

Gefördert durch:



EUROPÄISCHE UNION
Investition in unsere Zukunft
Europäischer Fonds
für regionale Entwicklung



EFRE.NRW
Investitionen in Wachstum
und Beschäftigung

Die Landesregierung
Nordrhein-Westfalen



STEPHANIE LECHTENFELD
ANDREA KUHLMANN
BRITTA BERTERMANN

Gesundheit gemeinsam vor Ort gestalten – Bürgerbeteiligung ermöglichen

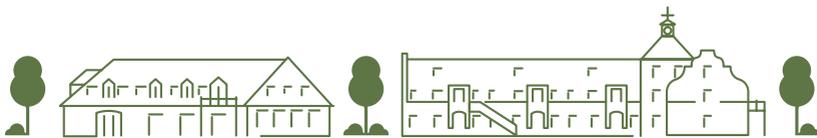


GESUNDHEITZENTRUM IM LUDGERUSHOF

HANDBUCH 1

**STEPHANIE LECHTENFELD
ANDREA KUHLMANN
BRITTA BERTERMANN**

Gesundheit gemeinsam vor Ort gestalten – Bürgerbeteiligung ermöglichen



GESUNDHEITSZENTRUM IM LUDGERUSHOF



Handbuchreihe

Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V. / Institut für Gerontologie an der TU Dortmund / Leben im Alter e. V. / Institut für Zukunftsfragen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft der Evangelischen Hochschule Darmstadt (Hrsg.)

Projekt: „Gesundheitszentrum Spork: Aufbau und Verstetigung eines wirtschaftlich tragfähigen, interdisziplinären und zivilgesellschaftlichen Wertschöpfungsnetzwerkes im Quartier“

Band 1

Stephanie Lechtenfeld, Andrea Kuhlmann & Britta Bertermann

Gesundheit gemeinsam vor Ort gestalten – Bürgerbeteiligung ermöglichen

Band 2

Michael Vilain, Matthias Heuberger, Carmen Schulz, Meinulf Brauckmann, Sebastian Borgert & Andrea Unland

Aufbau und Entwicklung von Gesundheitsnetzwerken im ländlichen Raum

Band 3

Britta Bertermann, Stephanie Lechtenfeld & Andrea Kuhlmann

Ehrenamtliche Gesundheitsbegleitung –
Entwicklung und Erprobung eines Engagementprofils

Band 4

Gerhard Igl

Rechtsfragen: Ehrenamtliche Gesundheitsbegleitung –
sozialrechtliche Finanzierungsmöglichkeiten

Alle Handbücher stehen zum kostenfreien Download bereit:
<https://www.gz-ludgerushof.de>



Inhaltsverzeichnis

VORWORT	9
<hr/>	
1 ENTSTEHUNG UND ANWENDUNG DIESES HANDBUCHS	12
<hr/>	
2 GESUNDHEITLICHE VERSORGUNG FÜR ÄLTERE MENSCHEN IM LÄNDLICHEN RAUM – AUSGANGSSITUATION UND ENTWICKLUNGSPERSPEKTIVEN	14
2.1 Gesundheitliche Versorgung älterer Menschen im ländlichen Raum	14
2.2 Ausgangssituation und Rahmenbedingungen im Projekt „Gesundheitszentrum Spork“	18
<hr/>	
3 VORGEHENSWEISE UND ERGEBNISSE DER BÜRGERBETEILIGUNG ..	20
3.1 Beteiligung älterer Menschen an der Entwicklung von Angeboten ermöglichen	20
3.2 Projektphase 1: Analyse der Ausgangssituation und Bedarfserfassung	26
3.2.1 Baustein 1: Überblick verschaffen	32
3.2.2 Baustein 2: Bedarfe der Bürger*innen ermitteln	40
3.3 Projektphase 2: Beteiligung an der Angebotsgestaltung und (Weiter-)Entwicklung	62
3.3.1 Baustein 3: Information, Reflexion und Beratung des Angebots mit Bürger*innen	66
3.3.1.1 Öffentlichkeitsarbeit	66
3.3.1.2 Aktivitäten zur Bürgerbeteiligung im Quartier	67



3.3.2 Baustein 4: Gestaltung des Angebots durch Bürger*innen	73
3.3.2.1 Mitwirkung von Bürgervertreter*innen und Schlüsselpersonen	74
3.3.2.2 Einbringen neuer (ehrenamtlicher) Angebotsideen, Reflexion und Vorbereitung der Umsetzung gemeinsam mit der Koordinierungsstelle	76
3.3.2.3 Selbstorganisierte Umsetzung von Angeboten im Gesundheitszentrum	76
3.4 Projektphase 3: Bewertung des Gesundheitszentrums und der Angebote	78
3.4.1 Baustein 5: Akzeptanz, Zufriedenheit, subjektiven Nutzen und Wirksamkeit aus Sicht der Nutzer*innen erfassen	80
3.4.1.1 Ziele, Zielgruppen und Methoden der Evaluation des Gesundheitszentrums aus Nutzer*innenperspektive ..	82
3.4.1.2 Bewertung, Akzeptanz und Wirkungen des Gesundheitszentrums aus Nutzer*innensicht	86
3.4.1.3 Bewertung der Angebote im Gesundheitszentrum aus Nutzer*innensicht	95
<hr/>	
4 FAZIT: GELINGENSAKTOREN UND HERAUSFORDERUNGEN DES PARTIZIPATIVEN VORGEHENS	101
<hr/>	
Literatur	104
Autorenverzeichnis	112



Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Public Health Action Cycle	21
Abbildung 2:	Stufenmodell der Partizipation	24
Abbildung 3:	Projektphasen: Möglichkeiten zur Bürgerbeteiligung im Überblick	26
Abbildung 4:	Dimensionen der Gesundheitskompetenz (Health Literacy HLS-EU-Q47)	44
Abbildung 5:	Bewertung des Gesundheitszustands, in %, n =375	51
Abbildung 6:	Nutzung von Gesundheitsangeboten (Mehrfachnennungen), in %	53
Abbildung 7:	Gesundheitskompetenz nach Altersgruppen	55
Abbildung 8:	Gesundheitskompetenz nach Geschlecht	56
Abbildung 9:	hinderliche Faktoren für die Nutzung von Gesundheitsangeboten	89
Abbildung 10:	Bewertung des Gesundheitszustands, Vorher- / Nachher-Vergleich, in %, n = 11	92
Abbildung 11:	Schwierigkeiten bei der Arbeit / bei alltäglichen Tätigkeiten, Vorher- / Nachher-Vergleich, in %, n = 11	93
Abbildung 12:	Bereiche der Lebensqualität, Vorher- / Nachher-Vergleich, Anteil zufrieden in %, n = 11	94
Abbildung 13:	Gesundheitskompetenz, Vorher- / Nachher-Vergleich, Anteil einfach, in %, n = 11	95
Abbildung 14:	Alter der befragten Angebotsnutzer*innen im Gesundheitszentrum, in %, n = 154	96
Abbildung 15:	Geschlecht der befragten Angebotsnutzer*innen im Gesundheitszentrum, in %, n = 155	97
Abbildung 16:	Nutzen der Angebote im Gesundheitszentrum für die persönliche Gesundheit, n = 168	99



Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Projektphase 1: Baustein 1 und 2 Methoden und Zielsetzung ...	27
Tabelle 2:	Herkömmliche vs. partizipative Praxis	29
Tabelle 3:	Übersicht Themen und Erkenntnisse der Quartierssteckbriefe .	35
Tabelle 4:	Themen und Beispielfragen Fragebogen	42
Tabelle 5:	Unterstützungsangebote für mobilitätseingeschränkte Personen (Mehrfachnennungen)	57
Tabelle 6:	Übersicht Anregungen Angebotsentwicklung	59
Tabelle 7:	Stufen der Partizipation – Umsetzung in Projektphase 2	63
Tabelle 8:	Projektphase 2: Baustein 3 Methoden und Zielsetzung	64
Tabelle 9:	Informationsstände im Quartier – ausgewählte Methoden zur Beteiligung	68
Tabelle 10:	Anregungen zur Weiterentwicklung der Angebote im Gesundheitszentrum	71
Tabelle 11:	Projektphase 2: Baustein 4 Methoden und Zielsetzung	73
Tabelle 12:	Projektphase 3: Baustein 5 Methoden und Zielsetzung	79
Tabelle 13:	Übersicht Evaluation des Gesundheitszentrums aus Nutzer*innensicht	83
Tabelle 14:	Themenbereiche zur Erfassung der Bewertung, Akzeptanz und Wirkung des Gesundheitszentrums	84
Tabelle 15:	Stichprobenbeschreibung der Nutzer*innen des Gesundheitszentrums	87



Vorwort

Dieses Handbuch ist Teil einer Handbuchreihe, die aus dem Projekt „Gesundheitszentrum Spork: Aufbau und Verstetigung eines wirtschaftlich tragfähigen, interdisziplinären und zivilgesellschaftlichen Wertschöpfungsnetzwerkes im Quartier“ (Laufzeit: 15.03.2017-14.03.2020) hervorgegangen ist. Im Projektverbund arbeiteten die Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. (FfG) / Institut für Gerontologie an der TU Dortmund, das Institut für Zukunftsfragen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft (IZGS) der Evangelischen Hochschule Darmstadt und der Bocholter Verein Leben im Alter (L-i-A e.V.) zusammen. Gefördert wurde das Projekt von der LeitmarktAgentur.NRW, der Landesregierung Nordrhein-Westfalen und EFRE-NRW im Rahmen des Leitmarkt Wettbewerbs Gesundheit.NRW.

Ausgangspunkt war die Tatsache, dass ausreichender Zugang zu und die Verfügbarkeit von Gesundheitsangeboten in ländlichen Regionen häufig nicht (mehr) vorhanden ist. Eine gute gesundheitliche Versorgung ist aber eine wichtige Voraussetzung, um im Alter gesund bleiben und aktiv sein zu können. Ziel des Projektes war es deshalb, die gesundheitliche Versorgung der Bürger*innen in der Projektregion – dem ländlich geprägten Nordwesten des Bocholter Stadtgebiets – zu verbessern und wohnortnahe Gesundheitsangebote insbesondere für die ältere Bevölkerung zugänglich zu machen. Eingebunden in einen partizipativ angelegten Prozess zur Entwicklung gesunder lokaler Strukturen wurde in einem ehemaligen Schulgebäude ein Gesundheitszentrum (GZ) aufgebaut. Moderiert von einer eigens dafür eingerichteten Koordinierungsstelle, die für die Entwicklung und Einführung der Angebote sowie für die Akquise und Begleitung der Akteur*innen zuständig war, wurden verschiedene Gesundheitsangebote für unterschiedliche Zielgruppen unter einem Dach angesiedelt.

Im Einzelnen handelte es sich um stunden-/tageweise vielschichtige Angebote medizinisch-therapeutischer professioneller Gesundheitsdienstleister, Einzelveranstaltungen und Kursangebote zur Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung sowie die Entwicklung und Erprobung flankierender ehrenamtlicher Unterstützungs- und Begleitungsangebote. Hier sind insbesondere die „Ehrenamtlichen Gesundheitsbegleiter*innen“ zu nennen, die Bürger*innen bei der Umsetzung von Maßnahmen der Verhaltensprävention unterstützen, ihre Gesundheitskompetenz und ihr Selbstmanagement fördern.



Neben der Entwicklung der Angebotsstrukturen und der Ausgestaltung des Zusammenspiels der Akteur*innen untereinander wurde ein Netzwerkmodell erarbeitet, das die Grundlage für ein wirtschaftlich tragfähiges Geschäftsmodell bildet. Das im Projektverlauf realisierte Angebot im interdisziplinären und multifunktional angelegten Gesundheitszentrum adressierte im direkten Einzugsbereich rund 10.000 Bürger*innen in den Bocholter Stadtteilen Hemden, Holtwick, Liedern, Lowick, Spork und Suderwick. Insgesamt zeigte sich, dass das wohnortnahe Gesundheitsangebot seitens der Nutzer*innen und der Akteur*innen positiv bewertet und rege in Anspruch genommen wurde.

Die gewonnenen Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung, des Aufbaus und der praktischen Erprobung sowie die Thematisierung und Einschätzung spezifischer rechtlicher Fragen werden nun in Form der vorliegenden anwendungsorientierten Handbuchreihe zur Verfügung gestellt, so dass die Erfahrungswerte von denjenigen genutzt werden können, die künftig ähnliche Strukturen aufbauen möchten. Die Projektverbundpartner wenden sich damit an alle interessierten Initiativen, Vereine und Organisationen sowie Akteure der gesundheitlichen Versorgung, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, Gesundheit (im ländlichen Raum) gemeinsam mit den Menschen vor Ort zu gestalten. Die einzelnen Bände nehmen aufeinander Bezug, stehen aber thematisch für sich und können auch unabhängig voneinander gelesen werden.

Der erste Band „Gesundheit gemeinsam vor Ort gestalten – Bürgerbeteiligung ermöglichen“ beschreibt die partizipative Entwicklung der Angebotsstrukturen, die dabei gesammelten Erfahrungen sowie die Bewertung des Gesundheitszentrums und der Angebote aus Nutzer*innensicht.

Der zweite Band „Aufbau und Entwicklung von Gesundheitsnetzwerken im ländlichen Raum“ zeigt gleichermaßen theoretisch fundiert und praxisnah wie ein regionales Themennetzwerk nachhaltig aufgebaut werden kann und vermittelt Grundlagen für die Entwicklung hybrider Geschäftsmodelle.

Der dritte Band „Ehrenamtliche Gesundheitsbegleitung – Entwicklung und Erprobung eines Engagementprofils“ beschreibt unter Einbezug der Evaluationsergebnisse den Aufbau und die Erprobung dieses neuartigen Begleitungsansatzes einschließlich der Qualifizierung der Ehrenamtlichen und der dabei eingesetzten Methoden und vermittelten Inhalte.

Der vierte Band „Rechtsfragen: Ehrenamtliche Gesundheitsbegleitung – sozialrechtliche Finanzierungsmöglichkeiten“ adressiert den rechtlichen Rahmen



und haftungsrechtliche Fragen im Zusammenhang der Umsetzung ehrenamtlicher Gesundheitsbegleitung. Darüber hinaus werden sozialrechtliche Finanzierungsoptionen mit Bedeutung für ehrenamtliche Tätigkeiten im Gesundheitswesen beleuchtet.

Alle Handbücher stehen unter <https://www.gz-ludgerushof.de> zum kostenfreien Download bereit.

Besonderer Dank gilt neben den Fördergebern den Mitgliedern des wissenschaftlichen Begleitgremiums und den Bürger*innen sowie den zahlreichen weiteren Wegbegleiter*innen, die mit hohem persönlichem Engagement und wissenschaftlich-fachlichen sowie fach- und alltagspraktischen Beiträgen die Projektarbeiten vor Ort unterstützt und mitgestaltet haben.

Dortmund/Bocholt/Darmstadt, im März 2020

Prof. Dr. Andrea Kuhlmann
*Forschungsgesellschaft für
Gerontologie e.V.*

Andrea Unland
Leben im Alter e.V.

Prof. Dr. Michael Vilain
*Institut für Zukunftsfragen
der Gesundheits- und
Sozialwirtschaft*



1 Entstehung und Anwendung dieses Handbuchs

Wie ist das Handbuch entstanden?

In einer alternden Gesellschaft ist es bedeutsam, Gesundheitserhalt und Gesundheitsförderung im Lebensverlauf und insbesondere in der Lebensphase Alter zu unterstützen. Dies gilt gerade im ländlichen Raum, der vielerorts stärker von der Alterung und der Abwanderung der (jüngeren) Bevölkerung betroffen ist. Infolgedessen sind viele ländliche Gebiete durch den Ab- und Umbau von Infrastrukturen und durch eine Zentralisierung der (gesundheitsbezogenen) Versorgungsstrukturen gekennzeichnet (BMFSFJ 2016; Schaeffer et al. 2015). Hier ist es wichtig, passgenaue Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention zu entwickeln und wohnortnah anzubieten, damit diese von Menschen mit chronischen Erkrankungen und von (älteren) Bürger*innen angenommen und in den Alltag integriert werden können. Erfahrungen in der Praxis der Gesundheitsförderung zeigen, dass ein passgenaues Angebot besonders dann gelingt, wenn Bürger *innen und lokale Akteure an der Planung und Umsetzung der Angebotsgestaltung beteiligt und ihre Wünsche und Interessen zeitnah und regelmäßig einbezogen werden (Wright et al. 2010, 2013).

Aus diesem Grund wurde im Projekt „Gesundheitszentrum Spork“ bereits in der Planungsphase festgelegt, dass der Aufbau von Angeboten in einem partizipativen Prozess erfolgen soll. Neben kommunalen, freigemeinnützigen und privaten Akteur*innen wurden Vertreter*innen des bürgerschaftlichen Engagements, d.h. lokale Stakeholder mit Förder- und Multiplikatorenfunktion, ebenso wie interessierte Bürger*innen einbezogen. Ziel war es, die gesundheitsbezogenen Infrastrukturen im Sinne einer „sorgenden Gemeinschaft“ (BMFSFJ 2016) zunächst mit dem Schwerpunkt „Gesundheit und Alter“ beteiligungsorientiert zu entwickeln.

Im Folgenden werden Vorgehen und Erfahrungen mit dem Ansatz der partizipativen Angebotsentwicklung beschrieben. Das vorliegende Handbuch fokussiert insbesondere den Prozess der Beteiligung der Bürger*innen und die Bewertung des Gesundheitszentrums und der Angebote aus Nutzer*innensicht. Die



Gewinnung und Einbindung der lokalen Anbieter*innen wird in Band 2 dieser Handbuchreihe dargelegt.

Wie ist das Handbuch aufgebaut?

Nach einer kurzen Einordnung zur Ausgangssituation der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen im ländlichen Raum wird mit Bezug auf den Ansatz der partizipativen Qualitätsentwicklung (Wright, von Unger & Block 2010) das Vorgehen zur Beteiligung der älteren Bürger*innen im Projekt beschrieben. Die Darstellung orientiert sich an drei Projektphasen, die jeweils verschiedene Methoden in insgesamt fünf Bausteinen bündeln. Die Phasen und Bausteine können jeweils einzeln oder im Zusammenhang betrachtet werden. Die Projekterfahrungen werden zusätzlich durch Hintergrundinformationen, praktische und methodische Hinweise, Checklisten sowie Hinweise zu weiterer Literatur ergänzt. Abschließend werden die Projekterfahrungen zur Beteiligung der Bürger*innen an der Entwicklung des Gesundheitszentrums und der Angebote aus Sicht des Vereins Leben im Alter (L-i-A e.V.¹), der als Praxispartner im Projektverbund für die Umsetzung zuständig war, und der wissenschaftlichen Begleitung zusammengefasst und bewertet. Anhand von Gelingensfaktoren und Herausforderungen wird das partizipative Vorgehen reflektiert.

An wen richtet sich das Handbuch und wie ist es zu verwenden?

Das Handbuch richtet sich an interessierte (Bürger-)Initiativen, Vereine und Organisationen sowie weitere Akteur*innen der gesundheitlichen Versorgung, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, Gesundheit (im ländlichen Raum) gemeinsam mit den Menschen vor Ort zu gestalten. Das Vorgehen ist anwendungsorientiert beschrieben, so dass die Möglichkeit besteht, Hinweise für die eigene Arbeit zu gewinnen und Lösungsansätze auf die eigene Situation zu übertragen. Die hier beschriebenen Vorgehensweisen und Methoden erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und sind vielmehr als Inspiration und Anregung zu verstehen. Die Nutzung und Weiterentwicklung sind ausdrücklich gewünscht.

1 Der Verein Leben im Alter (L-i-A e.V.) setzt sich seit seiner Gründung im Jahr 2005 insbesondere dafür ein, älteren Menschen ein selbstständiges Leben zu ermöglichen. Neben haushaltsnahen Dienstleistungen, Beratungs- und Betreuungsangeboten, trägt L-i-A e.V. maßgeblich dazu bei, neue Formen freiwilligen Engagements zu entwickeln, zu erproben und durchzuführen. Weitere Information unter <https://www.l-i-a.de/>



2 Gesundheitliche Versorgung für ältere Menschen im ländlichen Raum – Ausgangssituation und Entwicklungsperspektiven

Die Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung in einer alternden Gesellschaft stellt insbesondere im ländlichen Raum eine Herausforderung dar. Die mit dem demografischen Wandel einhergehenden Anforderungen an eine wohnortnahe, alter(n)sgerechte Versorgung lassen sich unter den Bedingungen der zunehmenden Ausdünnung der Versorgungsstrukturen nur begrenzt umsetzen. Im Folgenden werden die Ausgangssituation allgemein und am Beispiel Bocholt-Spork skizziert und Entwicklungsperspektiven aufgezeigt.

2.1 Gesundheitliche Versorgung älterer Menschen im ländlichen Raum

Demografischer Wandel im ländlichen Raum

Mit dem demografischen Wandel geht eine Zunahme der (hoch-)betagten Bevölkerung einher. Die Alterung der Bevölkerung verläuft in Deutschland jedoch regional unterschiedlich und hat sich im ländlichen Raum in den letzten Jahren infolge der Abwanderung jüngerer Menschen in die Städte stärker ausgeprägt. In ländlichen Regionen ist somit vielerorts der Anteil der 65-jährigen und älteren Bevölkerung erhöht (Slupina, Dähler, Reibstein & Klingholz 2019). Dies zeigt sich auch in der Stadt Bocholt (vgl. Kreis Borken): in Bocholt lebt im Vergleich zum Kreisgebiet Borken die älteste Bevölkerung und Bocholt weist 2018



mit 33,8% einen höheren Altenquotient² als der Gesamtkreis auf (Kreis Borken: 30,2%) (Kreis Borken 2019). Im Projektgebiet, bestehend aus den Bocholter Stadtteilen Spork, Lowick, Liedern, Holtwick, Suderwick und Hemden, ist knapp ein Viertel (22%) der Bevölkerung 60 Jahre und älter, ein weiteres Viertel 45-60 Jahre alt. Zudem fällt der Anteil der älteren Bevölkerung (45-75 Jahre) im Projektgebiet höher aus als in den anderen Bocholter Stadtteilen (Stadt Bocholt 2017).

Alt werden in Gesundheit – Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung

In den letzten Jahren zeigt sich, dass die Bevölkerung auch aufgrund besserer Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten trotz chronischer Erkrankungen gesünder alt wird (RKI 2015). Ältere Menschen (40-85 Jahre) berichten häufiger über eine gute funktionale³ Gesundheit. Insbesondere jüngere Alte (unter siebzig Jahren) sowie Menschen mit höherer Bildung schätzen ihre Gesundheit selbst positiv ein (Wolff et al. 2017; Spuling et al. 2017). Auch wenn im Alter somit insgesamt Gesundheitsgewinne zu verzeichnen sind, bleibt zu berücksichtigen, dass bereits im mittleren Lebensalter chronische Mehrfacherkrankungen zunehmen und insbesondere im höheren Lebensalter gesundheitliche Risiken und Einschränkungen steigen (Saß et. al. 2009; RKI 2015). Auch im Alter zeigt sich zudem ein Zusammenhang von Bildung und Gesundheit; ältere Menschen mit geringerer Bildung berichten häufiger über Mehrfacherkrankungen und gesundheitliche Einschränkungen als Ältere mit höherer Bildung (Wolff et al. 2017). Zukünftig ist deshalb weiterhin davon auszugehen, dass ältere Menschen verstärkt Gesundheits-, Pflege- und Soziale Dienstleistungen nachfragen und dass der Bedarf an diesen Leistungen, trotz des zu erwartenden allgemeinen Bevölkerungsrückganges, nicht sinken wird (SVR Gesundheit 2009; Naegele 2010; Naegele 2013; Statistisches Bundesamt 2019).

2 Der Altenquotient beschreibt die Anzahl der Personen im Alter ab 65 Jahren bezogen auf 100 Personen im Alter von 18-65 Jahren.

3 Im Deutschen Alterssurvey werden u.a. die funktionale, körperliche und subjektive Gesundheit unterschieden. Auch wenn ein Mensch (objektiv) von (mehreren) körperlichen Erkrankungen betroffen ist, gehen damit nicht zwingend Einschränkungen der Mobilität und der Alltagsbewältigung (Funktionen) einher. Die subjektive Gesundheit umfasst die individuelle Bewertung des eigenen Gesundheitszustands einer Person (Wolff et al. 2017). Eine gute subjektive Gesundheit geht mit geringerem Ausmaß an körperlichen und psychischen Erkrankungen einher; allerdings berichten auch Mehrfacherkrankte häufig von einer guten subjektiven Gesundheit (Spuling et al. 2017).



In einer alternden Gesellschaft ist die gesundheitliche Versorgung daher auch im ländlichen Raum an die Bedürfnisse älterer Menschen mit vorwiegend chronisch-degenerativen Erkrankungen anzupassen. Dies umfasst eine alter(n)-gerechte medizinische Behandlung sowie weitere Maßnahmen, die auch bei (beginnender) Hilfebedürftigkeit ein selbstständiges Leben in der gewohnten Umgebung unterstützen und soziale Teilhabe, subjektive Gesundheit und Lebensqualität im Alter fördern (Kuhlmey 2008; Naegele 2013). Zudem können Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung dazu beitragen, aktives und gesundes Altern zu stärken (SVR Gesundheit 2009; BMG 2012; Naegele 2014; RKI 2015). Besonders wichtig ist es, bislang kaum oder nicht erreichte Zielgruppen Älterer einzubeziehen. Ältere Menschen stellen eine heterogene Gruppe mit unterschiedlichen Lebens- und Bedarfslagen dar; sie weisen verschiedene Einstellungen zum Thema Gesundheit und ein unterschiedliches Gesundheitshandeln auf (RKI 2015). Insbesondere die Lebenslage beeinflusst auch die individuellen Möglichkeiten für ein gesundes Alter(n). „Menschen altern mit vielfältigen Lebensentwürfen und in vielfältigen Lebenslagen. Somit unterscheiden sich auch ihre Voraussetzungen und Chancen, möglichst gesund und selbstbestimmt zu altern“ (RKI 2015, 410).

Darüber hinaus besteht der Bedarf, die Gesundheitskompetenz älterer Menschen (mit chronischen Erkrankungen) zu fördern, denn diese fällt im Alter geringer aus als bei jüngeren Menschen (Schaeffer et al. 2018). Dies erfordert auch für ältere Menschen insbesondere eine gezielte Unterstützung darin, „die eigene Gesundheit (und nicht allein die Krankheit) im Alltagsleben zu steuern und sich informiert und selbstverantwortlich, aber auch kritisch mit Fragen der Gesundheitserhaltung auseinandersetzen“ (Schaeffer et al. 2019, 43). Anzustreben ist eine aktivierende wohnortnahe Gesundheitsversorgung, einschließlich gesundheitsfördernder Maßnahmen, die an der Lebenssituation und Motivationslage Älterer ausgerichtet werden (Naegele 2013; Pohlmann 2016; Pott 2016). Das Setting Kommune besitzt eine besondere Bedeutung für die Umsetzung lebensweltbezogener Prävention und Gesundheitsförderung und für die Erreichbarkeit älter werdender Menschen in ihren alltäglichen Lebensbezügen. Städte und Gemeinden sind die Lebenswelten und Orte, in denen der Erhalt und die Förderung der Gesundheit auch der älteren Bevölkerung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe wahrgenommen werden kann (Kuhlmann 2009, 2012; Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. 2019).



