklärung, Bestands- und Bedarfsanalyse, Partnerauswahl (Stakeholder-Analyse), Netzbildung und Aufbau eines Steuerungskreises.

Vom Kennenlernen zur Umsetzung: Vier Schritte in der Aufbauphase

Die Initiative, eine Präventionskette für Kinder und Jugendliche in einer Region aufzubauen, ging in Brandenburg in den zwei Modelllandkreisen in einem Fall

vom Jugendamt und im anderen Fall vom Gesundheitsamt aus. Im Rahmen der prozessbegleitenden Evaluation wurden innerhalb der Aufbauphase vier weitere Phasen (Kennlern-, Abstimmungs-, Explorations-, Überleitungsphase) identifiziert [5]. Gemeinsame, datengestützte Bedarfs-, Bedürfnis- und Bestandsanalysen spielten in allen vier Phasen eine wichtige Rolle.

In der Kennlernphase wurde eine erste Einschätzung der gesundheitlichen Bedarfe der priorisierten Zielgruppe Kinder und Jugendliche auf der Grundlage von kommunalen Gesundheits- und Sozialdaten durch die Mitarbeitenden der Ämter bzw. der Amtsleiter getroffen, um die Ziele der geplanten Präventionskette vorab einzugrenzen. In der Abstimmungsphase erfolgte eine weitere differenzierte fachliche Analyse und Einschätzung der gesundheitlichen Bedarfe (Daten der Gesundheits- und Sozialberichte, wissenschaftliche Studien etc.) durch die KGC. Auf dieser Grundlage konnten gemeinsam mit den Teams in den Landkreisen eine prioritäre (Sozial-)Region, ein Setting und ein übergeordnetes Handlungsziel für den jeweiligen Landkreis bzw. die Region benannt werden. Im Rahmen einer Auftaktveranstaltung (Partnerkonferenz) in der Explorationsphase haben die Initiierenden, d. h. die Amtsleiter des Gesundheitsamtes und des Amtes für Familien und Soziales mit ihren Mitarbeitenden ihr Anliegen im Landkreis vorgestellt und konnten neue Partner gewinnen. Es bildete sich eine vorläufige Gruppe von regionalen Unterstützern aus unterschiedlichen Arbeitsbereichen (Sozialamt, Jugendamt, Gesundheitsamt, Frühe Hilfen, Frühförderung, Netzwerke, Kliniken, Vereinen, freien Trägern). Die in der Abstimmungsphase entwickelten Ideen auf der Grundlage der ersten Bedarfseinschätzung mussten nun mit den neuen Partnern erneut abgestimmt und um praxisnahe Erfahrungen/Einschätzungen ergänzt werden. Es wurde um eine gemeinsame Sicht der Dinge „gerungen“.

Die KGC Brandenburg unterstützte die Explorationsphase durch themenspezifische Werkstätten. Ziel war es u. a., auf der Grundlage einer kleinräumigen da-

tenbasierten Einschätzung (soweit kleinräumige Daten vorlagen) gesundheitliche Bedarfe der Zielgruppe in der zuvor priorisierten Region zu bestimmen und den Bestand an vorhandenen Maßnahmen zu dem priorisierten Handlungsfeld sowie die subjektiven Bedürfnisse der Zielgruppe zu erfassen.

Für den Entscheidungsprozess darüber, welche Gesundheitsprobleme bzw. Themen mit welcher Zielgruppe und in welcher Region prioritär angegangen werden sollen, sind Leitfragen bzw. Kriterien sinnvoll [15, 16]. Die Leitfragen machen die Diskussion und den Auswahlprozess für alle Beteiligten transparent und erleichtern die Bewertung der Daten zu einzelnen Gesundheitsproblemen (Krankheiten, gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Entwicklungsproblemen):

- Wie verbreitet ist das Gesundheitsproblem in welcher Altersgruppe?
- Wie schwerwiegend ist das Gesundheitsproblem?
- Lässt sich das Gesundheitsproblem beeinflussen? Gibt es hierüber eine empirische Evidenz?
- Welche verursachenden Bedingungen des Gesundheitsproblems sind bekannt und lassen sich beeinflussen?
- Welche Akteure und Partner lassen sich am Thema beteiligen?
- Wie sind die Prioritäten aus Sicht ...
 - der Bevölkerung? Aus Sicht der Eltern und Kinder?
 - der kommunalen Verwaltung und Medien und
 - der Fachleute?
- Lassen sich Beteiligungsmöglichkeiten für Eltern und Kinder sowie alle Bürger herstellen?

