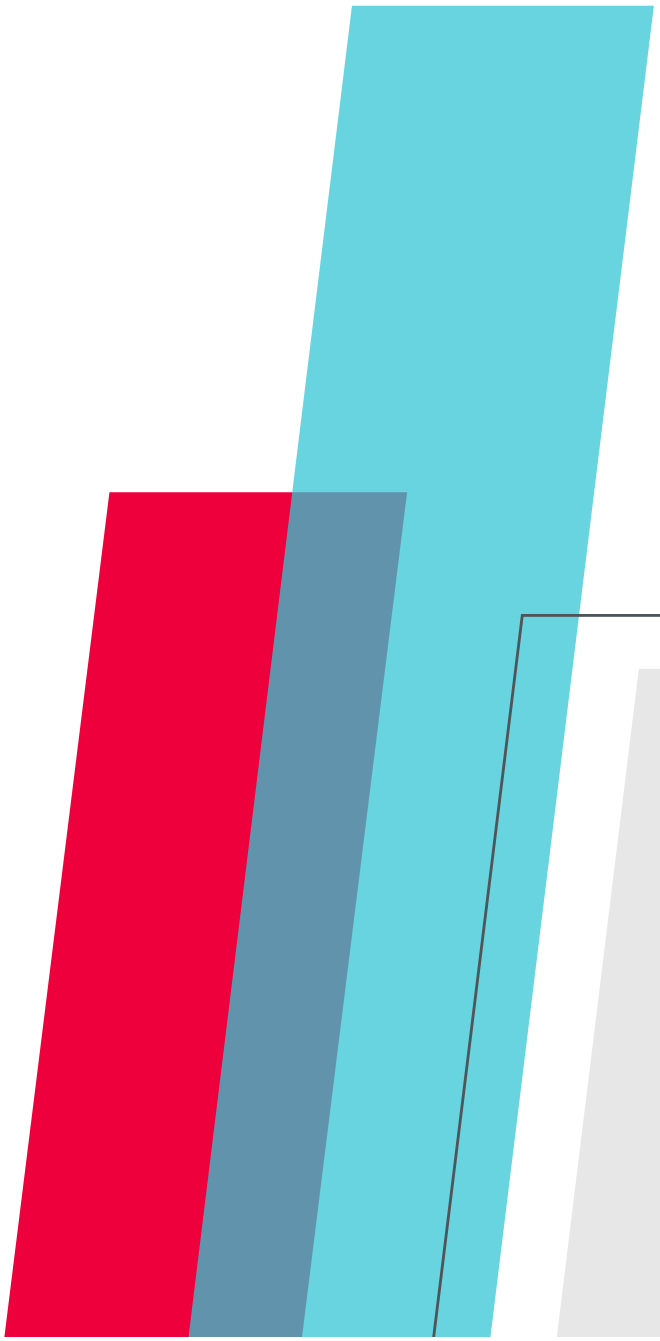
prognos

ERGEBNISBERICHT

Evaluation des Kommunalen Förderprogramms des GKV-Bündnisses für Gesundheit



Von
Janko Vollmer (Prognos AG),
Nina Altmann (Prognos AG),
Mattes Fischer (Prognos AG),
Emily Kraus (Prognos AG)
Prof. Dr. Petra Kolip (Universität Bielefeld)

Auftraggeber
GKV-Spitzenverband

Abschlussdatum
Oktober 2026

Gefördert mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V

GKV-Bündnis für GESUNDHEIT

prognos

Enabling progress.
With evidence.

Prognos gibt Orientierung in Zeiten der Ungewissheit. Wir vereinen Wirtschaftsforschung und Strategieberatung, um tragfähige Entscheidungen in komplexen Umfeldern zu ermöglichen. Unsere belastbaren Daten, präzisen Analysen und innovativen Methoden unterstützen Verantwortliche in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft dabei, den Wandel aktiv zu gestalten. So ermöglichen wir Fortschritt mit Substanz. Für Entscheidungen, die auf Evidenz beruhen.

Geschäftsführer
Christian Böllhoff

Präsident des Verwaltungsrates
Dr. Jan Giller

Handelsregisternummer
Berlin HRB 87447 B

Umsatzsteuer-Identifikationsnummer
DE 122787052

Rechtsform
Aktiengesellschaft nach schweizerischem Recht; Sitz der Gesellschaft: Basel-Stadt
Handelsregisternummer
CH-270.3.003.262-6

Gründungsjahr
1959

Arbeitssprachen
Deutsch, Englisch, Französisch

Unsere Standorte

Hauptsitz der Prognos AG in der Schweiz

Prognos AG
St. Alban-Vorstadt 24
4052 Basel
info@prognos.com

X: Prognos AG
LinkedIn: @Prognos_AG

prognos.com

Weitere Standorte der Prognos AG in Deutschland

Prognos AG
Goethestr. 85
10623 Berlin

Prognos AG
Domshof 21
28195 Bremen

Prognos AG
Werdener Straße 4
40227 Düsseldorf

Prognos AG
Heinrich-von-Stephan-Str. 17
79100 Freiburg

Prognos AG
Rödingsmarkt 9
(c/o Mindspace)
20459 Hamburg

Prognos AG
Nymphenburger Str. 14
80335 München

Prognos AG
Eberhardstr. 12
70173 Stuttgart

Standort der Prognos AG in Belgien

Prognos AG
Résidence Palace, Block C
Rue de la Loi 155
1040 Brüssel

Tochtergesellschaft in Österreich

Prognos Europe GmbH
c/o e7
Hasengasse 12/2
1100 Wien

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis		5
Abbildungsverzeichnis		7
1	**Zusammenfassung**	**11**
2	**Einleitung**	**13**
2.1	Das Kommunale Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit	13
2.2	Ziele der Evaluation und des vorliegenden Berichts	17
3	**Evaluationskonzept und Methodik**	**19**
3.1	Referenzrahmen der Evaluation	19
3.2	Erhebungsphasen und Methoden der Evaluation	23
4	**Ergebnisse zu kommunalen Strukturen und Rahmenbedingungen (Strukturqualität)**	**29**
4.1	Kommunale Rahmenbedingungen und Stellenwert gesundheitlicher Chancengleichheit	29
4.2	Prozess- und Projektkoordinationen	41
4.3	Steuerungsstrukturen für Gesundheitsförderung und Prävention	54
5	**Ergebnisse zur kommunalen Planung (Planungsqualität)**	**74**
5.1	Analyse von Bedarfen	74
5.2	Strategieentwicklung und Maßnahmenplanung	86
6	**Ergebnisse zur kommunalen Projekt- und Maßnahmenumsetzung (Prozessqualität)**	**95**
6.1	Umsetzung von Maßnahmen	95
6.2	Evaluation und Qualitätssicherung	116
7	**Ergebnisse zu den Förder-, Beratungs- und Unterstützungsangeboten**	**118**
7.1	Ablauf der Förderprojekte	118

7.2	Relevanz der Förderung und Erreichung der Förderziele	125
7.3	Beratung, Unterstützung und Austausch der Kommunen bei der Antragstellung, Planung und Umsetzung der Projekte	135
8	**Fallbeispiele für kommunale Gesundheitsförderung und Prävention**	**144**
8.1	Fallbeispiele für kommunale Strukturen	144
8.2	Fallbeispiele für kommunale Planung	162
8.3	Fallbeispiele für zielgruppenspezifische Interventionen	170
9	**Schlussfolgerungen und Empfehlungen**	**183**
9.1	Schlussfolgerungen zur Förderung zum Strukturaufbau	183
9.2	Schlussfolgerungen zur Förderung zielgruppenspezifischer Interventionen	184
9.3	Schlussfolgerungen und Empfehlungen zur kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention	186
9.4	Fazit	192

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Förderziele für den Strukturaufbau und zielgruppenspezifische Interventionen 16

Tabelle 2: Referenzrahmen und Themen der Evaluation 21

Tabelle 3: Überblick der Erhebungen 25

Tabelle 4: Erhebungen zu kommunalen Rahmenbedingungen und dem Stellenwert gesundheitlicher Chancengleichheit 30

Tabelle 5: Erhebungen zur Prozess- bzw. Projektkoordination 42

Tabelle 6: Erhebungen zu Steuerungsstrukturen 55

Tabelle 7: Erhebungen zu Bedarfsanalysen 75

Tabelle 8: Themenschwerpunkte für Zielgruppen zum Förderende des Strukturaufbaus 80

Tabelle 9: Themenschwerpunkte nach Zielgruppen zur Fördermitte (Zielgruppenspezifische Interventionen) 85

Tabelle 10: Erhebungen zur Strategieentwicklung und Maßnahmenplanung 87

Tabelle 11: Erhebungen zur Umsetzung von Maßnahmen 96

Tabelle 12: Fortführung von Maßnahmenformaten nach Förderende (Zielgruppenspezifische Interventionen) 107

Tabelle 13: Fortführung von Maßnahmen für verschiedene Zielgruppen nach Förderende (Zielgruppenspezifische Interventionen) 108

Tabelle 14: Fortführung von Maßnahmen für Multiplikatoren und Multiplikatorinnen nach Förderende (Zielgruppenspezifische Interventionen) 113

Tabelle 15: Erhebungen zur Evaluation und Qualitätssicherung 116

Tabelle 16: Erhebungen zum Ablauf der Förderprojekte 118

Tabelle 17: Projektstarts zum Strukturaufbau nach Jahren 119

Tabelle 18: Projektstarts zielgruppenspezifischer Interventionen nach Jahren 122

Tabelle 19: Erhebungen zur Relevanz der Förderung und der Erreichung der Förderziele 126

Tabelle 20: Geprüfte Einflussfaktoren auf die durchschnittliche Erreichung aller sieben Förderziele des Strukturaufbaus 129

Tabelle 21: Geprüfte Einflussfaktoren auf die durchschnittliche Erreichung aller fünf Förderziele der zielgruppenspezifischen Interventionen 133

Tabelle 22: Erhebungen zur Beratung, Unterstützung und zum Austausch der Kommunen 136

Tabelle 23: Übersicht der Fallbeispiele für kommunale Strukturen 144

Tabelle 24: Übersicht der Fallbeispiele für kommunale Planung 163

Tabelle 25: Übersicht der Fallbeispiele für zielgruppenspezifische Interventionen 171

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Erhebung in vier Phasen orientiert am individuellen Projektverlauf der Kommunen 24

Abbildung 2: Bereitschaft zu Veränderungen in den Kommunen zu Förderbeginn (Strukturaufbau) 31

Abbildung 3: Stellenwert gesundheitlicher Chancengleichheit in den kommunalen Verwaltungen zu Förderbeginn und Förderende (Strukturaufbau) 33

Abbildung 4: Strategien für gesundheitliche Chancengleichheit zu Förderbeginn und Förderende (Strukturaufbau) 34

Abbildung 5: Bereitschaft zu Veränderungen in den Kommunen zu Förderbeginn (Zielgruppenspezifische Interventionen) 36

Abbildung 6: Stellenwert gesundheitlicher Chancengleichheit in den Kommunen zu Förderbeginn und Förderende (Zielgruppenspezifische Interventionen) 38

Abbildung 7: Strategien für gesundheitliche Chancengleichheit zu Förderbeginn und zum Förderende (Zielgruppenspezifische Interventionen) 38

Abbildung 8: Stellenbesetzung der Prozesskoordination im gesamten Förderzeitraum (Strukturaufbau) 43

Abbildung 9: Merkmale der Prozesskoordinationen (Strukturaufbau) 45

Abbildung 10: Rahmenbedingungen für die Prozesskoordination zu Förderbeginn/-mitte und zum Förderende (Strukturaufbau) 46

Abbildung 11: Nachhaltigkeit der Prozesskoordination (Strukturaufbau) 47

Abbildung 12: Merkmale der Projektkoordinationen (Zielgruppenspezifische Interventionen) 49

Abbildung 13: Rahmenbedingungen für die Projektkoordination (Zielgruppenspezifische Interventionen) 50

Abbildung 14: Stellenbesetzung der Projektkoordination in der kommunalen Verwaltung im gesamten Förderzeitraum (Zielgruppenspezifische Interventionen) 51

Abbildung 15: Nachhaltigkeit der Projektkoordination (Zielgruppenspezifische Interventionen) 52

Abbildung 16: Entwicklung zentraler Steuerungsgremien zum Förderende (Strukturaufbau) 56

Abbildung 17: Dauerhafte Beteiligung kommunaler Ressorts in Gremien bzw. Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention (Strukturaufbau) 58

Abbildung 18: Dauerhafte Beteiligung weiterer Akteursgruppen in Gremien bzw. Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention (Strukturaufbau) 59

Abbildung 19: Abdeckung relevanter Ressorts und Akteure im zentralen Gremium zum Förderende (Strukturaufbau) 60

Abbildung 20: Bedarfsbezogene und zeitweise Zusammenarbeit im gesamten Förderzeitraum (Strukturaufbau) 61

Abbildung 21: Typischer Aufbau von Steuerungsstrukturen zum Förderende (Strukturaufbau) 62

Abbildung 22: Bewertung der Partizipation und Beteiligung in der Steuerungsstruktur für Gesundheitsförderung und Prävention zum Förderende (Strukturaufbau) 63

Abbildung 23: Bewertung der Zusammenarbeit der Steuerungsstruktur für Gesundheitsförderung und Prävention zum Förderende (Strukturaufbau) 64

Abbildung 24: Bewertung der Funktion der Steuerungsstruktur für Gesundheitsförderung und Prävention zum Förderende (Strukturaufbau) 65

Abbildung 25: Nachhaltigkeit der Steuerungsstrukturen (Strukturaufbau) 66

Abbildung 26: Dauerhafte Beteiligung kommunaler Ressorts an der Steuerung der zielgruppenspezifischen Interventionen (Zielgruppenspezifische Interventionen) 68

Abbildung 27: Dauerhafte Beteiligung weiterer Akteurinnen und Akteure an der Steuerung der zielgruppenspezifischen Interventionen (Zielgruppenspezifische Interventionen) 69

Abbildung 28: Beteiligung und Zusammenarbeit in der Steuerung zum Förderende (Zielgruppenspezifische Interventionen) 70

Abbildung 29: Nachhaltigkeit der Förderung (Zielgruppenspezifische Interventionen) 71

Abbildung 30: Instrumente zur Bedarfsanalyse zum Förderende (Strukturaufbau) 77

Abbildung 31: Zielgruppen, die in Bedarfsanalysen identifiziert wurden zum Förderende (Strukturaufbau) 79

Abbildung 32: Instrumente der Bedarfsanalysen zum Förderende (Zielgruppenspezifische Interventionen) 83

Abbildung 33: Relevanz der Bedarfsanalysen für die Maßnahmenumsetzung im gesamten Förderzeitraum (Zielgruppenspezifische Interventionen) 84

Abbildung 34: Umgang mit Projektzielen im gesamten Förderzeitraum (Strukturaufbau) 88

Abbildung 35: Bedeutung von Akteursgruppen für die Maßnahmenplanung im gesamten Förderzeitraum (Strukturaufbau) 90

Abbildung 36: Umgang mit Projektzielen im gesamten Förderzeitraum (Zielgruppenspezifische Interventionen) 91

Abbildung 37: Bedeutung von Akteursgruppen für die Maßnahmenplanung zur Fördermitte (Zielgruppenspezifische Interventionen) 92

Abbildung 38: Informationsquellen der Maßnahmenplanung zur Fördermitte (Zielgruppenspezifische Interventionen) 93

Abbildung 39: Auswirkungen des Strukturaufbaus für die Umsetzung von Maßnahmen im gesamten Förderzeitraum (Strukturaufbau) 97

Abbildung 40: Öffentlichkeitsarbeit im gesamten Förderzeitraum (Strukturaufbau) 98

Abbildung 41: Zielgruppen der Projekte (Zielgruppenspezifische Interventionen) 100

Abbildung 42: Zugangswege für Zielgruppen zum Förderende (Zielgruppenspezifische Interventionen) 101

Abbildung 43: Formate der Maßnahmen nach Zielgruppen zum Förderende (Zielgruppenspezifische Interventionen) 103

Abbildung 44: Bewertung der Maßnahmenumsetzung nach Zielgruppen zum Förderende (Zielgruppenspezifische Interventionen) 105

Abbildung 45: Öffentlichkeitsarbeit zur Fördermitte (Zielgruppenspezifische Interventionen) 114

Abbildung 46: Projektlaufzeiten (Strukturaufbau) 120

Abbildung 47: Auswirkungen der Corona-Pandemie zu Förderbeginn (Strukturaufbau) 121

Abbildung 48: Projektlaufzeiten (Zielgruppenspezifische Interventionen) 123

Abbildung 49: Auswirkungen der Corona-Pandemie zu Förderbeginn (Zielgruppenspezifische Interventionen) 124

Abbildung 50: Durchschnittliche Zielerreichung der einzelnen Förderziele zum Förderende (Strukturaufbau) 127

Abbildung 51: Durchschnittliche Zielerreichung der einzelnen Förderziele zum Förderende (Zielgruppenspezifische Interventionen) 131

Abbildung 52: Nutzung und Bewertung der Beratungs- und Unterstützungsangebote des Kommunalen Förderprogramms zur Fördermitte (Strukturaufbau) 138

Abbildung 53: Nutzung und Bewertung von weiteren Beratungs- und Unterstützungsangeboten außerhalb des Kommunalen Förderprogramms zur Fördermitte (Strukturaufbau) 139

Abbildung 54: Nutzung und Bewertung der Beratungs- und Unterstützungsangebote des Kommunalen Förderprogramms zur Fördermitte (Zielgruppenspezifische Interventionen) 141

Abbildung 55: Nutzung und Bewertung von weiteren Beratungs- und Unterstützungsangeboten außerhalb des Kommunalen Förderprogramms zur Fördermitte (Zielgruppenspezifische Interventionen) 142

Abbildung 56: Kommunale Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention in Cottbus 149

Abbildung 57: Kommunale Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention: Netzwerk Gesundes Leipzig 151

Abbildung 58: Kommunale Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention im Landkreis Trier-Saarburg 154

Abbildung 59: Kommunale Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention in Worms 161

1 Zusammenfassung

Das **Kommunale Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit** stärkte von 2019 bis 2026 Kommunen als zentrale Lebenswelt und als Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention, mit dem Ziel sozial bedingte Ungleichheiten von Gesundheitschancen zu vermindern. Die Förderung für Kommunen war als befristete Anschubfinanzierung angelegt und wurde durch Beratungs- und Unterstützungsangebote ergänzt. Insgesamt wurden 94 Kommunen mit 115 Förderprojekten Fördermittel im Umfang von 16,9 Mio. Euro zur Verfügung gestellt. Davon erhielten 64 Kommunen eine Förderung für den Strukturaufbau, um ressort- und trägerübergreifende Steuerungsstrukturen aufzubauen und weiterzuentwickeln, gesundheitsförderliche Strategien zu entwickeln sowie Handlungsschwerpunkte und Maßnahmen festzulegen. Die Projekte zum Strukturaufbau erstreckten sich über einen Zeitraum von durchschnittlich 5,2 Jahren und wurden im Durchschnitt mit 183.500 Euro gefördert. In 44 Kommunen wurden weitere 51 Projekte gefördert, um gesundheitsförderliche Maßnahmen für vulnerable Zielgruppen bedarfsgerecht zu planen, umzusetzen und zu evaluieren. Die zielgruppenspezifischen Interventionen liefen durchschnittlich 4,2 Jahre und wurden im Durchschnitt mit 102.000 Euro gefördert.

Die **wissenschaftliche Evaluation** wurde von März 2020 bis Juni 2026 durchgeführt. Sie betrachtete alle Projekte zu mehreren Zeitpunkten, um übergreifende Erkenntnisse zur kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention zu gewinnen. Auch praxisnahe Einblicke in ausgewählte Kommunen und Projekte wurden gewonnen. Die Evaluation verknüpfte mehrere Erhebungen miteinander, darunter Online-Befragungen, Interviews, Dokumentenanalysen und Fallbeispiele. Die Evaluationsergebnisse basieren größtenteils auf Angaben der kommunalen Projektverantwortlichen. Da diese teils wechselten, weil die Projektanzahl begrenzt war und aufgrund teils unterschiedlicher Ausgangslagen, Projektabläufe, Förderbedingungen und Erhebungszeitpunkte waren zahlenbasierte Analysen vorwiegend beschreibend möglich. Zusammenhänge zwischen der Förderung und Entwicklungen in den Kommunen ließen sich nicht statistisch nachweisen, sondern wurden durch Interviews und Fallbeispiele qualitativ untersucht.

Ergebnisse des Strukturaufbaus waren vor allem Koordinationsstellen und Steuerungsstrukturen: Die Stellen der für den Aufbau zuständigen Prozesskoordinationen wurden überwiegend erfolgreich etabliert und zu zwei Dritteln nach Förderende verstetigt. Auch wurden in der Hälfte der Kommunen zentrale Gremien für Gesundheitsförderung vollständig neu aufgebaut. Am Ende der Förderung verfügten 48 Kommunen über ein solches Gremium, in dem Verwaltungsakteure mit vielfältigen weiteren Akteursgruppen zusammenarbeiteten. Auch die zukünftige Steuerung wurde in über drei Vierteln der Kommunen als weitgehend gesichert eingeschätzt. Zudem wurden Bedarfsanalysen umgesetzt, um Zielgruppen und Handlungsfelder zu identifizieren: Insbesondere kommunale Daten und Fachkräfte aus den Lebenswelten und Zielgruppen wurden einbezogen. Strategische Planungsprozesse wurden ebenfalls gestärkt: Die Anzahl der Kommunen mit Strategien bezüglich gesundheitlicher Chancengleichheit stieg im Verlauf der Förderung von 13 auf 32. Konkrete Maßnahmen wurden durch die strukturelle Entwicklung ebenfalls umgesetzt: So führten 55 der Kommunen während des Strukturaufbaus neue Maßnahmen für Zielgruppen durch.

