

# Dezentrale Gesundheitsförderung nach dem Präventionsgesetz in Nürnberg: Evaluationsergebnisse und Erfahrungen aus dem Projekt „Gesundheit für alle im Stadtteil“

## Decentralized Health Promotion in Nuremberg according to the Prevention Bill: Assessment of results and experiences of the project “Health for Everyone in the District”



Autorinnen/Autoren

Sarah Anna Maria Hentrich<sup>1‡</sup>, Martina Lenkowski<sup>2‡</sup>, Katharina Seebaß<sup>1</sup>, Sebastian Ottmann<sup>2</sup>, Dennis John<sup>3</sup>

### Institute

- 1 Gesundheitsamt, Stadt Nürnberg, Nürnberg, Germany
- 2 Institut für Praxisforschung und Evaluation, Evangelische Hochschule Nürnberg, Nürnberg, Germany
- 3 Sozialwissenschaften, Evangelische Hochschule Nürnberg, Nürnberg, Germany

### Schlüsselwörter

Public Health, Evaluation, Präventionsgesetz, Prävention, Gesundheitsförderung, Kommune

### Key words

Public Health, Evaluation, Prevention Bill, Prevention, Health Promotion, Community

### Bibliografie

Gesundheitswesen 2024; 86: 103–110

DOI 10.1055/a-2206-1612

ISSN 0941-3790

© 2024. The Author(s).

This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution-NonDerivative-NonCommercial-License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit. Contents may not be used for commercial purposes, or adapted, remixed, transformed or built upon. (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14,  
70469 Stuttgart, Germany

### Korrespondenzadresse

Sarah Anna Maria Hentrich  
Stadt Nürnberg  
Gesundheitsamt  
Burgstr. 4  
90403 Nürnberg  
Germany  
[sarah.hentrich@stadt.nuernberg.de](mailto:sarah.hentrich@stadt.nuernberg.de)

### ZUSAMMENFASSUNG

**Hintergrund** Das Projekt „Gesundheit für alle im Stadtteil“ wurde in Nürnberg von Mai 2017 bis Oktober 2022 im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG – Präventionsgesetz, SGB V §20a) mit Fördermitteln der AOK Bayern umgesetzt. Das Ziel war es, durch dezentrale Gesundheitsförderung in vier deprivierten Stadtteilen gesundheitsfördernde Maßnahmen umzusetzen und so vor Ort eine Verbesserung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit zu bewirken. Durch eine externe Evaluierung wurden unter anderem die Programmtreue, die Projektreichweite und -akzeptanz, Zielgruppenverhalten und Wohlbefinden, sowie die Etablierung dauerhafter Strukturen bewertet.

**Methodik** Im Rahmen der Evaluation wurden eine quantitative Paper-Pencil-Befragung mit Daten aus den Feedbackbögen der Maßnahmen (n = 580), vier qualitative Fokusgruppeninterviews mit Akteur\*innen des Projekts (n = 20) sowie eine vertiefende teilstandardisierte, überwiegend quantitative Onlinebefragung von Akteur\*innen und Kursleiter\*innen aus den Stadtteilen (n = 67) durchgeführt und ausgewertet.

**Ergebnisse** Frauen, Senior\*innen und Personen mit Migrationshintergrund konnten durch die Angebote gut erreicht werden. Die sehr hohe Zufriedenheit mit den Maßnahmen und der gute Alltagstransfer der Maßnahmeninhalte zeigen die Chancen einer lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung in Bezug auf deprivierte Zielgruppen. Die Vorgaben des Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbandes stellen eine Hürde für die langfristige Etablierung der Maßnahmen in den Stadtteilen dar.

**Fazit** Das Projekt „Gesundheit für alle im Stadtteil“ stellt einen lebensweltrelevanten und niedrighschwelligem Ansatz der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung im kommunalen Setting dar und ist dazu geeignet, deprivierte Zielgruppen mit gesundheitsfördernden Maßnahmen zu erreichen. Anpassungen des Leitfadens Prävention könnten dabei helfen, in breiterem Umfang dauerhafte Strukturen zu schaffen.

‡ Diese Autorinnen/Autoren haben zu gleichen Teilen beigetragen.

**ABSTRACT**

**Background** The project “Health for Everyone in the District” was implemented in Nuremberg from May 2017 to October 2022 as part of the law passed to strengthen health promotion and disease prevention with funding from Public Health Insurance, Bavaria. The aim was to implement health promotion measures through a decentralized system in four deprived parts of the city and thus promote health equity on site. Among other aspects, program loyalty, project scope, and acceptance, as well as continuity and establishment of permanent structures underwent external assessment.

**Method** As part of the evaluation, quantitative data from the paper-and-pencil feedback forms of the measures (n = 580), four qualitative focus group interviews with participants of the project (n = 20), and an in-depth partially standardized predominantly quantitative online survey of participants and course instructors from the districts (n = 67) were conducted.

**Results** The programs were accepted by those most in need, namely women, elderly people and those with a migration background. Women, senior citizens and people with a migration background were well reached by the measures. The very high level of satisfaction with the measures showed that there were opportunities for implementation of health promotion measures into daily life taking into consideration the local environment and deprived target groups. The specifications of the guidelines for prevention, however, represented a hurdle for the long-term establishment of the measures in these districts.

**Conclusion** The project “Health for Everyone in the District” represents a local low-threshold approach to social situation-related health promotion in the municipal setting and is suitable for reaching deprived target groups with health-promoting measures. Adjustments to the guidelines for prevention could help create permanent structures on a broader scale.

## Einleitung

### Präventionsgesetz und Gesunde Kommune

Kommunale Prävention und Gesundheitsförderung hat zum Ziel, auf die Lebensbedingungen und Verhaltensweisen der Bevölkerung Einfluss zu nehmen, sodass umwelt- und lebensstilbezogene Krankheiten verringert und das allgemeine Wohlbefinden erhöht wird. Das Präventionsgesetz (PrävG), das im Jahr 2015 in der jetzigen Form in Kraft getreten ist, hat hierbei eine zentrale Rolle. Grundsätzlich soll der Stellenwert der Prävention in der Gesellschaft durch Strukturaufbau, sowie durch gesundheitsfördernde Maßnahmen in den Lebenswelten der Bevölkerung, erhöht werden [1]. Diese sind beispielsweise Familien, das direkte Wohnumfeld, Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen, Betriebe und Pflegeeinrichtungen. Darüber wurden im Rahmen des PrävG präventive Gesundheitsuntersuchungen über den gesamten Lebensverlauf weiterentwickelt, die Früherkennungsuntersuchungen sowie Beratung und Aufklärung hinsichtlich des Impfschutzes beinhalten und Ärzt\*innen dazu berechtigen, individuelle Präventionsempfehlungen aussprechen zu können.

