

Bundesgesundheitsbl 2016 · 59:266–273  
 DOI 10.1007/s00103-015-2287-2  
 Online publiziert: 22. Dezember 2015  
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015



Holger Kilian<sup>1</sup> · Frank Lehmann<sup>2</sup> · Antje Richter-Kornweitz<sup>3</sup> ·  
 Lotte Kaba-Schönstein<sup>4</sup> · Andreas Mielck<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V., Berlin, Deutschland

<sup>2</sup> Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, Deutschland

<sup>3</sup> Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Hannover, Deutschland

<sup>4</sup> Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege, Hochschule Esslingen, Esslingen, Deutschland

<sup>5</sup> Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen, Helmholtz-Zentrum München, München, Deutschland

# Gesundheitsförderung in den Lebenswelten gemeinsam stärken

## Der Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“

### Upstream – Downstream: Ansätze zur Verminderung ungleicher Gesundheitschancen

Der Einfluss der sozialen Lage auf den Gesundheitszustand ist vielfach wissenschaftlich belegt (vgl. Beiträge in diesem Heft sowie [1, 2]). Die nachgewiesene große gesundheitliche Ungleichheit ist in einer demokratischen Gesellschaft nicht akzeptabel, da auch individuelle Teilhabe- und Entwicklungschancen stark vom sozialen Status abhängen. Wilkinson und Pickett [3] konnten in einer vergleichenden internationalen (Meta-) Studie zeigen, dass mit zunehmender sozialer Ungleichheit auch viele andere soziale Probleme wachsen, beispielsweise die Kriminalität ansteigt oder die Bildungschancen abnehmen.

Grundsätzlich lassen sich dementsprechend zwei Typen von Ansätzen unterscheiden, die gesundheitlichen Ungleichheiten zu verringern. Die zentrale Strategie zur Vermeidung und Verminderung sozial bedingter ungleicher Gesundheitschancen müsste sein *Upstream*, also „an der Quelle“ („an den Ursachen der Ursachen“) anzusetzen und die soziale Ungleichheit zu verringern, was dann auch und vor allem zu ver-

besserten Gesundheitschancen bei den sozial benachteiligten Personen führen würde. *Downstream*-Ansätze sind dagegen „stromabwärts“ auf die Gestaltung der konkreten Bedingungen vor Ort ausgerichtet. Sie versuchen, die aus sozialer Ungleichheit resultierenden Belastungen zu vermindern und die Potenziale der Betroffenen – beispielsweise an ihrem Wohnort, in der Schule oder im Betrieb – in ihrem Gesundheitshandeln („Verhalten“) zu stärken, damit sie diesen Belastungen besser gewachsen sind und sie aktiv bewältigen können [4].

Das von Dahlgren und Whitehead vorgelegte Modell der Determinanten für Gesundheit [5] macht die jeweilige Wirkungsrichtung der beiden Ansätze deutlich: *Upstream*-Ansätze beeinflussen insbesondere die „äußeren“ Determinantenschichten wie z. B. wirtschafts- und sozialpolitische Regelungen als wesentliche Voraussetzungen für die Gestaltung der Lebens- und Arbeitsbedingungen. Demgegenüber gestalten *Downstream*-Ansätze die Schichten der Determinanten, die im unmittelbaren Alltag von den Menschen erfahren werden, also die konkreten Wohn-, Arbeits- und Lebensbedingungen und die

durch diese beeinflussten individuellen Lebensweisen [6].

Sowohl die *Upstream*- als auch die *Downstream*-Ansätze müssen Bedingungen für Gesundheit gestalten, die nicht im direkten Einflussbereich des Gesundheitssektors liegen: Bildungschancen, Steuer- und Einkommenspolitik, Sozialpolitik, Sozialhilfe, Arbeitsförderung oder auch Umweltgerechtigkeit befinden sich in jeweils sektoraler Zuständigkeit. Erfolg versprechende Strategien zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit sollten daher sektorenübergreifend ausgerichtet sein: Überlegungen zur Verminderung sozialer Ungleichheit – und der daraus resultierenden Ungleichheit bei den Gesundheitschancen – sollten entsprechend in die Entscheidungskalküle aller Politikbereiche eingehen (Mainstreaming Health). Die WHO hat hierfür das Leitmotiv „Health in All Policies“ geprägt (vgl. [7]).

Pragmatische *Downstream*-Ansätze sind in einem zweigleisigen Vorgehen darauf ausgerichtet, die gesundheitliche Situation sozial benachteiligter Menschen zu verbessern: Sie senken Gesundheitsbelastungen im Alltag und stärken gleichzeitig die Kompetenzen der Be-

troffenen, diese Belastungen aktiv zu bewältigen. Im Zentrum dieser Gesundheitsförderung steht die Idee, Lebenswelten gesundheitsgerechter zu gestalten, sodass sie mehr zur Entfaltung der jeweiligen individuellen und persönlichen Potenziale beitragen können. In der Ottawa-Charta [8] ist dieser „Lebenswelten-Ansatz“ (Setting-Ansatz) skizziert und inzwischen zu einem Leitbild der Gesundheitsförderung geworden. Dieser Ansatz verbindet individuelle, „verhaltensorientierte“ Ressourcenstärkung mit der Entwicklung und Verstetigung gesundheitsförderlicher Strukturen, auch als „Verhältnisorientierung“ bezeichnet. Beide Ansätze sollten im Selbstverständnis der Gesundheitsförderung durch die aktive Einbindung der Menschen in den Lebenswelten (Partizipation) miteinander verbunden werden, um so die gesellschaftliche Aktivität und Teilhabe marginalisierter Gruppen zu stärken (Empowerment).