Ergebnisse der zielgruppenspezifischen Interventionen waren vor allem Maßnahmen für vulnerable Zielgruppen. Zu den rund 120 Maßnahmen gehörten beispielsweise Gruppenangebote, Treffpunkte und Beratungsleistungen. Die Projekte widmeten sich vorwiegend Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien, älteren Menschen, Alleinerziehenden, Menschen mit Migrationshintergrund sowie Menschen mit Behinderungen oder Beeinträchtigungen. Auch für Fachkräfte sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wurden insgesamt 139 Maßnahmen umgesetzt, darunter Vorträge, Tagungen, Netzwerktreffen sowie Informationsmaterialien und Beratungen. Kommunale Verwaltungen, lokale Projektträger sowie Fachkräfte und Einrichtungen mit direktem Zugang zu den Zielgruppen arbeiteten eng zusammen. Umfassende und partizipative Bedarfsanalysen wurden regelmäßig durchgeführt und dienten dazu, die Maßnahmen bedarfsgerecht zu planen, zu gestalten und anzupassen. Ausbaufähig waren allerdings die Partizipation von Zielgruppen an der Planung und Gestaltung der Maßnahmen sowie deren Evaluation. Auch die vulnerablen Zielgruppen zu erreichen war eine zentrale Herausforderung der Projekte. Die Projekte nach der Förderung fortzusetzen, gelang nur teilweise: Mangels finanzieller Mittel für die Personalstellen, wurden die Steuerungsgremien der Projekte teils nicht beibehalten. Laufende Maßnahmen für Zielgruppen wurden in über der Hälfte der Projekte (voraussichtlich) fortgesetzt, Maßnahmen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in rund zwei Dritteln der Projekte.

Insgesamt hat das Kommunale Förderprogramm in vielen Kommunen nachhaltige Entwicklungen angestoßen. Die Förderung wurde in beiden Förderbereichen von den kommunalen Projektverantwortlichen fast ausnahmslos als eher oder sehr wichtig eingeschätzt. Auch die Erreichung der Förderziele wurde im Durchschnitt positiv eingeschätzt. Zugleich wurden die Förderziele nicht in allen Kommunen vollständig erreicht. Die Anschubfinanzierung wirkte besonders dort dauerhaft, wo Kommunen Personalstellen und Steuerungsstrukturen frühzeitig institutionell absicherten. Verbindliche Strategien, politische Beschlüsse und die Unterstützung der Leitungsebene erleichterten die Verstetigung. Finanzierungs- und Personalengpässe blieben die häufigsten Hindernisse. Kommunale Eigenmittel reichten insbesondere für die dauerhafte Finanzierung von Maßnahmen häufig nicht aus.

Wesentliche **Schlussfolgerungen** sind, dass in den Kommunen vor allem dauerhafte Koordinationsstellen, verbindliche Steuerungsstrukturen, kontinuierliche und partizipative Planungsprozesse, zielgruppenspezifische Maßnahmen und Zugangswege sowie frühzeitig entwickelte und mit Ressourcen hinterlegte Verstetigungsstrategien notwendig sind. Die nachhaltige Verankerung von Gesundheitsförderung, Prävention und gesundheitlicher Chancengleichheit in Kommunen hängt maßgeblich von verlässlichen gesetzlichen, politischen, personellen und finanziellen Rahmenbedingungen ab.

2 Einleitung

2.1 Das Kommunale Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit

Das **GKV-Bündnis für Gesundheit** ist die gemeinsame Initiative aller gesetzlichen Krankenkassen und ihrer Verbände nach § 20a SGB V. Ein Schwerpunkt des GKV-Bündnisses für Gesundheit liegt auf der kommunalen Gesundheitsförderung, da Kommunen gesundheitsrelevante Lebensbedingungen gestalten, unterschiedliche Lebenswelten wie Kitas und Schulen umfassen sowie vulnerable Zielgruppen durch niedrigschwellige Angebote erreichen können.

Das **Kommunale Förderprogramm**, welches seit 2019 besteht, verfolgt das übergeordnete Ziel der gesetzlichen Krankenkassen sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu vermindern (§ 20 Absatz 1 SGB V). Die Förderung in zwei Bereichen sollte Kommunen dabei unterstützen, Prävention und Gesundheitsförderung systematisch weiterzuentwickeln, gesundheitsförderliche Strukturen aufzubauen bzw. weiterzuentwickeln sowie bedarfsgerechte und niedrigschwellige gesundheitsförderliche Ansätze zu schaffen:

- Im **Förderbereich Strukturaufbau** wurden Kommunen beim Aufbau bzw. der Weiterentwicklung ressort- und trägerübergreifender Steuerungs-, Koordinierungs- und Kooperationsstrukturen unterstützt. Gefördert wurden insbesondere Personalressourcen für eine kommunale Prozesskoordination sowie begleitende Beratungs- und Qualifizierungsangebote.
- Im **Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen** wurden lebensweltbezogene Maßnahmen für vulnerable Zielgruppen gefördert. Der Schwerpunkt lag auf der Entwicklung, Umsetzung und Evaluation gesundheitsfördernder und primärpräventiver Interventionen in kommunaler Verantwortung, häufig in Kooperation mit Projektträgern vor Ort. Die Interventionen richteten sich an vulnerable Zielgruppen wie Kinder und Jugendliche aus sucht- und/oder psychisch belasteten Familien, ältere Menschen, Alleinerziehende, Menschen mit Migrationshintergrund sowie Menschen mit Behinderungen oder Beeinträchtigungen.

Die Förderung wurde als **befristete Anschubfinanzierung** angelegt:

- Im Strukturaufbau richtete sich die Förderung an bundesweit 195 Kommunen, deren Einwohnerschaft unter Berücksichtigung der Indikatoren Bildung, Beruf und Einkommen als sozial benachteiligt galt. Die Ermittlung erfolgte auf Basis des German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD) des Robert Koch-Instituts (RKI).[1] Eine weitere Fördervoraussetzung waren keine oder gering entwickelte Steuerungsstrukturen für

[1] Kommunen waren antragsberichtigt, wenn sie im bundesweiten Vergleich dem 4. oder 5. Quintil des GISD zugeordnet wurden. In den Stadtstaaten und der Stadt Bremen erfolgte eine Auswahl bzw. Förderung von Bezirken. Sechs Modellkommunen, die aufgrund abweichender Kriterien (geografische Verteilung, Gemeindetyp, Strukturstärke und Vorerfahrungen in der Bewegungsförderung bei Menschen mit sozialer Benachteiligung) für das Projekt Kommunale Bewegungsförderung zur Implementierung der Nationalen Empfehlungen (KOMBINE) ausgewählt wurden, konnten im Anschluss eine Förderung im Förderbereich Strukturaufbau beantragen.

Gesundheitsförderung und Prävention. Berechtigte Kommunen konnten im Zeitraum vom 1. Januar 2019 bis zum 30. Juni 2020 Förderanträge einreichen.[2] Die Förderung war planmäßig für bis zu fünf Jahre vorgesehen, in zwei Förderphasen: Förderphase 1 zur Entwicklung der Strukturen und Förderphase 2 zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit der Strukturen. Die finanzielle Förderung erfolgte degressiv, d. h. mit zunehmender Laufzeit steigt der Eigenanteil der Kommune. Ziel war es, die aufgebauten Strukturen nach Ende der Förderung kommunal zu tragen. Durchschnittlich wurden pro Kommune ca. 183.500 Euro für den Strukturaufbau zur Verfügung gestellt.

- Für zielgruppenspezifische Interventionen konnten alle kommunalen Gebietskörperschaften auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte bzw. auf Bezirksebene der Stadtstaaten (über 400) Anträge einreichen, im Zeitraum vom 1. Juli 2019 bis zum 31. Dezember 2021.[3] Auch diese Förderung war als befristeter Anschub für bis zu vier Jahre vorgesehen und umfasste anfänglich eine Förderphase 1 zur Umsetzung und eine Förderphase 2 zur Nachhaltigkeitssicherung. Das Antragsverfahren wurde bereits 2020 vereinfacht, indem die zwei Förderphasen zusammengeführt wurden. Ein Großteil der Kommunen musste somit nur einen Antrag für die Förderung der zielgruppenspezifischen Interventionen stellen. Für jede zielgruppenspezifische Intervention wurden im Schnitt ca. 102.000 EUR für zur Verfügung gestellt.

Im Kommunalen Förderprogramm wurden insgesamt Fördermittel in Höhe von ca. 16,9 Mio. Euro für die Projekte bewilligt. In beiden Förderbereichen standen den Kommunen neben Fördermitteln Beratungs-, Unterstützungs- und Qualifizierungsangebote für die Antragstellung und während der Förderung zur Verfügung.

Insgesamt wurden **94 Kommunen mit 115 Förderprojekten** im Kommunalen Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit gefördert[4]:

- Im Förderbereich Strukturaufbau gab es insgesamt 64 Förderprojekte in 64 Kommunen.[5]
- Im Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen gab es insgesamt 51 Förderprojekte in 44 Kommunen.[6]
- 50 Kommunen nahmen ausschließlich im Förderbereich Strukturaufbau teil.
- 30 Kommunen nahmen ausschließlich im Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen teil, davon hatten sechs Kommunen zwei Projekte in diesem Förderbereich.
- 14 Kommunen nahmen in beiden Förderbereichen teil: 13 Kommunen hatten je ein Förderprojekt in beiden Förderbereichen, eine Kommune wurde im Förderbereich

---

[2] Die ursprüngliche Antragsfrist vom 31. Dezember 2019 wurde um sechs Monate verlängert. Um den pandemiebedingten Belastungen der Kommunen zu begegnen, wurde den Kommunen vor Ablauf der Frist eine vereinfachte Antragstellung ermöglicht: statt der kompletten Unterlagen mussten sie bis zum Stichtag 30. Juni 2020 lediglich eine Absichtserklärung (Letter of Intent – LoI) einreichen und die vollständigen Unterlagen im Nachgang einreichen.

[3] Die ursprüngliche Antragsfrist für das Förderangebot zum 31. Dezember 2020 wurde um ein Jahr verlängert. Aufgrund des Urteils des Bundessozialgerichts (BSG) vom 18. Mai 2021 (B 1 A 2/20 R) wurde ein Teil der eingereichten Anträge nicht mehr im Rahmen des Förderprogramms innerhalb der damaligen Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) nach § 20a SGB V Abs. 3 und 4 in der Fassung vom 1. März 2020 gefördert. Diese Kommunen erhielten bereits damals Fördermittel durch die gesetzlichen Krankenkassen außerhalb der BZgA-Beauftragung und waren daher nicht Gegenstand der vorliegenden Begleitevaluation.

[4] Weitere bewilligte Projekte, die ihre Anträge vor Projektbeginn widerrufen haben, sind in den Anzahlen nicht enthalten.

[5] Darunter sind sechs Kommunen, die zusätzlich im Projekt KOMBINE gefördert wurden.

[6] Darunter sind fünf Kommunen, die zusätzlich im Projekt KOMBINE gefördert wurden.

Strukturaufbau und mit zwei Projekten im Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen gefördert.

Die **Projektstarts** der Förderprojekte lagen verteilt über mehrere Jahre. Während ein Projekt zum Strukturaufbau bereits Ende 2019 startete, begannen die meisten Projekte in diesem Förderbereich im Jahr 2020. Ein Großteil der zielgruppenspezifischen Interventionen wurde im Jahr 2021 begonnen. Die spätesten Starts in beiden Förderbereichen lagen Anfang 2022.

Im Durchschnitt betrug die **Laufzeit der Förderung** zum Strukturaufbau 5,2 Jahre (ohne Widerrufe der Förderung und fünf abgebrochene Projekte). Dabei variierte die Laufzeit in den 59 Kommunen ohne vorzeitigem Projektabbruch zwischen 3,0 und 6,6 Jahren, insbesondere weil zehn Kommunen nur in Förderphase 1 gefordert wurden, während 49 ebenfalls die Förderphase 2 nutzten. Zudem gab es häufig Laufzeitverlängerungen von mehreren Monaten. Die durchschnittliche Laufzeit der 50 zielgruppenspezifischen Interventionen (ohne ein abgebrochenes Projekt) betrug 4,2 Jahre. Die Laufzeit in den einzelnen Kommunen variierte dabei zwischen 2,9 und 5,5 Jahren. [7]

Für alle Förderprojekte waren einheitliche **Förderziele** definiert (Tabelle 1), für die die Kommunen in sogenannten Ziele-Maßnahmen-Tabellen (ZiMT) konkrete Projektziele und Maßnahmen festlegen und im Rahmen der Förderung verfolgen.

[7] Aufgrund des 2020 vereinfachten Antragsverfahrens war die Förderung für den Großteil der Projekte (46 Projekte) nicht in zwei Phasen aufgeteilt. Vier Projekte nutzten nur die Förderphase 1.

Tabelle 1: Förderziele für den Strukturaufbau und zielgruppenspezifische Interventionen

Förderziele im Förderbereich Strukturaufbau	Förderziele im Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen
1. Weiterentwicklung der Steuerungsstrukturen: Die Kommune hat eigene ressort- und trägerübergreifende Steuerungsstrukturen (weiter-) entwickelt (Koordinierung und Kooperationsgremien), um kommunale Gesundheitsförderung und Prävention im Sinne des Public Health Action Cycles weiterzuentwickeln und umzusetzen. **2. Durchführung des Strategieentwicklungsprozesses:** Die Kommune hat einen geplanten und koordinierten Prozess der Strategieentwicklung in kommunaler Verantwortung durchlaufen. **3. Aktivierung von Ressourcen:** Die Kommune hat verfügbare Ressourcen definiert und in die Strategie eingebunden (Ressourcen sind aktiviert). **4. Verbesserung der Wissensbasis:** Die Wissensbasis zu den kommunalen Bedarfen und Bedürfnissen in Lebenswelten und vulnerablen Zielgruppen ist verbessert. **5. Abstimmung der Strategie:** Die Kommune hat die Strategien bzw. die zugrunde liegenden Ziele partizipativ mit Akteursgruppen, bspw. Bewohnerinnen und Bewohnern, abgestimmt. **6. Festlegung von Handlungsschwerpunkten und Maßnahmen:** Die Handlungsschwerpunkte für konkrete Lebenswelten und Zielgruppen sind abgeleitet und Maßnahmen formuliert. **7. Definition kommunaler Schwerpunkte:** Mögliche kommunale Schwerpunkte zu spezifischen Themen oder Zielgruppen sind definiert.	**1. Nutzung und Aufbau von Strukturen** (Projektsteuerung, Prozessbegleitung, Qualitätssicherung und Verstetigung): Vorhandene und für das Vorhaben relevante kommunale Strukturen und Netzwerke sind identifiziert, werden genutzt und ggf. ausgebaut. Ein Steuerungsgremium ist aufgebaut und für das Vorhaben relevante Akteurinnen und Akteure sind darin eingebunden. Maßnahmen zur Verstetigung des Vorhabens über den Förderzeitraum hinaus werden definiert und angestoßen. **2. Analyse von Bedarfen und Ressourcen**: Ressourcen und Bedarfe werden analysiert und identifiziert. Die Bedarfsanalyse wird in regelmäßigen Abständen während der Projektlaufzeit wiederholt, sodass eine kontinuierliche Überprüfung der Bedarfe erfolgen kann. **3. Maßnahmenplanung** (konkrete inhaltliche und zeitliche Maßnahmenplanung auf Basis der Analyse): Basierend auf der Bedarfslage werden Ziele, Handlungsschwerpunkte und Maßnahmen definiert. Die Bedürfnisse und Bedarfe der Zielgruppen werden bei der Planung berücksichtigt. **4. Maßnahmenumsetzung** (konkrete Durchführung der geplanten Maßnahmen): Maßnahmen, die geeignet sind, die Lebenswelt gesundheitsfördernd zu verändern (Verhältnisprävention), wer-den eingeleitet, umgesetzt und etabliert, ebenso Maßnahmen, die auf das individuelle Gesundheitsverhalten sowie auf individuelle Kompetenzen und Ressourcen (Verhaltensprävention) zielen. Maßnahmen der Verhaltens- bzw. Verhältnisprävention sind aufeinander abgestimmt und werden koordiniert umgesetzt. **5. Evaluation** (Qualitätssicherung und Weiterentwicklung): Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie zur internen und ggf. externe Evaluation werden geplant und umgesetzt. Die Ergebnisse fließen kontinuierlich in die Umsetzung des Vorhabens ein.

Quelle: Förderbekanntmachungen des GKV-Bündnisses für Gesundheit

© Prognos AG, 2026

Zentrale Akteure des Förderprogramms sind das GKV-Bündnis für Gesundheit, das den fachlichen und fördernden Rahmen setzt, wobei der GKV-Spitzenverband die koordinierende Rolle einnimmt und als Zuwendungsgeber agiert.[8] Der Projektträger wurde vom GKV-Spitzenverband beauftragt und übernimmt die administrative und zuwendungsrechtliche Abwicklung der Förderungen. Die damaligen Programmbüros[9] in den Bundesländern berieten im Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen im Rahmen eines zweistufigen Antragsverfahrens zu Fördervoraussetzungen und unterstützen bei der Erarbeitung von sogenannten Projektskizzen. Im

[8] Bis 2023 war die damalige Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA; seit Februar 2025 Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit - BIÖG) mit der Umsetzung beauftragt. Seit 2024 wird das Kommunale Förderprogramm federführend durch den GKV-Spitzenverband umgesetzt.

[9] Die Programmbüros waren im Zeitraum 2019 bis Ende 2023 operative Koordinierungs- und Servicestellen des GKV-Bündnisses für Gesundheit insbesondere zur fachlichen Beratung von kommunalen Akteuren in den einzelnen Bundesländern. Mit der gesetzlichen Neuregelung des § 20a Abs. 3 und 4 SGB V im Mai 2023 wurden in allen 16 Bundesländern Landesarbeitsgemeinschaften der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen gebildet (kurz: ARGEn).

Förderbereich Strukturaufbau wurden Personalstellen für die Koordination sogenannte „Prozesskoordinationen“ gefördert. Diese waren verantwortlich, den Strukturaufbau in ihrer Kommune zu steuern. Ergänzend finanzierte das GKV-Bündnis für Gesundheit eine Prozessbegleitung durch externe Institutionen. Die Prozessbegleitungen berieten die Kommunen über den gesamten Förderzeitraum in fachlichen Fragen, bei der Vernetzung, der Qualitätsentwicklung und der Verstetigung. Die zielgruppenspezifischen Interventionen wurden in den Kommunen von sogenannten Projektkoordinationen gesteuert, wobei häufig lokale Projektträger (z. B. Vereine, freie Träger) umfassend an der Steuerung der Projekte beteiligt sind.

2.2 Ziele der Evaluation und des vorliegenden Berichts

Das **Ziel der Evaluation** des Kommunalen Förderprogramms des GKV-Bündnisses für Gesundheit war es, das Zusammenwirken von Strukturen, Rahmenbedingungen, Prozessen und Ergebnissen der Förderung in den Kommunen zu untersuchen. Dabei sollten Erkenntnisse über Erfolgsfaktoren und Hinderungsgründe der Umsetzung der geförderten Projekte sowie bezüglich der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention gewonnen werden. Beide Förderbereiche sollten sowohl separat untersucht und bewertet als auch integriert evaluiert werden, um die Fragen nach möglichen Synergieeffekten zu beantworten. Die Evaluation wurde zu diesem Zweck programmbegleitend von März 2020 bis Juni 2026 durchgeführt.[10]

Der **vorliegende Bericht** bereitet die Evaluationsergebnisse auf und liefert Schlussfolgerungen in Bezug auf die Ausgangssituation, die Umsetzung und die Ergebnisse der Förderung sowie die Nachhaltigkeit bzw. Verstetigung in den geförderten Kommunen. Neben Erkenntnissen über die kommunale Gesundheitsförderung und Prävention werden dabei auch Hinweise auf die Passgenauigkeit des Kommunalen Förderprogramms geliefert. Auch wenn sich das Evaluations- und Erhebungskonzept eng an den einzelnen Kommunen und dem Ablauf der Förderprojekte ausrichtet, erfolgen die Ergebnisdarstellungen und Schlussfolgerungen insgesamt auf einer aggregierten Ebene, da übergreifende Erkenntnisse im Fokus des Evaluationsauftrags liegen:

- In Kapitel 3 werden die Grundzüge des **Evaluationskonzepts** dargestellt. Anschließend wird das methodische Vorgehen aller durchgeführten Erhebungen bzw. Analysen bezüglich der beiden Förderbereiche näher ausgeführt und Limitationen werden dargelegt.
- In den Kapiteln 4 bis 6 werden die **Ergebnisse** aller Erhebungen und Analysen für beide Förderbereiche beschrieben. Die Kapitel und Abschnitte gliedern sich nach der **Struktur-, Planungs- und Prozessqualität** kommunaler Gesundheitsförderung und Prävention sowie den diesbezüglichen Evaluationsthemen.
- In Kapitel 7 werden die **Förder-, Beratungs- und Unterstützungsangebote des Kommunalen Förderprogramms** betrachtet, wobei hier u. a. auch auf den Ablauf der Projekte und die Erreichung der Förderziele eingegangen wird.
- In Kapitel 8 werden anhand von **Fallbeispielen** ausgewählte Förderprojekte zum Strukturaufbau und für zielgruppenspezifische Interventionen vertieft, um praxisnahe Einblicke zu geben.