Umsetzung wohnortnaher gesundheitlicher Versorgung im ländlichen Raum – Herausforderungen

Die Verwirklichung einer zielgruppenspezifischen, wohnortnahen präventiv ausgerichteten gesundheitlichen Versorgung stellt für Kommunen im ländlichen Raum eine voraussetzungsvolle Aufgabe dar (BMFSFJ 2016). In der gesundheitlichen Versorgung in ländlichen Gebieten zeigen sich regionale und kommunale Unterschiede und es werden „zunehmende Schieflagen zwischen Ballungsgebieten und der Fläche“ (SVR Gesundheit 2014, 345) festgestellt. In strukturarmen ländlichen Regionen mit reduziertem Versorgungsangebot sind Folgen des Fachkräftemangels innerhalb der Gesundheitsprofessionen und damit verbundene Versorgungsengpässe deutlicher zu spüren als im urbanen Raum (Schaeffer et al. 2015). Der drohende bzw. bereits eingetretene Haus- und Fachärztemangel schränkt hier die gesundheitliche Versorgung speziell der älteren Bevölkerung ein (Kaduszkiewicz et al. 2018; SVR Gesundheit 2014).

Im Zusammenspiel dieser Rahmenbedingungen tritt in kleineren Gemeinden oder ländlich geprägten Quartieren eine sich widersprechende Situation ein: allgemein nimmt die Bevölkerung durch Abwanderung jüngerer Menschen ab, wodurch sich die Nachfrage in verschiedenen Versorgungsbereichen verringert. Mangels Auslastung von Angeboten, Diensten und Einrichtungen wird ein weiterer Abbau auch von Gesundheitsangeboten begünstigt. Gleichsam weisen die verbleibenden wenigen älteren Menschen einen hohen Bedarf, gerade auch an gesundheitlichen Versorgungsangeboten, auf. Dieser kann jedoch oftmals vor Ort nicht (mehr) gedeckt werden; zielgruppenspezifische Angebote für Ältere sind hier häufig nicht (mehr) verfügbar. Ausgedünnte oder fehlende Gesundheitsangebote gehen mit der Gefahr der Unterversorgung einher; davon sind insbesondere mobilitätseingeschränkte ältere Zielgruppen betroffen. Mangels individueller Mobilität können zentral gelegene Angebote oftmals nicht (mehr) genutzt werden und nicht selten verzichten ältere Menschen vollständig darauf, die Angebote in Anspruch zu nehmen (Beetz et al. 2015; Steinführer et al. 2012; Zibell et al. 2015).

Für den Erhalt und die (Re-)Aktivierung von Versorgungsstrukturen und Angeboten der Daseinsvorsorge kommt im ländlichen Raum deshalb der Gestaltung der Mobilität Bedeutung zu (Kindl et al. 2012). Sofern eine ausreichende Nachfrage (wieder) hergestellt werden kann, bieten sich als lokale Maßnahmen die Fortführung bzw. der Wiederaufbau von lokalen Versorgungsangeboten oder



ergänzend auch mobile Versorgungsangebote⁴, die (ältere) Kund*innen aufsuchen, an. Sind lokale Angebote vor Ort nicht rentabel, kann durch nachhaltige Mobilitätsangebote der Zugang zu den vor Ort nicht (mehr) verfügbaren Diensten und Angeboten sichergestellt werden. Zentral für alle Optionen sind die Organisation und Vermarktung der Angebote u.a. durch Kommunikation und Kooperation der Akteur*innen, zielgruppen- und nutzerspezifische Werbung. Welche Lösungen im Einzelfall getroffen werden, ist in einem partizipativ angelegten lokalen Planungsprozess unter Beteiligung der relevanten Akteur*innen sowie der potenziellen Nutzer*innen zu ermitteln (Kindl et al. 2012).

2.2 Ausgangssituation und Rahmenbedingungen im Projekt „Gesundheitszentrum Spork“

Das Projekt „Gesundheitszentrum Spork“⁵ war und ist in einen mehrjährigen, lokalen Entwicklungsprozess, der von Akteur*innen im Stadtteil Bocholt-Spork angestoßen wurde, eingebunden. Ausgehend von hohem zivilgesellschaftlichem Engagement lokaler Vereine und Schlüsselpersonen, erfolgten bereits seit 2010 intensive Überlegungen, wie in Spork dem Abbau lokaler Infrastrukturen begegnet werden kann. Mit dem Erwerb der ehemaligen Grundschule durch einen lokalen Investor⁶ wurden Voraussetzungen dafür geschaffen, das Gebäude einer neuen Nutzung zuzuführen. In der Zusammenarbeit lokaler Vereine – Spork Aktiv e.V.⁷ und Leben im Alter e.V. – entwickelte sich in enger Abstimmung mit dem Investor die Idee für ein Gemeinschaftsprojekt, das in der

4 Mobile gesundheitliche Angebote, wie z.B. eine mobile Demenzberatung, können im ländlichen Raum einen Lösungsansatz darstellen, um vulnerable (ältere) Zielgruppen niedrigschwellig zu erreichen (Reichert, Hampel & Reuter 2016).

5 <https://www.gz-ludgerushof.de>

6 Der lokale Investor hatte neben dem Grundschulgebäude zuvor bereits eine weitere Immobilie erworben (Gut Heidefeld) und ebenfalls mit dem Ziel saniert und renoviert, die Infrastruktur in Bocholt-Spork zu erhalten. Weitere Informationen verfügbar unter <http://www.ludgerushof.de/> und <https://www.gutheidefeld.de/>

7 Der 2010 gegründete Verein Spork Aktiv e.V. zielt darauf, die Lebensbedingungen und -verhältnisse sowie die Lebensqualität in der dörflichen Gemeinschaft Spork zu fördern. Neben Maßnahmen zur Förderung des bürgerschaftlichen Engagements, der Heimatpflege/-kunde und der Sicherheit des (Schüler-)Verkehrs vertritt der Verein die Interessen aller Sporker Körperschaften, Vereine und Bürger*innen und agiert als Ansprechpartner gegenüber Vertreter*innen der Kommunalpolitik/-verwaltung. http://www.spork-aktiv.de/spork-aktiv.de/Startseite_News.html



renovierten Schule angesiedelt werden sollte. Nicht zuletzt aufgrund der zunehmend älteren Bevölkerung in Bocholt-Spork richtete sich das Interesse dabei auf die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bürger*innen.

Zusätzlich zu diesen vorteilhaften Rahmenbedingungen wurde mit der Bewilligung einer Projektförderung im Rahmen des Leitmarktwettbewerbs Gesundheit.NRW⁸ die Möglichkeit eröffnet, das Projekt „Gesundheitszentrum Spork“ zu realisieren und den Aufbau eines gesundheitlichen Versorgungsangebots zu erproben. Der Zugang zu der ehemaligen Grundschule und die Offenheit des Investors für den neuen Nutzungszweck – Aufbau eines Gesundheitszentrums – stellten dabei eine wesentliche Voraussetzung für die Projektumsetzung dar. Darauf konnten die weiteren Projektarbeiten – die Entwicklung neuer Versorgungs- und Angebotsstrukturen und eines Geschäftsmodells, das unter den Gegebenheiten und Rahmenbedingungen ländlicher Quartiere tragfähig ist (vgl. ausführlich Band 2) – aufsetzen. Ziel war es, Gesundheitsangebote verschiedener Gesundheitsprofessionen und ehrenamtlicher Akteur*innen für die (ältere) Bevölkerung im Stadtteil Spork und Umgebung wohnortnah verfügbar zu machen. Ergänzend zu dieser lokalen Versorgungsstruktur wurde mit dem neuen Engagementprofil der ehrenamtlichen Gesundheitsbegleitung⁹ ein zugehender mobiler Versorgungsansatz verfolgt (vgl. dazu ausführlich Band 3). Flankierend wurden Möglichkeiten zur Verbesserung der Mobilität geprüft, um den Zugang der (älteren) Bevölkerung im Projektgebiet zum Gesundheitszentrum sicherzustellen (u.a. die Erprobung eines ehrenamtlichen Hol- und Bringdienstes).

8 Das Projekt „Gesundheitszentrum Spork“ wurde im Rahmen des Leitmarktwettbewerbs Gesundheit.NRW im Themenschwerpunkt Bedarfsgerechte Versorgung im Quartier gefördert <https://www.leitmarktagentur.nrw/leitmarktwettbewerbe/gesundheit/auf1einreichfrist2>

9 Die „ehrenamtliche Gesundheitsbegleitung“ ist ein Freiwilligenprofil, das im Rahmen des Projektes „Gesundheitszentrum Spork“ entwickelt und erprobt wurde. Sie richtet sich insbesondere an (ältere) chronisch erkrankte Menschen, um sie dabei zu unterstützen, gesundheitsförderliche Aktivitäten im Alltag umzusetzen (s. dazu Band 3).



3 Vorgehensweise und Ergebnisse der Bürgerbeteiligung

Damit bedarfsgerechte Angebote entwickelt werden, die von der (älteren) Bevölkerung auch tatsächlich genutzt werden – und ein Kreislauf von Minder-/Nichtnutzung und erneuter Strukturabbau verhindert werden – war es im Projekt wichtig, die potenziellen Nutzer*innen in die Entwicklungsarbeiten einzubeziehen. Der Forschungs-, Entwicklungs- und Beteiligungsprozess im Projekt „Gesundheitszentrum Spork“ orientierte sich an dem Ansatz der partizipativen Qualitätsentwicklung (Wright et al. 2010, 2013), der im Folgenden beschrieben wird.

3.1 Beteiligung älterer Menschen an der Entwicklung von Angeboten ermöglichen

In der Gesundheitsförderung hat sich in den letzten Jahren der Ansatz der partizipativen Qualitätsentwicklung (Wright et al. 2010, 2013) etabliert, der darauf zielt, Gesundheitsförderung und Prävention durch die gleichberechtigte Zusammenarbeit aller Beteiligten, d.h. der Projektmitarbeitenden, der Angehörigen der Zielgruppe, den Fördergeber*innen sowie lokalen Gesundheitsanbieter*innen, fortlaufend zu verbessern (Wright et al. 2013). Ein zentrales Element dabei ist die „Teilnahme und Teilhabe (Partizipation) der Projektmitarbeiter/innen und v.a. der Zielgruppen“ (ebd., 150).

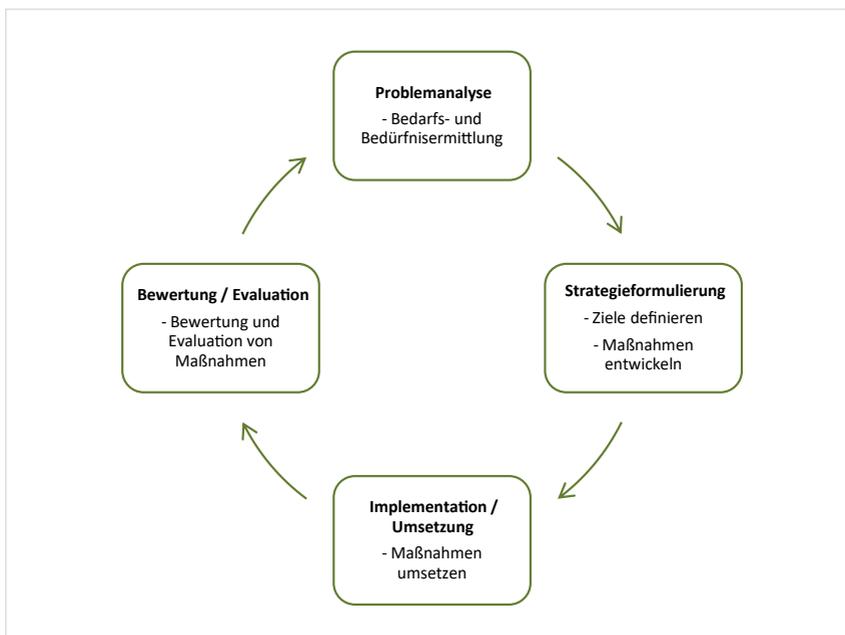
Der Ansatz der partizipativen Qualitätsentwicklung bezieht das lokale Wissen aller Beteiligten ein und bietet einen systematischen methodischen Rahmen für die Zusammenarbeit, der an Prozesse der Organisationsentwicklung lokaler Akteur*innen anschlussfähig ist (Wright et al. 2013; Wright 2016). Partizipative Elemente sind dabei für die Datenerhebung zur Bedarfsbestimmung, die Planung von Interventionen, die Durchführung und die gemeinsame Bewertung der Umsetzung einsetzbar. Die partizipative Qualitätsentwicklung strebt einen



„gemeinsamen, empirisch gestützten Lernprozess“ (Wright et al. 2013, 150) an, der Praktiker*innen der Gesundheitsförderung, d.h. Fachkräfte mit entsprechender Ausbildung, die Maßnahmen der Gesundheitsförderung vor Ort planen und umsetzen, und die Expertise der Adressat*innen der Maßnahmen einbezieht. Dies können Vertreter*innen der jeweiligen Zielgruppen sein oder Schlüsselpersonen, die über „Insiderwissen zur Lebenslage Zielgruppe“ (ebd., 150) verfügen.

Die Anwendung der partizipativen Qualitätsentwicklung folgt im Grundsatz den Phasen des Public-Health-Action-Cycle (Rosenbrock & Hartung 2015) und umfasst die Problemanalyse/Bedarfsermittlung, Planung, Umsetzung und Evaluation (vgl. Abb. 1).

Abbildung 1: Public Health Action Cycle



Quelle: Rosenbrock 1995



Allgemein und idealtypisch stellt sich die Vorgehensweise der partizipativen Qualitätsentwicklung als wechselseitiger Lernprozess dar (Wright et al. 2013):

Praktiker*innen der Gesundheitsförderung, die im direkten Kontakt und Austausch mit den Zielgruppen stehen, können die eigene Arbeit durch Einsatz beteiligender Methoden weiterentwickeln. Der Prozess wird dabei nicht von einer Projektleitung („top down“) angestoßen, sondern auf Praxisebene initiiert. Die Zielgruppen werden bei der Weiterentwicklung der Maßnahmen gezielt und intensiv eingebunden. Im Rahmen eines gemeinsamen Lernprozesses geht es darum, Kompetenzentwicklung und Empowerment für Praktiker*innen und Zielgruppenmitglieder zu ermöglichen. Dies bedeutet für die Praktiker*innen u.a., Fähigkeiten zur Entwicklung und Beurteilung eigener Angebote zu erwerben; die Zielgruppe lernt beispielsweise, Probleme zu definieren und zu artikulieren und aktiv an Veränderungen der Lebenswelt und neuen Angeboten mitzuwirken. Die dafür erforderlichen Methoden werden prozessbegleitend ausgewählt und variieren je nach Thema und Fragestellung, Projektphase, Fähigkeiten und Interessen aller Beteiligten. Die Praktiker*innen können z.B. durch eine wissenschaftliche Begleitung bei der Auswahl der Methoden unterstützt werden (Wright et al. 2013).



HINTERGRUNDWISSEN:

Was ist das Stufenmodell der Partizipation in der Gesundheitsförderung?

In der partizipativen Qualitätsentwicklung wird das Stufenmodell der Partizipation (Wright et al. 2010) zugrunde gelegt. Dieses bildet das Ausmaß der Mitwirkungsmöglichkeiten der Adressat*innen für die Gestaltung und Umsetzung einer partizipativ ausgerichteten Angebotsentwicklung ab. Das Stufenmodell unterscheidet die Nicht-Partizipation, Vorstufen von Partizipation und Partizipation sowie die Selbstorganisation, die über Partizipation hinausgeht (vgl. Abb. 2).

- Auf der Ebene der **Nicht-Partizipation** sind die Stufen *Instrumentalisierung (Stufe 1)* und *Anweisung (Stufe 2)* angesiedelt. Kennzeichnend dafür ist, dass die Bedarfe der Zielgruppen nicht (ausreichend und gleichberechtigt) erfasst werden und die Entscheidungshoheit (allein) bei den jeweils zuständigen Fachkräften liegt. Die Definition der Problemlage, der Bedarf an Interventionen und die tatsächliche Angebotsgestaltung

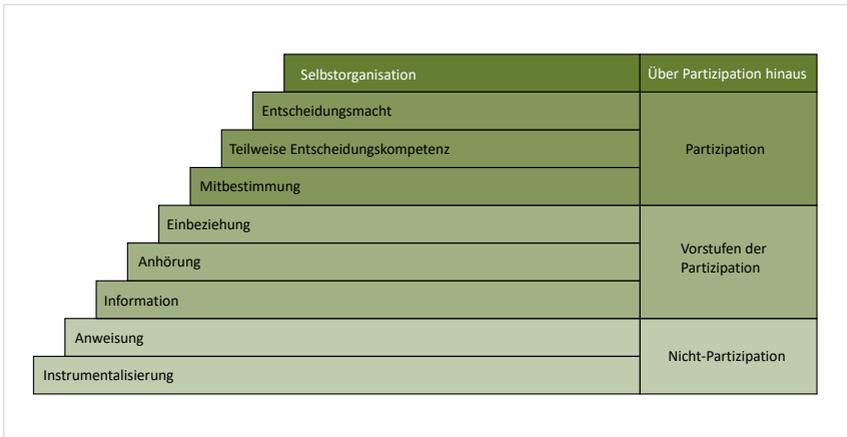


erfolgen überwiegend bis ausschließlich auf Grundlage der fachlichen Einschätzung und werden nicht mit Bewertungen aus Sicht der Adressat*innen abgeglichen (Wright et al. 2010).

- Über die **Vorstufen der Partizipation** – Stufen drei bis fünf – werden Mitglieder der Zielgruppe schrittweise in Entscheidungen einbezogen: ihre Perspektiven werden erfasst und beachtet, jedoch ist ihnen noch keine direkte Einflussnahme auf Entscheidungen möglich. Die Ebene der *Information (Stufe 3)* umfasst eine Problem- und Bedarfsdefinition aus Sicht der Fachkräfte sowie die Vorstellung eines aus fachlicher Sicht möglichen Lösungsansatzes. In *Stufe 4 „Anhörung“* wird die Einschätzung der Adressat*innen zu ihrer (Gesundheits-)Situation ermittelt. Üblicherweise erfolgt dies in Form von Befragungen. Ob, und wenn ja, wie weitreichend diese Informationen genutzt werden, kann von den Adressat*innen dabei i.d.R. nicht beeinflusst werden. Mit der *Einbeziehung (Stufe 5)* wird es Adressat*innen ermöglicht, beratend tätig zu werden, allerdings ist auch hier noch keine (Mit-)Entscheidungskompetenz gewährleistet (Wright et al. 2010).
- Im Rahmen von **Partizipation** erhält die Zielgruppe „eine formale, verbindliche Rolle in der Entscheidungsfindung“ (Wright et al. 2010, 44). Die Gestaltung von Maßnahmen gemeinsam zwischen verantwortlichen Projektakteur*innen und Adressat*innen abzustimmen ist kennzeichnend für *Mitbestimmung (Stufe 6)*. Tatsächliche Entscheidungskompetenz wird der Zielgruppe jedoch erst mit der *Stufe 7 – teilweise Übertragung von Entscheidungskompetenz* – zumindest für ausgewählte Bereiche einer Maßnahme übertragen. Selbstbestimmte Entscheidungen können Vertreter*innen der Zielgruppe bei Erreichen von *Stufe 8 „Entscheidungsmacht“* treffen. Grundlage dafür ist i.d.R. eine gleichberechtigte, partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Projektakteur*innen, die die Arbeit der Zielgruppenmitglieder begleiten und beraten (Wright et al. 2010).
- Die *Stufe 9 „Selbstorganisation“* geht **über Partizipation hinaus**; Vertreter*innen der Zielgruppe planen und realisieren Maßnahmen und Projekte selbständig und eigenverantwortlich und die Entscheidungsmacht liegt allein bei Vertreter*innen der Zielgruppe (Wright et al. 2010).



Abbildung 2: Stufenmodell der Partizipation



Quelle: Wright et al. 2010, 42

Um Beteiligung in der Praxis der Gesundheitsförderung zu ermöglichen, sind verschiedene Bedingungen für Partizipation zu berücksichtigen und Voraussetzungen zu schaffen (Wright et al. 2010; Kolip 2019):

- Partizipation muss von Mitarbeitenden und Vertreter*innen der Zielgruppe gewollt sein, gelernt und ermöglicht werden.** Dies setzt bei allen Beteiligten eine offene Haltung voraus sowie die Bereitschaft, sich als gleichberechtigte Partner*innen zu begegnen. Damit sind einerseits Lernprozesse für die professionell Tätigen verbunden: die professionelle Sicht auf die Zielgruppe ist zu reflektieren, denn diese sind „als Expert/inn/en in eigener Sache“ (Wright et al. 2010, 50) anzunehmen. Andererseits ist zu berücksichtigen, dass nicht alle Vertreter*innen der Zielgruppe in der Lage sind, sich mit ihren Belangen in Gestaltungs- und Veränderungsprozesse einzubringen. Auch das Interesse derart aktiv zu werden ist oftmals nicht vorhanden (Wright et al. 2010). Eine niedrigschwellige Arbeitsweise kann dazu beitragen, Vorbehalte und Hemmnisse der Adressat*innen, die der Beteiligung entgegenstehen, abzubauen. Im Idealfall werden gemeinsam mit der Zielgruppe Ansprachestrategien und Maßnahmen entwickelt, die die Mitwirkung erleichtern (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit / Geschäftsstelle Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. 2017). Dies gilt insbesondere für (hoch-)betagte Zielgruppen für die altersge-



rechte Formate wie z.B. mobile und zugehende Angebote zu entwickeln sind. Gleichsam ist darauf zu achten, das Selbstbestimmungsrecht zu wahren und zu respektieren; (ältere) Adressat*innen dürfen nicht zur Beteiligung verpflichtet werden (Bertermann & Olbermann 2012).

- **Organisatorische und strukturelle Rahmenbedingungen sind nach Möglichkeit an den Zielen partizipativer Praxis neu auszurichten.** Viele Veränderungen sind nur langfristig zu erreichen. Deshalb ist ausreichend Zeit erforderlich, um Prozesse kontinuierlich und nachhaltig zu gestalten. Dabei sind neben gesetzlichen Vorgaben auch institutionelle Strukturen und Verfahrensregeln zu berücksichtigen, die i.d.R. nicht einfach und kurzfristig zu verändern sind. So ist in Einrichtungen der Gesundheitsförderung eine partizipative Praxis (bislang) nicht vorgesehen und es bestehen oftmals wenig Möglichkeiten, die Einrichtungsstrukturen und die Angebote an den Bedarfen der Zielgruppe zu orientieren und umzugestalten (Wright et al. 2010). In drittmittelgeförderten Projekten ist zudem der Widerspruch zu erkennen und aufzulösen, dass der Fördergeber i.d.R. bereits eine (detaillierte) Projektplanung einfordert, ein partizipativ angelegter Entwicklungsprozess jedoch eine Offenheit der Planung, Umsetzung und Bewertung voraussetzt. Folglich können bislang im Kontext von Modellprojekten eher geringere Partizipationsstufen realisiert werden (Kolip 2019).
- Allgemein ist zu bedenken, dass eine schematische, rein pflichtbezogene Orientierung an partizipativen Verfahren in der Praxis der Gesundheitsförderung zur **Schein-Partizipation** beitragen kann (Wright 2016). Deshalb ist es wichtig, die fachliche und persönliche Auseinandersetzung mit dem Thema Beteiligung zu fördern und die damit verbundenen Veränderungen und Anforderungen auf die eigene Organisation und das eigene (professionelle) Handeln anzupassen. Solche Entwicklungsprozesse sind unter Bedingungen von zeitlich begrenzter Projektarbeit nicht einfach zu realisieren (Wright et al. 2010).

Im Projekt „Gesundheitszentrum Spork“ wurden verschiedene Beteiligungsmöglichkeiten geschaffen und unterschiedliche Methoden genutzt, um Bürger*innen und potenzielle Nutzer*innen in die Gestaltung des Gesundheitszentrums und der Angebote einzubeziehen (vgl. Abb. 3). Je nach Projektphase und Adressat*innen variierte der Grad der Beteiligung innerhalb der Vorstufen der Partizipation über Partizipation (Entscheidungskompetenz oder -macht) bis hin zur Selbstorganisation.



Abbildung 3: Projektphasen: Möglichkeiten zur Bürgerbeteiligung im Überblick



Quelle: FfG 2019, eigene Darstellung

3.2 Projektphase 1: Analyse der Ausgangssituation und Bedarfserfassung

Die Analyse der Ausgangssituation vor Ort (Baustein 1) und eine Befragung der potenziellen Zielgruppe zur Bedarfserfassung (Baustein 2) bilden eine wichtige Grundlage für die passgenaue Entwicklung nutzerorientierter Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention (vgl. Tab. 1). Anhand dieser Daten kann zum einen die Notwendigkeit von Interventionen und die Entwicklung von Maßnahmen begründet werden. Zum anderen ist es möglich, den Bedarf für Maßnahmen abzuschätzen und Schwerpunkte zu definieren (Kolip 2019). Ebenso ermöglicht es eine ausführliche Analyse der Bedarfe und der Ausgangssituation, das Problembewusstsein zu schärfen, den Handlungsbedarf zu identifizieren, Ziele zu setzen und passgenaue Maßnahmen einzuleiten. Im Rahmen einer partizipativ ausgerichteten Bedarfserhebung können Interventionen und Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt werden, die sich an der Lebensrealität der Bürger*innen orientieren und dadurch einen nachhaltigen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und auf das Lebensumfeld



der Beteiligten nehmen können (Wright et al. 2010). Ein partizipativer Ansatz bildet sich auch im Präventionsgesetz bei den von der GKV geförderten Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Lebenswelten ab (Kolip 2019). Ob und wie eine Bedarfserfassung durchgeführt wird, trägt wesentlich mit dazu bei, inwieweit Angebote von Bürger*innen vor Ort genutzt werden. Nur wenn die Bedarfe der Bürger*innen vor Ort bekannt sind und das Angebot sich daran orientiert, ist eine Grundlage für eine erfolgreiche Implementierung geschaffen. Es ist also zwingend notwendig, die Erwartungen, Meinungen und Einstellungen der Bürger*innen vor Ort zu erheben, will man Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention nicht am Bedarf der Zielgruppen vorbei implementieren.

In Tabelle 1 sind die Methoden und die jeweilige Zielsetzung dargestellt, die im Rahmen der Analyse der Ausgangssituation und der Bedarfserfassung im Projekt (Projektphase 1) umgesetzt wurden.