Die genannten Fragen haben einen heuristischen Charakter. Es gibt keine Regeln, die aus den Antworten schließlich das vorrangig zu bearbeitende Gesundheitsthema ableiten lassen. Manchmal bestehen beispielsweise schon über die Häufigkeit von Gesundheitsproblemen weit auseinandergehende Vorstellungen. Über Jahre wurde davon ausgegangen, dass zunehmend mehr Einschulungskinder adipös seien. Tatsächlich zeigen die Daten in Brandenburg und anderen Bundesländern bereits seit

Jahren keine Zunahme mehr [17]. Auch wenn die Antworten auf die Leitfragen nicht zwingend zur Auswahl eines Gesundheitsthemas führen, können sie behilflich sein, grobe Fehler bei der Auswahl zu vermeiden.

Die Erhebung subjektiver Bedarfe über partizipative Verfahren (Bedürfnisanalyse) ist bislang nicht gängige Praxis der Berichterstattung. Stattdessen wurde teilweise auf das Wissen und die Erfahrung von Praxispartnern zurückgegriffen. Beispielsweise gaben die Praktiker in einem Fall den Hinweis, dass das durch die GBE ausgewiesene hohe Risiko der Kinder, an einer Sprach- und Sprechstörung zu leiden, aus ihrer Sicht nur verbessert werden kann, wenn die Kompetenz der Eltern, ihre Kinder zu unterstützen, erhöht wird und durch niedrigschwellige gesundheitsförderliche Maßnahmen begleitet wird.

In der Überleitungsphase arbeiteten die Akteure vor Ort stärker in eigener Regie. In einer Region wurde eine regionale Arbeitsgruppe etabliert, die die Maßnahmen vor Ort koordiniert. Die Arbeitsgruppe war an die Steuerungsgruppe der Initiatoren auf der Landkreisebene angebunden. In der anderen Region wurde die Steuerung an die Kommunale Gesundheitskonferenz (AG Präventionskette) des Landkreises angebunden. Es bildete sich darüber hinaus eine regionale Arbeitsgruppe zur Entwicklung von Ideen und zur Umsetzung der Maßnahmen. Die Koordinatorin der Kommunalen Gesundheitskonferenz übernahm den Transfer zwischen der Sozialregion und dem Landkreis.

Mehrfach haben sich die Akteure auf der Handlungsebene mit den Bedarfen und vor allem den subjektiven Bedürfnissen und Wünschen der anvisierten Zielgruppe in der Region auseinandergesetzt und diese Einschätzung mit dem Steuerungskreis auf der Landkreisebene abgestimmt. Nach dem Phasenmodell von Veränderungsprozessen leitet die Übergangphase von Phase 1 „Auftauen“ zu Phase 2 „Umsetzen“. **Tab. 1** zeigt die Gelingensfaktoren und Stolpersteine der vier Phasen innerhalb der „Aufbauphase“, die bei der Evaluation erhoben wurden.

Tab. 1 Gelingensfaktoren und Stolpersteine in den vier Auftauphasen. (Quelle: [5])