[10] Die Erhebungen wurden im Juni 2026 abgeschlossen, worauf eine Auswertungs- und Berichtsphase bis September 2026 folgte.

- In Kapitel 9 werden übergreifende **Schlussfolgerungen** zu beiden Förderbereichen sowie der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention gezogen. Aus den zentralen Herausforderungen und Erfolgsfaktoren, die in der Evaluation identifiziert wurden, werden zudem **Empfehlungen** für die kommunale Gesundheitsförderung und Prävention abgeleitet.

3 Evaluationskonzept und Methodik

3.1 Referenzrahmen der Evaluation

Das Evaluationskonzept ist fachlich und methodisch darauf ausgerichtet, den unterschiedlichen Rahmenbedingungen und Kontexten innerhalb der Kommunen gerecht zu werden und Entwicklungsprozesse im Verlauf der Förderung abbilden zu können. Dabei betrachtete die Evaluation die Förderbereiche sowohl separat als auch in ihrem Zusammenwirken. Das übergeordnete Ziel des Kommunalen Förderprogramms – die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen (§ 20 Absatz 1 SGB V) – wird als Querschnittsthema berücksichtigt.

Als **zentraler Referenzrahmen** der Evaluation wurden die vier Qualitätsdimensionen kommunaler Gesundheitsförderung verwendet (Tabelle 2). Hierbei wurden die Qualitätskriterien von Donabedian[11] (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) um den Aspekt der Planungsqualität ergänzt.[12] Mithilfe der Qualitätsdimensionen konnte der Beitrag der beiden Förderbereiche bzw. der hier geförderten Projekte auf die kommunale Gesundheitsförderung und Prävention separat evaluiert werden. Ebenso konnten das Kommunale Förderprogramm als Ganzes sowie Synergieeffekte beider Förderbereiche mithilfe dieses Referenzrahmens untersucht und bewertet werden. Die gemeinsame Bezugsebene für die vier Qualitätsdimensionen war dabei die Gesundheitsförderung in der Kommune an sich und nicht das einzelne Förderprojekt. D. h. die Evaluation betrachtete den Stand und die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention in den Kommunen und nicht nur die Erreichung der Projektziele. Um insbesondere die Strukturbildung detaillierter zu erfassen, erfolgte außerdem eine Orientierung am Konzept des Capacity-Building (Kapazitätsaufbau), das z. B. Partizipation der Gemeindeakteurinnen und -akteure, Vernetzung und Ressourcengenerierung umfasst.[13] Um die Rahmenbedingungen in den Kommunen für gelingende Förderprojekte zu berücksichtigen, wurde zudem die kommunale Veränderungsbereitschaft („Organizational Readiness for Change“) erfasst.

Die einzelnen Förderprojekte zielten auf Entwicklungen auf der Ebene der verschiedenen Qualitätsdimensionen ab. Die unterschiedlichen Ausrichtungen der beiden Förderbereiche des Förderprogramms setzten mit ihren Förderzielen die Schwerpunkte. Die Förderziele wurden für die Evaluation den **Qualitätsdimensionen der kommunalen Gesundheitsförderung** zugeordnet (Tabelle 2).

[11] Donabedian 1966.
[12] Kolip 2019; Kolip et al. 2019; Kolip /Trojan 2021.
[13] Nickel /Trojan 2026.

Die **Strukturqualität** beschreibt die Voraussetzungen, unter denen kommunale Gesundheitsförderung und Prävention geplant und umgesetzt werden:

- Dazu zählen insbesondere Personalressourcen, Qualifikationen und Vorerfahrungen, finanzielle Ressourcen, technische Ausstattung, Netzwerk- und Kommunikationsstrukturen sowie Nachhaltigkeit.
- Im Förderbereich Strukturaufbau wurde ihr das Förderziel zur Weiterentwicklung von Steuerungsstrukturen (Ziel 1) zugeordnet.
- Im Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen betraf sie das Förderziel zur Nutzung und zum Aufbau von Strukturen (Ziel 1).
- Evaluiert wurde die Strukturqualität über kommunale Veränderungsbereitschaft, Gesundheitsförderung und Prävention vor der Förderung sowie den Stellenwert gesundheitlicher Chancengleichheit. Die Prozess- und Projektkoordinationen wurden bezüglich ihrer Merkmale und ihrer Etablierung sowie der Stellenbesetzung und -verstetigung analysiert. Die Steuerungs- und Projektstrukturen wurden hinsichtlich Form und Entwicklung, beteiligter Akteursgruppen, Zusammenarbeit und Nachhaltigkeit analysiert.

Die **Planungsqualität** umfasst die fachliche Fundierung der kommunalen Strategie- und Maßnahmenentwicklung:

- Relevant sind eine fundierte Problem- und Bedarfsanalyse, Zielgruppenorientierung, theorie- und evidenzgestützte Planung sowie eindeutige Zieldefinitionen.
- Im Strukturaufbau wurden dieser Dimension die Förderziele zur Durchführung des Strategieentwicklungsprozesses (Ziel 2), Aktivierung von Ressourcen (Ziel 3), Verbesserung der Wissensbasis (Ziel 4), Abstimmung der Strategie (Ziel 5), Festlegung von Handlungsschwerpunkten und Maßnahmen (Ziel 6) sowie Definition kommunaler Schwerpunkte (Ziel 7) zugeordnet.
- Bei den zielgruppenspezifischen Interventionen entsprachen ihr vor allem die Förderziele Analyse von Bedarfen und Ressourcen (Ziel 2) sowie Maßnahmenplanung (Ziel 3).
- Evaluiert wurde die Planungsqualität mit Blick auf Analysen der Bedarfe vulnerabler Zielgruppen und Lebenswelten sowie Maßnahmenplanungen, wobei u. a. eingesetzte Instrumente, beteiligte Akteursgruppen und die Partizipation von Zielgruppen betrachtet wurden. Die Strategieentwicklung wurde u. a. über die Zieldefinition während der Förderung und die Ausrichtung an gesundheitlicher Chancengleichheit evaluiert.

Die **Prozessqualität** richtet den Blick auf die Umsetzung der geplanten Aktivitäten und auf die Qualität der Abläufe im Förderverlauf:

- Dazu gehören die Umsetzungsqualität und Ergebnisse der Maßnahmen (Outputs), der Ablauf der Prozesse im Sinne der definierten Ziele sowie die systematische Reflexion von Erfolgsfaktoren und Barrieren.
- Im Strukturaufbau wurden hier über die expliziten Förderziele hinausgehende intendierte Effekte der Förderung berücksichtigt.
- Bei den zielgruppenspezifischen Interventionen wurden die Förderziele Maßnahmenumsetzung (Ziel 4) und Evaluation (Ziel 5) dieser Dimension zugeordnet.
- Die Evaluation untersuchte die Prozessqualität entlang der Umsetzung von Maßnahmen im Rahmen der Förderung, wobei insbesondere der Zugang zu und die Inanspruchnahme

sowie die Nachhaltigkeit und Verstetigung von Maßnahmen betrachtet werden. Ergänzend wurden die Vorgehensweisen bei der Evaluation der Wirksamkeit und eingesetzte Qualitätssicherungsmaßnahmen erhoben. Die **Ergebnisqualität** bezieht sich auf Wirkungen in Zielgruppen sowie auf die Nachhaltigkeit dieser Wirkungen:

- In beiden Förderbereichen waren keine diesbezüglichen Förderziele definiert. Relevant wären vielmehr über die Förderziele hinausgehende intendierte Effekte der Förderung.
- Aufgrund fehlender Datengrundlagen war die Ergebnisqualität jedoch nicht Gegenstand der Evaluation. Wirkungen auf Zielgruppenebene wurden nur dort einbezogen, wo sie in den Erhebungen als Hinweise auf Umsetzungs- oder Verstetigungsergebnisse berichtet wurden.

Das **Kommunale Förderprogramm** wurde auf einer zusätzlichen **Betrachtungsebene** analysiert:

- Im Mittelpunkt standen hier das übergeordnete Ziel der Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit, die Projektverläufe, Beratungs- und Unterstützungsangebote sowie die Zielerreichung in beiden Förderbereichen.
- Der Ablauf der Förderprojekte wurde anhand von Laufzeiten, Projektveränderungen und Auswirkungen der Corona-Pandemie betrachtet. Die Erreichung der Förderziele, die Bedeutung der Förderung aus Sicht der Prozess- und Projektkoordinationen sowie die Kombination beider Förderbereiche wurde analysiert. Beratung, Unterstützung, Qualifizierung und Austausch wurden sowohl mit Blick auf die Antragstellung als auch während der Förderung untersucht. Die Relevanz gesundheitlicher Chancengleichheit wurde als Querschnittsaspekt in Struktur-, Planungs- und Prozessqualität einbezogen.

Tabelle 2: Referenzrahmen und Themen der Evaluation

Strukturqualität kommunaler Gesundheitsförderung	Evaluationsthemen
Merkmale: • Personalressourcen • Qualifikationen und Vorerfahrungen • finanzielle Ressourcen • technische Ausstattung • Netzwerk- und Kommunikationsstruktur • Nachhaltigkeit **Förderziel im Förderbereich Strukturaufbau:** 1. Weiterentwicklung der Steuerungsstrukturen **Förderziel im Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen:** 1. Nutzung und Aufbau von Strukturen	**Allgemeine Rahmenbedingungen der Kommunen:** • Kommunale Strukturmerkmale und Veränderungsbereitschaft • Gesundheitsförderung und Prävention in den Kommunen vor der Förderung • Stellenwert von Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Chancengleichheit **Prozess- und Projektkoordinationen:** • Merkmale der Prozess- bzw. Projektkoordinationen • Etablierung und Entwicklung der Prozess- bzw. Projektkoordinationen • Verstetigung der Prozess- bzw. Projektkoordinationen **Steuerungsstrukturen für Gesundheitsförderung und Prävention:** • Form und Entwicklung der Steuerungsstrukturen • Steuerung der zielgruppenspezifischen Interventionen • Akteursgruppen und Zusammenarbeit in Steuerungsstrukturen bzw. Interventionen • Bewertung der Steuerungsstrukturen • Nachhaltigkeit der Steuerungs- bzw. Projektstrukturen

Planungsqualität kommunaler Gesundheitsförderung	**Evaluationsthemen**
Merkmale: • fundierte Problem- und Bedarfsanalyse • Zielgruppenorientierung • theoriegestützte Planung • evidenzbasierte Planung • eindeutige Zieldefinition **Förderziele im Förderbereich Strukturaufbau:** 2. Durchführung des Strategieentwicklungsprozesses 3. Aktivierung von Ressourcen 4. Verbesserung der Wissensbasis 5. Abstimmung der Strategie 6. Festlegung von Handlungsschwerpunkten und Maßnahmen 7. Definition kommunaler Schwerpunkte **Förderziele im Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen:** 2. Analyse von Bedarfen und Ressourcen 3. Maßnahmenplanung	**Analysen der Bedarfe und Bedürfnisse von vulnerablen Zielgruppen und in Lebenswelten:** • Bedarfsanalysen, Instrumente und Akteursgruppen • Partizipation von Zielgruppen • Handlungsbedarfe und -potenziale **Strategieentwicklung und Maßnahmenplanung:** • Zieldefinition während der Förderung • Ausrichtung an gesundheitlicher Chancengleichheit • Maßnahmenplanung während der Förderung

Prozessqualität kommunaler Gesundheitsförderung	**Evaluationsthemen**
Merkmale: • Umsetzungsqualität und Ergebnisse (Outputs) der Maßnahmen • Ablauf der Prozesse im Sinn der definierten Ziele • systematische Reflexion von Erfolgsfaktoren und Barrieren **Förderziele im Förderbereich Strukturaufbau:** über die Förderziele hinausgehende intendierte Effekte der Förderung **Förderziele im Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen:** 4. Maßnahmenumsetzung 5. Evaluation	**Umsetzung von Maßnahmen:** • Umsetzung im Rahmen der Förderung • Zugang und Inanspruchnahme von zielgruppenspezifischen Interventionen • Nachhaltigkeit und Verstetigung von Maßnahmen **Evaluation und Qualitätssicherung:** • Evaluation der Wirksamkeit • Qualitätssicherungsmaßnahmen

Ergebnisqualität kommunaler Gesundheitsförderung	**Evaluationsthemen**
Merkmale: • Wirkungen (Outcomes) in der Zielgruppe • Nachhaltigkeit der Wirkungen **Förderziele:** • über die Förderziele hinausgehende intendierte Effekte der Förderung	• Aufgrund fehlender Datengrundlagen nicht Gegenstand der Evaluation.

Das Kommunale Förderprogramm	Evaluationsthemen
Betrachtungsebenen: • Förderbereich Strukturaufbau • Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen • Beratungs- und Unterstützungsangebote **übergeordnetes Ziel des Förderprogramms:** • Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit	**Ablauf der Förderprojekte** • Laufzeiten und Veränderungen der Förderprojekte • Auswirkungen der Corona-Pandemie für die Förderprojekte **Relevanz der Förderung und Erreichung der Förderziele** • Erreichung der Förderziele • Bedeutung der Förderung aus Sicht der Prozess- bzw. Projektkoordinationen • Kombination von Strukturaufbau und zielgruppenspezifischen Interventionen **Beratung, Unterstützung und Austausch der Kommunen** • Beratung und Unterstützung bei der Antragstellung • Beratung, Unterstützung, Qualifizierung und Austausch während der Förderung **Relevanz gesundheitlicher Chancengleichheit** • Aspekte gesundheitlicher Chancengleichheit der Struktur-, Planungs-, und Prozessqualität

Quellen: Ziele- und Maßnahmen-Tabellen (ZiMT) der Förderbereiche Strukturaufbau und Zielgruppenspezifische Interventionen. Eigene Darstellung Prognos AG

© Prognos AG, 2026

3.2 Erhebungsphasen und Methoden der Evaluation

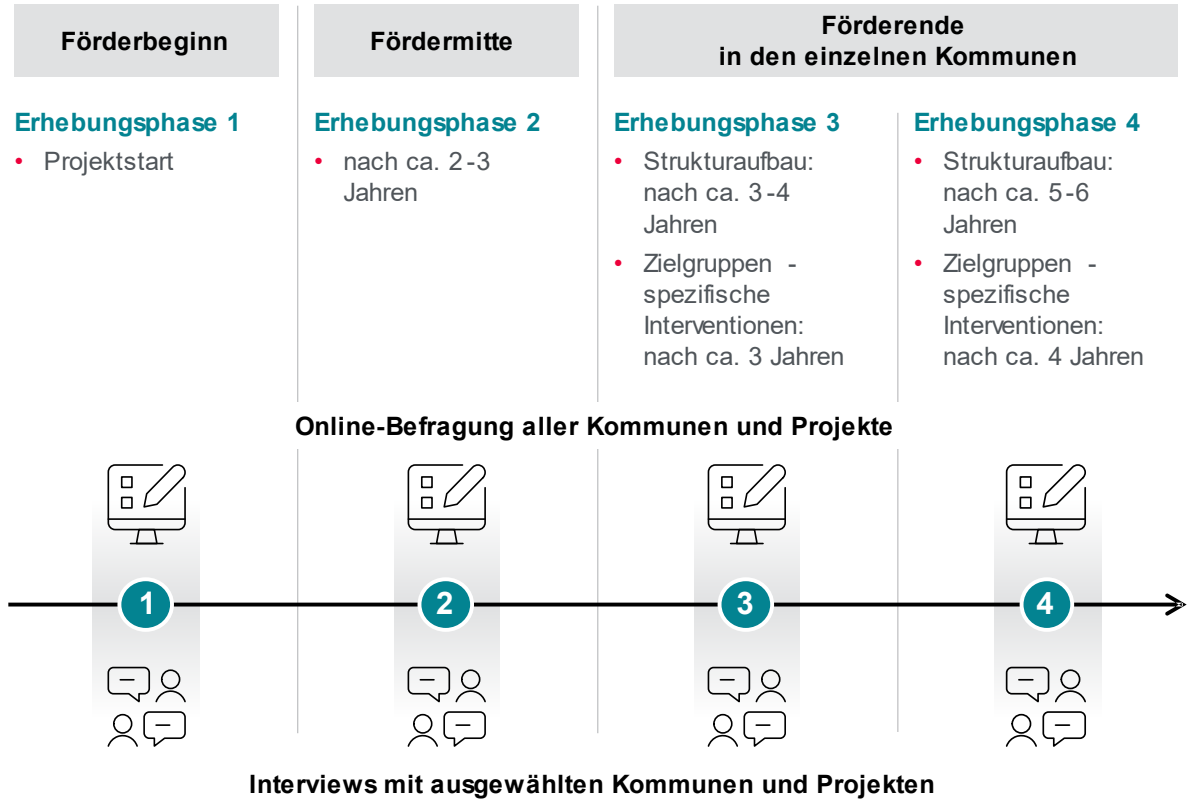
Erhebungsphasen

Aufbauend auf dem Referenzrahmen und den Evaluationsthemen (Abschnitt 3.1) wurden die Erhebungsinstrumente entwickelt und angewendet. Die Kombination der einzelnen Instrumente bot einen Methoden-Mix, der bei Bedarf Sachverhalte im Zeitverlauf und aus mehreren Blickwinkeln betrachten konnte.

Die Evaluation fand zu Förderbeginn, zur Fördermitte und zum Förderende in allen Kommunen bzw. Projekten statt und war in vier **Erhebungsphasen** unterteilt. In jeder Phase wurden entsprechend dem Fortschritt der Förderprojekte spezifische Untersuchungsschwerpunkte gesetzt:

- Erhebungsphase 1 widmete sich der Ausgangslage der Kommunen und wurde zeitlich nah am Projektstart umgesetzt.
- Erhebungsphase 2 fokussierte insb. die Umsetzung der Förderprojekte und wurde nach rund zwei bis drei Jahren Laufzeit durchgeführt.
- Erhebungsphase 3 analysierte vor allem die Ergebnisse des Strukturaufbaus bzw. der zielgruppenspezifischen Interventionen am Ende der Förderphase 1. Bei Förderprojekten, die nach der Förderphase 1 beendet wurden, wurden ebenfalls die Nachhaltigkeit und Verstetigung der Strukturen bzw. zielgruppenspezifischen Interventionen erhoben.
- Erhebungsphase 4 erfasste insb. die Nachhaltigkeit und Verstetigung der Strukturen bzw. zielgruppenspezifischen Interventionen, die eine optionale Verlängerung der Förderung zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit (Förderphase 2) in Anspruch nahmen.

Abbildung 1: Erhebung in vier Phasen orientiert am individuellen Projektverlauf der Kommunen



Weitere Instrumente

- Interviews zu ausgewählten Fallbeispielen
- Interviews mit Programmbeteiligten (z. B. Projektträger, Antragsberatung, Programmbüros)
- Dokumentenanalysen

Quelle: Eigene Darstellung Prognos AG

© Prognos AG, 2026

Tabelle 3 gibt einen Überblick über den **Methoden-Mix** der Evaluation und die Anzahl der Kommunen, Projekte oder Akteurinnen und Akteure, die in den Erhebungsphasen erreicht wurden.

Tabelle 3: Überblick der Erhebungen

Erhebungen	Förderbeginn (Phase 1)	Fördermitte (Phase 2)	Förderende (Phase 3)	Förderende (Phase 4)
Förderbereich Strukturaufbau				
Anzahl geförderte Kommunen während der Erhebungsphase*	70 Kommunen**	63 Kommunen	62 Kommunen	50 Kommunen
Online-Befragung	69 Kommunen** 45 Kommunen (Kurz-Befragung Corona-Pandemie)	63 Kommunen	59 Kommunen	45 Kommunen
Interviews	16 Kommunen 4 Antrags-beratende 1 Projektträger	6 Kommunen	3 Kommunen	12 Kommunen
Fallbeispiele			9 Kommunen	
Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen				
Anzahl geförderte Projekte (zum jeweiligen Erhebungszeit-punkt)	44 Kommunen mit 51 Projekten	51 Projekte	50 Projekte	46 Projekte
Online-Befragung	44 Kommunen	51 Projekte	49 Projekte	44 Projekte
Interviews	15 Projekte 16 Programmbüros 1 Projektträger	8 Projekte	3 Projekte	11 Projekte
Fallbeispiele			5 Projekte	
Übergreifend				
Dokumentenanalysen	Antragsunterlagen Sachberichte der Förderprojekte Prüfberichte des Projektträgers Förderdaten des Projektträgers Berichte zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten			
Online-Befragung	Kurz-Befragung zum Antragsverfahren im Förderbereich Strukturaufbau: 46 Kommunen			
Interviews	1 Projektleitung KOMBINE-Projekt			

* Die Anzahl der geförderten Kommunen verringerte sich im Verlauf des Förderprogramms durch widerrufene Anträge sowie vorzeitig abgebrochene Projekte nach Projektstart. Ein Teil der Kommunen nahm Förderphase 2 nicht in Anspruch, sodass diese nicht Erhebungsphase 4 einbezogen wurden.
** Im Förderbereich Strukturaufbau wurden in Erhebungsphase 1 auch einzelne Kommunen einbezogen, die ihren Antrag später widerriefen und keine Förderung erhielten.

