

# Evaluationsbericht der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) Brandenburg 2015-2016

## Modell-Regionen in Brandenburg

### „Gesundheit für alle“



## Inhalt

<b>Einleitung</b> .....	<b>3</b>
<b>Evaluationsdesign</b> .....	<b>4</b>
<b>Zielstellung/Methodik</b> .....	<b>4</b>
<b>Darstellung der Evaluationsebenen</b> .....	<b>8</b>
<b>1 Modell-Region Märkisch-Oderland (MOL) – Sozialregion Nord</b> .....	<b>8</b>
1.1 Zahlen, Daten, Fakten .....	9
1.2 Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung .....	11
<b>2 Modell-Region Ostprignitz–Ruppin (Landkreis)</b> .....	<b>14</b>
2.1 Zahlen, Daten, Fakten .....	14
2.2 Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung .....	15
2.3 Kinder- und Jugendschutz: Schnittstellen zum ÖGD in OPR .....	23
<b>3 Veranstaltungen im Rahmen des Beratungs- und Coaching Angebotes</b> .....	<b>25</b>
3.1 Veranstaltungen in 2015 in den Modell-Regionen .....	26
<b>4 Veranstaltungen und Workshops in 2016</b> .....	<b>34</b>
4.1 Meilensteine Landkreis Märkisch-Oderland .....	34
4.2 Meilensteine im Landkreis Ostprignitz-Ruppin .....	38
<b>5 Ergebnisdarstellung</b> .....	<b>43</b>
5.1 Die Planungsebene .....	43
5.2 Die Strukturebene .....	46
5.3 Die Prozessebene .....	52
5.4 Die Ergebnisebene .....	61
<b>6 Zusammenfassende Diskussion</b> .....	<b>67</b>
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>73</b>
<b>Internetquellen</b> .....	<b>73</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>74</b>
<b>Anhang</b> .....	<b>74</b>

## Einleitung

Kommunale, lebensphasenübergreifende Gesundheitsstrategien (auch „Präventionsketten“ genannt) sollen die Voraussetzungen für ein möglichst langes und gesundes Leben für alle Menschen der Kommune verbessern, unabhängig von der jeweiligen sozialen Lage. Die Gesundheitsstrategien schaffen den Rahmen, um die auf kommunaler Ebene verfügbaren Unterstützungsangebote öffentlicher und privater Träger zusammenzuführen und sie über Altersgruppen und Lebensphasen hinweg aufeinander abzustimmen. 2011 unter dem Namen *Gesund aufwachsen für alle!* ins Leben gerufen, konzentrierte sich der kommunale Partnerprozess bis Herbst 2015 vor allem auf die Gesundheitsförderung im Bereich Kinder und Jugendliche. Am 24.11.2015 wurde die Erweiterung des Partnerprozesses auf alle Lebensphasen und seine Umbenennung in *Gesundheit für alle* offiziell beschlossen.

Die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Brandenburg (KGC) hat sich im Rahmen des durch die BZgA initiierten Partnerprozesses in den Jahren 2013 und 2014 für den Aufbau von Präventionsketten mit vielfältigen Angeboten engagiert. Die Strategie bestand hauptsächlich darin, die Akteurinnen und Akteure auf der Handlungsebene für das Thema zu sensibilisieren, fachlichen Input zu geben sowie den Austausch zu fördern. Es wurden verschiedene Fachtagungen durchgeführt und ein Konzept zur Durchführung einer Werkstatt „Gut und gesund Aufwachsen“<sup>1</sup> entwickelt. Die Werkstatt konnte kostenfrei von Kommunen in Anspruch genommen werden (gefördert durch die Techniker Krankenkasse).

Weiterhin fand eine erste gemeinsame überregionale Partnerkonferenz der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern im November 2014 unter dem Motto „Miteinander – Füreinander – Gesund Aufwachsen im ländlichen Raum“ statt. Im Fokus der Konferenz standen die besonderen Herausforderungen im ländlichen Raum sowie der Fachaustausch der Teilnehmenden über die Landesgrenzen hinweg. Die Erfahrung zeigt, dass die Akteurinnen und Akteure hoch motiviert sind und den Aufbau von Präventionsketten, d. h. den Aufbau von integrierten kommunalen Gesundheitsstrategien, befürworten. Die inhaltliche Ausgestaltung und vor allem die strukturelle Implementierung stellt die Verantwortlichen vor große Herausforderungen. Der Handlungsebene allein gelingt es nur schwer, „Entscheidende“ zu gewinnen, die maßgeblich für die Realisierung von Präventionsketten in der Kommune oder dem Landkreis notwendig sind.

---

<sup>1</sup> siehe [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)

Für die Überwindung der Hürden und Stolpersteine im Aufbauprozess (u.a. Strukturierung, Prozess-Steuerung, Entwicklung einer Netzwerkkultur und interdisziplinären Arbeitsweise) scheint eine externe fachliche Unterstützung und Beratung zielführend zu sein.

Vor diesem Hintergrund hat die KGC Brandenburg im Jahr 2015 ein Beratungs- und Coaching-Konzept<sup>2</sup> entwickelt. Es wurden zwei Modell-Regionen ausgewählt, um diese über einen längeren Zeitraum intensiv zu begleiten. Das Konzept beinhaltet u.a. die Durchführung von Tagungen, Workshops sowie die aktive Beteiligung an Steuerungssitzungen. Flankiert wird das Angebot durch eine prozessbegleitende formative Evaluation, um übergreifende Faktoren identifizieren zu können und Handlungsempfehlungen zu entwickeln, die weiteren Landkreisen zur Verfügung gestellt werden können. Ziel ist es, die im Aufbauprozess bzw. in der Auftauphase auftretenden Gelingensfaktoren bzw. Stolpersteine zu identifizieren. Darüber hinaus können die Akteure der Modell-Regionen im Sinne einer Prozessevaluation die Erkenntnisse der Evaluation bereits im Aufbauprozess nutzen.

## Evaluationsdesign

Design: Externe formative Evaluation

## Zielstellung/Methodik

Im Rahmen eines Beratungs- und Coaching-Prozesses durch die Mitarbeitenden der KGC Brandenburg und weiteren externen Expertinnen und Experten<sup>3</sup> wurden zwei Landkreise (Modell-Regionen) dabei unterstützt, integrierte, am Lebenslauf orientierte, gesundheitsförderliche Strategien für ihre Region zu entwickeln. Der Beratungsprozess begann im Sommer 2015 und endete im Dezember 2016.

Die Beratung orientiert sich dabei an den Grundlagen der partizipativen Qualitätsentwicklung<sup>4</sup>, den Phasen des Public Health Action Cycle<sup>5</sup>, den Good Practice-Kriterien ( BZgA)<sup>6</sup>, den Arbeitshilfen „Aktiv werden für Gesundheit“ (Gesundheit Berlin-Brandenburg), den CompHP- Kernkompetenzen – professionelle Standards (BZgA), dem Konzept der Stakeholder Dialoge (Petra Künkel) und den Wirkungszielen (Bettina Kurz).

---

<sup>2</sup> Das Beratungskonzept der KGC-Brandenburg wird im Anhang dargestellt.

<sup>3</sup> Collective Leadership Institute- Stakeholder Dialog siehe <http://www.collectiveleadership.de/>

<sup>4</sup> siehe [www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/partizipative-qualitaetsentwicklung.html](http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/partizipative-qualitaetsentwicklung.html)

<sup>5</sup> siehe [www.leitbegriffe.bzga.de/bot\\_angebote\\_idx-163.html](http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot_angebote_idx-163.html)

<sup>6</sup> siehe <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/>

Als grundlegendes Modell orientiert sich die Gesundheitsförderung – auch die im Rahmen der Beratung/Unterstützung durchgeführten Workshops – an dem Modell der Salutogenese (BZgA) nach Antonovsky. Die im Band 17 der BZgA beschriebenen Handlungsweisen und Anregungen ( BZgA) für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien bilden den theoretischen Rahmen der Präventionsketten.

Die formative Evaluation bezieht sich auf die Planungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der Gesundheitsförderung<sup>7</sup> Ziel ist es, hemmende und förderliche Faktoren zu identifizieren, die beim Aufbau integrierter kommunaler Gesundheitsstrategien von Bedeutung sind. Dabei wird das durchgeführte Beratungsangebot einschließlich der externen Beratung und Unterstützung als weiterer Gegenstand der Evaluation verstanden.

Die Evaluation erfolgt nach den Standards der Deutschen Gesellschaft für Evaluation<sup>8</sup>. Die Vorteile bzw. Unterschiede der formativen im Vergleich zur summativen Evaluation werden in der Abbildung von Rainer Strobl (2013)<sup>9</sup> dargestellt.

Formative Evaluation vs. summative Evaluation

FORMATIV		SUMMATIV
Fortlaufende Verbesserung	Ziel	Abschließende Bewertung
Programm-/ Projektdurchführende	Zielgruppe	Auftraggeber
Während der Programm-/ Projektlaufzeit	Erhebungen	Vor und nach der Programm-/ Projektlaufzeit
Qualitativ (und quantitativ)	Methode	Quantitativ (und qualitativ)
Unterstützend, interaktiv	Verhalten der Evaluatoren	Unabhängig
Schnell, häufig, eher informell	Rückmeldungen	Formaler Bericht
Hoch durch Interaktionen und Praxisrelevanz	Akzeptanz bei den Durchführenden	Niedriger, weil weniger eingebunden
Niedriger, weil weniger entscheidungsrelevant	Akzeptanz bei den Auftraggebern	Hoch, weil entscheidungsrelevant

### Zielstellung der Evaluation auf vier Ebenen

- a) Auf der **Planungsebene** befasst sich die Evaluation mit der Frage, inwieweit die Bedarfe der Zielgruppe, ihre subjektiven Bedürfnisse und der regionale Bestand an Projekten in den Handlungsfeldern erfasst werden. Die Planungsqualität oder Assessment-Qualität bezieht sich innerhalb der Evaluation vor allem auf die Bedarfs- und Bestandsanalyse.

<sup>7</sup> [www.lzg.nrw.de/service/kooperationen/reg\\_knoten1/qualitaetsentwicklung/qualitaetsdimensionen/](http://www.lzg.nrw.de/service/kooperationen/reg_knoten1/qualitaetsentwicklung/qualitaetsdimensionen/)

<sup>8</sup> siehe [www.degeval.de/degeval-standards](http://www.degeval.de/degeval-standards)

<sup>9</sup> siehe [www.proval-services.net/download/Evaluationseinfuehrung.pdf](http://www.proval-services.net/download/Evaluationseinfuehrung.pdf)

### *Fragestellungen*

- Werden auf der Grundlage von Daten/Analysen der Sozial- und Gesundheitsberichterstattung und/oder wissenschaftlichen Studien die gesundheitlichen Risiken der Zielgruppe erfasst?
- Wie werden die Bedürfnisse der Zielgruppe erfasst? Welche Methoden der partizipativen Bedürfnisermittlung werden eingesetzt?
- Wie wird der Bestand an gesundheitsförderlichen Angeboten/Projekten/Maßnahmen in der Kommune erfasst?

### *Methoden*

Teilnehmende Beobachtung, Workshops, Dokumentenanalyse

- b) Auf der **Strukturebene** sollen strukturelle Kriterien identifiziert werden, die dem Aufbau und der Etablierung integrierter kommunaler Gesundheitsstrategien entgegenstehen oder als förderlich empfunden werden. Als Strukturebene wird innerhalb der Evaluation die das Programm umgebende Struktur verstanden.

### *Fragestellungen*

- Welche strukturellen Rahmenbedingungen, wie beispielsweise personelle Ressourcen, finanzielle Aspekte, gesetzliche Vorgaben/Restriktionen, kommunale Verwaltungsvorschriften, sind für den Aufbauprozess förderlich bzw. hemmend?
- Welche strukturellen Voraussetzungen müssen vorhanden sein, damit der Aufbau integrierter kommunaler Gesundheitsstrategien gelingen kann?
- Welche bereits vorhandenen Strukturen können in den Aufbauprozess der Präventionskette integriert werden?

### *Methoden*

Teilnehmende Beobachtung, qualitative Interviews mit Expertinnen und Experten, Dokumentenanalyse, Analyse entsprechender Verwaltungsvorschriften und/oder gesetzlicher Normen

- c) Auf der **Prozessebene** wird einerseits der externe Beratungsprozess und andererseits der interne Aufbauprozess der Modell-Region betrachtet. Es sollen Kriterien erhoben werden, die dem Aufbau und der Etablierung integrierter kommunaler Gesundheitsstrategien entgegenstehen oder als förderlich empfunden werden.

### *Fragestellungen*

- Welche dem Programm vorgelagerten Vorgehensweisen/Aktivitäten können identifiziert werden, die den Ausschlag dafür gegeben haben, dass die Akteurinnen und Akteure in den Landkreisen das Beratungs- und Unterstützungsangebot der KGC Brandenburg angenommen haben?
- In welche Phasen lässt sich der Aufbauprozess unterteilen? Welche Aspekte und Arbeitsschritte lassen sich diesen Phasen zuordnen?
- Welche Partnerinnen und Partner (Vernetzung) sowie Arbeitsstrukturen werden gefunden und mit welchen hemmenden und/oder förderlichen Aspekten sind diese behaftet?
- Welche Schwierigkeiten und Gelingensfaktoren lassen sich in Bezug auf eine bereichsübergreifende Arbeitsweise identifizieren?

### *Methoden*

Systematische Dokumentation aller Aktivitäten, Interviews mit Teilnehmenden aus verschiedenen Bereichen, Feedbackorientierter Dialog /Fragebögen im Beratungsprozess

Auf der Ergebnisebene sollen die Aspekte erfasst werden, die innerhalb des Beratungs- und Unterstützungszeitraumes in der Region entstanden sind; beispielsweise die Etablierung gemeinsamer Zielformulierungen, Maßnahmenplanung, regionale Bedarfs- und Bestandsanalysen, die Einführung eines Steuerungskreises.

### *Fragestellungen*

- Welche Ziele haben sich die Modell-Regionen gesetzt und inwieweit konnten diese umgesetzt werden?
- Welche Arbeitsformen konnten etabliert werden?
- Welche weiteren Planungen haben die Modell-Regionen?
- Welche Elemente der Beratung (siehe Kooperationsvereinbarung) werden von den Modell-Regionen in Anspruch genommen? Welche Elemente hätten sich die Teilnehmenden noch gewünscht?
- Wie zufrieden waren die Teilnehmenden mit dem Beratungsangebot der KGC?

### *Methoden*

Dokumentation aller Maßnahmen/Aktivitäten und Ergebnisse von Sitzungen/Beratungen, Bedarfs- und Bestandsanalysen, Interviews, Beratungssitzungen/Protokolle, Auswertung von Fokusgruppen-Diskussionen

## Darstellung der Evaluationsebenen

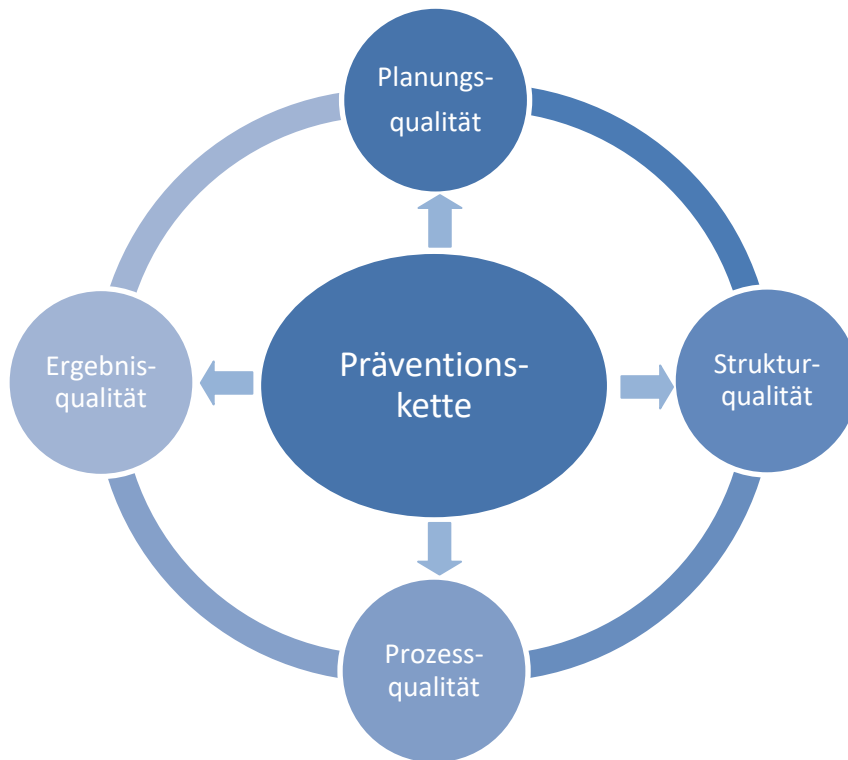


Abbildung 1 eigene Darstellung der Ebenen der Evaluation

### 1 Modell-Region Märkisch-Oderland (MOL) – Sozialregion Nord

Nachfolgend werden die Modell-Regionen Märkisch-Oderland (MOL) (Sozialregion Nord plus Neuhardenberg) und Ostprignitz-Ruppin (OPR) (Region Kyritz) anhand der Daten der Sozial- und Gesundheitsberichterstattung vorgestellt. Die Daten lagen den Akteurinnen und Akteuren zum Teil vor, teilweise wurden sie mithilfe der KGC Brandenburg für eine Bedarfsanalyse zusammengestellt und aufbereitet.

„Der Landkreis Märkisch-Oderland hat aufgrund seiner heterogenen Struktur eine ganz unterschiedliche Entwicklung seit Beginn der 90er Jahre genommen. Im berlinnahen Raum vollzieht sich hinsichtlich der demografischen Entwicklung eine starke Zunahme der Bevölkerung, welche auch entsprechend der Prognosen bis auf die Städte Strausberg und Rüdersdorf bei Berlin nicht bzw. nur leicht rückläufig sein wird. Zudem ist diese Region von einer relativ geringen Arbeitslosigkeit geprägt. **Dagegen vollzieht sich im ländlichen Raum des Landkreises ein starker Bevölkerungsrückgang und die**



**Arbeitslosigkeit ist bedeutend höher als im berlinnahen Raum.**“ ( Sozialmonitoring Landkreis Märkisch Oderland)

„Sozialräume sind die kleinste organisatorische, statische und strukturelle Einheit und dienen der Sozialplanung als Bezugsgröße. Ein Sozialraum entspricht nach der Empfehlung der KGSt (Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement) einer Größenordnung von 10.000 - 20.000 Einwohnern.

Dies entspricht in etwa den 19 Ämtern und amtsfreien Gemeinden im Landkreis. Ämter sind gemäß § 1 Amtsordnung des Landes Brandenburg Körperschaften des öffentlichen Rechts, die aus aneinander angrenzenden Gemeinden desselben Landkreises bestehen.“ ( Sozialmonitoring Landkreis Märkisch Oderland)

„Der Landkreis Märkisch-Oderland wird aufgrund der räumlichen Dimension und der Heterogenität der **Sozialstruktur in vier Sozialregionen** untergliedert, welche sich unter anderem an den Altkreisen (vor der Kreisgebietsreform 1994), den Amtsgerichtsbezirken, den Jobcenterbereichen und den durch das Land Brandenburg festgelegten Mittelzentren orientieren. Eine Sozialregion besteht aus mehreren Sozialräumen und ist eine Bezugsgröße für eine raumbezogene Verwaltungs-, Organisations- und Budgetform. Die **Sozialregion Nord** (Altkreis Bad Freienwalde vor der Kreisgebietsreform zuzüglich Prötzel) umfasst den ländlichen Raum mit etwas mehr als 32.000 Einwohner. Ebenso dem ländlichen Raum zugeordnet ist die Sozialregion Ost mit fast 32.000 Einwohnern (Altkreis Seelow). Dort befindet sich der Sitz der Kreisverwaltung in der Stadt Seelow. Der ehemalige Altkreis Strausberg wurde aufgrund der hohen Bevölkerungsanzahl von ca. 126.000 Einwohnern und der unterschiedlichen sozialen Problemlagen in die Sozialregion Mitte und die Sozialregion West unterteilt (Sozialmonitoring Landkreis Märkisch Oderland).“

## 1.1 Zahlen, Daten, Fakten

„In der Sozialregion Nord ist seit 2005 der **Anteil der unter 18-Jährigen in der Region um 17 % zurückgegangen. Bis zum Jahr 2030 wird ein Rückgang in der Altersgruppe unter 15 Jahre um ca. 53 % vorausgesagt, dieser liegt damit erheblich über dem Durchschnitt des Landkreises, welcher bei einem Rückgang um 35 % liegt.** In der Hauptaltersgruppe 15 bis 65 Jahre beträgt der Anteil in der Region 66 % und liegt somit unter den Werten der anderen Regionen im Landkreis. **Der Anteil der Hauptaltersgruppe 65 Jahre und älter liegt bei 23 % und ist der Höchste im Vergleich mit den anderen Regionen im Landkreis.** Prognostisch wird die Einwohnerzahl in dieser Altersgruppe um 144 % bis zum Jahr 2030 von derzeit 7.468 auf 10.825 ansteigen. Damit beträgt deren Anteil an der Gesamtbevölkerung 2030 43 %, also eine Steigerung um 20 %.“ (Sozialmonitoring Landkreis Märkisch Oderland)

Damit ist die Sozialregion Nord erheblich durch den sich vollziehenden demografischen Wandel geprägt.

„Die Sozialregion Nord hat 2009 mit 167 sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten je 1.000 Einwohner den niedrigsten Anteil an Beschäftigung mit Arbeitsort in der Region im Regionalvergleich aufzuweisen. Der Anteil ist jedoch leicht steigend, da er 2005 lediglich 146 SV-pflichtig Beschäftigte je 1.000 Einwohner aufwies. Dies ist ein Indiz dafür, dass hier eine hohe Anzahl Auspendler, Arbeitslosigkeit (Rentner mit Grundsicherung) und Fortzug eine Rolle spielen, da nicht genügend Arbeitsplätze in der Region vorhanden sind“ (Sozialmonitoring Landkreis Märkisch Oderland).

„In der Sozialregion Nord hat sich die Anzahl der Arbeitslosen **von 2005 mit 6.432 bis 2009 auf 5.679 reduziert**. Dabei spielen unter anderem die wirtschaftliche Entwicklung, arbeitsmarktpolitische Maßnahmen und die Verrentung eine Rolle.

Da die Bevölkerungsanzahl auch um etwas über 1.000 Einwohner in diesem Zeitraum zurückgegangen ist, könnte auch die fehlende Perspektive auf Arbeit in der Region einhergehend mit einem Fortzug und zur Reduzierung geführt haben. **Die Quote der SGB-II-Empfänger liegt 2009 mit 23 % am Höchsten im gesamten Landkreis. Insbesondere die Stadt Wriezen mit einem Anteil von 27 % ist überdurchschnittlich betroffen.**

**Damit einhergehend ist in der Stadt Wriezen mit 39,7 % im Jahr 2009 auch der höchste Anteil der Kinder in Bedarfsgemeinschaften, d. h. fast jedes zweite Kind lebt in einer Familie mit SGB-II-Bezug.**

Dem folgt fast gleichauf die Stadt **Bad Freienwalde** mit einem Anteil von **37 % Kindern in Bedarfsgemeinschaften**. Offensichtlich ist der Anteil von SGB-II-Empfängern in den Städten der Region höher als im Umland“ (Sozialmonitoring Landkreis Märkisch Oderland).

Tabelle 3: Bevölkerungsprognose 2009 bis 2030

Amt	Einwohner 2009	Prognose 2010	Prognose 2020	Prognose 2030	Entwicklung 2009 zu 2030
<b>Sozialregion NORD</b>					
Stadt Bad Freienwalde	12.964	12.769	11.053	9.512	-26,6
Falkenberg-Höhe	4.743	4.646	4.100	3.645	-23,1
Wriezen	7.703	7.593	6.846	5.981	-22,4
Barnim-Oderbruch	6.979	7.013	6.434	5.736	-17,8
<b>Gesamt</b>	<b>32.389</b>	<b>32.021</b>	<b>28.433</b>	<b>24.874</b>	<b>-23,2</b>

Abbildung 2 Bevölkerungsprognose 2003-2030, Quelle: Sozialmonitoring 2011

Tabelle 4.1: Anteil Bevölkerung Kinder und Jugendliche unter 15 Jahre

Amt	2006	2008	2009	Prognose 2030	2009 zu 2030
<b>Sozialregion NORD</b>					<b>%</b>
Stadt Bad Freienwalde	1.243	1.286	1.339	593	- 56
Falkenberg-Höhe	594	558	551	242	- 56
Wriezen	899	847	865	392	- 55
Barnim-Oderbruch	786	787	776	431	- 44
<b>Gesamt</b>	<b>3.522</b>	<b>3.478</b>	<b>3.531</b>	<b>1.658</b>	<b>- 53</b>

Abbildung 3 Prognose Anteil Kinder und Jugendliche Quelle: Sozialmonitoring 2011

„In der Sozialregion Nord werden insgesamt im Jahr 2009 1.699 Kinder betreut. **Die Auslastung der Einrichtungen beträgt 87,4 %**. Dabei hat das Amt Barnim-Oderbruch mit 101,8 % den höchsten Wert und Falkenberg-Höhe mit 74,8 % den niedrigsten Wert, d. h. hier ist die Kapazität (Anzahl der Plätze in Kita und Hort) zu gering bzw. zu hoch. **Insgesamt wurden 59,4 % der Kinder dieser Region von 0 bis 12 Jahren betreut.**“ (Sozialmonitoring Landkreis Märkisch Oderland)

„Die Anzahl der Schüler in den Grundschulen und Gesamt-/ Oberschulen mit Grundschulanteil in Trägerschaft des Landkreises ist in der Sozialregion Nord wieder

leicht steigend von 1.428 Grundschulern (2005) auf 1.530 Grundschüler (2009). **Dagegen ist die Anzahl der Oberschüler mit 631 Schülern 2009 stark rückläufig.** Dies ist eindeutig auf den Geburtenknick der Wendezeit zurückzuführen. Diese Region ist beim Rückgang der Oberschüler im Vergleich mit den anderen Regionen jedoch nicht so stark betroffen, da in den anderen Regionen sich die Anzahl seit 2005 halbiert hat.