Tabelle 1: Projektphase 1: Baustein 1 und 2 Methoden und Zielsetzung

Projektphase 1: Analyse der Ausgangssituation und Bedarfserfassung		
	Methode	Zielsetzung
Baustein 1		
Überblick verschaffen	<ul style="list-style-type: none">• Dokumentenanalyse	<ul style="list-style-type: none">• Analyse vorhandener Dokumente (z.B. statistische Daten zur Bevölkerungsstruktur, kommunaler Seniorenplan, Ergebnisse von Stadtkonferenzen / Strukturanalysen), um einen ersten Überblick über Rahmenbedingungen und Strukturen vor Ort zu bekommen (Ist-Zustand), die von der Stadt Bocholt, vom Seniorenbeirat und dem Verein Leben im Alter e.V. zur Verfügung gestellt wurden



	<ul style="list-style-type: none"> • Quartiersbegehungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Überblick über die räumliche Infrastruktur der am Projekt beteiligten Stadtteile; Erfassung von Potenzialen und ggf. vorhandener Schwachstellen
	<ul style="list-style-type: none"> • leitfadengestützte Telefoninterviews mit Bürger*innen 	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexion und Ergänzung der Ergebnisse der Quartiersbegehungen mit einem/r Bürgervertreter*in aus jedem projektbeteiligten Stadtteil
Baustein 2		
Bedarfe der Bürger*innen ermitteln	<ul style="list-style-type: none"> • schriftliche Befragung 	<ul style="list-style-type: none"> • Ermittlung konkreter Informationen zu Bedarfen, Wünschen und Erwartungen potenzieller Nutzer*innen eines Gesundheitszentrums

Quelle: FfG 2019, eigene Darstellung

Für das Projekt „Gesundheitszentrum Spork“ war für die Bedarfserfassung nicht nur eine wissenschaftliche und fachpraktische Perspektive relevant, sondern auch die Sichtweise der potenziellen Zielgruppen bedeutsam. Aus diesem Grund wurde – im Sinne der partizipativen Qualitätsentwicklung (vgl. Kap. 3.1) – eine partizipativ angelegte Bedarfserhebung gewählt. Die Einbeziehung potenzieller Zielgruppen als Mitwirkende in allen Projektphasen kann dazu beitragen, die Akzeptanz des geplanten Gesundheitszentrums und die Nutzung der Gesundheitsangebote zu fördern. Darüber hinaus können eigene Stärken und Kompetenzen der älteren Zielgruppe angeregt und gefördert werden, was in der Gegenüberstellung von partizipativen Verfahren und herkömmlichen Vorgehensweisen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention deutlich wird (Wright et al. 2010) (vgl. Tab. 2):

**Table 2: Herkömmliche vs. partizipative Praxis**

herkömmliche Vorgehensweise	partizipative Vorgehensweise
Menschen aus der Ziegruppe als Klient*innen (Hilfempfänger*innen)	Menschen aus der Zielgruppe als Nutzer*innen von Angeboten, als Mitgestalter*innen
beratende, behandelnde, erzieherische Tätigkeit	aktivierende, unterstützende, fördernde Tätigkeit
Angebote werden in einer Kommstruktur angeboten	Angebote werden in einer Gehstruktur (z.B. durch aufsuchende Arbeit) angeboten
Angebote sind normativ in Sprache und Zielsetzung	Angebote sind lebensweltorientiert in Sprache und Zielsetzung (Setting-Ansatz)
Ziel ist es, bestimmte Verhaltensweisen zu bewirken	Ziel ist es, ein selbstbestimmtes Handeln in der Problemsituation zu unterstützen (Empowerment)

Quelle: Wright et al. 2010, 37

HINTERGRUNDWISSEN:

Partizipation der Zielgruppe im Rahmen der Analyse der Ausgangssituation



Diese Form des Einbezugs der Zielgruppe mittels einer telefonisch-mündlichen oder schriftlichen Befragung entspricht einer Vorstufe von Partizipation, der Anhörung (Stufe 4) der Zielgruppe, die jedoch keine Entscheidungskompetenz enthält. Ziel ist es, die Ausgangssituation aus Sicht der Bürger*innen zu erfassen und diese Perspektive neben weiteren Informationen für die lokale Planung zu berücksichtigen (Wright et al. 2010).

Das folgende Kapitel zeigt, wie die Bedarfserfassung im Projekt „Gesundheitszentrum Spork“ unter Anwendung eines multimethodischen Vorgehens, das sowohl quantitative Methoden als auch qualitative Verfahren umfasst, durchgeführt wurde. Hierfür werden die verschiedenen Elemente der Bedarfsanalyse skizziert und ausgewählte Ergebnisse vorgestellt. Die Beschrei-



bung der ersten Projektphase soll als Leitfaden verstanden werden, der zu Beginn eines solchen Vorhabens eine Orientierung darstellen kann. Die konkrete praktische Umsetzung ist bei der Übertragung auf andere Projekte je nach Bedarf, Ressourcen und örtlichen Voraussetzungen anzupassen.

Checkliste zur Vorbereitung und Durchführung einer Bedarfserfassung

Klärung der Rahmenbedingungen und Ressourcen vor Ort:

- Welche zeitlichen, finanziellen und personellen Ressourcen stehen für die Durchführung zur Verfügung?
- Welche Akteur*innen sind an der Durchführung beteiligt (z.B. Kommune, Akteur*innen aus der Seniorenarbeit oder dem Gesundheitsbereich)?
- Wer verfügt über welches Wissen z.B. in Bezug auf Methoden, Datenerhebung, Datenauswertung?

Klärung von Ziel, Zielgruppe und Fragestellung(en) der Bedarfserfassung:

- Was ist das Ziel der Bedarfserfassung?
- Aus welcher Perspektive sollen die Bedarfe erfasst werden (z.B. Bürger*innen, Expert*innen, professionelle Anbieter*innen)?
- Wer ist / sind die Zielgruppe(n)?
- Welche Fragestellungen sollen durch die Bedarfserfassung beantwortet werden?
- Gibt es bereits vorliegende aktuelle Daten und Informationen, auf die im Vorfeld zurückgegriffen werden kann?

Auswahl der Methoden für die Bedarfserfassung:

- Welche Methoden eignen sich, um die Fragestellung(en) zu beantworten? Passt die Methode zum Ziel?
- Ist eine Kombination von mehreren (quantitativen und qualitativen) Methoden aufgrund der Fragestellung(en) erforderlich?
- Welche Methoden eignen sich für die Zielgruppe(n)? Mit welchen Methoden kann / können die Zielgruppe(n) erreicht werden?
- Welche Methoden können angesichts der Rahmenbedingungen und Ressourcen vor Ort umgesetzt werden?

**PRAXIS-TIPP:****Kooperationspartner*innen vor Ort in die Bedarfserfassung miteinbeziehen**

Für die Durchführung einer Bedarfserfassung ist es förderlich, mit Kooperationspartner*innen vor Ort (z.B. Kommune, Praxispartner*innen oder Interessenvertretungen) zusammenzuarbeiten, die als Ansprechpartner*in für die Bürger*innen bei Fragen fungieren können. Dadurch kann die Akzeptanz des Vorhabens und die Bereitschaft und Motivation der Zielgruppe, sich bspw. an einer schriftlichen Befragung zu beteiligen, erhöht werden.

**PRAXIS-TIPP:****qualitative und quantitative Methoden kombinieren**

Abhängig von der Fragestellung ist es sinnvoll, verschiedene Methoden (quantitativ und qualitativ, klassisch und beteiligungsorientiert) zu kombinieren, sodass sich die Ergebnisse ergänzen können. Zu beachten ist, dass bei der Anwendung von qualitativen und quantitativen Methoden entsprechende professionelle Methodenkenntnisse der empirischen Sozialforschung notwendig sind, die durch Fachpersonen abzudecken sind. Empfehlenswert kann die Zusammenarbeit mit örtlichen Hochschulen sein, die die Planung und Durchführung der empirischen Arbeiten z.B. im Rahmen von Lehrforschungsprojekten oder Qualifizierungsarbeiten unterstützen können.

Was sind quantitative Methoden?

Unter quantitativer Forschung wird verstanden, dass die Realität in Zahlen wiedergegeben wird. Gegebenheiten werden messbar gemacht und anhand statistischer Analysen untersucht (Raithel 2008). Dies geschieht durch standardisierte schriftliche Befragungen mittels Fragebögen (Diekmann 2017), sodass eine Vielzahl an Personen befragt werden kann (Schumann 2018). Das Ziel quantitativer Forschung ist es, Verhalten vorherzusagen oder Möglichkeiten zu erkennen, die verbessert werden könnten (ebd.).

Qualitative Methoden

Die qualitative Forschung betrachtet im Vergleich zur quantitativen Forschung den Mensch als Ganzes. Dabei werden Einzelfälle untersucht, um Erkenntnisgewinne zu ermitteln. Das Ziel qualitativer Forschung ist es, die Alltagsituationen der Individuen zu „verstehen“ und aufgrund dessen ihre



Lage oder die Lage anderer zu verbessern (Schumann 2018). Qualitative Methoden, d.h. nicht- bzw. teilstandardisiertes Vorgehen, sind beispielsweise Leitfadeninterviews, narrative Interviews oder Gruppendiskussionen (Diekmann 2017).

3.2.1 Baustein 1: Überblick verschaffen

a) Dokumentenanalyse

Bevor Methoden zur Datengewinnung umgesetzt werden, ist es hilfreich, sich einen ersten Überblick über den Ist-Zustand, insbesondere die demografischen und infrastrukturellen Rahmenbedingungen in der Projektregion zu verschaffen. Dazu können bereits vorliegende aktuelle statistische Daten, Informationen und Dokumente, die bspw. durch die Stadt oder von den für die Zielgruppe relevanten Praxisakteur*innen (z.B. Seniorenbeirat) zur Verfügung gestellt werden, im Rahmen einer **Dokumentenanalyse** (Döring & Bortz 2016a) ausgewertet werden. Dies bietet den Vorteil, einen guten Überblick über Rahmenbedingungen und Strukturen vor Ort zu erhalten. Die Erkenntnisse können in die Entwicklung von Erhebungsinstrumenten bzw. in die Umsetzung der einzelnen Methoden miteinfließen.

Dokumentenanalyse

In die Dokumentenanalyse werden Dokumente einbezogen, die unabhängig vom Forschungsprozess entstanden sind (Döring & Bortz 2016a). Dokumente können sowohl gedruckt oder in handschriftlicher Form auf Papier als auch auf Datenträgern oder elektronischen Medien vorliegen. Hierzu gehören z.B.

- offizielle Dokumente (Hand- und Jahrbücher, Zeitschriften, Zeitungen, Broschüren)
- interne Dokumente öffentlicher / privater Organisationen bzw. Unternehmen (Akten, Statistiken, Gesprächsprotokolle, Arbeitsmaterialien) (Salheiser 2019).



Im Projekt „Gesundheitszentrum Spork“ sind in die Dokumentenanalyse folgende Dokumente eingeflossen, die von der Stadt Bocholt, vom Seniorenbeirat und dem Verein Leben im Alter e.V. zur Verfügung gestellt wurden:

- Ergebnisse von Bedarfserhebungen, Strukturanalysen, Stadtkonferenzen einzelner Stadtteile, die u.a. im Kontext von lokalen Projekten der Quartiersentwicklung entstanden sind,
- Kommunaler Seniorenplan,
- Daten zur Bevölkerungsstruktur in Bocholt,
- Daten zum Gesundheitszustand (ICD-10) NRW Kreis Borken (Quelle: Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) Statistisches Landesamt; Referat 512 „Statistiken des Gesundheitswesens, Pflegeversicherung“)

b) Quartiersbegehungen

An eine Dokumentenanalyse anschließend empfiehlt es sich, **Quartiersbegehungen** durchzuführen, um einen ersten Überblick über die räumliche Infrastruktur der am Projekt beteiligten Stadtteile zu erhalten und Potenziale und ggf. vorhandene Schwachstellen zu ermitteln. Solche Begehungen verfolgen das Ziel, „[...] möglichst viele Eindrücke zu sammeln, um die (unterschiedlichen) Qualitäten von Orten wahrzunehmen“ (Deinet 2009, 66). Die Kontaktaufnahme zur Zielgruppe steht dabei nicht im Vordergrund, vielmehr soll eine Beobachterrolle eingenommen werden, um die Atmosphäre und Orte im Stadtteil auf sich wirken zu lassen, die Bedeutung für die Zielgruppe festzustellen und Rückschlüsse für das eigene Vorhaben zu ziehen. Die Kenntnis relevanter Strukturdaten der einzelnen Stadtteile (z.B. Altersstruktur, Migrationsanteil) kann für die Begehung hilfreich sein und die Einordnung der Eindrücke vor Ort erleichtern und erste Interpretationen unterstützen (Deinet 2009; Knopp 2009). Besonders wirkungsvoll sind Quartiersbegehungen, wenn sie mit anderen Methoden (z.B. Beobachtung, Interviews, Fotografie, Erkundung mit Stadteilexpert*innen, Nadelmethode) im Prozess der Bedarfserfassung kombiniert werden (Früchtel et al. 2013).



Da im Projekt „Gesundheitszentrum Spork“ bereits Informationen aus vorherigen Quartiersspaziergängen mit Bürger*innen vorlagen, wurden die Stadtteilbegehungen ohne Bürgerbeteiligung allein vom Projektteam durchgeführt, um die Gegebenheiten der einzelnen Stadtteile im Projektgebiet kennenzulernen. Die vorhandenen Dokumente dienten den Projektmitarbeiter*innen dabei als erste Orientierung und lenkten die Aufmerksamkeit auf „wichtige“ Orte sowie Barrieren, die aus Sicht der Bürger*innen bereits identifiziert wurden. Die Begehungen wurden anhand von Notizen und Fotos dokumentiert. Ziel der Begehungen war es, die einzelnen Pilotstadtteile mit ihren charakteristischen Merkmalen kennenzulernen. Es sollten Erkenntnisse über die Infrastruktur (mit besonderem Blick auf den Gesundheitsbereich), die Wohnstruktur, den öffentlichen Raum und Mobilität gewonnen werden.

Um einen Überblick über die Stadtteile zu bekommen, wurden im Projekt stadtteilbezogene Quartierssteckbriefe erstellt. In diese sind zum einen die Ergebnisse der Dokumentenanalyse eingeflossen, die von der Stadt Bocholt, vom Seniorenbeirat und dem Verein Leben im Alter e.V. zur Verfügung gestellt wurden (s. Abschnitt a) Dokumentenanalyse). Zum anderen wurden die Ergebnisse der Quartiersbegehungen einbezogen. Die Themen der Steckbriefe und wesentliche Erkenntnisse sind in Tabelle 3 dargestellt.

**Tabelle 3: Übersicht Themen und Erkenntnisse der Quartierssteckbriefe**

Thema	wesentliche Erkenntnisse über die Pilotstadtteile		
Infra- und Wohnstruktur	<ul style="list-style-type: none">• ländliche Stadtteile, die landwirtschaftlich geprägt sind• neben Ein- und Mehrfamilienhäusern gibt es auch Bauernschaften• keine niedergelassenen Ärzte, keine Angebote der gesundheitlichen Versorgung (z.B. Apotheke) und kein Einzelhandel in den Stadtteilen vorhanden		
Altersstruktur ¹⁰	Pilotstadtteile	Anzahl Einwohner*innen gesamt	Personen ab 45 Jahren
	Lowick	3989	2064
	Suderwick	1991	1001
	Holtwick	1461	800
	Spork	972	517
	Liedern	925	486
	Hemden	834	429
öffentlicher Raum ¹¹	<ul style="list-style-type: none">• an Straßen fehlen Absenkungen für Rollator- und Rollstuhlbenutzer*innen• Beleuchtung am Radweg fehlt• Radwege teilweise nicht vorhanden• Querungshilfen an Straßen einrichten• Sitzgelegenheiten an öffentlichen Orten fehlen; Sitzgelegenheit mit unterschiedlichen Höhen errichten• keine öffentlichen Toiletten vorhanden		

10 vgl. Stadt Bocholt (2017). Wussten Sie schon ...Statistische Zahlen bergen so manche Überraschung. Online verfügbar unter: https://www.bocholt.de/fileadmin/DAM/Fachbereich_11/Dokumente/Statistik/Wussten_Sie_schon/bocholt_rathaus_stadtentwicklung_statistik_wussten_sie_schon_broschuere.pdf (20.02.2020).

11 vgl. Seniorenbeirat Stadt Bocholt (2009). Seniorenplan. Ergebnisse der Stadtteilbegehungen und Stadtteilkonferenzen (unveröffentlichte Dokumente).



<p>Mobilität¹²</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ausweitung der Busverbindung in das Zentrum bzw. in andere Stadtteile gewünscht • Bushaltestellen mit Sitzgelegenheiten mit unterschiedlichen Sitzhöhen ausstatten • Haltestellen teilweise nicht als Haltestelle erkennbar • Niveauanhebungen für Rollator- / Rollstuhlnutzer*innen an Bushaltestellen fehlen • teilweise fahren Busse nur auf Anforderung
<p>abgeleitete Fragen aus den Quartiersbegehungen für die Interviews mit Bürger*innen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wie sieht die Verkehrsanbindung in die Innenstadt / nach Spork aus? • Wie weit entfernt sind die nächsten Geschäfte, Gesundheitsangebote / (Fach-)Ärzte? Sind diese mit dem ÖPNV erreichbar? Wie kommen ältere Bürger*innen dort hin, wenn sie mobilitätseingeschränkt sind? • Wohin orientieren sich die Bürger*innen, um gesundheitliche Angebote / Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen (Lage der Angebote zur gesundheitlichen Versorgung)? • Wo liegen die Bedürfnisse der ansässigen Bewohner*innen? Welche Gesundheitsangebote / Dienstleistungen brauchen die Bürger*innen vor Ort? • Inwieweit würden die Bürger*innen das Gesundheitszentrum in Spork nutzen? Welche Angebote wären attraktiv? • Wie kann man Bürger*innen vor Ort gut erreichen? • Wie kann man Interessierte für die Gesundheitsbegleitung im Gesundheitszentrum gewinnen?

Quelle: FfG 2019, eigene Darstellung

¹² vgl. ebd.



Hinweise für Quartiersbegehungen

Quartiersbegehungen sind eine hilfreiche Methode, um sich selbst ein „Bild“ über den Stadtteil zu machen. Dabei ist es nützlich, folgende Hinweise zu beachten (Deinet 2009):

- die Durchführung ist mit einem zeitlichen Aufwand verbunden (Vor- und Nachbereitung, eigentliche Begehung vor Ort)
- die Ergebnisse der Begehung sind zeitnah zu dokumentieren, z.B. Beobachtungsbögen, Steckbriefe

c) leitfadengestützte Telefoninterviews mit Bürger*innen

Um die Ergebnisse der Quartiersbegehungen zu reflektieren, wurden mit einem/r Bürgervertreter*in aus jedem Stadtteil **leitfadengestützte Telefoninterviews** durchgeführt. Diese Schlüsselpersonen wurden mithilfe des Vereins Leben im Alter e.V. ermittelt, der auch die erste Information dieser Personen übernahm und die Kontaktaufnahme anbahnte, sodass eine hohe Bereitschaft zur Teilnahme sowie eine Offenheit für die Befragung erzielt werden konnte. Aus den Interviews sollten Erkenntnisse darüber gewonnen werden,

- wie die Bürger*innen ihren Stadtteil selbst beschreiben,
- wie gesundheitliche Versorgungsstrukturen aussehen,
- wo die gesundheitlichen Bedarfslagen der Bürger*innen liegen,
- wie sich der Öffentliche Personennahverkehr gestaltet,
- wie Bürger*innen für Beteiligungsstrukturen erreicht werden können,
- wie Interessierte für die ehrenamtliche Gesundheitsbegleitung¹³ gewonnen werden können.

13 Zum ehrenamtlichen Begleitungsansatz siehe Band 3.



Was ist unter einem Interview zu verstehen?

„Unter einer wissenschaftlichen mündlichen Befragung bzw. einem wissenschaftlichen Interview [...] verstehen wir die zielgerichtete, systematische und regelgeleitete Generierung und Erfassung von verbalen Äußerungen einer Befragungsperson (Einzelbefragung) oder mehrerer Befragungspersonen (Paar-, Gruppenbefragung) zu ausgewählten Aspekten ihres Wissens, Erlebens und Verhaltens in mündlicher Form. Interviews können im persönlichen Face-to-Face-Kontakt sowie telefonisch (fern-mündlich) oder online (schriftliche Mündlichkeit) durchgeführt werden“ (Döring & Bortz 2016a).

Die befragten Schlüsselpersonen lieferten zu Beginn des Projekts einen ersten Eindruck zum Stand der gesundheitlichen Versorgung in den einzelnen Pilotstadtteilen sowie zu den Bedarfslagen der Bürger*innen. Für die Durchführung der Interviews wurde ein Leitfaden genutzt, der (Erzähl-)Aufforderungen und explizit vorformulierte Fragen enthielt (Helfferich 2019) und folgende Themen adressierte:

- Ausgangslage im Stadtteil
- gesundheitliche Versorgungsstruktur
- gesundheitliche Bedarfslagen
- Gesundheitsbegleiter*innen im Gesundheitszentrum.

Hinweise zur Erstellung eines Interviewleitfadens

- Vor dem Gespräch ist es hilfreich, die interessierenden Fragen in einem Leitfaden zusammenzustellen.
- Der Leitfaden strukturiert die Gesprächsführung im Interview, schafft Struktur in der Erzählsituation und unterstützt dabei, nicht vom eigentlichen Forschungsinteresse abzuweichen.
- Durch die Nutzung eines Interviewleitfadens kann sichergestellt werden, dass alle wichtigen Aspekte, die zur Beantwortung der Forschungsfragen relevant sind, angesprochen werden.



- Gleichzeitig ist Offenheit ein zentrales Merkmal der qualitativen Interviewführung. D.h., dass die Interviewpersonen Raum bekommen, „[...] das zu sagen, was sie sagen möchten, dass sie z.B. das ansprechen können, was ihnen selbst wichtig ist, dass sie ihre eigenen Begriffe verwenden können“ (Helfferich 2019, 672).
- Der Leitfaden gibt Fragen vor, muss jedoch nicht vollständig „abgearbeitet“ werden, d.h. je nach Interviewsituation und Antwortverhalten der Interviewpartner*innen können Fragen vorgezogen, übersprungen oder vertieft werden (Döring & Bortz 2016a).

Im Rahmen des Projektes erfolgte die Befragung der Schlüsselpersonen kurzfristig nach der Quartiersbegehung telefonisch, da dies gegenüber der persönlich-mündlichen Befragung zeitsparender war (Hüfken 2019). Die Auswertung der leitfadengestützten Interviews erfolgte inhaltsanalytisch (zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse) und orientierte sich an den Themen des Leitfadens.

PRAXIS-TIPP:

Durchführung und Auswertung eines (Telefon-)Interviews



- Um Bürger*innen als potenzielle Interviewpartner*innen zu gewinnen, ist es förderlich, einen gut vernetzten Praxispartner vor Ort in die Rekrutierung einzubeziehen, der als „Gatekeeper“ den Zugang ermöglicht.
- Der Zeitraum zwischen der Terminvereinbarung und dem eigentlichen Gespräch sollte möglichst kurz sein, um Absagen zu verhindern.
- Die Interviewperson ist im Rahmen der ersten Kontaktaufnahme über Sinn und Zweck des Gesprächs zu informieren.
- Der Interviewperson ist eine Einverständniserklärung vorzulegen bzw. postalisch zuzuschicken, die darauf hinweist, dass die Teilnahme an der Befragung freiwillig ist, die Daten anonymisiert werden und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden.



- Der Interviewleitfaden sollte zielgruppengerecht gestaltet werden (in Bezug auf Inhalt, Formulierung der Fragen und Länge).
- Es empfiehlt sich, das Gespräch mit einem Aufnahmegerät aufzuzeichnen. Hierfür ist die vorherige Zustimmung der Interviewperson einzuholen.
- Die Tonaufnahme des Gesprächs kann im Anschluss verschriftlicht werden und dieser Text für die Auswertung genutzt werden.
- Ziel der Auswertung ist es, die Hauptinhalte des umfangreichen Gesprächsmaterials zusammenzufassen (Döring & Bortz 2016a; Kuckartz 2016) und die jeweils interessierende Fragestellung zu beantworten.

3.2.2 Baustein 2: Bedarfe der Bürger*innen ermitteln

Ziel der schriftlichen Befragung

Die qualitativen Verfahren, die in Baustein 1 eingesetzt wurden, lieferten projektrelevante Informationen und ermöglichten es, einen ersten Überblick zur Ausgangslage der Stadtteile zu erhalten. Die Ergebnisse basierten jedoch auf kleinen Fallzahlen und bildeten dementsprechend einen nicht repräsentativen Ausschnitt ab. Damit die Einschätzung möglichst vieler Bürger*innen zum Bedarf an medizinischen und gesundheitsfördernden / präventiven Angeboten sowie ihre Anforderungen an und ihre Bereitschaft zur Inanspruchnahme der geplanten Angebote des Gesundheitszentrums eingeholt werden konnte, wurde eine **schriftliche Befragung** in allen beteiligten Pilotquartieren durchgeführt. Durch das quantitative Vorgehen und den Einsatz eines Fragebogens war eine Betrachtung vieler Fälle möglich und es konnten Aussagen über eine große Zielgruppe getroffen werden (Burzan 2015). Die Bedarfsanalyse zielte darauf, die Sicht der (älteren) Bürger*innen (ab 45 Jahre) zu erfassen, die als potenzielle Nutzer*innen des Gesundheitszentrums angesehen wurden. Die Ergebnisse der Bedarfsanalyse bildeten eine wichtige Grundlage für die Entwicklung eines nutzerorientierten und bedarfsgerechten Gesundheitszentrums mit zielgruppengerechten Angeboten.



Entwicklung und Inhalte des Fragebogens

Der Fragebogen für die schriftliche Befragung der Bürger*innen der sechs beteiligten Quartiere wurde zum einen auf der Grundlage der Ergebnisse der zuvor beschriebenen Erhebungen (Baustein 1: Dokumentenanalyse, Quartiersbegehungen und Interviews mit Bürger*innen) entwickelt. Zum anderen wurde eine Literaturrecherche zu etablierten Fragebögen / Frageitems zum Thema Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention durchgeführt. Die Konzeption des Erhebungsinstruments orientierte sich an den folgenden Fragestellungen:

- Wie stellt sich die Ausgangssituation an medizinischen und gesundheitsfördernden / präventiven Angeboten im ländlichen Raum dar und welche Angebote werden von den Bürger*innen vor Ort benötigt?
- Wie gestaltet sich die gesundheitliche Versorgung vor Ort und welcher Bedarf besteht?
- Welche Unterschiede ergeben sich in Bezug auf bestimmte Zielgruppen, z.B. Personen mit langandauernder Krankheit bzw. einem langandauerndem gesundheitlichen Problem, pflegende Angehörige?
- Welches Gesundheitsverhalten und welche Gesundheitskompetenz weisen die Bürger*innen in den beteiligten Quartieren auf?

Insgesamt beinhaltete der Fragebogen 31 Fragen. Neben soziodemografischen Merkmalen (Haushaltskonstellation, Alter, Geschlecht etc.) und arbeitsbezogenen Merkmalen (berufliche Stellung, Qualifikation etc.) umfasste das Befragungsinstrument verschiedene Themen zur gesundheitlichen Versorgung. Darüber hinaus wurde auch das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskompetenz sowie die Mobilität und Infrastruktur thematisiert (vgl. Tab. 4).



Tabelle 4: Themen und Beispielfragen Fragebogen

Themen Fragebogen	Beispielfragen
<p>Gesundheitsverhalten und Gesundheitskompetenz</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand im Allgemeinen einschätzen? • Haben Sie sich schon einmal über Themen der Gesundheit informiert? • Über welche Gesundheitsthemen haben Sie sich informiert? Woher haben Sie Ihre Informationen? • Machen Sie etwas, um sich gesund zu halten? Wenn ja, was? • Haben Sie eine lang andauernde Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem?
<p>Mobilität und Infrastruktur</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sind Sie selbst in Ihrer Mobilität eingeschränkt? • Welche Angebote würden Ihnen oder mobilitätseingeschränkten Personen aus Ihrem Umfeld helfen, Alltagsaktivitäten (z.B. Einkaufen, Arztbesuche) wieder wahrnehmen zu können?
<p>Gesundheitliche Versorgung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wie zufrieden sind Sie mit der Erreichbarkeit der folgenden Ärzte und gesundheitlichen Dienstleistungen in Ihrem Umfeld? • Haben Sie in den letzten 12 Monaten einen der folgenden Ärzte oder eine der folgenden gesundheitlichen Dienstleistungen in Anspruch genommen?