Phase	Gelingensfaktoren	Stolpersteine
Kennenlernphase	Beteiligte, die eine bereichsübergreifende Zusammenarbeit befürworten	Fehlende Transparenz bzgl. unterschiedlicher Interessen der Beteiligten
	Beteiligte, die dem Settingkonzept und einer bedarfsorientierten, an den Ressourcen ausgerichteten Gesundheitsförderung positiv gegenüberstehen	Mangelhafte Vermittlung des Konzeptes der Präventionskette
	Gegenseitige Akzeptanz, Wertschätzung	Unterschiedliches Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung
	Gute Vermittlung des Konzeptes der Präventionsketten	Unterschiedliche Handlungslogiken (Verwaltung vs. Praxis vs. Wissenschaft)
	Darstellung der möglichen Synergien für alle Beteiligten bzw. Nutzen der Kommune	Überhöhte oder unausgesprochene Erwartungen Zu geringe zeitliche und personelle Ressourcen
Abstimmungsphase	Zustimmung der Fachebene und Entscheidungsebene	Unzureichende Bedarfsanalyse, wenig fachliche Unterstützung
	Transparenz der Vorgehensweise	Festlegung des Handlungsfeldes/der Zielgruppe erfolgt vor der Festlegung der Steuerungsform (übergreifend oder themenspezifisch)
	Einbeziehung aller Perspektiven	Zu geringe personelle Ressourcen
	Konkretisierung des Vorhabens	Zu geringe Einbindung bzw. Zustimmung der Fachebene und der Entscheidungsebene
	Gute Datengrundlage zur Bedarfsermittlung	Unterschiedliche Handlungslogiken, die nicht thematisiert werden
	Vertrauen und gute Arbeitsatmosphäre	Persönliche Differenzen (Arbeitsstörungen)
	Kooperationsvereinbarung (Beratung)	
Festlegung der strukturellen Anbindung der Steuerung		
Explorationsphase	Bereitschaft zur Veränderung und zur Hinterfragung der eigenen Handlungslogik	Zu geringe zeitliche Ressourcen der regionalen Partner
	Gemeinsames Verständnis von Gesundheitsförderung	Arbeits-/Steuerungsstruktur ist in der Abstimmungsphase nicht festgelegt worden
	Partner, mit denen bereits eine gute Zusammenarbeit besteht	Persönliche Differenzen zwischen den Fachkräften unterschiedlicher Bereiche
	Herstellung eines „Wirgefühls“ und eines gemeinsamen Leitbildes	Abgrenzungstendenzen in der Verwaltung
	Auftaktveranstaltung, Workshops, Werkstätten zum persönlichen Kennenlernen und Austausch	Regionale/kommunale Besonderheiten, die nicht respektiert werden
	Bereitschaft, Konflikte anzunehmen/auszuhalten – lösungsorientiertes Handeln	Dominante Partner oder „bremsende“, persönliche Konflikte
	Bereits vorhandene Vernetzungsstrukturen in den Kommunen	Räumlich zu kleine Kommune (zu geringe Ressourcen) Flächenlandkreis mit vielen Kommunen (hoher Abstimmungsbedarf/kein Durchgriff von Landkreisebene auf Kommune)
Übergangsphase	Stabilität in der Zusammensetzung der Partner – Kooperationsvereinbarung	Unklare Rollen/Aufgaben innerhalb der Steuerung
	Gute Organisation der Aktivitäten/Treffen etc.	Wechselnde Zielstellungen
	Motivierung durch die Initiierenden	Geringe Unterstützung durch Partner
	Erste Erfolge/Projekte sichtbar machen und feiern	Keine oder zu geringe Koordination
	Gemeinsames Leitbild/Zielvorstellung (Wirkungsziel)	
	Angenehme Arbeitsatmosphäre	
	Aktive Unterstützung durch die Entscheidungsebene/ Fachebene etc.	
Stabile strukturelle Einbindung – stabile Arbeitsstruktur		

Daten und Berichte in der Aufbauphase

Der Aufbau von Präventionsketten ist ein Kreislauf im Sinne des Public Health Action Cycle, der auch in den weiteren Phasen auf datenbasierte Informationen zur Anpassung der Ziele und Maßnahmen angewiesen ist. Insofern bilden quantitative und qualitative kleinräumige Daten die Grundlage und sind für die nachhaltige Etablierung wichtig. In den Modellregionen in Brandenburg wurden Daten der Landes-GBE, Daten der kommunalen GBE des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD) sowie Daten der Sozialberichterstattung/des Sozialmonitorings und des Jugendförderplans (Landkreisebene) herangezogen. Kleinräumige Daten (Städte und Gemeinden im Landkreis) können von den kommunalen Ämtern zur Verfügung gestellt werden. Allerdings sind die personellen Ressourcen und Qualifikationen in der kommunalen Verwaltung für eine Berichterstellung knapp. Veröffentlichungen der GBE des Bundes oder aus anderen wissenschaftlichen Quellen können von den kommunalen Ämtern (vor allem Gesundheitsamt und Amt für Familien und Soziales) kaum systematisch aufgenommen werden.