Der bundesweite Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ greift diese *Downstream*-Ansätze auf, entwickelt Modelle für ein koordiniertes, intersektorales Handeln und überführt sie in modellhafte Aktivitäten. Er reagiert damit darauf, dass im föderal strukturierten Deutschland nationale Ziele zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten nicht politisch vorgegeben werden können (so wie in anderen Ländern mit zentralem Gesundheitssystem und Steuerfinanzierung). Hier sind lediglich die gesetzlichen Krankenkassen über die Regelungen des § 20 im SGB V beauftragt, einen Beitrag zur Verringerung sozial bedingter ungleicher Gesundheitschancen zu leisten. Der Kooperationsverbund füllt damit als ein freiwilliger Zusammenschluss von Partnern die vorhandene Lücke mit seinem intersektoralen, handlungsfeldübergreifenden und praxisorientierten Ansatz zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten. Er fördert somit sowohl die Wahrnehmung des Problems als auch die Entwicklung von Ansätzen zu dessen Überwindung [9, 10].

Der vorliegende Beitrag zeigt Entstehung, Struktur, Arbeitsschwerpunkte und Aktivitäten des Kooperationsverbundes. Vorgestellt werden die Inter-

netpräsenz des Verbundes, die Koordinierungsstellen „Gesundheitliche Chancengleichheit“ in den Bundesländern, die Good-Practice-Kriterien als Beitrag zur Qualitätsentwicklung sowie der kommunale Partnerprozess als ein durch den Kooperationsverbund initiiertes, gesundheitsgerechtes Strukturmodell auf kommunaler Ebene zu entwickeln. Nach einem (Zwischen-)Fazit zu den Ergebnissen der Arbeit des Verbundes reflektiert der abschließende Abschnitt „Perspektiven“ mögliche Beiträge des Kooperationsverbundes zur Umsetzung des im Sommer 2015 verabschiedeten Bundespräventionsgesetzes.

### Entstehung und Arbeitsschwerpunkte des Kooperationsverbundes

Im Herbst 2015 umfasst der bundesweite Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ 65 Kooperationspartner. Vertreten sind neben allen Landesvereinigungen Gesundheit und der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung zahlreiche gesetzliche Krankenkassen, Verbände der Ärzteschaft, Wohlfahrtsverbände, die kommunalen Spitzenverbände sowie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) als Initiatorin des Verbundes. Sie ergriff im Jahr 2002 die Initiative und brachte den Aufbau einer bundesweiten Online-Praxisdatenbank zu Projekten, Angeboten und Maßnahmen der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung auf den Weg. Innerhalb weniger Wochen trugen sich über 2000 Träger gesundheitsfördernder Maßnahmen in die Online-Datenbank ein und belegten damit sowohl das große Interesse am Thema als auch die Vielfalt der Praxis (vgl. [11]). Die große Heterogenität bei den Angeboten machte es erforderlich, die zahlreichen Akteure kontinuierlich zu informieren und sie in einen wechselseitigen Erfahrungsaustausch zu bringen, um damit die gemeinsame Weiterentwicklung dieser gesundheitsfördernden Maßnahmen zu initiieren und zu fördern. Die Gründung des bundesweiten Kooperationsverbundes unter dem Titel „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“

folgte im November 2003 (zur Geschichte des Verbundes auch [12]).

In ihrer Kooperationserklärung betonten die Partner des Kooperationsverbundes, erfolgreiche Gesundheitsförderung basiere „auf einer abgestimmten Strategie von Aufklärung, Beratung, Kompetenzentwicklung und strukturellen Maßnahmen.“ Wichtig sei, dass diese Maßnahmen den Menschen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld („Setting“) begegneten [13].

### Die Website [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)

Die Website des Kooperationsverbundes greift den in der Kooperationserklärung genannten Aspekt der „Aufklärung“ und Information auf. Seit 2003 bietet sie neben der bundesweiten Praxisdatenbank auch umfassende Informationen rund um Akteure, Strukturen und Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. Als bundesweit umfassendste Plattform zu diesen Themen richtet sie sich an Personen und Organisationen, die Informationen und Materialien suchen, beispielsweise Projektverantwortliche, Fachkräfte der Kommunalverwaltung oder Studierende.

Neben Informationen zu Struktur und Arbeitsweise des Kooperationsverbundes und der Praxisdatenbank finden sich hier die Seiten der Koordinierungsstellen „Gesundheitliche Chancengleichheit“ in den Bundesländern, Informationen zur Qualitätsentwicklung (Good-Practice-Kriterien und -Beispiele, Qualität von Setting-Interventionen) sowie eine bundesweite Übersicht zu Veranstaltungsterminen aus dem Themenspektrum der Plattform.

### Die Koordinierungsstellen „Gesundheitliche Chancengleichheit“ in den Bundesländern

Um die Anliegen des Kooperationsverbundes auch auf Länderebene zu unterstützen, nahmen 2004 die ersten Koordinierungsstellen unter dem Namen „Regionale Knoten“ ihre Arbeit in fünf Bundesländern auf. Bereits drei Jahre später existierte diese Struktur in allen 16 Ländern. Im Jahr 2012 in „Ko-

## Gesundheitsförderung in den Lebenswelten gemeinsam stärken. Der Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“

### Zusammenfassung

**Hintergrund.** Der 2003 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) initiierte bundesweite Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ greift die wissenschaftlichen Befunde zum Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheitszustand auf. Er verfolgt das Ziel, sozialspezifische- und lebensweltbezogene „Setting“-Ansätze zu stärken.

**Strukturen und Arbeitsschwerpunkte.** Im Herbst 2015 umfasst der Kooperationsverbund 65 (institutionelle) Kooperationspartner z. B. aus Prävention und Gesundheitsförderung, der Ärzteschaft, den Wohlfahrtsverbänden oder den kommunalen Spitzenverbänden. Die Website [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) bündelt

die Informationen zu allen Aktivitäten und Strukturen des Verbundes. In den Bundesländern beraten, vernetzen und begleiten die Koordinierungsstellen „Gesundheitliche Chancengleichheit“ die Akteure und Aktivitäten zu jeweils länderspezifischen Schwerpunktthemen. Die durch gesetzliche Krankenkassen und Länderministerien finanzierten Koordinierungsstellen unterstützen auch die Qualitätsentwicklung und nutzen dafür die im Kooperationsverbund entwickelten Good-Practice-Kriterien. Der kommunale Partnerprozess „Gesundheit für alle“ (bis November 2015 „Gesund aufwachsen für alle!“) unterstützt seit 2011 Kommunen bei der Entwicklung integrierter, lebenslauforientierter Gesundheitsstrategien („Präventionsketten“).

