

PartKommPlus – Forschungsverbund für gesunde Kommunen

Erkenntnisse und Empfehlungen im Überblick

Januar 2018

PartKommPlus forscht partizipativ, um neue Erkenntnisse über die Gestaltung und Umsetzung der kommunalen Gesundheitsförderung zu gewinnen. Unser Schwerpunkt liegt auf Fragen der Zusammenarbeit und Partizipation. Zahlreiche Menschen aus mehreren Kommunen und mit vielfältigen Hintergründen tragen zum Erfolg der einzelnen Teilprojekte und der Zusammenarbeit im Verbund bei.

Die Teilprojekte von PartKommPlus und ihre Schwerpunkte:

Deutsches Institut für Urbanistik (Difu)	Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung: Steuerung/Governance, Kooperation von Kommunen und Krankenkassen
Eltern fragen Eltern (ElfE)	Kollaborative kommunale Steuerung im Setting Kita und Peerforschung in Forschungswerkstätten mit Eltern
Kommunale Entwicklung von Gesundheitsstrategien: Wissenschaft und Praxis im Dialog (KEG)	Integrierte Strategien kommunaler Gesundheitsförderung: Zusammenarbeit zwischen top-down und bottom-up (parallel tracking)
Gesunde Stadtteile für Ältere (Age4Health)	Partizipative Entwicklung gesundheitsförderlicher und inklusiver Wohnquartiere Stadt/Land; Zugänge und Ungleichheit
Menschen mit Lernschwierigkeiten und Gesundheitsförderung (GESUND!)	Partizipative Gesundheitsforschung und Inklusion; Zugänglichkeit (Barrierefreiheit) kommunaler Gesundheitsförderung
Partizipative Epidemiologie (P&E)	Beschreibung, Anwendungsprüfung und Entwicklung von Empfehlungen bezüglich partizipativer Ansätze in den verschiedenen Phasen epidemiologischer Studien und der Berichterstellung
Partizipative Evaluation der Präventionskette Braunschweig (PEPBS)	Erprobung der Methodik partizipativer Evaluation am Beispiel von Fallstudien zum Übergang von der Schule in den Beruf und vom Kindergarten in die Schule

Die folgende Zusammenstellung ist ein Arbeitspapier, das einen Überblick zu projektübergreifenden Erkenntnissen und Empfehlungen des Forschungsverbunds bietet. Die Ergebnisse der Teilprojekte und die Positionen der beteiligten Einrichtungen können von den hier vorgestellten Aussagen abweichen. Für nähere Erkenntnisse und Empfehlungen wird auf die Teilprojekte verwiesen, die sich im Schwerpunkt mit dem jeweiligen Forschungsthema befasst haben. Das Arbeitspapier spiegelt den aktuellen Stand des Arbeitsprozesses aus der ersten Förderphase wider und wird im weiteren Projektverlauf fortentwickelt.

1. Zusammenarbeit in der kommunalen Gesundheitsförderung

1.1. Grundlagen der kommunalen Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit im Rahmen der kommunalen Gesundheitsförderung braucht eine abgestimmte, transparente **Kooperationsgrundlage** für alle Beteiligten (u.a. Verwaltung, Politik, Krankenkassen, Gesundheitsakteure, Schulen, Kitas, Bürgerinnen und Bürger). **Formale Vereinbarungen und Beschlüsse** sind hierfür förderlich, diese müssen allerdings durch gegenseitige vertrauensbildende Maßnahmen und Beziehungsarbeit flankiert werden. Die **Aufgaben und Zuständigkeiten** der verschiedenen Beteiligten sollten schrittweise geklärt und transparent gemacht werden – auch um einen Überblick zu erhalten, was alles schon im Sinne der kommunalen Gesundheitsförderung getan wird. Zudem sollte der **Mehrwert** der Zusammenarbeit für alle verdeutlicht werden. Eine **Struktur** zur Steuerung der Zusammenarbeit sollte abgestimmt und entsprechend eingerichtet werden. Auch die **Festlegung von gemeinsam angestrebten konkreten Ergebnissen und Produkten** im Vorfeld sowie verbindliche Absprachen sind für eine erfolgreiche Zusammenarbeit förderlich, allerdings stellt die Frage der **Verbindlichkeit** eine besondere Herausforderung für (informelle) Netzwerke dar.

Nähere Erkenntnisse und Beispiele: KEG, Age4Health, PEPBS

1.2. Ziele

Eine erfolgreiche kommunale Zusammenarbeit braucht **gemeinsam abgestimmte, realistische, praxisnahe Ziele**, die alle Beteiligten für sinnvoll erachten. Die Ziele sind bei Bedarf im Laufe der Zusammenarbeit an die realen Projektverläufe anzupassen. Außerdem sollen Ziele für die Bevölkerungsgruppen formuliert werden, die von der kommunalen Gesundheitsförderung erreicht werden sollen. Gerade Menschen mit Lernschwierigkeiten oder ältere Menschen werden in der kommunalen Gesundheitsförderung eher zu wenig berücksichtigt, wenn sie bei den Zielen keine explizite Berücksichtigung finden. In der Kommunalpolitik und der Kommunalverwaltung sollte **Gesundheitsförderung im Sinne der Begriffsbestimmung der WHO** weit definiert werden, um nicht nur Ziele zur Förderung der Gesundheit im engeren Sinne, sondern auch weitere Ziele festzulegen, die die Verbesserung der Lebenslage der Bevölkerung berücksichtigen und daher auch gesundheitsfördernd wirken. Dadurch wird auch die implizite Gesundheitsförderung in den verschiedenen Settings (z. B. Kitas, Schulen, Jugend-, Familien-, Nachbarschafts- und Seniorenzentren) anerkannt.

Nähere Erkenntnisse und Beispiele: KEG, Age4Health, GESUND!

1.3. Ressourcen

Eine erfolgreiche Zusammenarbeit in der kommunalen Gesundheitsförderung braucht auch **personelle und finanzielle Ressourcen**, u. a. Stellenanteile für die Koordination und Vernetzung. Ansonsten haben die verschiedenen Akteure und die Verwaltung nicht die notwendigen Kapazitäten, die Zusammenarbeit aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Um **Anreize für die Partizipation** zu schaffen, müssen ebenfalls Ressourcen vorhanden sein und zur Verfügung gestellt werden (s. 3.3 Partizipation ermöglichen).