Gesundheitsangebote und professionelle Dienstleistungen im Gesundheitszentrum	<ul style="list-style-type: none">• Welche Angebote und Dienstleistungen der gesundheitlichen Versorgung wären für Sie im Gesundheitszentrum wichtig?• Wenn Sie an ehrenamtliche Gesundheitsangebote denken, was ist Ihnen da besonders wichtig?
Aktiv werden im Gesundheitszentrum	<ul style="list-style-type: none">• Können Sie sich vorstellen, ehrenamtlich im Gesundheitszentrum aktiv zu werden? Wenn ja, in welchen Bereichen?• Wie oft können Sie sich vorstellen, ehrenamtlich im Gesundheitszentrum aktiv zu werden?
Angaben zur Person	<ul style="list-style-type: none">• Wie alt sind Sie?• Leben mehrere Personen in Ihrem Haushalt?• Wie ist Ihr Familienstand?• Welche Staatsangehörigkeit(en) haben Sie?• Sind Sie zurzeit berufstätig?• Unterstützen Sie eine Person, die aufgrund des Alters, einer chronischen Krankheit oder einer Behinderung hilfs- oder pflegebedürftig ist?

Quelle: FfG 2019, eigene Darstellung

Im Themenfeld **Gesundheitsverhalten und Gesundheitskompetenz** wurde erfasst, wie die Bürger*innen ihren derzeitigen Gesundheitszustand einschätzen, über welche Themen der Gesundheit sie sich informieren und welche Informationskanäle hierfür genutzt werden. Weiter wurde ermittelt, was die Befragten machen, um sich gesund zu halten und ob sie eine langandauernde Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem haben. Für die Erhebung der Gesundheitskompetenz wurde der European Health Literacy Questionnaire (HLS-EU-Q47)¹⁴ (Schaeffer et al. 2016; Schaeffer et al. 2017) eingesetzt.

14 Es gibt mehrere Instrumente zur Erhebung der Gesundheitskompetenz. Jedoch ist der Fragebogen des European Health Literacy Survey (HLS-EU-Q47) ein erprobtes und häufig eingesetztes Messinstrument (Schaeffer et al. 2018).



**HINTERGRUNDWISSEN:
Was ist Gesundheitskompetenz?**

Mit dem Begriff Gesundheitskompetenz wird in Deutschland der Begriff Health Literacy übersetzt (Schaeffer et al. 2016). Unter Gesundheitskompetenz wird die Motivation und die Fähigkeit von Individuen verstanden, um Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden. Ziel ist es, die Gesundheit und die Lebensqualität zu erhalten oder zu verbessern (Sørensen et al. 2012). Insgesamt werden drei gesundheitsrelevante Bereiche einbezogen: Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In jedem dieser Bereiche werden vier Stadien des Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen unterschieden: Informationen finden, verstehen, beurteilen und anwenden (Pelikan & Ganahl 2017).

Mit dem Instrument wird die subjektiv eingeschätzte Schwierigkeit im Umgang mit Gesundheitsinformationen (Informationen finden, verstehen, beurteilen und anwenden) in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung erfragt. Hieraus ergeben sich 12 Dimensionen (Schaeffer et al. 2016) (vgl. Abb. 4).

Abbildung 4: Dimensionen der Gesundheitskompetenz (Health Literacy HLS-EU-Q47)

Gesundheitskompetenz	Informationen...			
	finden	verstehen	beurteilen	anwenden
Krankheitsbewältigung	Informationen über Krankheitsbewältigung finden	Informationen über Krankheitsbewältigung verstehen	Informationen über Krankheitsbewältigung beurteilen	Informationen über Krankheitsbewältigung anwenden
Prävention	Informationen über Prävention finden	Informationen über Prävention verstehen	Informationen über Prävention beurteilen	Informationen über Prävention anwenden
Gesundheitsförderung	Informationen über Gesundheitsförderung finden	Informationen über Gesundheitsförderung verstehen	Informationen über Gesundheitsförderung beurteilen	Informationen über Gesundheitsförderung anwenden

Quelle: eigene Darstellung nach Schaeffer et al. 2016, 22



HINTERGRUNDWISSEN:

Warum ist die Förderung der Gesundheitskompetenz wichtig?

Aufgrund verschiedener gesellschaftlicher Entwicklungen gewinnt die Förderung der Gesundheitskompetenz an Bedeutung: neben dem Anstieg der Lebenserwartung sind die Zunahme chronischer Erkrankungen, der Wandel der Patientenrolle, die Komplexität des Gesundheitssystems, eine wachsende soziale Ungleichheit, die kulturelle Diversifizierung der Gesellschaft sowie die Informationsflut in der digitalen Informations- und Wissensgesellschaft ausschlaggebend (Schaeffer et al. 2018).

Mit einer eingeschränkten Gesundheitskompetenz können eine schlechtere Ressourcenausstattung und ein höheres Gesundheitsrisiko einhergehen (Schaeffer et al. 2016). Ebenso setzt ein zunehmend komplexer werdendes Versorgungs- und Gesundheitssystem ein Mindestmaß an Gesundheitskompetenz bei den Nutzer*innen voraus. Damit verbunden ist die Annahme, dass eine gute individuelle Gesundheitskompetenz eine bessere Nutzung des Versorgungsangebots unterstützen kann und Bürger*innen darin befähigt werden, aktiv an ihrer Behandlung mitzuwirken (vgl. SVR 2000/01; Gerlinger 2009). Weitere positive Auswirkungen können daraus für das Selbstmanagement chronischer Erkrankungen entstehen, das den Verlauf von Krankheiten günstig beeinflusst (Lange 2018). Folgende Faktoren beeinflussen die Gesundheitskompetenz ungünstig (Schaeffer et al. 2018):

- geringer Bildungsgrad und niedriger sozialer Status
- Migrationshintergrund
- höheres Lebensalter
- chronische Erkrankungen

Der Entwurf des Fragebogens wurde unter den Projektbeteiligten abgestimmt und ein Pretest (Vortest) mit Bürger*innen durchgeführt, um die Verständlichkeit des Erhebungsinstruments zu überprüfen (Burzan 2015; Raithele 2008). Daraus gewonnene Hinweise und Anmerkungen wurden bei der Überarbeitung des Fragebogens berücksichtigt.



PRAXIS-TIPP: Fragebogenentwicklung

- Für die (inhaltliche) Abstimmung des Fragebogens mit allen am Projekt beteiligten Personen sollte genügend Zeit eingeplant werden.
- Vor der Durchführung der schriftlichen Erhebung ist es wichtig, einen Pretest durchzuführen (Burzan 2015). Mit Hilfe eines Pretests kann die Praxistauglichkeit des Fragebogens überprüft werden (z.B. Verständlichkeit von Begriffen / Fragen, Umfang). Der Fragebogen wird von Vertreter*innen der Zielgruppe ausgefüllt, um die Praktikabilität der Durchführung zu überprüfen.

Hilfreiche Literatur zur Durchführung und Auswertung einer schriftlichen Befragung

- Baur, N. & Blasius, J. (2019). Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Wiesbaden: Springer VS.
- Burzan, N. (2015). Quantitative Methoden kompakt. Konstanz, München: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Mayer, H. O. (2013). Interview und schriftliche Befragung. Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung (6., überarbeitete Auflage). München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Raithel, J. (2008). Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs (2., durchgesehene Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Ablauf der Erhebung

In die schriftliche Befragung wurden 3.000 Bürger*innen ab 45 Jahren mit Wohnsitz in den beteiligten Pilotstadtteilen einbezogen. Hierfür wurde eine Zufallsstichprobe aus den Kontaktadressen gezogen, die durch die Stadt Bocholt zur Verfügung gestellt wurden. Der Fragebogen wurde zusammen mit einem Anschreiben, das Informationen zum Projekt und zur schriftlichen Befragung (Hintergrund, Ziel, beteiligte Akteur*innen) sowie Kontaktdaten der



Ansprechpartner*innen enthielt, und einem Freiumschlag für die Rücksendung per Post verschickt. Nach Versand der Fragebögen wurden die Adresslisten der Befragungspersonen zur Wahrung der Anonymität und aus Datenschutzgründen umgehend gelöscht. Auf eine Nachfassaktion bspw. in Form eines Erinnerungsschreibens wurde aus Kosten- und Zeitgründen verzichtet. Stattdessen erfolgte im Vorfeld der Befragung eine umfassende Bewerbung des Projekts und der schriftlichen Befragung. Hierfür wurden zum einen verschiedene Veranstaltungen (z.B. Tag der offenen Tür im Gesundheitszentrum, Zukunftsstadt Bocholt) genutzt. Zum anderen erfolgte eine Bewerbung über die örtliche Presse und über das Internet (z.B. Projekthomepage, Internetseite der Stadt).

Der Fragebogen wurde von insgesamt 376 Personen ausgefüllt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von ca. 13 Prozent. Eine Rücklaufquote bis 20 Prozent bei schriftlichen postalischen Befragungen ohne weitere Nachfassaktionen oder Incentives wird als durchschnittlich bewertet (Diekmann 2017).



PRAXIS-TIPP:

Checkliste für die Durchführung einer schriftlichen Befragung

- ✓ **Erstellung einer Gesamtplanung:** Sobald feststeht, dass eine schriftliche Bedarfsanalyse durchgeführt werden soll, empfiehlt es sich, eine Gesamtplanung zu erstellen, welche die wichtigsten Aktivitäten (siehe die nachfolgenden Arbeitsschritte) mit Bearbeitungszeitraum und angestrebten Ergebnis enthält.
- 1) Entwicklung des Fragebogens:**
- ✓ **Literaturrecherche:** Literaturrecherche zu erprobten Fragebögen / Frageitems zum Thema Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention und Auswertung der Erhebungen aus Baustein 1: Dokumentenanalyse, Quartiersbegehungen und Interviews mit Bürger*innen.
- ✓ **Erstellung und Abstimmung Fragebogenentwurf:** Erstellung eines Fragebogenentwurfs und (inhaltliche) Abstimmung mit allen Projektbeteiligten. Es sind mehrere Überarbeitungsschleifen einzuplanen.
- ✓ **Pretest:** Durchführung eines Pretest, um die Praktikabilität des Fragebogens bei der Durchführung zu überprüfen. Dabei sind evtl. mehrere Überarbeitungsschleifen einzuplanen.



2) Organisation und Planung der schriftlichen Erhebung:

- ✓ **Ausreichendes Zeitbudget für die Organisation und Planung:** Für die Gesamtorganisation und Planung ist genügend Zeit einzuplanen.
- ✓ **Bewerbung der Erhebung:** Um einen möglichst hohen Rücklauf zu erzielen, sollte die schriftliche Befragung bei den Bürger*innen über verschiedene Informationskanäle beworben werden (z.B. Veranstaltungen vor Ort nutzen, „Tag der offenen Tür“, Bewerbung in örtlichen Zeitungen und im Internet).
- ✓ **Ziehung der Zufallsstichprobe:** Die Meldedaten der Bürger*innen können für die Ziehung der Zufallsstichprobe bei der Stadtverwaltung angefragt werden.
- ✓ **Erstellung eines Anschreibens für den Versand des Fragebogens:** Der Fragebogen sollte mit einem Anschreiben versendet werden, das Informationen zum Projekt und zur schriftlichen Befragung (Ziel, Hintergrund, beteiligte Akteur*innen) beinhaltet. Das Anschreiben sollte ebenfalls Kontaktdaten von Ansprechpartner*innen (Telefon und E-Mail Adresse) beinhalten und die Anonymität der Befragten zusichern.
- ✓ **Ausreichend Zeit für den Versand des Fragebogens einplanen:** Je nach Stichprobengröße kann das „Eintüten“ des Fragebogens mit Freiumschlag für den Rückversand in einen Briefumschlag entsprechend Zeit beanspruchen.
- ✓ **Kosten einer Befragung:** Eine schriftliche Befragung ist nicht nur mit einem erhöhten Zeitaufwand verbunden, sondern auch mit Kosten, die es im Vorfeld zu kalkulieren gilt. Zu berücksichtigen sind:
 - Druckkosten für den Fragebogen und das Anschreiben,
 - Kosten für Briefumschläge (Versand und Rückversand),
 - Portokosten für Versand und Rückversand,
 - Kosten für die Bewerbung der Befragung (z.B. Flyer, Plakate).

Auswertung der schriftlichen Befragung

Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung wurden unterteilt nach den einzelnen Themenbereichen des Fragebogens ausgewertet. Die Auswertung erfolgte für die gesamte Stichprobe sowie bei ausgewählten Fragen zielgruppenspezifisch (Geschlecht, Alter, pflegende Angehörige, chronische Erkrankung). Des Weiteren wurde eine Auswertung der Fragen zur Gesundheitskompetenz nach Subgruppen (Geschlecht, Altersgruppen und chronischer Erkrankung) vorge-



nommen. Die aufbereiteten Ergebnisse wurden den Projektbeteiligten sowie dem wissenschaftlichen Begleitgremium vorgestellt und diskutiert. Außerdem wurden die Ergebnisse im Rahmen von Fachtagungen und Publikationen verbreitet und zur Diskussion gestellt.

Im Folgenden werden exemplarisch Ergebnisse der Bedarfsanalyse dargestellt. Zunächst erfolgt eine Beschreibung der Stichprobe der schriftlichen Befragung (Abschnitt a). Die Ergebnisse zu einzelnen Themenbereichen des Fragebogens folgen in den Abschnitten b bis d. Anschließend werden für eine nutzerorientierte und bedarfsgerechte Angebotsentwicklung relevante Erkenntnisse aus der Befragung vorgestellt (Abschnitt e).

PRAXIS-TIPP:

Auswertung der schriftlichen Befragung



- Für die Auswertung schriftlicher Befragungen gibt es Software (z.B. SPSS, Stata), die den Auswertungsprozess erleichtert.
- Mit Hilfe der Software können Ergebnistabellen, Grafiken etc. erstellt werden (Burzan 2015).

a) Beschreibung der Stichprobe der schriftlichen Befragung

Die Beschreibung der Stichprobe ermöglicht es, die Ergebnisse der Befragung vor dem Hintergrund der Lebensumstände der befragten Personen einordnen zu können. Weiter können aus den soziodemografischen Merkmalen der Bevölkerung erste Hinweise für die Angebotsgestaltung für unterschiedliche Zielgruppen abgeleitet werden.

Das Profil der Befragungsteilnehmer*innen kann wie folgt beschrieben werden:

- Mehr als die Hälfte der Befragten ist weiblich (57,6 %). 42,4 % gehören dem männlichen Geschlecht an.



- Die meisten Befragten gehören der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen an (64,6 %), gefolgt von 28,4 %, die zwischen 65 Jahre und 79 Jahre alt sind. 7 % der befragten Bürger*innen sind 80 Jahre und älter. Das durchschnittliche Alter der Befragten liegt bei 62 Jahren.
- Nur 4,8 Prozent der befragten Personen besitzen eine andere Staatsangehörigkeit. Dies zeigt, dass Migrationshintergrund kein ausgeprägtes Merkmal in dieser Stichprobe ist. Mit 95,2 Prozent besitzen fast alle Befragungsteilnehmer*innen die deutsche Staatsangehörigkeit.
- Die Mehrheit der befragten Personen lebt in einem Mehr-Personen-Haushalt (92,2 %) und ist verheiratet (84,3 %).
- Mit einem Anteil von 54,4 Prozent ist mehr als die Hälfte der Befragten berufstätig. Die Gruppe der Nicht- Erwerbstätigen setzt sich mehrheitlich aus Rentner*innen bzw. Pensionär*innen (78,8 %) zusammen.
- Mehr als ein Drittel der Stichprobe (34 %) unterstützt eine hilfs- oder pflegebedürftige Person im eigenen bzw. außerhalb des eigenen Haushalts. Dabei sind es fast doppelt so viele Frauen (67,5 %) wie Männer (32,5 %), die pflegende bzw. unterstützende Aufgaben übernehmen.
- In der Mobilität eingeschränkt zu sein geben 15 Prozent der Befragten an. Einschränkungen, die sich dadurch in den Alltagsaktivitäten (z.B. Besuch von Gesundheitsangeboten, Arztbesuch) ergeben, werden von 52,8 Prozent der Befragten genannt.
- Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (52,2 Prozent) gibt an, eine lang andauernde Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem zu haben und sich dadurch in ihrem Alltag eingeschränkt zu fühlen. Dabei zeigen die Ergebnisse, dass die Häufigkeit chronischer Erkrankungen mit dem Alter zunimmt.

b) Gesundheitsverhalten und Gesundheitskompetenz

63 Prozent der befragten Bürger*innen bewerten ihren derzeitigen Gesundheitszustand mindestens gut (vgl. Abb. 5). Mit zunehmendem Alter schätzen vor allem die 65- bis 79-Jährigen (45,1 %) und 80-Jährigen und Älteren (62,5 %)



ihren Gesundheitszustand mittelmäßig bzw. schlecht ein. Zwischen den Geschlechtern zeigen sich keine großen Unterschiede in der Bewertung des Gesundheitszustands. 62,4 Prozent der befragten Frauen und 62,1 Prozent der befragten Männer bewerten ihren aktuellen Gesundheitszustand mit (sehr) gut.

Abbildung 5: Bewertung des Gesundheitszustands, in %, n = 375



Quelle: FfG 2017, eigene Erhebung: Bedarfsanalyse Bocholt

Die Mehrheit der befragten Bürger*innen (85,7 %) hat sich Informationen zu verschiedenen Themen der Gesundheit eingeholt. Hierzu gehören die folgenden Themen (Mehrfachnennungen):

- körperliche Bewegung (80,6 %),
- Ernährung (60,9 %),
- Gesundheitsvorsorge, Vorbeugung von Krankheiten (58,8 %),
- Stress und Entspannung (43,8 %),
- Herzgesundheit bzw. Herz-Kreislauf-Erkrankungen (36,6 %),
- Naturheilverfahren bzw. alternative Heilmethoden (27,8 %).



Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts zeigen sich bei den Themen „Stress und Entspannung“ (Frauen: 50,3 %; Männer: 34,9 %), „Naturheilverfahren bzw. alternative Heilmethoden“ (Frauen: 35 %; Männer: 18,3 %), „Homöopathie“ (Frauen: 32,2 %; Männer: 11,9 %) und „Hautpflege“ (Frauen: 20,8 %; Männer: 7,1 %). Zum Thema „Herzgesundheit, Herz-Kreislauf-Erkrankungen“ haben sich mehr Männer (49,2 %) als Frauen (27,3 %) informiert.

Dabei werden vor allem die folgenden Informationskanäle genutzt (Mehrfachnennungen):

- (Haus-)Ärzte (64,6 %),
- Fernsehen (z.B. Gesundheitssendungen, Reportagen) (46,1 %),
- Internet (46,1 %),
- Ratgeberzeitschriften (40,8 %),
- Krankenkassen-Broschüren / - Zeitschriften (34,8 %),
- Zeitschriften (27,6 %),
- Tageszeitung (23,8 %).

Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung zeigen, dass Männer (79,2 Prozent) sich im Vergleich zu Frauen (54,6 Prozent) häufiger bei (Haus-)Ärzten über verschiedene Gesundheitsthemen informieren. Hingegen nutzen Frauen häufiger als Männer Gespräche im privaten Umfeld (Frauen: 55,7 Prozent; Männer: 37,6 Prozent), Präventionskurse (Frauen: 25,7 Prozent; Männer: 9,6 Prozent) sowie Krankenkassen-Broschüren / -Zeitschriften (Frauen: 39,3 Prozent; Männer: 27,2 Prozent), um sich zu informieren.

Die deutliche Mehrheit der Befragungsteilnehmer*innen (90,5 %) gibt an, bereits etwas für die eigene Gesundheit zu machen. Abbildung 6 zeigt, welche Angebote von den Befragten für die eigene Gesundheitsförderung genutzt werden.



Abbildung 6: Nutzung von Gesundheitsangeboten (Mehrfachnennungen), in %



Quelle: FfG 2017, eigene Erhebung: Bedarfsanalyse Bocholt

Für die Auswertung der Fragen zur Gesundheitskompetenz wurde der Health Literacy Index berechnet. Anhand diesem können vier verschiedene Kompetenz-Levels definiert werden: inadäquat und problematisch, die zur Kategorie eingeschränkte Gesundheitskompetenz zusammengefasst werden können, sowie ausreichend und exzellent (Schaeffer et al. 2016). Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung zeigen, dass besonders chronisch kranke Menschen (54 %) und ältere Menschen (45- bis 64 Jahre: 52 %; 65- bis 79 Jahre: 57 %; 80 Jahre und älter: 60 %) über eine problematische Gesundheitskompetenz verfügen. Des Weiteren sind folgende Aspekte einer inadäquaten bzw. problematischen Gesundheitskompetenz zu benennen:

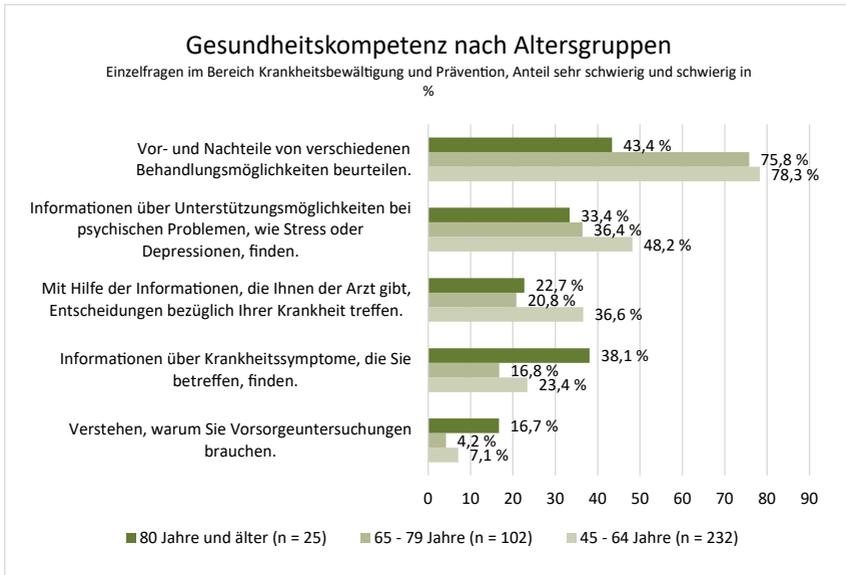
- Schwierigkeiten haben chronisch Erkrankte besonders, wenn es darum geht, Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten einzuschätzen (77,5 %).
- Für mehr als die Hälfte der chronisch Erkrankten ist es problematisch, die eigenen Lebensverhältnisse, die Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden haben, zu beeinflussen (58,4 %).



- Ebenso fällt es dieser Personengruppe schwer, Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen zu finden (48,3 %) und zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit der eigenen Gesundheit zusammenhängen (41,2 %).

Unterschiede in der Gesundheitskompetenz lassen sich zudem differenziert nach Altersgruppen feststellen (vgl. Abb. 7):

- So haben (mehr) als drei Viertel der Befragten bis zum Alter von 79 Jahren (45- bis 64 Jahre: 78,3 %; 65- bis 79 Jahre: 75,8 %) Probleme mit der Beurteilung von Vor- und Nachteilen von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten hat. Bei den 80-Jährigen und älteren Personen liegt der Anteil bei 43,4 Prozent.
- Das Finden von Informationen zur Förderung der psychischen Gesundheit bereitet Personen im Alter von 45- bis 64 Jahren (48,2 %) mehr Schwierigkeiten als Angehörigen der älteren Altersgruppen (65- bis 79-Jährige: 36,4 %; 80-Jährigen und ältere: 33,4 %).
- Mit Hilfe der Informationen vom Arzt Entscheidungen bezüglich der eigenen Erkrankung zu treffen, bereitet mehrheitlich den Personen der Altersgruppe 45- bis 64 Jahre (36,6 %) Probleme (65- bis 79-Jährige: 20,8%; 80-Jährigen und Ältere: 22,7 %).
- Sich Informationen über Krankheitssymptome, die einen persönlich betreffen, einzuholen, fällt im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen den Personen ab 80 Jahren (38,1 %) schwer (45- bis 64-Jährige: 23,4 %; 65- bis 79- Jährige: 16,8 %).

**Abbildung 7: Gesundheitskompetenz nach Altersgruppen**

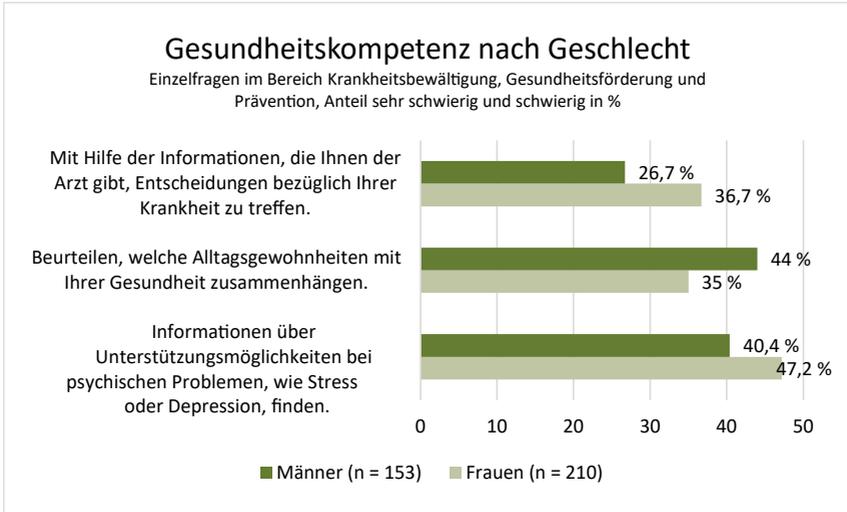
Quelle: FfG 2017, eigene Erhebung; Bedarfsanalyse Bocholt

Weitere Unterschiede in der Gesundheitskompetenz ergeben sich zwischen Frauen und Männern (vgl. Abb. 8).

- Mehr als ein Drittel (36,7%) der Frauen erleben es als schwierig, mit Hilfe von Informationen, die der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich der eigenen Krankheit zu treffen. Bei den Männern bewerteten dies 26,7 Prozent als problematisch.
- Ebenso bereitet das Finden von Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen mehr Frauen (47,2 %) als Männern (40,4 %) Probleme.
- Ein umgekehrtes Bild zeigt sich, wenn es um die Beurteilung von Alltagsgewohnheiten geht, die mit der Gesundheit zusammenhängen. Dies finden 44 Prozent der Männer schwierig. Bei den Frauen sind es etwas mehr als ein Drittel (35 %).



Abbildung 8: Gesundheitskompetenz nach Geschlecht



Quelle: FfG 2017, eigene Erhebung: Bedarfsanalyse Bocholt

c) Mobilität und Infrastruktur

Über die Hälfte der Befragten gab in der schriftlichen Befragung an, dass neben mobilen medizinischen Angeboten (67,1 %) und Hol- und Bringdiensten (64,2 %) auch mobile Gesundheitsangebote (59 %) sowie eine persönliche Begleitung und Unterstützung (56,8 %) helfen würden, Alltagsaktivitäten (wieder) durchführen zu können, besonders wenn Mobilitätseinschränkungen vorhanden sind (vgl. Tab. 5).