**Perspektive.** Vor dem Hintergrund des im Sommer 2015 verabschiedeten Bundespräventionsgesetzes bieten die Strukturen und Arbeitsergebnisse des Kooperationsverbundes eine Vielzahl von Anknüpfungspunkten, um sowohl auf Bundesebene als auch in den Ländern die Aktivitäten zur Stärkung lebensweltbezogener Prävention und Gesundheitsförderung zu verbreitern und weiter zu entwickeln. Der vorliegende Beitrag spricht auch aktuelle und künftige Herausforderungen des Kooperationsverbundes an.

### Schlüsselwörter

Gesundheitliche Ungleichheit · Setting-Ansatz · Kooperationsverbund · Präventionsketten · Good Practice

## Consolidated efforts to strengthen health promotion in living environments. The cooperation network “Equity in Health”

### Abstract

**Background.** In 2003, the German Federal Center for Health Education (BZgA) initiated a national Cooperation Network named “Equity in Health” to address scientific results, focusing on the association between social inequalities and health. The main goal is to support setting approaches aimed at reducing these health inequalities.

**Results and key activities.** In the autumn of 2015 the Cooperation Network comprised a total of 65 (institutional) cooperation partners, e.g., from prevention and health promotion, from the medical profession, from the welfare associations, and from the municipal umbrella organizations. The website [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) was created to present the information available on all activities and structures. Fur-

ther, Coordination Centers for Health Equity were established in all federal states of Germany to advise, coordinate and provide support for all those who are actively engaged in the key issues for each state. These Coordination Centers are sponsored by the statutory sickness funds and the Health Ministry of the respective states. They also support continuous quality improvement, based on the good practice criteria developed by the Cooperation Network. Since 2011, the local partner process “Health for All” (until November 2015 “Growing Up Healthily for All”) has assisted the municipalities in developing their own integrated health strategies oriented toward the different stages in the life course (“prevention chains”).

**Perspectives.** The results and structures that have emerged from the Cooperation Network form a good basis for the implementation of the new national Prevention Law passed by German Parliament in July 2015, to expand and develop further, on a country-wide basis and in the various states, living-space-oriented prevention and health promotion consolidating activities. The paper also discusses the present and future challenges of the Cooperation Network.

### Keywords

Health inequality · Setting approach · Cooperation network · Prevention chains · Good practice

ordinierungsstellen „Gesundheitliche Chancengleichheit“ (KGC) umbenannt, vertreten sie die Themen und Anliegen des Kooperationsverbundes, indem sie in Gremien mitarbeiten, Informations- und Fortbildungsveranstaltungen durchführen, Materialien erstellen und Beratungsleistungen anbieten. Träger der Koordinierungsstellen sind die jeweiligen Landesvereinigungen für Gesundheit (LVG) bzw. die Institutionen mit vergleichbaren Koordinierungsaufgaben in den

Ländern ohne LVG. Finanziert werden die KGC in der Regel paritätisch durch das für Gesundheit zuständige Landesministerium und die Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Krankenkassen.

Aufgrund der geringen personellen Ausstattung müssen die Koordinierungsstellen ihre Arbeit zurzeit auf ausgewählte, jeweils landesspezifische Schwerpunkte fokussieren. Gemeinsam ist den KGC, dass sie sektorenübergreifend beraten und informieren sowie die Qualitäts-

entwicklung initiieren und begleiten. Zentraler Bezugspunkt für die Qualitätsentwicklung sind dabei die im Kooperationsverbund gemeinsam entwickelten Good-Practice-Kriterien.

### Die Good-Practice-Kriterien: ein Rahmen für die Qualitätsentwicklung

Die Beschäftigung mit den in vielfacher Hinsicht heterogenen Einträgen in die

Praxisdatenbank warf bereits in der Gründungsphase des Kooperationsverbundes die Frage auf, wie kenntlich gemacht und vermittelt werden könnte, was „gute Praxis“ auszeichnet. Der beratende Arbeitskreis des Kooperationsverbundes, in dem Expertinnen und Experten aus Praxis, Wissenschaft, gesetzlicher Krankenversicherung, Politik sowie weiteren für die Gesundheitsförderung wichtigen Handlungsfeldern vertreten sind [14], begann 2004 damit, Kriterien für „gute Praxis“ zu entwickeln und einen Prozess für die Auswahl und Beschreibung guter Beispiele zu konzipieren. Dabei griff er Ergebnisse aus der internationalen Forschung auf und knüpfte an Vorarbeiten aus anderen Handlungsfeldern an, insbesondere an die Kriterien „guter Praxis“ aus dem Bund-Länder-Programm *Soziale Stadt* [15].

Die zwölf Kriterien lassen sich in drei Gruppen einteilen (vgl. auch [16]):

#### 1. **Basiskriterien:**

- *Konzeption* (Ziele, Wirkungsweisen und -wege sind klar benannt)
- *Zielgruppenbezug* (die Personengruppen, deren gesundheitliche Situation durch die Maßnahme verbessert werden soll, sind klar benannt)
- *Setting-Ansatz* (Lebenswelten werden gesundheitsgerecht gestaltet)

#### 2. **Zielgruppenorientierung** der Maßnahmen:

- *Empowerment* (Einzelne und Gruppen werden befähigt, informierte Entscheidungen zu treffen und umzusetzen)
- *Partizipation* (Entscheidungsbefugnisse werden an die Mitglieder der Zielgruppe übertragen)
- *Niedrigschwellige Arbeitsweise* (Zugangshürden werden vermieden)
- *Multiplikatorenkonzept* (Multiplikator/-innen werden systematisch qualifiziert und einbezogen)

#### 3. **Nachhaltigkeit und Qualitätsentwicklung** der Maßnahmen:

- *Nachhaltigkeit* (die Maßnahme wird verstetigt und dabei kontinuierlich weiterentwickelt)