Nähere Erkenntnisse und Beispiele: ElFE, KEG, Age4Health, PEPBS

1.4. Zusammenarbeit innerhalb der Verwaltung

Gesundheit ist ein Querschnittsthema. Bisher wird die kommunale Gesundheitsförderung überwiegend von den **Ressorts** Jugend, Soziales und Gesundheit getragen, was im Sinne einer kommunalen Strategie der Gesundheitsförderung zwar eine gute Grundlage aber nicht ausreichend ist. Es fehlen oft z. B. die Ressorts Stadtentwicklung und Umwelt. In den beteiligten Ressorts gilt es, die Ursachen für **gesundheitliche Ungleichheit** noch stärker in den Blick zu nehmen. Im Rahmen der ressortübergreifenden Zusammenarbeit gilt es für einzelne **Settings** (z. B. Kita) gesundheitsfördernde Gestaltungsoptionen zu identifizieren und umzusetzen. Die Zusammenarbeit der Verwaltungsressorts kann durch die Entwicklung und Etablierung einer **integrierten Berichterstattung** gefördert werden, bei der mindestens zwei Ressorts bei der Berichterstellung zusammenarbeiten.

Nähere Erkenntnisse und Beispiele: Difu, ElFE, P&E

1.5. Zusammenwirken von Kommunalpolitik und Kommunalverwaltung

Kommunale Gesundheitsförderung benötigt eine kommunalpolitische **Verankerung des Themas Gesundheitsförderung**. Vielerorts muss die Kommunalpolitik für das Thema jedoch erst noch gewonnen werden. Hierbei kommt der Kommunalverwaltung eine wichtige Rolle zu; die Verwaltung sollte bei der Implementierung kommunaler Strategien die **Kommunalpolitik regelmäßig informieren und Bericht erstatten**. Aber das Zusammenwirken von Kommunalverwaltung und Kommunalpolitik verläuft häufig noch nicht optimal.

Nähere Erkenntnisse und Beispiele: Difu, ElFE, KEG, Age4Health

1.6. Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen

Das **Präventionsgesetz** bietet die Chance für eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen Kommunen und Krankenkassen. Allerdings ist das Gesetz noch jung und dessen Potentiale für die kommunale Gesundheitsförderung daher noch nicht voll entfaltet. Das **Vorhandensein einer Strategie** zur kommunalen Gesundheitsförderung ist eine gute Grundlage für die Zusammenarbeit zwischen Kommune und Krankenkassen. Profiteure des Präventionsgesetzes sind bislang insbesondere Kommunen, die in der kommunalen Gesundheitsförderung bereits gut aufgestellt sind. Die **Erwartung einiger Kommunen**, dass Krankenkassen nicht nur finanziell unterstützen, sondern sich auch strategisch-inhaltlich einbringen, wird bislang vielerorts nicht erfüllt. Im Forschungsverbund sind auch Kommunen vertreten, die ihre Strategien noch weitestgehend unabhängig von den durch das Präventionsgesetz geschaffenen **Finanzierungsmöglichkeiten** realisieren.

Nähere Erkenntnisse und Beispiele: Difu, KEG

1.7. Hemmende Faktoren für die Zusammenarbeit

Kontinuität ist für den Erfolg der Zusammenarbeit im Rahmen der kommunalen Gesundheitsförderung von zentraler Bedeutung. Daher können **personelle Wechsel und strukturelle Veränderungen** bei den beteiligten Einrichtungen und Akteuren gemeinsame Prozesse erschweren, sie sind aber oft nicht zu vermeiden. Die kommunale Gesundheitsförderung profitiert von der Beteiligung einer Vielfalt von Professionen und zivilgesellschaftlichen Akteuren. Allerdings können **Unterschiede in den Kulturen der beteiligten Organisationen und Professionen** zu Spannungen führen. Zu bedenken ist ebenfalls, dass zivilgesellschaftliches Engagement in der Regel eine andere Logik in der Zusammenarbeit, andere (Zeit-) Ressourcen etc. aufweist, als die Zusammenarbeit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Verwaltung oder in anderen Einrichtungen.

Nähere Erkenntnisse und Beispiele: KEG, Age4Health

2. Steuerung und Governance in der kommunalen Gesundheitsförderung

2.1. Strukturen

..innerhalb der Verwaltung

Strategien kommunaler Gesundheitsförderung werden ämterseitig meist durch einen **Dreiklang** bespielt: **Jugend, Soziales, Gesundheit**. Es ist vorteilhaft, auch **andere Ressorts** an der Strategie zu beteiligen, wie z. B. Umwelt und Stadtentwicklung. Die Stadtentwicklung ist in der Regel nur in Kommunen involviert, die einen integrierten Stadtentwicklungsansatz (Soziale Stadt) verfolgen.

...stadtweite und quartiersbezogene Netzwerke

In Kommunen, die Strategien kommunaler Gesundheitsförderung aktiv betreiben, gibt es in der Regel **komplexe Netzwerkstrukturen** – räumlich (z. B. Stadtteilkonferenzen), strategisch-inhaltlich (z. B. Gesundheitskonferenzen, themenspezifische Arbeitskreise) und projektbezogen. Die Netzwerkstrukturen bestehen im Idealfall aus gut aufeinander aufbauenden Bausteinen, die sich thematisch häufig an Lebensphasen orientieren. Die **Facharbeit** erfolgt in eher **kleinen Gruppen und Strukturen**.

Netzwerkarbeit stellt das klassische Verwaltungshandeln auf den Kopf: Vom Verwalten zum Ermöglichen. Für die Verwaltung ist damit mitunter die Angst verbunden, dass ihr „das Ruder aus der Hand genommen wird“. Deshalb gehört es zu den Gelingensfaktoren, dass die **Spielregeln und Grenzen** für die Zusammenarbeit zwischen Verwaltung und den verschiedenen anderen Akteuren geklärt werden.

Nähere Erkenntnisse und Beispiele: Difu, ElfE, KEG, Age4Health

2.2. Organisation und Steuerung

Die **Kommunalverwaltung** kann und muss die Entwicklung von Strategien kommunaler Gesundheitsförderung operativ steuern. Eine dafür förderliche formale Koordinierungsstruktur ist aufzubauen. Wer dabei die Federführung übernimmt, sei es ein bestimmtes Fachamt oder eine Person bzw. Stelle (Oberbürgermeister/ Bürgermeister/ Stabsstelle), ist zu entscheiden.

Für die **ressortübergreifende Zusammenarbeit**, die neben den Fachbereichen Jugend, Soziales und Gesundheit auch die Bereiche Stadtentwicklung und Umwelt umfassen sollte, eignen sich **Steuerungsgruppen/-teams**. Diese können sowohl feste als auch ergänzend flexibel wechselnde Mitglieder haben. Eine Steuerungsgruppe bekommt ein besonderes Gewicht, wenn an ihr die Stadtspitze (z. B. Oberbürgermeister oder Bürgermeister) mitwirkt. In einer Steuerungsgruppe sollten nicht nur die Ressorts der kommunalen Verwaltung, sondern auch relevante Fachkräfte, zivilgesellschaftliche Akteure und die zu erreichenden Bevölkerungsgruppen vertreten sein. Durch regelmäßige Treffen der Steuerungsgruppe und andere etablierte Kommunikationswege (auch außerhalb der Termine) wird die kommunale Gesundheitsförderung geplant, der Wissensstand aller Beteiligten auf dem neusten Stand gehalten, es werden gemeinsame Entscheidungen getroffen und die Entwicklung der kommunalen Gesundheitsförderung wird kritisch reflektiert.