Tabelle 5: Unterstützungsangebote für mobilitätseingeschränkte Personen (Mehrfachnennungen)

mobile medizinische Angebote, wie z.B. mobiler Hausarzt, mobile nichtärztliche Praxisassistenten	67,1 %
Hol- und Bringdienste	64,2 %
mobile Gesundheitsangebote	59 %
persönliche Begleitung und Unterstützung	56,8 %
bessere öffentliche Verkehrsmittel (z.B. Anbindung, Taktung, Barrierefreiheit)	43,5 %
Mitfahrgelegenheiten	32,9 %
Fahrdienst mit dem E-Mobil (Elektro-Auto)	21,3 %

Quelle: FfG 2017, eigene Erhebung: Bedarfsanalyse Bocholt

d) Gesundheitsangebote und professionelle Dienstleistungen im Gesundheitszentrum

Die Bedarfsanalyse wurde auch genutzt, um Wünsche der Bürger*innen für die Angebotsentwicklung im Gesundheitszentrum abzufragen. Die folgenden Dienstleistungen werden von mindestens der Hälfte der Befragten als (sehr) wichtig für das Gesundheitszentrum bewertet¹⁵:

- Hausarzt (74,4 %),
- Beratungsangebote für Pflege (69,9 %),
- Sport- und Bewegungsangebote (68,2 %),
- Beratungsangebote für Demenz (66,3 %),
- Beratungsangebote für pflegende Angehörige (66,2 %),
- Beratungsangebote Gesundheit (64,3 %),
- Apotheke (60,1 %),
- Physiotherapie (57,4 %),

¹⁵ Für die Angebotsübersicht des Gesundheitszentrums siehe Handbuch 2.



- Begegnungsangebote (55,5 %),
- Beratungsangebote für Behinderung (54,8 %),
- Gesprächsangebote (54,7 %).

e) Zwischenfazit der Bedarfserfassung und Schlussfolgerungen für die nutzerorientierte Angebotsentwicklung im Gesundheitszentrum

Die Erfassung der Ausgangssituation und der Bedarfe der Bürger*innen an medizinischen und gesundheitsfördernden / präventiven Angeboten vor Ort in den Pilotstadtteilen zu Beginn des Projekts bildeten eine wichtige Datengrundlage für die nutzerorientierte und partizipative Angebotsentwicklung im Gesundheitszentrum. Die Anwendung qualitativer und quantitativer Methoden für die Bestandsaufnahme erwies sich als nützlich. Durch die Dokumentenanalyse, die Quartiersbegehungen und die Interviews mit Bürger*innen konnte zu Beginn des Projekts die Ausgangslage vor Ort in den Pilotstadtteilen abgebildet und bewertet werden. Durch die schriftliche Befragung (Bedarfsanalyse) konnte die Sichtweise einer Vielzahl von Bürger*innen zur aktuellen gesundheitlichen Versorgung erfasst und Hinweise zum individuellen Gesundheitsverhalten sowie zu Anforderungen an das Gesundheitszentrum gewonnen werden. Die Ergebnisse wurden im Projektverbund diskutiert und fortlaufend in den Entwicklungsprozess eingebracht.



PRAXIS-TIPP: Durchführung der Bedarfserfassung in der Praxis

- Förderlich ist es, im Projektverlauf Teilergebnisse regelmäßig im Projektverbund und mit (potenziellen) Anbieter*innen zu reflektieren und zu diskutieren.
- Für den Austausch über die Erhebungsergebnisse mit den Projektbeteiligten sollte ausreichend Zeit eingeplant werden.



Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung der Bürger*innen ab 45 Jahren aus den Pilotquartieren zur Bedarfsanalyse wurden nach Abschluss der Auswertung zusammengefasst und enthielten folgende Anregungen für die Angebotsentwicklung im Gesundheitszentrum (vgl. Tab. 6):

Tabelle 6: Übersicht Anregungen Angebotsentwicklung

Ergebnisse der Befragung	Anforderung	Erläuterung
<ul style="list-style-type: none">• Personen mit einer lang andauernden Krankheit bzw. einem lang andauernden gesundheitlichen Problem: die Hälfte der Betroffenen ist aufgrund chronischer Erkrankung in ihrem Alltag eingeschränkt• pflegende Angehörige: pflegende bzw. unterstützende Aufgaben werden vor allem von Frauen übernommen• mobilitätseingeschränkte Personen: neben einer Begleitung und einem Rollstuhl werden vor allem der Rollator und die Gehhilfe als Hilfsmittel angegeben; Einschränkungen im Alltag ergeben sich vor allem in den Bereichen Einkauf, Arztbesuche, Besuch von Gesundheitsangeboten, Abholen von Medikamenten	<ul style="list-style-type: none">• Zielgruppengerechte Angebote im Gesundheitszentrum entwickeln.	<ul style="list-style-type: none">• Für eine nutzerorientierte und bedarfsgerechte Angebotsentwicklung sind (ältere) Zielgruppen zu berücksichtigen, die aufgrund bestehender gesundheitlicher Risiken bzw. bereits vorhandener Erkrankungen und Einschränkungen besondere Bedarfe aufweisen.



Ergebnisse der Befragung	Anforderung	Erläuterung
<ul style="list-style-type: none"> • Unter den Befragten besteht eine große Offenheit gegenüber und ein hohes Interesse an Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention. • Die deutliche Mehrheit der Befragungsteilnehmer*innen nutzt bereits verschiedene Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention (z.B. Sport- und Bewegungsangebote, Angebote zur Gesundheitsvorsorge und zu gesunder Ernährung). • An folgenden Gesundheitsthemen sind die Bürger*innen besonders interessiert: körperliche Bewegung, Ernährung, Gesundheitsvorsorge, Vorbeugung von Krankheiten, Stress und Entspannung, Herzgesundheit bzw. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Naturheilverfahren bzw. alternative Heilmethoden. • Dennoch schätzt mehr als ein Drittel der befragten Personen (37 %) den eigenen Gesundheitszustand mittelmäßig bis sehr schlecht ein. Und vor allem ältere und chronisch erkrankte Personen weisen eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz auf. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsverhalten und Gesundheitskompetenz der befragten Bürger*innen sind differenziert zu betrachten und passgenaue Angebote für unterschiedliche Ausgangsniveaus zu entwickeln. 	<ul style="list-style-type: none"> • Insgesamt zeigt sich bei einem Großteil der befragten Bürger*innen ein gutes Ausgangsniveau in Bezug auf das Gesundheitsverhalten. Dennoch sind Bedarfe derjenigen Befragten, die subjektiv über eine mittelmäßige bis schlechte Gesundheit berichten sowie Zielgruppen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz zu berücksichtigen. • Neben primärpräventiven Angeboten und Gesundheitsförderung sind deshalb zusätzlich niederschwellige Angebote zur Sensibilisierung für Gesundheitsthemen, zu Gesundheitsinformationen und zur allgemeinen Gesundheitsberatung ebenso erforderlich wie Angebote für (Wieder-)Einsteiger mit bereits vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Kombination von Angeboten der Primär- und Sekundärprävention, Rehabilitation und Gesundheitsförderung).



Ergebnisse der Befragung	Anforderung	Erläuterung
<ul style="list-style-type: none">Für das Gesundheitszentrum werden folgende Angebote und Dienstleistungen der gesundheitlichen Versorgung als wichtig bewertet:<ul style="list-style-type: none">Allgemeinmedizin / HausarztSport- und BewegungsangeboteBeratungsangebote zu verschiedenen Themen (Beratungsangebote für pflegende Angehörige; Beratungsangebote für Demenz, Beratungsangebote für Pflege; Beratungsangebote für Gesundheit; Beratungsangebote für Behinderung)BegegnungsangeboteGesprächsangebotePhysiotherapie	<ul style="list-style-type: none">Angebotswünsche der Bürger*innen berücksichtigen und Anforderungen für die Umsetzung prüfen.	<ul style="list-style-type: none">Die befragten Bürger*innen äußerten insbesondere Bedarf für eine wohnortnahe hausärztliche Versorgung, ergänzt durch Beratungs-, Bewegungs- und Begegnungsangebote sowie therapeutische Angebote.Für die Realisierung der unterschiedlichen Angebotswünsche sind die jeweiligen fachlichen wie sozialrechtlichen Vorgaben zu ermitteln und umzusetzen.Eventuelle Herausforderungen ergeben sich durch aktuelle Vorgaben u.a. für die räumlichen Anforderungen für medizinisch-therapeutische Angebote der Regelversorgung.Das Ergebnis der Prüfung der Umsetzungsmöglichkeiten und die Planung des weiteren Vorgehens und jeweiligen Umsetzungsstandes ist den Bürger*innen mitzuteilen.
<ul style="list-style-type: none">Für Personen, die aufgrund körperlicher bzw. gesundheitlicher Einschränkungen in ihrer Mobilität gehindert sind, werden folgende Angebote als Unterstützung bewertet:<ul style="list-style-type: none">mobile medizinische AngeboteHol- und Bringdienstemobile Gesundheitsangebotepersönliche Begleitung und Unterstützung	<ul style="list-style-type: none">Bei der Angebotsentwicklung im ländlichen Raum sind die Mobilitätsvoraussetzungen der Zielgruppen zu berücksichtigen.	<ul style="list-style-type: none">Es ist zu prüfen, welche (Transport-)Möglichkeiten bestehen, um den Bürger*innen die Nutzung der Angebote und Dienstleistungen trotz Einschränkungen zu ermöglichen.

Quelle: FfG 2017, eigene Erhebung; Bedarfsanalyse Bocholt



Insgesamt zeigen die Ergebnisse der schriftlichen Befragung, dass Angebote für verschiedene Ziel- und Altersgruppen mit unterschiedlichen Bedarfen zu entwickeln sind. Perspektivisch ist es von Vorteil, Angebote in Kooperation mit lokalen Akteur*innen aus dem Gesundheitswesen und der Selbsthilfe umzusetzen, um das Gesundheitszentrum mit seinen Angeboten vor Ort zu vernetzen. Dabei können beide Seiten davon profitieren. Es sind Angebote notwendig, welche die Bürger*innen zum einen darin unterstützen, gesundheitsrelevante Informationen im Bereich Gesundheitsförderung, Prävention und Krankheitsbewältigung zu finden und zu verstehen. Zum anderen sollte es auch darum gehen, die Bürger*innen darin zu stärken, Maßnahmen umzusetzen (Umsetzungsebene), das heißt, Gesundheitshandeln in den Alltag zu integrieren. Angebote, die aus den Empfehlungen entstanden sind, sind in Band 2 zu finden.

3.3 Projektphase 2: Beteiligung an der Angebotsgestaltung und (Weiter-)Entwicklung

Auch im Projektverlauf sollte den Bürger*innen die Möglichkeit gegeben werden, die Entwicklung von Angeboten zu unterstützen und sich aktiv in die Angebotsgestaltung im Gesundheitszentrum einzubringen. Dazu wurden verschiedene Formate und Methoden der Bürgerbeteiligung eingesetzt, die unterschiedlich weitreichende Mitwirkungs- und Entscheidungsmöglichkeiten eröffneten. In der Projektphase zwei wurden Vorstufen von Partizipation realisiert (Baustein 3), aber auch Partizipation und Selbstorganisation (Baustein 4) ermöglicht (vgl. Tab. 7). Die Erfahrungen werden im Folgenden aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung beschrieben; ergänzend werden aus der Reflexion mit dem Praxispartner L-i-A e.V. Hinweise für die Umsetzung gegeben.

**Tabelle 7: Stufen der Partizipation – Umsetzung in Projektphase 2**

Stufe		Umsetzung im Projekt
Vorstufen der Partizipation	3 Information	<i>regelmäßige Öffentlichkeitsarbeit</i> <ul style="list-style-type: none">• fortlaufende Information zum Projekt und den aktuellen Entwicklungen u.a. in der Lokalpresse, lokalen Veröffentlichungsreihen (u.a. Bocholter-Borkener Volksblatt, Monatsmagazin pan), bei lokalen Veranstaltungen• bilaterale Information und Kommunikation durch Mitarbeitende der Koordinierungsstelle¹⁶• peer-to-peer-Information (Information von Interessenten durch Teilnehmende des Gesundheitszentrums)
	4 Anhörung	<i>verschiedene Aktivitäten zur Bürgerbeteiligung im Quartier</i> <ul style="list-style-type: none">• Informationsstände im Quartier• Bürgerveranstaltungen zur Information und Anregung der Mitwirkung
	5 Einbeziehung	<i>Mitwirkung von Bürger*innen und Schlüsselpersonen</i> <ul style="list-style-type: none">• Bürgerbegleitgremium• bilaterale Kontakte u.a. mit Interessenvertretungen der Zielgruppe und Netzwerkpartner*innen

16 Die Koordinierungsstelle im Gesundheitszentrum Spork war in der Projektlaufzeit mit zwei Mitarbeiter*innen des Praxispartners L-i-A e.V. besetzt, die vielfältige Aufgaben zur Organisation und Koordination der Arbeiten übernahmen und engen Kontakt zu den Nutzer*innen pflegten (für eine ausführliche Beschreibung siehe Band 2).



Partizipation	6 Mitbestimmung	<i>Einbringen neuer (ehrenamtlicher) Angebotsideen, Reflexion und Vorbereitung der Umsetzung gemeinsam mit der Koordinierungsstelle</i> <ul style="list-style-type: none"> • bilaterale Kontakte zwischen Schlüsselpersonen und Koordinierungsstelle und themenspezifische Zusammenarbeit
	7 teilweise Übertragung von Entscheidungskompetenz	
	8 Entscheidungsmacht	
Selbstorganisation		<i>Selbstorganisierte Umsetzung von Angeboten im Gesundheitszentrum</i> <ul style="list-style-type: none"> • Planung und praktische Umsetzung eigener (ehrenamtlicher) Angebote im Rahmen des Gesundheitszentrums

Quelle: in Anlehnung an Wright et al. 2010, eigene Darstellung

Um die Nutzer*innen in die Angebotsgestaltung und (Weiter-)Entwicklung einzubinden, wurden im Projekt „Gesundheitszentrum Spork“ verschiedene Methoden angewendet (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: Projektphase 2: Baustein 3 Methoden und Zielsetzung

Projektphase 2: Beteiligung an der Angebotsgestaltung und (Weiter-)Entwicklung		
	Methoden	Zielsetzung
Baustein 3		
Formate der Beteiligung zur Information, Reflexion und Beratung mit Bürger*innen und lokalen Schlüsselpersonen	<ul style="list-style-type: none"> • Info-Stände 	<ul style="list-style-type: none"> • Projektinformationen zum „Gesundheitszentrum Spork“ allgemein und zur ehrenamtlichen Gesundheitsbegleitung • Erfassung von Bedarfen und Wünschen der Zielgruppe • Information und Einladung zur Bürgerveranstaltung



	<ul style="list-style-type: none">• Quartiersspiel¹⁷	<ul style="list-style-type: none">• niedrigschwellige Erhebung von Präferenzen für Gesundheitsangebote im Gesundheitszentrum und von gesundheitsbezogenen Bedarfen
	<ul style="list-style-type: none">• Bürgerveranstaltung	<ul style="list-style-type: none">• Bewertung des Gesundheitszentrums aus Sicht der Bürger*innen: Was gibt es bereits für Angebote im Gesundheitszentrum? Wie werden diese Angebote bewertet? Welche Angebote fehlen? Was sollte verbessert werden?• Entwicklung von Visionen zur persönlichen Gesundheitsversorgung: Was wünschen sich die Bürger*innen vor Ort vor dem Hintergrund des persönlichen Gesundheitszustands?
	<ul style="list-style-type: none">• bilaterale Kontakte: Zusammenarbeit zwischen Schlüsselpersonen und Koordinierungsstelle	<ul style="list-style-type: none">• Reflexion der Projektarbeiten aus Bürger*innen- und Nutzer*innensicht im Sinne des partizipativen Entwicklungsprozesses• Bürger*innen bringen ihre Sichtweise auch als Vertreter*innen der beteiligten sechs Quartiere ein• bilaterale Kontakte: themenspezifische Zusammenarbeit zwischen Schlüsselpersonen und Koordinierungsstelle

Quelle: FfG 2019, eigene Darstellung

17 Weitere Informationen zum Quartiersspiel: <https://www.aq-nrw.de/quartier-gestalten/quartierspiel>



3.3.1 Baustein 3: Information, Reflexion und Beratung des Angebots mit Bürger*innen

3.3.1.1 Öffentlichkeitsarbeit

Damit Bürger*innen an der Gestaltung des Gesundheitszentrums und der Angebote mitwirken können, war eine regelmäßige Information (Partizipationsstufe 3 Information) unerlässlich. Im Rahmen des Modellprojektes haben die Projektpartner*innen dazu Gesundheits- und Versorgungsprobleme der älteren Bevölkerung auf Grundlage einer Literaturanalyse definiert und daraufhin eine erste Vorstellung eines Angebots entwickelt. Diese ersten Ideen bildeten die Grundlage, um potenzielle Nutzer*innen im Rahmen der regelmäßigen Öffentlichkeitsarbeit (u.a. Lokalpresse, lokale Veranstaltungen) über den geplanten Lösungsansatz zu informieren.

Mit den Ergebnissen der Bedarfsanalyse (vgl. Kap. 3.2.2) und den weiteren Projektaktivitäten zur Gewinnung von Anbietern (vgl. Band 2), wurde das Angebot des Gesundheitszentrums weiter konkretisiert und entsprechend auch erste Angebote im Gesundheitszentrum realisiert. Die Bürger*innen wurden über die aktuellen Entwicklungen im Gesundheitszentrum wiederum fortlaufend informiert. Dazu wurden verschiedene Informationskanäle und Formate genutzt:

- Beiträge in der Lokalpresse und einer regionalen Zeitschrift (Monatsmagazin pan¹⁸)
- Informationsschreiben des Gesundheitszentrums: das sog. „Blädeken“, eine gedruckte Termin- und Angebotsinformation, wurde monatlich an alle Haushalte im Stadtteil Spork verteilt
- Veranstaltungskalender des Gesundheitszentrums: dieser war zum einen in gedruckter Form verfügbar und wurde im Projektgebiet und weiteren Bocholter Stadtteilen verteilt; zum anderen war der Veranstaltungskalender auch als digitales Angebot über die Homepage des Gesundheitszentrums einzusehen

18 <https://pan-bocholt.de/>



Darüber hinaus erwies sich die **Koordinierungsstelle** als wichtige Informations- und Kommunikationseinrichtung und Anlaufstelle sowohl für Bürger*innen als auch für Anbieter*innen. Die Mitarbeitenden der Koordinierungsstelle standen interessierten Bürger*innen zu allen Fragen „rund um das Gesundheitszentrum“ und den verschiedenen Angeboten zur Verfügung. Gerade die persönliche Ansprache der Interessent*innen und passgenaue Informationen zu den jeweiligen Angeboten erwiesen sich als bedeutsam und wurden von den Bürger*innen sehr geschätzt. Hierin kann eindeutig ein Mehrwert des Gesundheitszentrums gesehen werden (dies bestätigen auch die Evaluationsergebnisse, vgl. Kap. 3.4).

Des Weiteren ist die Information der Bürger*innen untereinander (peer-to-peer-Ansatz¹⁹, gegenseitige Information unter Gleichaltrigen bzw. Gleichgesinnten) hervorzuheben: einerseits wurden das Gesundheitszentrum und die Angebote von den im Projekt beteiligten lokalen Schlüsselpersonen beworben, die den Bürger*innen bekannt waren und somit guten Zugang zur Zielgruppe hatten. Andererseits erfolgte eine niedrigschwellige Weitergabe von Informationen von bereits teilnehmenden Bürger*innen an Interessent*innen, sodass auch hier durch persönliche Ansprache der Bürger*innen untereinander das Gesundheitszentrum und die Angebote bekannt gemacht wurden.

3.3.1.2 Aktivitäten zur Bürgerbeteiligung im Quartier

Im Projektverbund bestand das Anliegen, mit den Bürger*innen fortlaufend im Austausch zu bleiben. Es sollten Möglichkeiten zur Beteiligung geschaffen und erprobt werden, die möglichst viele Bürger*innen erreichen. Dazu wurden niedrigschwellige Beteiligungsformate ausgewählt, die es Bürger*innen zu verschiedenen Anlässen ermöglichten, das Gesundheitszentrum und die Angebote kennenzulernen, über das Gesundheitszentrum und die Angebote ins Gespräch zu kommen, die Angebote des Gesundheitszentrums zu bewerten und Hinweise auf (Weiter-)Entwicklungsmöglichkeiten zu geben.

19 Der soziologische Begriff „Peergroup“ beschreibt „eine Gruppe Gleichaltriger oder Gleichgesinnter mit analogen Interessen, ähnlichen sozialen Abstammungen und oftmals gleichem Geschlecht.“ (Mund 2016, 626) In der Gesundheitsförderung und Prävention kommt der Peer Education, „die das Lehren oder Teilen von Informationen, Werten und Verhaltensweisen zur Gesundheit durch Mitglieder gleicher Alters- oder Statusgruppen“ (Backes & Lieb 2015, 1) umfasst, Bedeutung zu. Peer-to-Peer-Ansätze im Kontext Gesundheit werden auch im Erwachsenenalter verwendet (Backes & Lieb 2015) und auch auf ältere Zielgruppen übertragen; beispielhaft zu nennen sind Interventionen zur Förderung der Gesundheitskompetenz älterer Menschen (Zastrow et al. 2020).



Informationsstände im Quartier

Zu verschiedenen Anlässen und Zeitpunkten wurden Informationsstände im Quartier eingerichtet und unterschiedliche Methoden eingesetzt, um Bürger*innen an der Angebotsgestaltung und (Weiter-)Entwicklung des Gesundheitszentrums zu beteiligen (z.B. zum Projektbeginn ein Tag der offenen Tür zur Eröffnung des renovierten ehemaligen Schulgebäudes; im Projektverlauf Informationsstände an vier verschiedenen Standorten in den Pilotquartieren z.B. vor Einkaufsmärkten, Bäckereien). Die Informationsstände wurden i.d.R. von Mitarbeiter*innen der Koordinierungsstelle des Gesundheitszentrums und teilweise gemeinsam mit Schlüsselpersonen aus den Quartieren sowie freiwillig Engagierten aus der Gesundheitsbegleitung besetzt. Neben Informationen zum Angebot des Gesundheitszentrums hatten die Bürger*innen dort die Gelegenheit, Angebotswünsche zu äußern oder das aktuelle Angebot des Gesundheitszentrums zu bewerten (z.B. Quartiersspiel²⁰), Hinweise zu weiteren Angebotswünschen zu geben (z.B. Wunschkarten) und Hemmnisse zu beschreiben, die derzeit die Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten erschweren (vgl. Tab. 9).

Tabelle 9: Informationsstände im Quartier – ausgewählte Methoden zur Beteiligung

Maßnahme	Zielsetzung
Persönliche Ansprache	<ul style="list-style-type: none"> Information und Beratung zum Angebot des Gesundheitszentrums durch vertraute Schlüsselpersonen.
Quartiersspiel	<p>„Was mir (für meine Gesundheit) wichtig ist...“</p> <ul style="list-style-type: none"> Themen und Angebote können aus Sicht der Bürger*innen nach ihrer Wichtigkeit gewertet werden. Es können auch zusätzliche neue Themen erstellt werden.

20 Im Projekt Gesundheitszentrum Spork wurde für das Quartiersspiel nur die Abfrage von Präferenzen der Bürger*innen mittels Spielchips genutzt. Weitere Informationen zum Quartiersspiel:<https://www.aq-nrw.de/quartier-gestalten/quartiersspiel/>



Wunschkarten	„Das wünsche ich mir (im Gesundheitszentrum Spork)...“ <ul style="list-style-type: none">• Ideen, Anregungen, Hinweise, Wünsche rund um das Gesundheitszentrum Spork können von Bürger*innen frei formuliert und notiert werden.
Abfrage zu Hemmnissen	„Was hindert Sie daran, (noch mehr) für Ihre Gesundheit aktiv zu werden?“ <ul style="list-style-type: none">• Hemmnisse können von Bürger*innen frei formuliert und notiert werden.• Rückschluss auf Anforderungen an die weitere Ausgestaltung der Angebote im Gesundheitszentrum.

Quelle: FfG 2019, eigene Darstellung

Die Gespräche vor Ort zeigten auf, dass das Interesse der Menschen am Thema „Gesundheit“ ebenso hoch ist wie die Bereitschaft, sich selbst aktiv mit Ideen und Anregungen zur Gestaltung des Gesundheitszentrums einzubringen. Aus Sicht des Praxispartners L-i-A e.V. sind für die Durchführung die aktive persönliche Ansprache der Bürger*innen und daran anschließende persönliche Gespräche besonders wichtig und bedeutsam. Darüber gelingt es, die Bereitschaft zu weiterer Beteiligung, wie z.B. das Ausfüllen von Wunschkarten, anzuregen. Die Benennung von Wünschen fiel den Bürger*innen vergleichsweise leicht. Die Abfrage zu Hemmnissen hingegen erwies sich in dieser öffentlichen Situation als schwierig; eine Vertiefung der Gespräche im geschützten Rahmen wäre dafür ein möglicher Ansatzpunkt. Eine niedrigschwellige Arbeitsweise und der Einsatz entsprechender Methoden allein reichen, so die Praxiserfahrungen, nicht aus. Wichtig sind ein offenes Zugehen auf die Menschen und die persönliche, aktive Ansprache in Kombination mit verschiedenen Beteiligungsmöglichkeiten sowie ein seriöser vertrauensvoller Eindruck der Mitarbeitenden. Des Weiteren fördern die örtliche Präsenz und örtliche Bekanntheit der Mitarbeitenden den Zugang zu den Menschen.



Bürgerveranstaltungen

Im Rahmen des Projektes wurden verschiedene öffentliche Veranstaltungen durchgeführt, um Bürger*innen einen Einblick in das Gesundheitszentrum zu geben und die Beteiligungsmöglichkeiten zu bewerben (z.B. zum Projektbeginn ein Tag der offenen Tür). Nach der Hälfte der Projektlaufzeit wurde unter dem Motto „**Gesundheit gemeinsam vor Ort gestalten – mein Gesundheitszentrum**“ eine Abendveranstaltung durchgeführt, die darauf zielte, Bürger*innen über das Gesundheitszentrum und die Angebote zu informieren, das aktuelle Angebot zu bewerten und Ideen und Wünsche zur (Weiter-)Entwicklung einzubringen. Darüber hinaus ging es bei der Veranstaltung darum, Visionen zur persönlichen Gesundheitsversorgung im Gesundheitszentrum zu entwickeln. Folgende Fragestellungen wurden dabei aufgegriffen:

- Was gibt es bereits für Angebote im Gesundheitszentrum?
- Wie werden diese Angebote bewertet?
- Was sollte verbessert werden?
- Was wünschen sich die Bürger*innen vor Ort im Gesundheitszentrum zukünftig, um ihre persönliche Gesundheit zu erhalten/zu fördern?

Die Bürger*innen arbeiteten dazu gemeinsam mit dem Projektteam in vier Gruppen zu den Themen „Ernährung, Bewegung/Sport“, „Entspannung, Selbst-/Stressmanagement“, „Selbsthilfe und Gesundheitsinformation“ sowie „Professionelle Angebote (Heilpraxis, Physiotherapie)“. Aus den Ergebnissen der Gruppenarbeiten wurden konkrete Ansatzpunkte abgeleitet, die im „Gesundheitszentrum Spork“ durch den Praxispartner L-i-A e.V. im Projektverlauf weiter verfolgt wurden (vgl. Tab. 10).