In einer der beiden Modellregionen lag bereits eine Zusammenführung von GBE-Daten und solchen der Sozialberichterstattung des Landkreises vor. Daten und Berichte von anderen Verwaltungsressorts (beispielsweise Umweltplanung) konnten noch nicht herangezogen werden. Die Bestandsanalyse im Sinne der Darstellung vorhandener Projekte und Maßnahmen im Landkreis stellte die Steuerungsgruppe vor große Herausforderungen. In beiden Landkreisen haben sich die Akteursgruppen entschlossen, diese Bestandsanalyse im weiteren Verlauf als ein erstes Projekt in Form eines Wegweisers zu erarbeiten und den Bürgern zur Verfügung zu stellen.

Integrierte Berichterstattung als kommunale Planungsgrundlage – Ergebnisse einer Fokusgruppendifkussion

Die Evaluation legte nahe, dass für die Entwicklung kommunaler, integrierter

Gesundheitsstrategien, die sich an den Bedarfen und Bedürfnissen der Zielgruppen orientieren, eine fundierte und integrierte Datenbasis und Berichterstattung notwendig sind [5]. Zur Vertiefung und Diskussion dieser Erkenntnis wurde 2017 auf der Landesebene eine Fokusgruppendifkussion unter dem Titel „Daten für Taten“ durchgeführt (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/brandenburg). Teilnehmende waren Akteure aus unterschiedlichen Landkreisen und Ressorts der kommunalen Verwaltung. Die Frage nach den Daten und Berichten, die benötigt werden, um die komplexen gesundheitlichen Zusammenhänge in den Lebenswelten abzubilden, sowie die Frage nach den notwendigen Voraussetzungen, um diesen Analysen Taten folgen zu lassen, waren Leitfragen der Diskussion.

Zur Strukturierung der Diskussion wurde das Modell der Determinanten für Gesundheit („Regenbogenmodell“) von Dahlgren und Whitehead herangezogen [18]. Die Teilnehmenden haben Daten und Datenquellen für die Gruppe Kinder und Jugendliche zu den gesundheitlichen Determinanten zugeordnet: 1. biologische Faktoren, 2. individuelle Verhaltensweisen, 3. soziale Faktoren und kommunale Netzwerke, 4. Lebens- und Arbeitsbedingungen, 5. allgemeine politische Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt.

Daten, die biologische Faktoren abbilden, sind in der Regel Daten des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes. Hingegen können Daten der gesetzlichen Krankenkassen, die als Abrechnungsdaten der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung vorliegen, bislang kaum genutzt werden. Die Problematik der Verfügbarkeit und eingeschränkten Validität dieser Daten wurde wiederholt diskutiert [19].

Wie oben schon dargestellt, werden in Brandenburg regelmäßig die Daten aus den ärztlichen Reihenuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes genutzt. Daten zum Alkohol-, Tabak- und illegalen Drogenkonsum bei Jugendlichen liegen über ein Monitoring der Landdrosselkonferenz vor (Brandenburger Jugendliche und Substanzkonsum, BJS;

www.lsk-brandenburg.de). Die Teilnehmenden an der Fokusgruppendifkussion ergänzten, dass weitere Daten zu sozialen Faktoren und Netzwerken über Erhebungen zur Sprachstandsentwicklung (Kita) und Kompetenztests (Rahmenerhebung Schule) hinzugezogen werden können (mbjs.brandenburg.de). Auch Angaben zu den Eingliederungshilfen und Hilfen zur Erziehung stehen zur Verfügung.