Die Steuerung der kommunalen Gesundheitsförderung ist eine **balancierte Mischung aus ‚top-down‘- und ‚bottom-up‘-Initiativen**: Neben der personell eher schlank gehaltenen Steuerungsgruppe gibt es größere/breiter aufgestellte Netzwerke und Arbeitsstrukturen, die Strategien kommunaler Gesundheitsförderung begleiten und umsetzen.

Die Steuerung der kommunalen Gesundheitsförderung ist anspruchsvoll und kann vor allem in solchen Kommunen angemessen umgesetzt werden, die ressourcenstark und im Themenfeld

Gesundheitsförderung kompetent und erfahren sind. Gleichwohl gewinnt die kommunale Steuerung und Koordination der Prozesse durch „externe Motoren“, wie **kommunale Koordinierungsstellen**. Diese im besten Fall hauptamtlich eingerichtete und in der kommunalen Verwaltung angesiedelte Stelle sollte über ein klares Aufgabenprofil verfügen und zu unterschiedlichen Fachbereichen Zugang haben. Wenngleich zu berücksichtigen ist, dass sich partizipative Prozesse nur schwer steuern lassen, sollte die Koordinierungsstelle für den partizipativen Ansatz der integrierten Strategien kommunaler Gesundheitsförderung sensibilisieren. Dies kann beispielsweise durch den Einsatz angemessener Methoden der Partizipation befördert werden (s. 3.1 Grundlagen der Partizipation, 3.3 Partizipation ermöglichen, 4.4 Methoden der partizipativen Gesundheitsforschung).

Zur gelingenden Steuerung kommunaler Strategien der Gesundheitsförderung kann auch die **kommunale Gesundheitsberichterstattung** beitragen. Mithilfe partizipativer Ansätze können steuerungsrelevante Daten gemeinsam mit Vertretungen von Praxis-Partnerinnen und -Partnern und/oder aus bestimmten Bevölkerungsgruppen erhoben werden. Die gewonnenen Informationen und Erkenntnisse können die kommunale Datenlage ergänzen und den verantwortlichen Akteuren ein umfassenderes Bild bieten, um so kommunale Steuerungsprozesse zu unterstützen.

Nähere Erkenntnisse und Beispiele: Difu, ElfE, KEG, Age4Health, P&E

2.3. Dokumentation, Monitoring und Evaluation

Dokumentation, Monitoring und Evaluation machen die Ergebnisse der Arbeit im Rahmen der kommunalen Gesundheitsförderung sichtbar. Die Methoden sollten **handhabbar und möglichst einfach** sein und die Ziele der kommunalen Strategie in den Mittelpunkt stellen. Hier kann auch die **kommunale Gesundheitsberichterstattung** einen Beitrag leisten. Neben den Routinedaten und der Beschreibung der allgemeinen gesundheitlichen Lage der Einwohnerinnen und Einwohner können Informationen zu bestimmten Bevölkerungsgruppen oder Berichte zu lokal relevanten Gesundheitsthemen wichtige Hinweise für Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger, Praxiseinrichtungen und andere Akteure liefern.

Nähere Erkenntnisse und Beispiele: KEG, PEPBS, P&E

2.4. Qualifizierung und Unterstützung

Die im Rahmen der kommunalen Gesundheitsförderung notwendigen Formen der Zusammenarbeit und Koordination sind anspruchsvoll und verlangen von den Beteiligten Kompetenzen, die nicht unbedingt bereits vorhanden sind. Durch **Beratungs-, Coaching- und Organisationsentwicklungsangebote** sollen die Beteiligten vor Ort Unterstützung bekommen, damit ihre Pläne für die kommunale Gesundheitsförderung gelingen können.

Nähere Erkenntnisse und Beispiele: ElfE, KEG, Age4Health

3. Partizipation in der kommunalen Gesundheitsförderung

Partizipation bedeutet Einflussnahme, im Rahmen der kommunalen Gesundheitsförderung Einflussnahme auf die Ausrichtung und Gestaltung kommunaler Strategien und die darin vorgesehenen Maßnahmen, um die Chancengleichheit und das Empowerment benachteiligter Bevölkerungsgruppen zu befördern. Ziel ist die Partizipation aller kommunalen Ressorts, Praxiseinrichtungen, zivilgesellschaftlicher Akteure und Bevölkerungsgruppen, die zur Verwirklichung der Strategie oder Maßnahme beitragen können. Besonders zu berücksichtigen sind die Menschen, deren Gesundheit oder Wohlbefinden von Maßnahmen der kommunalen Gesundheitsförderung beeinflusst werden soll.

3.1. Grundlagen der Partizipation

Partizipation ist schnell gesagt, aber eine **Zusammenarbeit auf Augenhöhe** ist für viele Beteiligte in der kommunalen Gesundheitsförderung ungewohnt. Sie verlangt ein Denken außerhalb der üblichen Zuständigkeiten, **relativ viel Zeit, Ressourcen und eine Offenheit und Toleranz für eine Vielfalt von Perspektiven**. Eine **Übereinstimmung der Werthaltungen** ist unter den Beteiligten notwendig hinsichtlich der politischen und gesellschaftlichen Verantwortung zur Entwicklung einer inklusiven Kommune und auch hinsichtlich des Wunsches, den Arbeitsprozess inklusiv und partizipativ zu gestalten. Partizipative Prozesse sind für die Personen, die Strategien kommunaler Gesundheitsförderung operativ steuern, **schwer einzuordnen**. Sie sind auch in ihrem Verlauf schwer vorhersehbar. Sie lassen sich aber durch angemessene Strukturen und Methoden anleiten (s. 2. Steuerung und Governance in der kommunalen Gesundheitsförderung, 3.3 Partizipation ermöglichen, 4.4 Methoden der Partizipativen Gesundheitsforschung).

Nähere Erkenntnisse und Beispiele: Difu, ElfE, KEG, Age4Health, GESUND!

3.2. Der Blick der Verwaltung auf Beteiligung

Die Umsetzung von **Partizipation fällt innerhalb der Verwaltung mitunter schwer**, vor allem mit Blick auf eine breite Beteiligung. Als Grundproblem der Partizipation auch im Bereich der Gesundheitsförderung wird die **soziale Selektivität der Beteiligung** wahrgenommen (nur bestimmte, eher ressourcenstarke Personen nehmen teil). Eine wichtige Aufgabe der Verwaltung im Rahmen von partizipativen Prozessen der kommunalen Gesundheitsförderung ist daher **die Stärkung von schwächeren/benachteiligten Gruppen**. Lokal fehlen jedoch zum Teil Methoden und Verfahren der Beteiligung. Es existieren auch Wissenslücken in der Ansprache von bestimmten Bevölkerungsgruppen. Deshalb sollte die Verwaltung **für partizipative Arbeitsweisen qualifiziert werden**. Dazu kann die partizipative Gesundheitsforschung einen wesentlichen Beitrag leisten.