- *Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung* (die Maßnahme ist in kommunale und andere komplexe Strategien eingebunden)
- *Qualitätsmanagement* (Methoden der Qualitätsentwicklung werden systematisch angewendet)
- *Dokumentation und Evaluation* (Arbeitsergebnisse werden dokumentiert und kritisch reflektiert)
- *Erfassung des Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisses* (Indikatoren zur Bewertung der Kosten und der Wirksamkeit des Angebotes werden ermittelt)

Die Good-Practice-Kriterien verstehen sich als ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung. Sie sollen die Anbieter gesundheitsfördernder Maßnahmen dabei unterstützen, ihre Arbeit insbesondere im Hinblick auf die Bedarfs- und Zielgruppen-gerechtigkeit sowie auf die Einbettung in regionale Strukturen zu reflektieren und weiterzuentwickeln. Die Kriterien bieten einen Rahmen, die Möglichkeiten und Grenzen gesundheitsfördernder Maßnahmen vor dem Hintergrund der konkreten (lokalen) Bedingungen und Ressourcen zu reflektieren und realistische Ziele und Maßnahmen zu formulieren. Inzwischen bezieht sich auch der Leitfaden der gesetzlichen Krankenkassen zur Umsetzung des § 20 SGB V im Abschnitt „Leistungsarten, Förderkriterien und Ausschlusskriterien“ auf diese Kriterien guter Praxis [17].

Kennzeichen des Good-Practice-Prozesses sind:

- „Praxisbezug“: Die Good-Practice-Kriterien sind stets mit konkreten Beispielen verbunden, die in der Praxisdatenbank recherchiert werden können.
- „Praxis lernt von Praxis“, um gemeinsam die Qualität der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung weiterentwickeln zu können. Aus diesem Grund wird von „guter“ und nicht von „bester“ Praxis gesprochen: Der Good-Practice-Auswahlprozess soll keinen Wettbewerb zur Auszeichnung von Höchstleistungen initiieren, sondern „gute“

Ansätze bekannt machen und ihre Verbreitung fördern, auch für Träger und Institutionen mit bescheidenen finanziellen und personellen Ressourcen.

- „Generischer Ansatz“: Die Good-Practice-Kriterien bieten einen Orientierungsrahmen für „gute Praxis“ in allen Handlungsfeldern der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. Sie sind daher geeignet, trägerübergreifend als gemeinsamer Bezugspunkt für die Qualitätsentwicklung zu dienen. Dies bedeutet jedoch auch, dass die Kriterien für die Umsetzung in unterschiedlichen Praxisfeldern „übersetzt“ werden müssen. Diese Übersetzungsleistung ist ein wichtiger Schritt im Prozess der Qualitätsentwicklung.
- „Komplementärer Ansatz“: Die Good-Practice-Kriterien vermitteln fachliche Orientierung, und durch die Beispiele auch anschauliche Verknüpfungen zur Praxis. Sie bieten kein generelles Verfahren an, Qualitätsentwicklung in Organisationen und Institutionen zu implementieren. Dies wäre auch nicht sinnvoll: Die unterschiedlichen Handlungsbedingungen und Ressourcenausstattungen bei den Trägern der Gesundheitsförderung erlauben keinen einheitlichen Ansatz für das Qualitätsmanagement. Die Good-Practice-Kriterien und -Beispiele schaffen vielmehr fachliche Anknüpfungsmöglichkeiten für die jeweils maßnahmen- bzw. trägerspezifische Implementierung der Qualitätsentwicklung (vgl. für die Anknüpfung an die Partizipative Qualitätsentwicklung [18]).

Seit November 2015 liegen die Good-Practice-Kriterien als inhaltlich erweiterte und konkretisierte „Steckbriefe“ vor [19]. Jeder der zwölf Kriterien-Steckbriefe ist als Verständigungs- und Anwendungshilfe angelegt und enthält jeweils vier Elemente: 1) kurze Definition des Kriteriums, 2) Darstellung verschiedener Umsetzungsstufen (von „überhaupt nicht“ bzw. „nur ansatzweise umgesetzt“ bis zu „umfassend umgesetzt“), 3) kurze Erläuterung dieser Stufen und schließlich



4) Hinweise auf weiterführende Literatur. Die Beschreibung verschiedener aufsteigender Umsetzungsstufen für jedes Kriterium erweitert die im Alltagsverständnis oft vorherrschende binäre Logik („umgesetzt“ bzw. „nicht umgesetzt“) und unterstreicht das Ziel der Qualitätsentwicklung, Wege und Möglichkeiten zur schrittweisen Weiterentwicklung der Praxis aufzuzeigen. Der Prozess der „Steckbrief“-Entwicklung ist ein Ergebnis der intensiven Auseinandersetzung des beratenden Arbeitskreises mit der gesundheitsfördernden Praxis im Rahmen des Good-Practice-Auswahlprozesses und den in diesem Prozess gewonnenen Erkenntnissen.

Die zwölf Good-Practice-Kriterien sind heute als Angebot zur Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung allgemein akzeptiert und gut etabliert, neben Ansätzen wie der partizipativen Qualitätsentwicklung oder quint-essenz ([20–22]). Systematische Erkenntnisse zur Anwendung der Good-Practice-Kriterien in der gesundheitsfördernden Praxis liegen jedoch – wie auch bei den anderen Ansätzen der Qualitätsentwicklung – noch nicht vor. Eine 2014 durchgeführte Befragung (u. a. der Landesvereinigungen für Gesundheit) ergab, dass die Good-Practice-Kriterien „aufgrund ihrer Niedrigschwelligkeit, der übersichtlichen Darstellung sowie der öffentlichkeitswirksamen Außendarstellung auf der Internetseite des Kooperationsverbands ‚Gesundheitliche Chancengleichheit‘ als besonders praxisfreundlich und ansprechend“ wahrgenommen werden und fester Bestandteil der Fortbildungsveranstaltungen der Landesvereinigungen sind [23]. In Zukunft wird es darauf ankommen, mehr Transparenz zur Nutzung der Kriterien zu schaffen sowie die Schnittstellen und möglichen Synergien zwischen den unterschiedlichen Verfahren der Qualitätsentwicklung zu identifizieren.