Quelle: Eigene Darstellung Prognos AG

© Prognos AG, 2026

Methodisches Vorgehen und Limitationen

Die Evaluation der Förderbereiche Strukturaufbau und Zielgruppenspezifische Interventionen folgte insgesamt einem vergleichbaren **methodischen Grundaufbau**. In beiden Förderbereichen wurden standardisierte Online-Befragungen, leitfadengestützte Interviews, Dokumentenanalysen sowie vertiefende Fallbeispiele kombiniert. Damit wurden sowohl vergleichbare quantitative

Informationen als auch qualitative Vertiefungen zu Umsetzungsprozessen, Gelingensbedingungen, Herausforderungen und Ergebnissen der Förderung erhoben. Durch die wiederholte Erhebung zu verschiedenen Zeitpunkten konnten Entwicklungen im Förderverlauf geprüft werden. Zugleich erlaubte die Kombination der Instrumente, Befragungsergebnisse, Interviewaussagen und Dokumenteninformationen wechselseitig zu prüfen und einzuordnen.

Unterschiede zwischen den Förderbereichen zeigen sich somit insbesondere in der inhaltlichen Ausrichtung und den Akteursgruppen. Während der Strukturaufbau stärker auf strukturelle Voraussetzungen, kommunale Steuerung und nachhaltige Verankerung fokussierte, standen bei den Zielgruppenspezifischen Interventionen konkrete Zielgruppen, Maßnahmen und projektbezogene Umsetzungsbedingungen im Vordergrund. Diese Unterschiede spiegeln sich in den Fragebogenschwerpunkten, Interviewleitfäden, Dokumentenanalysen und Fallbeispielen wider.

Die **Online-Befragungen** bildeten in beiden Förderbereichen das zentrale standardisierte Erhebungsinstrument. Zu mehreren Zeitpunkten wurden damit Informationen zu den geförderten Kommunen, Projektaktivitäten, Umsetzungsständen, Ergebnissen und Aspekten der Nachhaltigkeit erfasst. Zwei zusätzliche Online-Kurzbefragungen wurden ergänzt, um spezifische Fragestellungen zu adressieren: das Antragsverfahren und die Auswirkungen der Corona-Pandemie im Förderbereich Strukturaufbau.

Die Online-Befragungen waren in beiden Förderbereichen als Vollerhebungen angelegt, unterscheiden sich aber in den **Grundgesamtheiten**: Im Strukturaufbau beziehen sie sich auf die geförderten Kommunen, bei den Zielgruppenspezifischen Interventionen auf die Projekte, da einzelne Kommunen mehrere Interventionen umsetzen können. Zudem bestanden Unterschiede in den Förderbedingungen, etwa durch die spezifische Ausgestaltung von KOMBINE (vorherige Begleitung durch die Universität Erlangen-Nürnberg, keine Förderphase 2) sowie ein zwischenzeitlich vereinfachtes Antragsverfahren bei den zielgruppenspezifischen Interventionen (Integration von Förderphase 2). Entsprechend variieren Interviewzahlen, Kohorten und Fallzahlen zwischen den Förderbereichen. Gleichzeitig erlaubt die Grundgesamtheit keine weitergehenden statistischen Analysen, insbesondere keine Signifikanztests.

In allen Erhebungsphasen wurden alle geförderten Kommunen in Online-Befragungen einbezogen, wobei Phase 4 nur jene Kommunen mit Förderphase 2 einbezog. Die **Erhebungszeitpunkte** richteten sich nach den Projektstarts, Laufzeiten und Förderphasen in den einzelnen Kommunen und wurden in Kohorten umgesetzt, um vergleichbare Erhebungszeitpunkte sicherzustellen. Dabei erwiesen sich die Förderphasen in der praktischen Umsetzung teilweise als nicht trennscharf; insbesondere Laufzeitverlängerungen in Förderphase 1 führten zu Verschiebungen der Erhebungszeitpunkte zum Förderende. In beiden Förderbereichen fand die Befragung zu Förderbeginn überwiegend innerhalb des ersten Jahres nach Projektstart statt; die Befragung zur Fördermitte folgte meist nach zwei bis drei Jahren. Die Befragungen zum Förderende erfolgten im Förderbereich Strukturaufbau überwiegend nach drei bis fünf Jahren (Erhebungsphase 3) und nach etwa fünf bis sechs Jahren (Erhebungsphase 4). Beim Förderbereich Zielgruppenspezifischen Interventionen lagen die entsprechenden Befragungszeitpunkte früher, meist nach drei bis vier Jahren (Erhebungsphase 3) bzw. nach vier bis fünf Jahren (Erhebungsphase 4).

Die Befragungen wurden mit dem Online-Befragungstool der Prognos AG durchgeführt und richteten sich an die Prozess- bzw. Projektkoordinationen. Die Befragungsergebnisse basieren

vollglich auf Angaben der Prozess- bzw. Projektkoordinationen. Zur Sicherung möglichst vollständiger Rückläufe wurden Einladungen per E-Mail, Erinnerungen, telefonische Nachfassaktionen und bei Bedarf verlängerte Befragungszeiträume eingesetzt. Insgesamt nahmen alle geförderten Kommunen bzw. Projekte an den Befragungen teil und konnten in der Regel über mehrere Erhebungsphasen hinweg erreicht werden. Dennoch bestehen punktuelle Datenlücken, etwa durch fehlende Teilnahme in einzelnen Erhebungsphasen oder unbeantwortete Fragen. Zudem können Verzerrungen durch unterschiedliche befragte Personen im Zeitverlauf auftreten, beispielsweise infolge von Personalwechseln, insbesondere bei Bewertungsfragen.

Die erhobenen Daten aus allen Online-Befragungen wurden zusammengeführt und vor der Auswertung plausibilisiert. Fragebögen mit sehr geringen oder unplausiblen Angaben wurden in Einzelfällen ausgeschlossen. Die **Auswertung** erfolgte in beiden Förderbereichen überwiegend deskriptiv. Die Ergebnisse werden in diesem Bericht als absolute Zahlen derjenigen Befragten dargestellt, die die jeweilige Frage beantwortet haben. Offene Angaben wurden kategorisiert und ergänzend qualitativ ausgewertet. Für die Ergebnisdarstellungen im Bericht wurden jeweils die Angaben mit der höchsten Aussagekraft ausgewählt, z. B. den erreichten Entwicklungsstand der Steuerungsstrukturen am Ende der Förderung. Dabei wurden teilweise Angaben aus unterschiedlichen Erhebungsphasen miteinander kombiniert, um den jeweils letzten Stand in den einzelnen Kommunen berücksichtigen zu können. Dies betrifft insbesondere die Befragungen zum Förderende (Erhebungsphase 3 und 4). Wurde eine Frage in beiden Phasen beantwortet, wurde die Angabe aus Erhebungsphase 4 verwendet. Für Kommunen bzw. Projekte ohne zweite Förderphase und entsprechend ohne Befragung in Erhebungsphase 4 wurden stattdessen die Ergebnisse aus Erhebungsphase 3 berücksichtigt.

Die **Befragungsergebnisse** dienten der quantitativen Beschreibung des Fördergeschehens und der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention. Analysen von Entwicklungen im Zeitverlauf sowie Gruppenvergleiche zur Analyse von möglichen Einflussfaktoren auf die Erreichung der Förderziele erfolgten nur auf Basis identischer Stichproben (dieselben Kommunen zu mehreren Zeitpunkten bzw. hinsichtlich der Einflussfaktoren und Zielerreichungen). Entwicklungen wurden im Bericht nur dargestellt, sofern Veränderungen beobachtet wurden, was insgesamt selten der Fall war. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Zeitvergleiche aufgrund der systematischen Stichprobenbildung teilweise Angaben von einzelnen Kommunen ausklammern, was zu Verzerrungen führen kann.

In beiden Förderbereichen wurden **leitfadengestützte Interviews** mit ausgewählten Prozess- und Projektkoordinationen, mit dem Projektträger und den Programmbüros durchgeführt. Zum einen dienten explorative Gespräche vor jeder Online-Befragungswelle der Vorbereitung und Schärfung der Online-Befragungsinstrumente. Zum anderen ermöglichten vertiefende Interviews anschließend eine bessere Einordnung der Befragungsergebnisse und eine qualitative Vertiefung ausgewählter Themen. Die Leitfäden wurden entsprechend an die jeweilige Erhebungsphase und die jeweiligen Evaluationsthemen angepasst. Die Gespräche wurden in der Regel per Videokonferenz oder telefonisch geführt, dauerten etwa eine Stunde und wurden entlang der Leitfäden inhaltsanalytisch ausgewertet.

Die **Dokumentenanalysen** dienten übergreifend in beiden Förderbereichen dazu, vorhandene programm- und projektbezogene Unterlagen systematisch auf ihren Informationsgehalt für die Evaluation zu prüfen und auszuwerten. Dazu gehörten insbesondere Antragsunterlagen,

Sachberichte der Kommunen, Prüfberichte, Monats- bzw. Quartalsberichte des Projektträgers, sowie Berichte zu den Beratungs- und Unterstützungsangeboten. Zentral waren dabei die sogenannten Ziele-Maßnahmen-Tabellen (ZiMT), in denen die Kommunen für jedes Förderziel ihre spezifischen Ziele und dazugehörige Maßnahmen festlegten und im Förderverlauf regelmäßig dokumentierten. Die Dokumente und Daten lieferten Informationen zu Ausgangslagen, Zielsetzungen, geplanten und umgesetzten Maßnahmen, Projektverläufen, Verzögerungen, Ergebnissen und Unterstützungsbedarfen. Die Dokumentenanalysen unterstützten somit die gesamte methodische Umsetzung. Sie dienten der Entwicklung und Anpassung von Erhebungsinstrumenten, der Auswahl von Interviewpartnerinnen und -partnern, der Vorbereitung einzelner Interviews sowie der Identifikation geeigneter Fallbeispiele.

Die **Fallbeispiele** vertieften in beiden Förderbereichen ausgewählte Förderprojekte exemplarisch. Grundlage für die Auswahl waren Zwischenergebnisse aus den Online-Befragungen, Interviews und Dokumentenanalysen. Ziel war es, erfolgreiche oder besonders aussagekräftige Umsetzungsbeispiele genauer zu betrachten und konkrete Lösungsansätze sichtbar zu machen. Zu jedem Fallbeispiel wurden ein bis zwei leitfadengestützte Interviews mit teils mehreren Personen der Kommunen bzw. Projekte geführt. Neben den Prozess- bzw. Projektkoordinationen wurden etwa weitere Personen aus der Verwaltung, von Projektträgern oder Beteiligte der Steuerungsstrukturen oder Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler einbezogen. Die Ergebnisse der Interviews wurden den Interviewpartnerinnen und -partnern zur Rückmeldung übermittelt, um Qualität und Validität der erhobenen Informationen zu sichern.

Die Ergebnisse der Fallbeispiele sind im Bericht in zusammenfassenden Darstellungen aufbereitet (Kapitel 8). Sie ergänzen die quantitativen und qualitativen Haupterhebungen um praxisnahe Einblicke in konkrete Umsetzungswege. Im Förderbereich Strukturaufbau beziehen sich die Fallbeispiele auf zentrale Förderziele wie gesundheitliche Chancengleichheit, Steuerungsstrukturen, evidenzbasierte und partizipative Planung sowie die Nachhaltigkeit der Steuerungsstrukturen. Im Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen stehen dagegen Projekte zu besonders häufig adressierten Zielgruppen im Mittelpunkt, zu Kindern und Jugendlichen aus sucht- und/oder psychisch belasteten Familien sowie ältere Menschen.

4 Ergebnisse zu kommunalen Strukturen und Rahmenbedingungen (Strukturqualität)

Die **Strukturqualität** ist grundlegend für eine erfolgreiche kommunale Gesundheitsförderung und Prävention. Sie beschreibt die organisatorischen, personellen und finanziellen Rahmenbedingungen für die Planung, Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen. Im Kommunalen Förderprogramm bildet sie die Voraussetzung sowohl für einen gelingenden Strukturaufbau als auch für die erfolgreiche Umsetzung zielgruppenspezifischer Interventionen. Gute und qualitativ hochwertige Strukturen zeigen sich bspw. in einer verbindlichen, regelmäßigen Zusammenarbeit, der aktiven Beteiligung relevanter Akteurs- und Zielgruppen sowie in klaren Steuerungsprozessen.

Die Evaluation betrachtete strukturrelevante Merkmale der geförderten Kommunen, darunter personelle und finanzielle Ressourcen, Qualifikationen und Vorerfahrungen, technische Ausstattung sowie Netzwerk- und Kommunikationsstrukturen. Darüber hinaus wurden die Ausgangsbedingungen der Kommunen, die Form und Entwicklung der Steuerungsstrukturen, die Einbindung relevanter Akteursgruppen sowie die Nachhaltigkeit der aufgebauten Strukturen betrachtet. Auch projektbezogene Aktivitäten wie Vernetzungs- und Kommunikationsprozesse wurden berücksichtigt. Ziel war es, zu analysieren, inwieweit das Förderprogramm zur Stärkung dieser strukturellen Voraussetzungen beiträgt und damit die Basis für eine nachhaltige Gesundheitsförderung schafft.

Im nachfolgenden Kapitel wird zunächst auf die kommunalen Rahmenbedingungen und den Stellenwert gesundheitlicher Chancengleichheit eingegangen (Kapitel 4.1). Anschließend werden jeweils die wesentlichen Merkmale der Prozess- und Projektkoordinationen analysiert (Kapitel 4.2). Anschließend werden die Steuerungsstrukturen für beide Förderbereiche beschrieben und analysiert (Kapitel 4.3).

4.1 Kommunale Rahmenbedingungen und Stellenwert gesundheitlicher Chancengleichheit

Evaluationsthemen und Erhebungen

Die Evaluation der Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und Prävention in den Kommunen bezog sich auf eine Bestandsaufnahme entsprechender Strukturen, Maßnahmen und beteiligter Akteursgruppen vor der Förderung. Dabei wurde auch untersucht, welchen Stellenwert die Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit bisher in den Kommunen einnahm. Diese Ausgangsbedingungen wurden insb. zur Einordnung der Entwicklungen durch die Förderprojekte herangezogen.

Zur Untersuchung der allgemeinen Rahmenbedingungen der Kommunen wurden die Prozess- bzw. Projektkoordinationen in der Online-Befragung zu Förderbeginn zur Veränderungsbereitschaft in der Kommune befragt. Die Befragungsergebnisse wurden mit Informationen aus den

Interviews mit Kommunen ergänzt. Neben Ergebnissen aus den Online-Befragungen und Interviews mit Kommunen geben auch die im Rahmen der Beratung gesammelten Erfahrungen des Projektträgers des Förderprogramms, der Antragsberatenden und der Programmbüros Einblicke in diese Themen.

Tabelle 4: Erhebungen zu kommunalen Rahmenbedingungen und dem Stellenwert gesundheitlicher Chancengleichheit

Erhebungen	Förderbeginn (Phase 1)	Fördermitte (Phase 2)	Förderende (Phase 3)	Förderende (Phase 4)
Förderbereich Strukturaufbau				
Kommunale Strukturmerkmale und Veränderungsbereitschaft	•			
Stellenwert von Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Chancengleichheit	•	•	•	•
Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen				
Kommunale Strukturmerkmale und Veränderungsbereitschaft	•			
Stellenwert von Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Chancengleichheit	•	•	•	•

Förderbeginn: Erhebungsphase 1 (Ausgangslage der Kommunen)
Fördermitte: Erhebungsphase 2 (Umsetzung der Förderprojekte) nach rund zwei bis drei Jahren Laufzeit
Förderende: Erhebungsphase 3 (Ergebnisse des Strukturaufbaus bzw. der zielgruppenspezifischen Interventionen) am Ende der Förderphase 1 und Erhebungsphase 4 (Nachhaltigkeit und Verstetigung der Strukturen bzw. zielgruppenspezifischen Interventionen), bei optionaler Verlängerung der Förderung zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit (Förderphase 2)

Quelle: Eigene Darstellung Prognos AG

© Prognos AG, 2026

Förderbereich Strukturaufbau

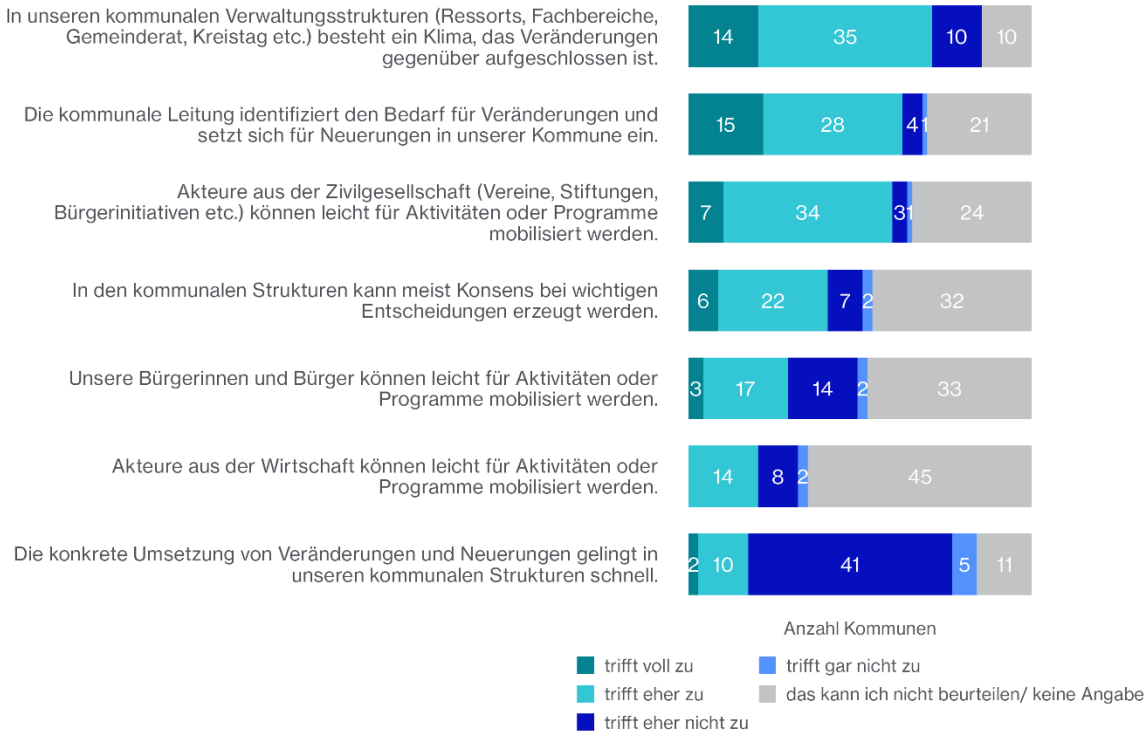
In Interviews mit ausgewählten Prozesskoordinationen zu Förderbeginn hoben diese insgesamt sehr heterogene allgemeine **Strukturmerkmale** (z. B. großer Flächenkreis) sowie kommunale Besonderheiten (z. B. Fokussierung auf ein bestimmtes Thema wie Familienfreundlichkeit) und damit verbundene Herausforderungen hervor.

Angesichts dieser Heterogenität wurde der Fokus der Evaluation auf die generelle **Veränderungsbereitschaft in den Kommunen** gelegt. Diese ist eine wichtige Voraussetzung für den mit dem Förderprogramm angestrebten Aufbau von Strukturen und Prozessen der Gesundheitsförderung und Prävention. Die Interviews mit ausgewählten Prozesskoordinationen und die Ergebnisse der Online-Befragung zu Förderbeginn (Abbildung 2) zeigen, dass die generelle Bereitschaft zu Veränderungen in den geförderten Kommunen unterschiedlich ausgeprägt war. Auch die Veränderungsbereitschaft der kommunalen Leitungen oder von Personen in höheren Verwaltungsämtern unterschied sich im Einzelfall stark: Meistens wurden Leitungspersonen als „Treiber“ des bereichsübergreifenden Strukturaufbaus gesehen, manchmal wurde deren mangelnde Veränderungsbereitschaft aber auch als ein hemmender Faktor für das jeweilige Projekt bewertet. Insgesamt stimmte die Mehrheit der befragten Prozesskoordinationen (49 von 69) der Aussage (eher) zu, dass in ihren Kommunen ein veränderungsoffenes Klima herrscht. Die kommunale Leitung

setzte sich demnach für Neuerungen ein und die Entscheidungsgremien waren zumeist konsensfähig. Jedoch war nur rund ein Fünftel der Meinung, dass die Umsetzung von Neuerungen in den kommunalen Strukturen schnell gelingt.