Nähere Erkenntnisse und Beispiele: Difu

3.3. Partizipation ermöglichen

Der erste Schritt, um Partizipation in der kommunalen Gesundheitsförderung zu ermöglichen, ist der **Aufbau einer geeigneten Struktur**, zu der auch **Steuerungsgruppen** bzw. Steuerungsteams gehören (s. 2.2 Organisation und Steuerung). Es ist von großem Vorteil, wenn partizipative Prozesse als integraler Bestandteil der kommunalen Gesundheitsförderung ausdrücklich anerkannt werden. Beim Aufbau der Struktur sollten **adressatenspezifische Akteure** einbezogen werden. Hier können „**Brückenbauer**“ eine besondere Rolle einnehmen: Menschen, die sich zwischen den „Welten“ von Verwaltung, Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens und den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger bewegen können. Wenn nötig, sollten die für die Steuerung zuständigen Personen sich **anwaltschaftlich für weniger mächtige Gruppen** einsetzen, damit sie in der

Steuerungsgruppe vertreten sind oder durch andere Formen der Partizipation einbezogen werden. Etablierte Netzwerke und Einrichtungen und auch Schlüsselpersonen können eine wichtige Rolle bei der Gewinnung von bestimmten Bevölkerungsgruppen für eine Zusammenarbeit einnehmen.

„Klassische“ Beteiligungsverfahren mit einer Komm-Struktur sind in der Regel unzureichend, wenn Menschen beteiligt werden sollen, die sich üblicherweise in kommunalen Prozessen nicht engagieren. Es verlangt **ein lebensweltnahes und glaubwürdiges Projektanliegen, eine Perspektive für eine lokale Veränderungsmöglichkeit, eine allgemeinverständliche Sprache** (evtl. Leichte Sprache) und **niedrigschwellige Zugangsmöglichkeiten, Arbeitsweisen und Angebote**. Zu den letzteren gehören andere Formen von Diskussion und Entscheidungsfindung (z. B. Treffen mit Werkstattcharakter statt der üblichen Form einer Gremiensitzung) und längst etablierte partizipative Methoden aus verschiedenen Fachbereichen (s. 4.4 Methoden der Partizipativen Gesundheitsforschung). Arbeitsformate sollten gefunden werden, die immer wieder eine Vermittlung der verschiedenen Perspektiven der Beteiligten zum Ziel haben. Um die „Augenhöhe“ und die Orientierung auf Chancengleichheit in der Zusammenarbeit zwischen Vertretungen aus der Bevölkerung und Fachkräften aus Verwaltung und Praxiseinrichtungen zu gewährleisten, bedarf es **ggf. Arbeitsphasen bzw. gesonderte Formate**, in der die Perspektiven der beteiligten Bürgerinnen und Bürger ohne die anderen Steuerungsmitglieder herausgearbeitet und formuliert werden.

Anreize bzw. Stabilisatoren für die Partizipation der Beteiligten sollen angeboten werden z. B. in Form von Freistellung (für Fachkräfte), Honorare, Bescheinigungen/Zertifikate etc. Dialoge zwischen Gruppen von Menschen, die sonst nie in Kontakt kommen, z. B. zwischen Fachkräften aus der Verwaltung oder Praxiseinrichtungen und Gruppen von Bürgerinnen und Bürgern müssen sorgfältig vorbereitet werden und in einem geschützten Rahmen stattfinden.

Schließlich ist Partizipation in der kommunalen Gesundheitsförderung **ein Lern- und Entwicklungsprozess**, der sowohl die individuelle als auch die kollektive Kompetenzentwicklung fördert. Alle Formen der Zusammenarbeit dienen der Gewinnung von neuen Erkenntnissen darüber, welche Formen der Partizipation bei wem, wann und in welchem Zusammenhang sinnvoll und gewünscht sind. Dieser Lernprozess kann durch Qualifizierungsmaßnahmen zum Thema partizipative Arbeitsweisen unterstützt werden (s. 2.4 Qualifizierung und Unterstützung).

Nähere Erkenntnisse und Beispiele: ElfE, KEG, Age4Health, GESUND!

3.4. Positive Auswirkungen der Partizipation auf Strukturen, Angebote und Zusammenarbeit

Partizipation in der kommunalen Gesundheitsförderung umfasst die gemeinsame Planung von Vorhaben und Produkten. Diese können im Ergebnis **städtebauliche Veränderungen und Veränderungen von öffentlichen Angeboten und Regelstrukturen** zur Folge haben. Durch einen partizipativen Prozess können Angebote an die Bedarfe und Bedürfnisse von Bevölkerungsgruppen, die von Gesundheitsförderungsmaßnahmen erreicht werden sollen, besser angepasst werden. Vorhandene Mitwirkungsstrukturen werden gestärkt (z. B. Seniorenrat, Elternbeirat etc.). Positive Presse kann durch gemeinsame Publikationen erzeugt werden, z. B. Publikationen in Zusammenarbeit mit Krankenkassen.

Nähere Erkenntnisse und Beispiele: ElfE, Age4Health, GESUND!

3.5. Positive Auswirkungen der Partizipation auf die beteiligten Personen

Partizipation wirkt auf die Personen, die am partizipativen Prozess beteiligt sind. Partizipative Arbeitsweisen bieten **Anlässe zum konstruktiven und informellen Austausch** zwischen Verwaltung, Politik, Trägern, Krankenkassen und Bürgerinnen und Bürgern, der sonst nicht möglich wäre. Dies fördert eine **Sensibilisierung der Beteiligten** für die Positionen der anderen, die sich auf die Kooperations- und Vernetzungsstrukturen der Akteure auf kommunaler Ebene auswirken kann. Die **Kompetenz der Beteiligten** (Fachkräfte aus Verwaltung und anderen Einrichtungen,

zivilgesellschaftliche Akteure etc.) in Bezug auf partizipative Prozesse wird gestärkt. **Vernetzungen** können zu positiven Effekten wie gegenseitiger Unterstützung, (Mit-)Nutzung von Materialien und Ressourcen anderer Fachbereiche und weiteren Synergien führen.

Mitgliedschaften in kommunalen Arbeitsgruppen werden für Personen ermöglicht, die eine solche Rolle sonst nicht übernehmen würden. Bei den beteiligten Bürgerinnen und Bürgern kann es einen Zugewinn an **Wissen, Wohlbefinden, neuen Kompetenzen, Selbstbewusstsein, Selbststärkung und Gesundheitsbewusstsein** geben. Die Zusammenarbeit in einem partizipativen Prozess kann auch Probleme in den Leben der Beteiligten zum Vorschein bringen, woraus ein Beratungsbedarf besteht. Hierfür benötigen die Verfahrensverantwortlichen ein Verweisungswissen, zeitliche Kapazitäten und evtl. andere Ressourcen.