Durch das PrävG besteht nun ein neuer finanzieller Rahmen für kommunale, kleinräumige Projekte der Gesundheitsförderung. So wird der GKV-Spitzenverband im Rahmen des PrävG angewiesen, Leistungen zur „Gesundheitsförderung in Lebenswelten“ zu erbringen und damit die Strukturen vor Ort zu stärken. Als Förderrichtlinie der Krankenkassen regelt der Leitfadene Prävention [2], unter welchen Bedingungen die Umsetzung von Maßnahmen förderfähig ist. Grundsätzlich können Maßnahmen aus den Bereichen Bewegung, Entspannung, Ernährung und Suchtprävention gefördert werden. Dies können bspw. Maßnahmen wie Bewegung im Park, Sturzprävention, Gesunde Ernährung oder Informationsveranstaltungen sein [3]. Als lebensweltbezogenes Setting für nachhaltige Prävention und Gesundheitsförderung werden nach §20a SGB V die Kommune, Kindertagesstätten und Schulen sowie der Arbeitsplatz definiert [2]. Für das Setting „Gesunde Kommune“ gilt, dass dort in Kooperation mit einem kommunalen Träger zeitlich befris-

tete Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention durchgeführt werden sollen [4]. Die Gesundheitsförderung begegnet gesundheitlicher Ungleichheit mit Maßnahmen [5], die darauf abzielen, Chancengerechtigkeit herzustellen sowie dem Aufbau von Strukturen, um diese Maßnahmen langfristig durchführen zu können. Empowerment und Partizipation werden hierbei als handlungsleitende Prinzipien betrachtet [6]. Das strategische Vorgehen im Projekt „Gesundheit für alle im Stadtteil“ bestand hierbei im Anknüpfen an bestehende Netzwerke, der Erhebung spezifischer Bedarfe und der Fokussierung auf deprivierte Personengruppen – dieses Vorgehen zeigt sich als zielführend [7].

### Forschungsstand

Es ist empirisch gut belegt, dass sozioökonomische Deprivation mit einem schlechteren Gesundheitszustand sowie einer geringeren Lebensqualität und höheren Morbiditätslasten einhergeht – dies gilt im Allgemeinen für Gesundheit und Wohlbefinden [5], als auch speziell für die Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen [6–10], Erwachsenen [11, 12] und Senior\*innen [13–15]. Werden weitere Determinanten betrachtet, zeigen sich für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund für manche Krankheitsbilder höhere, für andere niedrigere Prävalenzen [16] – es zeigt sich empirisch ein uneinheitliches Bild. Unterschiede zeigen sich auch bei der Häufigkeit des Auftretens gesundheitlich riskanter Verhaltensweisen. So wird eine höhere Prävalenz bzgl. des Rauchens und Übergewichts bei Personen mit Migrationshintergrund festgestellt [17, 18], jedoch wird seltener Alkohol konsumiert [19]. Diese Befunde unterscheiden sich teils nach den jeweiligen Herkunftsländern. So ist bspw. unter Jugendlichen arabisch-islamischer oder türkischer Herkunft die Prävalenz der Raucher\*innen am geringsten [20]. Körperliche Inaktivität, ein Risikofaktor für spätere kardiovaskuläre Erkrankungen, wird verstärkt bei niedriger Schulbildung und bei Arbeitslosigkeit beobachtet [21]. Gesundheitlich riskante Verhaltensweisen sind mit einem schlechteren Gesundheitszustand im weiteren Lebensverlauf assoziiert [22]. Gleichzeitig zeigen sich positive Langzeiteffekte auf den Gesundheitszustand bei Änderungen im Lebensstil [23–25]. Daher

wird davon ausgegangen, dass sich durch die Gesundheitsförderungsmaßnahmen des Projekts Krankheitsrisiken minimieren können und die gesundheitsbezogene Chancengerechtigkeit verbessert wird, wenn Interventionen zu einer langfristigen Änderung des gesundheitlich relevanten Verhaltens der Maßnahmeteilnehmer\*innen beitragen. Daneben wird davon ausgegangen, dass über eine Änderung der Kontextfaktoren der Wohnumgebung, des Bildungsniveaus und des Einkommens die gesundheitliche Chancengerechtigkeit verbessert werden kann. Dieser Ansatz wird als Verhältnisprävention bezeichnet und hat seine Anfänge in der vorherigen Jahrhundertwende, als Maßnahmen der „öffentlichen Hygiene“ zur Gesunderhaltung und des Arbeiterschutzes sowie die stabile Ernährungslage die Lebenserwartung entscheidend verlängerten. Heute werden unter dem Begriff Maßnahmen verstanden, welche darauf abzielen, die Lebensverhältnisse der Menschen bezüglich des allgemeinen Wohlbefindens, der Morbiditätslasten und der Lebenserwartung zu verbessern. Dies kann eine Ausweitung oder Aufwertung von Grünflächen in deprivierten Wohngebieten sein, eine Verbesserung der gesundheitsbezogenen Infrastruktur vor Ort oder die Installation von öffentlichen Sport- und Koordinationsgeräten [26–30].

## Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention in Nürnberg

Laut dem seit der Ottawa-Charta entwickelten Setting-Ansatz [31] soll Gesundheit im jeweiligen Kontext gefördert werden. Dieser Ansatz wurde von der Stadt Nürnberg in Kooperation mit der AOK Bayern bereits kurz nach Veröffentlichung des PräVg aufgegriffen. Von Mai 2016 bis April 2020 wurde das Projekt „Gesunde Südstadt“, das ebenfalls extern evaluiert wurde, durchgeführt [32] und kurz danach, von Mai 2017 bis Oktober 2022 (verlängert um den pandemiebedingt pausierten Zeitraum) wurde das Projekt „Gesundheit für alle im Stadtteil“ umgesetzt. Im Rahmen des Projekts wurde in vier, nach Kriterien sozioökonomischer Benachteiligung ausgewählten, Projektgebieten jeweils eine Gesundheitskoordination eingerichtet. Als personelle Ressourcen standen eine halbe Stelle für eine Projektleitung, vier Vollzeitstellen für sechs Gesundheitskoordinator\*innen in den Projektgebieten und eine Viertel-Stelle für eine Verwaltungskraft zur Verfügung. Die Projektgebiete waren der Nürnberger Westen, St. Leonhard/Schweinau, Langwasser und Röthenbach. Die Gesundheitskoordinator\*innen gingen Kooperationen mit lokalen sozialen, kulturellen und konfessionellen Institutionen und mit weiteren Ämtern der Kommune (bspw. SportService, Jugend-, Sozial- und Seniorenamt) ein und erfassten zu Beginn der Projektzeit die Bedarfe in den Gebieten. Hierfür wurden Expert\*innen aus den Stadtteilen in Einzel- und Gruppeninterviews anhand eines standardisierten Leitfadeninterviews zu den Bedarfen der Stättebewohner\*innen befragt. Aus dieser qualitativen Bedarfserhebung wurden erste Zielgruppen und stadtteilspezifische Problemfelder definiert. Ein Ziel des Projektes war es, möglichst vielen Bewohner\*innen, insbesondere den Zielgruppen der Bedarfserhebung, den Zugang zu Bewegungs-, Entspannungs- und Ernährungskursen zu ermöglichen oder zu erleichtern. In der Sozialen Arbeit wird diesbezüglich von Niedrigschwelligkeit gesprochen, wenn die Teilnahme an Maßnahmen oder anderen freiwilligen Angeboten durch möglichst wenige Hürden erschwert wird [33]. Wann eine Maßnahme als niedrigschwellig zu betrachten ist, hängt von der Zielgruppe und den spezifischen Hürden ab [34]. Durch die verringerten