### Der kommunale Partnerprozess „Gesundheit für alle!“

Im Laufe der Arbeit des Kooperationsverbundes wurde die Bedeutung der kommunalen Ebene als derjenigen Lebenswelt (Setting) immer deutlicher, in

der eine Vielzahl wichtiger Determinanten für Gesundheit gestaltet werden können. Nach umfangreichen Vorarbeiten gemeinsam mit den Partnern im Verbund erschien 2009 die erste Auflage der Arbeitshilfe „Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung“. Sie enthielt fünf Fachhefte, die sich ausdrücklich auch an kommunale Akteure außerhalb des Gesundheitsbereiches wendeten und aufzeigten, wie kommunale Bedingungen für gesundheitliche Chancengleichheit gestaltet werden können. In die Arbeitshilfen gingen unter anderem eine Auswertung der Beispiele „guter Praxis“ ein, die Ergebnisse mehrerer Expert/-innen-Workshops sowie die Erfahrungen aus der Arbeit der Landes-Koordinierungsstellen. Die Arbeitshilfe liegt inzwischen in vierter überarbeiteter und um zwei Fachhefte erweiterter Auflage vor [24].

Die intensive Beschäftigung mit den gesundheitsförderlichen Gestaltungsmöglichkeiten im kommunalen Setting sowie die Erfahrungen in Kommunen wie Dormagen [25] und Monheim [26] zeigten die Potenziale integrierter kommunaler Strategien. Diese Strategien verknüpfen die Aktivitäten verschiedener kommunaler Handlungsfelder (z. B. Gesundheit, Jugend, Soziales und Bildung) miteinander. Im Vordergrund steht dabei das gemeinsame Ziel, allen Menschen in der Kommune möglichst günstige Rahmenbedingungen für ein Leben im Wohlergehen zu schaffen, auch und vor allem für die sozial benachteiligten Menschen. Wenn diese Strategien zudem auf die gesundheitsgerechte Gestaltung biografischer Übergänge ausgerichtet sind (z. B. auf die Unterstützung beim Eintritt in die Schule oder beim Übergang von der Schule in eine Ausbildung), dann wird oft der Begriff „Präventionskette“ benutzt.

„Präventionsketten“ sind darauf ausgerichtet, kommunale Aktivitäten für Heranwachsende und ihre Familien über die verschiedenen Altersgruppen und Lebensphasen hinweg zusammenzuführen. Ziel ist, umfassende Lebens- und Teilhabechancen zu eröffnen und individuelle, familiäre und soziale Eigenressourcen zu stärken, auch und vor allem um die soziale und gesundheitliche

Chancengleichheit zu fördern. Eine Präventionskette umfasst Angebote, Maßnahmen sowie Netzwerke zur Förderung, Unterstützung, Beratung, Bildung, Betreuung, Partizipation und zum Kinderschutz [27].

Präventionsketten bzw. integrierte kommunale Gesundheitsstrategien verfolgen einen intersektoralen und interprofessionellen Ansatz. Sie bündeln vorhandene Ressourcen, indem sie Angebote und Aktivitäten aus unterschiedlichen Handlungsfeldern, Ebenen und Ressorts zusammenführen. Ein wichtiges Merkmal einer Präventionskette ist die Orientierung an Praxisfeldern entlang des Lebensverlaufs von Heranwachsenden und ihren Familien (z. B. Schwangerschaft, Krippe/Kita, Schule, berufliche Ausbildung). Aus der jeweiligen Praxis werden alle Akteure und Institutionen einbezogen, die zu einem Aufwachsen im Wohlergehen beitragen können. Ein Fokus liegt dabei auf der Sicherung der Übergänge zwischen den Angeboten und Institutionen im jeweiligen Setting, z. B. beim Übergang aus der Familie in die Kita oder aus der Kita in die Grundschule.

Weiteres wesentliches Merkmal dieses strukturellen Ansatzes ist neben der Lebenslauforientierung die „Priorität der Partizipation“. Dazu kommen die Kindzentriertheit, insbesondere bei der Sichtung und Entwicklung der Angebote („Was braucht das Kind?“, „Was braucht die Familie?“) ebenso wie eine explizite Lebenswelt- und Ressourcenperspektive.

Beim Aufbau einer Präventionskette können unterschiedliche Entwicklungspfade beschritten werden. Die Vorgehensweise wird entscheidend durch die lokalen Ausgangsbedingungen geprägt, etwa durch den Typus der kommunalen Gebietskörperschaft, durch Stärken und Schwächen der Angebotslandschaft oder auch durch den Grad der bereits bestehenden Vernetzung. Diese kommunale Diversität bringt es mit sich, dass jede Kommune an unterschiedlichen Stationen in den Aufbau der Präventionskette startet. Trotzdem ist das weitere Vorgehen nicht beliebig, sondern verläuft gesteuert, systematisch und prozessorientiert. Zu den Herausforderungen, die sich dabei allen Akteuren stellen, gehört eine beteiligungsorientierte Ent-

wicklung der Steuerungsstrukturen. Diese beinhaltet Entscheidungen über die Besetzung der Steuerungsgruppe, die Positionierung, Verankerung und Ausstattung der Koordination und nicht zuletzt die Gestaltung der intersektoralen Abstimmungsprozesse. Für einen ausführlichen Überblick siehe [27].

Um vor allem die mit dem Begriff „Prävention“ verbundene primäre Risiko-orientierung zu vermeiden, werden als begriffliche Alternativen zu „Präventionskette“ die Bezeichnungen „Integrierte kommunale Gesundheitsstrategien“ oder auch „Gesundheitsförderungs- und Präventionsketten“ vorgeschlagen [28].