**Tabelle 10: Anregungen zur Weiterentwicklung der Angebote im Gesundheitszentrum**

Themen	Ansatzpunkte
Ernährung und Bewegung	praktische Angebote zur Vermittlung von Ernährungstipps (z.B. Kochkurse), Angebote mit Tandemfahrrädern
Verbesserung der Mobilität	Angebote zur Verbesserung der Erreichbarkeit von Gesundheitsangeboten außerhalb des Projektgebiets z.B. Fahrtmöglichkeiten zum Krankenhaus/Ärztzentrum
Gesundheitsinformation und Beratung	Einrichtung einer allgemeinen ärztlichen Beratung
zielgruppengerechte Angebote	u.a. regelmäßige Angebote für Berufstätige in den Abendstunden
Finanzierung	Mix aus kostenpflichtigen, günstigen und kostenlosen Angeboten
Einsatz neuer Medien	u.a. zur digitalen Unterstützung persönlicher Kontakte; Wunsch nach digitalen Gesundheitsangeboten u.a. Gesundheitsinformationen, Videosprechstunden, Telemedizin/-pflege; Telefonservice zu allgemeinen Gesundheitsanliegen
Einbezug weiterer Stadtteile	Gesundheitsangebote in weiteren Stadtteilen außerhalb des Projektgebiets implementieren

Quelle: FfG 2019, eigene Darstellung



Die Praxiserfahrungen zeigen, dass Beteiligungsangebote dieser Art zeitintensiv sind und Ressourcen für die Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der Veranstaltungen binden. Dennoch sind einige Vorteile dieser Vorgehensweise zu benennen. So bietet der gemeinsame Gestaltungsprozess mit den Bürger*innen die Möglichkeit zu einem intensiven Austausch. Auch die Arbeiten der Koordinierungsstelle und Aktivitäten zur Angebotsgestaltung können transparent dargestellt und den Bürger*innen Erfolge ebenso wie Herausforderungen und Entwicklungsverzögerungen aufgezeigt werden. Dies besitzt besondere Bedeutung, auch um der Gefahr von Scheinpartizipation zu begegnen. Oftmals können Ideen und Wünsche, die von Bürger*innen z.B. im Rahmen von Befragungen geäußert werden, nicht kurzfristig in der Praxis verwirklicht werden. Bleiben Veränderungen aus, kann dies dazu führen, dass sich Bürger*innen – mangels Information über eventuelle Umsetzungshemmnisse – nicht ernst genommen fühlen.

Auch wenn im Rahmen von Bürgerveranstaltungen nur vereinzelt neue Erkenntnisse gewonnen werden konnten, erhielten die Koordinator*innen des Gesundheitszentrums eine Bestätigung für Ideen, Wünsche und Bedarfe der Bürger*innen, die z.T. bereits in Einzelgesprächen mit Nutzer*innen des Gesundheitszentrums benannt wurden. Die Rückmeldungen der Bürger*innen können somit die Planungsaktivitäten der Koordinator*innen stützen. Zukünftig ist geplant, Reflexionsveranstaltungen gemeinsam mit Bürger*innen und weiteren lokalen Gesundheitsakteur*innen durchzuführen und damit die Möglichkeit zu schaffen, Nachfrage und Angebotsentwicklung zu vereinbaren.



3.3.2 Baustein 4: Gestaltung des Angebots durch Bürger*innen

Für die Gestaltung des Angebots des Gesundheitszentrums durch die Bürger*innen wurden im Projekt folgende Methoden genutzt (vgl. Tab. 11).

Tabelle 11: Projektphase 2: Baustein 4 Methoden und Zielsetzung

Projektphase 2: Beteiligung an der Angebotsgestaltung und (Weiter-)Entwicklung		
	Methode	Zielsetzung
Baustein 4		
Gestaltung des Angebots durch Bürger*innen	<ul style="list-style-type: none">• Mitwirkung von Schlüsselpersonen	<ul style="list-style-type: none">• regelmäßige Reflexion der Projektarbeiten aus Bürger*innen- und Nutzer*innensicht• Beratung aktueller Entwicklungen, Perspektiven sowie konkrete Inhalte und Aspekte des Projekts
	<ul style="list-style-type: none">• selbstorganisierte Umsetzung von Angeboten	<ul style="list-style-type: none">• selbstorganisierte Angebote von professionell und ehrenamtlich tätigen Anbieter*innen in Bezug auf Art und Inhalt• Unterstützung der Selbstorganisation durch die Koordinierungsstelle

Quelle: FfG 2019, eigene Darstellung



3.3.2.1 Mitwirkung von Bürgervertreter*innen und Schlüsselpersonen

Für die partizipativ angelegte Entwicklung des Gesundheitszentrums sollten zu dem Bürgervertreter*innen und Schlüsselpersonen im Projektverlauf verbindlich in die Projektarbeiten eingebunden werden. Ausgehend von den ersten Kontakten zu Schlüsselpersonen im Rahmen der Bedarfsanalyse wurde von den Projektpartner*innen die Idee entwickelt, ein Bürgerbegleitgremium einzurichten. Dazu wurden durch den Praxispartner Leben im Alter e.V. relevante Schlüsselpersonen aus dem Projektgebiet vorgeschlagen und für eine Beteiligung angefragt. Um die Vielschichtigkeit der Nutzer*innen und die Vielfalt der Themen im Gesundheitszentrum abzubilden, wurden Personen mit unterschiedlichen (professionellen oder ehrenamtlichen) Funktionen u.a. in lokalen Vereinen, Interessenvertretungen, Beiräten, Kirchengemeinden, Parteien sowie der Selbsthilfe einbezogen. Ziel und Funktion des Bürgerbegleitgremiums sollten darin bestehen, die Projektarbeiten regelmäßig aus Bürger*innen- und Nutzer*innensicht zu reflektieren und aktuelle Entwicklungen, Perspektiven sowie konkrete Inhalte und Aspekte des Projektes zu beraten.²¹

Um das Bürgerbegleitgremium zu initiieren, wurden die o.g. Schlüsselpersonen zu einem Auftakttreffen eingeladen. Diese Veranstaltung zielte darauf, mit den Teilnehmenden des Bürgerbegleitgremiums ihre Einbindung und Form der Mitwirkung zu besprechen und auszuhandeln. Nach der Vorstellung des Projektes wurde mit den Bürger*innen die Idee des Begleitgremiums diskutiert. Die beteiligten Schlüsselpersonen sahen für sich die Notwendigkeit, regelmäßig über den Projektverlauf informiert zu werden und signalisierten grundsätzlich Ansprechbarkeit und die Bereitschaft, sich in das Projekt einzubringen. Sie entschieden sich aber bewusst gegen regelmäßige Treffen und die Einberufung eines Gremiums. Als Begründung wurden insbesondere die begrenzten zeitlichen Kapazitäten der Teilnehmenden benannt, die sich bereits in verschiedenen Engagementbereichen einbringen.

21 Im Projekt wurde während der laufenden konzeptionellen Arbeiten zum Betriebskonzept und Geschäftsmodell des Gesundheitszentrums von der Einrichtung eines Nutzerbeirats (Wright et al. 2010), der mit Entscheidungskompetenz ausgestattet ist, abgesehen. Dies war im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass mit dem Paradigmenwechsel vom Gesundheitszentrum zum Gesundheitsnetzwerk (s. Handbuch Band 2) auch die Entscheidungsprozesse nochmals überdacht und geprüft werden mussten. Die Ausgestaltung der Beteiligungsformate war zum Zeitpunkt der Berichtslegung noch nicht abgeschlossen. Grundsätzlich sehen die Überlegungen vor, die Partizipationsmöglichkeiten im Gesundheitsnetzwerk weiter auszubauen und zu etablieren (z.B. Impulse von Nutzer*innen und ehrenamtlich Engagierten integrieren, Besetzung der Netzwerk-Steuerung mit Bürger*innen und Gesundheitsakteur*innen).



PRAXIS-TIPP: Aktive Einbindung von Schlüsselpersonen

- Im Rahmen der Bedarfsanalyse können bereits lokale Initiativen, Vereine sowie Einzelpersonen ermittelt werden, die für eine Beteiligung an der Projektentwicklung als (ehrenamtliche) Akteur*innen oder Multiplikator*innen relevant sein können.
- Örtliche Präsenz und persönliche Bekanntheit sowie eine gute Vernetzung der Mitarbeitenden der Koordinierungsstelle erleichtern den Zugang zu und die Anfrage von Schlüsselpersonen.
- Bilaterale Gespräche mit Schlüsselpersonen können dazu beitragen, Interessen zu klären, Gemeinsamkeiten auszuloten und Personen mit ähnlichen Interessen gezielt zusammenzubringen. Des Weiteren können in diesen Gesprächen Perspektiven professioneller Anbieter*innen und der Bürger*innen zusammengeführt werden (u.a. Information über Bedarfe bzw. über Angebote; Erstellung einer Interessentenliste usw.).
- Schlüsselpersonen können die Angebotsgestaltung durch Kenntnis der lokalen Versorgungssituation und der Wünsche, Bedarfe und Lebenslage der Zielgruppe unterstützen. Zudem tragen sie als Multiplikator*innen zur Verbreitung der Projektidee und Angebote bei den (älteren) Zielgruppen sowie zur Vernetzung der Akteur*innen bei.
- Art und Umfang der Information, Möglichkeiten der Beteiligung, Mitarbeit und Mitbestimmung sind transparent darzustellen und gemeinsam mit den interessierten Personen zu besprechen und auszuhandeln.



3.3.2.2 Einbringen neuer (ehrenamtlicher) Angebotsideen, Reflexion und Vorbereitung der Umsetzung gemeinsam mit der Koordinierungsstelle

Im weiteren Projektverlauf kontaktierten einzelne Schlüsselpersonen die Mitarbeiter*innen der Koordinierungsstelle, um eine themenspezifische Zusammenarbeit anzufragen und abzustimmen. Unabhängig von einer formalisierten, gremienbasierten Zusammenarbeit entwickelte sich zwischen Mitarbeitenden der Koordinierungsstelle vor Ort und einzelnen Schlüsselpersonen ein kontinuierlicher Kontakt, z.T. auch ein anlassbezogener Austausch oder konkrete Mitarbeit. Dies umfasste neben der Reflexion von Angebotsideen verschiedene Aktivitäten und z.B. auch die Vorbereitung und Durchführung von Angeboten im Gesundheitszentrum. Die Schlüsselpersonen brachten sich zudem einzeln oder gemeinsam zu Veranstaltungen oder unterschiedlichen Aktivitäten in die Arbeiten des Gesundheitszentrums ein. Sie wurden auch zur Unterstützung der quartiersbezogenen Aktivitäten angefragt und eingebunden. Durch die Vernetzung der Schlüsselpersonen untereinander sowie durch die Einbindung weiterer Kontakte der Beteiligten entstanden weitere Synergieeffekte (z.B. neue Kooperationsbeziehungen und gemeinsame Angebote mit der Lebenshilfe; Kooperation mit dem Forum für Gesundheits- und Beschäftigungsförderung im Industriepark Bocholt).

3.3.2.3 Selbstorganisierte Umsetzung von Angeboten im Gesundheitszentrum

Im Gesundheitszentrum konnten verschiedene professionell und ehrenamtlich tätige Anbieter*innen gewonnen werden, die ein breites Angebotsspektrum realisieren (zur Akquise der Anbieter*innen und dem realisierten Angebot siehe ausführlich Band 2). Mit einigen Schlüsselpersonen, die eigene ehrenamtliche Angebote im Gesundheitszentrum planten und umsetzten, konnte eine verbindliche Zusammenarbeit realisiert werden. Die Mitwirkung der ehrenamtlichen Anbieter*innen kann unter der Perspektive der Beteiligungsmöglichkeiten als Partizipation (Mitbestimmung, Stufe 6) eingeordnet werden, denn Art und Inhalt des Angebots wurden von den Anbieter*innen i.d.R. selbst festgelegt.²² Beispiele für ehrenamtliche, selbstorganisierte Angebote sind die

²² Auch die Qualifizierung der ehrenamtlichen Gesundheitsbegleiter*innen weist Elemente der Mitbestimmung auf: der Lernprozess ist partizipativ angelegt, d.h. die Teilnehmenden können Lerninhalte mitbestimmen und damit auch die Ausgestaltung des Ehrenamtsprofils beeinflussen (s. dazu Band 3).



Organisation seniorengerechter Fahrradtouren, Waldspaziergänge und ein Tanztreff²³. Auch von den professionellen Akteur*innen wurden selbstorganisierte, niedrighschwellige Angebote für Bürger*innen eingebracht. So wurde beispielsweise ein offener Gesundheitsstammtisch eingeführt, der monatlich Expert*innen zu unterschiedlichen Themen einlädt und auf reges Interesse der Nutzer*innen des Gesundheitszentrums gestoßen ist. Die Koordinierungsstelle nahm die inhaltlichen Impulse der Akteur*innen und Schlüsselpersonen auf und unterstützte die Selbstorganisation z.B. durch Bewerbung des Angebots, Raumorganisation und -vorbereitung oder weitere Serviceleistungen (s. dazu auch Band 2).



PRAXIS-TIPP: Beteiligung ermöglichen

- Der Beteiligungsprozess ermöglicht es, ein adressatengerechtes Angebot zu gestalten. Die Schaffung von Beteiligungsgelegenheiten ist jedoch zeitintensiv und mit entsprechenden zeitlichen und personellen Ressourcen in die Projektplanung einzubeziehen.
- Neben allgemeinen offenen Beteiligungsmöglichkeiten (z.B. im Rahmen von Veranstaltungen) erweisen sich die persönliche Ansprache interessierter Personen und Einzelgespräche als zielführend. Bedeutsam sind somit formale Beteiligungsformate sowie gering standardisierte, niedrighschwellige Zugänge zur Mitwirkung.
- Die Ergebnisse der verschiedenen Austausch- und Gesprächsformate sind jeweils systematisch zu dokumentieren, auszuwerten und mit den Beteiligten fortlaufend auszutauschen. Eine regelmäßige Rückmeldung zum Fortgang der Entwicklungen sowie zu eventuellen Verzögerungen unterstützt ein transparentes Vorgehen.
- Empfehlenswert ist es, Beteiligung sichtbar zu machen und wertzuschätzen z.B. durch regelmäßige Öffentlichkeitsarbeit und eine Anerkennungskultur.

23 Eine Übersicht der Angebote des Gesundheitszentrums ist in Band 2 enthalten oder online verfügbar unter <https://www.gz-ludgerushof.de/angebote/>



3.4 Projektphase 3: Bewertung des Gesundheitszentrums und der Angebote

Die Diskussion um Qualität und damit verbundene Evaluationsprozesse in der Gesundheitsförderung hat an Bedeutung gewonnen. Ein einheitliches Qualitätssicherungsverfahren gibt es bisher noch nicht (Kolip 2019). Als Rahmenmodell für gesundheitsbezogene Maßnahmen eignet sich der Public Health Action Cycle (vgl. Kap. 3.1), der im Projekt „Gesundheitszentrum Spork“ auch in der zweiten Projektphase (Maßnahmen bewerten) als Orientierung diente.

Ziel der modellhaften Erprobung des Gesundheitszentrums war es, die Einrichtung langfristig und als festen Bestandteil in der Gesundheitsförderung und Prävention vor Ort zu etablieren. Dafür war es von besonderem Interesse zu wissen,

- wer von den Angeboten im Gesundheitszentrum erreicht wird,
- ob sich die Zielgruppe von den entwickelten Angeboten angesprochen fühlt,
- inwieweit sie genutzt werden und
- welche Wirkungen für die Nutzer*innen damit einhergehen.

Mit Rückbezug auf den Ansatz der partizipativen Qualitätsentwicklung (Wright et al. 2010, 2013, vgl. Kap. 3.1) war eine Bewertung der Angebote durch die Nutzer*innen vorgesehen. Die Evaluation des Gesundheitszentrums²⁴ aus Nutzer*innensicht bildete im Projekt den Baustein 5 und wird im Folgenden näher erläutert. Die Methoden und die Zielsetzung der dritten Projektphase sind in Tabelle 12 dargestellt.²⁵

24 Wir danken Saskia Blumenthaler für ihre Unterstützung in der Dateneingabe und -auswertung im Projekt.

25 Die persönlich-mündliche und schriftliche Befragung der Zielgruppe im Rahmen der Evaluation des Gesundheitszentrums und der Angebote entspricht Stufe 4 Anhörung (Vorstufen der Partizipation).

**Tabelle 12: Projektphase 3: Baustein 5 Methoden und Zielsetzung**

Projektphase 3: Bewertung des Gesundheitszentrums und der Angebote		
	Methode	Zielsetzung
Baustein 5		
Akzeptanz, Zufriedenheit, subjektiven Nutzen und Wirksamkeit aus Sicht der Nutzer*innen erfassen	<ul style="list-style-type: none">• schriftliche und mündliche Befragung der Nutzer*innen des Gesundheitszentrums	<ul style="list-style-type: none">• Wie gestaltet sich die Ausgangslage der Nutzer*innen (Bedarf, Anliegen)?• Aus welchem Anlass nehmen die Nutzer*innen das Angebot des Gesundheitszentrums wahr? Was ist die Motivation?• Welche angestrebten Ziele / Bedarfe sollen durch die Nutzung des Gesundheitszentrums erfüllt werden?• Wie wird das Gesundheitszentrum aus Nutzer*innensicht bewertet?• Wie verändert sich der subjektive Gesundheitszustand / die subjektive Gesundheitskompetenz / die gesundheitsbezogene Lebensqualität durch die Nutzung des Gesundheitszentrums?

Quelle: FfG 2019, eigene Darstellung



HINTERGRUNDWISSEN: Evaluation

Unter Evaluation versteht man die systematische Sammlung und Analyse von Daten und Informationen über verschiedene Aspekte einer Maßnahme sowie deren kritische Beurteilung. Eine Evaluation wird auf der Grundlage von sozialwissenschaftlichen Methoden und unter Einbezug von theoretischem Wissen durchgeführt (Kolip 2019).

3.4.1 Baustein 5: Akzeptanz, Zufriedenheit, subjektiven Nutzen und Wirksamkeit aus Sicht der Nutzer*innen erfassen

Im Rahmen der partizipativen Qualitätsentwicklung erfolgte die Beteiligung der Nutzer*innen nicht nur in den Phasen der Bedarfsbestimmung, der Planung und Durchführung von Interventionen, sondern auch bei der Bewertung der Maßnahmen. Die Beteiligung der Nutzenden im Rahmen der Evaluation des Gesundheitszentrums und der Evaluation der ehrenamtlichen Gesundheitsbegleitung (Vorgehen und Ergebnisse der Evaluation siehe Band 3) bildeten zentrale Bausteine im Projekt. Die Beteiligung der Zielgruppen ermöglicht es nicht nur, passgenaue Angebote zu entwickeln (Wright et al. 2013; Wright 2016). Ebenso kann überprüft werden, inwieweit die Bedarfe der Bürger*innen in den Angeboten berücksichtigt werden und was wesentlich zu einer erfolgreichen Umsetzung eines solchen Projektes beiträgt. Des Weiteren kann ein nutzerorientierter Evaluationsprozess die Akzeptanz des Gesundheitszentrums mit seiner Angebotsstruktur weiter fördern. Die Durchführung einer Evaluation trägt außerdem dazu bei, dass Zufälligkeiten und Beliebigkeit im Prozess der Angebotsentwicklung vermieden und ein systematisches Vorgehen ermöglicht wird.



PRAXIS-TIPP: Erstellung eines Evaluationskonzepts

Für die Durchführung einer Evaluation ist zu empfehlen, ein Evaluationskonzept zu entwickeln, das mit den Projektbeteiligten abgestimmt wird. Dies erleichtert die Organisation, Vorbereitung und eine zielgerichtete Durchführung. Das Konzept sollte folgende Fragen klären (Döring & Bortz 2016b):

- Was ist der Evaluationsgegenstand bzw. das Evaluationsobjekt?
- Was ist das Ziel der Evaluation?
- Was sind die zentralen Kriterien der Evaluation?
- Was sind die Leitfragen der Evaluation?
- Wer soll in den Evaluationsprozess einbezogen werden?
- Welche Methoden sollen für die Evaluierung eingesetzt werden?

Ebenso sind Fragen zum Projektmanagement, z.B. Zeitplan, beteiligte Akteur*innen und Kosten, zu klären.

Um die Nachhaltigkeit zu sichern, ist die regelmäßige Durchführung einer Evaluation wichtig. Dadurch ist es möglich, in regelmäßigen zeitlichen Abständen zu überprüfen, was sich bewährt hat und inwiefern die Projektziele erfüllt wurden. Neben der subjektiven Bewertung des persönlichen Nutzens der Angebote für die teilnehmenden Bürger*innen schließt dies ebenfalls die Prüfung der Rahmenbedingungen des Angebots aus Nutzer*innensicht ein (u.a. Ort, Räumlichkeiten, Zeit, Kosten). Des Weiteren können mittels Befragung Hinweise auf veränderte Zielgruppen oder veränderte Bedarfe der Zielgruppen erfasst werden.

Im Projekt wurde die Evaluation des Gesundheitszentrums aus Sicht der Nutzer*innen als formative Prozessevaluation (Döring & Bortz 2016b) umgesetzt, die kontinuierlich während der Projektumsetzung durchgeführt wurde. Im laufenden Arbeitsprozess konnten basierend auf den Erfahrungen der Nutzenden förderliche und hinderliche Faktoren in Bezug auf die Nutzung und Akzeptanz des Gesundheitszentrums ermittelt und die Zielgruppenerreichung überprüft werden. Durch die kontinuierliche Rückkopplung von Zwischenergebnissen im Projektverlauf an die Projektbeteiligten war es zeitnah möglich, Strategien und Vorgehensweisen in der Angebotsumsetzung anzupassen.



3.4.1.1 Ziele, Zielgruppen und Methoden der Evaluation des Gesundheitszentrums aus Nutzer*innenperspektive

Im Einzelnen sollten durch die Evaluation Erkenntnisse zu den folgenden Themenbereichen gewonnen werden (zentrale Kriterien der Evaluation):

- die individuelle Ausgangslage der Nutzer*innen,
- Bewertung und Akzeptanz des Gesundheitszentrums aus Sicht der Nutzenden,
- Zufriedenheit mit der (Angebots-)Gestaltung des Gesundheitszentrums aus Sicht der Nutzer*innen,
- Erreichbarkeit von und Zugang zum Angebot des Gesundheitszentrums,
- Überprüfung der Zielgruppenerreichung,
- Wirksamkeit des Gesundheitszentrums und Einschätzung des subjektiven Nutzens der Versorgungsangebote in Bezug auf
 - subjektive Gesundheit,
 - subjektive Gesundheitskompetenz,
 - gesundheitsbezogene Lebensqualität.

Zur Beantwortung der Evaluationsfragen wurden verschiedene Methoden angewendet und qualitative und quantitative Methoden miteinander kombiniert (mixed-methods) (Burzan 2016; Kuckartz 2014) (vgl. Tab. 13). Für den Evaluationsprozess wurden zwei Zielgruppen definiert, da der Nutzen bzw. die Wirkungen des Gesundheitszentrums in Bezug auf die subjektive Gesundheit nur bei Nutzenden erhoben werden konnte, welche die Einrichtung regelmäßig über einen längeren Zeitraum besucht haben (vgl. Tab. 13). Durch die Koordinierungsstelle im Gesundheitszentrum konnten die Nutzer*innen der entsprechenden Zielgruppe zugeordnet werden.

**Table 13: Übersicht Evaluation des Gesundheitszentrums aus Nutzer*innensicht**

Ziel	Zielgruppenbeschreibung	Was soll erfasst werden?	eingesetzte Methoden	Durchführung
Bewertung, Akzeptanz und Wirkung des Gesundheitszentrums	1. Zielgruppe: Nutzer*innen, die an einem fortlaufenden Angebot / an mehreren Angeboten über einen längeren Zeitraum teilnehmen.	<ul style="list-style-type: none">Erfassung der Wirkungen²⁶ des Gesundheitszentrums aus Nutzer*innenperspektive	<ul style="list-style-type: none">Fragebogen	Befragung zu zwei Zeitpunkten im Abstand von mindestens einem halben Jahr
		<ul style="list-style-type: none">Erfassung der Bewertung und Akzeptanz des Gesundheitszentrums aus Nutzer*innenperspektive	<ul style="list-style-type: none">leitfadengestützte Einzelinterviews	Befragung zu zwei Zeitpunkten
Bewertung der Angebote im Gesundheitszentrum	2. Zielgruppe: Nutzer*innen, die punktuell / einmalig an einem Angebot (z.B. Einzelvortrag) teilnehmen.	<ul style="list-style-type: none">Bewertung und Akzeptanz des Angebots im Gesundheitszentrum aus Nutzer*innenperspektive	<ul style="list-style-type: none">Kurzfragebogen	Befragung zu einem Zeitpunkt

Quelle: FfG 2018 eigene Darstellung.

Zur Akzeptanz, Bewertung und Wirkung des Gesundheitszentrums wurden die Nutzer*innen (1. Zielgruppe) im Rahmen von leitfadengestützten Einzelinterviews²⁷ mündlich befragt. Ergänzend wurde ihnen ein Fragebogen vorgelegt, um soziodemografische Daten und die Wirkung des Gesundheitszentrums zu

26 Der Nutzen bzw. die Wirkungen des Gesundheitszentrums in Bezug auf die subjektive Gesundheit kann nur bei der ersten Zielgruppe erhoben werden, da diese die Einrichtung zu mehreren Zeitpunkten besucht.

27 Zur Entwicklung eines Interviewleitfadens und zur Durchführung eines Interviews siehe „Baustein 1: Überblick verschaffen“ in diesem Band (Kap. 3.2.1; Abschnitt c).



erfassen (Einschätzung der subjektiven Gesundheit, der subjektiven Gesundheitskompetenz, der gesundheitsbezogenen Lebensqualität). Um eine subjektive Wirkung festzustellen, wurden die Nutzer*innen zu zwei Zeitpunkten im Abstand von mindestens einem halben Jahr befragt (vgl. Tab. 13). Die Themen der leitfadengestützten Interviews und der Fragebögen zu beiden Befragungszeitpunkten sind in Tabelle 14 dargestellt. Bei diesem Vorgehen ist zu beachten, dass die Befragung von Nutzer*innen der Einrichtung zu zwei oder mehr Zeitpunkten ein zeitintensives Vorgehen ist und das Risiko besteht, dass Befragte für einen zweiten Befragungszeitpunkt nicht mehr zur Verfügung stehen.

Tabelle 14: Themenbereiche zur Erfassung der Bewertung, Akzeptanz und Wirkung des Gesundheitszentrums

Bewertung, Akzeptanz und Wirkung des Gesundheitszentrums	
Themen des leitfadengestützten Interviews	Themen des Fragebogens
erster Befragungszeitpunkt <ul style="list-style-type: none"> • individuelle Ausgangslage der Nutzer*innen • subjektiver Gesundheitszustand der Nutzer*innen • Bewertung und Akzeptanz des Gesundheitszentrums 	erster Befragungszeitpunkt <ul style="list-style-type: none"> • gesundheitsbezogene Lebensqualität • Gesundheitskompetenz • soziodemografische Angaben
zweiter Befragungszeitpunkt <ul style="list-style-type: none"> • Nutzung und Bewertung des Gesundheitszentrums • subjektiver Gesundheitszustand der Nutzer*innen 	zweiter Befragungszeitpunkt <ul style="list-style-type: none"> • gesundheitsbezogene Lebensqualität • Gesundheitskompetenz • soziodemografische Angaben

Quelle: FfG 2019 eigene Darstellung



Für die Bewertung der Angebote des Gesundheitszentrums aus Sicht der Nutzenden wurde ein Kurzfragebogen eingesetzt. Dieser wurde am Ende der jeweiligen Einzelveranstaltung von den Teilnehmenden ausgefüllt (2. Zielgruppe). Neben der Erfassung soziodemografischer Daten wurden Fragen zu folgenden Bereichen gestellt:

- Welches Angebot wird genutzt?
- Wie erfolgt der Zugang zum Angebot?
- Wie zufrieden sind die Teilnehmenden mit dem Angebot?
- Wie schätzen die Teilnehmenden den Nutzen des Angebots für die persönliche Gesundheit ein?
- Wie bewerten sie das Preis-Leistungs-Verhältnis des Angebots?