**Indessen hat sich hier die Anzahl der Schüler an Gymnasien (Trägerschaft Landkreis) halbiert, was damit zusammenhängt, dass es nur noch einen öffentlichen Standort in Bad Freienwalde gibt. Somit sind gleiche Bildungschancen für die Kinder der Region nur begrenzt gegeben.** Da erwiesenermaßen sozialer Status und formale Bildung miteinander einhergehen, können fehlende Teilhabechancen zu sozialer Ungleichheit und Bildungsarmut führen.“ (Sozialmonitoring Landkreis Märkisch Oderland)

**Der Zusammenhang von Bildung und Gesundheit ist hinlänglich belegt, insofern kann hier auch davon ausgegangen werden, dass die Kinder und Jugendlichen dieser Region stärker von gesundheitlicher Ungleichheit betroffen sind (siehe auch Auswertung GBE-Daten der Region).**

**„Für die Sozialregion Nord kann die Aussage getroffen werden, dass zum Stichtag in Wriezen mit 1,7 % der höchste Anteil von Empfängern Hilfe zur Erziehung – Heimerziehung dieser Region vorliegt.** Im Land Brandenburg hat der Landkreis 2008 mit 245 Hilfen zur Erziehung (Heimerziehung, sonstige betreute Wohnformen) die höchste Anzahl. **Bei der Kindeswohlgefährdung liegt der Anteil in Bad Freienwalde mit 1,4 %, welcher 22 Kinder beinhaltet in der Region Nord mit der absoluten Fallzahl am Höchsten.** Die relativ „niedrige“ Prozent-Zahl soll nicht die Problematik der Kindeswohlgefährdung herunterspielen. Zur Vergleichbarkeit wurden die Fallzahlen der Anzahl der Kinder unter 18 Jahre gegenübergestellt. Die Meldungen über Kindesvernachlässigung und -Misshandlung zur Wahrung des Kinderschutzes kommen von zahlreichen Akteuren vor Ort, z. B. Kinderärzten und Einrichtungen im Gesundheitsbereich, Kindereinrichtungen und Schulen, Familiengerichten und Justiz sowie Polizei. Diesen wird von den Mitarbeitern des Jugendamtes nachgegangen. **In der Region Nord ist der höchste Anteil von Kindeswohlgefährdung 2010 in Falkenberg-Höhe mit 1,5 %“** (Sozialmonitoring Landkreis Märkisch Oderland).

## 1.2 Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung

Grundlage für die ärztlichen Untersuchungen im Kindesalter ist das Brandenburgische Gesundheitsdienstgesetz (§6 Abs. 2 BbgGDG). Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) der kreisfreien Städte und Landkreise untersucht alle Kinder im Alter zwischen dem 30. und 42. Lebensmonat und zum Zeitpunkt der Einschulung sowie am Ende der Schulzeit (10. Klasse). Die Untersuchungsergebnisse werden jährlich landesweit durch die Abteilung Gesundheit im Landesamt (LAVG) ausgewertet. Zudem werten einige kommunale Gesundheitsämter auch kleinräumige Daten ihrer Region nach den Sozialregionen aus. Die nachfolgenden Befundgruppen/Befunde wurden bei der Einschulungsuntersuchung 2013/14 erhoben.

## *Ausgewählte Befundgruppen der Gesundheitsberichterstattung*

### *Umschriebene Entwicklungsstörungen*

„Umschriebene Entwicklungsstörungen fassen eine Gruppe isolierter Leistungsstörungen zusammen, die aufgrund von spezifischen Störungen der Informationsverarbeitung und Handlungsorganisation zustande kommen. Wichtig ist, dass diese Störungen weder durch die allgemeine Intelligenz, durch bestehende psychische Störungen noch durch die Förderung der Kinder zu erklären sind. Voraussetzungen sind: normale Intelligenz, fehlende Sinnesschädigungen, fehlende neurologische Erkrankungen und angemessene Förderung.

Die Prüfung dieser Voraussetzungen ist wichtig für die differenzialdiagnostische Abgrenzung insbesondere von geistiger Behinderung, deprivierten Kindern und Kindern mit Taubheit oder Schwerhörigkeit.

Unter den 3- bis 6-Jährigen finden sich ca. 9 % Kinder mit umschriebenen Entwicklungsstörungen. Insgesamt wird im Kindes- und Jugendalter eine Prävalenz von 17 % angenommen. Zu den umschriebenen Entwicklungsstörungen gehören:

- umschriebene Entwicklungsstörungen der Sprache und des Sprechens
- umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen
- umschriebene Entwicklungsstörungen der schulischen Fertigkeiten“ (Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land Brandenburg 2010).

**Im Landkreis MOL wurden im Schuljahr 2013/14 bei der Einschulungsuntersuchung insgesamt 1.821 Kinder untersucht. Davon wurde bei 9 % (159 Kinder) eine umschriebene Entwicklungsstörung diagnostiziert. Im Vergleich wurde bei allen Kindern im gleichen Zeitraum im Land Brandenburg zur Einschulungsuntersuchung bei 10 % eine umschriebene Entwicklungsstörung befundet. Im interregionalen Vergleich der Sozialräume in MOL zeigt die Sozialregion Nord mit 18 % (Ost 10 %, Mitte 7 %, West 6 %) den höchsten Anteil an Kindern mit diesem Befund.**

**In der Rangfolge der Befunde/-gruppen der Einschulungsuntersuchung im Land Brandenburg im Schuljahr 2013/14 belegt die Befundgruppe umschriebene Entwicklungsstörungen den fünften Rang von insgesamt 28 (Abteilung Gesundheit; Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit)**

### *Sprach- und Sprechstörungen*

„Sprach und Sprechstörungen gehören häufig zu den umschriebenen Entwicklungsstörungen. Wegen der speziellen Fördermaßnahmen wird der Befund aber eigenständig festgehalten. Die Sprach- und Sprechstörungen beziehen sich einerseits auf die Sprachfunktion (gesprochene Sprache, Sprachverständnis, Zeichen und Gesten) und andererseits auf Störungen des Sprechens (Artikulationsstörungen, Stottern und Poltern). Die Prävalenz von Sprachentwicklungsstörungen liegt bei 8 - 12 % einer Jahrgangskohorte“.

„Da die Sprache als wichtigstes Kommunikationsmittel eine entscheidende soziale Fertigkeit ist, besteht bei Sprach- und Sprechstörungen die Gefahr der Entwicklung von sozialer Isolation oder auch von psychischen Störungen. In gravierenden Fällen ist rechtzeitig eine kinderpsychiatrische Untersuchung einzuleiten. Während Kinder mit Artikulationsstörungen einen günstigen Verlauf zeigen und der Schulverlauf in der Regel

normal ist, zeigen Kinder mit Sprachstörungen massive Langzeitfolgen, insbesondere durch Schulleistungsprobleme.

Studien konnten zeigen, dass sprachgestörte Kinder (rezeptiv und expressiv) zu mehr als 50 % eine Lese-/Rechtschreib-Schwäche hatten (Esser 1991) und häufig auch psychische Auffälligkeiten aufwiesen (insbesondere hyperkinetische Störungen oder Störungen des Sozialverhaltens (Stevenson et al. 1985, Esser & Schlack 2003). Daher ist die frühzeitige Förderung dieser Kinder dringend geboten und auch sonderpädagogische Maßnahmen sind in der Schule flankierend notwendig.“ (Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land Brandenburg 2010)

**Im Landkreis MOL (N 1.821) wurde bei insgesamt 17 % der Einschulungskinder eine Sprach- und Sprechstörung diagnostiziert. Im interregionalen Vergleich der Sozialräume liegt die Sozialregion Nord mit 26 % deutlich darüber. Im Vergleich zum Land Brandenburg wurde im gleichen Zeitraum (Einschulungsuntersuchung im Schuljahr 2013/14) bei 20,4 % der Kinder dieser Befund erhoben. Der Landkreis MOL liegt insgesamt betrachtet unter dem Landesdurchschnitt, die Sozialregion Nord deutlich darüber. Insgesamt nehmen die Sprach-/Sprechstörungen in der Rangfolge aller Befunde/-gruppen den ersten Rang ein (Abteilung Gesundheit; Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit)**

### *Bewegungsstörungen/Grobmotorische Störungen*

„Als Bewegungsstörungen werden einerseits umschriebene motorische Entwicklungsstörungen verstanden, andererseits Bewegungsstörungen als Folge von neurologischen und/oder orthopädischen Erkrankungen. Prä- und perinatale Risiken sind häufig. Symptome einer umschriebenen motorischen Entwicklungsstörung sind Ungeschicklichkeit, besonders im grobmotorischen Bereich, und Koordinationsschwierigkeiten. Die Feinmotorik bleibt im Allgemeinen weitgehend unberührt. Im Bereich normaler Intelligenz sind motorische Leistungen und Intelligenzleistungen nicht korreliert (Schirm et al. 1986). Die körperliche Ungeschicklichkeit und die geringen Leistungen im Sportunterricht führen häufig dazu, dass die Kinder Opfer von Hänseleien werden (Esser & Schlack 2003).“ (Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land Brandenburg 2010)

Im Land Brandenburg wurde bei der Einschulungsuntersuchung im Schuljahr 2013/14 bei insgesamt 6,6 % der untersuchten Kinder eine Bewegungsstörung/Grobmotorische Störung erhoben.

**Im Landkreis MOL zeigten 9 % der Kinder diese Störung der Motorik und in der Sozialregion Nord in MOL sogar 15 % der Einschüler. Die Sozialregion Nord zeigt im Vergleich der Sozialregionen den höchsten Anteil mit 15 Prozent (Ost 5 %, Mitte 9 %, West 8 %). Insgesamt nehmen Bewegungsstörungen/Grobmotorische Störungen in der Rangfolge aller Befunde den achten Platz ein (Abteilung Gesundheit; Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit)**

### *Befund Adipositas/Übergewicht*

„Der Krankheitswert der Adipositas im Kindes- und Jugendalter ergibt sich einerseits aus funktionellen Einschränkungen und psychosozialen Beeinträchtigungen (soziale Ausgrenzung und Diskriminierung). Andererseits wird bei adipösen Kindern und Jugendlichen eine erhöhte Komorbidität verzeichnet (Diabetes mellitus Typ II, Hypertonie, Muskel- und Skelett-Erkrankungen). Bei Übergewicht und Adipositas ist der Körperfettanteil an der Gesamtkörpermasse erhöht.

Zur Ermittlung von Übergewicht und Adipositas werden die von der WHO empfohlenen internationalen Grenzwerte des Body-Mass-Index (BMI; kg/m<sup>2</sup>) von Cole et al. (2000) verwendet. Die Grenzwerte für Übergewicht und Adipositas sind so angelegt, dass sie im Alter von 18 Jahren den bei Erwachsenen verwendeten und von der WHO empfohlenen kritischen BMI-Werten von 25 und 30 kg/m<sup>2</sup> entsprechen. Voraussetzung einer validen Zuordnung ist die korrekte Messung von Körpergewicht und Körpergröße. Für die Beratung im Einzelfall liegen Tabellen und Diagramme vor, die eine schnelle Einschätzung erlauben, ob Übergewicht/Adipositas vorliegen. Weiterhin liegen Tabellen vor, die bei gegebener Körpergröße das entsprechende grenzwertige Körpergewicht für Übergewicht und Adipositas angeben.“ (Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land Brandenburg 2010)

**3,2 % aller untersuchten Kinder im Schuljahr 2013/14 im Land Brandenburg litten an Adipositas. Im Landkreis MOL lag zum gleichen Zeitpunkt der Anteil adipöser Kinder bei der Einschulung bei 5 Prozent, der Anteil übergewichtiger Kinder lag bei 10 %. Im Vergleich der Sozialregionen in MOL bezogen auf Adipositas liegt die Region Ost mit 8 % an erster Stelle gefolgt von der Region Nord mit 6 % und Mitte mit 5 %. Die Sozialregion West hat mit 2 % einen geringeren Anteil als der Durchschnitt im Land Brandenburg. Insgesamt nimmt die Adipositas in der Rangfolge aller Befunde den 11. Platz ein (Untergewicht steht an 10. Stelle der Rangliste (Abteilung Gesundheit; Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit).**

## **2 Modell-Region Ostprignitz–Ruppin (OPR) - Landkreis**

Der Landkreis Ostprignitz-Ruppin ist vom demografischen Wandel belastet. Bei einer anhaltend niedrigen Geburtenrate und einem negativen Wanderungssaldo verringert sich die Bevölkerung und der Anteil älterer Einwohnerinnen und Einwohner nimmt zu.

Die Menschen, die den Landkreis verlassen, sind in der Regel junge, gut ausgebildete Erwachsene und Familien mit Kindern, die in anderen Landkreisen und/oder Bundesländern Arbeit bzw. einen Ausbildungsplatz finden.

Dementsprechend hat sich auch die Zusammensetzung der Familien in Ostprignitz-Ruppin verändert. Der Anteil der Familien mit zwei bis vier Kindern hat abgenommen, wohingegen der Anteil von Familien mit einem Kind zugenommen hat. Insgesamt gibt es weniger Familien mit Kindern unter 18 Jahren als noch im Jahr 1995. Der Anteil alleinerziehender Mütter hat eine Zunahme von rund 12 % erfahren.

### **2.1 Zahlen, Daten, Fakten**

Das Diagramm der Abbildung 4 zeigt die Entwicklung der Bevölkerungszahl im Landkreis Ostprignitz-Ruppin vor dem Hintergrund der Bevölkerungszahlen Brandenburgs in den Jahren 1992 bis 2011. Während die Einwohnerzahl Brandenburgs mit einer moderaten Ab- und Aufwärtsbewegung beständig bei 2,5 bis 2,6 Millionen blieb, erlebte der Landkreis Ostprignitz-Ruppin in den vergangenen 19 Jahren einen stetigen

Bevölkerungsverlust. Seit 1992 verringerte sich die Einwohnerzahl insgesamt um 14.994 Einwohner (Gesundheitsbericht 2013).

Diagramm 4:

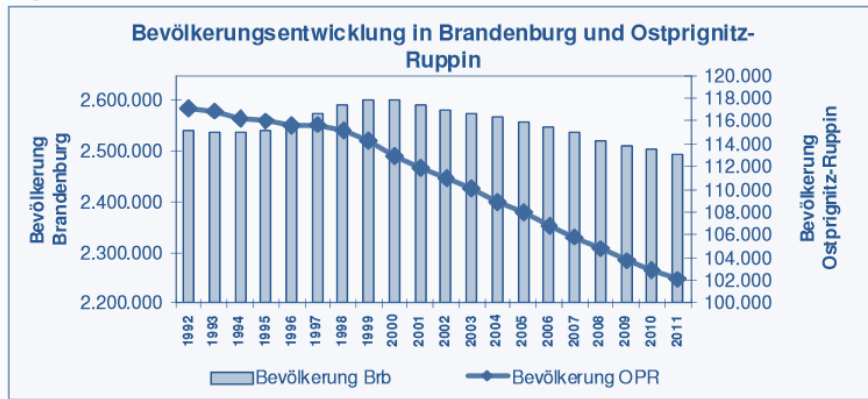


Abbildung 4 Bevölkerungsentwicklung in Ostprignitz-Ruppin, Quelle: Gesundheitsbericht 2013

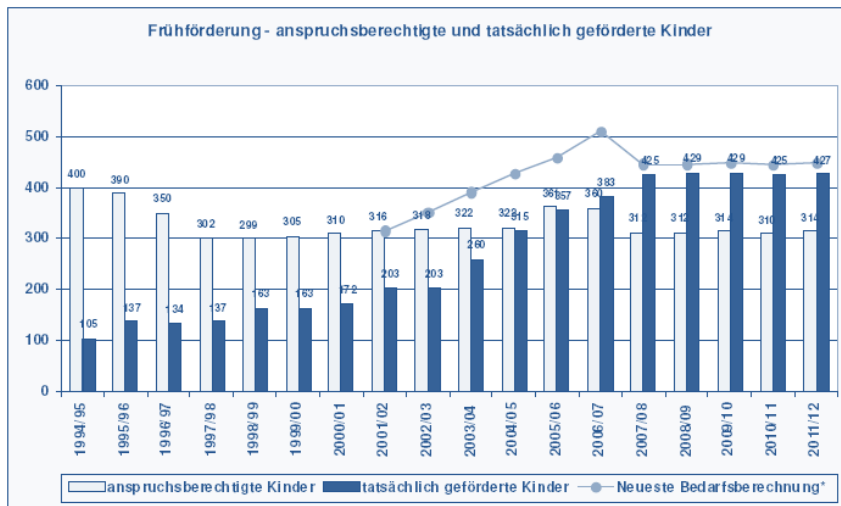
## 2.2 Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung

Die nachfolgenden Befundgruppen/Befunde wurden bei der Einschulungsuntersuchung 2013/14 erhoben.

### *Daten der Frühförderberatung und Frühförderung*

Im Gesundheitsamt Ostprignitz-Ruppin werden Frühförderberatung, ärztliche und heilpädagogische Diagnostik und Frühförderung innerhalb einer kommunalen Frühförder- und Beratungsstelle gebündelt. Die **Frühförder- und Beratungsstelle befindet sich in Trägerschaft der Kreisverwaltung** des Landkreises. Sie hat ihren Hauptsitz im Gesundheitsamt in Neuruppin und betreibt Außenstellen in Wittstock und Kyritz. Diese Beratungsstelle ist im Landkreis gut bekannt und vernetzt. So gelingt es zunehmend besser, den prognostizierten Bedarf zu erfassen und zu vermitteln. Gleichzeitig sind ca. die Hälfte der Frühförderinnen der Frühförder- und Beratungsstelle durch ein Curriculum, das durch das Gesundheitsamt und das Jugend- und Betreuungsamt in Zusammenarbeit mit der Akademie für Gesundheits- und Sozialberufe Neuruppin (AGUS) erarbeitet und durch die AGUS durchgeführt wurde, in der Lage, **Hilfen zur Erziehung in Form von sonderpädagogischer Familienhilfe** anzubieten.

„Trotz sinkender Bevölkerungszahl steigt die Anzahl der geförderten Kinder seit 1998 stetig. Die Hauptursache dieses Trends ist offensichtlich in der zunehmenden Zahl sozial benachteiligter Familien zu sehen. Dies betrifft vorrangig alleinerziehende (junge) Mütter und Väter. Hatten vor 30 Jahren Kinder von ihrer Geburt bis zur Einschulung mit Eingliederungsbedarf ca. 80 % sogenannte „klassische Entwicklungsstörungen oder Behinderungen“ und ca. 20 % umschriebene Entwicklungsstörungen, so haben sich die Prozentanteile heute genau umgekehrt. Jetzt haben bis zu 80 % der Kinder umschriebene Entwicklungsstörungen.“ (Gesundheitsbericht 2013).



\* Neuere Schätzungen gehen von 8.6 % frühförderbedürftiger Kinder aus<sup>28</sup>.

Abbildung 5 Anzahl Frühförderung OPR, Quelle: Gesundheitsbericht 2013

Innerhalb des **gestiegenen allgemeinen heilpädagogischen Bedarfes** zeigen die betroffenen Kinder **zunehmenden Förderbedarf in den Bereichen des Sozialverhaltens, der Sprach- und Sprechentwicklung, der Wahrnehmungsentwicklung sowie motorischer Auffälligkeiten** (Gesundheitsbericht 2013).

### Ausgewählte Befundgruppen der Gesundheitsberichterstattung (Schuleingangsuntersuchung)

#### Befunde Sinneseinschränkungen

„Die häufigsten Befunde bei Einschülern stellen Sinneseinschränkungen dar, **ca. ein Viertel aller Einschüler kann schlecht sehen oder hören**. Ungefähr jedes zehnte Kind zeigt intellektuelle Entwicklungsverzögerungen und/oder Wahrnehmungsstörungen.

Dabei beschreibt der Begriff „Wahrnehmungsstörung“, dass gehörte oder gesehene Reize nicht aufgenommen bzw. verarbeitet werden, auch wenn die zugehörigen Funktionen ohne Beeinträchtigung sind. Zu Beginn der Schulzeit können Wahrnehmungsstörungen von intellektuellen Entwicklungsverzögerungen kaum abgegrenzt werden. Im Schulverlauf verursachen sie später häufig Teilleistungsstörungen bei normaler Intelligenz des Kindes. **Zwischen 15 bis 25 Prozent der untersuchten Kinder haben Störungen der Sprache, des Sprechens oder der Stimme.** Auch diese



können zu Beginn der Schulzeit voneinander kaum getrennt werden. Störungen der Sprache und des Sprechens verursachen Schwierigkeiten beim Erwerb des Lesens und Schreibens“ (Gesundheitsbericht 2013).

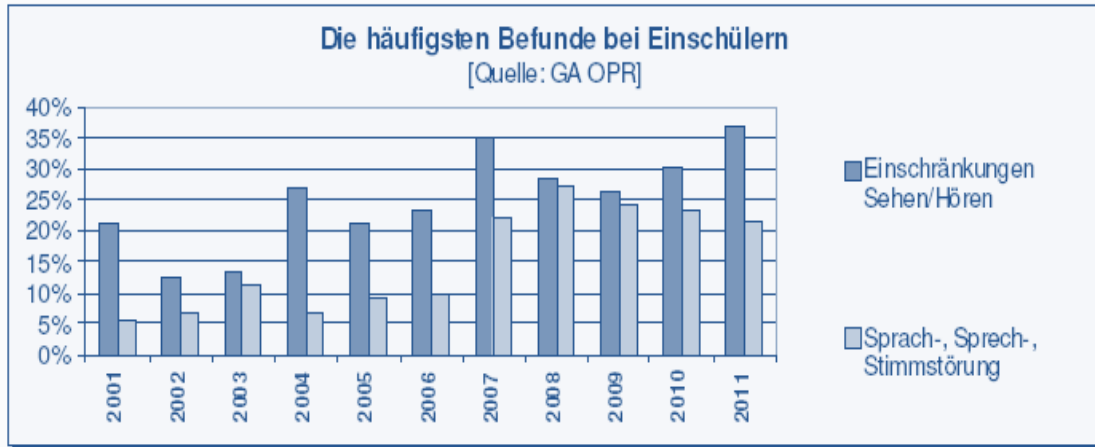


Abbildung 6 Häufigste Befunde Einschüler OPR, Gesundheitsbericht 2013

„Die untere Abbildung verdeutlicht, dass **der Grad an Beeinträchtigungen der Sinneseinschränkungen in Abhängigkeit zum Sozialstatus der Eltern erheblich variiert**. Der Anteil der Kinder mit einer Sprach- und Sprechstörung aus Familien mit niedrigem Sozialstatus **ist fast fünfmal so hoch** wie bei den Kindern, deren Eltern einen hohen Sozialstatus aufweisen. Mit Beeinträchtigungen der Sprachentwicklung gehen Verzögerungen der intellektuellen Entwicklung einher, der Anteil der Kinder mit niedrigem Sozialstatus mit Einschränkungen der intellektuellen Entwicklung im Vergleich zu den Kindern mit hohem Sozialstatus ist fast zehnmal so hoch“ (Gesundheitsbericht 2013).