Der kommunale Partnerprozess „Gesundheit für alle!“ (bis November 2015 „Gesund aufwachsen für alle!“) wurde im Herbst 2011 durch den Kooperationsverbund initiiert. Er bietet Kommunen eine Plattform, sich über Strategien, Probleme und Lösungswege beim Aufbau kommunaler Präventionsketten auszutauschen. Begleitet wurde der Auftakt durch die Handlungsempfehlungen „Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen nachhaltig verbessern!“ [29] und durch eine Zusammenstellung fachlicher Anknüpfungspunkte und Vorarbeiten [30]. Die Broschüre „Von Anfang an gemeinsam“ [31] stellt Erfahrungen beteiligter Kommunen aus den ersten drei Jahren des Partnerprozesses vor und erläutert detailliert dessen Unterstützungsangebote. Neben den von den Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit angebotenen Beratungsleistungen und den Werkstätten „Gesunde Kommune“ ist hier vor allem das „Portal für kommunale Zusammenarbeit“, [www.inforo-online.de](http://www.inforo-online.de), zu nennen. Die kommunalen Akteure können hier eine Online-Visitenkarte für ihre Kommune anlegen, sich in offenen oder geschlossenen Diskussionsforen mit Partnern kommunal oder bundesweit austauschen, Termine koordinieren und Materialien bereitstellen. Mittlerweile sind mehr als 2300 Personen auf inforo online registriert und 50 Partnerkommunen mit insgesamt mehr als 11 Mio. Einwohnerinnen und Einwohnern beteiligen sich aktiv am kommunalen Partnerprozess (zur Arbeitsweise [32]).

Nachdem in den ersten Jahren der Arbeit vor allem die kommunalen Bedingungen für ein gesundes Aufwachsen im Mittelpunkt standen, wurde der kommunale Partnerprozess im November 2015 unter dem neuen Titel „Gesundheit für alle“ auf die gesamte Lebensspanne erweitert. Die intersektorale Vernetzung kommunaler Unterstützungsangebote gestaltet auch für die Menschen im „Erwerbsalter“ sowie für ältere und hochaltrige Menschen wichtige Determinanten für Gesundheit. Konzeptionell ist diese Erweiterung eine große Herausforderung: Die biografisch und institutionell geprägten Übergänge im Kindes- und Jugendalter sind in den späteren Lebensphasen wesentlich individueller und weniger normiert als in den ersten Lebensphasen. Für die Gestaltung der kommunalen Strategien bedeutet dies, dass die Vernetzung der Unterstützungsangebote flexibler und breiter aufgestellt sein sollte als für die ersten Lebensjahre. Die integrierte kommunale Strategie wird somit zur Klammer eines umfassenderen kommunalen Gesundheitsförderungs- und Präventions-Netzwerkes.

Der kommunale Partnerprozess wird durch einen Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz [33] sowie durch die drei kommunalen Spitzenverbände unterstützt. Dies eröffnet die Perspektive für die Entwicklung eines Bund-Länder-Kommunen-Konzeptes der gesundheitlichen Chancengleichheit und entspricht einem auf die Gesamtbevölkerung in Deutschland gerichteten Public-Health-Ansatz.

### **Ergebnisse der Arbeit des Kooperationsverbundes: ein Zwischenfazit**

Ein (Zwischen-) Fazit der Arbeit des Kooperationsverbundes muss sich auf die Bewertung der Strukturen und Prozesse konzentrieren, die zur Stärkung sozialogenbezogener Gesundheitsförderung in Deutschland aufgebaut wurden. Auf der Strukturebene ist es gelungen, über die Jahre hinweg die Arbeit des Kooperationsverbundes mit einem kontinuierlich wachsenden Mitgliederbestand zu verstetigen und die Arbeit der

Koordinierungsstellen in den Bundesländern zu sichern.

In einer 2013 durchgeführten Befragung berichten Akteure aus dem Arbeitskontext des Kooperationsverbundes *„Lern- und Transferprozesse, Strukturbildung, Impulsgebung, Informationsaustausch und Verbreitung des Themas sozialbedingter gesundheitlicher Problemlagen“* hätten positive Auswirkungen auf ihren jeweiligen Tätigkeitsbereich gehabt [34]. Als Erfolge des Kooperationsverbundes bewerten sie die Verbreitung des Themas gesundheitliche Chancengleichheit, die Umsetzung von Projekten wie der Praxisdatenbank oder dem kommunalen Partnerprozess sowie die Entwicklung intersektoraler Vernetzung und Zusammenarbeit, etwa durch die Einbindung der kommunalen Spitzenverbände [35].

Der Auf- und Ausbau des kommunalen Partnerprozesses zu „Gesundheit für alle!“ zeigt, dass der Verbund eine geeignete Struktur bereitstellt, um innovative Ansätze gemeinsam mit Kooperationspartnern (hier insbesondere den kommunalen Spitzenverbänden) umzusetzen.

Das breite Interesse an den Materialien des Kooperationsverbundes lässt sich auch dadurch belegen, dass sowohl die Website des Verbundes als auch die Publikationen aus dem Verbund kontinuierlich in großer Zahl abgerufen werden. Auch wenn diese Angaben keine Rückschlüsse auf die konkrete Nutzung der abgerufenen Informationen zulassen, so belegen sie doch deren Verbreitungsgrad und Akzeptanz. Dies gilt auch für die Good-Practice-Kriterien, die von Akteuren aus der gesundheitsförderlichen Praxis z. B. im Rahmen von Veranstaltungen und Workshops stets als hilfreicher Beitrag zur Qualitätsentwicklung ihrer Arbeit gesehen werden.

Zu erwähnen sind aber auch einige Probleme. So ist es bislang noch nicht in allen Bundesländern gelungen, für die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit finanzielle Perspektiven zu eröffnen, die über einjährige Förderanträge für die Ausstattung mit nur einer halben Personalstelle für das ganze Bundesland hinaus reichen. Diese befristete, stark beschränkte Förderung

setzt den Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten der regionalen Koordinatorinnen und Koordinatoren enge Grenzen.