Nähere Erkenntnisse und Beispiele: ElfE, Age4Health, GESUND!

3.6. Hindernisse in der Partizipation

Die Partizipation kann dadurch erschwert werden, dass partizipative Arbeitsweisen, die einen hohen Grad an Flexibilität und Spontaneität verlangen, mit **strukturellen Vorgaben (der Verwaltung)** im Konflikt stehen. Oft existieren **verschiedene Verständnisse von Partizipation**, die früh im Prozess geklärt werden müssen. Konkurrenz zwischen Trägern kann den notwendigen Aufbau von Vertrauen stark verhindern. **Parallel laufende, nicht abgestimmte Beteiligungsverfahren** für dieselbe Bevölkerungsgruppe beeinträchtigen sich gegenseitig. Die Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern kann auch durch **soziale (Selbst-)Selektionsprozesse** (Menschen aus höheren Statusgruppen nehmen eher teil), durch **strukturelle und sprachliche Barrieren und die Fragilität der aktuellen Lebensphase** (bspw. in höherem Alter) eingeschränkt werden. Die **Ergebnisoffenheit** des partizipativen Vorgehens selbst kann ein Hindernis für ein Einlassen auf bzw. das Mitwirken an den Prozessen sein. Insbesondere, wenn Partizipationsangebote sich an Fachkräfte richten, sollte berücksichtigt werden, dass diese mit ihren primären Kernaufgaben **zumeist stark ausgelastet sind** (z. B. Lehrende, Erzieherinnen und Erzieher). Entsprechende zeitliche Freiräume sind selbst dann nicht leicht zu schaffen, wenn finanzielle Mittel dafür eingeplant sind und Partizipation bereits zum fachlichen Selbstverständnis der Beteiligten zählt.

Nähere Erkenntnisse und Beispiele: ElfE, KEG, Age4Health, PEPBS

4. Partizipative Gesundheitsforschung in der kommunalen Gesundheitsförderung

Partizipative Gesundheitsforschung (PGF) bedeutet, dass Gesundheitsthemen zusammen mit den Menschen beforscht werden, die von den Themen unmittelbar betroffen sind. Im Rahmen der Gesundheitsförderung sind das Bevölkerungsgruppen, deren Gesundheit durch kommunale Maßnahmen gefördert werden sollen, und Fachkräfte, die für die Gestaltung und Umsetzung von solchen Maßnahmen zuständig sind. In jedem Teilprojekt von PartKommPlus besteht eine Zusammenarbeit zwischen Fachkräften und/oder Bürgerinnen und Bürgern und Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern.

4.1. Gelingensfaktoren für Partizipative Gesundheitsforschung in der kommunalen Gesundheitsförderung

PGF ist voraussetzungsvoll und **braucht spezifische Rahmenbedingungen**, die von den Initiatorinnen und Initiatoren geschaffen werden müssen. Es ist ein Missverständnis zu denken, dass die „Zielgruppe“ einfach gefragt werden muss, was sie will, und dass Fachkräfte vom Sinn und Umfang partizipativer Forschung bereits überzeugt sind. In manchen Situationen entwickeln sich eine Willensäußerung und eine Mitgestaltung des ergebnisoffenen Vorgehens erst im Laufe eines gemeinsamen Prozesses.

Partizipative Prozesse **brauchen Zeit und ein hohes Maß an Flexibilität** in der Planung und Umsetzung.

PGF verlangt einen intensiven Kontakt und eine hohe Kontaktzeit zwischen den Initiatorinnen und Initiatoren und den Beteiligten. Die Beziehungsgestaltung im Forschungsteam ist von besonderer Bedeutung. Diese erfordert von der **Moderation ein Verständnis von gruppendynamischen Prozessen und Rollen**. Die jeweiligen Rollenverständnisse sowie ihr Wandel sollen frühzeitig im Forschungsverlauf diskutiert und kontinuierlich reflektiert werden. Eine für alle Beteiligten **verständliche Kommunikation** ist in allen Belangen des Forschungsprozesses unabdingbar, was auch bedeutet, sprachliche Barrieren abzubauen (z. B. Fachbegriffe durch allgemein verständliche Worte zu ersetzen). **Der Aufbau von Vertrauen** ist eine notwendige Bedingung für einen gelingenden Prozess, auch um mit der Ergebnisoffenheit besser umgehen zu können.

PGF ist für die Beteiligten erst dann interessant, wenn sie **unmittelbar Sinn und Bedeutung im Vorhaben sehen**. Das gelingt durch die Festlegung eines gemeinsamen, oft eng begrenzten, spezifischen Themas (Forschungsgegenstand), das für die Beteiligten interessant ist. Auch die gemeinsame Abstimmung und Verständigung auf bestimmte Ziele sowie Produkte und andere Arbeitsergebnisse, in denen die Beteiligten einen Gewinn sehen, ist wichtig. Die Relevanz des Vorhabens ist noch höher, wo Handlungs- und Entscheidungsbefugnisse im Sinne einer Gestaltung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung vorhanden sind.

Ein geeignetes Format bzw. ein geeigneter Rahmen für die Zusammenarbeit im Forschungsprozess muss gefunden werden, um Partizipation zu entwickeln und zu stabilisieren. Passende Zeiten und Häufigkeiten der Treffen, Zusammensetzung der Gruppen und geeignete Kommunikationswege haben sich als relevante Gestaltungsgrößen gezeigt. Allerdings müssen nicht alle das Gleiche können oder tun wollen. Rollen und Tätigkeiten sind verschieden. Die Beteiligten müssen sich hierüber verständigen. Das Format soll einen aktiven und partizipativen Austausch ermöglichen (s. 4.4 Methoden der Partizipativen Gesundheitsförderung).

PGF kann z. B. von **lokalen Informationen** zu folgenden Themen profitieren: kommunale Bestandsaufnahmen, Stakeholderanalysen und Kenntnisse über kommunale Beschlüsse zur Gesundheitsförderung oder Partizipation und zu Regelstrukturen.

Nähere Erkenntnisse und Beispiele: ElFe, KEG, Age4Health, PEPBS, GESUND!