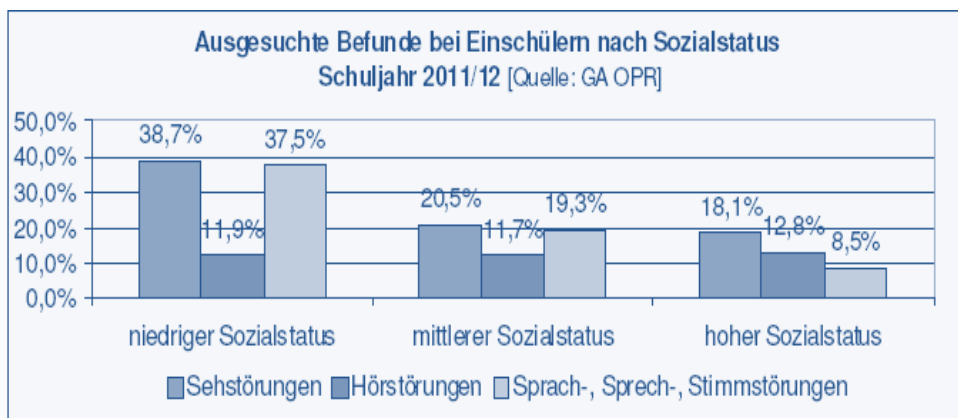


Abbildung 7 Befunde nach Sozialstatus Einschüler OPR, Quelle: Gesundheitsbericht 2013

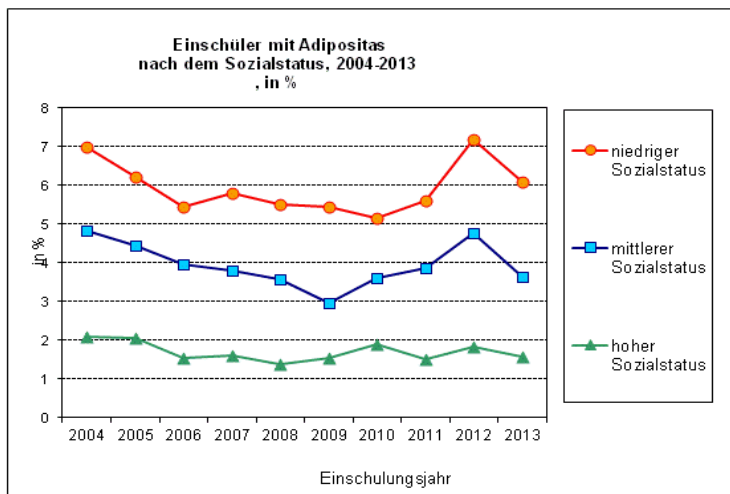
**Adipositas bei Einschulung und Schulabgang (10. Klasse)**

*Land Brandenburg*

Nachdem die Adipositasrate (starkes Übergewicht) bei den Einschülern in den Jahren 2003 bis 2009 kontinuierlich zurückgegangen war (auf etwa 3 %), gab es in den folgenden Jahren bis 2012 wieder einen Anstieg. Nach einem Rückgang **2013 liegen 2014 die Adipositasraten mit 3,5 %** wieder auf einem durchschnittlichen Niveau (**Mädchen 3,9 % und Jungen 3,1 %**). ( Abteilung Gesundheit; Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit)

*Land Brandenburg: Adipositasrate bei Einschulung*

**Die Adipositasrate bei Einschülern zeigt einen starken Zusammenhang mit der sozialen Lage der Familien.** Je höher der soziale Status der Familien, desto seltener fand sich eine Adipositas in dieser Altersgruppe. **Bei den Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus war eine nahezu vierfach höhere Rate festzustellen, verglichen mit den Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus.** So ist auch der Anstieg der letzten Jahre fast ausschließlich bei Kindern aus Familien mit mittlerem oder niedrigem Sozialstatus zu beobachten (siehe Abbildung 8). ( Abteilung Gesundheit; Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit)



Quelle: Abteilung Gesundheit im Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (LUGV)

**Abbildung 8 Adipositas nach dem Sozialstatus. Quelle: Abteilung Gesundheit Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit**

**Regional** betrachtet gab es 2014 deutliche Unterschiede bei den **Adipositasraten**. Sie lagen zwischen **1,5 % in Potsdam und 6,3 % im Landkreis Prignitz** und waren damit auch ein Spiegel der unterschiedlichen sozialen Lagen der Familien von Einschülern in den Regionen. Im Berliner Umland finden sich deutlich weniger adipöse Kinder (2014: 2,3 %) als im weiteren Metropolenraum (2014: 4,4 %). In allen Landkreisen mit an Berlin grenzenden Gemeinden ist der Anteil von Kindern mit Adipositas in diesen Kreisteilen unter 3,2 % (Abteilung Gesundheit; Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit).

Landkreis Ostprignitz-Ruppin: Adipositasraten bei Einschulung und Schulabgang

**Der Anteil adipöser Kinder im Landkreis Ostprignitz-Ruppin liegt über dem Landesdurchschnitt von 3,5 % mit insgesamt 5,5 %.**

Abbildung 9 Adipositas Einschulungskinder in OPR (2014), Quelle: Abteilung Gesundheit

Einschüler mit erheblichen Übergewicht (Adipositas), Datenstand 2014  
Adipositas bei Einschülern

Gebiet	Insgesamt		Mädchen		Jungen	
	Anzahl der Untersuchten mit Angaben zu Gewicht und Größe	Befund in %	Anzahl der Untersuchten mit Angaben zu Gewicht und Größe	Befund in %	Anzahl der Untersuchten mit Angaben zu Gewicht und Größe	Befund in %
Ostprignitz-Ruppin	923	5,5	453	6,2	470	4,9
Weiterer Metropolenraum	13.459	4,4	6.464	5,0	6.995	3,8
Land Brandenburg	23.425	3,5	11.141	3,9	12.284	3,1

Quelle: Abteilung Gesundheit im Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (LUGV)

Abteilung Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit

Der Anteil an Jugendlichen, die bis zur 10. Klasse ein erhebliches Übergewicht (Adipositas) entwickelt haben, liegt im Landkreis insgesamt bei 8,5 %, d.h. der Anteil der Einschüler mit einer Adipositas (5,5 %) hat sich bis zum Alter von ca. 16 Jahren um weitere 3 % (Jugendliche 8,5 %) erhöht. Bei den kleinen Einschülern sind Mädchen (6,2 %) häufiger betroffen als Jungen (4,9 %). Bei den Jugendlichen dreht sich dieser Trend um, Jungen (9,6 %) sind nun häufiger betroffen als Mädchen (7,3 %) (Abteilung Gesundheit; Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit).

Schüler/Schülerinnen in Klasse 10 mit erheblichem Übergewicht (Adipositas), Datenstand 2014  
Adipositas

Gebiet	Insgesamt		Mädchen		Jungen	
	Anzahl der Untersuchten mit Angaben zu Gewicht und Größe	Befund in %	Anzahl der Untersuchten mit Angaben zu Gewicht und Größe	Befund in %	Anzahl der Untersuchten mit Angaben zu Gewicht und Größe	Befund in %
Ostprignitz-Ruppin	757	8,5	383	7,3	374	9,6
Land Brandenburg	12.085	9,2	5.608	8,5	6.477	9,9

Die Repräsentativität der Werte ist dadurch limitiert, dass untersuchungsbedingt Gymnasiasten untererfasst sind.

Quelle: Abteilung Gesundheit im Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (LUGV)

Abbildung 10 Prozent Anteil Jugendliche Adipositas OPR, Quelle: Abteilung Gesundheit Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit

### *Emotionale/soziale Störungen bei Einschulungskindern*

Emotionale Störungen sind der häufigste Anlass für die Vorstellung von Kindern und Jugendlichen zur kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und Behandlung (Prävalenz zwischen 10 und 12 %). Die meisten emotionalen Störungen des Kindes- und Jugendalters zeigen eine Altersbindung. Beispielsweise treten Trennungsängste oder Tierphobien insbesondere im Kleinkind- und Schulalter auf, hingegen depressive Störungen im Jugendalter. Die rechtzeitige Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter hat eine hohe gesundheitliche Bedeutung, da Angststörungen das Risiko für die Ausbildung von psychischen Störungen im Erwachsenenalter wie Substanzabhängigkeit oder Depressionen erhöhen. Bestimmend für Störungen des Sozialverhaltens sind ein sich wiederholendes und andauerndes Muster dissozialen, aggressiven oder aufsässigen Verhaltens mit einer Mindestdauer von 6 Monaten. Die Prävalenz der Störungen des Sozialverhaltens liegt in epidemiologischen Studien bei 1,5 bis 3,4 %. Aggressives Verhalten ist im Kindesalter häufig zu beobachten (bei Jungen bis zu dreimal häufiger als Mädchen). Wichtig für eine günstige Prognose von psychischen Störungen sind die protektiven Faktoren: familiäre Ressourcen (familiäres Klima, familiärer Zusammenhalt), soziale Ressourcen (Unterstützung durch Gleichaltrige oder Erwachsene, verfügbares soziales Netz) und kindbezogene Ressourcen.

Hingegen wirkt sich ein niedriger sozioökonomischer Status der Familien negativ auf familiäre, personale und soziale Ressourcen aus. Bei der Einschulungsuntersuchung 2014 wurde durch die Ärzte des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes **bei 7,6 % aller Einschülern eine emotionale/soziale Störung festgestellt**. Jungen waren wie auch in den Vorjahren mit einer Rate von 9,6 % deutlich stärker betroffen als Mädchen (5,5 %). Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus zeigten 4,2-fach höhere Raten im Vergleich zu Gleichaltrigen aus Familien mit hohem Sozialstatus (vgl. auch Indikator Sprach- und Sprechstörungen). Diese Ungleichheit hat sich gegenüber dem Vorjahr noch einmal erhöht (3,6-fach höhere Raten 2013).

Emotionale/soziale Störungen waren regional unterschiedlich stark verteilt. Die Raten in den Landkreisen und kreisfreien Städten lagen zwischen einem Wert von 2,3 % in der Stadt Brandenburg a. d. Havel und 20,4 % in Frankfurt (Oder). Bei einer Spannweite der Befundraten von 18 Prozentpunkten kann eine untersuchungsbedingte Varianz vermutet werden. Die Unterschiede der dokumentierten Befundraten im Berliner Umland zu denen im weiteren Metropolenraum sind ähnlich deutlich wie im Vorjahr. In den an Berlin grenzenden Gemeinden liegt die Befundrate niedriger als im Berlin fernen Teil Brandenburgs (6,5 % vs. 8,5 %) (Abteilung Gesundheit; Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit).

Der Anteil der Einschüler mit einer emotionalen-sozialen Störung im Landkreis Ostprignitz-Ruppin lag im Jahr 2014 bei 10,8 % und damit über dem Landesdurchschnitt mit 7,6 % betroffener Kinder (siehe Abbildung 11).

Untersuchte Einschüler mit Befund einer emotionalen/sozialen Störung nach dem Geschlecht, Datenstand 2014  
Emotionale/soziale Störungen

Gebiet	Untersuchte Kinder insgesamt Anzahl	Kinder insgesamt mit Befund in %	Untersuchte Mädchen Anzahl	Mädchen mit Befund in %	Untersuchte Jungen Anzahl	Jungen mit Befund in %
Ostprignitz-Ruppin	929	10,8	455	6,2	474	15,2
Weiterer Metropolitanraum	13.558	8,5	6.505	6,0	7.053	10,7
Land Brandenburg	23.580	7,6	11.206	5,5	12.374	9,6

Quelle: Abteilung Gesundheit im Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (LUGV)

Abbildung 11 Anteil Befund emotionale/soziale Störung bei Einschulung in OPR (2014), Quelle: Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit

### **Gesundheitliche Entwicklung während der Schulzeit Land Brandenburg**

Zur Darstellung der gesundheitlichen Entwicklung während der Schulzeit werden die Befunde der Schuleingangsuntersuchung 2005 mit denen der nach 10-jähriger Schulzeit erfolgten Schulabgangsuntersuchung 2014 verglichen (im Alter von durchschnittlich 6 Jahren und 16 Jahren).

Dabei ist zu berücksichtigen, dass im Rahmen der Schulabgangsuntersuchung überwiegend Schülerinnen und Schüler ärztlich untersucht werden, die mit Abschluss der 10. Klasse die Schule verlassen, da für Schulabgängerinnen und Schulabgänger diese Untersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (Erstuntersuchung) verpflichtend ist.

Dies impliziert, dass Gymnasiastinnen und Gymnasiasten in der Schulabgangsuntersuchung unterrepräsentiert sind. Ebenso können keine Migrationsbewegungen (Abwanderungen in oder Zuzüge aus anderen Bundesländern) während der Schulzeit erfasst werden. Auch Nichtversetzungen werden nicht berücksichtigt. Somit handelt es sich beim folgenden Vergleich nicht um eine Langzeitstudie einer Personengruppe, vielmehr werden die Personen zweier zeitlich getrennter Querschnittstudien miteinander verglichen, von denen eine unbekannte Anzahl in beiden Studien vertreten war.

Zu über 12.206 Schülerinnen und Schüler der 10. Klassen (6.551 Jungen und 5.655 Mädchen) können Aussagen zu medizinischen Befunden im Rahmen der Schulabgangsuntersuchung gemacht werden( (Dr. Gabriele Ellsäßer).

*Entwicklung verschiedener Krankheiten – Kinder der Schuleingangsuntersuchung 2005 und 10 Jahre später*

Der Vergleich der Befundungen zeigt verschiedene gesundheitliche Entwicklungen auf. Der Anteil der Schülerinnen und Schüler mit Fehlstellungen der Wirbelsäule hat sich im Zeitverlauf gegenüber der Schuleingangsuntersuchung fast verfünffacht. Noch ausgeprägter ist die Zunahme der allergischen Rhinitis um den Faktor 5,7. Der Anteil der Schülerinnen und Schüler mit Asthma bronchiale hat sich mehr als verdoppelt. Auch der Anteil der adipösen Schülerinnen und Schüler hat sich von 4,3 Prozent auf 9,3 Prozent um mehr als den Faktor 2 erhöht. Weniger starke Veränderungen zeigen sich bei den Sehfehlern. Insgesamt ist ein Anstieg der chronischen Erkrankungen während der mit dem Schulbesuch verbundenen Lebensphase festzustellen (Dr. Gabriele Ellsäßer).

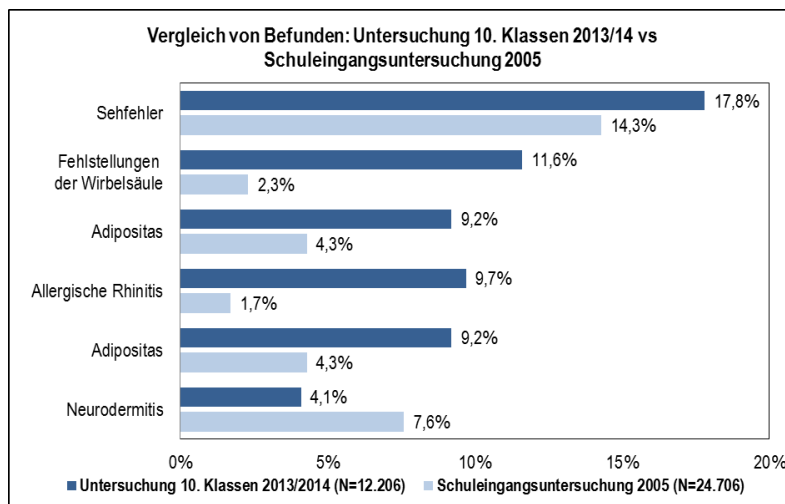


Abbildung 12 Entwicklung während der Schulzeit 2005-2014, Quelle ( LAVG, Dr. Gabriele Ellsäßer 2016)

## 2.3 Kinder- und Jugendschutz: Schnittstellen zum ÖGD in OPR

Mit der Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes wurde der Auftrag an den Träger der öffentlichen Jugendhilfe deutlich erweitert:

- Aufbau- und Weiterentwicklung von Netzwerkstrukturen
- Beratungsleistung nach dem § 4 KKG<sup>10</sup>, § 8 b SGB VIII, § 16 SGB VIII
- Einsatz von Familienhebammen
- Stärkung der Erziehungs- und Beziehungskompetenzen der Eltern
- Schulung von Fachkräften
- verstärkte Zusammenarbeit von Leistungserbringern und Institutionen
- Abstimmung von Angebots- und Aufgabenspektren
- Klärung struktureller Fragen der Angebotsgestaltung und -entwicklung

weitere Punkte:

- Frühe Hilfen
- Evaluation
- flächendeckende Angebote und Vernetzung
- Schaffung von verbindlichen Standards zum präventiven und reaktiven Kinderschutz

Zur Umsetzung der o. g. Aufgaben wurde eine Koordinierungsstelle Kinderschutz mit dem Schwerpunkt Frühe Hilfen eingerichtet, die das Ziel verfolgt, Aktivitäten aufeinander abzustimmen, zu koordinieren, zu steuern und Bedarfe zu erheben sowie Angebote weiter zu entwickeln.

Im Rahmen der offenen Kinder- und Jugendarbeit liegt der Schwerpunkt im erzieherischen Kinder- und Jugendschutz. Dieser unterscheidet sich klar vom gesetzlichen Kinder- und Jugendschutz. Es handelt sich nicht um ordnungsrechtliche Maßnahmen. Die Angebote konzentrieren sich im Kern auf Prävention, Information und Aufklärung. Erreicht werden sollen junge Menschen und Erziehungsberechtigte, aber auch Institutionen der Bildung und Erziehung bzw. deren Fachkräfte, die mit jungen Menschen arbeiten und Elternberatung

---

<sup>10</sup> Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz, Zu diesem Zweck umfasst die Unterstützung der Eltern bei der Wahrnehmung ihres Erziehungsrechts und ihrer Erziehungsverantwortung durch die staatliche Gemeinschaft insbesondere auch Information, Beratung und Hilfe. Kern ist die Vorhaltung eines möglichst frühzeitigen, koordinierten und multiprofessionellen Angebots im Hinblick auf die Entwicklung von Kindern vor allem in den ersten Lebensjahren für Mütter und Väter sowie schwangere Frauen und werdende Väter (Frühe Hilfen) (siehe <https://www.gesetze-im-internet.de/kkg/BJNR297510011.html>)

anbieten. Es geht um die Hilfe im Vorfeld des Kontaktes mit jugendgefährdeten Produkten. Bei der Gefährdung des Kindeswohls werden Maßnahmen zum Schutz des Kindes entsprechend dem internen Verfahren des Jugend- und Betreuungsamtes gemäß **§ 8 ff SGB VIII und entsprechend des KKG** eingeleitet.

Im Landkreis wird der Kinder- und Jugendschutz wie folgt definiert: Kinder- und Jugendschutz bedeutet, der Schutz für alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0-18 Jahren und die Unterstützung der Eltern bei der Wahrnehmung und Ausübung ihrer Erziehungsaufgaben durch die staatliche Gemeinschaft im Spektrum der frühen und weitergehenden Förderung bis hin zum Schutzauftrag (Jugendförderplan 2015).

### *Schnittstellen*

Dem Jugend- und Betreuungsamt kommt bei der Ausgestaltung des kommunalen Kinderschutzes eine besondere Verantwortung zu. In OPR sind dazu bereits qualifizierte Verfahrensstandards entwickelt worden. Hier kommt allen Bereichen, jedoch speziell dem Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD), eine entscheidende Rolle zu. Basis für den Kinderschutz sind u. a. funktionierende Netzwerke auf Ebene der Sozialräume. In diesem Rahmen sind neben den Fachkräften der Jugendhilfe und den Vertretern der Kommunen auch die Regeleinrichtungen wie Kindertageseinrichtungen und Schulen wichtige Partner. Perspektivisch ist darauf zu achten, dass der ASD nicht auf einen „Kinderschutz Interventions-Dienst“ reduziert wird, sondern sein breites Aufgabenprofil behält. Kein anderer Dienst hat in vergleichbarer Weise den Gesamtzusammenhang von Lebens- und Problemlagen aller jungen Menschen und Familien in bestimmten sozialräumlichen Kontexten im Blick.

Dieser Gesamtblick ist auch für einen früh ansetzenden Kinderschutz unerlässlich. Ein qualifizierter Kinderschutz baut auf ein vorhandenes Netz von vielfältigen Angeboten auf. Werden Hilfebedarfe „früher“ und bei mehr Familien aufgedeckt, dann ist ein Mehrbedarf an qualifizierten Angeboten die Konsequenz. Der Kinderschutz enthält die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention. In diesem Rahmen gilt es durch die einzelnen Bereiche des Amtes bedarfsorientierte Angebote abzustimmen und vorzuhalten. Die interne Schnittstellenbetrachtung spielt hierbei eine wesentliche Rolle und ist zukünftig weiterzuentwickeln.



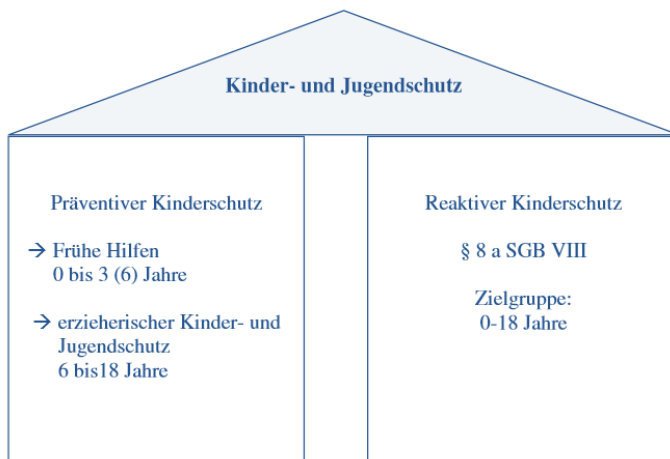


Abbildung 13 Kinder und Jugendschutz OPR /Quelle: Jugendförderplan 2015

**Die Schnittstelle zwischen der Jugendhilfe und der Gesundheitshilfe** wurde in den letzten Jahren weiter ausgebaut. Eine intensive Zusammenarbeit erfolgt mit der Familienservicestelle und deren Angebotsspektrum, mit der Frühförderstelle sowie **dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst** und bei Bedarf mit Einrichtungen und Institutionen des Gesundheitswesens. Im Rahmen des präventiven Kinder- und Jugendschutzes gilt es künftig Entwicklungspotentiale durch bessere Vernetzung, Kooperation und Steuerung zu nutzen, z. B. eine bessere Verzahnung des Angebotes „Netzwerk Gesunde Kinder“ mit den weiteren Angeboten der Frühen Hilfen“ (Jugendförderplan 2015).

### **3 Veranstaltungen im Rahmen des Beratungs- und Coaching - Angebotes**

Im nachfolgenden Abschnitt werden die Veranstaltungen im Rahmen der Begleitung durch die KGC Brandenburg in den beiden Modell-Regionen vorgestellt. Die Ergebnisse der vorab durchgeführten Sondierungsgespräche und im Verlauf durchgeführten Besprechungen sowie Interviews fließen in die Ergebnisdarstellung im Kapitel 5 entlang der Evaluationsebenen (Planungs-, Struktur-, Prozess-, Ergebnisebene) ein.

### 3.1 Veranstaltungen in 2015 in den Modell-Regionen

Mit den Initiatorinnen und Initiatoren der jeweiligen Modell-Region wurde im Rahmen von Besprechungen im Jahr 2015 festgelegt, dass jede Region einen **Auftakt-Workshop** durchführt. Ziel der Workshops war es, potentielle Mitglieder für eine Steuerungsgruppe zu gewinnen und interessierten Akteurinnen und Akteuren vor Ort ein Angebot zum fachlichen Einstieg in das Thema zu ermöglichen. Insofern wurden die Workshops durch eine Reihe an Fachvorträgen<sup>11</sup> ergänzt. Darüber hinaus sollte der Austausch unter den regionalen Akteurinnen und Akteuren aus verschiedenen Disziplinen gefördert werden und erste Schritte hin zu einer Präventionskette besprochen werden.

Im Landkreis **Märkisch-Oderland** fand der **Auftakt-Workshop** am 2.9.2015 in Neuhardenberg statt, in **Ostprignitz-Ruppin** am 19.11.2015 in Neuruppin. In MOL fand darüber hinaus am 4.12.2015 die erste **Fokusgruppe (1. Arbeitstreffen)** ebenfalls in Neuhardenberg statt. Nachfolgend werden Ergebnisse der Veranstaltungen bzw. der Gruppenarbeit vorgestellt. Die Dokumentationen der Veranstaltungen wurden für weitere Auswertungsschritte bei Bedarf herangezogen<sup>12</sup>.

Die Initiative, eine Präventionskette im Landkreis - **Märkisch-Oderland** aufzubauen, ging vom **Leiter des kommunalen Gesundheitsamtes** aus. In MOL besteht seit längerer Zeit eine Kommunale Gesundheitskonferenz<sup>13</sup> mit unterschiedlichen Arbeitsgruppen.

Der zu bildende Steuerungskreis für die Präventionskette soll durch eine weitere Arbeitsgruppe an die kommunale Gesundheitskonferenz MOL angebunden werden. Die Zielgruppe der Präventionskette sind vorerst Kinder im Kita Alter, die in der Sozialregion Nord leben.

Die Initiative zur Etablierung einer Präventionskette in **Ostprignitz-Ruppin (OPR)** ging vom **Leiter des Jugend- und Betreuungsamtes und der neu gegründeten Stabsstelle Kinderschutz** aus. Wo die Steuerungsgruppe angedockt werden soll, war zum Zeitpunkt der Auftauphase noch unklar. Die Initiierenden planen, eine Präventionskette für Kinder und Jugendliche von 0 bis 18 Jahren im Landkreis OPR und Schnittstellen zum präventiven Kinderschutz zu etablieren.

<sup>11</sup> Die einzelnen Fachvorträge/Dokumentation liegen als PDF vor und sind allen TN online über die Seite [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) zugänglich.