Zugangshürden unterschieden sich die Maßnahmen des Projektes von kommerziellen Angeboten der Gesundheitsförderung, welche bei deprivierten Personengruppen häufig wenig bekannt und diese in den Angeboten unterrepräsentiert sind – hierfür gibt es Evidenz sowohl für Kinder und Jugendliche [35, 36] als auch Erwachsene [37–39]. Während Personen mit geringem Sozialstatus insgesamt eine schlechtere subjektive Gesundheit berichten und eine geringere Lebenserwartung aufweisen [40], werden Zusammenhänge zwischen der Nutzung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und einem besseren subjektiven Gesundheitszustand sowie der Arbeitsfähigkeit festgestellt [41]. Von einer erhöhten Teilnahme deprivierter Personengruppen an Maßnahmen der Gesundheitsförderung wird daher die Erwartung geknüpft, deren (subjektiven) Gesundheitszustand verbessern zu können und daher die gesundheitsbezogene Chancengerechtigkeit zu erhöhen. In Anlehnung an die Bedarfserhebung und in Rücksprache mit den Akteur\*innen wurden neben regelmäßig stattfindenden Veranstaltungen, wie etwa Bewegungsangeboten auf öffentlichen Grün- und Freiflächen, Maßnahmen für sehr kleinteilig segmentierte Zielgruppen angeboten. Dies waren bspw. Gesundheitskurse mit tamilischer, russischer oder arabischer Übersetzung, mit Kinderbetreuung oder Maßnahmen, die für Sportanfänger\*innen (oder nach langer Sportpause) konzipiert waren. So konnte ein niedrigschwelliger Zugang durch den Abbau von Hürden von regulären Angeboten wie benötigtes Sprachniveau, Kosten, mangelnde Sichtbarkeit von Angeboten, fehlender Kinderbetreuung, verbindlicher Anmeldung oder hohes (antizipiertes) sportliches Niveau oder inhaltliches Vorwissen minimiert werden.

Neben den Maßnahmen sollte in den Projektgebieten Gesundheit und deren Förderung als Schwerpunktthema im Diskurs der lokalen Akteur\*innen und Vertreter\*innen anderer Ämter etabliert werden: So wurde in zwei Projektgebieten mit den Akteur\*innen und Schulen ein jährlicher, stadtteilbezogener Bewegungstag für Jugendliche durchgeführt. In einem weiteren Projektgebiet konnte das Thema „Armut und Gesundheit“ in einer halbjährlich stattfindenden Veranstaltung für Akteur\*innen des Stadtteils platziert werden. In Netzwerken, Gremien und Arbeitsgruppen, in welchen teils auch Stadträt\*innen vertreten waren, wurde durch die Gesundheitskoordinator\*innen das Zusammenspiel von sozialer Ungleichheit und Gesundheit sowie Wissen über strukturelle Faktoren, die zu gesundheitlicher Ungleichheit führen können, sichtbar und bewusster gemacht. Darüber hinaus wurde den Stadträt\*innen des Gesundheitsausschusses regelmäßig über den Fortgang des Projektes berichtet.

Mit insgesamt 199 Maßnahmen, 1.104 Einzelterminen und 18.035 Teilnahmen konnte eine hohe Anzahl an Personen von dem Projekt profitieren. Eine genaue Beschreibung des Projekts, des Vorgehens und der Ergebnisse finden Sie im Abschlussbericht des Projekts [42].

Die Evaluation des Projektes erfolgte durch das Institut für Praxisforschung und Evaluation der Evangelischen Hochschule Nürnberg von Juli 2020 bis Dezember 2021. Die Evaluation bezieht sich auf die ersten dreieinhalb Projektjahre. Da das Projekt aufgrund der Pandemie um ein Jahr verlängert wurde, handelt es sich bei der Evaluation nicht, wie geplant, um eine Abschlussevaluation, sondern um eine Zwischenevaluation. Im Fokus stehen die Bewertung der Projekttreue, der Projektreichweite und –akzeptanz und der dauerhaften Implementierung der Maßnahmen. Die Evaluationsge-

genstände wurden von der Auftraggeberin vorgegeben. Die jeweilige Definition ist im Ergebnisteil zu finden.

## Methodik

Das Projekt wurde im Mixed-Methods-Design evaluiert. Hierfür wurden die Feedbackbögen von Maßnahmeteilnehmer\*innen als quantitative Paper-Pencil-Befragung ausgewertet und vier qualitative Fokusgruppen unter den Akteur\*innen durchgeführt und ausgewertet. Zum Abschluss wurde eine Onlinebefragung erstellt und unter Akteur\*innen und Kursleiter\*innen durchgeführt. Durch die Kombination aus quantitativen und qualitativen Methoden soll ein größtmöglicher Erkenntnisgewinn erreicht werden [43]. Zum einen wird ein vertiefendes Evaluationsdesign umgesetzt, da die Ergebnisse von qualitativen Fokusgruppen als Grundlage für die Erstellung einer quantitativen Onlinebefragung dienen. Zum anderen geben die qualitativen Daten ein umfassenderes Bild auf die quantitative Paper-Pencil-Befragung. Folgend werden ausgewählte Forschungsergebnisse vorgestellt. Die ausführlichen Ergebnisse finden sich im Abschlussbericht der Evaluation [44].