Gesundheitsförderliche Angebote einer Präventionskette sollen entlang der Lebensphasen ausgerichtet werden und Übergänge von einer Lebensphase in die nächste in den Blick nehmen. Die Teilnehmenden der Fokusgruppendifkussion „Daten für Taten“ haben ihnen bekannte (Gesundheits-)Berichte den Lebensphasen zugeordnet. Es zeigte sich, dass vor allem Berichtsformate vorliegen, die die Phase „Start ins Familienleben, Kinderbetreuung und Schulzeit“ abbilden. Dagegen sind die Phasen rund um die Geburt und die Ausbildungszeit bislang weniger mit Maßnahmen unteretzt und den Teilnehmenden waren keine Datenquellen zu den Übergängen bekannt. Die Gruppendiskussion ergab, dass die Lebensphasen, für die wenig verfügbare oder bekannte Daten und Berichte vorliegen, bislang auch kaum mit Präventionsmaßnahmen unterlegt werden. Dies unterstreicht die Bedeutung von verfügbaren, bereichsübergreifenden Daten und Berichten für die Planung und Umsetzung von bedarfsorientierten integrierten kommunalen Gesundheitsstrategien.

In einem idealtypischen Kreislauf werden Daten für die Planung der Taten genutzt, die ihrerseits selbst wieder Daten erzeugen: Unter jeweils spezifischen Fragestellungen werden innerhalb der Lebenswelten Daten generiert, z. B. durch Erhebungen, Befragungen oder im Rahmen der amtlichen Statistik. Diese Daten werden im Anschluss aufbereitet, von Experten interpretiert (das könnten auch die Bürger sein), nach Abschluss von Auswertung und Interpretation für die Veröffentlichung aufbereitet und in Form von Broschüren, Websites oder auch Beiträgen auf Veranstaltungen öffentlich gemacht [10]. Die Inhalte der Veröffentlichungen gehen anschließend in Diskussions- und Planungsrunden ein und bilden

dort eine Grundlage zum Diskurs. Sie tragen dazu bei, bedarfsgerechte Strategien und Maßnahmen zu begründen, und unterstützen damit Entscheidungsprozesse. Anschließend beginnt der Kreislauf von Neuem: Die Erhebung der Daten ermöglicht im nächsten Zyklus beispielsweise, den Erfolg und die Wirkungen der Strategien und Maßnahmen zu beurteilen. Die Wirkung der Interventionen kann im Sinne des Ansatzes der Wirkungsorientierung [20] in Outputs, Outcomes und Impacts und Wirkung unterteilt werden. Hierfür müssen die Akteure bereits in der Aufbauphase reflektieren, welche Veränderungen (Wirkungen) sie mit den Maßnahmen einer Präventionskette erreichen wollen. Hierzu zählen z. B. die Inanspruchnahme von Maßnahmen, die Veränderungen bei der Zielgruppe sowie Veränderungen im Setting (Stadtteil, Gemeinde etc.). Es wird sich zeigen, wie sich diese Veränderungen (Wirkungen) in Gesundheits- und Sozialdaten widerspiegeln.

Es werden Daten benötigt, die die komplexe Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen abbilden. Einerseits sollen vorhandene Daten unterschiedlicher Ressorts effizienter genutzt werden, andererseits neue Daten erhoben werden, um vorhandene Lücken zu schließen. Es fehlen weitgehend Daten zur subjektiven Gesundheit aus den Übergangsphasen. Weiterhin wurde vorgeschlagen, „Allianzen für Informationen“ zu gründen, um Daten vieler Institutionen zu nutzen. Die Möglichkeiten der Datennutzung der gesetzlichen Krankenkassen sollte eruiert werden.

Eine gute Qualität (Validität) von Daten, die kontinuierlich erhoben werden, um Verläufe darzustellen, und eine räumliche Vergleichbarkeit von Daten sowie eine vergleichbare Einteilung in Sozialräume in den Landkreisen und fachliche Qualifikation der Mitarbeitenden wären weitere wünschenswerte Verbesserungen. Wie die Implementierung in kommunale Entscheidungsprozesse gelingen kann, zeigen die Datenerfassung des zahnärztlichen Dienstes der Gesundheitsämter in Brandenburg und das hieraus entwickelte Präventionsprogramm „Kita mit Biss“ ([www.](http://www.brandenburger-kinderzaehne.de/Kita-mit-Biss.768.0.html)

[brandenburger-kinderzaehne.de/Kita-mit-Biss.768.0.html](http://www.brandenburger-kinderzaehne.de/Kita-mit-Biss.768.0.html)).