<sup>12</sup> siehe auch: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/brandenburg/veranstaltungen/>

<sup>13</sup> siehe auch: [http://maerkisch-oderland.de/cms/front\\_content.php?idart=2051](http://maerkisch-oderland.de/cms/front_content.php?idart=2051)

### ***MOL - Ergebnisse der Auftaktveranstaltung***

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Gruppenarbeit im Rahmen der **Auftakt-Workshops** und des **ersten Arbeitstreffen in MOL** vorgestellt. Im Landkreis MOL haben sich insgesamt 40 Teilnehmende zum Auftakt-Workshop angemeldet, die Begrüßung erfolgte durch den Landrat. Begleitet wurde die Veranstaltung durch die regionale Presse.

Es waren sowohl Mitarbeitende von freien Trägern, der Kinder- und Jugendhilfe, der Frühen Hilfen sowie des zuständigen Gesundheitsamtes anwesend.

### ***Wirkungs- und Handlungsziele***

Im Rahmen der Auftaktveranstaltung haben die Teilnehmenden in fünf Gruppen **erste mögliche Wirkungs- und Handlungsziele** für eine Präventionskette in MOL in der Sozialregion Nord unter Beachtung der SMART-Kriterien<sup>14</sup> formuliert.

*Die Übung diente hauptsächlich der Formulierung von Wirkungs- und Handlungszielen, es wurden noch keine möglichen Maßnahmen dazu formuliert. Die hier formulierten Ziele stellen deshalb noch keine Festlegung des Landkreises dar.*

- **Wirkungsziel** – Verbesserung der Gesundheit der Kinder (Zielgruppe)
- **Handlungsziele** – Bewusstsein schaffen für gesunde Ernährung, Kinder bereiten ihr Frühstück selber zu, selbständig, täglich, mit Spaß gemeinsam, einen Monat lang!
  
- **Wirkungsziel** – 20 Prozent der „Auffälligkeiten“\* Sprachentwicklung sollen im Zeitraum von drei Jahren auf max. 15 Prozent gesenkt werden.<sup>15</sup>
- **Handlungsziele** – Bestandaufnahme Akteure/Angebote in der Region, Kita-Struktur/Angebote, Kita/Bedarf, Gesundheitsamt, Jugendamt, Logopädie, Kinderärzte, Frühförderung, Best Practice, über 3 Monate, Koordination
  
- **Wirkungsziel** – Wir werden in 2020 in Bad Freienwalde einen öffentlichen Bewegungsort für Familien haben.
- **Handlungsziele** – Jede Kita im Landkreis MOL bietet bis 2017 mindestens einmal in der Woche ein konkretes Bewegungsangebot an.

<sup>14</sup> SMART-Kriterien: S = Spezifisch, M = Messbar, A = Attraktiv, R = Realistisch, T = Terminiert

<sup>15</sup> Artikulation, Wortschatz, Grammatik.

- **Wirkungsziel** – Verbesserung des Gesundheitszustandes der Kinder in der Kita
- *Handlungsziele* – Gesunde Ernährung

**S** – betrifft alle Kinder  
**M** – (Körpergewicht) altersgemäße Fein- und Grobmotorik  
**A** – schmackhaft und kindgerecht  
**R** – Absprache mit Eltern, den Versorgern  
**T** – jährlich überprüfbar



Abbildung 14 Ziele MOL Auftaktveranstaltung

- **Wirkungsziel** – Der Anteil der Kinder mit Adipositas wird im Landkreis bis 2017 unter 3 Prozent liegen.
- *Handlungsziele* – Finanzierungskonzept in sechs Monaten, Organisationskonzept liegt in einem Jahr vor, wir handeln partizipatorisch mit Stakeholdern und Betroffenen.
- Jede Kita im Landkreis MOL verzichtet bis 2017 auf gesüßte Getränke und führt täglich einen Obst/Gemüsepause durch.
- Jede Kita im Landkreis MOL verankert in ihrer Konzeption bis 2017 mindestens zwei Maßnahmen pro Jahr, die den Familien gesunde Ernährung nahe bringen.

### ***Partner für eine Präventionskette***

Die Teilnehmenden des Auftakt-Workshops haben gemeinsam im Rahmen einer Gruppenarbeit eine „Netzwerkkarte“ erstellt und die möglichen Partnerinnen und Partner, Institutionen und Organisationen sowie etablierte Netzwerke, die für den Aufbau einer Präventionskette in MOL wichtig sein könnten, erarbeitet (siehe Abbildung unten). Entscheidend war hier die Erkenntnis, dass es viele Partnerinnen und Partner aus sehr unterschiedlichen Bereichen gibt.



**Abbildung 15** Partner MOL Auftaktveranstaltung

### ***OPR – Ergebnisse der Auftaktveranstaltung***

Zur Auftaktveranstaltung in OPR haben sich insgesamt 19 Teilnehmende angemeldet, einige Eingeladene haben aufgrund anderer Termine abgesagt, aber ihr weiteres Interesse bekundet. Die zuständige Dezernentin hat ihre Zustimmung und Interesse bekundet. Es waren sowohl Mitarbeitende von freien Trägern, der Kinder- und Jugendhilfe, der Frühen Hilfen sowie des zuständigen Gesundheitsamtes anwesend.

### ***Wirkungs- und Handlungsziele***

Die Teilnehmenden haben in drei Gruppen die Formulierung von Wirkungs- und Handlungszielen entlang der SMART-Kriterien für mögliche Ziele und Maßnahmen einer Präventionskette in OPR eingeübt.

*Die formulierten Ziele wurden als Übungsbeispiele zur SMART-Kriterien gerechten Formulierung genutzt. Es handelte sich dabei nicht um tatsächlich gestellte Ziele für OPR.*

In der unten stehenden Abbildung sind die Ergebnisse der Gruppenarbeit dargestellt.

Wirkungsziele	Handlungsziele	Maßnahmen
1. Förderung der elterlichen Kompetenz	1. Sprachliche Kompetenz (Grenzsteine der Sprache)	1. Lerngruppe bilden (halbjährlich) in der Kita
2. Verminderung der Adipositas im LK von ...Prozent innerhalb von fünf Jahren	2. Reduktion der Fehlernährung bei Kindern zwischen 0-6 Jahren	2. Vitalfrühstück in der Kita 1x wöchentlich im FZ-Oase im MGH Ernährungsberater in Kitas, Schulen für Eltern/Kinder Kita-/Schulspeisung kindgerecht und gesund anbieten
	3. Bewegungsfreude fördern	3. Schulsport ohne Leistungsdruck
		4. Bewegungsangebote schaffen/ausbauen für alle Kinder öffnen

Abbildung 16 Ziele OPR Auftaktveranstaltung

### OPR – Partner für eine Präventionskette

Im Rahmen des Auftakt-Workshops in OPR wurde mit den Teilnehmenden eine Stakeholder-Analyse durchgeführt. Hier ging es vorrangig darum, dass die Teilnehmenden einschätzen, welche Partnerinnen und Partner ein hohes Interesse und großen Einfluss haben bzw. wer (bislang) kein Interesse, aber großen Einfluss hat und für den Aufbauprozess gewonnen werden sollte. Hier wurden neben der Landespolitik bzw. den zuständigen Ministerien auch die kommunalen Schulen und Kitas genannt.



Abbildung 17 Stakeholder-Analyse OPR Auftaktveranstaltung

### *Fachlicher Input im Rahmen der Auftakt-Workshops*

Im Rahmen der Veranstaltung wurde durch die KGC Brandenburg zu folgenden Themen ein fachlicher Input referiert:

- Kommunaler Partnerprozess – Definition und Zielstellung
- Grundlagen der partizipativen Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten
- Ziele definieren – Wirkungs- und Handlungsziele, Vorstellung der Good Practice-Kriterien<sup>16</sup>
- Adipositas-Prävention in der Kita (MOL)

Darüber hinaus wurden die Auftaktveranstaltungen durch einen externen Referenten<sup>17</sup> unterstützt. Es wurden Vorträge gehalten mit anschließenden Gruppenarbeitsphasen zu Stakeholder-Dialogen. Im Landkreis MOL hat ein Vertreter der regionalen AOK-Niederlassung des Landkreises das AOK-Präventionsprogramm „Jolinchen. Kids für Kita-Kinder zur Reduktion von Übergewicht, Bewegungsmangel und zur Stressreduktion“ vorgestellt. Alle Vorträge wurden anschließend für die Teilnehmenden über die Online-Dokumentation der KGC-Website zur weiteren Verwendung zugänglich gemacht.

Es wurden Informationsmaterialien des Kooperationsverbundes wie zum Beispiel der Ringbuchordner<sup>18</sup> mit den wichtigsten Informationen und Begleitmaterialien zum kommunalen Partnerprozess verteilt.

Insgesamt wurden die Auftaktveranstaltungen sehr positiv von den Teilnehmenden bewertet.

### *Erstes Arbeitstreffen des Steuerungskreises in MOL*

Am 4.12.2015 fand in Neuhardenberg ein zweites Treffen der interessierten Akteurinnen und Akteure aus dem Landkreis Märkisch-Oderland statt. Die Initiierenden wollten hierzu die Teilnehmenden der Auftaktveranstaltung einladen sowie weitere Personen, beispielsweise aus den Frühen Hilfen, die aus terminlichen Gründen nicht zur Auftaktveranstaltung kommen konnten. Die Einladung bzw. Terminfestlegung gestaltete sich schwierig, weil einige

---

<sup>16</sup> Die zwölf Kriterien für gute Praxis (Good Practice-Kriterien) informieren darüber, was bei der Planung und Umsetzung guter Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten zu beachten ist. (siehe dazu [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/))

<sup>17</sup> Collective Leadership Institute, Potsdam

<sup>18</sup> Der Ringbuchordner kann von allen Akteurinnen und Akteuren über die KGC Brandenburg kostenfrei angefordert werden.

Akteurinnen und Akteure nur zu bestimmten Terminen an der Veranstaltung teilnehmen konnten. So musste der Termin, der eigentlich abgestimmt war, auf Wunsch einzelner

Personen wieder verschoben werden. Insgesamt nahmen 14 Personen aus verschiedenen Bereichen der kommunalen Verwaltung und von Vereinen bzw. Institutionen freier Träger am Treffen teil.

Der Initiator (Amtsleiter des Gesundheitsamtes) konnte bedingt durch einen wichtigen Termin nicht am Vormittag teilnehmen und kam erst zur Mittagspause hinzu. Schon am Anfang der Veranstaltung wurde deutlich, dass einige Teilnehmende große Vorbehalte bezüglich der zu initiierten Präventionskette hatten. Der unterschiedliche Kenntnisstand der Beteiligten wirkte sich negativ aus, vor allem bei den Teilnehmenden, die nicht an der Auftaktveranstaltung teilgenommen hatten.

Ziel des Arbeitstreffens war es, die Bedarfe und Zielstellungen hinsichtlich der geplanten Präventionskette sowie Aspekte der Vernetzung und weiteren Zusammenarbeit zu konkretisieren. Aufgrund der oben genannten Situation musste von der geplanten Vorgehensweise abgewichen werden. Stattdessen wurden die Teilnehmenden auf einen gemeinsamen Kenntnisstand gebracht bzw. den Vorbehalten Raum und Zeit eingeräumt. Es stellte sich auch heraus, dass zwei Teilnehmerinnen bereits in der Vergangenheit große Probleme in der Zusammenarbeit hatten, die die Dynamik des Arbeitstreffens negativ beeinflusste. Insofern wurden bei diesem Treffen – anders als geplant – keine verbindlichen Zielvereinbarungen auf der Grundlage der Bedarfe für die Sozialregion Nord festgelegt. Vielmehr ging es noch einmal darum, die Teilnehmenden für die Idee einer Präventionskette in der Region zu gewinnen und gemeinsame Anliegen herauszuarbeiten.

Es wurden darüber hinaus erste Handlungsfelder priorisiert und auf der Grundlage der Netzwerkanalyse wurde eine Stakeholder-Analyse durchgeführt. Die Teilnehmenden beschlossen gemeinsam mit den Initiatoren des Gesundheitsamtes ein nächstes Treffen im März 2016, um eine weitere Eingrenzung der Ziele auf der Grundlage einer Analyse der bereits bestehenden Projekte in der Region vorzunehmen.



Handlungsfelder priorisieren!

Handlungsfeld	Bestand (Projekte, Programme)	Zielgruppe	Altersgruppe	Setting	Bedarf (BEE-Soniar dazu)	Bedürfnisse (als macht der Zielgruppe)
Psych. Gesundheit Ernährung, Sparschke, Bewegung	Netzwerk Gesundheit Kinder, DDI	alle Familien	0-2 (ab 55+)	Familie		Information, Anregung, Unterstützung
Sprache	Sprachhilfe, Frühförderung	Kindergarten	0-6 Jahre Kita			Förderung der sprachlichen Fähigkeiten, Elternarbeit
Bell. GHI	EKE Gao	Junge Familie	0-3+	Zeitstrahl		Austausch, Tipp, Info, (Vernetzung, Anlaufstelle)
Bewegung (Freizeit), Bewegung	Blaue Bus (CVJM), KSB, Vorkurs	Kindergarten, Kinder, Jugendliche	0-6	Freizeit, Freizeit		
Vermittlung, Hilfe, Soz. rechtliche Unterstützung, gesundheitliche Grundtat	professionelle Sozialarbeit, Beratung & Familienberatung	Familien	0-6	Erwartung, Schule	19.01.2017	Zeit
		erwachsene, Jugendliche, Kinder	0-	Erwartung, Schule		Zeit

Abbildung 18 Handlungsfelder /Bestandsanalyse MOL 1. Arbeitstreffen

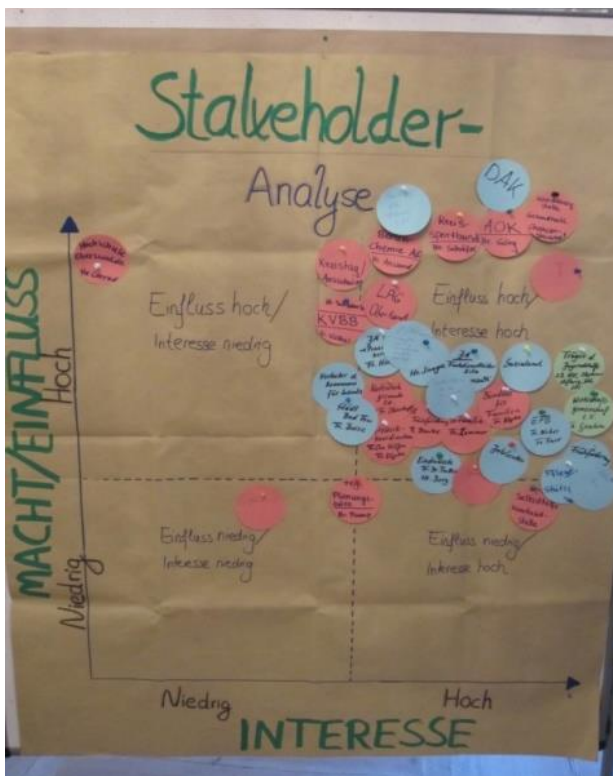


Abbildung 19 Stakeholder Analyse MOL 1. Arbeitstreffen

## 4 Veranstaltungen und Workshops in 2016

Nachfolgend werden die Ergebnisse der im Jahr 2016 durchgeführten Veranstaltungen, Workshops in den Modell-Regionen vorgestellt. Die telefonischen und/oder per E-Mail und vor Ort durchgeführten Beratungen/Besprechungen sind nicht Bestandteil der Darstellung.

### 4.1 Meilensteine Landkreis Märkisch-Oderland

#### Meilensteine

- **21.1.2016** Arbeitstreffen KGC – Gesundheitsamt, Seelow
- **16.3.2016** Teilnahme Kongress Armut und Gesundheit Berlin - Übergabe der Partnerurkunde (BZgA)
- **22.6.2016** Arbeitstreffen KGC – Gesundheitsamt, Seelow
- **5.7.2016** AG-Treffen des Steuerungskreises in Bad Freienwalde
- **13.9.2016** Teilnahme am Präventionsforum der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG) in Berlin (Poster)
- **19.9.2016** Teilnahme an der ÖGD-Fachfortbildung in Wünsdorf (u.a. Vorstellung der Präventionskette in Dormagen)
- **22.9.2016** 3. Kommunale Gesundheitskonferenz MOL in Wriezen
- **26.9.2016** Treffen der AG Präventionskette in Bad Freienwalde
- **5.10.2016** Workshop zur Gesundheitsförderung bei geflüchteten Kindern und Jugendlichen in Bad Freienwalde
- **3.11.2016** Teilnahme/Vorstellung der Ergebnisse und Stand Präventionskette bei der zweiten überregionalen Partnerkonferenz in Kooperation mit der KGC Mecklenburg-Vorpommern in Waren an der Müritz
- **5.12.2016** Abschlussgespräch KGC – Gesundheitsamt, Seelow

#### 4.1.1 Ergebnisse und Inhalte der Veranstaltungen in MOL 2016

Auf einem ersten Treffen der KGC und des Gesundheitsamtes im Jahr 2016 haben die Initiatoren in MOL festgelegt, dass sie selbst das nächste Treffen organisieren möchten. Der Termin im April 2016 war bereits im letzten Workshop in 2015 von den Teilnehmenden festgelegt worden. Weiterhin wurden die Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe und den Frühen Hilfen thematisiert.

Zum einen schienen Missverständnisse und unklare Abgrenzungen bzw. Ängste sowie persönliche Differenzen der Beteiligten ausschlaggebend zu sein. Zum anderen waren personelle Engpässe/Neubesetzungen der Hintergrund.

Die Initiatoren vom Gesundheitsamt in MOL haben am **16.3.2016** die Partnerurkunde im Rahmen der Satellitenveranstaltung auf dem Kongress Armut und Gesundheit in Berlin der BZgA überreicht.

Das geplante Treffen des zukünftigen Steuerungskreises im April 2016 fand nicht statt, weil sich nur wenige Teilnehmende des Auftakt- bzw. des Folge-Workshops aus 2015 angemeldet hatten. Bei einer erneuten Beratung mit den Initiatoren im Juni wurde vereinbart, dass die KGC noch einmal die Vorbereitung und Durchführung eines Treffens für den LK MOL übernimmt. Die Teilnehmenden wurden sowohl telefonisch wie auch schriftlich eingeladen, um noch einmal im persönlichen Gespräch Missverständnisse ausräumen zu können. Das nächste Treffen fand am **5.7.2016** in Bad Freienwalde statt.

Dort konnten mit allen Teilnehmenden in einer sehr konstruktiven Arbeitsatmosphäre die folgenden Punkte vereinbart werden:

- die räumliche Eingrenzung im Landkreis für die Präventionskette (Bad Freienwalde Wriezen, Barnim-Oderbruch, Falkenberg-Höhe und Letschin (entsprechend der Kommunalen Gesundheitskonferenz + Neuhardenberg und Seelow),
- die Ausrichtung auf eine Zielgruppe (vorgeburtlich bis zur Einschulung) und
- die Festlegung auf ein Setting (Kita & Kommune).

Darüber hinaus wurde die strukturelle Anbindung des „Steuerungskreises“ an die Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK) in MOL als eine weitere AG von den Initiatoren (AG Präventionskette) vorgestellt und mit den Teilnehmenden abgestimmt. Die Bezeichnung Steuerungskreis wurde von den Teilnehmenden abgelehnt.

Weitere Ergebnisse des Treffens waren

- die Vereinbarung über die zukünftige Arbeitsweise der AG-Teilnehmenden (zeitlicher Umfang, Häufigkeit von AG-Sitzungen innerhalb der KGK),
- die Erarbeitung eines Leitbildes,
- die Erarbeitung einer Kooperationsvereinbarung der Teilnehmenden miteinander,
- die Abstimmung eines prioritären ersten Handlungsfeldes (Verbesserung der Gesundheit und Entwicklung (insbesondere der schulrelevanten Fähigkeiten wie Sprache/Sprechen, Motorik, Koordination etc.) und

- die Erstellung einer Bestandsanalyse zu bereits vorhandenen Programmen/Projekten in der Region wurde vereinbart.

Die Ergebnisse der Workshops wurden allen Teilnehmenden als PDF durch die KGC zugesandt. Ein zusätzlicher Fachinput zu den Methoden der partizipativen Bedarfsermittlung wurde aus zeitlichen Gründen zurückgestellt. Die Teilnehmenden erhielten eine schriftliche Zusammenfassung des Inputvortrages. Für die AG wurde eine Kontaktliste erstellt, eine Cloud zum Dokumentenaustausch eingerichtet sowie eine Tabelle zur Bestandserfassung vorhandener Projekte und Programme. Ein neuer Termin konnte noch vor Ort abgestimmt werden.

Die Teilnehmenden machten innerhalb der Besprechung deutlich, dass sie möglichst schnell an einem konkreten Projekt arbeiten möchten. Den Teilnehmenden wurde der Ordner „Der kommunale Partnerprozess – Gesundheit für alle“ ausgehändigt. Der Ordner wurde von der KGC entwickelt und enthält nach Rubriken geordnet alle wichtigen Informationen zum Aufbau einer Präventionskette und zum Partnerprozess bzw. zur Gesundheitsförderung. Der Ordner kann darüber hinaus online kostenfrei für weitere Akteurinnen und Akteure in den Kommunen in Brandenburg bei der KGC bestellt werden.

Das nachfolgende Treffen am 26.9.2016 in Bad Freienwalde hatte u. a. zum Ziel, ein Leitbild mit den Teilnehmenden abzustimmen. Insgesamt kamen 11 Teilnehmende zum geplanten Treffen. Das Leitbild wurde von den Anwesenden folgendermaßen formuliert: „Gemeinsam für eine gesunde Entwicklung unserer Kinder“. Eine erste Projektidee, einen Angebotswegweiser für die Zielgruppe in der Region zu entwickeln, wurde kontrovers diskutiert. Es wurde einerseits darauf verwiesen, dass ein Wegweiser eine gute Grundlage für die weitere Planung wäre, andererseits wurde darauf hingewiesen, dass es bereits einen Sozialwegweiser für die Altersgruppe 0-3 Jahre gibt. Insofern wollten die Anwesenden hier noch keine Festlegung zum weiteren Vorgehen treffen. Die in der vorletzten Sitzung besprochenen Zuarbeiten der Teilnehmenden wurden dem Gesundheitsamt nur spärlich zugesandt, so dass diese noch keine genügende Grundlage für eine Bestandsanalyse boten. Das festgelegte Handlungsfeld Sprachförderung wurde auf Wunsch des Jugendamtes zurückgestellt, weil es bereits genügend Programme dazu im Landkreis gäbe. Die Teilnehmenden entwickelten in der Diskussion das Thema Elternarbeit bzw. Partizipation als neues Projekt.

Der Wunsch für eine nächste Sitzung bestand darin, die Möglichkeiten einer besseren Erreichbarkeit von Eltern in der Kita zu erörtern. Hierzu wurde der Wunsch geäußert, gute Praxisbeispiele und Methoden der partizipativen Elternbeteiligung durch die KGC vorgestellt zu bekommen. Die darauf folgende Sitzung im November wurde wegen zu geringer Teilnahme auf den Januar 2017 verschoben (diese hat dann am 17.1.2017 in Bad Freienwalde stattgefunden).

#### *Teilnahme an der ÖGD-Fachfortbildung in Wünsdorf*

Die KGC Brandenburg bietet allen Mitarbeitenden des ÖGD und der Kinder- und Jugendhilfe einmal pro Jahr eine Fachfortbildung zu unterschiedlichen Themen der kommunalen Gesundheitsförderung an. Thema der Fortbildung im September 2016 waren die Herausforderungen und praxisnahen Konzepte der kommunalen Gesundheitsförderung. Die Teilnehmenden erhielten u. a. einen Einblick in Konzepte der kommunalen Gesundheitsförderung, zu bereits etablierten Präventionsketten sowie zu den Qualitätskriterien, den Good Practice-Kriterien.

Im **Oktober 2016** konnten alle Teilnehmenden des Steuerungskreises sowie weitere interessierte Akteurinnen und Akteure aus dem Landkreis Märkisch-Oderland an einem eintägigen **Workshop** zum Thema **Psychosoziale Gesundheit von geflüchteten Kindern und Jugendlichen** teilnehmen. Referierende stellten u. a. praxisnahe Konzepte und Berichte zum Thema Sprache, Zugang zum Gesundheitssystem und Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen vor.

Am 3.11.2016 fand eine **überregionale Partnerkonferenz** im Rahmen des kommunalen Partnerprozesses „Gesundheit für alle“ in Kooperation mit der KGC Mecklenburg-Vorpommern in Waren an der Müritz statt. Die Initiatorinnen und Initiatoren der beiden Modellregionen wurden gebeten, dort den Stand ihrer Präventionskette vorzustellen. Die Partnerkonferenz hatte zum Ziel, Akteurinnen und Akteure über die Landesgrenzen hinweg eine Plattform zum Austausch zu geben, um die Chancen und Herausforderungen der kommunalen Gesundheitsförderung in strukturschwachen Regionen zu erörtern.