### Paper-Pencil-Befragung

Von April 2018 bis November 2020 wurden von den Maßnahmeteilnehmer\*innen anonym Feedback-Fragebögen ausgefüllt. Das Erstellen von Feedbackbögen und die Erfassung der Feedbacks war durch die fördernde gesetzliche Krankenkasse hinsichtlich der Qualitätssicherung im Projektverlauf vorgeschrieben. Die Feedbackbögen wurden in der jeweils letzten Einheit der Maßnahmen zur freiwilligen Beantwortung ausgegeben. Insgesamt 580 vollständig erfasste und codierte Datensätze konnten so im Rahmen der Evaluation ausgewertet werden. Eine personenbezogene Erfassung der Teilnehmer\*innen erfolgte aufgrund des Projektkonzeptes, insbesondere der Unverbindlichkeit, nicht. Erfasst wurde lediglich die Zahl der Teilnehmer\*innen je Maßeinheit. Eine Rücklaufquote kann daher nicht berechnet werden. Inhaltlich wurde neben soziodemografischen Daten die Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Maßnahmen durch Rating-Skalen mit 5 Kategorien (1 = stärkste Zustimmung, 5 = stärkste Ablehnung) abgefragt.

### Fokusgruppen

Für jeden der vier Stadtteile wurde im Februar 2022 eine Fokusgruppe mit je 5 Akteur\*innen (n = 20) digital durchgeführt. Bei den Akteur\*innen handelte es sich um am Projekt aktiv oder passiv Mitwirkende des Sozialraums, etwa im Rahmen von Maßnahmen oder von Kooperationen mit lokalen Institutionen oder durch die projektbezogene Informationsweitergabe im Stadtteil. Fokusgruppen sind ein moderiertes Diskursverfahren, bei dem eine Kleingruppe durch einen Informationsinput zur Diskussion über ein bestimmtes Thema angeregt wird [45]. Die Auswertung erfolgte anhand der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [46]. Die Kategorien wurden mit den quantitativen Daten der Paper-Pencil-Befragung im Sinne eines Mixed-Methods-Designs kombiniert [47]. Die Themen in den Fokusgruppen waren Bedarfe im Stadtteil, Einbindung und Bekanntheit des Projekts im Stadtteil und die Etablierung dauerhafter Strukturen im Rahmen des Projekts.

## Onlinebefragung

Aufbauend auf den ersten Ergebnissen der Fokusgruppen und Paper-Pencil-Befragung wurde eine quantitative, retrospektive Onlinebefragung durchgeführt. Für die Erhebung wurde von der Auftraggeberin ein Adressverteiler mit 98 Adressen von Kursleiter\*innen und Akteur\*innen zur Verfügung gestellt. Zudem wurde der Link zur Befragung über alle Netzwerke verbreitet. Insgesamt sind 67 vollständig beantwortete Fragebögen eingegangen. Die Daten wurden deskriptiv ausgewertet. Neben Fragen zur erreichten Zielgruppe wurden Rating-Skalen mit 5 Kategorien genutzt (1 = stärkste Zustimmung, 5 = stärkste Ablehnung), um von den Befragten eine Einschätzung zu verschiedenen Aspekten des Projekts und der Projektförderung zu erhalten, wie z. B. den erreichten Zielgruppen, der Niedrigschwelligkeit der Maßnahmen, der Bekanntheit und der Etablierung dauerhafter Strukturen im Rahmen des Projekts sowie zu der Förderdauer.

## Ergebnisse

### Projekttreue

Die Projekttreue beschreibt, inwiefern die zu Anfang gesetzten Ziele erreicht wurden. Das Hauptziel des Projekts war es, sozial benachteiligten Personen, die konventionelle Angebote der Gesundheitsförderung nicht wahrnehmen (können), dezentral Maßnahmen anzubieten. Um eine hohe Teilnahmequote dieser Personengruppe zu erreichen, sollten die Maßnahmen niedrigschwellig sein. Die hohe Zufriedenheit, die die Maßnahmeteilnehmer\*innen in der Paper-Pencil-Befragung mit Uhrzeit, Ort, Kursleiter\*innen und Inhalten der Maßnahmen angegeben haben, weist auf eine hohe Akzeptanz des Projekts durch die Teilnehmer\*innen hin (► **Tab. 1**). In den Fokusgruppen mit den Akteur\*innen wurden gezielt Aspekte der Niedrigschwelligkeit betrachtet. Positiv hervorgehoben wurde hier, dass die Maßnahmen kostenlos, wohnortnah, regelmäßig sowie unverbindlich waren:

*„[...] keine Terminvereinbarungen, es muss verlässlich einfach stattfinden, Gymnastik im Lochner Park, [...] man nimmt teil und weiß, nächste Woche wieder am selben Ort zur selben Zeit kostenlos.“*

Die Onlinebefragung bestätigt die in den Fokusgruppen genannten Faktoren für niedrigschwellige Maßnahmen. Die am häufigsten gewählten Antwortmöglichkeiten (Mehrfachantwort) waren Kostenfreiheit, Wohnortnähe, eine kurze Zeitdauer der Einheit und die Regelmäßigkeit der Termine. Zudem bestätigten die Akteur\*innen einen verbesserten, niedrigschwelligen Zugang zu Gesundheitsförderung im Stadtteil durch das Projekt (► **Tab. 2**).

Zusammenfassend deuten die drei Datenquellen darauf hin, dass im Projekt niederschwellige Rahmenbedingungen geschaffen wurden. Die Aspekte der Kostenfreiheit, Wohnortnähe, Regelmäßigkeit sowie unverbindlichen Teilnahmemöglichkeit, die in den Fokusgruppen erarbeitet wurden, wurden in der Onlinebefragung von den Akteur\*innen bestätigt. Die gleichzeitige Zufriedenheit der Teilnehmer\*innen mit den Rahmenbedingungen der Maßnahmen deuten darauf hin, dass wichtige Aspekte der Niedrigschwelligkeit berücksichtigt wurden.

► **Tab. 1** Darstellung der Verteilungshäufigkeiten aus der Paper-and-Pencil-Befragung der Maßnahmeteilnehmer\*innen zu verschiedenen Aspekten der Zufriedenheit.

	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	weder noch	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
Zufriedenheit Uhrzeit (n = 560)	81 %	16 %	2 %	1 %	0 %
Zufriedenheit Ort (n = 527)	83 %	14 %	2 %	0 %	0 %
Zufriedenheit Kursleiter*in (n = 541)	89 %	9 %	2 %	1 %	0 %
Zufriedenheit Inhalte (n = 540)	82 %	14 %	3 %	1 %	0 %

► **Tab. 2** Darstellung der Verteilungshäufigkeiten aus der Onlinebefragung der Akteur\*innen zur Niedrigschwelligkeit und Förderdauer.