Diskussion

Der vorliegende Beitrag gibt die Erfahrungen der Autorin und des Autors im Bereich der GBE und kommunalen Gesundheitsförderung Land Brandenburg wieder. Es werden hier keine Hypothesen aufgestellt und überprüft. Vielmehr geht es um einen Bericht aus einem Bundesland. Ansätze aus Brandenburg lassen sich aber auf andere Bundesländer übertragen, weil die föderalen Rahmenbedingungen Ähnlichkeiten aufweisen, denn einerseits gibt es in allen Bundesländern eine GBE, die von den Akteuren auf der kommunalen Ebene genutzt werden kann, und andererseits arbeiten die Koordinierungsstellen in allen Bundesländern als Vermittler von Know-how für die integrierten kommunalen Gesundheitsstrategien. In allen Bundesländern sind nach dem Präventionsgesetz von 2015 verstärkt Präventionsstrategien für Kinder und Jugendliche zu entwickeln und umzusetzen. Die BZgA hat mit dem Partnerprozess und den Präventionsketten eine Strategie für die kommunale Ebene vorgelegt [4], die im Themenfeld Kindergesundheit bereits erprobt und bewährt ist [21]. Im vorliegenden Beitrag wurde gezeigt, dass der gemeinschaftliche Aufbau von Präventionsketten in einem Kommunikationsprozess der Akteure entwickelt wird. Die GBE kann hierbei für die Akteure eine Datengrundlage bereitstellen, die einen begründeten Übergang von „Daten zu Taten“ möglich macht. Mit einem begründeten Übergang ist hier keine Deduktion gemeint, wohl aber kann dokumentiert werden, welche Argumente ausgetauscht und wie Gewichtungen vorgenommen wurden.

Eine Reihe von Fragen bleibt offen:

- Wie können quantitative und qualitative Daten integriert werden [22]?
- Können die in zwei Landkreisen in Brandenburg exemplarisch erhobenen förderlichen und hinderlichen Bedingungen aus der ersten Phase im Aufbau einer Präventionskette in weiteren Untersuchungen repliziert werden?

- Wie verlaufen die weiteren Schritte im Sinne des Modells von Lewin bzw. des Public Health Action Cycle – Phase 2 Umsetzung und Phase 3 Stabilisierung?

Die Verbindung zwischen Landes-GBE und der Reflektion darüber, wie die Daten für die kommunale GBE verwendet werden können, schlägt sich im Brandenburger Bericht zur Kindergesundheit 2018 nieder. Das heißt, der jüngste Bericht zur gesundheitlichen Lage der Kinder im Land Brandenburg enthält ein Kapitel „Daten auf den Tisch“. Einerseits wird über die gesundheitliche Lage berichtet, andererseits werden, wie im vorliegenden Beitrag, Prozesse auf kommunaler Ebene beschrieben (www.masgf.brandenburg.de → Publikationen).

Korrespondenzadresse

Dr. Dipl.-Psych. Andreas Böhm

Abteilung Gesundheit, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MASGF)
Henning-von-Tresckow-Str. 2–13, 14467 Potsdam, Deutschland
andreas.boehm@masgf.brandenburg.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. A. Böhm und U. Sadowski geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Starke D, Tempel G, Butler J, Starker A, Zühlke C, Borrmann B (2017) Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung – Vorstellung der Leitlinien und Empfehlungen. Gesundheitswesen. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1605610>
2. Kuhn J, Wildner M, Zapf A (2012) Der öffentliche Gesundheitsdienst. Standortbestimmung mit hoffnungsvollem Ausblick. Dtsch Arztebl 109(9):A413–A416
3. Szagun B (2015) Kommunale Gesundheitsberichterstattung als Grundlage für die Gesundheitsförderung. In: Kuhn J, Heyn M (Hrsg) Gesundheitsförderung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst. Eine Zukunftsaufgabe für den ÖGD. Huber, Bern, S 125–134
4. Kilian H, Lehmann F, Richter-Kornweitz A, Kaba-Schönstein L, Mielck A (2015) Gesundheitsförderung in den Lebenswelten gemeinsam stärken. Bundesgesundheitsblatt Gesundheits-