Das Abschlussgespräch fand am 5.12. 2016 im Gesundheitsamt in Seelow statt. Die Initiatoren der Präventionskette in MOL berichteten, dass durch die Begleitung der KGC ein Prozess in Gang gesetzt worden sei, der auch zukünftig fortgesetzt werden soll. Aufgrund des sehr abstrakten Konzeptes der Präventionsketten fiel es gerade zu Beginn der Aufbauphase vielen schwer, die konkrete Umsetzung zu planen.

Der Landkreis möchte in 2017 vor allem im Setting Kita geeignete Programme und Projekte implementieren. Eine weitere Zusammenarbeit mit der KGC Brandenburg wird gewünscht.

#### 4.2 Meilensteine im Landkreis Ostprignitz-Ruppin

##### Meilensteine

- **7.3.2016** Arbeitstreffen KGC- Abteilung Kinder- und Jugendhilfe, Neuruppin
- **16.3.2016** Teilnahme am Kongress Armut und Gesundheit in Berlin - Übergabe der Partnerurkunde (BZgA)
- **22.4.2016** Telefoninterview mit dem Amtsleiter Jugend- und Betreuungsamt OPR
- **31.5.2016** Workshop zu den Zielen und Handlungsfeldern in Kyritz
- **7.7.2016** Treffen des Steuerungskreises OPR in Kyritz (ohne KGC)
- **14.9.2016** Treffen des Steuerungskreises Kyritz
- **19.9.2016** Teilnahme an der ÖGD-Fachfortbildung in Wünsdorf
- **13.10.2016** Workshop Zusatzmodul Psychosoziale Gesundheit von geflüchteten Kindern und Jugendlichen in Neuruppin
- **3.11.2016** Teilnahme/Vorstellung der Ergebnisse und Stand der Präventionskette bei der zweiten überregionalen Partnerkonferenz in Kooperation mit der KGC Mecklenburg-Vorpommern in Waren an der Müritz
- **2. Januar 2017** Abschlussgespräch Jugend und Betreuungsamt, OPR Neuruppin

##### 4.2.1 Ergebnisse und Inhalte der Veranstaltungen in OPR 2016

Das **erste Treffen** im Jahr 2016 fand auf Grund der damals aktuellen Entwicklungen – den zusätzlichen Herausforderungen, bedingt durch den verstärkten Zuzug von Zuwanderern – am 7. März statt.

Die Initiatoren hatten mit Blick auf die zusätzlichen Aufgaben im Rahmen des starken Anstiegs der Geflüchteten im zweiten Halbjahr 2015 (unbegleitete minderjährige Flüchtlinge) darauf hingewiesen, dass sie vor März keine zeitlichen und personellen Ressourcen haben. In OPR in Neuruppin wurde eine Clearingstelle eingerichtet und die Mitarbeitenden der Stabsstelle Kinderschutz (Initiatorinnen und Initiatoren der Präventionskette) wurden damit beauftragt.

Im Rahmen der Besprechung wurden die Teilnehmenden zum Präventionsgesetz, den Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz und zum Leitfaden Prävention des Spitzenverbandes der GKV informiert. Auch Ablauf und konkrete nächste Schritte waren Themen, die besprochen wurden). Vereinbart wurde weiterhin eine Bestandsermittlung per E-Mail vor der nächsten Sitzung des Steuerungskreises. Die Planung und Durchführung des nächsten Workshops im Mai 2016 übernahm die KGC.

Am **16.3. 2016** erhielt der Landkreis Ostprignitz-Ruppin die Partnerurkunde im Rahmen der Satellitenveranstaltung auf dem Kongress Armut und Gesundheit in Berlin. Im April wurde ein ausführliches **Telefoninterview** im Rahmen der Evaluation zu Fragen der Strukturebene mit dem Leiter des Jugend- und Betreuungsamtes in Neuruppin geführt. Das Interview wurde aufgezeichnet und transkribiert. Die Auswertung erfolgte als kategoriale Inhaltsanalyse (siehe Ergebnissteil – Strukturebene).

Am **31.5. 2016** fand der erste **Workshop** mit den Teilnehmenden des Steuerungskreises in Kyritz statt. Für diese Region hatten sich die Initiatorinnen und Initiatoren entschieden. Die Datenlage erlaubte keine kleinräumige Auswertung für Kyritz, deshalb übernahm die KGC eine GBE-Datenauswertung für den Landkreis OPR im Vergleich zu Brandenburg und zum Bundesgebiet und stellte sie den Teilnehmenden vor. Im Workshop legten die Teilnehmenden die räumliche Region (Kyritz) und die Zielgruppe (vorgeburtliche Phase bis zur Einschulung) fest, das Setting bezieht sich auf die Kommune d.h. die Region Kyritz insgesamt. Gemeinsam erstellten die Teilnehmenden unter Anleitung der KGC eine Bestands-/Bedarfsanalyse vor dem Hintergrund der GBE-Daten und der Bestandsergebnisse, die im Vorfeld der KGC zugesandt wurden. Die Teilnehmenden bestimmten auf dieser Grundlage ein prioritäres Handlungsfeld – **Familienbildung** – für erste Projekte der Präventionskette in Kyritz. Sie erhielten auch einen fachlichen Input zu den Good Practice-Kriterien Settingansatz, Empowerment und Partizipation. Weiterhin wurden erste Überlegungen zu einem möglichen Leitbild der Präventionskette diskutiert.

Die **Stabsstelle Kinderschutz** übernimmt die **Koordinierung des Steuerungskreises**, der lokal in Kyritz angesiedelt werden soll. Die Dokumentation wurde unter [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) zur Verfügung gestellt. Die Teilnehmenden erhielten den Ordner „Der kommunale Partnerprozess – Gesundheit für alle“.



Das nächste **Treffen** fand am 7.7.2016 – auf Wunsch der Initiierenden ohne Begleitung der KGC – statt. Aus dem Protokoll wird ersichtlich, dass die Teilnehmenden sich inhaltlich auf Grundlage der Bedarfsanalyse auf das **Handlungsfeld Sprachförderung** festgelegt haben. Es gibt bereits gute Programme, die aber den meisten Eltern nicht bekannt sind. Die Teilnehmenden überlegten, wie die vorhandenen Angebote bekannt gemacht werden könnten.

Folgende Akteurinnen und Akteure für den Steuerungskreis wurden als relevant angesehen:

- Kitas
- Kindertagespflege
- Grundschule
- Bibliothek
- Netzwerk Gesunde Kinder
- Familienzentrum
- Logopädie und Ergotherapie
- Frühförderung (Bereichsleitung)
- Sozialarbeiterin Asyl WV Kyritz
- Familienhebamme
- Stadt
- Jugendamt
- Kinderärztinnen und -ärzte werden über den Kinderärzttestammtisch involviert
- Erziehungs- und Familienberatung

HZE-Träger und weitere werden zum späteren Zeitpunkt einbezogen.



Das Leitbild wurde folgendermaßen formuliert: „Sprachkompetente Kinder in Kyritz“.

Darunter sollen die folgenden Handlungsziele gefasst werden:

- **Kommunikationsförderung Eltern – Kind**
- **Lesen/Bücher als Kommunikationsmittel statt „Smartphone“**
- **Sprachförderung der Kinder**
- **Kommunikationsförderung → Konfliktlösestrategie → Gewaltprävention**

#### *Treffen des Steuerungskreises am 14.9.2016 in Kyritz*

Das Treffen wurde von einer Mitarbeiterin der KGC begleitet, die einerseits ein Protokoll anfertigte und als Ansprechperson vor Ort teilnahm. Das Leitbild der Präventionskette wurde konkretisiert, da die Kommunikation zwischen Eltern und ihren Kindern abnimmt und Daten der Gesundheitsberichterstattung zeigen, dass der Sprachförderbedarf in Kyritz am höchsten ist. Im Rahmen der Arbeitsgruppe sollen daher relevante Akteurinnen und Akteure zusammenkommen und gemeinsam ressourcenorientierte Strategien erarbeiten. Wichtig ist zudem, **Zugang zu den Eltern** zu finden und diese zu beteiligen.

#### *Gemeinsam für „Sprachbegabte Kinder“*

Die Teilnehmenden haben vor Ort die Schnittstellen ihrer Institutionen zu anderen Partnerinnen und Partnern und Institutionen benannt. Dabei wurden verschiedene Schnittstellen festgestellt, die in der alltäglichen Arbeit jedoch nicht immer präsent sind. Die Arbeitsinhalte der im Steuerungskreis vertretenen Akteurinnen und Akteure zur Thematik soll in den nächsten Sitzungen fachlich differenziert dargestellt werden und somit die Zusammenarbeit sowie Schnittstellen klar beschrieben werden.

Ein weiterer Punkt innerhalb der Sitzung war die Frage, wie die Zielgruppe erreicht und einbezogen werden könnte. Ziel sollte es sein, durch informierende Gespräche und Sensibilisierung ein Problembewusstsein bei den Eltern zu schaffen. Die bisherigen Kooperationen sind größtenteils problemorientiert, es sollte aber eine andere Herangehensweise entwickelt werden, z.B. Nutzung der Selbsthilfepotenziale von Eltern und Förderung der gegenseitigen Unterstützung.

### *ÖGD-Fachfortbildung in Wünsdorf*

Die KGC Brandenburg bietet allen Mitarbeitenden des ÖGD und der Kinder- und Jugendhilfe einmal pro Jahr eine Fachfortbildung zu unterschiedlichen Themen der kommunalen Gesundheitsförderung an. Thema der Fortbildung im September 2016 waren die Herausforderungen und praxisnahen Konzepte der kommunalen Gesundheitsförderung. Die Teilnehmenden erhielten u. a. einen Einblick in Konzepte der kommunalen Gesundheitsförderung, bereits gelingende Präventionsketten sowie zu den Qualitätskriterien, den sogenannten Good Practice-Kriterien.

Im **Oktober 2016** konnten alle Teilnehmenden des Steuerungskreises sowie weitere interessierte Akteurinnen und Akteure aus dem Landkreis Ostprignitz-Ruppin an einem eintägigen **Workshop** zum Thema **Psychosoziale Gesundheit von geflüchteten Kindern und Jugendlichen** teilnehmen. Referentinnen und Referenten haben u. a. zum Thema Sprache, Zugang zum Gesundheitssystem und Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen praxisnahe Konzepte und Berichte vorgestellt.

Am 3.11.2016 fand eine **überregionale Partnerkonferenz** im Rahmen des Partnerprozesses „Gesundheit für alle“ in Kooperation mit der KGC Mecklenburg-Vorpommern in Waren an der Müritz statt. Dort wurde der aktuelle Stand bestehender Präventionsketten vorgestellt.

Die Partnerkonferenz hatte zum Ziel, Akteurinnen und Akteuren über die Landesgrenzen hinweg eine Plattform zum Austausch zu bieten, die Chancen und Herausforderungen der kommunalen Gesundheitsförderung in strukturschwachen Regionen zu erörtern. Insgesamt bewerteten die Teilnehmenden die Veranstaltung sehr positiv. Der Wechsel zwischen praxisnahen Inputs zu verschiedenen Handlungsfeldern in den jeweiligen Bundesländern und Vorträgen der GKV und BZgA zum Präventionsgesetz fanden große Zustimmung.

Das Abschlussgespräch fand am 2.2.2017 in Neuruppin statt. Auch im Landkreis OPR ist ein Prozess angestoßen worden, der in Zukunft fortgesetzt werden soll. Der Landkreis zog eine Förderung des TK Förderantrages „Gesunde Kommune“, eine Ausweitung des begonnenen Prozesses auf den gesamten Landkreis und das Handlungsfeld Sprachförderung unter Einbeziehung des Projektes MEA (MIT-EIN-ANDER in Kita und Schule) in Betracht, um den Aspekt der Gewaltprävention erweitern könnten.

## 5 Ergebnisdarstellung

Die nachfolgende Darstellung der Evaluationsergebnisse erfolgt entlang der Evaluationsebenen (Planungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) in Hinblick auf die formulierten Fragestellungen (siehe Evaluationsdesign). Die Darstellung erfolgt separat für jede Modellregion, anschließend werden die Ergebnisse für jede Evaluationsebene noch einmal zusammengefasst. In die Auswertung/Darstellung fließen die Ergebnisse der qualitativen Interviews, einer quantitativen Online-Befragung sowie die laufend erhobenen Daten der Prozessbegleitung (Besprechungen, Beobachtungen, Daten-/Dokumentenanalyse etc.) ein. Die Reichweite der hier getroffenen Aussagen bezieht sich auf die beiden untersuchten Modellregionen. In der anschließenden Zusammenfassung und Diskussion werden übergreifende Handlungsempfehlungen vorgestellt.

### 5.1 Die Planungsebene

#### *Fragestellungen der Planungsebene*

- a. *Werden auf der Grundlage von Daten/GBE-Analysen und/oder wissenschaftlichen Studien die gesundheitlichen Risiken der Zielgruppe erfasst?*
- b. *Wie werden die Bedürfnisse der Zielgruppe erfasst? Welche Methoden der partizipativen Bedürfnisermittlung werden eingesetzt?*
- c. *Wie wird der Bestand an gesundheitsförderlichen Angeboten/Projekten/Maßnahmen in der Kommune erfasst?*

#### *Ergebnisse der Modellregion MOL – Sozialregion Nord – Planungsebene*

- a. Die Daten der Gesundheitsberichterstattung des Landes lagen dem Gesundheitsamt in MOL vor. Darüber hinaus werden eigene kleinräumige Daten erfasst und ausgewertet. Die personellen Ressourcen für eine aufwendige Datenanalyse und -präsentation sind nur bedingt vorhanden, eine weitere Studienanalyse z. B. der GBE des Bundes oder in wissenschaftlichen Datenbanken kann vom Gesundheitsamt nicht zusätzlich übernommen werden (siehe oben 1.1 und folgende).
- b. Die angestrebte Partizipation, in dieser Phase im Sinne einer Erhebung bei der Zielgruppe (Bedürfnisanalyse), konnte im Rahmen der Begleitung durch die KGC noch nicht erfolgen. Hintergrund war u. a., dass der Kreis der Teilnehmenden sich noch in der Phase befand, in der die verschiedenen Aspekte des Themenfeldes beleuchtet wurden.

Einen besonderen Aspekt der gewählten Handlungsfelder – die Einbeziehung und Erreichbarkeit der Eltern (Partizipation) – haben die Teilnehmenden in den Fokus ihrer Betrachtung gestellt. Dieser Ansatz bietet zukünftig eine gute Möglichkeit, die Bedürfnisse von Kita-Eltern zu erheben. Die Teilnehmenden der AG haben sich diesen Punkt als weitere Aufgabe vorgenommen. Um die dafür notwendigen Fertigkeiten zu erlernen, müsste eine weitere externe Beratung/Begleitung in Anspruch genommen werden.

- c. Eine Bestandsanalyse zu bereits bestehenden Angeboten und Programmen im prioritären Handlungsfeld lag im Landkreis nicht vor. Die Erarbeitung der Bestandsanalyse stellte sich als schwierig heraus, die Teilnehmenden besprachen verschiedene Herangehensweisen. In der inhaltlichen Diskussion, bezogen auf ihr Themenfeld, wurden die verschiedenen Dimensionen von Sprach- und Sprechstörungen, Bewegung und emotionalen-sozialen Störungen diskutiert.

#### *Ergebnisse der Modellregion OPR – Kyritz – Planungsebene*

Im Landkreis Ostprignitz-Ruppin lag bereits eine gute Zusammenführung von GBE-Daten und Daten der Sozialberichterstattung vor, die hier als Grundlage der Bedarfsanalyse herangezogen werden konnte (siehe oben 2.1 und folgende). Zurzeit werden für den Bereich der quantitativen Datenanalyse im Sinne eines "Kreismonitorings" neue Strukturen aufgebaut, um zukünftig leichter fortschreibungsfähige Analysen erarbeiten zu können.

Die Teilnehmenden des Steuerungskreises in Kyritz haben sich auf das Handlungsfeld Sprachförderung geeinigt. Sie möchten dabei folgende Ziele verfolgen:

- Kommunikationsförderung zwischen Eltern und Kindern,
- Lesen als Kommunikationsmittel statt „Smartphone“,
- Sprach- und Kommunikationsförderung i. S. der Prävention.

.Im Rahmen der Auseinandersetzung mit dem oben genannten Handlungsfeld stand die Frage der Einbeziehung von Eltern (Partizipation) im Mittelpunkt der Diskussion. Im nächsten Schritt sollen hierzu Ideen gesammelt und Methoden benannt werden. Auch im Landkreis OPR soll die Aneignung entsprechender Fertigkeiten durch eine weitere externe Beratung/Begleitung abgesichert werden.

### *Zusammenfassung – Planungsebene*

Die Voraussetzungen für eine umfängliche Bedarfsanalyse, um auf dieser Grundlage eine bedarfsorientierte Planung vorzunehmen, sind auf der Landkreisebene in Form von Daten der kommunalen Gesundheitsberichterstattung und der Sozialberichte der Landkreise im Prinzip vorhanden. Eine regionale Ausarbeitung, d.h. auch Einbeziehung von kleinräumigen Daten, ist als aufwändig und schwierig einzustufen. Die Zusammenfassung und Ergebnispräsentation der Daten erfordert die Zusammenarbeit der Bereiche Gesundheit und Soziales. Hier hat sich für zukünftige Datenanalysen die Abteilung Gesundheit des Landesamtes für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit des Landes Brandenburg (LAVG) für eine engere Kooperation angeboten.

Partizipativ angelegte Bedarfsanalysen stellen die Fachkräfte vor große Herausforderungen. Zum einen verfügen sie in der Regel nicht über die Kenntnisse und Erfahrungen, zum anderen reichen die vorhandenen personellen Kapazitäten für eine zeitaufwändige Vorgehensweise in der Regel nicht aus. In beiden Modellregionen hat sich aber herausgestellt, dass die Bedarfsanalyse thematisch sehr eng an das konkrete Handlungsfeld bzw. die erste Projektidee gebunden ist.

Deshalb sollte sie in zukünftigen Beratungsprozessen nicht in einem Schritt mit der Bedarfs- und Bestandsanalyse durchgeführt werden, sondern separat zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen. Die Bestandsanalysen zu bereits vorhandenen Angeboten/Projekten/Programmen in einem für die Region relevanten Handlungsfeld lagen fragmentarisch in einer Region vor, in der anderen Region gab es hierzu keine Übersicht.

Die Darstellung aller bereits vorhandenen Projekte etc. wurde von den Akteurinnen und Akteuren als eine elementare Voraussetzung für den Aufbau von Präventionsketten bewertet. Auch hier scheint es sinnvoll zu sein, zunächst das konkrete Handlungsfeld zu bestimmen und bereits vorhandenes Material zu sichten. Auch muss unterschieden werden, für wen eine Bestandsaufnahme aller Projekte und Programme gedacht ist: für die Steuerungsgruppe, die Lücken und Bedarfe identifizieren möchte, oder für die Zielgruppe, um einen Wegweiser zu erstellen. Auf jeden Fall stellt dieser Arbeitsschritt ein Vorhaben dar, der zeitaufwändig ist und einer Anleitung bzw. Unterstützung bedarf. Zielführend sind hier Checklisten und eine Vorgehensbeschreibung, die den Teilnehmenden seitens der KGC zur Verfügung gestellt werden. Das Projekt „[Kontextcheck](#)“ der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. wird entsprechendes Material nach Projektabschluss zur Verfügung stellen.

Es hat zum Ziel, Kommunen dabei zu begleiten, bestehende gesundheitsförderliche Angebote und Bedingungen zu analysieren. Dadurch soll es gelingen, entlang tatsächlicher Bedarfe und Bedürfnisse zu planen.

## 5.2 Die Strukturebene

### Fragestellungen

- a. *Welche strukturellen Rahmenbedingungen wie beispielsweise personelle Ressourcen, finanzielle Aspekte, gesetzliche Vorgaben bzw. Restriktionen, kommunale Verwaltungsvorschriften sind für den Aufbauprozess förderlich bzw. hemmend?*
- b. *Welche bereits vorhandenen Strukturen können in den Aufbauprozess einer Präventionskette integriert werden?*
- c. *Welche strukturellen Voraussetzungen müssen vorhanden sein, damit der Aufbau integrierter Strukturen gelingen kann?*

### Ergebnisse der Strukturebene MOL

#### a. Förderliche Gesetzesgrundlagen

Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg (Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz – BbgGDG)

#### § 1 Ziele und Aufgaben

(1) Ziel des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist es, insbesondere durch fachliche Beratung und Aufklärung auf gesunde und gesundheitsfördernde Lebensverhältnisse und gleiche Gesundheitschancen für alle hinzuwirken. Der Öffentliche Gesundheitsdienst stärkt die gesundheitliche Eigenverantwortung und wirkt auf die Vermeidung von Gesundheitsrisiken und gesundheitlichen Beeinträchtigungen hin.

(2) Der Öffentliche Gesundheitsdienst stellt insbesondere die Wahrnehmung folgender Aufgaben sicher:

1. Infektionsschutz, Hygiene, Umweltbezogener Gesundheitsschutz,
2. Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsförderung, Schutz der Gesundheit insbesondere von Kindern und Jugendlichen sowie
3. Gesundheitsberichterstattung und Koordinierung von gesundheitlichen Leistungen und Angeboten.

#### § 5 Gesundheitsförderung und Gesundheitshilfen

(1) Die Landkreise und kreisfreien Städte koordinieren, initiieren und unterstützen Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit sowie gesunder Lebensbedingungen. Sie können diese auch subsidiär durchführen.

Sie wirken insbesondere auf ein ausreichendes Angebot an Information, Beratung und Aufklärung über Gesundheitsrisiken, gesundheitsfördernde Verhaltensweisen und über Möglichkeiten der Prävention, Vorsorge, Versorgung sowie der Rehabilitation hin.

(3) Die Landkreise und kreisfreien Städte vermitteln im Rahmen aufsuchender Hilfen Gesundheitshilfen für Personen, die aufgrund ihrer besonderen Situation keinen ausreichenden oder rechtzeitigen Zugang zum medizinischen Versorgungssystem finden oder deren komplexer Hilfebedarf besondere Koordination und Betreuung erforderlich macht. Dies gilt auch für Fälle von häuslicher Gewalt und sexueller Misshandlung.

### § 6 Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Die Landkreise und kreisfreien Städte schützen und fördern die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Sie wirken gemeinsam insbesondere mit den Sorgeberechtigten und Einrichtungen der gesundheitlichen, sozialen und pädagogischen Betreuung auf eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen hin. Ebenso wirken sie auf ein ausreichendes Frühförder- und Beratungsangebot für behinderte sowie von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche hin. Die Landkreise und kreisfreien Städte beraten Kinder und Jugendliche, die Sorgeberechtigten, Lehrerinnen und Lehrer, Erzieherinnen und Erzieher sowie die Träger von Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen in Fragen des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsförderung. Zur Prävention und Früherkennung von Kindesvernachlässigungen und Kindesmisshandlungen arbeiten Gesundheitsämter und Einrichtungen der sozialen und pädagogischen Betreuung eng zusammen. (Gesundheitsdienstgesetz)

## b. Vorhandene Strukturen

ÖGD – AG Koordinatoren für Prävention, Kommunale Gesundheitskonferenz MOL

### Mitglieder der KGK



Abbildung 20 Mitglieder der KGK MOL,

Quelle [http://maerkisch-oderland.de/cms/front\\_content.php?idart=2052](http://maerkisch-oderland.de/cms/front_content.php?idart=2052) Zugriff: 12.5.2016

**Arbeitsgruppen:**

- AG Schlosspark Ambulanz
- AG Weiterbildungsnetzwerk
- AG "Große Emma"
- AG Selbsthilfearbeit
- AG Gesundheit der Senioren

**Inkludierte Fachdienste ÖGD:**

- Fachdienste: Sozialmedizinischer Dienst (einschließlich Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst)
- Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
- Hygiene und Umweltmedizin
- Zahnärztlicher Dienst
- Sozialpsychiatrischer Dienst

Insgesamt bietet das BbgGDG mit den in den §§ 1, 5, 6 eine sehr gute Grundlage für den Aufbau integrierter kommunaler Strategien. Die bereits vorhandene kommunale Gesundheitskonferenz bietet eine gute Struktur, um einen Steuerungskreis oder weitere Arbeitsgruppe kommunal zu verankern.

**c. Voraussetzungen (finanzielle und personelle Ressourcen)**

Eine ausreichende personelle Ausstattung des ÖGD ist für zusätzliche Vernetzungs- und Koordinationsaufgaben im Rahmen von integrierten kommunalen Gesundheitsstrategien der Gesundheit notwendig. Im Rahmen der Versorgung Geflüchteter wurden beispielsweise Fachkräfte abgeordnet und standen nicht zur Verfügung. Insgesamt ist die personelle Ausstattung des ÖGD knapp, die Koordinierenden für Prävention haben in vielen Landkreisen nur minimale Stellenanteile und weitere Aufgaben, die vorrangig bearbeitet werden müssen.