Um Nutzer*innen für die mündlichen Befragungen im Rahmen der Evaluation zu gewinnen, hat sich im Projekt die Ansprache durch die Mitarbeiter*innen der Koordinierungsstelle im Gesundheitszentrum bewährt. Diese haben in persönlichen Gesprächen die Nutzenden über den Hintergrund und das Ziel des Projektes und der Evaluation informiert, sodass durch die persönliche Kontaktaufnahme die Bereitschaft zur Teilnahme an der Evaluation gefördert werden konnte.

In den folgenden Abschnitten werden zentrale Ergebnisse zur Wirkung des Gesundheitszentrums und zur Bewertung der Angebote im Gesundheitszentrum vorgestellt.



PRAXIS-TIPP:

Evaluation des Gesundheitszentrums aus Nutzer*innenperspektive – Empfehlungen für die Durchführung

- Für die Evaluation der Angebotsnutzung bildet der Einsatz eines Kurzfragebogens ein hilfreiches Instrument, das auch für eine nachhaltige Qualitätsentwicklung und -sicherung genutzt werden kann.
- Sowohl die Gesundheitsdienstleister*innen und Kursanbieter*innen der Gesundheitsangebote als auch die Nutzer*innen sollten durch die Mitarbeiter*innen des Gesundheitszentrums persönlich über den Zweck und das Ziel der Angebotsevaluation informiert werden, um Akzeptanz und Bereitschaft zu fördern.
- Es empfiehlt sich, bei den Angebotsleiter*innen das Einverständnis einzuholen, die Kurzfragebögen am Ende des Angebots an die Teilnehmenden zu verteilen.
- Der Fragebogen sollte den Nutzer*innen unmittelbar am Ende des Angebots zum Ausfüllen ausgehändigt werden. Dadurch kann sichergestellt werden, dass möglichst viele Nutzer*innen sich an der Evaluation beteiligen. Die Mitarbeiter*innen der Koordinierungsstelle können Unterstützung beim Ausfüllen anbieten.
- Der Kurzfragebogen sollte auf die wesentlichsten Fragen begrenzt werden und maximal 2 DIN A4 Seiten (beidseitig bedruckt) umfassen.
- Abhängig von den Evaluationsfragen empfiehlt sich der Einsatz verschiedener qualitativer und quantitativer Methoden. Je nach Erhebungs- und Auswertungsmethode sind Methodenkenntnisse im Bereich der empirischen Sozialforschung notwendig.

3.4.1.2 Bewertung, Akzeptanz und Wirkungen des Gesundheitszentrums aus Nutzer*innensicht

Im Projekt konnten elf Nutzer*innen des Gesundheitszentrums, die an einem oder mehreren fortlaufenden Angeboten teilgenommen hatten, zu zwei Messzeitpunkten befragt werden. Neben der Bewertung und Akzeptanz des Gesundheitszentrums konnte durch einen Vorher-Nachher-Vergleich auch die Wirkung des Gesundheitszentrums aus Sicht der Nutzer*innen erfasst werden. Im Folgenden werden zentrale Ergebnisse der Interviews und der schriftlichen Kurzbefragung vorgestellt.



Die Befragten sind mehrheitlich (54,5 %) im Stadtteil Spork wohnhaft, wo sich auch das Gesundheitszentrum befindet. Jeweils eine Person kommt aus den Stadtteilen Suderwick, Holtwick und Bocholt Zentrum. Zwei Personen wohnen außerhalb von Bocholt. Die Mehrzahl der Nutzer*innen des Gesundheitszentrums ist weiblich und zwischen 65 Jahre und 79 Jahre alt. Mehr als die Hälfte der Befragten (54,5 %) ist verheiratet und lebt in einem Zwei-Personen-Haushalt. Jede dritte Person (36,4 %) ist verwitwet und wohnt allein (vgl. Tab. 15). Berufstätig sind die befragten Nutzer*innen bis auf zwei Personen nicht (mehr).

Tabella 15: Stichprobenbeschreibung der Nutzer*innen des Gesundheitszentrums

Geschlecht (n = 11)	weiblich:	72,7 %
	männlich:	27,3 %
Alter (n = 11)	45 – 64 Jahre:	18,2 %
	65 – 79 Jahre:	45,5 %
	80 Jahre und älter:	36,4 %
Familienstand (n = 11)	verheiratet:	54,5 %
	verwitwet:	36,4 %
	ledig:	9,1 %

Quelle: FfG 2019, eigene Erhebung: Evaluation Gesundheitszentrum aus Nutzer*innensicht

Die Mehrheit der befragten Nutzer*innen des Gesundheitszentrums nutzen mindestens zwei Angebote regelmäßig. Hierzu zählen folgende Angebote:

- Rehasport
- Gesundheitsvorträge
- Gesundheitsstammtisch
- Life Kinetic
- Gymnastik
- Frauengesundheitsfrühstück
- Physiotherapie
- Waldspaziergang
- Autogenes Training



Individuelle Ausgangslage der Nutzer*innen

Um Informationen über die Ausgangslage der Personen zu erhalten, die das Gesundheitszentrum mit seinen Angeboten nutzen, wurden Wissen über den subjektiven Gesundheitszustand und Motive für die Angebotsnutzung erfasst, deren Kenntnis für die (Weiter-)Entwicklung von Gesundheitsangeboten im Gesundheitszentrum hilfreich war.

Die eigene Gesundheit besitzt für die befragten Nutzer*innen des Gesundheitszentrums einen hohen Stellenwert. Bereits vor der Nutzung des Gesundheitszentrums haben die befragten Personen teilweise Angebote der Gesundheitsförderung bzw. Prävention genutzt, die bereits in Bocholt vorhanden waren (z.B. Angebote im Sportverein, Selbsthilfegruppen, Angebote des Betriebssports). Darin wird ein wichtiger Beitrag gesehen, um etwas für die eigene Gesundheit zu tun. Alle Befragten haben eine langandauernde Krankheit bzw. ein lang andauerndes gesundheitliches Problem (u.a. Diabetes Typ 2, Übergewicht, Asthma, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Depression, Parkinson); eine befragte Person ist pflegebedürftig (Pflegegrad 2).

Die Befragten fühlen sich dadurch vor allem in alltäglichen Tätigkeiten wie Hausarbeit, Einkaufen oder Gartenarbeit eingeschränkt. Diese können noch begrenzt selbständig, mit Hilfe (z.B. aus dem familiären und nachbarschaftlichen Umfeld) oder gar nicht mehr ausgeführt werden. Auch Einschränkungen in der Mobilität sind mit den bestehenden Krankheiten bzw. gesundheitlichen Problemen verbunden, sodass Hilfsmittel wie Rollator oder Gehhilfen genutzt werden. Ebenso wird die Nutzung von Gesundheitsangeboten (z.B. Sportaktivitäten) durch die gesundheitlichen Probleme behindert, da die Angebote nicht mehr eigenständig mit dem Auto oder dem ÖPNV erreicht werden können. Ein weiterer Grund ist, dass die Angebote nicht (mehr) den Bedarfen der Befragten aufgrund des veränderten Gesundheitszustands entsprechen. Abbildung 9 zeigt weitere Faktoren, die eine Teilnahme an Gesundheitsangeboten aus Sicht der Nutzer*innen behindern:



Abbildung 9: hinderliche Faktoren für die Nutzung von Gesundheitsangeboten

hinderliche Faktoren für die Nutzung von Gesundheitsangeboten	schlechte Erreichbarkeit - Wie erreiche ich das Angebot, wenn ich nicht mobil bin (aufgrund von körperlichen / gesundheitlichen Einschränkungen; schlechte Erreichbarkeit mit dem ÖPNV)?
	Kosten für ein Angebot ("teure Selbstzahlerprogramme") - Gibt es Angebote für mein finanzielles Budget?
	unübersichtliche Angebotslandschaft - Was für Angebote gibt es vor Ort? - Welches Angebot ist das Richtige für mich?
	fehlende Ansprechperson - Wer ist zuständig? - Wer kann mich beraten, wenn das Angebot nicht mehr zu meinen Bedürfnissen passt?
	Uhrzeit von Angeboten nicht mit Berufstätigkeit vereinbar - Gibt es Angebote, die ich mit meiner Berufstätigkeit vereinbaren kann?

Quelle: FfG 2019, eigene Erhebung; Evaluation Gesundheitszentrum aus Nutzer*innensicht

Motive für die Nutzung der Angebote des Gesundheitszentrums

In den persönlichen Gesprächen konnten verschiedene Motive für die Nutzung der Angebote im Gesundheitszentrum erfasst werden. Übergeordnetes Ziel ist die Förderung der eigenen Gesundheit („etwas für die Gesundheit tun“) bzw. die Verbesserung des eigenen Gesundheitszustands, um auch im Alter noch fit und aktiv zu sein. Ebenso wird die Diagnose einer Krankheit zum Anlass für die Nutzung des Gesundheitszentrums genommen. Dadurch sollen Begleit- bzw. Folgeerscheinungen entgegengewirkt werden. Ein weiteres Motiv ist die Vorbereitung auf den Ruhestand. Von einzelnen Befragten wird die Einrichtung genutzt, um verschiedene Angebote auszuprobieren, die möglicherweise in der Ruhestandsphase als neue „Beschäftigung“ fortgesetzt werden können. Neben der eigenen Gesundheitsförderung besteht ein weiteres wichtiges Motiv darin, in Gemeinschaft zu sein und neue soziale Kontakte aufzubauen.

Neben den persönlichen Motiven haben auch die wohnortnahe Lage – teilweise können die Nutzer*innen die Einrichtung zu Fuß erreichen – sowie die äußere und innere Gestaltung der Einrichtung zur Nutzung des Gesundheitszentrums beigetragen. Die Einrichtung wird von den Befragten auch genutzt, weil einzelne Angebote bisher in Bocholt nicht zur Verfügung standen.



Auf das Angebot im Gesundheitszentrum sind die Befragten durch verschiedene Informationskanäle aufmerksam geworden:

- Freunde / Nachbarschaft,
- örtliche Presse,
- Kirche,
- eigene Recherche.

Bewertung und Akzeptanz des Gesundheitszentrums

Insgesamt wird das Gesundheitszentrum mit seinen Angeboten von den befragten Nutzer*innen durchweg positiv bewertet. Neben dem umfangreichen Programmangebot werden die Angebotsleiter*innen gelobt, die mit fachlichem Wissen und vielen Erklärungen die Angebote gestalten und auf die Bedürfnisse der einzelnen Teilnehmenden eingehen. Auf Zustimmung stößt auch die kleine Gruppengröße in den Angeboten. Die persönliche und familiäre Atmosphäre wird genauso wertgeschätzt wie die Betreuung durch die Mitarbeiter*innen der Koordinierungsstelle. Das Gesundheitszentrum wird von den Nutzer*innen nicht nur als sinnvolle Ergänzung für die persönliche Gesundheitsförderung und Prävention gesehen, sondern auch als Unterstützung in der Umsetzung einer gesünderen Lebensweise. Dabei konnten sich die Befragten durch die genutzten Angebote neues Wissen in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention aneignen bzw. vorhandenes Wissen erweitern. Mit Blick auf die eigene Gesundheit bzw. auf das eigene Gesundheitshandeln werden aus Sicht der befragten Personen folgende positive Veränderungen durch die Nutzung der Einrichtung genannt:

- Verbesserung der Beweglichkeit,
- Verbesserung des eigenen Wohlbefindens,
- Linderung von Schmerzen,
- Sensibilisierung für (weitere) Gesundheitsthemen und -angebote,
- Förderung der Teilnahme an weiteren Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention.



Die Angebote des Gesundheitszentrums wurden zudem von den Befragten im Evaluationszeitraum an Freunde und Nachbarn weiterempfohlen mit dem Ziel, gemeinsam daran teilzunehmen. Aus Sicht der Nutzer*innen wird die Inanspruchnahme der Angebote dadurch gefördert.

Für die weitere Entwicklung der Einrichtung wird von den Befragten angeregt, altersübergreifende Angebote anzubieten, die unterschiedliche Altersgruppen adressieren und nicht ausschließlich altershomogen ausgerichtet sind. Weiter wird eine stärkere Bewerbung der Einrichtung in der Öffentlichkeit gewünscht sowie regelmäßige Informationen über aktuelle Entwicklungen, z.B. durch einen Newsletter per Post oder per E-Mail.

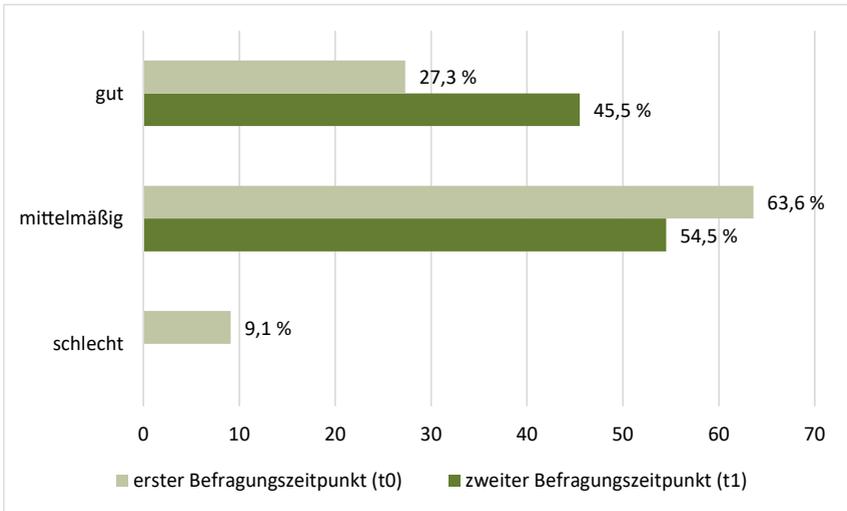
Seit der Nutzung des Gesundheitszentrums fühlt sich die Mehrheit der Nutzenden (63,6 %) gesundheitlich insgesamt deutlich besser betreut.

Wirkungen des Gesundheitszentrums

Um die Wirkungen des Gesundheitszentrums aus Sicht der Nutzenden für die eigene *gesundheitsbezogene Lebensqualität* festzustellen, wurde der SF-36 Deutsche Version 1.3 nach Bullinger (2000) und die Kurzform des Berliner Lebensqualitätsprofils (Kaiser et al. 1999) in angepasster und verkürzter Form verwendet. Für die *gesundheitsbezogene Lebensqualität* der Befragten zeigen die Evaluationsergebnisse positive Effekte durch die Nutzung des Gesundheitszentrums. Der Besuch des Gesundheitszentrums wirkt sich positiv auf den allgemeinen Gesundheitszustand der befragten Nutzer*innen aus. Zum zweiten Befragungszeitpunkt bewerten deutlich mehr Personen ihren Gesundheitszustand als gut (45,5%) (vgl. Abb. 10).



Abbildung 10:
Bewertung des Gesundheitszustands, Vorher- / Nachher-Vergleich, in %, n = 11

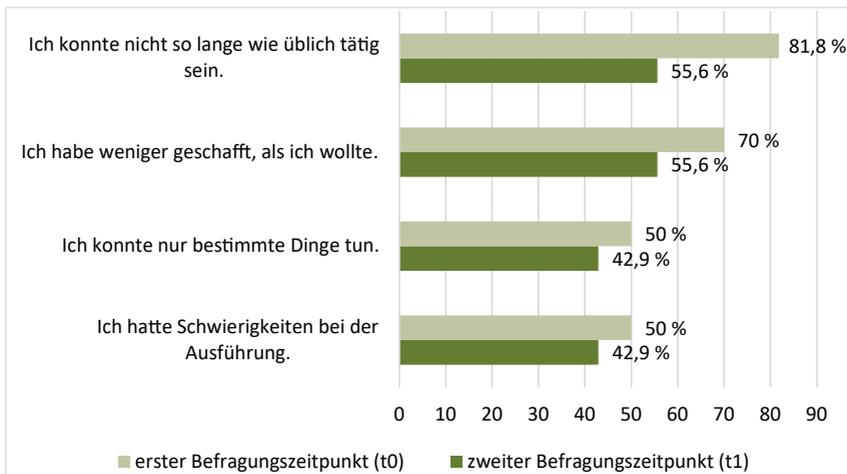


Quelle: FfG 2019, eigene Erhebung: Evaluation Gesundheitszentrum aus Nutzer*innensicht

Aus Sicht der Nutzenden haben Schwierigkeiten aufgrund der eigenen körperlichen Gesundheit bei der Arbeit bzw. bei alltäglichen Tätigkeiten im Beruf oder zu Hause nachgelassen. Zum zweiten Befragungszeitpunkt berichteten jeweils weniger Nutzer*innen über Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen (vgl. Abb. 11).



Abbildung 11:
Schwierigkeiten bei der Arbeit / bei alltäglichen Tätigkeiten,
Vorher- / Nachher-Vergleich, in %, n = 11

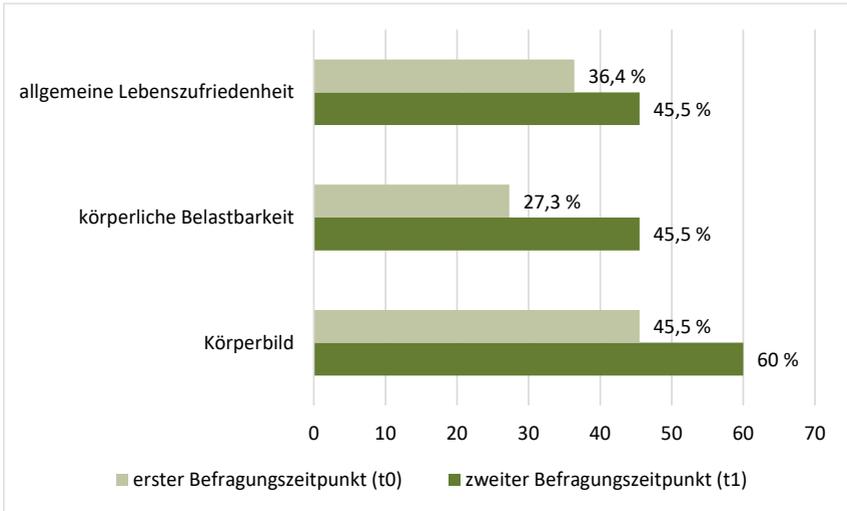


Quelle: FfG 2019, eigene Erhebung: Evaluation Gesundheitszentrum aus Nutzer*innensicht

Weiter zeigen die Ergebnisse der Evaluation, dass sich der Besuch des Gesundheitszentrums auf die persönliche Lebenszufriedenheit, die körperliche Belastbarkeit und das Körperbild der Nutzer*innen auswirkt. In allen drei Bereichen ist im Vorher- / Nachher-Vergleich eine Verbesserung erkennbar (vgl. Abb. 12).



Abbildung 12:
Bereiche der Lebensqualität, Vorher- / Nachher-Vergleich,
Anteil zufrieden in %, n = 11



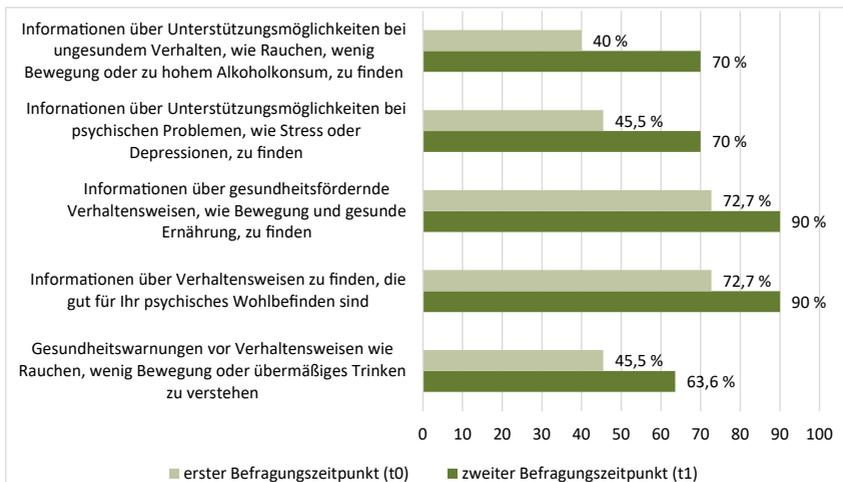
Quelle: FfG 2019, eigene Erhebung: Evaluation Gesundheitszentrum aus Nutzer*innensicht

Neben der gesundheitsbezogenen Lebensqualität können auch positive Effekte für die *Gesundheitskompetenz* der Nutzer*innen des Gesundheitszentrums in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention festgestellt werden. Für die Erhebung der Gesundheitskompetenz wurde der European Health Literacy Questionnaire (HLS-EU-Q47)²⁸ (Schaeffer et al. 2016) angewendet. Nach der Nutzung der Angebote im Gesundheitszentrum fällt es den Befragten besonders leichter, Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei ungesundem Verhalten oder bei psychischen Problemen zu finden. Ebenso finden die Befragten, dass sie weniger Schwierigkeiten haben, Informationen über gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zu finden oder Gesundheitswarnungen vor ungesunden Verhaltensweisen, z.B. Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken, zu verstehen (vgl. Abb. 13).

28 Es gibt mehrere Instrumente zur Erhebung der Gesundheitskompetenz. Der Fragebogen des European Health Literacy Survey (HLS-EU-Q47) ist ein erprobtes und häufig eingesetztes Messinstrument (Schaeffer et al. 2018).



Abbildung 13:
Gesundheitskompetenz, Vorher- / Nachher-Vergleich, Anteil einfach, in %, n = 11



Quelle: FfG 2019, eigene Erhebung; Evaluation Gesundheitszentrum aus Nutzer*innensicht

3.4.1.3 Bewertung der Angebote im Gesundheitszentrum aus Nutzer*innensicht

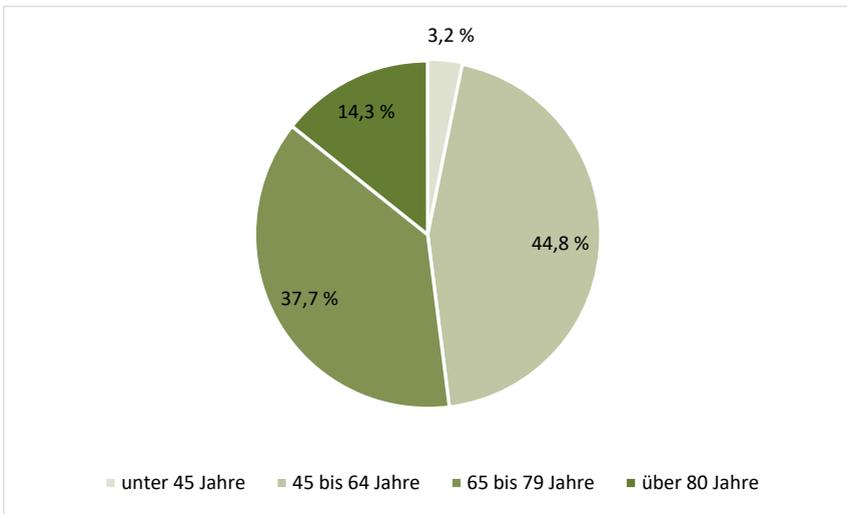
Im Zeitraum von 12 Monaten konnten im Gesundheitszentrum 168 Angebotsnutzer*innen des Gesundheitszentrums durch einen Kurzfragebogen befragt werden (Zielgruppe 2; vgl. Tab.12). Die befragten Nutzer*innen haben folgende Angebote in Anspruch genommen (Hinweise zum Gesamtangebot des Gesundheitszentrums sind Band 2 zu entnehmen):

- Physiotherapie
- Rehasport
- Frauengesundheitsfrühstück
- Tanzen
- Waldspaziergänge („Therapeut Wald“)
- Vorträge zu Gesundheitsthemen (z.B. Darm; ein gutes Bauchgefühl)
- Life Kinetik
- Radsportgruppe
- Chi Kung



Dabei handelt es sich sowohl um Kurse (53,5 %) als auch um einmalige (Informations-)Veranstaltungen (46,4 %). Die Angebotsnutzer*innen sind durchschnittlich 66 Jahre alt. Die Altersspannweite der Nutzer*innen reicht von 32 bis 89 Jahre (vgl. Abb. 14). Die Mehrzahl der Besucher*innen des Gesundheitszentrums ist weiblich (vgl. Abb. 15).

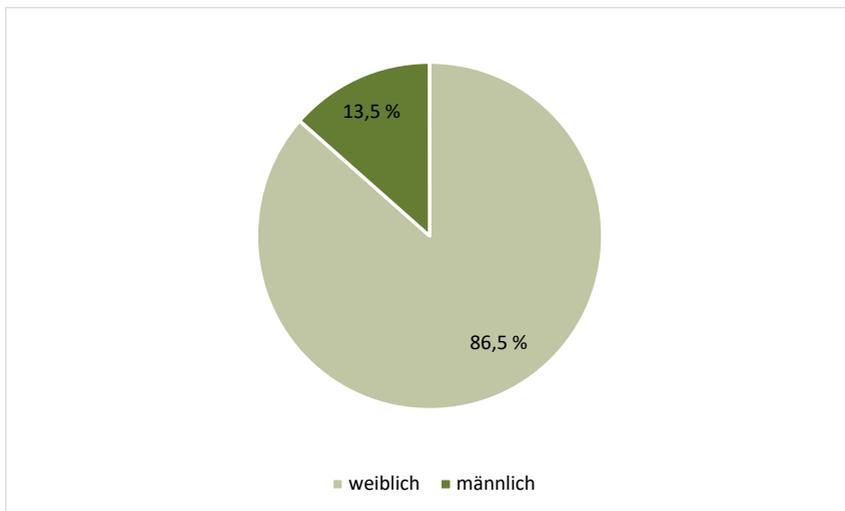
Abbildung 14: Alter der befragten Angebotsnutzer*innen im Gesundheitszentrum, in %, n = 154



Quelle: FfG 2019, eigene Erhebung: Evaluation Gesundheitszentrum aus Nutzer*innensicht



Abbildung 15: Geschlecht der befragten Angebotsnutzer*innen im Gesundheitszentrum, in %, n = 155



Quelle: FfG 2019, eigene Erhebung: Evaluation Gesundheitszentrum aus Nutzer*innensicht

Von dem Angebot im Gesundheitszentrum haben 44,7 Prozent der befragten Personen durch Familie, Freunde oder Bekannte erfahren. 42,2 Prozent der Personen ist über die örtliche Presse auf die Angebote aufmerksam geworden.