4.2. Positive Auswirkungen der Partizipativen Gesundheitsforschung auf die kommunale Gesundheitsförderung

Folgende Auswirkungen wurden bisher im Rahmen von PartKommPlus beobachtet:

- PGF kann zur Entwicklung von **handlungsorientierten Maßnahmen** kommunaler Gesundheitsförderung beitragen.
- Partizipative Forschungsvorhaben können **Zugangsmöglichkeiten, eine hohe Detailtiefe und Erkenntnisse** zu sonst schwer erreichbaren Bevölkerungsgruppen erzeugen und dadurch neue Ansatzpunkte und Anregungen für kollektive **Kapazitätsentwicklung, emanzipatorische kommunale Entwicklungen und Planungen** sowie weitergehende Forschungsprozesse liefern.
- PGF kann dazu beitragen, mit bisher nicht/oder **schwer erreichten Bevölkerungsgruppen** in einen Prozess zu gelangen, in dem vorhandene Rollenverständnisse hinterfragt bzw. gewandelt werden.
- Ein spezifischer Beitrag partizipativer Forschung liegt darin, dass gleichzeitig mit den direkten „Zielgruppen“ der gesundheitsfördernden Maßnahmen und den kommunalen Verantwortlichen partizipativ gearbeitet wird. So werden auf mehreren Ebenen **partizipative Prinzipien eingeübt und erprobt**. Kommunale Vertreterinnen und Vertreter entwickeln ein tieferes Verständnis für verschiedene Bevölkerungsgruppen, und diejenigen außerhalb der kommunalen Verwaltung entwickeln ein tieferes Verständnis für kommunale Politik und Strukturen (s. 4.7 Parallel-Tracking).
- **Ein gemeinsames Lernen** findet unter den Beteiligten statt, das den eigenen Fokus erweitert. Die Perspektiven der anderen werden ernst genommen und in den eigenen Lernprozess integriert. Dies gilt auch für die wissenschaftlichen Partnerinnen und Partner.
- Die Kernthematik/Problematik wird gemeinsam definiert, so dass man **gezielter an Themen arbeitet**, die für alle Beteiligten relevant sind. Dadurch vermeidet man Projekte und Vorhaben, die an den Bedürfnissen der „Zielgruppe“ vorbeigehen.
- Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler können **aktiv zu Veränderungsprozessen beitragen** (zu *change agents* werden) und auch zwischen den Ebenen vermitteln (s. 4.7 Parallel-Tracking).
- Durch die enge Zusammenarbeit werden Ergebnisse erzeugt, die **eine hohe Alltagsrelevanz** für die Betroffenen und eine höhere Umsetzungswahrscheinlichkeit haben. Dadurch werden Ergebnisse nicht „für die Schublade“ erarbeitet.
- Mithilfe partizipativer Ansätze können praxisrelevante Informationen, Daten und Erkenntnisse gewonnen werden, die auch einen **Beitrag zur kommunalen (Gesundheits-)Berichterstattung** leisten können.
- **Emanzipatorische Prozesse** bei den mitforschenden Bürgerinnen und Bürgern können durch PGF gefördert werden. Sie sind nicht mehr bloße Empfängerinnen und Empfänger von staatlich finanzierten Leistungen, sondern sie übernehmen eine aktiv gestaltende Rolle und werden zu Mit-Eigentümerinnen und -Eigentümern des Projekts und seinen Ergebnisse (*ownership*).
- Vorhandene **Mitwirkungsstrukturen werden gestärkt** (z.B. Seniorenrat, Elternbeirat, etc.)

Nähere Erkenntnisse und Beispiele: ElFe, KEG, Age4Health, PEPBS, GESUND!, P&E

4.3. Hindernisse für die Partizipative Gesundheitsforschung

PGF hat auch eine politische Dimension und ist dementsprechend durch **Allianzen und Konkurrenzsituationen** geprägt. Die Situation der Forschenden kann Herausforderungen für die Mitarbeit darstellen. Beispielsweise ist das Handeln der Akteure in der Kommunalverwaltung genauso wie das der beteiligten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler durch **Vorgaben und eine bestimmte Handlungslogik** und Handlungsspielräume geprägt. Auch zivilgesellschaftliches Engagement folgt bestimmten Handlungs-, Engagement- und Zeitlogiken, die sich von denen anderer Beteiligten unterscheiden können. Diese Aspekte können eine Übernahme der Rolle als Mitforschende oder Mitforschender auch verhindern. Die Rolle der Forschenden kann auch einem steten Wandel unterliegen, indem sie zunehmend mehr Verantwortung für das Projekt übernehmen. Die **gestalterische Rolle ist voraussetzungsreich** und kann diejenigen herausfordern, die eine solche Rolle noch nie übernommen haben. Vertrauen ist eine notwendige Bedingung für einen gelingenden Prozess. Gleichzeitig erschwert **Vertraulichkeit** die Offenlegung der gewonnenen Erkenntnisse, wenn die Beteiligten befürchten, dass die Erkenntnisse ihre Arbeit oder Lebenssituation ungünstig darstellen könnten und dadurch negative Konsequenzen mit sich bringen. Dem kann durch Arbeitsvereinbarungen zum Umgang mit vertraulichen Informationen sowie mit Publikationsvereinbarungen und gemeinsamen Entscheidungen zur Verwendung von Material aus dem Prozess begegnet werden. Auch der normale Datenschutz muss zuverlässig gewährleistet und evtl. ein schriftliches Einverständnis eingeholt werden. Dies schafft auch Vertrauen in den Forschungsprozess.

Nähere Erkenntnisse und Beispiele: ElFE, Age4Health, PEPBS, GESUND!, KEG

4.4. Methoden der Partizipativen Gesundheitsforschung

Folgende Methoden, die im Rahmen der partizipativen Gesundheitsforschung eingesetzt wurden, haben sich in PartKommPlus bewährt:

Gruppenmethoden, die Austausch und partizipative Prozesse der Entscheidungsfindung und Beratung fördern

Arbeitstreffen der Forschungsgruppe in Form von **Werkstätten** (als Alternative oder Ergänzung zu Schulungen oder Gremiensitzungen) zu gestalten ist vorteilhaft und können auch für einen gemeinsamen Prozess des Schreibens verwendet werden. Auch Gruppenarbeit, die den Dialog in den Mittelpunkt setzt (**Dialogrunden, Runde Tische**), fördert den partizipativen Prozess und liefert in der Reflexion Erkenntnisse zum Forschungsgegenstand. Auch die **gemeinsame Entwicklung von Produkten** ist von Vorteil, ob Materialien wie Flyer oder Konzepte wie Wirkungsmodelle als Grundlage für Monitoring und Evaluation kommunaler Strategien. Der Einsatz von **angeleiteten Arbeitsgruppen** (in Anlehnung an Gesundheitszirkel in der betrieblichen Gesundheitsförderung) und ähnlichen Methoden der kollektiven Problemdefinition und -lösung bieten eine Struktur für die Zusammenarbeit auf Augenhöhe. **Reflexion** über die eigene Zusammenarbeit durch Einsatz von diversen Methoden (z. B. die Stufenleiter der Partizipation in der Gesundheitsförderung oder Story Telling) ermöglichen den Forschenden ihre Stärken aber auch Probleme zu erkennen.

Nähere Erkenntnisse und Beispiele: ElFE, KEG, Age4Health, PEPBS, GESUND!