Zum Aufbau integrierter kommunaler Strategien ist eine Koordination, d. h. neben der Etablierung eines Steuerungskreises eine weitere bereichsübergreifende koordinierende Stelle, notwendig, um eine nachhaltige Etablierung zu gewährleisten. Diese Aufgabe könnte von den Koordinierenden für Prävention übernommen werden, wenn für die Tätigkeit ein weiterer Stellenanteil für die Koordination (mindestens 25 Prozent Stellenanteil) eingeplant wird. Eine Unterstützung über die KGC wäre sinnvoll, um die zukünftigen Koordinierenden fachlich – vor allem während der Aufbauphasen – zu unterstützen. Die Unterstützung könnte z. B. im Rahmen einer Prozessbegleitung und eines punktuellen Coachings – über Werkstätten und Fachfortbildungen – erfolgen.



### *Ergebnisse der Strukturebene OPR*

Das Jugend- und Betreuungsamt hat seinen Sitz in Neuruppin. Die Außenstellen befinden sich in Wittstock und Kyritz. Derzeit besteht das Team aus etwa 90 Mitarbeitenden, das sind ausgebildete Sozialarbeiterinnen, Sozialarbeiter und Verwaltungsfachkräfte. Der Aufgabenbereich umfasst:

- die Betreuungsbehörde
- den Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD)
- die Jugendgerichtshilfe (JGH)
- den Pflegekinderdienst
- die Kitaförderung/Tagespflege
- die Jugendarbeit/Jugendsozialarbeit
- den Kinderschutz und die Frühen Hilfen
- Amtsvormundschaften bzw. Amtspflegschaften
- die Adoptionsvermittlung
- die Wirtschaftliche Jugendhilfe

#### **a. Förderliche Gesetzesgrundlagen**

Bundeskinderschutzgesetz – Zentrales Ziel des Gesetzes ist es, den präventiven und intervenierenden Kinderschutz zu verbessern, indem Hilfsangebote und Kontrollmöglichkeiten weiterentwickelt werden.

§ 1 Kinderschutz und staatliche Mitverantwortung

(1) Ziel des Gesetzes ist es, das Wohl von Kindern und Jugendlichen zu schützen und ihre körperliche, geistige und seelische Entwicklung zu fördern.

§ 3 Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz

(1) In den Ländern werden insbesondere im Bereich Früher Hilfen flächendeckend verbindliche Strukturen der Zusammenarbeit der zuständigen Leistungsträger und Institutionen im Kinderschutz mit dem Ziel aufgebaut und weiterentwickelt, sich gegenseitig über das jeweilige Angebots- und Aufgabenspektrum zu informieren, strukturellen Fragen der Angebotsgestaltung und -entwicklung zu klären sowie Verfahren im Kinderschutz aufeinander abzustimmen.

(2) In das Netzwerk sollen insbesondere Einrichtungen und Dienste der öffentlichen und freien Jugendhilfe, Einrichtungen und Dienste, mit denen Verträge nach § 75 Absatz 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch bestehen, Gesundheitsämter, Sozialämter, Gemeinsame Servicestellen, Schulen, Polizei- und Ordnungsbehörden, Agenturen für Arbeit, Krankenhäuser, Sozialpädiatrische Zentren, Frühförderstellen, Beratungsstellen für soziale Problemlagen, Beratungsstellen nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, Einrichtungen und Dienste zur Müttergenesung sowie zum Schutz gegen Gewalt

in engen sozialen Beziehungen, Familienbildungsstätten, Familiengerichte und Angehörige der Heilberufe einbezogen werden.

Die gesetzlichen Grundlagen bieten eine hinreichende Legitimation, um das Konzept der Präventionsketten hier zu verankern bzw. einen Steuerungskreis zu etablieren. Voraussetzung ist die bereichsübergreifende Zusammenarbeit.

## **b. Vorhandene Strukturen**

Die Stabsstelle Kinderschutz hat auf der Grundlage des **Bundeskinderschutzgesetzes** in Verbindung mit **§ 8a SGB VIII: Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung** folgende Aufgaben:

Dem Jugend- und Betreuungsamt kommt bei der Ausgestaltung des kommunalen Kinderschutzes eine besondere Verantwortung zu. In **OPR** sind dazu bereits qualifizierte Verfahrensstandards entwickelt worden. Hier kommt allen Bereichen, jedoch speziell dem Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) eine entscheidende Rolle zu. Basis für den Kinderschutz sind u. a. funktionierende Netzwerke auf Ebene der Sozialräume.

In diesem Rahmen sind neben den Fachkräften der Jugendhilfe und den Vertreterinnen und Vertretern der Kommunen auch die Regeleinrichtungen wie Kindertageseinrichtungen und Schulen wichtige Partner. Perspektivisch ist darauf zu achten, dass der ASD nicht auf einen „Kinderschutz Interventions-Dienst“ reduziert wird, sondern sein breites Aufgabenprofil behält. Kein anderer Dienst hat in vergleichbarer Weise den Gesamtzusammenhang von Lebens- und Problemlagen aller jungen Menschen und Familien in bestimmten sozialräumlichen Kontexten im Blick. Dieser Gesamtblick ist auch für einen früh ansetzenden Kinderschutz unerlässlich. Ein qualifizierter Kinderschutz baut auf ein vorhandenes Netz von vielfältigen Angeboten auf. Werden Hilfebedarfe „früher“ und bei mehr Familien aufgedeckt, dann ist ein Mehrbedarf an qualifizierten Angeboten die Konsequenz. Der Kinderschutz enthält die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention. In diesem Rahmen gilt es durch die einzelnen Bereiche des Amtes bedarfsorientierte Angebote abzustimmen und vorzuhalten. Die interne Schnittstellenbetrachtung spielt hierbei eine wesentliche Rolle und ist zukünftig weiterzuentwickeln.

**Die Schnittstelle zwischen der Jugendhilfe und dem Gesundheitsamt** wurde in den letzten Jahren weiter ausgebaut. Eine intensive Zusammenarbeit erfolgt mit der Familienservicestelle und deren Angebotsspektrum, mit der Frühförderstelle sowie **dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst** und bei Bedarf mit **Einrichtungen und Institutionen des Gesundheitswesens**.

Im Rahmen des präventiven Kinder- und Jugendschutzes gilt es künftig Entwicklungspotentiale durch bessere Vernetzung, Kooperation und Steuerung zu nutzen, z. B. eine bessere Verzahnung des Angebotes „Netzwerk Gesunde Kinder“ mit den weiteren Angeboten der „Frühen Hilfen“. Hier werden die entsprechenden konzeptionellen Überlegungen in 2015 umgesetzt werden. (Jugendförderplan 2015)

Insgesamt bieten die gesetzlichen Grundlagen gute Anknüpfungspunkte für den Aufbau von integrierten kommunalen Strategien der Gesundheitsförderung für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche. Auf Grund der geringen Reichweite hinsichtlich der Altersklassen des Präventionsbegriffes der Kinder- und Jugendhilfe (Kinderschutz) ist eine enge fachliche/inhaltliche Zusammenarbeit mit dem ÖGD und weiteren Bereichen Voraussetzung für eine über den Geltungsbereich des Kinderschutzes hinausgehende Gesundheitsförderung im Sinne der WHO – *Health in all Policies* – notwendig.

### **c. Voraussetzungen (finanzielle und personelle Ressourcen)**

Im Rahmen der neu geschaffenen Stellen (zwei Regelarbeitszeitstellen) der Stabsstelle Kinderschutz sind in OPR personelle Ressourcen für eine Koordination integrierter kommunaler Strategien vorhanden. Die Ausweitung auf andere Bereiche im Sinne des kommunalen Partnerprozesses auf die gesamte Lebensspanne führt aber zu einer höheren Koordinationsleistung und damit unweigerlich auch mittelfristig zu einer Ressourcenknappheit. Die Anbindung des Steuerungskreises könnte an die Stabsstelle oder an ein anderes Gremium, beispielsweise den Jugendhilfeausschuss, erfolgen.

Eine Unterstützung über die KGCs im Rahmen einer Prozessbegleitung und punktueller Beratung/Coaching in Form von Werkstätten und Fachfortbildungen wäre auch hier sinnvoll, um die zukünftigen Koordinierenden fachlich – vor allem während der Aufbauphasen – zu unterstützen.

#### *Zusammenfassung – Strukturebene*

Der Öffentliche Gesundheitsdienst bietet auf der Grundlage der §1, §5, §6 BbgGDG sowie die Kinder- und Jugendhilfe auf der Grundlage des Kinderschutzgesetzes in Verbindung mit dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) eine ausreichende Legitimation für die Aufgabe, integrierte kommunale Gesundheitsstrategien aufzubauen und nachhaltig zu etablieren. Die personellen und finanziellen Ressourcen des ÖGD sind als unzureichend zu bezeichnen.

Die vorhandenen Strukturen wie kommunale Gesundheitskonferenzen sind besonders geeignet für die Etablierung eines Steuerungskreises bzw. einer landkreisbezogenen Gesamtkoordination. Auch die Reichweite des Präventionsbegriffes im ÖGD sowie seine Ausrichtung auf alle Altersgruppen entsprechen der Ausrichtung des kommunalen Partnerprozesses, der die gesamte Lebensspanne umfasst.

Die Einschränkung der Kinder- und Jugendhilfe auf die Zielgruppe Kinder und Jugendliche ist im Sinne des kommunalen Partnerprozesses unzureichend. Hingegen ist eine Präventionskette für die o.g. Zielgruppe unter Einbeziehung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und weiterer Bereiche gut zu realisieren. Besonders positiv ist hier die auf der Grundlage des Kinderschutzgesetzes geforderte bereichsübergreifende Zusammenarbeit (u.a. Frühen Hilfen) und die explizite Forderung einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung und -sicherung. Die Aufgaben der Stabsstelle Kinderschutz lassen sich gut mit dem Anliegen einer Präventionskette bzw. dem Aufbau von integrierten kommunalen Strategien vereinen.

### 5.3 Die Prozessebene

#### *Fragestellungen*

*Welche dem Programm vorgelagerten Vorgehensweisen/Aktivitäten können identifiziert werden, die den Ausschlag dafür gegeben haben, dass die Akteurinnen und Akteure in den Landkreisen das Beratungs- und Unterstützungsangebot angenommen haben?*

*In welche Phasen lässt sich der Aufbau-Prozess unterteilen? Welche Aspekte und Arbeitsschritte lassen sich diesen Phasen zuordnen?*

*Welche Partnerinnen und Partner (Vernetzung) und Arbeitsstrukturen werden gefunden und mit welchen hemmenden und/oder förderlichen Aspekten sind diese behaftet?*

*Welche Schwierigkeiten und Gelingensfaktoren lassen sich in Bezug auf eine bereichsübergreifende Arbeitsweise identifizieren?*

*Welche Elemente der Beratung (siehe Kooperationsvereinbarung bzw. Beratungsangebot) werden von den Modell-Regionen in welcher Programm-Phase in Anspruch genommen?*

### *Ergebnisse der Modellregion MOL*

Die Motivation der Initiatorinnen und Initiatoren im Landkreis Märkisch-Oderland, das Beratungsangebot der KGC Brandenburg in Anspruch zu nehmen, war vor allem geprägt durch den Wunsch, sich weitere kompetente Partnerinnen und Partner mit „ins Boot“ zu holen. Gesundheitsförderung als ein weiteres Tätigkeitsfeld der Gesundheitsämter bzw. der Kommunen, die durch den politischen Auftrag stärker in den Mittelpunkt rückt, gaben den Ausschlag, sich diesem Thema verstärkt zuzuwenden.

Im Landkreis MOL konnte die bereits etablierte Arbeitsstruktur der kommunalen Gesundheitskonferenz zur Anbindung des „Steuerungskreises“ bzw. der Arbeitsgruppe zur Etablierung einer Präventionskette als temporäre AG genutzt werden. Dieser Umstand sowie die bedarfsorientierte Haltung des Amtsarztes (Pädiater) in Hinblick auf die gesundheitlichen Belange sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher und deren Familien sowie die gute Vernetzung des Amtsarztes können als förderliche Faktoren identifiziert werden, die eine Kooperation ermöglicht haben. In einem ersten Schritt wurden die gemeinsame Haltung, die Zielgruppe, das Konzept der Präventionsketten und das Ziel des Beratungsangebotes abgestimmt (**Kennenlernphase**).

In einem weiteren Schritt wurden die regionalen Bedarfe aus Sicht des Gesundheitsamtes dargestellt und das mögliche weitere Vorgehen – begleitet durch die KGC – abgestimmt. Hier wurden u. a. auch die finanziellen und personellen Möglichkeiten der KGC und des Gesundheitsamtes thematisiert, die konkrete fachliche Unterstützung seitens der KGC besprochen, die Zustimmung des Landrates eingeholt und eine Kooperationsvereinbarung unterzeichnet (**Abstimmungsphase**). Die positive Haltung der Fachbereichsleitung (Leitung des Dezernats, Landratsamt, Bürgermeisteramt etc.) gegenüber dem Vorhaben ist eine essentielle Voraussetzung.

Im weiteren Verlauf wurden unterschiedliche Veranstaltungen und Fortbildungen (siehe Meilensteine) durchgeführt im Wechsel mit Beratungsgesprächen vor Ort mit den Initiierenden. Wichtige Aspekte in dieser Phase (**Explorationsphase**) waren:

- Herstellung eines gemeinsamen fachlichen Hintergrundes
- Aufbau von Vertrauen
- Einbeziehung von Partnerinnen und Partnern
- Entwicklung einer gemeinsamen Haltung und gemeinsamer Ziele
- bereichsübergreifende Zusammenarbeit
- Umgang mit Missverständnissen und Störungen

- Priorisierung des möglichen Handlungsfeldes
- Etablierung einer Arbeitsstruktur
- Gewinnung von Mitgliederinnen und Mitgliedern für eine Steuerungs- bzw. Arbeitsgruppe

Die Auftaktveranstaltung hatte u. a. zum Ziel, themenübergreifende Partnerinnen und Partner für einen übergreifenden Steuerungskreis zu gewinnen. In der nachfolgenden Veranstaltung entschlossen sich die Teilnehmenden dazu, eine Arbeitsgruppe zu bilden, die temporär und themenspezifisch arbeitet. Dieses Vorgehen entspricht der bereits etablierten Herangehensweise der Kommunalen Gesundheitskonferenz.

Zum Zeitpunkt der Auftaktveranstaltung war das prioritär zu behandelnde Handlungsfeld noch nicht abgestimmt. In der Folge haben einige Partner ihre mögliche Mitarbeit in der Nachfolgeveranstaltung wieder zurückgezogen. Als hemmende Faktoren lassen sich vor allem persönliche Differenzen identifizieren. So wirken sich zurückliegende Arbeitsstörungen (persönliche Beziehungsebene einzelner Mitarbeiter in den Bereichen und/oder zwischen den Bereichen) und Abgrenzungstendenzen (Aufgabenverteilung) in der kommunalen Verwaltung als störend aus.

Eine bereichsübergreifende Zusammenarbeit setzt voraus, dass die einbezogenen Mitarbeitenden ihre bisherige Handlungslogik hinterfragen und ggf. verändern. Dafür ist neben der persönlichen Bereitschaft auch eine durch die Vorgesetzten und/oder Fachbereichsleitung unterstützende Haltung bzw. Genehmigung elementar. Der Aspekt der bereichsübergreifenden Zusammenarbeit und die damit verbundenen Voraussetzungen sollten in das Beratungskonzept stärker integriert werden und bereits in den ersten zwei Phasen thematisiert werden, ggf. unter Einbeziehung der Leitungsebene.

Im Rahmen der Beratung sollte die Abstimmung darüber, welche Arbeits-/Steuerungsstruktur in der Region etabliert werden soll, zukünftig stärker thematisiert werden. In die Planung der Bausteine bzw. des Beratungskonzeptes (u. a. Veranstaltungen/Workshops) durch die KGC sollte dieser Aspekt bereits in der Abstimmungsphase berücksichtigt werden und das Konzept individuell darauf hin angepasst werden.

Die Phase der Exploration ging fließend über in eine Phase, die durch einen Übergang in die Umsetzungsphase gekennzeichnet ist (**Übergangsphase**). In dieser Phase wurden Arbeitsstrukturen etabliert, Themen und erste Projektideen abgestimmt, aber immer wieder auch neue Aspekte in die Diskussion aufgenommen.

Diese Phase ist u. a. dadurch gekennzeichnet, dass es zu einer verstärkten Übernahme der Aktivitäten durch die Initiierenden des Landkreises und einem gleichzeitigen „Überflüssigwerden“ der KGC bzw. der Beratung kommt. In dieser Phase können einzelne Mitglieder des gebildeten Steuerungskreises bzw. der Arbeitsgruppe wie in MOL ihre Mitgliedschaft erneut hinterfragen. Sinnvoll ist es, durch eine schriftliche Kooperationsvereinbarung die Partnerschaft bzw. die Zusammenarbeit zu verstetigen. Dieser Aspekt könnte bereits in der Abstimmungsphase besprochen werden und in der Phase der Verstetigung erfolgen.

### *Ergebnisse der Modellregion OPR*

Im Landkreis Ostprignitz-Ruppin bestand die Stabsstelle Kinderschutz mit ihren definierten Aufgabefeldern und einer guten personellen Besetzung bereits. Der Amtsleiter des Jugend- und Betreuungsamtes und die zwei Mitarbeiterinnen der Stabsstelle wollten die Koordination einer Präventionskette an die Aufgaben der Stabsstelle binden. Gleichzeitig bestand der Wunsch, durch die Etablierung einer Präventionskette den Aufbau eines Netzwerkes zu unterstützen.

Dieses sollte durch die Stabsstelle Kinderschutz etabliert werden. In der ersten Phase (**Kennenlernphase**) wurden die Beweggründe und die Einbeziehung eines kommunalen Präventionsberaters, der bereits seit längerer Zeit mit der Abteilung des Landkreises kooperiert und ein Projekt zur Gewaltprävention im Landkreis plant, besprochen. Das Zusammendenken der verschiedenen Partner (Abteilung Kinder- und Jugendhilfe, externer Präventionsberater und KGC) und die damit verbundenen Aufgaben, Aspekte und Erwartungen stellten sich als schwierige Konstellation heraus.

Die Eingrenzung der Zielgruppe Kinder und Jugendliche für die geplante Präventionskette war durch den Aufgabenbereich der Initiatoren vorgegeben. Das Handlungsfeld sollte anhand einer Bedarfsanalyse erarbeitet werden. Die Bedarfsanalyse setzt u. a. eine gute Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt voraus. Die Abteilung hatte bisher eine Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst etabliert, hingegen war der Bereich Gesundheitsberichterstattung bisher nicht involviert. Förderlich wirkte sich der Umstand aus, dass die zuständige Dezernentin beiden Fachbereichen vorsteht. In gemeinsamen Besprechungen konnte das Anliegen der Abteilung benannt werden und eine grundsätzliche Zustimmung der Dezernentin erreicht werden (**Abstimmungsphase**).

Wie unter Punkt 2.1 f. dargestellt, lag bereits ein sehr umfangreicher Sozialbericht des Landkreises vor, der teilweise gesundheitliche Befundraten aufgreift. Dieser Bericht wurde – unter Hinzuziehung weiterer Befundraten der Landesgesundheitsberichterstattung – zu einer Bedarfsanalyse herangezogen. Kleinräumige Daten konnten auf Nachfrage beim kommunalen Gesundheitsamt OPR nicht zur Verfügung gestellt werden. Im Rahmen der Auftaktveranstaltung wurde das Handlungsfeld Familienbildung benannt. Im nachfolgenden Workshop wurde das Handlungsfeld auf das Thema Sprachförderung eingegrenzt. Der Aufbau einer regionalen Steuerungsgruppe erfolgte mit Blick auf die ausgewählte Sozialregion und bezog sich auf die Zielgruppe Kinder und Jugendliche.

Diese Phase (**Explorationsphase**) war gekennzeichnet durch

- die Unsicherheit in der Zielsetzung der Präventionskette, die auch durch die unterschiedlichen Erwartungen der Partnerinnen und Partner hervorgerufen wurde,
- die Auswahl des Handlungsfeldes und der zu etablierenden Arbeitsstrukturen (Steuerungskreis) sowie
- die Auswahl eines relevanten Settings (Kommune), das vor dem Hintergrund der Aufgabenstellung der Stabsstelle Kinderschutz bereits gesetzt war.

Die **Übergangsphase** verlief teilweise parallel mit der Explorationsphase und war dadurch geprägt, dass die Initiierenden die weitere Planung in die Hand nahmen. Insgesamt hat das Vorhaben in der Region OPR einen langsameren Verlauf genommen. Hier wird sehr deutlich, dass die Überschneidung der Aufgabenfelder bzw. nicht explizite Benennung der Aufgabe/Koordination Aufbau einer Präventionskette als eher hinderlicher Faktor zu betrachten ist. Die Partnerinnen und Partner, die für die Mitarbeit im „Regionalen Steuerungskreis“ gewonnen werden konnten, vertreten Bereiche, die vor allem vor dem Hintergrund des Interesses der Kinder- und Jugendhilfe von Bedeutung sind. Eine weitere bereichsübergreifende Zusammenarbeit z. B. mit der Stadtplanung, Wirtschaft o. ä., konnte bislang noch nicht initiiert werden.

### *Zusammenfassung*

Insgesamt konnten **vier Phasen** in der **Auftau-/Aufbauphase** identifiziert werden. Diese Phasen haben sich unabhängig voneinander in beiden Landkreisen gezeigt. Die identifizierten Phasen liefen zeitweilig parallel und/oder überlappend ab. Die zeitlichen Angaben variieren je nach den Ressourcen der Akteurinnen und Akteure bzw. der Mitarbeitenden der KGC und stellen hier nur einen Erfahrungswert dar.



### **1. Kennenlernphase (Zeitraumen ca. 1 - 3 Monate)**

Die Kennenlernphase liegt vor der Phase, in der die Initiiierenden mit dem Anliegen an andere herantreten. Hier wurden Sondierungsgespräche geführt und erste Besprechungen vor Ort durchgeführt, um das Konzept der Präventionsketten und das Beratungsangebot der KGC vorzustellen. Die Gruppe der Initiiierenden musste ebenfalls ihre unterschiedlichen Erwartungen abstimmen und das weitere Vorgehen wurde konkretisiert. Dieser Schritt konnte als Überleitung zur Abstimmungsphase identifiziert werden.

### **2. Abstimmungsphase (Zeitraumen ca. 2 - 4 Monate)**

Die Abstimmungsphase war u. a. gekennzeichnet durch die Zustimmung (schriftlich) der Leitungs-/Fachebene der kommunalen Verwaltung im Landkreis. Es wurde eine erste fachliche Einschätzung der Bedarfe (GBE-Daten/Sozialbericht etc.) im Landkreis besprochen und die sich daraus ableitenden Wünsche der Initiiierenden bezüglich der Zielgruppe, des Settings und eines prioritären Handlungsfeldes.

Darüber hinaus wurden formale Rahmenbedingungen angesprochen und die Fragen geklärt, welche Aufgabe die Initiiierenden zukünftig übernehmen wollen und wo die Steuerung angebunden werden soll bzw. welche Form der Steuerung sinnvoll ist. Hier hat sich gezeigt, dass es sich empfiehlt vorab zu klären, ob ein übergeordneter Steuerungskreis auf Landkreis-Ebene gebildet werden soll oder ein Steuerungskreis, der in dem ausgewählten Sozialraum des LK koordinierend – besetzt mit Akteurinnen und Akteuren, die jeweils temporär themenspezifisch tätig werden – etabliert werden soll oder beides. Die schriftliche Kooperationsvereinbarung zwischen den Initiiierenden und der KGC Brandenburg hat sich als nützliches Instrument erwiesen.

### **3. Explorationsphase (Zeitraumen ca. 4 – 8 Monate)**

In dieser Phase treten die Akteurinnen und Akteure mit ihrem Anliegen nach außen. Im Rahmen einer Auftaktveranstaltung stellen sie ihr Anliegen vor und versuchen erste Partnerinnen und Partner einzubeziehen. Es bildet sich eine vorläufige Gruppe von regionalen Partnerinnen und Partnern aus unterschiedlichen Arbeitsbereichen. Die in der Abstimmungsphase entwickelten Vorstellungen müssen nun mit den potenziellen Partnerinnen und Partnern (Handlungsebene) neu abgestimmt werden.

Die Ideen der Initiierenden zur Umsetzung (Zielgruppe, Setting, Handlungsfeld) müssen ggf. angepasst werden, um einen Konsens in der „Steuerungsgruppe“ herzustellen. Dieser Prozess ist durch Differenzen und Konflikte gekennzeichnet. Die Handlungslogik unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure wird hinterfragt. Es wird um eine gemeinsame „Sicht“ der Dinge gerungen.

#### 4. Übergangsphase (Zeitraumen ca. 3 – 4 Monate)

Diese Phase ist dadurch gekennzeichnet, dass die Akteurinnen und Akteure vor Ort stärker in eigener Regie arbeiten. Die ersten Projektideen werden konkretisiert und ein erster Nutzen der breiten Vernetzung wird erkennbar. Es hat sich ein stabiler Kreis von Teilnehmenden und eine Steuerung etabliert und bereichsübergreifende Kooperationen werden erkennbar. Diese Phase kann als Überleitung von Phase 1 zu Phase 2 entsprechend dem 3-Phasen-Modell von Kurt Lewin (siehe unten) betrachtet werden.