Auch die Möglichkeit zur **Mobilisierung von Akteursgruppen** außerhalb der kommunalen Verwaltung kann eine Ressource für den Strukturaufbau und die Umsetzung von Interventionen sein. Laut der befragten Projektverantwortlichen konnten zivilgesellschaftliche Akteursgruppen – also Vereine, Initiativen etc. – in 41 von 69 Kommunen überwiegend leicht mobilisiert werden, während Bürgerinnen und Bürger sowie Unternehmen tendenziell schwieriger zu gewinnen waren (dies gelingt nur in 20 von 69 Kommunen).

Abbildung 2: Bereitschaft zu Veränderungen in den Kommunen zu Förderbeginn (Strukturaufbau)



Frage: Bitte bewerten Sie aus Ihrer Sicht die folgenden Aussagen zur Veränderungsbereitschaft in Ihrer Kommune.
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zu Förderbeginn (Erhebungsphase 1): 69

Quelle: Online-Befragung der Kommunen

© Prognos AG 2026

In der Mehrheit der Kommunen (53 von 69) konnte mit dem geförderten Projekt zum Strukturaufbau bereits auf bestehende Formate wie Runde Tische, Gesundheitskonferenzen, Arbeitsgruppen o. ä. aufgebaut werden (ohne Abbildung). Ergänzend konnten konkrete Angaben zu diesen Formaten gemacht werden. 49 Befragten nutzten diese Möglichkeit. Besonders häufig wurden dabei auf **Formate** wie Arbeitskreise und -gruppen verwiesen (insgesamt 69 verschiedene Nennungen), die zumeist eine zielgruppenspezifische Ausrichtung haben (z. B. „AK Seniorenforum“, „Arbeitsgruppe Jugendgesundheit“ oder „AG Soziale Infrastrukturen“). Ebenfalls mehrfach wurde die

Beteiligung an Netzwerken (32 Nennungen) (z. B. „Netzwerk Frühe Hilfen“ oder „Netzwerk Kind-Familie-Sucht“), Runden Tischen (12 Nennungen) sowie regionalen und kommunalen Gesundheitskonferenzen (18 Nennungen) genannt.

In den meisten Kommunen waren außerdem bereits vor der Förderung eine Reihe von Vereinen, Trägern und Einrichtungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention aktiv, wie die Ergebnisse der Online-Befragung zu Förderbeginn (Erhebungsphase 1) zeigen. So wurde beispielsweise von über einem Viertel der Kommunen (jeweils mind. 17 von 66) angegeben, dass Kitas, Sportvereine, Bildungsträger, Sozialversicherungsträger, Schulen, Familienzentren und/oder Wohlfahrtsverbände sich stark mit gesundheitsförderlichen Projekten und Programmen engagieren (ohne Abbildung). Allerdings mangelte es laut den Antragsunterlagen sowohl unter diesen Akteurinnen und Akteuren als auch zwischen Maßnahmen zumeist an einer aktiven **Vernetzung und Koordination**.

Die personellen und organisatorischen **Strukturen für Gesundheitsförderung und Prävention in den kommunalen Verwaltungen** waren vor der Förderung überwiegend schwach ausgeprägt, wie Interviews mit dem Projektträger des Förderprogramms, den Antragsberatenden und den geförderten Kommunen ergaben. Zwar verfügte demnach ein Großteil der Kommunen zu Förderbeginn über Anknüpfungspunkte und Erfahrungen mit früheren oder bestehenden Programmen, Projekten und Initiativen. Eine strukturelle Verankerung des Themas Gesundheitsförderung und Prävention erfolgte aber überwiegend noch nicht. In diesem Zusammenhang wurde von interviewten Kommunen darauf hingewiesen, dass Gesundheitsförderung und Prävention für Kommunen nicht gesetzlich verankert ist. Nur in einem Teil der geförderten Kommunen gab es daher vor der Förderung bereits konkrete personelle Zuständigkeiten und Personal, das Erfahrungen oder Qualifikationen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention hatte (Kapitel 4.2).

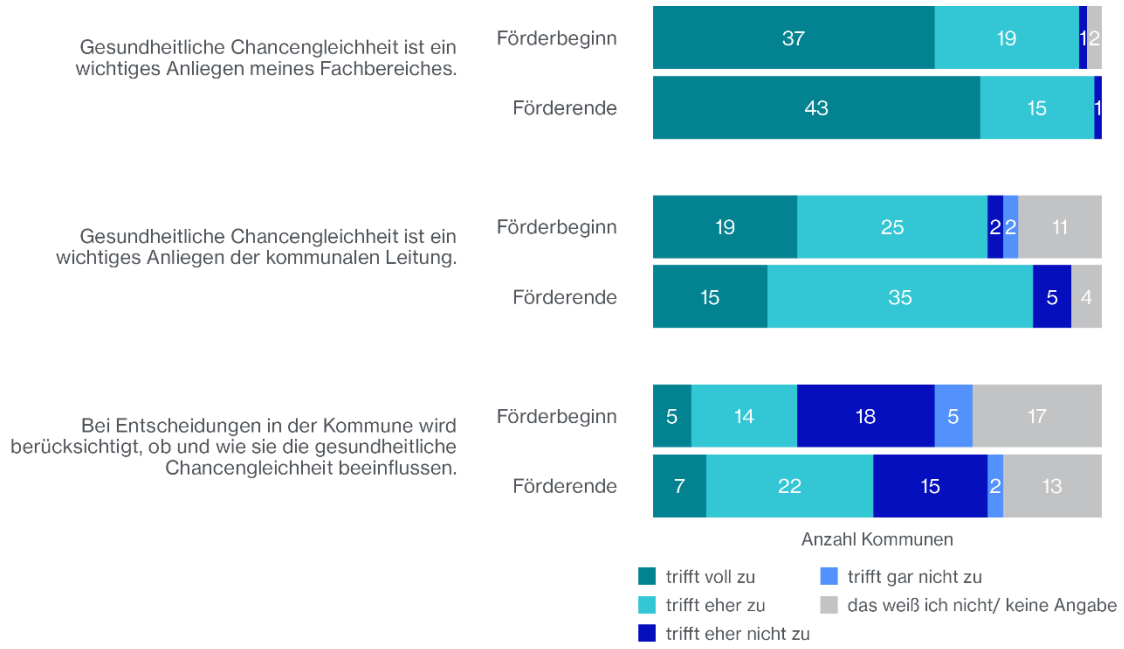
Schwach ausgeprägte Strukturen und geringe Vorerfahrungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention sollten durch die Förderung weiterentwickelt werden, stellten aber gleichzeitig eine Hürde für die Programmteilnahme dar: Kommunen mit bereits vorhandenen Strukturen und personellen Zuständigkeiten fiel die Antragsstellung laut Projektträger des Förderprogramms leichter und sie waren bereits früh und kompetent in der Antragsphase aktiv. In diesem Themenbereich weniger gut aufgestellten Kommunen fiel nach Erfahrungen der Antragsberatenden die eigenständige Antragstellung hingegen schwerer. Die Beratungsangebote im Programm trugen jedoch zur Überwindung dieser Hürde bei (Abschnitt 7.3).

Die strukturellen Ausgangsbedingungen in den untersuchten Kommunen führten dazu, dass vor der Förderung weder die Gesundheitsförderung und Prävention noch die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit systematisch verfolgt wurden, wie Interviews mit Prozesskoordinationen ergaben. Daneben zeigt auch die Online-Befragung zur Förderbeginn, dass vor der Förderung erst 20 von 67 Kommunen konkrete Erfahrungen mit der Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit in anderen Projekten oder Programmen gesammelt hatten. Gleichzeitig zeigen die Online-Befragungen ein ausgeprägtes Bewusstsein für Fragen der gesundheitlichen Chancengleichheit in den Kommunen: Der **Stellenwert der gesundheitlichen Chancengleichheit** wurde anhand mehrerer Merkmale seitens der Prozesskoordinationen eingeschätzt (Abbildung 3). Fast alle gaben bereits am Förderbeginn an, dass gesundheitliche Chancengleichheit ein (eher) wichtiges Anliegen des eigenen Fachbereichs sei. Größtenteils wurde dies auch für die kommunalen Leitungen angegeben, wobei zu Förderbeginn teilweise keine Angaben dazu gemacht wurden. Die

Befragung zum Förderende zeigt, dass sich während der Förderung nur wenig am hohen Stellenwert der gesundheitlichen Chancengleichheit für die Fachbereiche und kommunalen Leitungen veränderte. Allerdings konnten am Förderende insgesamt mehr Befragte Angaben zu diesen Fragen machen. Dies ist ein Hinweis für eine stärkere Auseinandersetzung mit diesem Thema im Zuge der Förderung in diesen Kommunen.

Außerdem gab zu Förderbeginn rund ein Drittel der Prozesskoordinationen an, dass Auswirkungen auf die gesundheitliche Chancengleichheit bei Entscheidungen in der Kommune (eher) berücksichtigt werden, während etwas über ein Drittel dieser Aussage (eher) nicht zustimmte und etwas weniger als ein Drittel keine Angabe dazu machte. Am Förderende gab die Hälfte der Prozesskoordinationen an, dass Auswirkungen auf die gesundheitliche Chancengleichheit bei Entscheidungen in der Kommune (eher) berücksichtigt werden, während die gegensätzlichen Aussagen und fehlenden Angaben zurückgingen. Dies ist ein Hinweis, dass das Thema im Zuge der Förderung häufiger bei kommunalen Entscheidungen berücksichtigt wurde.

Abbildung 3: Stellenwert gesundheitlicher Chancengleichheit in den kommunalen Verwaltungen zu Förderbeginn und Förderende (Strukturaufbau)



Frage: Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit in Ihrer Kommune.
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage sowohl zu Förderbeginn (Erhebungsphase 1) als auch zum Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4; jeweils letzte Erhebung in den einzelnen Kommunen): 59

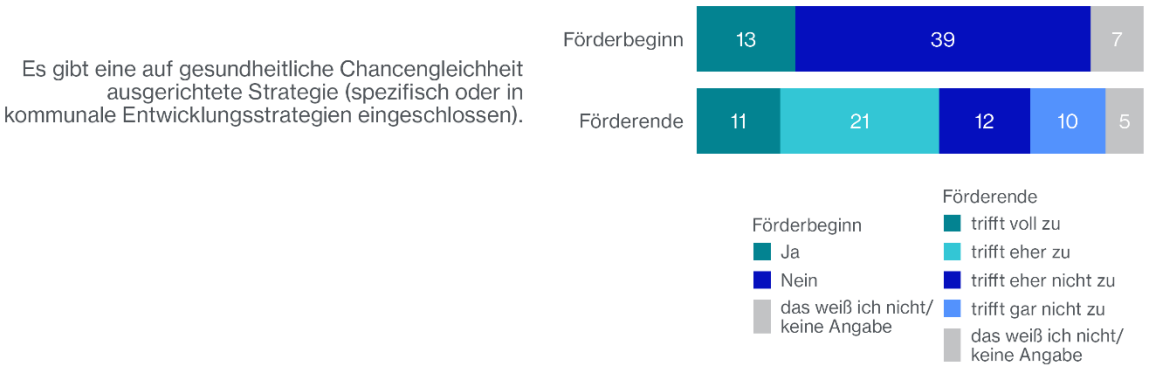
Quelle: Online-Befragung der Kommunen

© Prognos AG, 2026

Ein weiteres Merkmal für den Stellenwert gesundheitlicher Chancengleichheit ist das Vorhandensein einer **auf gesundheitliche Chancengleichheit ausgerichteten Strategie**. Die Anzahl der Prozesskoordinationen, die angaben, in ihrer Kommune gebe es eine solche Strategie, stieg im Verlauf der Förderung deutlich, von 13 Kommunen zu Förderbeginn auf 32 zum Förderende

(Abbildung 4).[14] Interviews mit ausgewählten Prozesskoordinationen stützen diesen Befund. Demnach wurden in mehreren Kommunen im Verlauf der Förderung Gesundheitsstrategien oder vergleichbare Strategien entwickelt und teilweise in kommunalen Gremien beschlossen.

Abbildung 4: Strategien für gesundheitliche Chancengleichheit zu Förderbeginn und Förderende (Strukturaufbau)



Frage Förderbeginn: Gibt es eine kommunale Strategie, um gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern?
Frage Förderende: Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit in Ihrer Kommune.
Anzahl Befragte mit Angaben zu diesen Fragen sowohl zu Förderbeginn (Erhebungsphase 1) als auch zum Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4; jeweils letzte Erhebung in den einzelnen Kommunen): 59

Quelle: Online-Befragung der Kommunen

© Prognos AG, 2026

Ergänzend zu den beschriebenen Rahmenbedingungen und Entwicklungen wurde in den Online-Befragungen zum Förderende erhoben, welche **Faktoren** aus Sicht der Kommunen grundsätzlich **zum Gelingen von Gesundheitsförderung und Prävention** beitragen und welche Hemmnisse es erschweren. Die offenen Angaben der Kommunen verdeutlichen, welche Voraussetzungen sie als besonders relevant bewerten und wo aus ihrer Sicht weiterhin zentrale Herausforderungen für eine nachhaltige kommunale Gesundheitsförderung und Prävention bestehen.

Die am häufigsten genannte **Voraussetzung** war die (dauerhafte) Bereitstellung finanzieller Mittel, insbesondere zur Finanzierung von Maßnahmen (30 Nennungen). Vielfach zeigten sich auch engagierte Akteurinnen und Akteure in der Kommune als zentrale Voraussetzung für das Gelingen von Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommune (22 Nennungen). Die Partizipation und das Mitdenken der Zielgruppe und ihrer Bedarfe stellten sich ebenfalls als bedeutsam heraus (16 Nennungen). Daneben wurde der politische Rückhalt bzw. Unterstützung durch die Leitungsebene vielfach als wichtig wahrgenommen (15 Nennungen). Gute Vernetzung, Kooperation und Zusammenarbeit zwischen den Akteurinnen und Akteuren in der Kommune galt für 15 Kommunen als wichtige Voraussetzung. Ebenfalls häufig, jedoch seltener als finanzielle Mittel wurden personelle Kapazitäten bzw. Personalressourcen genannt (11 Nennungen). Das Bewusstsein für die Bedeutung und Wichtigkeit von Gesundheitsförderung und Prävention auf Leitungsebene bzw. in der

[14] Dabei muss einschränkend auf die unterschiedliche Formulierung der Antwortkategorien in den beiden Online-Befragungen hingewiesen werden (vgl. Abbildung 4).

Politik innerhalb der Kommune spielte ebenfalls eine wesentliche Rolle für einige Befragte (6 Nennungen).

Die **Herausforderungen** spiegeln in vielerlei Hinsicht fehlende Voraussetzungen, die bereits im vorangegangenen Absatz beschrieben wurden. Fehlende finanzielle Mittel bzw. begrenzte Ressourcen wurden entsprechend am häufigsten genannt (28 Nennungen). Zielgruppenerreichung war ebenfalls mehrfach ein genanntes Thema (18 Nennungen). Ein noch nicht ausreichend ausgeprägtes Bewusstsein für die Bedeutung von Gesundheitsförderung in der Kommune, aber auch auf Seiten des Gesetzgebers (keine ausreichende gesetzliche Verpflichtung) kam mehrfach zur Sprache (13 Nennungen). Fehlende personelle Ressourcen wurden ebenfalls als Herausforderung betrachtet (10 Nennungen). Mehrfach wurde zudem erwähnt, dass das gleichzeitige Bestehen mehrerer Krisen bzw. ihre Bewältigung (z. B. Corona-Pandemie, Hochwasser, Flucht- und Migrationsbewegungen) Ressourcen bindet, die dadurch wiederum nicht für Gesundheitsförderung und Prävention zur Verfügung stehen (6 Nennungen). Weitere zentrale Herausforderung für Kommunen stellt die gesundheitliche Ungleichheit dar. In den Online-Befragungen wurden die Kommunen gefragt, welches das wichtigste Problem gesundheitlicher Ungleichheit ist, dass sie mit ihrer Förderung adressieren. Zum Förderende waren die Antworten sehr vielfältig, z. B. wurde mehrfach der Zugang zu gesundheitsförderlichen Angeboten bzw. die Erreichbarkeit von benachteiligten/vulnerablen Zielgruppen genannt (7 Nennungen). Armut bzw. sozioökonomische Benachteiligung wurde in 7 Fällen genannt. Des Weiteren wurden gesundheitliche Ungleichheiten, die Menschen mit Migrationsgeschichte betreffen, genannt (4 Nennungen). Auch strukturelle und infrastrukturelle Probleme wurden adressiert (3 Nennungen), wie beispielsweise fehlende oder schwindende Infrastruktur in Bereichen wie dem ÖPNV, der Bildung und der medizinischen Versorgung sowie fehlende gesundheitsförderliche Strukturen und Angebote.

Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen

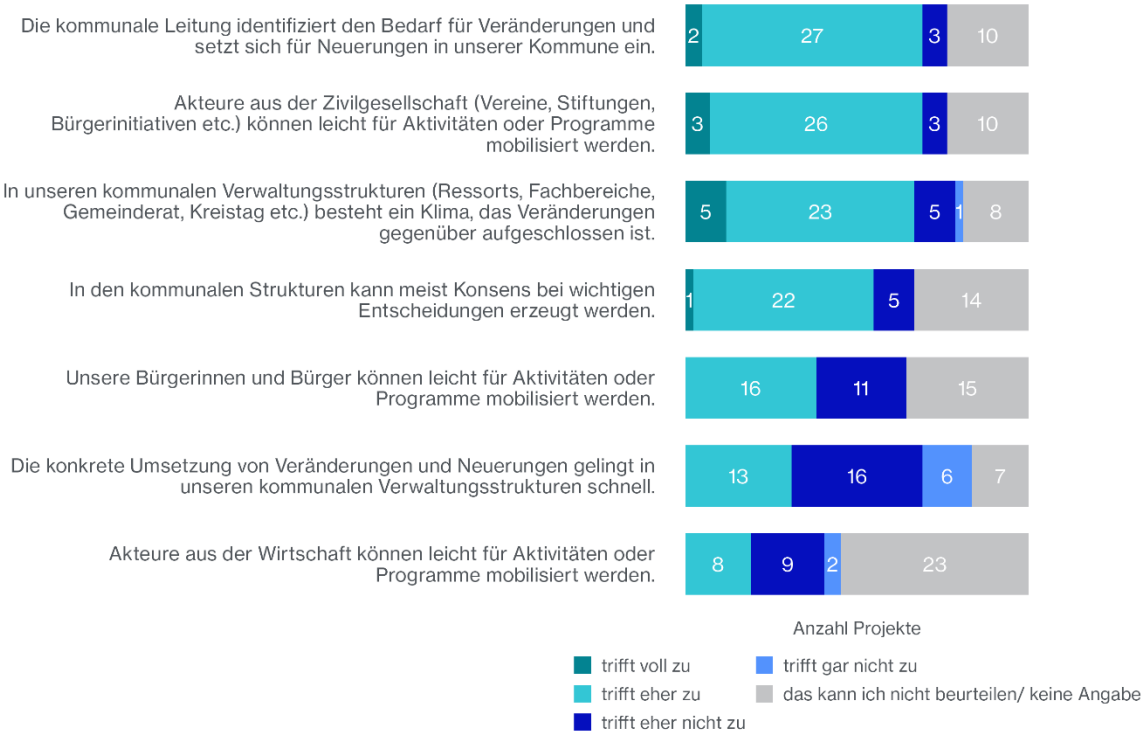
Den Interviews zufolge weisen die Kommunen heterogene **Strukturmerkmale** und Rahmenbedingungen sowie damit verbundene Herausforderungen auf. Im Vergleich eher gute Rahmenbedingungen haben bspw. touristisch geprägte Kommunen. Als Herausforderungen wurden u. a. hohe Arbeitslosenzahlen, ein großer Bevölkerungsanteil von Menschen mit Migrationshintergrund oder die Konzentration von Menschen in schwierigen Lebenslagen in der Kommune genannt. Aus den Antragsunterlagen lässt sich entnehmen, dass es dabei häufiger Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Kreisen gibt, so z. B. die Konzentration vielfältiger Probleme in bestimmten städtischen Quartieren oder die Erreichbarkeit und Mobilität von vulnerablen Zielgruppen in dünn besiedelten ländlichen Regionen.

Die Ergebnisse zur **Veränderungsbereitschaft** aus der Online-Befragung und den Interviews mit Projektkoordinationen zu Förderbeginn zeigen (Abbildung 5): Die Veränderungsbereitschaft in der kommunalen Leitung und den Verwaltungen war weitverbreitet, über die Hälfte der Befragten bestätigte ein veränderungsoffenes Klima. Die konkrete Umsetzung von Neuerungen in den kommunalen Strukturen gelang hingegen auch unter diesen guten Bedingungen eher langsam, nur 13 von 43 Kommunen stimmten (eher) der Aussage zu, dass die Umsetzung von Veränderungen schnell vorangeht.