Methoden der Datenerhebung und -auswertung

PGF favorisiert Methoden der Datenerhebung und -auswertung, die im Rahmen eines Gruppenprozesses partizipativ angewendet werden können. Auch wenn **Interviews** mit Einzelpersonen durchgeführt werden, kann der Interviewleitfaden und auch der Auswertungsprozess gemeinsam gestaltet werden. Interviews können auch so konstruiert werden, dass die Stärken und nicht die Probleme oder Schwächen der Befragten im Mittelpunkt stehen (**Appreciative Inquiry**).

Auch **öffentliche Befragungen** können stattfinden, aber dann an Orten, die aus Sicht der Forschenden besonders wichtig sind, beispielsweise auf einem Flohmarkt. Fotos werden im Rahmen von **Photovoice-Projekten** und **themenzentrierten Fotogeschichten** von Menschen gemacht, um ihre Lebensrealitäten darstellen zu können. **Erzählcafés**, **Diskussionstische**, **Gruppendiskussionen** und **Fokusgruppen** sind vier verschiedene Formen von Gruppengesprächen, die tiefere Einblicke in die Lebenssituation der Teilnehmenden und auch in deren biografischen Hintergrund ermöglichen oder Maßnahmen partizipativ evaluieren. **Stadtteilspaziergänge** engagieren die Teilnehmenden in eine Suche nach einer gemeinsamen Sicht auf ihre Nachbarschaft/ihr Quartier/ihren Stadtteil unter Anwendung aller Sinne. Der **Brain Walk** und **Formen der Priorisierung** („Klebspunktchen“) gehören zu den Methoden, die Gruppen in einen Prozess der Auswertung einbeziehen. **Open Space** gehört zu den Methoden, die es ermöglichen, auch in Großgruppen Themen zu identifizieren und priorisieren.

Nähere Erkenntnisse und Beispiele: ElfE, KEG, Age4Health, PEPBS, GESUND!

4.5. Partizipative Epidemiologie

Das Konzept der Partizipativen Epidemiologie beschreibt, wie unterschiedliche Bevölkerungsgruppen mit partizipativen Ansätzen an epidemiologischen Erhebungen und der Erstellung von Gesundheitsberichten beteiligt werden können. Die bisherigen Erkenntnisse zeigen, dass solche Beteiligungen in unterschiedlicher Weise und in unterschiedlichem Umfang möglich sind. Dabei werden in der Regel qualitative Forschungsansätze, wie die oben genannten, mit quantitativen Ansätzen kombiniert.

Nähere Erkenntnisse und Beispiele: P&E

4.6. Peer-Forschung

Peer-Forschung ist eigentlich keine Methode der Datenerhebung und -auswertung, sondern eine Form der Zusammenarbeit mit Forschenden, die keine Wissenschaftlerinnen oder Wissenschaftler sind. Die Peer-Forscherinnen und Peerforscher kommen aus der Gruppe von Menschen, die im Mittelpunkt des Forschungsprojekts stehen, und nehmen direkt und aktiv an den Prozessen der Datenerhebung und -auswertung teil. Diese Form der Zusammenarbeit findet in mehreren Projekten von PartKommPlus statt.

Nähere Erkenntnisse und Beispiele: ElfE, KEG, Age4Health

4.7. Parallel-Tracking

Parallel-Tracking ist ein vielversprechender Ansatz in der partizipativen Zusammenarbeit, der die verschiedenen Ebenen – von Politik über Verwaltung und Fachkräften zu Bürgerinnen und Bürgern – mittels top-down- und bottom-up-Impulsen in Verbindung bringen will. Dieser Ansatz wird von einigen Projekten in PartKommPlus ausdrücklich angewendet.

Nähere Erkenntnisse und Beispiele: ElfE, KEG, PEPBS

Empfehlungen

1. Die kommunale Zusammenarbeit angemessen gestalten

- 1.1. **Für eine erfolgreiche Strategie kommunaler Gesundheitsförderung ist eine verbindlich vereinbarte Zusammenarbeit** sowohl zwischen Verwaltung und Kommunalpolitik als auch zwischen Verwaltung und anderen professionellen und zivilgesellschaftlichen Akteuren einschließlich der Bürgerinnen und Bürgern notwendig.
- 1.2. **Die Zusammenarbeit im Rahmen der kommunalen Gesundheitsförderung braucht eine abgestimmte, transparente Grundlage für alle Beteiligten.**
- 1.3. **Gesundheitsförderung sollte für die Zusammenarbeit weit definiert werden**, um nicht nur Gesundheitsmaßnahmen im engeren Sinne, sondern auch andere Maßnahmen zu umfassen, die die Lebenssituation der Bevölkerung beeinflussen und daher auch auf die Gesundheit wirken können.
- 1.4. **Formale Vereinbarungen und Beschlüsse sind für die Zusammenarbeit förderlich, diese müssen allerdings durch vertrauensbildende Maßnahmen und Beziehungsarbeit seitens der Zuständigen flankiert werden.**
- 1.5. **Eine erfolgreiche Zusammenarbeit braucht gemeinsam abgestimmte, realistische, praxisnahe Ziele, die alle Beteiligten für sinnvoll halten.**
- 1.6. **Eine erfolgreiche Zusammenarbeit in der kommunalen Gesundheitsförderung braucht auch personelle und finanzielle Ressourcen.** Ansonsten haben die beteiligten Akteure (inkl. Verwaltung) nicht die notwendigen Kapazitäten, die Zusammenarbeit aufzubauen und aufrechtzuerhalten.
- 1.7. **Kontinuität ist für den Erfolg der Zusammenarbeit im Rahmen der kommunalen Gesundheitsförderung von zentraler Bedeutung.** Daher sind personelle Wechsel und strukturelle Veränderungen bei den beteiligten Personen und Einrichtungen zu vermeiden.
- 1.8. **Das Präventionsgesetz bietet die Chance für eine verstärkte Zusammenarbeit** von Kommunen und Krankenkassen. Diese Potentiale sollten insbesondere auch für solche Kommune erschlossen werden, die in der kommunalen Gesundheitsförderung noch weniger gut aufgestellt sind.