	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	weder noch	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
Verbesserung des niedrigschwelligen Zugangs zu Gesundheitsförderung (n = 67)	31 %	48 %	18 %	3 %	0 %
Die Förderdauer des Projekts von 5 Jahren ist ausreichend (n = 67)	4 %	2 %	6 %	41 %	48 %

► **Tab. 3** Demografische Daten der Maßnahmeteilnehmer\*innen gegenübergestellt mit bevölkerungsstatistischen Daten der Stadt Nürnberg.

	Anteil Migrationshintergrund		Anteil Arbeitslose	
	Stadt Nürnberg [44]	Teilnehmer*innen Projekt (n = 272)	Stadt Nürnberg [39]	Teilnehmer*innen Projekt (n = 247)
Röthenbach	52 %	42 %	4 %	2 %
Nürnberger Westen	63 %	43 %	6 %	7 %
St. Leonhard-Schweinau	69 %	13 %	8 %	3 %
Langwasser	55 %	28 %	6 %	6 %
<b>Gesamtanteil Nürnberg / Projekt</b>	45 %	35 %	5 %	5 %

## Projektreichweite und -akzeptanz

Ein weiteres Projektziel war die Verbesserung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit. Wichtige Bewertungskriterien in diesem Kontext waren, ob die Maßnahmen ausreichend genutzt wurden, welche Personengruppen erreicht wurden und wie zufrieden diese mit den Maßnahmen waren.

Die Paper-Pencil-Befragung zeigt, dass durch die Maßnahmen überwiegend weibliche (83 %) Personen erreicht wurden. Mehr als die Hälfte der Teilnehmer\*innen war min. 65 Jahre alt (58 %) und der Altersdurchschnitt lag bei 60,7 Jahren (SD = 21,0). Ein gutes Drittel gab an, einen Migrationshintergrund (35 % Projektgebiete vs. 45 % Stadt Nürnberg [47]) zu haben. In den Stadtteilen Röthenbach und dem Nürnberger Westen, in welchen Maßnahmen auf oder mit tamilischer, russischer oder arabischer Übersetzung durchgeführt wurden, war der Migrant\*innenanteil höher. Im Vergleich zu den Schulabschlüssen der Nürnberger Gesamtbevölkerung [48] hatte zudem ein höherer Anteil der Befragten der Paper-Pencil-Befragung keinen Schulabschluss (5 % Projektgebiete vs. 4 % Stadt Nürnberg), einen Haupt-, Mittel- oder Volksschulabschluss (34 % Projektgebiete vs. 26 % Stadt Nürnberg) oder einen Realschulabschluss (29 % Projektgebiete vs. 24 % Stadt Nürnberg). Es gaben 5 % der Teilnehmer\*innen zwischen 18 und 65 Jahren an, arbeitslos zu sein. Dieser Wert deckt sich mit dem Arbeitslosenanteil der Stadt Nürnberg zu dem Zeitpunkt der Befragung [49]. Es zeigt sich, dass in den Projektgebieten Langwasser und Nürnberger Westen, in welchen spezifische Maßnahmen für Leistungsbezieher\*innen in Kooperation mit dem Jobcenter angeboten wurden, der Gesamt-

anteil dieser im Vergleich zu den anderen beiden Projektgebieten erhöht war. ► **Tab. 3** zeigt die Verteilung der soziodemografischen Merkmale nach Stadtteil und im Vergleich mit dem Durchschnittswert der Stadtbevölkerung im entsprechenden Stadtteil.

In der Onlinebefragung gaben die Akteur\*innen an (Mehrfachantwort), dass mit den Maßnahmen Migrant\*innen (55 %) und Senior\*innen (47 %) am besten erreicht wurden, gefolgt von Leistungsbezieher\*innen (38 %) und Personen mit niedrigem Bildungsstand (38 %). Damit konnten aus Sicht der Akteur\*innen drei der im Leitfaden Prävention benannten benachteiligten Zielgruppen [2] erreicht werden: Senior\*innen, Migrant\*innen und Leistungsbezieher\*innen (Überschneidungen der Merkmale sind möglich). Weniger gut erreicht wurden laut den Akteur\*innen Jugendliche zwischen 13 und 17 Jahren (38 %), Familien (26 %) und Alleinerziehende (18 %). Dass insgesamt wenig junge Menschen erreicht wurden zeigt sich im hohen Altersdurchschnitt, sowohl im Gesamtprojekt als auch in den einzelnen Projektgebieten (► **Tab. 3**).

Ein zentraler Aspekt des Vorgehens im Projekt war die Kooperation mit lokalen Akteur\*innen und Netzwerken, wie bspw. Seniorennetzwerken oder Kulturvereinen. In den Fokusgruppen wurde die große Bedeutung dieser Netzwerkarbeit benannt:

*„Unsere Zusammenarbeit war über die Netzwerke, das heißt wir haben uns sehr schnell darüber verständigt, dass die Gesundheitskoordination keine zusätzlichen Zweige aufbaut, sondern die bestehenden Inputs gibt bzw. über diese arbeitet.“*

Diese intensive Netzwerkarbeit hat es unter anderem ermöglicht, auf die bereits bestehenden Kontakte zu Stadtteilbewohner\*innen zurückzugreifen und so in der Projektlaufzeit die bereits beschriebene heterogene Personengruppe zu erreichen und mit den Akteur\*innen Bedarfe in den Stadtteilen aufzugreifen.

## Langfristigkeit der Strukturen

In Bezug auf eine langfristige, nachhaltige Implementierung der Maßnahmen des Projekts muss die besondere Situation aufgrund der Corona-Pandemie berücksichtigt werden. Obwohl es unter Berücksichtigung der pandemiebedingten Restriktionen zeitweise möglich war, Angebote durchzuführen (z. B. im Freien, mit Teilnehmerlisten zur Personennachverfolgung und mit beschränkter Teilnehmer\*innenzahl oder virtuell), waren kaum personelle Ressourcen für die Weiterführung des Projekts vorhanden, da die Gesundheitskoordinator\*innen nahezu komplett in das Pandemie-Management des kommunalen Gesundheitsamtes einbezogen wurden. Dies wird auch in einer Fokusgruppen deutlich:

*„Man merkt auch jetzt, dass es eine enorme Lücke ist. Jetzt wäre das Thema Gesundheit enorm wichtig, [...], wenn wir es bearbeiten könnten. Und das ist super schade, dass wir das grade nicht in dem Umfang machen können, weil das Projekt gerade so ein bisschen ja auf Eis liegt oder mit Sparflamme laufen muss.“*

Andere Akteur\*innen berichteten in den Fokusgruppen von Maßnahmen, die weitergeführt wurden und dass generell durch das Projekt eine Sensibilisierung für das Thema Gesundheit im Stadtteil stattfand:

*„Ich glaube die Netzwerke, der Stadtteil an sich wird durch so ein Projekt immer sensibilisiert. Wir sind viele Akteure, [...], die merken, da laufen Projekte und ich glaube man guckt dann auch mehr auf solche Themen“.*

Neben den Herausforderungen, die durch die Corona-Pandemie aufgetreten sind, äußerten die Akteur\*innen in den Fokusgruppen Bedenken zur Langfristigkeit des Projekts im Stadtteil, beispielsweise, dass ein maßgeblicher Teil der Maßnahmen mit der Einstellung der Förderung wegbrechen würde:

*„Ich glaube, dass es einfach jemanden braucht, der das Ganze steuert und federführend zusammenhält, jemanden der auch dafür bezahlt wird. Qualität ist hier das eine, Langfristigkeit das andere.“*

Erschwert werde die dauerhafte Implementierung zudem durch die formalen Vorgaben. Die Maßnahmen waren gemäß dem Leitfaden Prävention kostenfrei und wurden von zertifizierten Trainer\*innen durchgeführt. Mit Blick auf dauerhafte Strukturen seien diese Vorgaben jedoch eher hinderlich. In einer Fokusgruppe wurde die Situation folgendermaßen beschrieben:

*„Der Versuch dann vorher kostenlose Angebote kostenpflichtig zu machen hat ein vorhersehbares Ergebnis, das wird einfach nichts.“*

Für eine erfolgreiche, dauerhafte Implementierung sei es laut den Befragten der Fokusgruppe notwendig, von Anfang an geringe Kostenbeiträge für Kursleiter\*innen und Raumkosten zu erheben.

Die vertiefende Onlinebefragung stützt die Ergebnisse der Fokusgruppe, dass eine dauerhafte Implementierung schwer möglich sei. Dort wurde die Förderdauer des Projekts als nicht ausreichend (► **Tab. 2**) für den Aufbau nachhaltiger Strukturen bewertet.

## Diskussion

Für eine nach Projektstart zeitnahe Implementierung von Maßnahmen im Stadtteil hat sich gezeigt, dass die Nutzung von bestehenden Netzwerken entscheidend ist. Mit Schlüsselpersonen aus dem Stadtteil zu kooperieren kann als zweckdienlich betrachtet werden. Basieren die Maßnahmen auf engen Kooperationen mit Akteur\*innen des Stadtteils, fördert dies das Bestehen der Maßnahmen über den Projektzeitraum hinweg. Die vierjährige Projektdauer ist in Bezug auf die dauerhafte Implementierung der Maßnahmen jedoch problematisch. Als eines der ersten kommunalen drittmittelgeförderten Projekte dieser Art zeigte sich, dass eine längere, kontinuierliche Phase der kooperativen Maßnahmenumsetzung nötig ist, um Strukturen zu festigen und Einfluss auf die Verhältnisse im Projektgebiet zu nehmen. Die formalen Vorgaben des Präventionsleitfadens stellen Hürden bezüglich des Aufbaus langfristiger Strukturen dar.

Durch die Analysen der qualitativen und quantitativen Daten aus Perspektive der Akteur\*innen, Kursleiter\*innen und Maßnahmeteilnehmer\*innen wurden die Projektaktivitäten evidenzbasiert evaluiert. Dieser multiperspektivische Blick ermöglicht es, konkrete Aussagen, beispielweise über Erfolgsfaktoren, zu treffen. Folgende methodische Einschränkungen bestehen dennoch: Aufgrund von zeitlichen Restriktionen und teilweise geringen Deutschkenntnissen der Maßnahmeteilnehmer\*innen wurde auf standardisierte Befragungsinstrumente verzichtet und stattdessen ein kurzer Fragebogen mit leicht verständlichen Items eingesetzt. Das Querschnittsdesign (einmaliger Erhebungszeitpunkt) sowie das Fehlen einer Kontrollgruppe schränken die Aussagekraft der Ergebnisse ein. Dies war aufgrund der Rahmenbedingungen nicht umzusetzen, da keine Vergleichsdaten zu früheren Zeitabschnitten vorliegen. Die Akquise von Studienteilnehmer\*innen für Kontrollgruppen, also einer Personengruppe, die nicht der Intervention ausgesetzt ist und nach der Beobachtungszeit hinsichtlich des zu erwartenden Interventionseffektes befragt wird, erweist sich im Bereich der Gesundheitsförderung generell als herausfordernd. Eine Möglichkeit, Effekte von Maßnahmen dennoch aufzuzeigen, kann der Vergleich mit anderen Maßnahmen der Gesundheitsförderung sein. Hier kann jedoch nicht eindeutig gezeigt werden, ob der eingetretene Effekt auf die Maßnahme selbst zurückzuführen ist. Darüber hinaus können Effekte im Rahmen eines programmtheoretisch basierten Evaluationsansatzes durch Wirkmodelle nachgewiesen werden. Hierzu wird in einer Wirkungsmodellierung ein theoretisches Modell mit den zu erwartenden Effekten und möglichen Einflussfaktoren aufgestellt. Aufbauend auf diesem Modell können mittels eines längsschnittlichen Evaluationsdesigns (mehrere Erhebungszeitpunkte) durch eine Kombination aus quantitativen und qualitativen Erhebungsmethoden Effekte identifiziert werden [50].

## FAZIT

Seit Inkrafttreten des PrävG in 2015 bis zum Jahr 2019 sind die monetären Ausgaben der GKV für Gesundheitsförderungsleistungen von jährlich 38 Mio. € auf 166 Mio. € [51, 52] stark gestiegen. Die Umsetzung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung in den Kommunen rückt demnach stärker in den Vordergrund. Inhaltlich ist der Fokus auf Gesundheitsförderungsmaßnahmen in den Kommunen sinnvoll, denn dort werden insbesondere Personengruppen erreicht, die aufgrund der strukturellen Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit von höheren Erkrankungsrisiken oder bereits einer erhöhten Morbiditätslast betroffen sind [53]. Vor allem sozial benachteiligte Personengruppen, welche gesundheitsfördernde Angebote sonst kaum wahrnehmen, können besser und gezielter adressiert werden [54].

Das Projekt „Gesundheit für alle im Stadtteil“ ist 2017 gestartet und damit eines der ersten Projekte nach SGB V §20a, das über einen längeren Zeitraum evaluiert wurde. Ein weiteres Nürnberger Projekt, das extern evaluiert wurde, ist das Projekt „Gesunde Südstadt“. Hier konnte gezeigt werden, dass niedrigschwellige Ernährungsangebote soziale Integration und die funktionale Gesundheitskompetenz sozial benachteiligter Zielgruppen fördern [32].