Die **Mobilisierung verschiedener Gruppen in den Kommunen für Aktivitäten und Programme** gelang unterschiedlich gut. Am häufigsten (29 von 42) (eher) leicht zu mobilisieren waren Akteure

aus der Zivilgesellschaft, wie Vereine und Stiftungen. Die Mobilisierung von Bürgerinnen und Bürgern für Aktivitäten und Programme gelang in weniger als der Hälfte der Projekte gut, wobei Akteure aus der Wirtschaft noch seltener (17 von 43) (eher) leicht zu mobilisieren waren.

Abbildung 5: Bereitschaft zu Veränderungen in den Kommunen zu Förderbeginn (Zielgruppenspezifische Interventionen)



Frage: Bitte bewerten Sie aus Ihrer Sicht die folgenden Aussagen zur Veränderungsbereitschaft in Ihrer Kommune.
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zu Förderbeginn (Erhebungsphase 1): 42

Quelle: Online-Befragung der Projekte

© Prognos AG, 2026

Die Interviews mit den Programmbüros ergaben, dass die vorhandenen **Strukturen für Gesundheitsförderung und Prävention in der kommunalen Verwaltung** generell heterogen sind. Aus der Perspektive verschiedener Programmbüros wurden Projektskizzen bzw. Anträge im Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen häufiger von Kommunen eingereicht, die im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention bereits gut aufgestellt waren (insbesondere Städte). Der wichtigste Erfolgsfaktor für die Antragstellung war demnach eine qualifizierte und motivierte Ansprechperson in der Kommune, die über passende Vorerfahrungen verfügt. Auch laut der Online-Befragung zu Förderbeginn waren in über zwei Drittel der Kommunen im Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen (30 von 44) bereits strukturelle Elemente, d. h. bestehende Formate wie Runde Tische, Gesundheitskonferenzen, Arbeitsgruppen o. ä., am geförderten Projekt beteiligt (ohne Abbildung). Ergänzend konnten konkrete Angaben zu den bestehenden Formaten gemacht werden. 30 Befragte machten von dieser Möglichkeit Gebrauch. Besonders häufig wurde dabei auf Formate wie Arbeitskreise und -gruppen verwiesen (25 Nennungen),

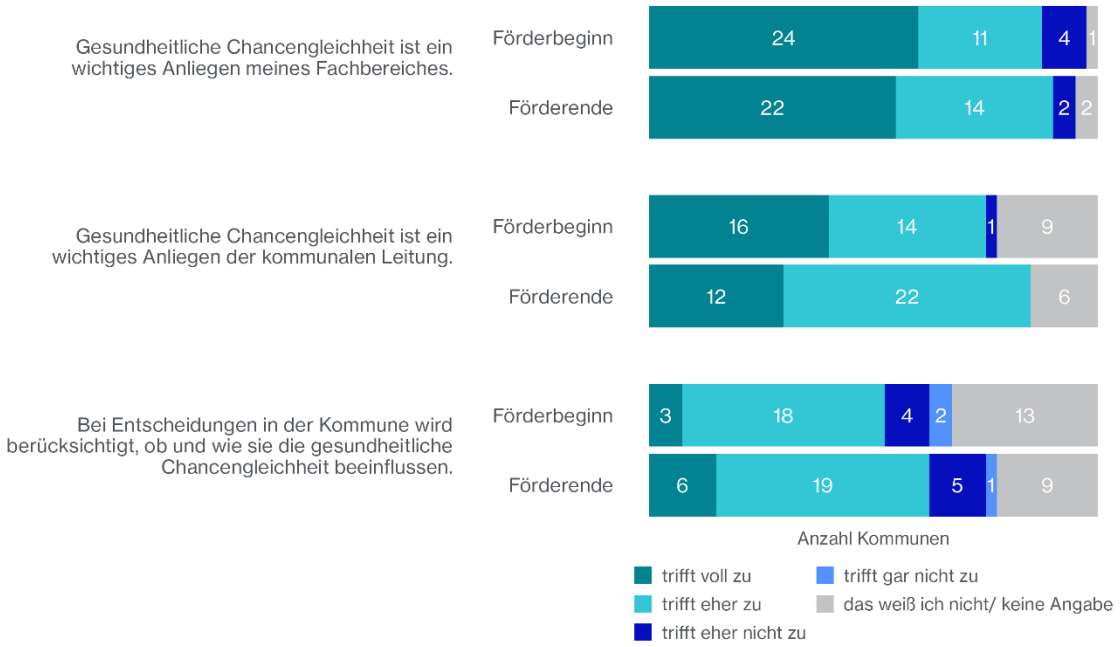
außerdem auf Netzwerke (13 Nennungen), Steuerungsgremien oder Koordinierungsstellen (5 Nennungen) und Gesundheitskonferenzen (5 Nennungen).

Laut der Online-Befragung der Projektkoordinationen zu Förderbeginn gab es zudem bereits eine Reihe von **Akteursgruppen** (Organisationen, Träger und Einrichtungen), die sich bereits stark im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention engagierten und mit denen sich die Verwaltung teils eng bei Aktivitäten abstimmt. So engagierten sich etwa Sportvereine, Familienzentren, Bildungsträger, Sozialversicherungsträger, Seniorenvereine und Kitas jeweils in über einem Viertel der Kommunen (jeweils mind. 11 von 42) stark mit gesundheitsförderlichen Projekten und Programmen. Die Ergebnisse der Interviews mit ausgewählten Projektkoordinationen deuten darauf hin, dass es folglich in der Regel eine große Anzahl an Organisationen, Trägern oder Vereinen gibt, mit denen eine Kooperation sinnvoll und möglich wäre. Jedoch sind diese Akteursgruppen auch sehr verschieden aufgestellt und können in unterschiedlichem Maße Ressourcen einbringen. In Interviews mit ausgewählten Projektkoordinationen zu Förderbeginn wurden ebenfalls weit überwiegend Vorerfahrungen mit Projekten zu Gesundheitsförderung und Prävention berichtet, teilweise in großem Umfang. Gleichzeitig ergaben die Interviews, dass Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommunalpolitik bislang nur punktuell berücksichtigt wurden. Auch die Vernetzung der Aktivitäten war demnach in vielen Kommunen noch nicht gegeben. Die Analyse der Antragsunterlagen zeigt diesbezüglich, dass viele Förderanträge für zielgruppenspezifische Interventionen auch kommunale Vernetzungsaktivitäten beinhalteten.

Der **Stellenwert der gesundheitlichen Chancengleichheit** in den geförderten Kommunen wurde seitens der Projektkoordinationen in den Online-Befragungen am Förderbeginn und zum Förderende eingeschätzt (Abbildung 6). Am Förderbeginn gab der Großteil der Projektkoordinationen an, dass gesundheitliche Chancengleichheit ein (eher) wichtiges Anliegen des eigenen Fachbereichs und der kommunalen Leitung sei. Außerdem gab die Hälfte der Projektkoordinationen an, dass Auswirkungen auf die gesundheitliche Chancengleichheit bei Entscheidungen in der Kommune (eher) berücksichtigt würden. Zur Einschätzung des Stellenwertes der gesundheitlichen Chancengleichheit bei der kommunalen Leitung und bei Entscheidungen in der Kommune wurden jedoch jeweils mehrfach keine Angaben gemacht. Die Befragung zum Förderende zeigt, dass sich während der Förderung nur wenig am hohen Stellenwert der gesundheitlichen Chancengleichheit für die Fachbereiche und kommunalen Leitungen veränderte. Allerdings machten am Förderende insgesamt mehr Befragte Angaben zur kommunalen Leitung und zum Stellenwert gesundheitlicher Chancengleichheit bei Entscheidungen in der Kommune als zu Förderbeginn. Dies ist ein Hinweis für eine stärkere Auseinandersetzung mit diesem Thema im Zuge der Förderung in diesen Kommunen.

Laut Interviews mit den Programmbüros war die Zielsetzung gesundheitlicher Chancengleichheit jedoch bei einigen kommunalen Entscheidungsträgerinnen und -trägern zum Förderbeginn aufgrund anderer Prioritäten nicht ausreichend präsent. Da die Fokussierung der Förderprojekte auf gesundheitliche Chancengleichheit durch die Ausschreibung vorgegeben war, wurde diese jedoch entsprechend in den Projektskizzen und Anträgen der Kommunen aufgegriffen.

Abbildung 6: Stellenwert gesundheitlicher Chancengleichheit in den Kommunen zu Förderbeginn und Förderende (Zielgruppenspezifische Interventionen)



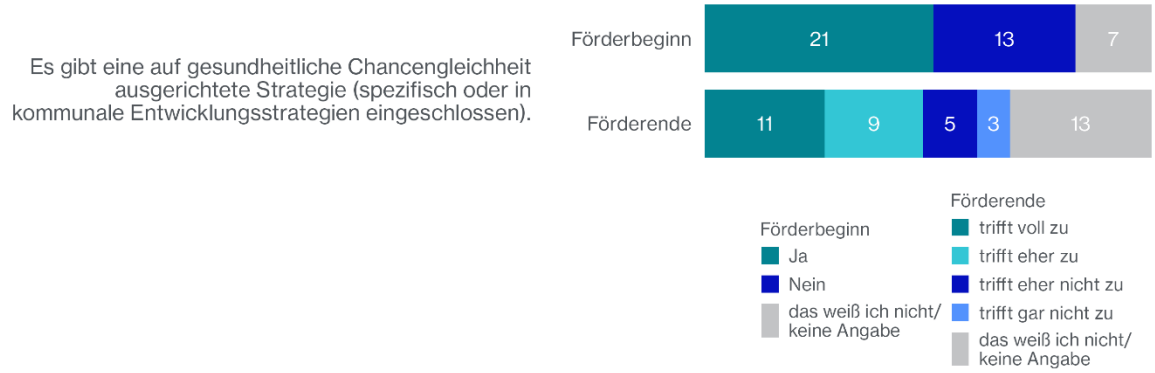
Frage: Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit in Ihrer Kommune.
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zum Förderanfang und zum Förderende (Erhebungsphase 1 und 3): 40 Kommunen, in denen zwei Förderprojekte für zielgruppenspezifische Interventionen umgesetzt wurden, wurden nur einmal berücksichtigt.

Quelle: Online-Befragung der Projekte

© Prognos AG, 2026

Zudem wurden die Projektkoordinationen auf das Vorhandensein einer **auf gesundheitliche Chancengleichheit ausgerichteten Strategie** befragt. Dabei veränderte sich die Anzahl derjenigen, die angaben, in ihrer Kommune gebe es eine solche Strategie, im Laufe der Förderung nicht (Abbildung 7).

Abbildung 7: Strategien für gesundheitliche Chancengleichheit zu Förderbeginn und zum Förderende (Zielgruppenspezifische Interventionen)



Frage Erhebungsphase 1: Gibt es eine kommunale Strategie, um gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern?
Frage Erhebungsphase 3: Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit in Ihrer Kommune.
Anzahl Befragte mit Angaben zu diesen Fragen sowohl zu Förderbeginn (Erhebungsphase 1) als auch zum Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4; jeweils letzte Erhebung in den einzelnen Kommunen): 41
Kommunen, in denen zwei Förderprojekte für zielgruppenspezifische Interventionen umgesetzt wurden, wurden nur einmal berücksichtigt.

Quelle: Online-Befragung der Projekte © Prognos AG, 2026

Ergänzend zu den beschriebenen Rahmenbedingungen und Entwicklungen wurde erhoben, welche **Faktoren** grundsätzlich **zum Gelingen von Gesundheitsförderung und Prävention** beitragen und welche Hemmnisse es erschweren. Die offenen Angaben der Kommunen verdeutlichen, welche Voraussetzungen sie als besonders relevant bewerten und wo aus ihrer Sicht weiterhin zentrale Herausforderungen für eine nachhaltige kommunale Gesundheitsförderung und Prävention bestehen. Die Projektkoordinationen erhielten die Frage, was aus ihrer Sicht die drei wichtigsten Voraussetzungen für das Gelingen der Gesundheitsförderung und Prävention in ihrer Kommune sind.

Die am häufigsten genannte **Voraussetzung** war die (dauerhafte) Finanzierung der Angebote (19 Nennungen). Gute Vernetzung, Kooperation und Zusammenarbeit zwischen den Akteurinnen und Akteuren in der Kommune galt für 15 Projektkoordinationen als wichtige Voraussetzung. Vielfach zeigten sich auch engagierte Akteure in der Kommune als zentrale Voraussetzung für das Gelingen von Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommune (13 Nennungen). Die Partizipation und das Mitdenken der Zielgruppe und ihrer Bedarfe stellten sich ebenfalls als bedeutsam heraus (9 Nennungen). Daneben wurde der politische Rückhalt bzw. Unterstützung durch die Leitungsebene als Voraussetzung genannt (7 Nennungen). Vier Projektkoordinationen verwiesen zudem auf die Bedeutung gut ausgebauter, bereits bestehender kommunaler Strukturen, wie Familien- und Gemeinwesen-Zentren, Schulsozialarbeit und Beratungsstelen, an die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung angegliedert werden können.

Zusätzlich zu den Voraussetzungen wurden die **Herausforderungen** für Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommune offen abgefragt. Entsprechend der Voraussetzungen wurden die Finanzierung bzw. die angespannte Haushaltslage und begrenzte finanzielle Ressourcen am häufigsten als Herausforderung genannt (32 Nennungen). Als weitere Herausforderung wurde über Schwierigkeiten bei der Zielgruppenerreichung berichtet (16 Nennungen), begründet beispielsweise mit der Infrastruktur im ländlichen Raum. Mehrfach wurde zudem erwähnt, dass das gleichzeitige Bestehen mehrerer Krisen bzw. ihre Bewältigung (z. B. Corona-Pandemie, Hitze, Fachkräftesituation) Ressourcen bindet, die dadurch wiederum nicht für Gesundheitsförderung und Prävention zur Verfügung stehen (11 Nennungen). Knappe personelle Ressourcen nannten zudem elf Befragte.

Zur konkreten Herausforderung der **gesundheitlichen Ungleichheit** wurden die Projektkoordinationen in der Online-Befragung zum Förderende gebeten, das wichtigste Problem der gesundheitlichen Ungleichheit, das in ihrer Kommune im Rahmen der Förderung adressiert wurde, zu beschreiben. Am häufigsten nannten die Befragten die schwierige Erreichbarkeit von (vulnerablen) Zielgruppen/sozial Benachteiligten bzw. Zugangshürden zur Teilnahme zu Angeboten (12 Nennungen). Unter diese Hürden fielen unter anderem Sprachbarrieren (3 Nennungen),

eingeschränkte Mobilität aufgrund von Alter, gesundheitlicher Beeinträchtigung und/oder ländlicher Wohnlage (3 Nennungen), fehlende Bekanntheit der Angebote (2 Nennungen) sowie finanzielle Gründe (2 Nennungen).

Zusammenfassung

Im **Förderbereich Strukturaufbau** waren die Ausgangsbedingungen für Gesundheitsförderung und Prävention nach Angaben der Kommunen heterogen und häufig schwach ausgeprägt. Es bestanden zwar einzelne Strukturen, Maßnahmen und Erfahrungen, diese führten jedoch meist nicht zu einer systematischen Strategie- und Strukturentwicklung: In über einem Viertel der Kommunen (in mind. jeweils 17 von 66) engagierten sich bereits zu Förderbeginn Kitas, Sportvereine, Bildungsträger, Sozialversicherungsträger, Schulen, Familienzentren und/oder Wohlfahrtsverbände stark mit gesundheitsförderlichen Projekten und Programmen.

Vernetzung und Koordination zwischen Akteurinnen und Akteuren sowie zwischen Maßnahmen waren jedoch häufig begrenzt. Gesundheitliche Chancengleichheit wurde nur selten bei Entscheidungen in der Kommune berücksichtigt. Gleichzeitig berichteten die Prozesskoordinationen von einem überwiegend veränderungsoffenen Klima. Kommunale Leitungen wurden teils als unterstützend und teils aber auch als hemmend beschrieben. Die Umsetzung von Neuerungen gelang insgesamt eher langsam. Nur rund ein Fünftel der Prozesskoordinationen gab an, dass Neuerungen in kommunalen Strukturen schnell umgesetzt werden. Erhebungen zu Förderbeginn ergaben auch, dass personelle und organisatorische Zuständigkeiten in der Kommune oft nur begrenzt vorhanden waren und qualifiziertes Personal teilweise fehlte. Dies erschwerte insbesondere in strukturell schwächeren Kommunen die Antragstellung, während Kommunen mit vorhandenen Strukturen häufiger früh aktiv wurden.

Gleichzeitig zeigen die Einschätzungen der Prozesskoordinationen, dass der Stellenwert gesundheitlicher Chancengleichheit bei kommunalen Leitungen und Fachbereichen bereits zu Beginn hoch war und im Verlauf stabil blieb. Auswirkungen auf gesundheitliche Chancengleichheit wurden jedoch nur teilweise in kommunalen Entscheidungen berücksichtigt (in 29 von 59 Kommunen). Eine positive Entwicklung zeigt sich bei der strategischen Verankerung: Der Anteil von Kommunen mit Strategien zur gesundheitlichen Chancengleichheit nahm im Förderverlauf zu (von 13 Kommunen zu Förderbeginn auf 32 zum Förderende).[15]

Im **Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen** berichteten die Projektkoordinationen von ebenfalls heterogenen Ausgangsbedingungen. Strukturelle und soziale Herausforderungen, etwa durch unterschiedliche regionale Bedingungen oder spezifische Problemlagen wurden hervorgehoben.

Die Veränderungsbereitschaft der Verwaltung und kommunalen Leitung wurde insgesamt als eher hoch eingeschätzt, die Umsetzung von Neuerungen erfolgt jedoch auch hier eher langsam. Im Unterschied zum Strukturaufbau konnten viele Kommunen auf bereits vorhandene Strukturen, Netzwerke und Erfahrungen zurückgreifen. 30 von 44 Kommunen verfügten bereits zu Förderbeginn über strukturelle Elemente wie Runde Tische, Gesundheitskonferenzen oder Arbeitsgruppen.

[15] Dabei muss einschränkend auf die unterschiedliche Formulierung der Antwortkategorien in den beiden Online-Befragungen hingewiesen werden (vgl. Abbildung 3).

In über einem Viertel der Kommunen engagierten sich jeweils in mindestens 11 von 42 Kommunen Sportvereine, Familienzentren, Bildungsträger, Sozialversicherungsträger, Seniorenvereine und Kitas stark im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Häufig bestanden Gremien, Projekte und Aktivitäten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention somit bereits vor der Förderung, auch wenn deren Vernetzung vielfach noch begrenzt war.

Eine qualifizierte und erfahrene Ansprechperson wurde als wichtige Voraussetzung für die Antragstellung genannt. Entsprechend stammten viele Projekte aus Kommunen mit bereits vorhandenen Strukturen und Kompetenzen. Gleichzeitig zeigen die Einschätzungen in Interviews, dass Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit auch in diesem Förderbereich noch nicht umfassend in kommunalen Entscheidungsprozessen verankert sind. Trotz eines hohen Stellenwerts bei Leitungen und Fachbereichen bleibt die Berücksichtigung in der Praxis begrenzt. Zum Förderende gaben zwei Drittel der Projektkoordinationen an, dass Auswirkungen auf gesundheitliche Chancengleichheit bei kommunalen Entscheidungen berücksichtigt werden. Etwa die Hälfte der Kommunen verfügte bislang über eine spezifische Strategie zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit. Insgesamt zielten die Förderprojekte hier nicht nur auf die Umsetzung von Maßnahmen, sondern auch auf die Weiterentwicklung bestehender Strukturen und Netzwerke.

In beiden Förderbereichen zeigt sich eine heterogene Ausgangslage, begrenzte Vernetzung und fehlende systematische Verankerung von Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Chancengleichheit. Die Veränderungsbereitschaft war überwiegend vorhanden, die Umsetzung erfolgte jedoch langsam. Gleichzeitig wurde dem Thema gesundheitliche Chancengleichheit ein hoher Stellenwert zugeschrieben, ohne dass dies durchgängig in Entscheidungen berücksichtigt wurde. Unterschiede zeigen sich vor allem in den Ausgangsstrukturen: Im Strukturaufbau fehlten häufiger grundlegende personelle und organisatorische Voraussetzungen. In den zielgruppenspezifischen Interventionen bestanden häufiger bereits Strukturen, Erfahrungen und Netzwerke, auf die aufgebaut wurde. Förderbereichsübergreifend verdeutlichen die offenen Angaben der Befragten der Online-Befragungen zum Förderende, dass Kommunen vor allem finanzielle Mittel, tragfähige Kooperationen, engagierte Akteurinnen und Akteure, politische Unterstützung sowie ausreichende personelle Ressourcen als zentrale Voraussetzungen für gelingende Gesundheitsförderung und Prävention ansehen.

4.2 Prozess- und Projektkoordinationen

Evaluationsthemen und Erhebungen

Personelle Ressourcen für Gesundheitsförderung und Prävention sind ein entscheidendes Merkmal der kommunalen Strukturqualität. Im Rahmen der Evaluation wurde das Augenmerk insbesondere auf die Position der Prozess- bzw. Projektkoordination der Förderprojekte gelegt, die eine entscheidende Rolle für den Strukturaufbau bzw. die Zielgruppenspezifischen Interventionen spielten. In allen Erhebungsphasen der Evaluation wurden in Online-Befragungen und Interviews jeweils spezifische Aspekte fokussiert, von den Merkmalen der Personen und der Personalstellen über den Rückhalt und die Vernetzung der Prozess- bzw. Projektkoordinationen bis hin zur Verstetigung der Personalstelle nach Ende der Förderung (Tabelle 5).