2. Eine angemessene Steuerungsstruktur aufbauen

- 2.1. **Die Kommunalverwaltung kann und muss die Entwicklung von integrierten Strategien kommunaler Gesundheitsförderung operativ steuern.**
- 2.2. **Die Kommunalpolitik sollte die Notwendigkeit einer kommunalen Strategie der Gesundheitsförderung möglichst durch einen politischen Beschluss bekräftigen und damit politisch durchsetzen.**
- 2.3. **Eine für die kommunale Gesundheitsförderung förderliche formale Koordinierungsstruktur sollte aufgebaut werden.** Es ist zu entscheiden, wer dabei die Federführung übernimmt: entweder ein Fachamt oder eine Person bzw. Stelle (Oberbürgermeister/Bürgermeister/Stabsstelle). Steuerungsgruppen bzw. Steuerungsteams sichern die ressortübergreifende Zusammenarbeit der thematisch relevanten Fachämter und die Zusammenarbeit mit anderen relevanten Akteuren und Bürgerinnen und Bürgern. Die Stadtspitze sollte hieran mitwirken.
- 2.4. **Eine Koordinierungsstelle sollte die Koordinierung der komplexen Prozesse unterstützen und sichern.** Diese Stelle sollte hauptamtlich besetzt und in der kommunalen Verwaltung angesiedelt sein. Sie sollte einem bestimmten Fachamt zugeordnet sein und Zugang zu den anderen relevanten Fachbereichen haben. Die Steuerungsgruppe – bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern aller relevanten Ressorts, Akteuren und Bevölkerungsgruppen – sollte die Arbeit der Koordinierungsstelle begleiten.
- 2.5. **Die Koordinierungsstelle sollte für partizipative Prozesse sensibilisieren und deren Umsetzung befördern bzw. sicherstellen.** Dabei soll eine Balance aus top-down und

bottom-up Initiativen angestrebt werden. Parallel-tracking Prozesse können hier förderlich sein.

- 2.6. Durch **Beratungs-, Coaching- und Organisationsentwicklungsangebote** sollen die an der Umsetzung von Strategien kommunaler Gesundheitsförderung involvierten Akteure Unterstützung bekommen, auch zur Gestaltung partizipativer Arbeitsprozesse.
- 2.7. **Zur Steuerung sollten weitere verbindliche Instrumente (z. B. Berichterstattung) eingesetzt werden.** Kommunale Strategien wie beispielsweise eine gemeinschaftliche Gesundheitsplanung, eine gemeinsame Gesundheitsstrategie oder eine integrierte Sozialplanung mit verbindlichen, strategiebündelnden Maßnahmen sollen auch implementiert werden. Die Methoden der Dokumentation, Evaluation und Monitoring sollen handhabbar sein und die Ziele der kommunalen Strategie in den Mittelpunkt stellen.

3. Partizipation als Bestandteil der kommunalen Gesundheitsförderung systematisch planen und umsetzen

- 3.1. **Partizipative Prozesse sollten als integraler Bestandteil der kommunalen Gesundheitsförderung anerkannt werden.**
- 3.2. Es sollten die für partizipative Prozesse **erforderliche Zeit und Flexibilität** eingeräumt werden – auch innerhalb der Kommunalverwaltung –, sodass partizipative Prozesse den notwendigen Gestaltungsspielraum haben.
- 3.3. Akteure aus Verwaltung und Kommunalpolitik und auch die anderen maßgeblich an der Gestaltung und Umsetzung der kommunalen Gesundheitsförderung beteiligten Personen und Einrichtungen sollten **für partizipative Prozesse qualifiziert/geschult werden.**
- 3.4. **Anreize und Stabilisatoren für die Partizipation** sollten angeboten werden, z. B. in Form von Freistellung (für Fachkräfte), Honorare, Bescheinigungen/Zertifikate etc.
- 3.5. Eine wichtige Aufgabe der Koordination im Rahmen von partizipativen Prozessen zur Entwicklung von integrierten Strategien kommunaler Gesundheitsförderung ist **die Stärkung von Bevölkerungsgruppen, die an kommunalen Verfahren eher nicht teilnehmen.** Für die Ansprache und Beteiligung dieser Gruppen hat die Quartiersebene einen hohen Wert. Wenn nötig, sollen die Zuständigen sich anwaltschaftlich für weniger mächtige Gruppen einsetzen, damit ihre Interessen in der Steuerungsgruppe vertreten oder durch andere Formen der Partizipation einbezogen werden.
- 3.6. Eine **allgemeinverständliche Sprache** (evtl. Leichte Sprache) und **niedrigschwellige Arbeitsweisen** sollen die Arbeit prägen.
- 3.7. **Dialoge** zwischen Gruppen von Menschen, die in der Regel nicht in Kontakt kommen, z. B. zwischen Verwaltungsvertreterinnen und Vertretern und Gruppen von Bürgerinnen und Bürgern, sollten **sorgfältig vorbereitet und gestaltet werden und in einem geschützten Raum stattfinden.**

4. Partizipative Formen der Datenerhebung und -auswertung anwenden

- 4.1. **Angemessene partizipative Methoden der Datenerhebung und -auswertung sollen eingesetzt werden.** Über die Auswahl der Methoden und deren etwaige Anpassung wird gemeinsam entschieden.
- 4.2. **Partizipative Formen der Datenerhebung und -auswertung sind für die Beteiligten erst dann interessant und relevant, wenn sie unmittelbar Sinn und Bedeutung im Vorhaben sehen.** Das gelingt durch die Festlegung eines gemeinsamen, oft eng begrenzten, spezifischen Themas (Forschungsgegenstand), das für die Beteiligten eine Bedeutung oder auch einen Nutzen hat. Auch die Festlegung von gemeinsamen Zielen oder Arbeitsergebnissen, in denen die Beteiligten einen Gewinn sehen, ist wichtig.
- 4.3. **Das Format soll einen aktiven und partizipativen Austausch ermöglichen,** um Partizipation zu entwickeln und zu stabilisieren. Allerdings müssen nicht alle das Gleiche können oder tun. Die Beteiligten müssen sich jedoch über ihre Rollen und Tätigkeiten verständigen.

- 4.4. **Eine frühzeitige Einbeziehung von Praxispartnerinnen und -partnern und Vertretungen aus den verschiedenen Bevölkerungsgruppen sollte integraler Bestandteil der kommunalen Datenerhebungen sein**, um so ein möglichst umfassendes Bild über die gesundheitliche Lage und deren Ursachen in der Allgemeinbevölkerung oder spezifischen Bevölkerungsgruppen zu erhalten.
- 4.5. **Die Analyse und/oder Interpretation der vorhandenen kommunalen Daten** (bspw. Routinedaten oder andere Datenquellen) oder neu erhobener Daten sollte als **gemeinsame Aufgabe der Stakeholder** aus Verwaltung, Versorgungs- oder Public-Health-Praxis und den Bevölkerungsgruppen organisiert werden. Eine partizipative Zusammenarbeit dieser Akteure kann zur Entwicklung praxisnaher und, für die einzelnen Stakeholder, bedeutungsvoller Erkenntnisse und Empfehlungen beitragen.
- 4.6. **Bei der Erstellung kommunaler (Gesundheits-)Berichte sollte eine partnerschaftliche Zusammenarbeit möglichst aller relevanten Akteure angestrebt werden.** Bei der Datenerhebung, Datenauswertung und Verwendung eröffnen sich dadurch vielfältige Lernchancen (bspw. Methodeneinsatz, Organisation der Zusammenarbeit, Entwicklung einer Lebensweltperspektive, Praxistransfer) für die Beteiligten. Partizipativ-epidemiologische Ansätze tragen zur Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen bei und ergänzen die kommunale Informationslage um praxisrelevante und bedeutungsvolle Daten.