Zukünftige Evaluationsforschung in der kommunalen Gesundheitsförderung sollte nach Möglichkeit verstärkt längsschnittliche Untersuchungsdesigns unter Verwendung digitaler Erhebungsmethoden [55] einsetzen, um kausale Beziehungen und zeitliche Veränderungen zu erfassen. Wenig bekannt ist bisher, inwiefern Personen in deprivierten Lebenslagen gesundheitlich von Maßnahmen der Gesundheitsförderung profitieren können. Um die Ziele der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit oder –gleichheit besser verfolgen zu können, ist jedoch Wissen über die Wirksamkeit von Maßnahmen notwendig. Daher werden weitere empirische Befunde benötigt, um die Effekte von Projekten der Gesundheitsförderung in Kommunen besser einschätzen zu können.

## Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

- [1] Bundesministerium für Gesundheit. Prävention (2019). Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praeventionsgesetz.html> letzter Zugriff: 26.09.2022
- [2] GKV Spitzenverband. Leitfaden Prävention (2022). Online: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/praevention\\_\\_selbsthilfe\\_\\_beratung/praevention/praevention\\_leitfaden/Leitfaden\\_Praevention\\_GKV\\_2022\\_barrierefrei.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/Leitfaden_Praevention_GKV_2022_barrierefrei.pdf) letzter Zugriff: 15.02.2023
- [3] Ottmann S, John D, Seebaß K et al. Lebensweltbezogene Gesundheitsförderung – Umsetzung auf kommunaler Ebene im Projekt „Gesundheit für Alle im Stadtteil“ des Gesundheitsamts Nürnberg. Das Soziale in Medizin und Gesellschaft – Aktuelle Megatrends fordern uns heraus 56. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM). Georg Thieme Verlag KG; 2021
- [4] Hentrich S, Seebaß K. Datenbasiertes Handeln in der sozialen Arbeit. Nürnberger „Gesundheitsprofile“ als Handlungswerkzeug der sozialprofessionellen Praxis. FORUM Sozialarbeit + gesundheit in Press;
- [5] Helliwell JF, Putnam RD. The social context of well-being. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences* 2004; 359: 1435–1446
- [6] Baumgarten F, Cohrdes C, Schienkiewitz A et al. Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Zusammenhänge mit chronischen Erkrankungen und psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2019; 62: 1205–1214
- [7] Schübel T. Gesundheit und Lebensqualität. In: Jungbauer-Gans M, Kriwy P, Hrsg. *Handbuch Gesundheitssoziologie*. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer VS; 2020: 13–30
- [8] Poulain T, Vogel M, Sobek C et al. Associations Between Socio-Economic Status and Child Health: Findings of a Large German Cohort Study. *International journal of environmental research and public health* 2019; 16: 677
- [9] Lampert T, Hoebel J, Kuntz B et al. Socioeconomic status and subjective social status measurement in KiGGS Wave 2. *Journal of health monitoring* 2018; 3: 108–125
- [10] Reiss F, Meyrose A-K, Otto C et al. Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. *PloS one* 2019; 14: e0213700
- [11] Geyer S. Soziale Ungleichheiten beim Auftreten chronischer Krankheiten. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2016; 59: 181–187
- [12] Ombrellaro KJ, Perumal N, Zeiher J et al. Socioeconomic Correlates and Determinants of Cardiorespiratory Fitness in the General Adult Population: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports medicine* 2018; 4: 1–19
- [13] Wenau G, Grigoriev P, Shkolnikov V. Socioeconomic disparities in life expectancy gains among retired German men, 1997–2016. *Journal of epidemiology and community health* 2019; 73: 605–611
- [14] Szabo A, Allen J, Alpass F et al. Loneliness, socio-economic status and quality of life in old age: the moderating role of housing tenure. *Ageing and Society* 2019; 39: 998–1021
- [15] Lampert T, Hoebel J. Sozioökonomische Unterschiede in der Gesundheit und Pflegebedürftigkeit älterer Menschen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2019; 62: 238–246
- [16] Santos-Hoeverner C, Kuntz B, Frank L et al. The health status of children and adolescents with migration background in Germany: Results from KiGGS Wave 2. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2019; 62: 1253–1262
- [17] Boshkov V, Schmitz M, Scheer D et al. Adipositas im Kindesalter – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung in Greifswald. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 2022; 27: 201–209
- [18] Kuntz B, Waldhauer J, Zeiher J et al. Socioeconomic differences in the health behaviour of children and adolescents in Germany. Results of the cross-sectional KiGGS Wave 2 study. *Journal of health monitoring* 2018; 3: 44–60
- [19] Koschollek C, Bartig S, Rommel A et al. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland-Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of health monitoring* 2019; 4: 7–29
- [20] Schenk L, Neuhauser H, Ellert U et al. Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KiGGS 2003–2006). Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Berlin. 2008
- [21] Lampert T, Ziese T, Saß AC et al. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: Robert Koch-Institut; 2005