Leitthema

- forschung Gesundheitschutz. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2287-2>
5. Brandenburg KGC (2017) Evaluationsbericht der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) Brandenburg 2015–2016. <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/brandenburg>. Zugegriffen: 8. Apr. 2018
 6. Süß W, Schäfer I, Trojan A (Hrsg) (2007) Integrierte (Gesundheits-) Berichte. Shaker, Aachen
 7. Böhm A, Ellsäßer G, Lüdecke K (2007) Der Brandenburger Sozialindex: ein Werkzeug für die Gesundheits- und Sozialberichterstattung auf Landes- und kommunaler Ebene bei der Analyse von Einschülerdaten. Gesundheitswesen 69:555–559
 8. Antonovsky A (1997) Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. DGVV-Verlag, Tübingen
 9. Böhm A (2009) Bürgernahe Gesundheitsberichterstattung. In: Böcken J, Kuhn J (Hrsg) Verwaltete Gesundheit. Konzepte der Gesundheitsberichterstattung in der Diskussion. Mabuse, Frankfurt, S 171–181
 10. Bach M, Jordan S, Hartung S, Hövener SC, Wright MT (2017) Participatory epidemiology: the contribution of participatory research to epidemiology. Emerg Themes Epidemiol 14:2–15. <https://doi.org/10.1186/s12982-017-0056-4>
 11. Schröder W, Diemann F, Neuhaus R, Rampelt J (1986) Kommunale Gesundheitsplanung. Birkhäuser, Basel
 12. WHO (2013) The Helsinki Statement on Health in All Policies. The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10–14 June 2013. www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf?ua=1. Zugegriffen: 8. Apr. 2018
 13. Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (2013) Werkbuch Präventionskette. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de. Zugegriffen: 28. Mai 2018
 14. Beckmüller K, Kilian H (2013) Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“ Arbeitspapier zum „Auftauern“. <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>. Zugegriffen: 9. Apr. 2018
 15. Maschewsky-Schneider U, Gocke M, Hoelscher U et al (2013) Gesundheitsziele.de. Die Auswahl eines neuen Gesundheitsziels für Deutschland. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 56(9):1329–1334
 16. Gesundheitsziele.de (2015) Leitfragen zur Stärkung der Querschnittsanforderung Gesundheitliche Chancengleichheit. <http://gesundheitsziele.de>. Zugegriffen: 8. Apr. 2018
 17. Schienkiewitz A, Brettschneider AK, Damerow S, Schaffrath Rosario A (2018) Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. J Health Monit 3(1):16–23. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-005>
 18. Dahlgren G, Whitehead M (2007) Policies and strategies to promote social equity in health. Arbeitsrapport 2007:14, Institute for Futures Studies. https://ideas.repec.org/p/hhs/ifswps/2007_014.html. Zugegriffen: 8. Apr. 2018
 19. Schubert I, Köster I, Küpper-Nybelen J (2008) Versorgungsforschung mit GKV-Routinedaten. Nutzungsmöglichkeiten versichertenbezogener Krankenkassendaten für Fragestellungen der Versorgungsforschung. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. <https://doi.org/10.1007/s00103-008-0644-0>
 20. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2018) Wirkungsorientierung. Themenblatt 1-2018. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>. Zugegriffen: 9. Apr. 2018
 21. BZgA (2015) Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität. Gesamtprojektbericht Kooperations- und Forschungsprojekt. <https://www.bzga.de/infomaterialien/einzelpublikationen/?idx=2726>. Zugegriffen: 27. Mai 2018
 22. Flick U (2011) Triangulation. Eine Einführung. VS, Springer, Wiesbaden