Eine weitere Herausforderung für die Arbeit des Verbundes liegt in der Verankerung der Good-Practice-Kriterien als trägerübergreifende Grundlage für Ansätze der Qualitätsentwicklung in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. Noch stehen die Kriterien weitgehend unverbunden neben den zahlreichen weiteren Ansätzen zur Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung. Anspruchsvoll ist dabei auch die Aufgabe, die Beschreibung der Kriterien aktuell und „auf Augenhöhe“ mit der sich weiterentwickelnden Praxis zu halten.

Eine zentrale Kritik an der Arbeit des Kooperationsverbundes wurde in einer Evaluation des Kooperationsverbundes 2007 geäußert [36]. In einer „Spiegelbilderhebung“ bei Mitgliedern des Kooperationsverbundes auf der einen und Trägern gesundheitsfördernder Projekte auf der anderen Seite wurden divergierende Erwartungen deutlich zwischen möglichst übergreifenden Empfehlungen für die Weiterentwicklung der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung einerseits und möglichst konkreten Hinweisen zur Durchführung von Einzelmaßnahmen andererseits. Eine Antwort auf diese Kritik kann im 2011 gestarteten kommunalen Partnerprozess gesehen werden, der das Konzept der kommunalen Präventionskette mit dem konkreten Web-2.0-Angebot [www.inforonline.de](http://www.inforonline.de) für Fachkräfte in Kommunen verbindet.

## Perspektiven

Die aktuelle Diskussion um die weitere Entwicklung der soziallagenbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland ist stark mit der Umsetzung des im Sommer 2015 verabschiedeten Gesetzes zur Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz) verknüpft [37]. Das Gesetz bestätigt und stärkt die Perspektive des Kooperationsverbundes, da es zusätzliche Ressourcen für lebensweltorientierte Maßnahmen bereitstellt

und die Akteure aufruft, auf Ebene von Bund und Ländern gemeinsame Präventionsstrategien (bzw. die dafür benötigten Rahmenvereinbarungen) zu entwickeln. Gleichzeitig aber ist das Gesetz primär auf die gesetzliche Krankenversicherung als Kostenträger ausgerichtet, unter weitgehender Ausklammerung anderer Sozialversicherungsträger sowie von Bund und Ländern. Diese eingeschränkte Struktur wird dem Anspruch eines *Upstream*-Ansatzes nicht gerecht, die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen als handlungsfeldübergreifende Aufgabe zu verstehen und möglichst alle gesundheitsrelevanten Akteursgruppen verbindlich einzubeziehen.

Gleichwohl bieten die Strukturen und Arbeitsergebnisse des Kooperationsverbundes eine Vielzahl von Anknüpfungspunkten, um auf Bundesebene und in den Ländern die Mittel des Präventionsgesetzes nachhaltig einzusetzen. Mit den Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit existieren auf Länderebene bereits gut etablierte Strukturen, die in der Regel von den gesetzlichen Krankenkassen und den für Gesundheit zuständigen Landesministerien gemeinsam finanziert werden. Die dort bereits begonnenen Prozesse fortzuführen und zu erweitern – insbesondere die Aktivitäten zum Aufbau integrierter kommunaler Strategien (kommunaler Präventionsketten) –, würde einen weitgehend nahtlosen Start in die Umsetzung des Präventionsgesetzes ermöglichen. Zugleich bieten die Gesundheitsförderungs- und Präventionsketten mit ihrer Betonung der lebenslauforientierten Gesundheitsförderung einen guten Ansatzpunkt für die systematische Ausweitung der Aktivitäten (entsprechend der zusätzlichen Ressourcen!). Bei der Umsetzung des Präventionsgesetzes wird es jetzt auch und vor allem um die Entwicklung eines gemeinsamen, trägerübergreifenden Verständnisses über die Qualität der Maßnahmen und Aktivitäten gehen. Die Vorarbeiten des Kooperationsverbundes zur Qualitätsentwicklung sowie die Good-Practice-Kriterien und -Beispiele bilden hierfür eine allgemein akzeptierte und bundesweit verbreitete Grundlage.

## Korrespondenzadresse

**H. Kilian MPH**

Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.  
Friedrichstraße 231, 10969 Berlin  
[kilian@gesundheitbb.de](mailto:kilian@gesundheitbb.de)

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** H. Kilian, F. Lehmann, A. Richter-Kornweitz, L. Kaba-Schönstein und A. Mielck geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

## Literatur

- Mielck A (2000) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Hans Huber, Bern
- Mielck A (2005) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Hans Huber, Bern
- Wilkinson R, Pickett K (2009) *The Spirit Level: why more equal societies almost always do better*. Allen Lane, London
- Kaba-Schönstein L, Gold C (2011) Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. [www.bzga.de/leitbegriffe](http://www.bzga.de/leitbegriffe). Zugegriffen: 27. Aug. 2015
- Dahlgren G, Whitehead M (1991) Policies and strategies to promote social equity in health. Institute for Futures Studies, Stockholm
- Williams DR, Costa M, Odunlami A, Mohammed SA (2008) Moving upstream: how interventions that address the social determinants of health can improve health and reduce disparities. *J Public Health Manag Pract* 14(Suppl):8–17
- Leppo K, Ollila E, Peña S, Wismar M, Cook S (Hrsg) (2013) *Health in All Policies – Seizing opportunities, implementing policies*. Ministry of Social Affairs and Health, Finland
- WHO (1986) Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1). Zugegriffen: 27. Aug. 2015
- Whitehead M (1998) Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective. *Milbank Q* 76:469–492. (Zitiert in Mielck A (2000) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Verlag Hans Huber, Bern, S 379–380)
- Luig-Arlt H (2013) Zehn Jahre Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“. Eine Zwischenbilanz. Studie im Auftrag der BZgA. Köln, S 22–23. [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/service/meldungen/10-jahre-kooperationsverbund](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/service/meldungen/10-jahre-kooperationsverbund). Zugegriffen: 27. Aug. 2015
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2003) Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure. Reihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd 22. BZgA, Köln
- Luig-Arlt H (2013) Zehn Jahre Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“. Eine Zwischenbilanz. Studie im Auftrag der BZgA. Köln. [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/service/meldungen/10-jahre-kooperationsverbund](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/service/meldungen/10-jahre-kooperationsverbund). Zugegriffen: 27. Aug. 2015

13. Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (Hrsg) (2005) Kooperationserklärung anlässlich des dritten Kooperationstreffens am 25. Oktober 2005 in Essen. [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/kooperationsverbund/struktur](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/kooperationsverbund/struktur). Zugriffen: 27. Aug. 2015
14. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2015) Der beratende Arbeitskreis. [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/kooperationsverbund/struktur/beratender-arbeitskreis](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/kooperationsverbund/struktur/beratender-arbeitskreis). Zugriffen: 27. Aug. 2015
15. Deutsches Institut für Urbanistik (Difu) (2003) Good Practice in Altbau- und gemischten Quartieren. Eine Analyse im Rahmen des Bundesländer-Programms „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – Die soziale Stadt“. Difu, Berlin
16. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011a) Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – weiterführende Informationen. (5. erweiterte und überarbeitete Auflage). Reihe Gesundheitsförderung konkret, Bd 5. BZgA, Köln
17. GKV-Spitzenverband (2014) Leitfaden Prävention, Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014. GKV-Spitzenverband, Berlin
18. Wright MT, Kilian H, Brandes S (2013) Praxisbasierte Evidenz in der Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. *Gesundheitswesen* 75:380–385
19. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2015) Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. BZgA und Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Köln
20. Kolip P, Müller V (Hrsg) (2009) Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, Handbuch Gesundheitswissenschaften. Hans Huber, Bern
21. IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung (2015) Werkzeugkasten. [www.in-form.de/profiportal/inform-projekte/projekt-service/in-form-leitfaden-qualitaets-sicherung/werkzeugkasten.html](http://www.in-form.de/profiportal/inform-projekte/projekt-service/in-form-leitfaden-qualitaets-sicherung/werkzeugkasten.html). Zugriffen: 27. Aug. 2015
22. Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen: Kurzbeschreibung der Instrumente und Qualitätssysteme. [www.lzg.nrw.de/themen/Gesundheit\\_schuetzen/praevention/reg\\_knoten/qualitaetsentwicklung/instrumente/index.html](http://www.lzg.nrw.de/themen/Gesundheit_schuetzen/praevention/reg_knoten/qualitaetsentwicklung/instrumente/index.html). Zugriffen: 27. Aug. 2015
23. Altgeld T, Brandes S, Bregulla I et al (2015) Gesamtprojektbericht Kooperations- und Forschungsprojekt „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität“. BZgA, Köln
24. Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg) (2014) Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung (7 Fachhefte), 4. aktualisierte Auflage. Gesundheit Berlin-Brandenburg, Berlin
25. Hilgers H, Sandvoss U, Jasper CM (2008) Das Dormagener Modell: Was es beinhaltet und was man von ihm lernen kann. In: Wolfram M, Osner A (Hrsg) Handbuch Kommunalpolitik. Raabe, Berlin
26. Holz G, Schöttle M, Berg A (2011) Fachliche Maßstäbe zum Auf- und Ausbau von Präventionsketten in Kommunen: Strukturansatz zur Förderung des „Aufwachsens im Wohlergehen“ für alle Kinder und Jugendliche. Essen. [www.awonr.de/fileadmin/DAM/Sozial\\_Politisches\\_Engagement/Impulspapier\\_Praeventionsketten\\_13.10.2011.pdf](http://www.awonr.de/fileadmin/DAM/Sozial_Politisches_Engagement/Impulspapier_Praeventionsketten_13.10.2011.pdf)
27. Richter-Kornweitz A, Utermark K (2013) Werkbuch Präventionskette – Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen. Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. BZgA Hannover
28. Richter-Kornweitz A, Holz G, Kilian H (2015) Präventionsketten, in: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. [www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praeventionskette-integrierte-kommunale-gesundheitsstrategie](http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praeventionskette-integrierte-kommunale-gesundheitsstrategie)
29. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hrsg) (2011) Handlungsempfehlungen „Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen nachhaltig verbessern!“. BZgA, Berlin
30. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011b) Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Reihe Gesundheitsförderung konkret, Bd 17. BZgA, Köln
31. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hrsg) (2014) „Von Anfang an gemeinsam“, Startphase kommunaler Strategien für ein gesundes Aufwachsen, Der kommunale Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“ 2013/2014. BZgA, Berlin
32. Kilian H, Block P, Lehmann F (2014) Konzepte zentral, Umsetzung dezentral? Neue Wege der Zusammenarbeit regionaler und überregionaler Akteure am Beispiel der Entwicklung von Präventionsketten. In: Kuhn D, Heyn M (Hrsg) Gesundheitsförderung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Hans Huber, Bern, S 159–165
33. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) (2014) Unterstützung des kommunalen Partnerprozesses „Gesund aufwachsen für alle!“, Beschlüsse der 87. GMK, TOP 11.1. [www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=192&jahr=2014](http://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=192&jahr=2014). Zugriffen: 27. Aug. 2015
34. Luig-Arlt H (2013) Zehn Jahre Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“. Eine Zwischenbilanz. Studie im Auftrag der BZgA. Köln, S 16. [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/service/meldungen/10-jahre-kooperationsverbund](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/service/meldungen/10-jahre-kooperationsverbund). Zugriffen: 27. Aug. 2015
35. Luig-Arlt H (2013) Zehn Jahre Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“. Eine Zwischenbilanz. Studie im Auftrag der BZgA. Köln, S 22–24. [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/service/meldungen/10-jahre-kooperationsverbund](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/service/meldungen/10-jahre-kooperationsverbund). Zugriffen: 27. Aug. 2015
36. Conrad P, Hucker T (2007) Evaluation des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. BZgA, Berlin (unveröffentlicht)
37. Bundesgesetzblatt (2015) Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) vom 17. Juli 2015, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2015. <http://tinyurl.com/qfavg69>. Zugriffen: 27. Aug. 2015