- [22] Hackauf H, Quenzel G. Diversität von Gesundheit und Krankheit im Kinder- und Jugendalter. In: Haring R, Hrsg. Gesundheitswissenschaften. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2018: 467–475
- [23] Braun IM. Kurz- und Langzeiteffekte eines vier-bis sechswöchigen stationären Lebensstil-Interventions-Programms auf kardiometabolische Risikofaktoren und Adipokine von übergewichtigen Kindern und Jugendlichen [Doctoral dissertation]. München: Technische Universität; 2020
- [24] Hambrecht R, Wienbergen H. Dem Herzinfarkt vorbeugen. Expertenwissen rund um die Herzgesundheit. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2021
- [25] Dannecker C, Hummel J, Fritsche L. Langzeiteffekte von Diabetespräventionsmaßnahmen. Diabetologie. 2020; 16: 215–219
- [26] Loss J, Eichhorn C, Gehlert J et al. Gemeindeförderung in Deutschland: Pflichten, Rechte und Potenziale im Kontext der kommunalen Daseinsvorsorge. Das Gesundheitswesen 2007; 69: 77–87
- [27] Walter U, Volkenand K. Kommunale Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland: Pflichten, Rechte und Potenziale im Kontext der kommunalen Daseinsvorsorge. Das Gesundheitswesen 2017; 79: 229–237
- [28] Igel U, Gausche R, Lück M et al. „GRÜNAU BEWEGT sich“. Kinder- und Jugendmedizin 2019; 19: 30–40
- [29] Fröhlich-Gildhoff K, Trojan A. Komplexe gemeindeorientierte Interventionen zur Gesundheitsförderung bei Kindern: Evaluation am Beispiel einer ländlichen (Ortenaukreis) und einer städtischen Region (Lanzviertel Hamburg). Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2018; 61: 1279–1288
- [30] Labisch A. Der „öffentliche Werth der Gesundheit“. Oder: was bringt eine Gesellschaft dazu, gesund sein und bleiben zu wollen. Die historische Perspektive. In: Schmiedebach H-P, Hrsg. Medizin und öffentliche Gesundheit. Konzepte, Akteure, Perspektiven. Oldenbourg: De Gruyter; 2018: 39–56
- [31] Dooris M, Dowding G, Thompson J et al. The setting-based approach to health promotion. In: Tsouros AD, Dowding G, Thompson J, et al., Hrsg. Health Promoting Universities. Concept, experience and framework for action. Kopenhagen: 1998: 21–32
- [32] John D, Röhrich C, Walter V et al. Maßnahmen der kommunalen Gesundheitsförderung im Handlungsfeld Ernährung – Evaluation des Projekts „Gesunde Südstadt“ der Stadt Nürnberg. Das Gesundheitswesen 2021; 83: 58–65
- [33] Steckelberg C. Niederschwelligkeit als Handlungskonzept Sozialer Arbeit. Soziale Arbeit 2016; 65: 449–455
- [34] Herzog K, Kunhenn J, May M et al. Beschränkungen des Nutzens Sozialer Arbeit. In: Stehr J, Anhorn R, Rathgeb K, Hrsg. Konflikt als Verhältnis – Konflikt als Verhalten – Konflikt als Widerstand. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2018: 83–103
- [35] Ehlen S, Henning L, Rehaag R et al. Soziale Determinanten der Kenntnis und Inanspruchnahme kommunaler Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder. Forum Kinder- und Jugendsport 2021; 2: 27–40
- [36] Wahl S, Kreffter K, Ha Nguyen T et al. Inanspruchnahme kommunaler Prävention und Gesundheitsförderung von Jungen und Mädchen. Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) und der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM). Georg Thieme Verlag KG; 2019 744:
- [37] Jordan S, von der Lippe E. Angebote der Prävention – Wer nimmt teil? 2012; 3:
- [38] Jordan S, von der Lippe E, Hagen C. Verhaltenspräventive Maßnahmen zur Ernährung, Bewegung und Entspannung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2009; 23: 23–33
- [39] Weyers S, Kreffter K, Wahl S. Soziale Ungleichheit der Inanspruchnahme kommunaler Bewegungsangebote. Public Health Forum 2018; 26: 365–367
- [40] Lampert T, Hoebel J, Kroll LE. Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland. Aktuelle Situation und Trends. Journal of health monitoring 2019; 4:
- [41] Ladebeck N, March S, Swart E. Inanspruchnahme von Leistungen zur individuellen Gesundheitsförderung bei Erwerbstätigen. Prävention und Gesundheitsförderung 2015; 1: 22–27
- [42] Hentrich S. Abschlussbericht Gesundheit für alle im Stadtteil – Projektbeschreibung und Ergebnisse der dezentralen Gesundheitsförderung in vier Nürnberger Stadtteilen von 2017 bis 2022 (2022). Online: [https://www.nuernberg.de/imperia/md/gesundheit\\_nbg/dokumente/abschlussbericht\\_gesundheitfueralle.pdf](https://www.nuernberg.de/imperia/md/gesundheit_nbg/dokumente/abschlussbericht_gesundheitfueralle.pdf) letzter Zugriff: 16.05.2023
- [43] Döring N, Bortz J, Pöschl S et al. Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. 5. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2016
- [44] John D, Ottmann S, Lenkowski M. Projekt "Gesundheit für alle im Stadtteil" – Abschlussbericht der Evaluation (2022). Online: [https://www.nuernberg.de/imperia/md/gesundheit\\_nbg/dokumente/evaluationabschlussbericht.pdf](https://www.nuernberg.de/imperia/md/gesundheit_nbg/dokumente/evaluationabschlussbericht.pdf) letzter Zugriff: 16.05.2023
- [45] Schulz M, Mack B, Renn O. Hrsg. Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung. Wiesbaden: Springer VS; 2012
- [46] Mayring P. Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 6. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz; 2016
- [47] John D, Lang FR. Adapting to Unavoidable Loss During Adulthood. A Thinking-Aloud Study with Video Vignettes. GeroPsych 2012; 25: 73–82
- [48] Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth. Wohnung- und Haushaltserhebung Leben in Nürnberg 2017 (April 2019). Online: [https://www.nuernberg.de/imperia/md/statistik/dokumente/veroeffentlichungen/berichte/sonderberichte/s270\\_grundauszahlung.pdf](https://www.nuernberg.de/imperia/md/statistik/dokumente/veroeffentlichungen/berichte/sonderberichte/s270_grundauszahlung.pdf) letzter Zugriff: 26.09.2022
- [49] Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth. Nürnberg in Zahlen 2020 (2020). Online: [https://www.nuernberg.de/imperia/md/statistik/dokumente/veroeffentlichungen/berichte/niz/nuernberg\\_in\\_zahlen\\_2020.pdf](https://www.nuernberg.de/imperia/md/statistik/dokumente/veroeffentlichungen/berichte/niz/nuernberg_in_zahlen_2020.pdf) letzter Zugriff: 26.09.2022
- [50] Chen H-T, Rossi P. Evaluating With Sense. The Theory-Driven Approach. In: Evaluation Review 1983; 7: 283–302
- [51] Schempp N, Strippel H, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS). Präventionsbericht 2016. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung Berichtsjahr 2015. o.O.; 2016
- [52] Schempp N, Römer K, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS). Präventionsbericht 2021. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2020. o.O.; 2021
- [53] Bauer S, Geiger L, Niggemann R et al. Präventionsbericht 2020. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung, Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. o.O.; November 2020
- [54] Bödeker W, Moebus S. Studiendesigns zur Wirkungsevaluation in Prävention und Gesundheitsförderung. Die Bedeutung interner und externer Validität für die Evidenzbasierung in Lebenswelten. Das Gesundheitswesen 2020; 82: e147–e157
- [55] Pryss R, John D, Schlee W et al. Exploring the Time Trend of Stress Levels While Using the Crowdsensing Mobile Health Platform, TrackYourStress, and the Influence of Perceived Stress Reactivity: Ecological Momentary Assessment Pilot Study. JMIR Mhealth Uhealth 2019; 7: e13978

**Hinweis**

Dieser Artikel wurde gemäß des Erratums vom 16.04.2024 geändert.

**Erratum**

Im oben genannten Artikel wurde nur Frau Hentrich SAM als Erstautorin genannt. Richtig ist: Frau Hentrich SAM und Frau Lenkowski M teilen sich die Erst-Autorinnenschaft.