Zufriedenheit mit dem Angebot

Für fast alle Nutzer*innen (96,6 %) war das Angebot im Gesundheitszentrum (sehr) gut erreichbar. Ebenso wurden von der deutlichen Mehrheit der Nutzenden (94,4 %) die Räumlichkeiten mit (sehr) gut bewertet, und auch die Uhrzeit, zu der das besuchte Angebot stattgefunden hat, stößt bei den meisten Befragten (93,4 %) auf Zustimmung. Die Besucher*innen des Gesundheitszentrums wurden gefragt, was ihnen besonders gut an dem genutzten Angebot gefallen hat:

- positive Bewertung der Kurs-/Angebotsleitung (fachkundig, engagiert, freundlich, kompetent),



- interessante und informative Angebote,
- angenehme Atmosphäre in den Angeboten,
- passende Teilnehmer*innenzahl,
- Förderung von sozialen Kontakten und Austausch durch die Teilnahme an Angeboten.

Die Antworten der Angebotsnutzer*innen geben auch Hinweise darauf, dass die Angebote zielgruppengerecht zu gestalten sind. Hier werden folgende Empfehlungen aus Nutzer*innensicht genannt:

- mit Blick auf die ältere Zielgruppe sollten die Angebotsleiter*innen laut und deutlich sprechen,
- um (Informations-)Veranstaltungen gut folgen zu können, ist eine gute Akustik im Raum hilfreich,
- in den Räumlichkeiten ist auf eine angenehme Temperatur zu achten,
- bei der Bewerbung von (Bewegungs-)Angeboten ist darauf hinzuweisen, inwieweit Vorerfahrungen bzw. Voraussetzungen für eine Teilnahme erforderlich sind.

Nutzen des Angebots für die persönliche Gesundheit

Auch im Rahmen der Angebotsevaluation wurden die Besucher*innen des Gesundheitszentrums nach dem Nutzen des Angebots für die eigene Gesundheit befragt. Hier zeigt sich durchweg ein positives Bild. Eine deutliche Mehrheit der Angebotsnutzer*innen (86,5 %) gibt an, sich persönlich besser und zufriedener und zugleich in der Gesunderhaltung unterstützt (85,5 %) zu fühlen. Ebenso fällt es den meisten Befragten nach der Nutzung der Angebote im Gesundheitszentrum leichter, gesundheitsrelevante Informationen zu verstehen (83,8 %) und zu finden (81,5 %). Für jeweils mehr als die Hälfte der Befragten trifft zu, dass sich der Gesundheitszustand durch die Angebotsnutzung verbessert hat (59,2 %) und es leichter fällt, Gesundheitsinformationen für die eigene Gesundheit zu nutzen (59,2 %) (vgl. Abb. 16).



Abbildung 16: Nutzen der Angebote im Gesundheitszentrum für die persönliche Gesundheit, n = 168



Quelle: FfG 2019, eigene Erhebung: Evaluation Gesundheitszentrum aus Nutzer*innensicht

Von 89,4 Prozent der Befragten werden die Angebote im Gesundheitszentrum aus folgenden Gründen hilfreich für den Erhalt der Gesundheit bewertet:

- verbesserter Gesundheitszustand (z.B. bessere Beweglichkeit, verbesserte Koordination und Reaktionsfähigkeit, Muskelaufbau),
- besserer Umgang mit der eigenen Erkrankung,
- hilfreiche und ergänzende Gesundheitsinformationen erhalten,
- Sensibilisierung und Motivation in Bezug auf das eigene Gesundheits Handeln.



Bewertung des Preis-Leistungs-Verhältnisses des Angebots

Da die Kosten, die mit der Inanspruchnahme eines Gesundheitsangebots verbunden sind, ein wesentliches Kriterium für die Nutzung darstellen, ist die Einschätzung des Preis-Leistungs-Verhältnisses aus der Sicht der Nutzenden von Relevanz. Das Preis-Leistungs-Verhältnis bewerten die meisten Befragten sehr gut (32,6 %) bzw. gut (61,6 %). Angesichts des eigenen Budgets bewertet jedoch jede/r vierte Nutzer*in (25,3 %) die Kosten für das Angebot mittelmäßig. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (54,4 %) schätzen die Angebotskosten vor dem Hintergrund des eigenen Budgets als günstig ein.



4 Fazit: Gelingensfaktoren und Herausforderungen des partizipativen Vorgehens

Im Projekt „Gesundheitszentrum Spork“ orientierte sich die Angebotsentwicklung, -umsetzung und Bewertung am Ansatz der partizipativen Qualitätsentwicklung (Wright et al. 2010, 2013). Rückblickend hat sich der Beteiligungsprozess der Bürger*innen in den verschiedenen Projektphasen bewährt und die Entwicklung von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention im ländlichen Raum unterstützt und gefördert. Durch die verschiedenen Verfahren der Bürgerbeteiligung ist es zum einen gelungen, konkrete Informationen zu gesundheitsbezogenen Bedarfen, Präferenzen für Gesundheitsangebote und Erwartungen der Bürger*innen vor Ort zum Gesundheitszentrum zu gewinnen und entsprechend zu gestalten. Zum anderen konnte das Gesundheitszentrum aus Bürger*innen- und Nutzer*innensicht in Hinblick auf Akzeptanz, Zufriedenheit und subjektiven Nutzen und Wirksamkeit reflektiert werden. Die Ergebnisse des partizipativen Vorgehens konnten kontinuierlich für die Projektarbeiten vor Ort genutzt werden und flossen in die (Weiter-)Entwicklung des Gesundheitszentrums sowie in eine bedarfsgerechte und zielgruppenspezifische Angebotsentwicklung ein. Durch die wissenschaftliche Begleitforschung und die enge Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis ist es im Projekt gelungen, förderliche Faktoren sowie Herausforderungen dieser Beteiligungsprozesse fortlaufend zu identifizieren und gemeinsam zu reflektieren. Abschließend sind folgende Gelingensfaktoren und Herausforderungen hervorzuheben:

- *Bewusste Entscheidung für Bürgerbeteiligung:* Um Bürgerbeteiligungsprozesse erfolgreich zu implementieren und umzusetzen, müssen diese von allen projektbeteiligten Akteur*innen gewollt sein. Dies gilt es vor Beginn einer solchen Initiative mit allen Beteiligten zu klären und abzustimmen. Das Ausmaß der Partizipation und die Entscheidungskompetenzen der Beteiligten in den verschiedenen Projektphasen sind bereits im Vorfeld zu überlegen. Es ist auszuloten, wie dies im Projektzusammenhang realisiert werden soll und welche Konsequenzen dies für die Zielerreichung und Projektergebnisse haben kann. Für die Projektverantwortlichen erfordert dies Offenheit gegenüber Ideen, Vorschlägen und Anmerkungen der Bürger*innen sowie eine Flexibilität im Umgang mit den Beteiligten.



- *Vernetzter und verlässlicher Praxispartner und engagierte Schlüsselpersonen:* Eine Trägerorganisation, wie der Verein Leben im Alter, die vor Ort gut vernetzt ist und auf deren Ressourcen (z.B. Erfahrungen in der Freiwilligenarbeit, Infrastruktur) zurückgegriffen werden kann, stellt für den Aufbau von Beteiligungsstrukturen eine wichtige Grundlage dar. Der Praxispartner kann als „Sprachrohr“ zu den Bürger*innen fungieren und über persönliche Kontaktaufnahme und Gespräche können Bürger*innen für Beteiligungsprozesse gewonnen werden. Ebenso kann durch die Gewinnung von Schlüsselpersonen unter den Bürger*innen der Zugang zur Zielgruppe erleichtert werden.
- *Umsetzung von Beteiligungsprozessen:* Für gelingende Partizipation ist es wichtig, Ziele und Zielgruppe(n) zu bestimmen, um eine prozessorientierte Herangehensweise festzulegen und das (methodische) Vorgehen daran auszurichten. Der Einbezug der Bürger*innen sollte von Anfang an erfolgen, d.h. bereits bei der Projektplanung. Dabei sind die Ressourcen und die Bereitschaft zur Beteiligung unter der Zielgruppe abzufragen. Im Projekt Gesundheitszentrum Spork zeigte sich ein sehr hohes Interesse und eine hohe Gestaltungs- und Mitwirkungsbereitschaft der Bürger*innen. Neben der Offenheit für das Thema „Gesundheit“, und einer hohen intrinsischen Motivation zur Gesundheitsförderung und Prävention, sind als weitere positive Einflussfaktoren die hohe Akzeptanz und das Vertrauen zu den Mitarbeitenden in der Koordinierungsstelle hervorzuheben. Die Beteiligung und Mitwirkung der Bürger*innen wurde durch feste Ansprechpersonen vor Ort, die „einen guten Draht“ zu Bürger*innen hatten sowie ein „offenes Ohr“ für ihre Belange zeigten, unterstützt. Ein guter Zugang zu potenziellen Nutzer*innen konnte insbesondere durch persönliche Ansprache der Bürger*innen erzielt werden. Für die Ermöglichung von Partizipation sind sowohl formale Beteiligungsformate als auch gering standardisierte, niedrigschwellige Zugänge zur Mitwirkung bedeutsam. Neben der kontinuierlichen persönlichen Ansprache und Motivation der Zielgruppen ist es wichtig, gemeinsam mit allen Beteiligten Regeln für Entscheidungsprozesse und Kommunikation zu entwickeln und zu etablieren. Zudem sind Rahmenbedingungen der Selbstorganisation und Selbstbestimmung aufzuzeigen und mögliche Grenzen den Bürger*innen von Anfang an zu vermitteln. Um Beteiligungsprozesse zu gestalten und zu moderieren, sind zudem bestimmte Fähigkeiten und Kenntnisse von den beteiligten Akteur*innen gefordert. Neben entsprechender Fort- und Weiterbildung kann die Unterstützung durch externe Anbieter*innen bzw. die Zusammenarbeit mit Hochschulen,



z.B. im Rahmen von Lehrforschungsprojekten, hilfreich sein. Damit Bürgerbeteiligung gelingt und Bestand hat, sollten Erfolge und positive Wirkungen der Beteiligung nach außen sichtbar gemacht und wertgeschätzt werden (z.B. Öffentlichkeitsarbeit, Anerkennungskultur).

- *Nutzerorientierte Beteiligungsformate ermöglichen:* Eine wesentliche Herausforderung im Gesundheitszentrum Spork bestand darin, vulnerable Gruppen (älterer) Menschen, u.a. mit Mehrfacherkrankungen oder eingeschränkten sozialen Kontakten, zu erreichen. Durch die unterschiedlichen niedrigschwelligen Beteiligungsangebote in verschiedenen Projektphasen wurde angestrebt, regelmäßige Teilhabemöglichkeiten und Kontinuität im partizipativen Prozess zu ermöglichen, ohne Nutzer*innen zu überfordern.
- *Ergebnisoffenheit und Transparenz:* Bürgerbeteiligung gestaltet sich als dynamischer Prozess, der mit unvorhersehbaren Entwicklungen einhergehen kann. Neben unterschiedlichen Zielrichtungen, Wünschen und Interessen der verschiedenen Beteiligten, können auch bestimmte Rahmenbedingungen, z.B. gesetzliche Vorgaben oder Fragen der Finanzierbarkeit den Verlauf der Umsetzung beeinflussen. Dies macht eine ergebnisoffene Haltung erforderlich sowie einen fortlaufenden Abgleich sowie ggf. Neuausrichtung der Ziele. Im Projekt „Gesundheitszentrum Spork“ haben sich ein kontinuierlicher (bilateraler) Austausch und eine transparente Darstellung des Projektverlaufs gegenüber den Beteiligten als hilfreich erwiesen, auch um ggf. strukturelle Hemmnisse und eingeschränkte Realisierungsmöglichkeiten zu kommunizieren.
- *Ressourcen für Beteiligung:* Partizipation und damit verbundene lokale Entwicklungsprozesse benötigen Zeit. Genügend Zeit sollte vor allem dann eingeplant werden, wenn Beteiligungsstrukturen erst aufgebaut und ein Bewusstsein für Beteiligung entwickelt werden müssen. Bürgerbeteiligung ist zudem mit finanziellen und personellen Ressourcen verbunden, die für die Planung und Organisation bis hin zur Umsetzung benötigt werden. Entsprechend sind die Verfügbarkeit der erforderlichen materiellen und personellen Ressourcen, einschließlich entsprechender Fähigkeiten für die Durchführung von partizipativen Prozessen, zu prüfen und sicherzustellen.



Literatur

- Backes, H. & Lieb, C. (2015). Peer Education. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. E-Book. Aktuelle Version doi: <https://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i088-1.0> (letzte Aktualisierung des Beitrags am 23.06.2015)
- Beetz, S., Voigt, A., Gasch, A.-C., Rodriguez-Abello, S. (2015). Ländliche Lebensverhältnisse im Wandel 1952, 1972, 1993, 2012 : Vol. 4, Soziale Unterstützungsstrukturen im Wandel. Braunschweig: Johann Heinrich von Thünen-Institut, 128 p, Thünen Rep 32, Vol. 4, DOI:10.3220/REP1445508702000
- Bertermann, B. & Olbermann, E. (2012). Partizipation im hohen Alter: Forschungsstand und Entwicklungsperspektiven. Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, 2, 109-115.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). (2016). Siebter Altenbericht Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung. Drucksache 18/10210.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2012). Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden“. Online verfügbar unter http://gesundheitsziele.de//cms/medium/814/Gesund_aelter_werden_020512.pdf (13.02.2020)
- Bullinger, M. (2000). Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 43, 190-197.
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (Hrsg.) (2019). Prävention und Gesundheitsförderung vor Ort – Gestaltungsspielräume erkennen und nutzen. Kongressdokumentation 8. gemeinsamer Präventionskongress des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG). Online verfügbar unter https://www.bvpraevention.de/newbv/images/Publikationen/BVPG_Praeventionskongress_Dokumentation_2018.pdf (12.02.2020)



- Burzan, N. (2015). *Quantitative Methoden kompakt*. Konstanz, München: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Burzan, N. (2016). *Methodenplurale Forschung. Chancen und Probleme von Mixed Methods*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Deinet, U. (2009). *Analyse- und Beteiligungsmethoden*. In U. Deinet (Hrsg.), *Methodenbuch Sozialraum* (S. 65-86). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Diekmann, A. (2017). *Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen* (11. Auflage). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016a). *Datenerhebung*. In N. Döring & J. Bortz (Hrsg.), *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage) (S. 321-577). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016b). *Evaluationsforschung*. In N. Döring & J. Bortz (Hrsg.), *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage) (S. 975-1036). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Früchtel, F. & Budde, W. & Cyprian, G. (2013). *Sozialer Raum und Soziale Arbeit. Fieldbook: Methoden und Techniken* (3., überarbeitete Auflage). Wiesbaden: Springer VS.
- Gerlinger, T. (2009). *Nutzerorientierung im Gesundheitswesen – Probleme und Perspektiven*. In K. Mozygemba et al. (Hrsg.), *Nutzerorientierung - ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung?* (S. 17-29). Bern: Huber.
- Helfferich, C. (2019). *Leitfaden- und Experteninterviews*. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 669-686). Wiesbaden: Springer VS.
- Hüfken, V. (2019). *Telefonische Befragung*. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 757-768). Wiesbaden: Springer VS.



- Kaduszkiewicz, H., Teichert, U. & van den Bussche, H. (2018). Ärztemangel in der hausärztlichen Versorgung auf dem Lande und im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Eine kritische Analyse der Evidenz bezüglich der Rolle von Aus- und Weiterbildung. Bundesgesundheitsblatt, 61, (2) 187-194.
- Kaiser, W., Isermann, M., Hoffmann, K., Huxley, P. & Priebe, S. (1999). Zur Kurzerfassung subjektiver Lebensqualität. Ergebnisse der Erprobung einer Kurzform des Berliner Lebensqualitätsprofils (BELP-KF). Fortschritt in der Neurologischen Psychiatrie, 67, 413-425.
- Kindl, A., Reuter, C., Schmidtman, S. & Wagner, P.-J. (2012). Mobilitätssicherung in Zeiten des demografischen Wandels. Online verfügbar unter https://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Handeln/DE/Handlungshilfen/BMVBS_Mobilitaetssicherung.html (02.02.2020)
- Knopp, R. (2009). Sozialraumerkundung mit Älteren. In U. Deinet (Hrsg.), Methodenbuch Sozialraum (S. 155-164). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kolip, P. (2019). Praxishandbuch. Qualitätsentwicklung und Evaluation in der Gesundheitsförderung. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit / Geschäftsstelle Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (Hrsg.) (2017). Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. Online verfügbar unter <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=cd82d07635b7a783faaba0d28430f8f9> (09.04.2020)
- Kreis Borken (2019). Bevölkerung. Statistik online. Online verfügbar unter https://kreis-borken.de/fileadmin/kbor/FB_15/Statistik/Bevoelkerung.pdf (09.04.2020)
- Kuckartz, U. (2016). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung (3., überarbeitete Auflage). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Kuckartz, U. (2014). Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren. Wiesbaden: Springer VS.



- Kuhlmann, A. (2009). Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune. Kurz-Expertise. Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Unter Mitarbeit von Katrin Koch. Projektleitung: Prof. Dr. Gerhard Naegele & Dr. Marina Schmitt. Institut für Gerontologie an der Technischen Universität Dortmund.
- Kuhlmann, A. (2012). Gemeindeorientierte Gesundheitsförderung für ältere Menschen – zwischen kommunaler Verantwortung und Selbstverpflichtung. Eine Untersuchung in ausgewählten kommunalen Gesundheitskonferenzen in Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen. Dissertation. TU Dortmund, Dortmund. Online verfügbar unter <http://hdl.handle.net/2003/29840>
- Kuhlmey, A. (2008). Neue Rollen für nicht-ärztliche Heilberufe. *Forum Public Health* 16, 2008, 2.e1-2.e4
- Lange, K. (2018). Bewältigung und Umgang mit chronischen Krankheiten. In R. Haring (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften. Reference Pflege – Therapie – Gesundheit* (S. 1-11). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Mund, P. (2016). Peergroup. In *Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge* (Hrsg.), *Fachlexikon der Sozialen Arbeit* (S. 626). Baden-Baden: Nomos Verlag.
- Naegele, G. (2014). Active und Healthy Ageing und die Herausforderungen an die gesundheitlichen Versorgungssysteme. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Lebensphase Alter gestalten – gesund und aktiv älter werden. Nutzen und Praxis verhaltens- und verhältnisbezogener Prävention ; KNP-Tagung in Zusammenarbeit mit dem BZgA-Arbeitssschwerpunkt gesund und aktiv älter werden am 22. und 23. Mai 2012 in Bonn.* (S. 24-35). Aufl.: 3.2.08.14. Köln: BZgA (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 45).
- Naegele, G. (2013). Gesundheitliche Versorgung in einer alternden Gesellschaft. In M. Hüther & G. Naegele (Hrsg.), *Demografiepolitik. Herausforderungen und Handlungsfelder* (S. 245-258). Wiesbaden: Springer.



- Naegele, G. (2010). Demographischer Wandel und demographisches Altern in Deutschland: Probleme, Chancen und Perspektiven. In R.G. Heinze & G. Naegele (Hrsg.), *EinBlick in die Zukunft. Gesellschaftlicher Wandel und Zukunft des Alterns im Ruhrgebiet* (S. 33-60). Berlin, Münster: Lit.
- Pelikan, J. M. & Ganahl, K. (2017). Die europäische Gesundheitskompetenz-Studie: Konzept, Instrument und ausgewählte Ergebnisse. In D. Schaeffer & J. M. Pelikan (Hrsg.), *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven* (S. 93-125). Bern: Hogrefe.
- Pohlmann, S. (2016). Prävention im Alter verstehen – eine Einführung. In S. Pohlmann (Hrsg.), *Alter und Prävention*. (S. 11-45). Wiesbaden: Springer VS.
- Pott, E. (2016). Präventiver Erhalt von Gesundheit und Aktivität im Alter, In S. Pohlmann (Hrsg.), *Alter und Prävention*. (S. 65-84). Wiesbaden: Springer VS.
- Raithel, J. (2008). *Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs* (2., durchgesehene Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Reichert, M., Hampel, S. & Reuter, V. (2016). Mobile Demenzberatung als niedrigschwelliges Hilfeangebot für pflegende Angehörige. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 49, 3, 181-186.
- RKI - Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015). *Gesundheit in Deutschland*. Berlin. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile (30.01.2020)
- Rosenbrock, R. & Hartung, S. (2015). Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. <http://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i099-1.0>
- Rosenbrock, R. (1995). Public Health als soziale Innovation. *Gesundheitswesen*, 57, 140-144.



- SVR – Sachverständigenrat für die konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/01). Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbindung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Bundestags-Drucksache 14/5660. Online verfügbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/14/056/1405660.pdf> (26.02.2019)
- SVR – Gesundheit (2009). Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Online verfügbar unter <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf> (26.02.2016)
- SVR – Gesundheit – SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014). Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Online verfügbar unter (Stand 05/2016) http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf (26.02.2019)
- Salheiser, A. (2019). Natürliche Daten: Dokumente. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 1119-1134). Wiesbaden: Springer VS.
- Saß, A.-C., Wurm, S. & Ziese, T. (2009). Alter=Krankheit? Gesundheitszustand und Gesundheitsentwicklung. In K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.), Gesundheit und Krankheit im Alter (S. 31-61). Berlin: Robert Koch-Institut (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes).
- Schaeffer, D., Vogt, D. & Gille, S. (2019). Gesundheitskompetenz – Perspektiven und Erfahrungen von Menschen mit chronischer Erkrankung. Universität Bielefeld. Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Online verfügbar unter https://pub.uni-bielefeld.de/download/2933026/2933559/Schaeffer_Vogt_Gille_2019.pdf (15.11.2019)
- Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U. & Kolpatzik, K. (2018). Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart.
- Schaeffer, D., Berens, E. M. & Vogt, D. (2017). Gesundheitskompetenz in Deutschland. Zahnmedizin und Gesellschaft, 2, 4-9.



- Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E. M. & Hurrelmann, K. (2016). Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Ergebnisbericht. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- Schaeffer, D., Hämel, K. & Ewers, M. (2015). Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Weinheim/Basel: Beltz.
- Schumann, S. (2018). Quantitative und qualitative empirische Forschung. Ein Diskussionsbeitrag. Wiesbaden: Springer VS.
- Slupina, M., Dähler, S., Klingholz, R. & Reibstein, L. (2019). Die demografische Lage der Nation. Wie zukunftsfähig Deutschlands Regionen sind. 1. Auflage. Berlin: Berlin Institut f. Bevölkerung u. Entwicklung /Berlin Institute for Population and Development. Online verfügbar unter <https://www.berlin-institut.org/publikationen/studien/die-demografische-lage-der-nation.html#> (12.02.2020)
- Sørensen, K., van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 12 (80), 1-13.
- Spuling, S. M., Wurm, S., Wolff, J. K. & Wünsche, J. (2017). Heißt krank zu sein sich auch krank zu fühlen? Subjektive Gesundheit und ihr Zusammenhang mit anderen Gesundheitsdimensionen. In K. Mahne, C. Tesch-Römer, J. K. Wolff & J. Simonson (Hrsg.), Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS) (S. 157-170). Wiesbaden: Springer.
- Stadt Bocholt (2017). Die Wohnberechtigte Bevölkerung am 31.12.2016 nach statistischen Bezirken und ausgewählten Altersgruppen.
- Statisches Bundesamt (2019). Bevölkerung im Wandel. Annahmen und Ergebnisse der 14.koordiniertenBevölkerungsvorausberechnung. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressekonferenzen/2019/Bevoelkerung/pressebroschuere-bevoelkerung.pdf?__blob=publicationFile (13.02.2020)
- Steinführer, A., Küpper, P. & Tautz, A. (2012). Gestaltung der Daseinsvorsorge in alternden und schrumpfenden Gemeinden – Anpassungs- und Bewältigungsstrategien im Harz. Braunschweig: vTI (Landbauforschung Sonderheft, 367).



- Wolff, J. K., Nowossadeck, S. & Spuling, S. M. (2017). Altern nachfolgende Kohorten gesünder? Selbstberichtete Erkrankungen und funktionale Gesundheit im Kohortenvergleich. In K. Mahne, C. Tesch-Römer, J. K. Wolff & J. Simonson (Hrsg.), *Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)* (S. 125-138). Wiesbaden: Springer.
- Wright, M.T. (2016). Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. <http://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i084-1.0>
- Wright, M. T., Block, M., Kilian, H. & Lemmen, K. (2013). Förderung von Qualitätsentwicklung durch Partizipative Gesundheitsforschung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 8 (3), 147-154.
- Wright, M. T., von Unger, H. & Block, M. (2010). Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In M. T. Wright (Hrsg.), *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 35-52). Bern: Verlag Hans Huber.
- Zastrow, F., Killenberg, A., Klünder, C., Ladebeck, N., Langner, S., Neher, K., Schimmelpfennig, M., Zeiler, T., Baumgarten, K. & Hassel, H. (2020). Intervention zur Förderung der Gesundheitskompetenz älterer Menschen – Ergebnisse des Projekts „GeWinn“. *Prävention und Gesundheitsförderung*. <https://doi.org/10.1007/s11553-020-00761-5>
- Zibell, B., Revilla Diez, J., Heineking, I., Preuß, P., Bloem, H. & Sohns, F. (2015). Zukunft der Nahversorgung in ländlichen Räumen: Bedarfsgerecht und maßgeschneidert. In U. Fachinger & H. Künemund (Hrsg.), *Gerontologie und ländlicher Raum. Lebensbedingungen, Veränderungsprozesse und Gestaltungsmöglichkeiten* (S. 141-165). Wiesbaden: Springer.



Autorenverzeichnis

Lechtenfeld, Stephanie, M.A., wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V./Institut für Gerontologie an der TU Dortmund. Arbeitsschwerpunkte: (kommunale) gesundheitliche und pflegerische Versorgung im Alter, gemeinwesenorientierte Seniorenarbeit, inner- und außerfamiliäre Generationenbeziehungen.

Kuhlmann, Andrea, Prof. Dr. phil., Dipl. Päd., wissenschaftliche Mitarbeiterin und Projektleiterin bei der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V./Institut für Gerontologie an der TU Dortmund. Arbeitsschwerpunkte: alter(n)sgerechte Gestaltung gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung, (kommunale) Gesundheitsförderung, Technik in der Pflege.

Bertermann, Britta, Dipl.-Päd., wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V./Institut für Gerontologie an der TU Dortmund. Arbeitsschwerpunkte: Freiwilliges Engagement im Alter, Altersbildung, Kommunale Altenberichterstattung und -planung, Intergenerationeller Wissenstransfer in (betrieblichen) Interessenvertretungen.

Wie können (ältere) Menschen in die Entwicklung von Gesundheitsangeboten vor Ort einbezogen werden? Dieses Handbuch zeigt Möglichkeiten hierzu auf und beschreibt unter Einbezug von Erfahrungen und Erkenntnissen, die im Projekt „Gesundheitszentrum Spork“ gemacht wurden, wie eine beteiligungsorientierte Entwicklung von Angebotsstrukturen gelingen kann. Bezugnehmend auf den Ansatz der partizipativen Qualitätsentwicklung nach Wright, von Unger & Block (2010) werden drei Projektphasen beschrieben: Analyse der Ausgangssituation und Bedarfserfassung, Beteiligung an der Angebotsgestaltung und (Weiter-)Entwicklung und Bewertung der Angebote des Gesundheitszentrums. Die Phasen beinhalten verschiedene Umsetzungsschritte (Bausteine) und Methoden, die vorgestellt und mit Beispielen aus dem Projekt verdeutlicht werden. Um interessierten (Bürger-)Initiativen, Vereinen, Organisationen und Akteur*innen der gesundheitlichen Versorgung Anregungen für die eigene Arbeit zu geben, ist das Vorgehen anwendungsorientiert beschrieben.



GESUNDHEITZENTRUM IM LUDGERUSHOF

www.gz-ludgerushof.de