Der Sozialforscher Kurt Lewin hat ein einfaches Phasenmodell für geplante Veränderungsprozesse entwickelt. Er unterscheidet eine Auftau-, eine Umsetzungs- und eine Stabilisierungsphase. In der einleitenden Auftauphase werden die „eingefrorenen“ Strukturen und Perspektiven der Akteure und künftigen Partner durchlässiger und flexibler gemacht und wird die Bereitschaft gefördert, sich auf (gemeinsame) Veränderungsprozesse einzulassen.

Das  
 3-Phasen-Modell  
 von Kurt Lewin

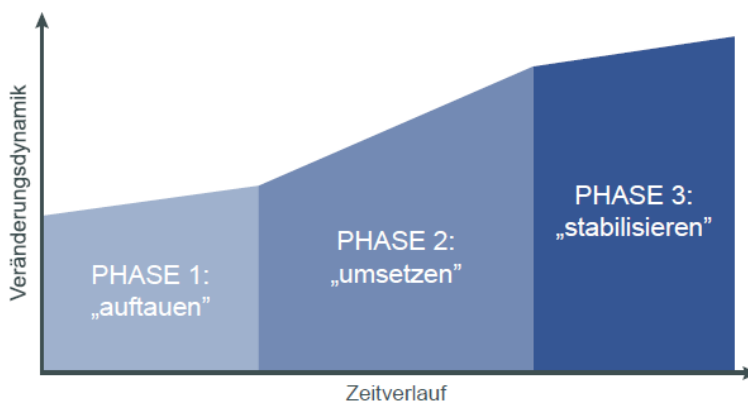


Abbildung 21 - 3-Phasen Modell Kurt Lewin

Quelle: [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/die-vorbereitung-kommunaler-strategien](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/die-vorbereitung-kommunaler-strategien)

### *Gelingensfaktoren und Stolpersteine der vier Auftauphasen*

Nachfolgend werden die förderlichen und hinderlichen Faktoren der Auftau-/Aufbauphase den vier identifizierten Phasen zugeordnet.

#### **1. Kennenlernphase**

##### **Gelingensfaktoren**

- Beteiligte, die eine bereichsübergreifende Zusammenarbeit befürworten
- Beteiligte, die dem Settingkonzept und einer bedarfsorientierten, an den Ressourcen ausgerichteten Gesundheitsförderung, positiv gegenüberstehen
- gegenseitige Akzeptanz, Wertschätzung
- gute Vermittlung des Konzeptes der Präventionsketten
- Darstellung der möglichen Synergien für *alle* Beteiligten bzw. Nutzen der Kommune

##### **Stolpersteine**

- fehlende Transparenz bzgl. unterschiedlicher Interessen der Beteiligten
- fehlende Vermittlung des Konzeptes „Präventionskette“
- unterschiedliches Verständnis von Gesundheit(-sförderung)
- unterschiedliche Handlungslogiken (Verwaltung vs. Praxis vs. Wissenschaft)
- überhöhte oder unausgesprochene Erwartungen
- zu geringe zeitliche und personelle Ressourcen

#### **2. Abstimmungsphase**

##### **Gelingensfaktoren**

- Zustimmung der Fachebene und Entscheidungsebene
- Transparenz der Vorgehensweise
- Einbeziehung aller Perspektiven
- Konkretisierung des Vorhabens
- gute Datengrundlage zur Bedarfsermittlung
- Vertrauen und gute Arbeitsatmosphäre
- Kooperationsvereinbarung (Beratung)
- Festlegung der strukturellen Anbindung der Steuerung

## Stolpersteine

- unzureichende Bedarfsanalyse, wenig fachliche Unterstützung
- Festlegung des Handlungsfeldes/der Zielgruppe erfolgt vor der Festlegung der Steuerungsform (übergreifend oder themenspezifisch)
- zu geringe personelle Ressourcen
- zu geringe Einbindung bzw. Zustimmung der Fachebene und der Entscheidungsebene
- unterschiedliche Handlungslogiken, die nicht thematisiert werden
- persönliche Differenzen (Arbeitsstörungen)

## 3. Explorationsphase

### Gelingensfaktoren

- Bereitschaft zur Veränderung und zur Hinterfragung der eigenen Handlungslogik
- gemeinsames Verständnis von Gesundheitsförderung
- Partnerinnen und Partner, mit denen bereits eine gute Zusammenarbeit besteht
- Herstellung eines „Wir“-Gefühls und eines gemeinsamen Leitbildes
- Auftaktveranstaltung, Workshops, Werkstätten zum persönlichen Kennenlernen und Austausch
- Bereitschaft, Konflikte anzunehmen/auszuhalten – lösungsorientiertes Handeln
- bereits vorhandenen Vernetzungsstrukturen in den Kommunen

### Stolpersteine

- zu geringe zeitliche Ressourcen der regionalen Partnerinnen und Partner
- Arbeits-/Steuerungsstruktur ist in der Abstimmungsphase nicht festgelegt worden
- Persönliche Differenzen zwischen den Fachkräften unterschiedlicher Bereiche
- Abgrenzungstendenzen in der Verwaltung
- regionale/kommunale Besonderheiten, die nicht respektiert werden
- dominante Partnerinnen und Partner oder „Bremsende“, persönliche Konflikte
- räumlich zu kleine Kommune (zu geringe Ressourcen)
- Flächenlandkreis mit vielen Kommunen (hoher Abstimmungsbedarf/kein Durchgriff von Landkreis-Ebene auf Kommune)

## 4. Übergangsphase

### Gelingensfaktoren

- Stabilität in der Zusammensetzung der Partnerinnen und Partner – Kooperationsvereinbarung
- gute Organisation der Aktivitäten/Treffen etc.
- Motivation durch die Initiiierenden
- erste Erfolge/Projekte sichtbar machen und feiern
- gemeinsames Leitbild-Zielvorstellung (Wirkungsziel)
- angenehme Arbeitsatmosphäre
- aktive Unterstützung durch die Entscheidungsebene/Fachebene etc.
- stabile strukturelle Einbindung – stabile Arbeitsstruktur

### Stolpersteine

- unklare Rollen/Aufgaben innerhalb der Steuerung
- wechselnde Zielstellungen
- geringe Unterstützung durch Partnerinnen und Partner
- keine oder zu geringe Koordination

## 5.4 Die Ergebnisebene

### *Fragestellungen*

*Welche Ziele haben sich die Modell-Regionen gesetzt und inwieweit konnten diese umgesetzt werden?*

*Welche Arbeitsformen konnten etabliert werden?*

*Welche weiteren Planungen haben die Modell-Regionen?*

*Wie zufrieden waren die Teilnehmenden mit dem Beratungsangebot der KGC?*

*Welche Elemente der Beratung (siehe Kooperationsvereinbarung) werden von den Modell-Regionen, in Anspruch genommen? Welche Elemente hätten sich die Teilnehmenden noch gewünscht?*

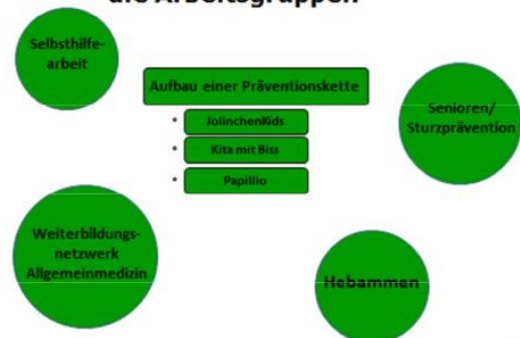
*Ergebnisse Modellregion MOL – Sozialregion Nord*

Die Initiierenden hatten sich zum Ziel gesetzt, innerhalb der Beratungszeit durch die KGC eine Präventionskette in MOL für die Zielgruppe „Kita-Kinder“ aufzubauen. Im Abschlussgespräch wurde deutlich, dass die Initiierenden die Beratungszeit als einen gemeinsamen Lernprozess empfanden, der einen „Veränderungsprozess“ angestoßen hat. Ihre Vorstellungen, die sie zu Beginn des Beratungsprozesses hatten, sind nach eigenen Angaben zu 70 Prozent erfüllt worden. Es ist gelungen, eine stabile Arbeitsstruktur herzustellen, indem eine weitere AG (Aufbau Präventionskette) an die Kommunale Gesundheitskonferenz in MOL angedockt werden konnte. Die Idee, eine Präventionskette für den ganzen Landkreis aufzubauen, wurde verschoben, um modellhaft in einer Sozialregion das Vorhaben in Angriff zu nehmen. Langfristig sollen bewährte Maßnahmen bzw. Projekte auf die Kitas im gesamten Landkreis übertragen werden. In MOL wurde eine koordinierende „Steuerung“ (Teilnehmende der AG Präventionskette) bezogen auf die Region (Sozialregion Nord ) vor Ort etabliert, die übergreifende Steuerung (Gesamtstrategie) bleibt in den Händen der Initiierenden, dem Amtsleiter des GA und der Mitarbeiterin im GA, die die KGK koordiniert. Die nachfolgenden Grafiken veranschaulichen den Aufbau der KGK und die Implementierung der AG im LK MOL.

**Mitglieder der KGK**



**die Arbeitsgruppen**



**Abbildung 22 AG Präventionskette in der KGK MOL**

Quelle:[http://maerkischoderland.de/cms/upload/pdf/Fachbereich\\_II/gesundheitsamt/gesundheitskonferenz/2016\\_09\\_22\\_3\\_Gesundheitskonferenz\\_aktueller\\_Ueberblick.pdf](http://maerkischoderland.de/cms/upload/pdf/Fachbereich_II/gesundheitsamt/gesundheitskonferenz/2016_09_22_3_Gesundheitskonferenz_aktueller_Ueberblick.pdf)

Die Teilnehmenden der AG Präventionskette sind u. a. in folgenden Bereichen/Institutionen tätig:

- Kitaleitungen
- Netzwerk Gesunde Kinder – Regionalkoordinierende
- Gesundheitsamt /KJPD
- Jugendamtsleiterin
- Fachdienstleiterin Kindertagesbetreuung
- Frühförder-Beratungsstelle
- pro familia-Beratungsstelle
- Kreissportbund

Die Teilnehmenden der AG können sowohl kontinuierlich als auch temporär zu spezifischen Themen mitarbeiten. Die Einbindung weiterer Partnerinnen und Partner, die temporär themenspezifisch in der AG mitarbeiten, wird auch zukünftig eine Aufgabe der Koordinatorin der KGK sein. Erste Synergie-Effekte der strukturellen Anbindung an die KGK zeigten sich u. a. dadurch, dass der Landrat nun auch seinerseits erste Ideen an die AG herangetragen hat und eine nachhaltige Implementierung der AG in der KGK befürwortet.

Der fachliche Austausch zwischen dem Vorstand der KGK und der AG wird über die Koordinatorin der KGK hergestellt. Insofern fließen Ideen zum weiteren Vorgehen und zu Projekten/Programmen der AG-Teilnehmenden auch zurück an die KGK.

Zukünftig wird sich die AG in MOL mit weiteren Projekten bzw. Maßnahmen befassen, u. a. sollen ein Babybegrüßungsdienst im LK implementiert werden, eine Kooperation mit dem MVZ und einer niedergelassenen Hebamme sowie ein Angebot zur Rückbildungsgymnastik für junge Mütter in Kooperation mit dem Landessportbund erfolgen. Die Handlungsfelder Bewegung, Ernährung, Stress, psychische Gesundheit und Suchtprävention im Setting Kita werden über drei GKV-Programme, die den Kitas angeboten werden, realisiert. Darüber hinaus ist in Kooperation mit einem örtlichen Jugendhilfeträger ein einmal jährlich stattfindendes „Familienfest“ (Bewegungsangebote für Familien) in Planung.

Insgesamt haben die Initiierenden das Beratungsangebot der KGC als unterstützend und sinnvoll empfunden. Im Rahmen einer quantitativen Online-Befragung (*Design/Auswertung siehe Anhang*) wurden die damaligen Teilnehmenden der **beiden Modellregionen** im August/September 2016 u. a. auch zu ihrer **Zufriedenheit hinsichtlich des Beratungs- und Unterstützungsangebotes der KGC** befragt. Insgesamt haben 36 Akteurinnen und Akteure an der Befragung teilgenommen, davon 32 Frauen und 4 Männer.

Auf die Frage „Wie zufrieden waren Sie mit der Beratung durch die KGC?“ antworteten von insgesamt (N) 28 Befragten 18 Teilnehmende mit vollkommen bis zufrieden und 4 Teilnehmende mit weniger bzw. ganz und gar nicht zufrieden. 6 Personen haben die Frage nicht beantwortet.

	vollkommen zufrieden (1)		sehr zufrieden (2)		weniger zufrieden (3)		ganz und garnicht zufrieden (4)		keine Antwort (5)		keine Antwort (6)	
	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
Mit dem Angebot bin ich .....	1x	3,57	4x	14,29	13x	46,43	3x	10,71	1x	3,57	6x	21,43

Abbildung 23 Zufriedenheit mit der Beratung durch die KGC

Welche Angebote der Beratung waren für die Teilnehmenden besonders wichtig (Mehrfach-Antworten)? Hier zeigt sich, dass vor allem die Veranstaltungen wie die Auftaktveranstaltung und die Workshops als wichtig empfunden wurden. Daneben wurden der allgemeine Austausch/die Beratung und das Informationsmaterial als wichtig benannt.

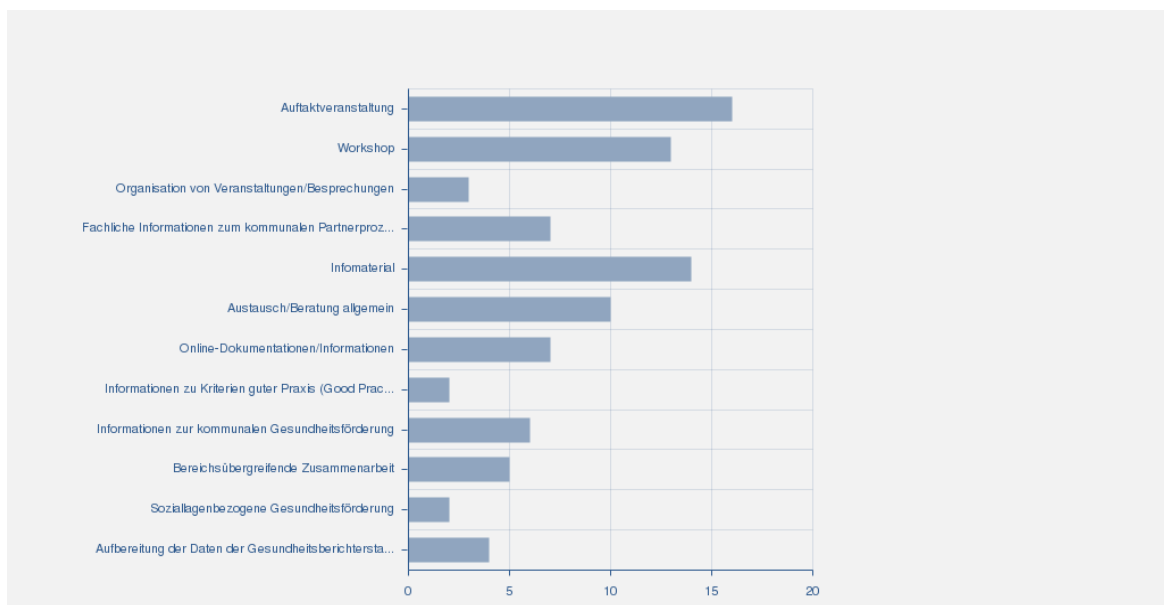


Abbildung 24 Angebote der KGC



Im Rahmen der Beratung wurden vor allem die Punkte 1- 5 Grundbausteine (siehe Kooperationsvereinbarung) in Anspruch genommen.

- **Zielklärung** (wo stehen wir – wo wollen wir hin/Zielanalyse)
- **Bestands- und Bedarfsanalyse** (was haben wir schon - was braucht es noch/ Fokus Übergänge)
- **Partnerauswahl** (mit wem arbeiten wir zusammen - wen wollen wir hinzugewinnen/ Stakeholder-Analyse)
- **Netzwerkbildung** (Arbeitsstrukturen/-weisen/ Rollenfindung/Kommunikationsformen entwickeln/ eingebundene oder noch zu integrierende Netzwerke z. B. Soziale Stadt, Institutionen Bereiche usw. eruieren)
- **Aufbau eines Steuerungskreises** (Wer hat den Hut auf?, Arbeitsweise, nachhaltige Strukturen schaffen)

Die Aneignung partizipativer Methoden und Qualitätsentwicklung sowie Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung konnte aus zeitlichen Gründen im Beratungszeitraum nur in geringem Umfang vermittelt werden. Die KGC Brandenburg wird hierzu über den Beratungszeitraum hinaus im Jahr 2017 der AG Prävention im Rahmen von Werkstätten/Fortbildungen ein Angebot vorstellen. Insgesamt wird eine weitere Zusammenarbeit gewünscht, um den Prozess nachhaltig zu unterstützen.

#### *Ergebnisse Modellregion OPR – Kyritz*

Die Initiierenden hatten sich zum Ziel gesetzt, eine Präventionskette für Kinder und Jugendliche im Landkreis OPR aufzubauen. Gleichzeitig wollten sie damit die Aufgabe der Stabsstelle Kinderschutz in Hinblick auf die geforderte Vernetzung im LK unterstützen. Das seit längerem bestehende Interesse des Landkreises OPR, ein Präventionsprogramm (MEA – Gewaltprävention in Kita und Schule) zu etablieren, sollte – wenn möglich – mit dem Aufbau einer Präventionskette verbunden werden.

Im Rahmen der Beratung konnte in OPR eine regionale „Steuerungsgruppe“ in Kyritz und ein prioritäres Handlungsfeld „Sprachförderung“ etabliert werden. Die Gruppe einigte sich auf das Setting „Kommune“ und entwickelte ein gemeinsames Leitbild „Sprachkompetente Kinder in Kyritz“. In einem weiteren Schritt wurden wichtige Partnerinnen und Partner sowie vorhandenen Projekte/Programme in Kyritz erfasst.

Zum Ende des Jahres wurde deutlich, dass die Teilnehmenden erst einmal die Arbeit der möglichen Partnerinnen und Partner vor Ort kennenlernen wollten, um auf dieser Basis einen bessere Vernetzung zu initiieren. Erst in einem nächsten Schritt könnten dann Projekte/Ideen mit den neuen Partnerinnen und Partnern nochmals diskutiert werden.

Die strukturelle Anbindung der derzeitigen „Steuerung“ geschieht über die Stabsstelle Kinderschutz bzw. der Abteilung Kinderschutz, d. h. auch in OPR behalten die Initiierenden zunächst die Gesamtsteuerung in den Händen. Die Mitarbeitenden der Stabsstelle (Landkreisebene) gehen zu der themenspezifischen „Steuerungsrunde“ in die Kommune (Kyritz) und geben die Ergebnisse zurück an die Landkreisebene.

Die zukünftige Planung sieht vor, dieses Modell auch in anderen Kommunen (Fehrbellin, Rheinsberg und Neuruppin) zu etablieren und weitere regionale „Steuerungskreise“ zu bilden. Wo und wie die Gesamtsteuerung einer landkreisweiten Präventionskette mittelfristig angedockt werden soll, ist noch nicht endgültig geklärt. Eine mögliche Variante stellt die seit 2012 etablierte Zusammenarbeit des Landkreises mit dem Projekt „MIT-EIN-ANDER in Kita und Schule“ (MEA) dar.

Im Rahmen der Zusammenarbeit wurden Kooperationspartner gefunden, die sich gemeinsam mit dem Landkreis der Aufgabe verpflichtet sehen, eine frühzeitig beginnende, aufeinander aufbauende Entwicklungsförderung und Gewaltprävention für Kinder und Jugendliche als Idealprozess konzeptionell zu beschreiben und umzusetzen. Das Steuerungsgremium könnte hier eine mögliche Struktur bieten. Voraussetzung hierfür ist eine finanzielle Förderung, die eine Personalstelle für die Gesamtkoordination ermöglicht.

Den Initiierenden in OPR wurde – wie auch denen in MOL – der Kontakt zur Ansprechperson des TK Förderprogramms Gesunde Kommune vermittelt.

Auch in diesem Landkreis konnte durch die Beratung/Begleitung der KGC ein Veränderungs- und Entwicklungsprozess angestoßen werden. Insgesamt ist der Aufbau-Prozess in OPR im Beratungszeitraum langsamer voran geschritten, was u. a. durch die zu geringen zeitlichen Ressourcen der Initiierenden zu erklären ist.

#### *Zusammenfassung – Ergebnisebene*

Die Unterstützung der Landkreise beim Aufbau einer Präventionskette in den Regionen MOL und OPR durch die KGC hat in beiden Regionen dazu geführt, dass ein Veränderungsprozess initiiert worden ist. Die anfangs formulierten Ziele der Beteiligten konnten während des Beratungszeitraums stärker konkretisiert werden.

In einem ersten Schritt wurde festgelegt, in welcher Kommune/Sozialregion eine Präventionskette modellhaft implementiert werden sollte. Ausschlaggebend für die Wahl waren hier kleinräumige GBE-Daten und entsprechende sozialstrukturelle Indikatoren der Sozialberichte. Danach konnten die entsprechenden Handlungsfelder, die Zielgruppe und das Setting festgelegt werden. Die Arbeitsformen, die sich in beiden Regionen entwickelt haben, weisen eine große Ähnlichkeit auf, insofern als in beiden Landkreisen themenspezifisch kommunale Steuerungskreise gebildet wurden, die mit Partnerinnen und Partnern besetzt sind, die in der entsprechenden Kommune tätig sind. Diese Form scheint gerade für ländliche Regionen bzw. Flächenlandkreise ein vielversprechendes Konzept zu sein, welches die Möglichkeit bietet, den Aufwand so gering wie möglich zu halten. Die Gesamtsteuerung bleibt auf der Landkreisebene bei den Initiierenden. Die von den Modellregionen entwickelte „kleine Lösung“ bietet viele Vorteile u.a. die Zusammenarbeit von Partnerinnen und Partner in der Praxis vor Ort bezogen auf ein Handlungsfeld. Hingegen auf der Ebene der Gesamtsteuerung bisher nur eine geringe bereichsübergreifende Zusammenarbeit initiiert werden konnte.

Die im Rahmen der Beratung durch die KGC Brandenburg angebotenen Unterstützungsleistungen, die in Anspruch genommen wurden, bezogen sich hauptsächlich auf die Grundbausteine 1-5 (siehe oben). In beiden Landkreisen konnte innerhalb des Zeitraums nur in einem sehr geringen Umfang das Thema Qualitätsentwicklung/-sicherung und Partizipative Methoden bzw. die Bedürfnisanalyse vermittelt werden. Im Rahmen der Abschlussgespräche wurden den Initiierenden weitergehende Angebote der KGC vermittelt und konkrete Ansätze der weiteren Zusammenarbeit besprochen.

## **6 Zusammenfassende Diskussion**

Der vorliegende Evaluationsbericht – Modell-Regionen in Brandenburg „Gesundheit für alle“ – hatte zum Ziel, Gelingensfaktoren und Stolpersteine beim Aufbau einer landkreisweiten Präventionskette innerhalb der Auftau-/Aufbauphase zu erheben und den Beratungs-/Unterstützungsbedarf der Landkreise und Kommunen zu erfassen. Als prozessbegleitende Evaluation sollten die Ergebnisse jeweils im Prozess mit den Teilnehmenden besprochen und ggf. in die laufende Beratung integriert werden. Die Phase des „Kennenlernens“, die der eigentlichen Beratung vorausging, wurde explizit in die Evaluation eingeschlossen.

Der GKV-Spitzenverband hat die BZgA damit beauftragt, die Arbeit der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit qualitativ und quantitativ weiterzuentwickeln. Im Fokus der Aktivitäten der KGC steht

- *die allgemeine Beratung und Prozessbegleitung zur Unterstützung des kommunalen gesundheitsförderlichen Engagements*
- *die Identifizierung und Aktivierung benachteiligter Gebiete mit Potenzial*
- *die Sensibilisierung für und Unterstützung beim Aufbau von integrierten kommunalen Strategien (bzw. Präventionsketten)*
- *die Beratung/Qualifizierung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und Trägern in den Lebenswelten auf kommunaler Ebene sowie*
- *die Befähigung der Träger durch Kompetenzentwicklung*
- *die Vernetzung der Akteurinnen und Akteure und*
- *der Wissenstransfer zur Stärkung der regionalen Zusammenarbeit*

Vor diesem Hintergrund gewinnt die Frage, welchen Unterstützungsbedarf Landkreise und Kommunen beim Aufbau von Präventionsketten haben bzw. mit welchen Hürden das Vorhaben verbunden ist, eine zentrale Bedeutung für die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit in den Bundesländern.