Tabelle 5: Erhebungen zur Prozess- bzw. Projektkoordination

Erhebungen	Förderbeginn (Phase 1)	Fördermitte (Phase 2)	Förderende (Phase 3)	Förderende (Phase 4)
Förderbereich Strukturaufbau				
Merkmale der Prozesskoordinationen	●	●		
Etablierung und Entwicklung der Prozesskoordinationen	●	●	●	
Verstetigung der Prozesskoordinationen			●	●
Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen				
Merkmale der Projektkoordinationen	●	●		
Etablierung und Entwicklung der Projektkoordinationen	●	●	●	
Verstetigung der Projektkoordinationen			●	●

Quelle: Eigene Darstellung Prognos AG

© Prognos AG, 2026

Förderbereich Strukturaufbau

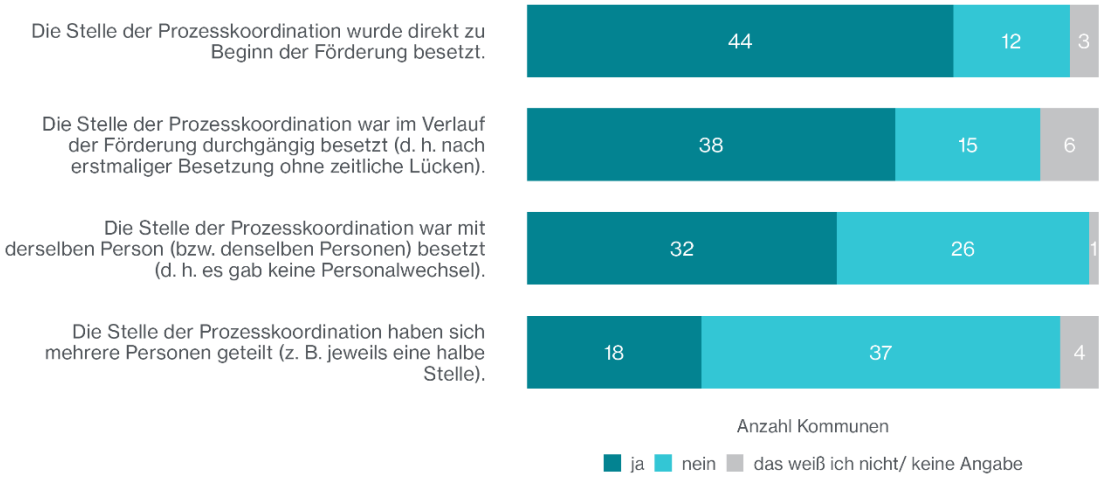
Das Kernelement der Förderung zum Strukturaufbau besteht in der anteiligen Finanzierung von Stellen für kommunale Prozesskoordinationen, die hauptamtlich mit dem Aufbau bzw. der Weiterentwicklung der Steuerungsstruktur betraut sind.

Zum Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4) wurden die Prozesskoordinationen danach gefragt, wie sich die **Stellenbesetzung** im Verlauf der Förderung gestaltete (Abbildung 8). Drei Viertel der Kommunen konnten die Stelle direkt zu Förderbeginn, d. h. zum geplanten Projektstart, besetzen. In rund zwei Drittel der Kommunen war die Stelle durchgängig während des gesamten Förderzeitraums besetzt, d. h. ohne zeitliche Lücken. In zwölf Kommunen nahm die Stellenbesetzung zu Förderbeginn jedoch teils deutlich mehr Zeit in Anspruch als ursprünglich vorgesehen (Abbildung 8). In Interviews mit ausgewählten Kommunen wurde vor allem von einem Mangel an geeigneten Bewerbungen und kurzfristigen Rücktritten vor Arbeitsbeginn berichtet. Die Interviews ergaben außerdem, dass die Stellenbesetzung in den Kommunen am leichtesten fiel, in denen bereits vor der Förderung zumindest geringfügige Strukturen zur Gesundheitsförderung und Prävention vorhanden waren. Teilweise wurde hier schon mit der Antragstellung erkundet, wer von dem bereits für die Kommune tätigen Personals die Prozesskoordination übernehmen könnte. Als förderlich für eine erfolgreiche Stellenbesetzung sowie für personelle Kontinuität wurden in den Interviews zudem attraktive Arbeitsbedingungen hervorgehoben. Dazu zählten insbesondere unbefristete Stellen, angemessene Gehälter und ein unterstützendes Umfeld für die Aufgaben beim Strukturaufbau. Auch im weiteren Verlauf der Förderung kam es zeitweise zu unbesetzten Stellen, etwa infolge von Personalabgängen, Elternzeiten oder krankheitsbedingten Ausfällen. In den Interviews mit ausgewählten Prozesskoordinationen wurde berichtet, dass in diesen Phasen personengebundenes Wissen und bestehende Kontakte teilweise verloren ging.

Von den 15 Kommunen, die in der Online-Befragung über zeitweise unbesetzte Stellen berichteten, wurde zum Förderende angegeben, dass dies den Strukturaufbau erschwert habe (ohne Abbildung). Personalwechsel fanden im Förderzeitraum in fast der Hälfte der Kommunen statt

(Abbildung 8). Dies wurden ebenfalls weit überwiegend als hinderlich für den Strukturaufbau bewertet.

Abbildung 8: Stellenbesetzung der Prozesskoordination im gesamten Förderzeitraum (Strukturaufbau)



Frage: Wie war die Stelle für die Prozesskoordination des Strukturaufbaus für Gesundheitsförderung und Prävention im Förderzeitraum besetzt?
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zum Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4; jeweils letzte Erhebung in den einzelnen Kommunen): 59

Quelle: Online-Befragung der Kommunen

© Prognos AG, 2026

In den Online-Befragungen der Kommunen zu Förderbeginn und zur Fördermitte wurden zudem **Merkmale der Prozesskoordinationen** erhoben, die zu diesem Zeitpunkt tätig waren (Abbildung 9).[16] Demnach wurde über die Hälfte der Prozesskoordinationen mit Fördermitteln zum Strukturaufbau neu eingestellt. Prozesskoordinationen, die die Stelle von außerhalb der Kommune bzw. der kommunalen Verwaltung antraten, hoben in Interviews hervor, dass sie einen unvoreingenommenen Blick haben und neue Ideen in die Kommune brächten. Die interviewten Prozesskoordinationen, die zuvor bereits in der kommunalen Verwaltung tätig waren, sahen hingegen einen Vorteil darin, die Gegebenheiten vor Ort zu kennen und bereits Kontakte zu verschiedenen Akteurinnen und Akteuren zu haben. Die Befragungsergebnisse zum Förderende zeigen, dass neu eingestellte Prozesskoordinationen, die vergleichsweise weniger Vorerfahrungen mit Gesundheitsförderung und Prävention haben, die Erreichung der Förderziele in ihrer Kommune positiver bewerteten als thematisch stärker vorerfahrene Personen und/oder jene, die bereits vorher in der Kommune angestellt waren (Kapitel 7.1).

Die **Stelle der Prozesskoordination** war zumeist im Fachbereich Gesundheit bzw. dem Gesundheitsamt angesiedelt (54 von 65 Kommunen). Daneben wurden in der Online-Befragung zu Förderbeginn vor allem spezifische Dezernate, Ämter oder Fachstellen angegeben, überwiegend mit

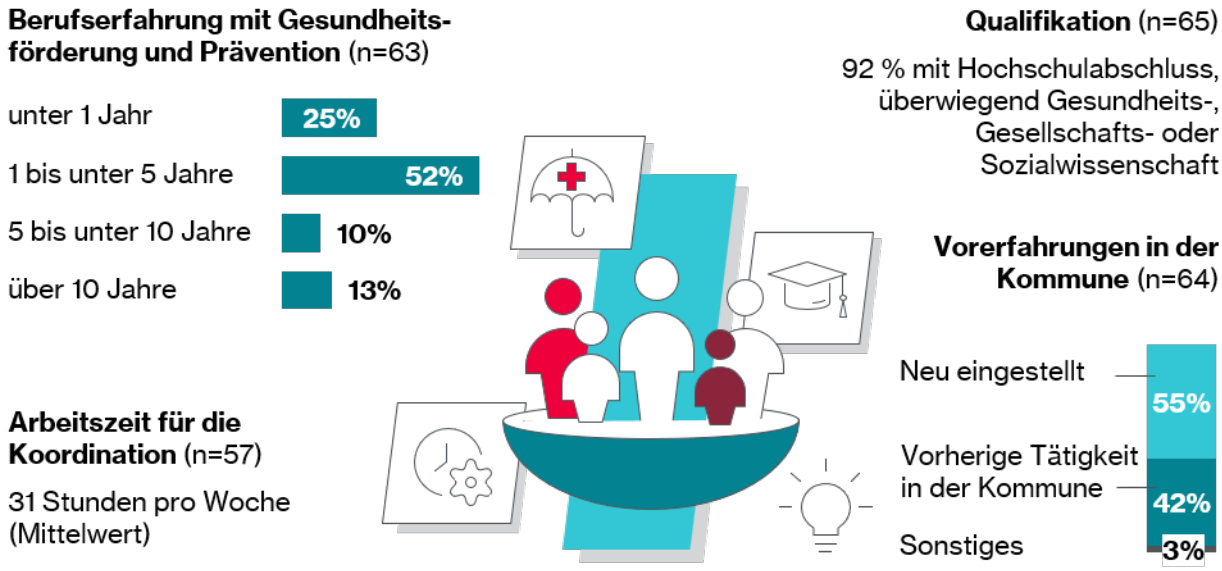
[16] Im Rahmen der Befragungen zu Förderbeginn und zur Fördermitte (Erhebungsphase 1 und 2) wurden insgesamt 65 von 69 Prozesskoordinationen persönlich erreicht. Zu vier weiteren Prozesskoordinationen liegen keine Merkmale vor.

gesundheits- oder sozialem Bezug (ohne Abbildung). Die befragten Prozesskoordinationen brachten zumeist einen Hochschulabschluss in einem gesundheitsspezifischen Fachgebiet mit (z. B. Gesundheitswissenschaft, Public Health, Gesundheitskommunikation, Ernährungs-, Pflege-, Sport-, Therapiewissenschaft, Sozial- und Gesundheitsmanagement, Integrative Gesundheitsförderung) und verfügten häufig über projektrelevante Fort- und Weiterbildungen (Abbildung 9). Sie hatten eine meist kurze bis mittlere Berufserfahrung von unter fünf Jahren im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Rund ein Viertel der Personen waren Berufseinsteigerinnen oder -einsteiger mit Erfahrungen von unter einem Jahr. Die Prozesskoordinationen hoben in den Interviews den hohen Anspruch ihrer Tätigkeit hervor und wiesen darauf hin, dass neben ausreichenden Ressourcen vielfältige Kompetenzen erforderlich seien. Dazu zählten unter anderem Kenntnisse der kommunalen Strukturen und der Kommunalpolitik, die Vernetzung und Motivation unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure, Kompetenzen in Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit sowie präventionsbezogenes Fachwissen. Diese Einschätzungen stimmen mit bestehenden Erkenntnissen zu Rollen und Kompetenzen in der Koordination kommunaler Gesundheitsförderung überein.[17] Einige Interviewte waren der Ansicht, dass eine höhere Qualifizierung (Masterabschluss oder Diplom) sowie Erfahrung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention notwendig sind, um die Aufgaben der Prozesskoordination erfüllen zu können.

Der **Stellenumfang** für die Prozesskoordination lag bei den Befragten zu Förderbeginn oder zur Fördermitte im Durchschnitt bei 31 Wochenstunden (Abbildung 9), wobei in über der Hälfte der Kommunen eine Vollzeitstelle zur Verfügung stand. Zum Förderende wurde dieser Stellenumfang von mehr als der Hälfte der Prozesskoordinationen (34 von 58) als (eher) ausreichend bewertet, von etwas weniger als der Hälfte (22 von 58) jedoch als (eher) nicht ausreichend (ohne Abbildung). Dabei zeigt sich ein Zusammenhang zwischen dem wahrgenommenen Stellenumfang und dessen Bewertung: Prozesskoordinationen, die den Stellenumfang zum Förderende als (eher) ausreichend bewerteten, verfügten im Durchschnitt über 35,6 Wochenstunden, während dieser bei denjenigen mit einer Bewertung als (eher) nicht ausreichend durchschnittlich 27,5 Wochenstunden betrug.

[17] Quilling et al. 2021.

Abbildung 9: Merkmale der Prozesskoordinationen (Strukturaufbau)



Fragen: Welches Studium haben Sie abgeschlossen?
Wie viele Jahre sind Sie insgesamt bereits im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention tätig?
Wie viele Arbeitsstunden pro Woche stehen Ihnen als Verantwortliche/Verantwortlicher für das Projekt zur Verfügung?
Waren Sie bereits vor der Förderung in Ihrer Kommune tätig?
Anzahl Befragte mit Angaben zu diesen Fragen zu Förderbeginn (Erhebungsphase 1) oder zur Fördermitte (Erhebungsphase 2), Anzahl Befragte je einzelne Frage in der Abbildung: 65

Quelle: Online-Befragung der Kommunen

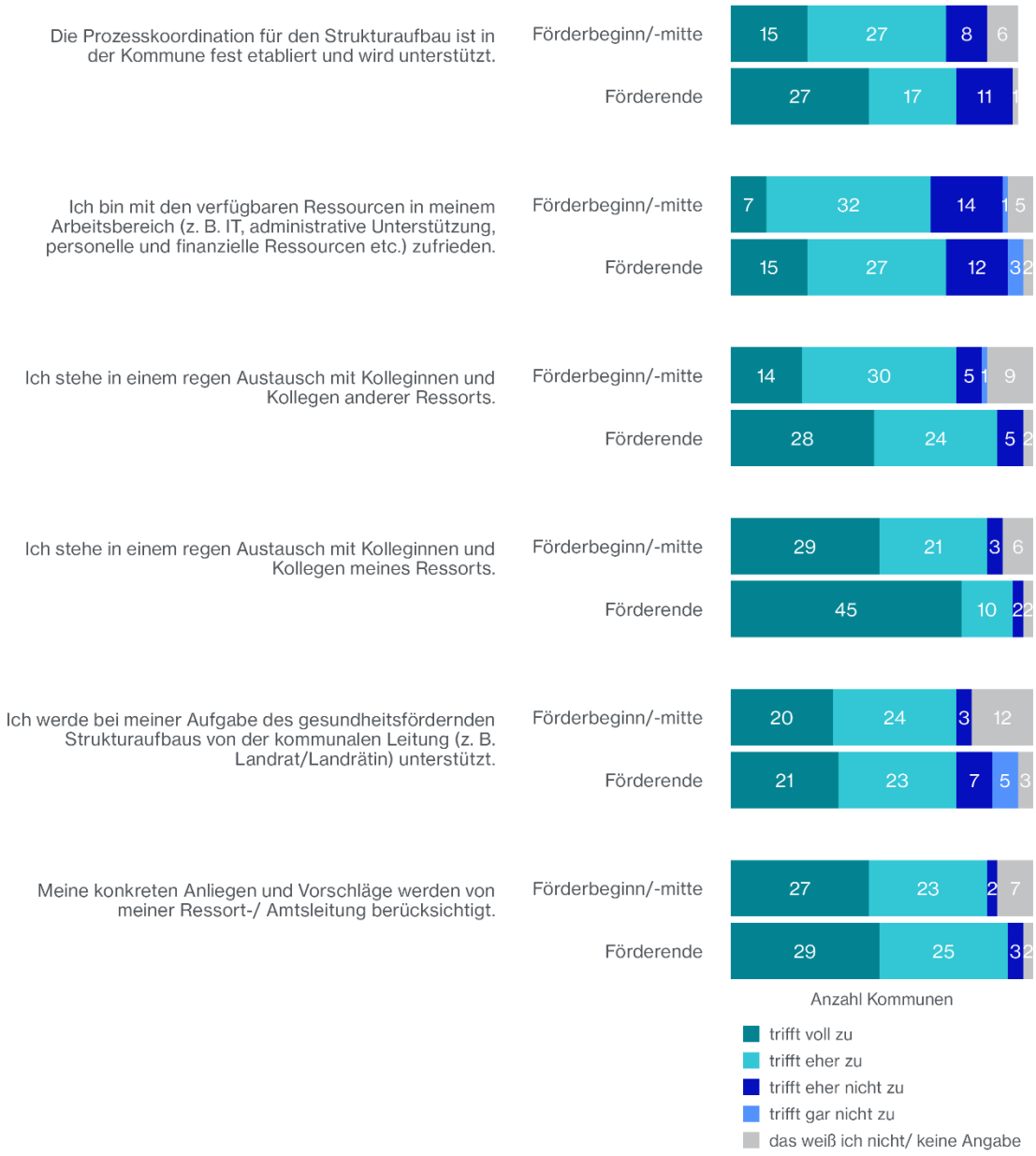
© Prognos AG, 2026

In 18 Kommunen wurde die Prozesskoordination von mehreren Personen gemeinsam wahrgenommen, die sich eine Stelle teilten (Abbildung 8).[18] Dieses Modell wurde in Interviews ausschließlich positiv bewertet. Als Vorteile wurden vor allem die gegenseitige Unterstützung im Team, bessere Vertretungsmöglichkeiten bei zeitweisen Ausfällen sowie geringere Wissens- und Vernetzungsverluste bei Personalwechseln genannt.

Die **Rahmenbedingungen für die Prozesskoordinationen** wurden bereits zu Förderbeginn gut bewertet und verbesserten sich im Laufe der Förderung größtenteils noch weiter. Weit überwiegend sahen sich die Prozesskoordinationen bereits zur Fördermitte als fest etabliert in der Kommune an (Abbildung 10). Bis zum Förderende nahm die Etablierung und Unterstützung insgesamt nochmals zu, nur elf Kommunen stimmten der Aussage, fest etabliert zu sein und unterstützt zu werden, (weiterhin) (eher) nicht zu. Die Befragungsergebnisse zeigen weiterhin, dass sich die große Mehrheit der Prozesskoordinationen durch die kommunale Leitung (z. B. Landrätin/Landrat) gut unterstützt fühlt und konkrete Anliegen von den Ressort-/Amtsleitungen berücksichtigt werden. Zudem gaben die Befragten mehrheitlich an, insbesondere mit Kolleginnen und Kollegen des eigenen Ressorts, aber auch mit anderen Ressorts gut vernetzt zu sein.

[18] Merkmale der weiteren Personen bei geteilten Stellen wurden nicht erfasst.

Abbildung 10: Rahmenbedingungen für die Prozesskoordination zu Förderbeginn/-mitte und zum Förderende (Strukturaufbau)



Frage: Bitte geben Sie zu den folgenden, die Rahmenbedingungen Ihrer Arbeit betreffenden Aussagen Ihre Einschätzung ab.
Frage (erste Aussage in der Abbildung): Bitte bewerten Sie folgende Aussagen zur gesamten Steuerungsstruktur für Gesundheitsförderung und Prävention in Ihrer Kommune.
Anzahl Befragte mit Angaben zu diesen Fragen sowohl zu Förderbeginn (Erhebungsphase 1) oder zur Fördermitte (Erhebungsphase 2) als auch zum Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4; jeweils letzte Erhebung in den einzelnen Kommunen: 59 bzw. 56 (erste Aussage in der Abbildung)

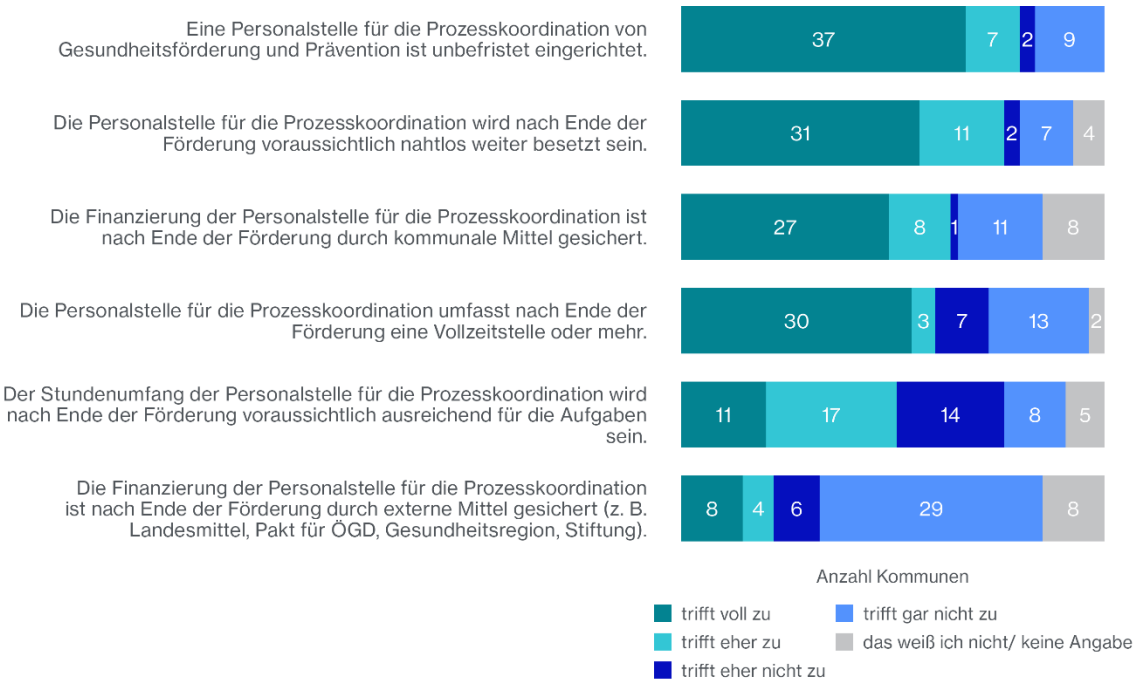
Quelle: Online-Befragung der Kommunen

© Prognos AG, 2026

Rund drei Viertel der Prozesskoordinationen äußerten in der Online-Befragung zum Förderende (eher) Zufriedenheit mit den verfügbaren Ressourcen in ihrem Arbeitsbereich (Abbildung 10). Gleichzeitig machten die Interviews mit Prozesskoordinationen und offene Antworten in den Online-Befragungen auf bestehende Unzufriedenheiten aufmerksam, die sich insbesondere auf personelle und finanzielle Ressourcen bezogen. Zudem wurden vereinzelt Defizite in der ressortübergreifenden Zusammenarbeit sowie eine unzureichende Unterstützung durch Vorgesetzte, das eigene Ressort oder die Kommunalpolitik benannt.