Das Flächenland Brandenburg mit seinen 14 Landkreisen und 4 kreisfreien Städten ist durch eine – zumindest im weiteren Metropolenraum – ländliche Struktur gekennzeichnet. Die beiden Modellregionen Märkisch-Oderland und Ostprignitz-Ruppin sind große Flächenlandkreise, die durch den demografischen Wandel, eine geringe Infrastruktur, hohe Arbeitslosigkeit und einem Bevölkerungsrückgang bis zum Jahr 2040 gekennzeichnet sind. Wanderungsgewinne können das Geburtendefizit nur kurz- und mittelfristig kompensieren. Die Bevölkerungsentwicklung stellt sich zwischen dem Berliner Umland und dem weiteren Metropolenraum auch weiterhin deutlich gegenläufig dar.

Die kleinräumige Analyse sowohl der Sozial- und Gesundheitsdaten zeigt, dass die gesundheitlichen Risiken in Abhängigkeit zur sozialen Lage der Bevölkerung in den Landkreisen und innerhalb eines Landkreises in den unterschiedlichen Sozialregionen variieren.

Eine kleinräumige Betrachtung der gesundheitlichen und sozialen Indikatoren ist entscheidend, um eine am Bedarf der Bevölkerung orientierte kommunale Gesundheitsförderung zu entwickeln. Voraussetzung hierfür ist eine regelmäßige Aufbereitung und Verschränkung von kleinräumigen Daten, die den Akteuren in den

Kommunen zur Verfügung steht. Die Integration von Daten der Regionalplanung und umweltbezogenen Indikatoren stellen zukünftig eine weitere Herausforderung dar.

Das Interesse von Landkreisen und Kommunen, sich mit der Entwicklung integrierter kommunaler Gesundheitsstrategien zu befassen, ist einerseits vor der oben beschriebenen demografischen Entwicklung und andererseits durch die mit dem Präventionsgesetz einhergehenden geforderten gesamtgesellschaftlichen Aufgabe, gesundheitliche Chancengleichheit als Teil der „Daseinsvorsorge“ zu begreifen, gewachsen. Landrätinnen und Landräte sowie Bürgermeisterinnen und Bürgermeister erkennen zunehmend den Wert und Nutzen einer stärkeren Entwicklung hin zu gesundheitsförderlichen Lebenswelten.

In der Modell-Region MOL bestand bereits eine kommunale Gesundheitskonferenz (KGK) mit unterschiedlichen Arbeitsgruppen, die sich der gesundheitlichen Versorgung/Prävention widmen. Ausgehend von dieser Struktur konnte im Landkreis unter Einbeziehung des Landrates die Steuerung zum Aufbau einer Präventionskette als weitere AG an die Kommunale Gesundheitskonferenz angebunden werden. Darüber hinaus hat sich in MOL die Einrichtung einer kommunalen Koordinierungsgruppe in der ausgewählten Sozialregion Nord im Landkreis, die temporär themenspezifisch zusammenarbeitet, entwickelt. Auch im Landkreis OPR wurde eine regionale Koordinierungsgruppe in der Region Kyritz Ort etabliert. Die Gesamtsteuerung blieb bei den Initiatoren im Jugend- und Betreuungsamt auf der Landkreisebene. Die hier gefundene Lösung hat – was die Reichweite der Zielgruppe und die bereichsübergreifende Zusammenarbeit betrifft – Einschränkungen. Wenn zukünftig eine Präventionskette für alle Altersgruppen in OPR aufgebaut werden soll, müssten weitere Ressorts/Partnerinnen und Partner stärker einbezogen werden und die Steuerung an ein zielgruppenübergreifendes Gremium angebunden werden.

Die mit einem Flächenlandkreis verbundenen weiten Wege stellen für die Steuerung eine Herausforderung dar. Zum einen kann die Steuerung auf Landkreisebene nicht ohne weiteres auf die Kommunen durchgreifen, zum anderen würde die Nicht-Einbeziehung kommunaler Partnerinnen und Partner, Besonderheiten, Bedarfe etc. die Akzeptanz der Handlungsebene dem Vorhaben gegenüber erheblich verringern. Die „kleine Lösung“ bietet eine gute Möglichkeit, eine (Teil-)Präventionskette aufzubauen und ggf. später die Erfahrungen für eine Ausweitung auf weitere Zielgruppen und Handlungsfelder zu nutzen.

Die hier gefundenen Lösungen der beiden Modellregionen scheinen gerade für große Flächenlandkreise eine gute Möglichkeit darzustellen, langfristig in Kooperation mit den Kommunen an einer gemeinsamen Gesamtstrategie zu arbeiten bzw. diese umzusetzen.

Die finanziellen und personellen Ressourcen der Koordination waren im Evaluationszeitraum ein wichtiges Thema. Auf der Ebene der Landkreise konnten Mitarbeitende, die bereits mit einer ähnlichen Aufgabe betraut sind, für die Koordination gewonnen werden. Es zeigte sich aber, dass der Aufwand wesentlich höher war als die zeitlichen Ressourcen, die den Mitarbeitenden zur Verfügung standen. Während des Beratungszeitraums haben die Mitarbeitenden der KGC die Initiiierenden in dieser Hinsicht unterstützt. Fiele diese Unterstützung weg, bevor eine nachhaltige Lösung gefunden ist, würde der weitere Aufbau der Präventionskette gefährdet sein. Insofern kommt dieser Frage im Beratungsprozess der KGC auch zukünftig eine große Bedeutung zu.

In Brandenburg konnte in beiden Landkreisen der Kontakt zu einem Förderprogramm der Techniker Krankenkasse ermöglicht werden, die unter bestimmten Voraussetzungen über fünf Jahre eine weitere, auch strukturelle, Förderung (Personalstelle, wenn sie nicht bei der Kommune bzw. dem Landkreis angesiedelt ist) übernimmt. Eine andere Möglichkeit bestünde darin, die Stellenprofile einzelner Mitarbeitender – beispielsweise der in Brandenburg in vielen Gesundheitsämtern tätigen „Koordinierenden für Prävention/Gesundheitsförderung“ – stärker auf diese Tätigkeit auszurichten. Für den Beratungsprozess wird zukünftig die fachliche Unterstützung und/oder fachliche Fortbildung der Mitarbeitenden für eine koordinierende Netzwerkarbeit im Vordergrund stehen.

Der gesamte Beratungs- und Evaluationsprozess umfasste den Zeitraum der sogenannten Auftauphase, nach dem Drei-Phasen-Modell (Auftauen, Umsetzen, Stabilisieren) nach Kurt Lewin. Innerhalb der Evaluation konnten wiederum insgesamt vier Phasen innerhalb der Auftau-/Aufbauphase identifiziert werden: Die Kennenlernphase, Abstimmungsphase, Explorationsphase und Übergangsphase. Diesen Phasen konnten Gelingensfaktoren und Stolpersteine zugeordnet werden. Die erste Phase des „Kennenlernens“ bezieht sich auf die Beratungssituation zur Klärung der gegenseitigen Erwartungen und einer gemeinsamen Sicht auf die Erfordernisse einer integrierten kommunalen Gesundheitsstrategie. Eine klare transparente Kommunikation und Darstellung der möglichen Unterstützungsleistungen seitens der KGC sowie eine offene Haltung und Darstellung der Erwartungen der Landkreise bzw. Initiiierenden, wirkten sich positiv auf den weiteren Prozess aus.

In der Abstimmungsphase mussten die gegenseitigen Erwartungen/Aufgaben konsolidiert werden und in einer Kooperationsvereinbarung schriftlich fixiert werden. Hier ist die Unterstützung der Entscheidungsebene (Landrätin/Landrat, Bürgermeister/Bürgermeisterinnen, Dezernatsleitung, Fachebene) eine wichtige Grundlage,

für die weitere Zusammenarbeit und nachhaltige Etablierung. In dieser Phase sollten bereits erste Ideen ausgetauscht werden, wo die spätere „Steuerung“ strukturell angebunden werden könnte und welche Ressourcen zur Verfügung stehen. Bereits vorliegende Sozial- und Gesundheitsberichte sowie kleinräumige Daten stellen eine notwendige Grundlage für die zu erstellende Bedarfsanalyse dar und ermöglichen eine frühe Auswahl einer Region und möglicher Handlungsfelder.

Die Bereitschaft zur bereichsübergreifenden Zusammenarbeit ist nicht nur in dieser Phase von großer Bedeutung, sondern insgesamt Voraussetzung für eine weitere positive Entwicklung im Aufbauprozess. Dabei spielen vor allem die unterschiedlichen Handlungslogiken der Akteurinnen und Akteure eine entscheidende Rolle, die im Rahmen der Beratung thematisiert werden sollten.

Auf dieser Grundlage können die Beteiligten mit ihrem Anliegen nach außen treten und versuchen, relevante Partnerinnen und Partner für eine weitere Zusammenarbeit zu gewinnen. Die von der KGC organisierten und begleiteten Auftakt- und Folgeveranstaltungen haben sich als Formate bewährt. Der Zeitpunkt war allerdings verfrüht, sodass nicht im ersten Anlauf die entsprechenden Partner und Partnerinnen nicht gefunden wurden. Die Öffnung des Prozesses nach außen bringt weitere Sichtweisen und Interessenlagen mit sich und ein weiterer Konsolidierungsprozess wird in Gang gesetzt. In der Explorationsphase scheint es zielführend zu sein, parallel bereits an einem konkreten Projekt mit den Teilnehmenden zu arbeiten, um die Motivation der Beteiligten zu erhöhen. Vor allem dann, wenn – wie in den Modellregionen geschehen – Partnerinnen und Partner für eine regionale Koordinierungsgruppe vor Ort gefunden wurden, die in ihrer täglichen Arbeit mit der Zielgruppe zu tun haben.

Als erstes gemeinsames praktisches Projekt bietet sich die Erstellung einer Bestandsanalyse von bereits vorhandenen Projekten der Region oder die Erstellung eines Wegweisers an. Um eine zu große Fluktuation der „Koordinierungsgruppe“ zu vermeiden, wären Kooperationsvereinbarungen zwischen dem Landkreis und den Partnerinnen und Partnern sinnvoll. Die Erarbeitung eines gemeinsamen Leitbildes und übergeordneter Wirkungsziele und Handlungsziele hilft, die Ideen und Interessen der Partner und Initiierenden zu konkretisieren. Die im Beratungsprozess durchgeführten Werkstätten haben sich als erfolgreiches Format innerhalb der Explorationsphase bewährt.

Der Nutzen einer stärkeren Vernetzung und Zusammenarbeit sollte unmittelbar spürbar werden, indem die Ideen und Vorstellungen der Partnerinnen und Partner im Prozess stets aufgenommen und wertgeschätzt werden. Mit Blick auf die Verstetigung des angeschobenen

Prozesses findet dann zunehmend eine stärkere Übernahme der Aktivitäten in Eigenregie durch die Initiiierenden bzw. die Akteurinnen und Akteure der Koordinierungsgruppe statt, der den Übergang in die letzte Phase innerhalb der Auftauphase kennzeichnet.

Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass es gelungen ist, einen Veränderungsprozess im Rahmen der Beratung in Gang zu setzen. Der zeitliche Umfang variiert, je nachdem, welche Voraussetzungen bereits in den Landkreisen und Kommunen vorhanden sind. Insgesamt scheint ein Zeitrahmen von 8 bis 18 Monaten für die Beratung angemessen.

Die im Konzept der Präventionsketten gewünschte bereichsübergreifende Vernetzung konnte in den Modellregionen teilweise etabliert werden. Es hat sich gezeigt, dass die Initiiierenden zunächst auf die Verwaltungsbereiche mit der größten inhaltlichen Nähe zum gewählten Handlungsfeld oder zur Zielgruppe zugehen. Die Einbeziehung anderer relevanter Partnerinnen und Partner innerhalb und außerhalb der Verwaltung gelang nur dann, wenn bereits in der Vergangenheit zusammengearbeitet wurde. Dem muss zukünftig in der Beratung verstärkt Rechnung getragen werden. Über eine Stakeholder-Analyse hinaus sollten Kooperationen bzw. die Vernetzung noch aktiver unterstützt werden.

Im Rahmen der Beratung wurden Aspekte der Qualitätsentwicklung/ -sicherung und die Vermittlung von partizipativen Methoden nur in einem geringen Umfang angesprochen. Diese Aspekte sollten in der zweiten Phase der sogenannten Umsetzungsphase, die hier im Rahmen der Evaluation nicht eingeschlossen wurde, bearbeitet werden.

Insgesamt hat sich gezeigt, dass das Beratungskonzept keinem engen Konzept/Ablauf folgen kann, sondern vielmehr die regionalen Gegebenheiten, den gesamten Kontext einbeziehen muss.

***„Kommunen und Landkreise müssen dort abgeholt werden, wo sie gerade stehen“***  
(Zitat Interview OPR).

Wir danken den Mitarbeitenden des Gesundheitsamtes in MOL und des Jugend- und Betreuungsamtes in OPR und allen engagierten Akteurinnen und Akteuren in den Regionen für ihre freundliche Unterstützung und vielen Anregungen, die einen gemeinsamen Lernprozess ermöglicht haben.



## Literaturverzeichnis

BZgA (Hrsg.), *Gesundes Aufwachsen für alle!*, Gesundheitsförderung Konkret, Band 17, Köln 2012

BZgA (Hrsg.), *Das CompHP - Rahmenkonzept für die Gesundheitsförderung, Kernkompetenzen, Professionelle Standards, Akkreditierung, Deutsche Kurzfassung*, Köln 2014.

BZgA (Hrsg.), *WAS ERHÄLT MENSCHEN GESUND?*, Antonovskys Modell der Salutogenese- Diskussionsstand und Stellenwert.“ Band 6. , Köln 2001

Ellsäßer Gabriele, Dr. med. Abteilung für Gesundheit , LAVG, *Gesundheitliche Entwicklung während der Schulzeit, Auszug unveröffentlichter Bericht*, 2016

Gesundheit Berlin Brandenburg e.V. (Hrsg.), *Aktive werden für Gesundheit, Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung*, Berlin 2012

Kurz Bettina, Doreen Kubek, *Kursbuch Wirkungen; Das Praxishandbuch für alle die Gutes noch besser tun wollen*, Berlin Mitte GmbH, in Kooperation mit Bertelsmann Stiftung, Phineo, 3. Auflage März 2015

Künkel Petra, Gerlach Silvine, Frieg Vera, *Stakeholder Dialoge erfolgreich gestalten*, Wiesbaden, Springer Gabler, 2016

## Internetquellen

Abteilung Gesundheit; Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit.  
Tag des Zugriff : 4.1.2016., <http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de>.

Gesundheitsdienstgesetz, Brandenburgisches. Tag des Zugriffs : 17. 06 2016  
[http://bravors.brandenburg.de/gesetze/bbgdgd\\_2016](http://bravors.brandenburg.de/gesetze/bbgdgd_2016).

Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land Brandenburg 2010, Tag des Zugriffs 13. 08 2015,  
[http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de/media\\_fast/5510/Handbuch\\_Aug\\_2010\\_endv.pdf](http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de/media_fast/5510/Handbuch_Aug_2010_endv.pdf).

Jugendförderplan 2015, Landkreis Ostprignitz-Ruppin., Tag des Zugriffs: 20.1.2016  
[http://www.ostprignitz-ruppin.de/media/custom/353\\_4162\\_1.PDF?1430200518](http://www.ostprignitz-ruppin.de/media/custom/353_4162_1.PDF?1430200518).

Gesundheitsbericht 2013, Ostprignitz-Ruppin. „Gesundheitsbericht des Landkreise Ostprignitz-Ruppin 2. überarbeitete Auflage.“ Januar 2013, Tag des Zugriffs: 4.1.2015, [http://www.ostprignitz-ruppin.de/media/custom/353\\_3384\\_1.PDF?1361514525](http://www.ostprignitz-ruppin.de/media/custom/353_3384_1.PDF?1361514525).

Sozialmonitoring Landkreis Märkisch Oderland.“ 2011, Tag des Zugriffs:4.1. 2016  
[www.maerkisch-oderland.de/cms/upload/pdf/Fachbereich.../SoMo\\_LKMOL\\_21072011.pdf](http://www.maerkisch-oderland.de/cms/upload/pdf/Fachbereich.../SoMo_LKMOL_21072011.pdf)

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 eigene Darstellung der Ebenen der Evaluation .....	8
Abbildung 2 Bevölkerungsprognose 2003-2030, Quelle: Sozialmonitoring 2011 .....	10
Abbildung 3 Prognose Anteil Kinder und Jugendliche Quelle: Sozialmonitoring 2011 .....	10
Abbildung 4 Bevölkerungsentwicklung in Ostprignitz-Ruppin, Quelle: Gesundheitsbericht 2013 .....	15
Abbildung 5 Anzahl Frühförderung OPR, Quelle: Gesundheitsbericht 2013 .....	16
Abbildung 6 Häufigste Befunde Einschüler OPR, Gesundheitsbericht 2013 .....	17
Abbildung 7 Befunde nach Sozialstatus Einschüler OPR, Quelle: Gesundheitsbericht 2013	17
Abbildung 8 Adipositas nach dem Sozialstatus. Quelle: Abteilung Gesundheit Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit .....	18
Abbildung 9 Adipositas Einschulungskinder in OPR (2014), Quelle: Abteilung Gesundheit Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit.....	19
Abbildung 10 Prozent Anteil Jugendliche Adipositas OPR, Quelle: Abteilung Gesundheit....	19
Abbildung 11 Anteil Befund emotionale/soziale Störung bei Einschulung in OPR (2014), Quelle: Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit.....	21
Abbildung 12 Entwicklung während der Schulzeit 2005-2014, Quelle ( LAVG, Dr. Gabriele Ellsäßer 2016).....	22
Abbildung 13 Kinder und Jugendschutz OPR /Quelle: Jugendförderplan 2015 .....	25
Abbildung 14 Ziele MOL Auftaktveranstaltung .....	28
Abbildung 15 Partner MOL Auftaktveranstaltung .....	29
Abbildung 16 Ziele OPR Auftaktveranstaltung .....	30
Abbildung 17 Stakeholder-Analyse OPR Auftaktveranstaltung .....	30
Abbildung 18 Handlungsfelder /Bestandsanalyse MOL 1. Arbeitstreffen .....	33
Abbildung 19 Stakeholder Analyse MOL 1. Arbeitstreffen .....	33
Abbildung 20 Mitglieder der KGK MOL,.....	47
Abbildung 21 - 3-Phasen Modell Kurt Lewin .....	58
Abbildung 22 AG Präventionskette in der KGK MOL .....	62
Abbildung 23 Zufriedenheit mit der Beratung durch die KGC.....	64
Abbildung 24 Angebote der KGC .....	64

## Anhang

- Kooperationsvereinbarung

## Impressum

Evaluationsbericht –Brandenburger Modell-Regionen - Gesundheit für alle!

Herausgeber

Gesundheit Berlin Brandenburg e.V.

Friedrichstr. 231, 10969 Berlin

Web: [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de),

[www.gesundheitbb.de](http://www.gesundheitbb.de)

Fon: 030-44319060



Gesundheit  
Berlin-Brandenburg e.V.  
Arbeitsgemeinschaft  
für Gesundheitsförderung

Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Brandenburg

Projektleitung

Dipl. Soz. Ute Sadowski

Behlerstr. 3a H1, 14467 Potsdam

Fon: 0331-887620-19

E-Mail: [sadowski@gesundheitbb.de](mailto:sadowski@gesundheitbb.de)

Redaktion: Ute Sadowski (V.i.S.d.P.), Tatjana Schulz, Carola Pöhlmann

Die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit wird gefördert durch die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen und das Ministerien für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg.



# Kooperationsvereinbarung

zwischen

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. /

Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Brandenburg

&

Die vorliegende Kooperationsvereinbarung wird im Rahmen des Kommunalen Partnerprozesses – Aufbau von integrierten gesundheitsförderlicher Strategien - Modellregion Land Brandenburg geschlossen. Sie beschreibt die wichtigsten inhaltlichen Ziele der Zusammenarbeit, benennt die Aufgaben der Koordinierungsstelle und der Kommune/des Landkreises sowie Ansprechpartner/innen.

## AUFGABEN DER KOORDINIERUNGSSTELLE

1. Zielklärung (wo stehen wir – wo wollen wir hin/Zielanalyse)
2. Bestands- und Bedarfsanalyse (was haben wir schon - was braucht es noch/ Fokus Übergänge)
3. Partnerauswahl (mit wem arbeiten wir zusammen - wen wollen wir hinzugewinnen/ Stakeholder Analyse)
4. Netzwerkbildung (Arbeitsstrukturen, -weisen/ Rollenfindung/ Kommunikationsformen entwickeln/ eingebundene oder noch zu integrierende Netzwerke z. B. Soziale Stadt, Institutionen Bereiche usw. eruieren)
5. Aufbau eines Steuerungskreises (Wer hat den Hut auf?, Arbeitsweise, nachhaltige Strukturen schaffen)
6. Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung in der kommunalen Gesundheitsförderung

### weitere Angebote (optional)

- ein bis zwei Sondierungsgespräche vor Ort/Erstellung eines individuellen Beratungs- und Coaching Angebotes (Kooperationsvereinbarung),
- Teilnahme an Besprechungen /Konferenzen /AG's/Tagungen vor Ort (Begleitung und/oder, Protokollierung der Ergebnisse),
- Fachinput zu unterschiedlichen Themen (Mitarbeiter stehen für Vorträge zur Verfügung),
- Beratung zur inhaltlichen Planung von

## AUFGABEN DER KOMMUNALEN PARTNER/INNEN

- Der Landkreis/die Kommune schließt mit der KGC-Brandenburg einen schriftlichen Kooperationsvertrag.
- Die Verantwortlichen der Modellregionen sollten zustimmen, der KGC-Brandenburg im Rahmen der Prozessevaluation auf Nachfrage relevante Informationen zur Verfügung zu stellen und sich bereit erklären an eventuellen Befragungen (Fokusgruppeninterviews) teilzunehmen. Ebenfalls wird die Teilnahme an mindestens einer Besprechung im Quartal zum Stand der Prozessevaluation vorausgesetzt.
- Die Modellregionen erklären sich damit einverstanden, dass die gewonnen Evaluationsergebnisse (Namen einzelner Akteure werden anonymisiert) in 2015/2016 in einer Handreichung/Publikation und in den Print-Medien von Gesundheit Berlin-Brandenburg sowie dem Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit veröffentlicht werden.
- Die Region bzw. der Landkreis/die Kommune trägt sich auf „inforo-online“, der Plattform des Partnerprozesses, als Partnerkommune/Landkreis ein.

Tagungen/Veranstaltungen/  
Besprechungen/Regionalkonferenzen (keine  
Organisation),

- Unterstützung im Bereich Öffentlichkeitsarbeit/und regionaler Öffentlichkeitsarbeit (geschützter Gesprächsraum/„Inforo- online“, Veröffentlichung von Texten auf [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/) Unterstützung/Publikation online/Print-Medien Gesundheit Berlin Brandenburg/Kooperationsverbund,
- Durchführung von einer zweitägigen Werkstatt („Gesund Aufwachsen“ oder „Gesunde Kommune“, individuelle Modulauswahl möglich),
- Beratung und Coaching zu unterschiedlichen Themen (siehe Grundbausteine 1-5, dazu erhalten die Modellregionen jeweils eine schriftliche Ausarbeitung bzw. Moduleinheiten in Form von Seminaren),
- Bereitstellung von Informationsmaterial zum Partnerprozess (Flyer, Broschüren, Power-Point Präsentationen usw.),
- Bereitstellung und Recherche von relevanten wissenschaftlichen Studien/Daten,
- Vermittlung von externen Expertinnen und Experten beispielsweise Mediatoren, Referenten und Partnern,
- Prozessevaluation (Identifizierung/Analyse von Stolpersteinen und Gelingensfaktoren, Evaluationsabschlussbericht)
- eine Besprechung im Quartal zum Stand der Prozessevaluation vor Ort

- Der Landkreis/die Kommune benennt feste Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner. Für eventuell nachfolgende Fachtagungen/Partnerkonferenzen werden Personen benannt die als Expertin/Experte für mindestens einen Fachvortrag zur Verfügung stehen.

#### **ZIELE DER ZUSAMMENARBEIT**

- ✓ Erste Schritte beim Aufbau einer regionalen Präventionskette (Modellregion) im Rahmen des Partnerprozesses „Gesund aufwachsen für alle!“ (BZgA) zu initiieren. Die Implementierung in bestehende kommunale Strukturen, den Aufbau von Netzwerkstrukturen sowie einem Steuerungskreis zu fördern. Durch eine begleitende Prozessevaluation sollen Handlungsempfehlungen generiert werden, die anderen Landkreisen in Brandenburg zur Verfügung gestellt werden können.

**ANSPRECHPARTNER/IN KOMMUNE:**

Vor-, Nachname:

Institution:

Adresse:

Tel.:

E-Mail:

**IM RAHMEN DER VORGESPRÄCHE WURDEN ZUSÄTZLICH FOLGENDE ABSPRACHEN GETROFFEN:**

---

---

---

---

Die unterzeichnenden Parteien verpflichten sich, aktiv an der erfolgreichen Umsetzung mitzuwirken.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

**Unterschrift**

\_\_\_\_\_

**Vertreter/in Kommune / des Landkreises**

\_\_\_\_\_

**Vertreter/in Koordinierungsstelle**

Die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Brandenburg wird gefördert durch die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen und Krankenkassenverbände im Land Brandenburg sowie durch das Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg.