Eine zentrale Voraussetzung für die **Nachhaltigkeit** der Steuerungsstrukturen sind dauerhaft sichergestellte Personalressourcen. Die Förderung erfolgte degressiv, d. h. der Eigenanteil der Kommunen steigt mit zunehmender Laufzeit. Das Ziel ist, die aufgebauten Strukturen nach Ende der Förderung kommunal zu tragen. Dass dies vielfach gelang, zeigen die nachfolgenden Ergebnisse: Die Stelle der Prozesskoordination war zum Förderende in den meisten Kommunen unbefristet eingerichtet, in knapp einem Fünftel der Kommunen war dies jedoch nicht der Fall (Abbildung 11). Zudem wurden die Stellen in der Regel nach Förderende nahtlos weiterbesetzt sein. Die Stellenfinanzierung ist überwiegend durch kommunale Mittel sichergestellt, in einigen Fällen jedoch auch durch externe Mittel. Der Stellenumfang beträgt nach Förderende meist eine Vollzeitstelle oder mehr. Unabhängig von der Entfristung der Stelle oder dem Stundenumfang gefragt, gab rund die Hälfte der Prozesskoordinationen an, dass der Stundenumfang zukünftig ausreichend sei, in etwa die andere Hälfte war der gegenteiligen Ansicht.

Abbildung 11: Nachhaltigkeit der Prozesskoordination (Strukturaufbau)



Frage: Bitte bewerten Sie folgende Aussagen zur Nachhaltigkeit der Steuerungsstruktur für Gesundheitsförderung und Prävention in Ihrer Kommune nach Ende der Förderung.
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zum Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4; jeweils letzte Erhebung in den einzelnen Kommunen): 55

Quelle: Online-Befragung der Kommunen

© Prognos AG, 2026

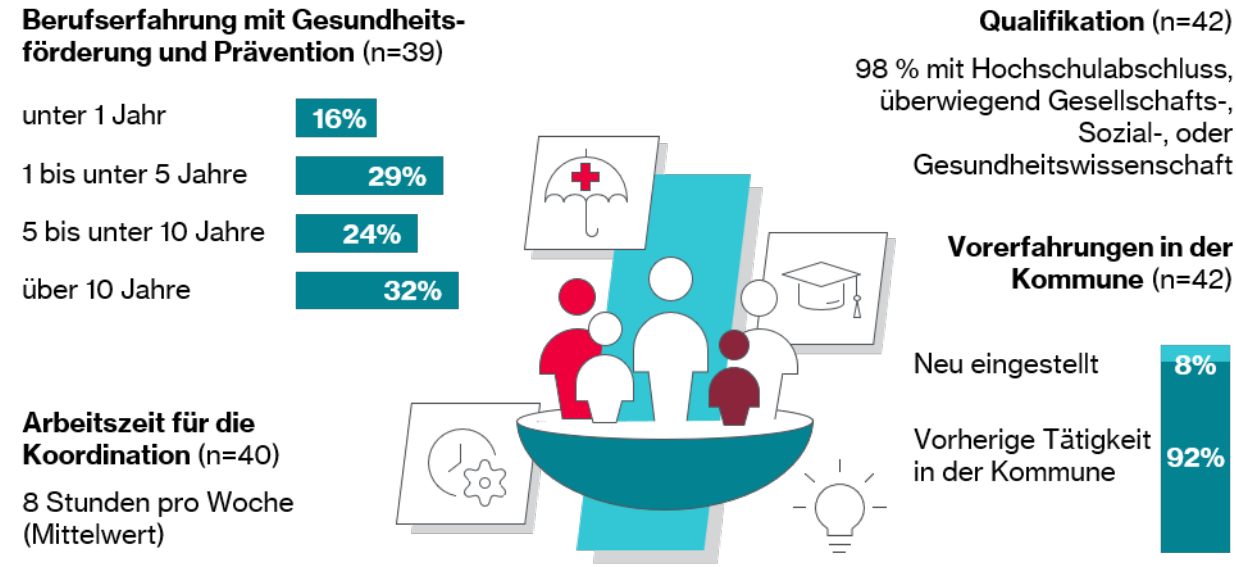
Aus den Interviews, die zum Förderende zum Ende oder kurz nach Ablauf der Förderung mit ausgewählten Kommunen geführt wurden, geht hervor, dass die Zeitpunkte der **Verstetigung** der Personalstellen stark variierten. In manchen Kommunen wurde die Stelle bereits zu Förderbeginn unbefristet eingerichtet, in anderen Kommunen wurde die Stelle im Laufe des Förderzeitraums entfristet und in einigen Kommunen geschah dies erst kurzfristig vor Ablauf der Förderung. Fast alle Interviews zeigen, dass eine wichtige Voraussetzung für die Verstetigung der Personalstelle die Unterstützung der Leitungsebenen in der Verwaltung war. In den Kommunen, in denen das Thema Gesundheitsförderung und Prävention als Priorität auf Leitungsebene angesehen wurde, hatte auch die Verstetigung der Personalstelle Priorität. In einer der Kommunen, in der die Stelle nicht verstetigt wurde, wurde dies mit mangelnder Unterstützung seitens des Landrats begründet. Die Interviews mit den Kommunen, in denen eine Verstetigung der Koordinierungsstelle erfolgte, zeigen außerdem, dass vor allem die sichtbaren Erfolge der Förderprojekte halfen, die Relevanz der Koordinierungsstelle zu belegen.

Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen

Die Befragungen zu Förderbeginn oder zur Fördermitte verwiesen darauf, dass die **Stellen der Projektkoordinationen** in kommunalen Fachbereichen angesiedelt waren, die für die Themen Gesundheit, Soziales und/oder Jugend zuständig sind, teilweise in Kombination mit weiteren Themen wie Sport, Integration und Familie (46 von 48 Personen; ohne Abbildung).[19] Mehrheitlich waren die Personen bereits vor der Förderung in ihrer Kommune im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention tätig (Abbildung 12). Durchschnittlich hatten sie für ihre Stelle acht Wochenstunden zur Verfügung. Sie hatten zumeist einen Hochschulabschluss in einem gesellschafts- bzw. sozialwissenschaftlichen Bereich (z. B. Soziologie, Soziale Arbeit, Psychologie, Pädagogik) und verfügten häufig über projektrelevante Fort- und Weiterbildungen. Über die Hälfte konnte auf eine Tätigkeit im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention von fünf Jahren und länger aufbauen. Ein Drittel der Stellen war mit mehreren Personen besetzt (17 von 51 Stellen, ohne Abbildung).[20]

[19] Im Rahmen der Befragungen zu Förderbeginn (Erhebungsphase 1) und zur Fördermitte (Erhebungsphase 2) haben insgesamt 43 von 46 Projektkoordinationen, die zu dem Zeitpunkt für insgesamt 51 Förderprojekte verantwortlich waren (teilweise mehrere Projekte pro Kommune), Angaben zu den Merkmalen der Projektkoordination gemacht. Zu drei Projektkoordinationen liegen keine Angaben vor.
[20] Merkmale der weiteren Personen bei geteilten Stellen wurden nicht erfasst.

Abbildung 12: Merkmale der Projektkoordinationen (Zielgruppenspezifische Interventionen)



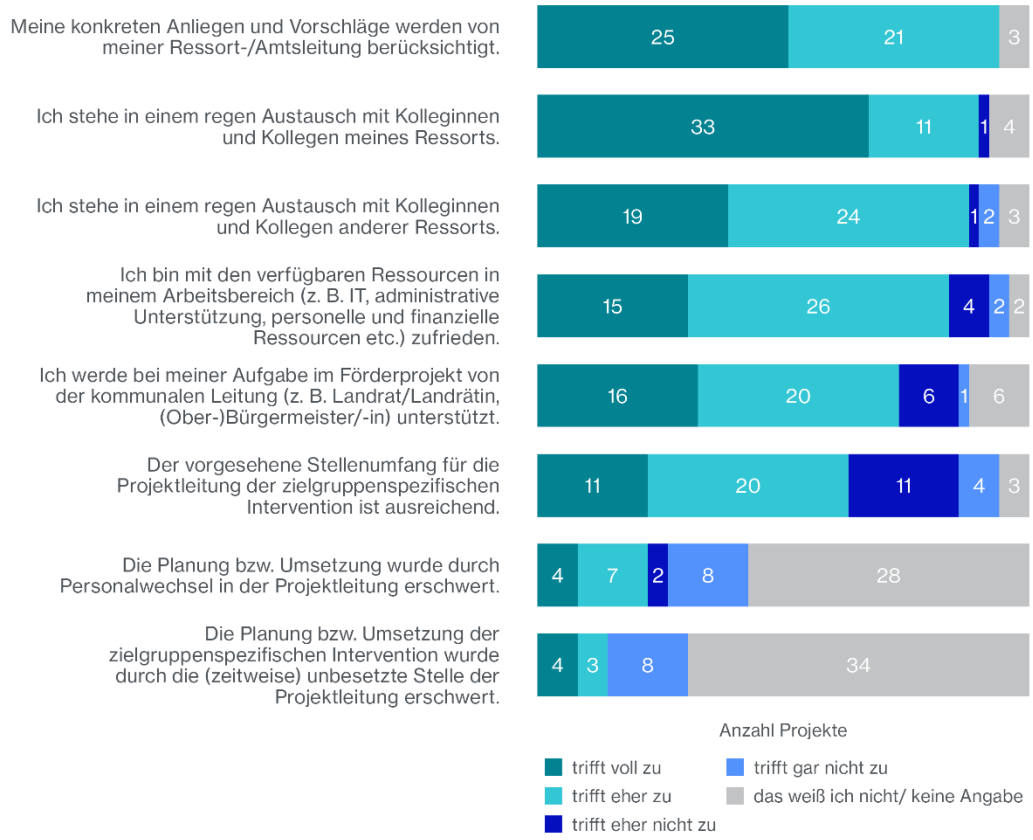
Fragen: Welches Studium haben Sie abgeschlossen?
Wie viele Jahre sind Sie insgesamt bereits im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention tätig?
Wie viele Arbeitsstunden pro Woche stehen Ihnen als Verantwortliche/Verantwortlicher für das Projekt zur Verfügung?
Waren Sie bereits vor der Förderung in Ihrer Kommune tätig?
Anzahl Befragte mit Angaben zu diesen Fragen zu Förderbeginn (Erhebungsphase 1) oder zur Fördermitte (Erhebungsphase 2), Anzahl Befragte je einzelne Frage in der Abbildung: 42

Quelle: Online-Befragung der Projekte

© Prognos AG, 2026

Die **Rahmenbedingungen für die Projektkoordination** wurden zum Förderende insgesamt überwiegend positiv bewertet. Die Projektkoordinationen genossen nach eigenen Angaben zum Förderende in der Regel die Unterstützung der kommunalen Leitungen, waren gut mit ihren Kolleginnen und Kollegen vernetzt und weitgehend mit den notwendigen Ressourcen ausgestattet (Abbildung 13). Wie bereits am Förderbeginn erkennbar, konnten die Projektkoordinationen auf bestehende Kontakte zu vielfältigen Akteursgruppen außerhalb der kommunalen Verwaltung (z. B. Wohlfahrtsverbände, Sportvereine, Familienzentren, Schulen, Kitas, Sozialversicherungsträger) aufbauen (Abschnitt 4.1).

Abbildung 13: Rahmenbedingungen für die Projektkoordination (Zielgruppenspezifische Interventionen)



Frage: Bitte bewerten Sie folgende Aussagen zu den Rahmenbedingungen Ihrer Arbeit.
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zum Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4; jeweils letzte Erhebung in den einzelnen Kommunen): 49

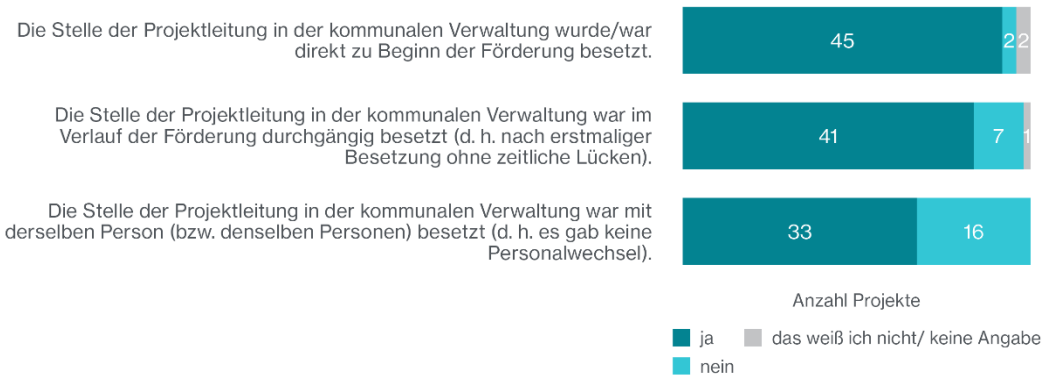
Quelle: Online-Befragung der Projekte

© Prognos AG, 2026

Zumeist kooperierten die Projektkoordinationen der Verwaltung mit Projektträgern, die die Förderprojekte steuerten und/oder umsetzten. Die Online-Befragung zum Förderende zeigt, dass dies in rund drei Vierteln der Projekte der Fall war (36 von 49; ohne Abbildung). Die **Aufgabenverteilung zwischen der kommunalen Verwaltung und dem zuständigen Projektträger** variierte in Abhängigkeit der konkreten Aufgabe (31 Befragte, ohne Abbildung): Die Steuerung und Koordination sowie Vernetzung mit anderen Strukturen lagen schwerpunktmäßig bei der kommunalen Verwaltung, was auch eine Voraussetzung für die Förderung darstellte. Die Einleitung, Umsetzung und Etablierung der Maßnahmen waren hingegen eher die Aufgaben der Projektträger. Die Definition von Zielen und Handlungsschwerpunkten lagen hingegen zumeist in beidseitiger Verantwortung. Im Einzelfall gab es jedoch sehr heterogene Modelle zur Aufgabenteilung. Nach Aussage von etwa drei Vierteln der Projektkoordinationen gelang die Arbeitsteilung zwischen kommunaler Verwaltung und Projektträger (eher) gut (26 von 33 Befragten; ohne Abbildung).

Zum Förderende wurde in der Online-Befragung die **Stellenbesetzung in der kommunalen Verwaltung und beim zuständigen Projektträger** näher betrachtet. Erkennbar war, dass die Stellen der Projektkoordination in der kommunalen Verwaltung größtenteils durchgängig besetzt waren und dies mehrheitlich mit derselben Person (Abbildung 14). Nichtsdestotrotz wurde die Planung und Umsetzung der Projekte teilweise durch Personalwechsel oder unbesetzte Stellen erschwert. Ein vergleichbares Bild zeigen die Angaben zu den 31 Projekten, in denen eng mit einem Projektträger zusammengearbeitet wurde. Auch bei den Projektträgern gab es nur selten unbesetzte Stellen (4 von 31 Projekten; ohne Abbildung), jedoch teilweise Personalwechsel (11 von 31 Projekten; ohne Abbildung).

Abbildung 14: Stellenbesetzung der Projektkoordination in der kommunalen Verwaltung im gesamten Förderzeitraum (Zielgruppenspezifische Interventionen)



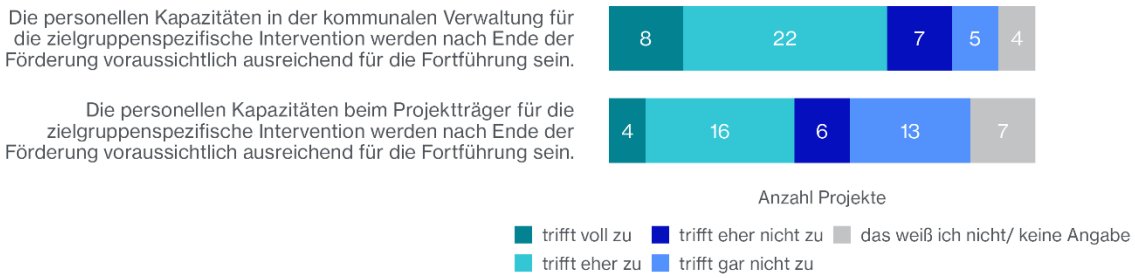
Frage: Wie war die Projektleitung für die zielgruppenspezifische Intervention im Förderzeitraum besetzt?
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zum Förderende (Erhebungsphase 3): 49

Quelle: Online-Befragung der Projekte

© Prognos AG, 2026

Eine wichtige Voraussetzung für die **Nachhaltigkeit** der zielgruppenspezifischen Interventionen waren dauerhaft sichergestellte Personalressourcen. Die personellen Ressourcen in der kommunalen Verwaltung für die Fortführung der zielgruppenspezifischen Interventionen nach Ende der Förderung wurden zum Förderende durch die Projektkoordinationen unterschiedlich bewertet (Abbildung 15). Für ca. zwei Drittel der Projekte standen demzufolge auch nach der Förderung (eher) ausreichende personelle Kapazitäten in der kommunalen Verwaltung zur Verfügung, für rund ein Viertel der Projekte traf dies allerdings (eher) nicht zu. Die personellen Kapazitäten der Projektträger für die Fortführung der zielgruppenspezifischen Interventionen wurden in der Hälfte der Projekte als (eher) ausreichend bewertet, während dies für die andere Hälfte der Projekte (eher) nicht zutraf.

Abbildung 15: Nachhaltigkeit der Projektkoordination (Zielgruppenspezifische Interventionen)



Frage: Bitte bewerten Sie folgende Aussagen zur Nachhaltigkeit der geförderten zielgruppenspezifischen Intervention in Ihrer Kommune nach Ende der Förderung.
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zum Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4; jeweils letzte Erhebung in den einzelnen Kommunen): 46

Quelle: Online-Befragung der Projekte

© Prognos AG, 2026

In Interviews mit ausgewählten Projektkoordinationen zum Förderende wurden die Personalressourcen nach Ende der Förderung detaillierter erhoben. Hier zeigt sich, dass – trotz der überwiegend als ausreichend bewerteten Kapazitäten in der Online-Befragung (Abbildung 15) – die Personalstelle der Projektkoordination in den meisten dieser Kommunen nach Ablauf der Förderung wegfiel. Die Koordination der fortgeführten Maßnahmen wurde in diesen Kommunen an andere Personen übergeben. Teilweise waren diese bei den ausführenden Projektträgern der Maßnahmen angesiedelt, teilweise in der kommunalen Verwaltung. Dadurch konnten in den interviewten Kommunen die implementierten Maßnahmen zumindest teilweise fortgeführt werden, jedoch ohne die während der Förderung bestehende Projektkoordinationsstelle und mit deutlich weniger zeitlichen Ressourcen für die anfallenden Aufgaben. Eine Interviewte beschrieb es als eine große Herausforderung für die weitere Umsetzung, dass nun die zentrale Ansprechperson wegfalle. In allen Kommunen, in denen die Stelle der Projektkoordination wegfiel, wurden in den Interviews fehlende finanzielle Mittel als Grund dafür angegeben. In zwei der interviewten Kommunen gelang die Weiterfinanzierung der Stelle über kommunale Mittel bzw. im Rahmen der Jugendhilfe nach SGB VIII. Als wichtiger Erfolgsfaktor für die **Verstetigung** der Stelle wurde hier die Unterstützung der Leitungsebenen in der Verwaltung benannt.

Zusammenfassung

Im **Förderbereich Strukturaufbau** ist die Prozesskoordination ein zentrales Element für den Aufbau und die Weiterentwicklung der Steuerungsstruktur. Die Stellenbesetzung gelang in der Mehrheit der Kommunen zu Förderbeginn und blieb häufig über den Förderzeitraum bestehen. So konnten drei Viertel der Kommunen die Stelle der Prozesskoordination direkt zu Förderbeginn bzw. zum geplanten Projektstart besetzen und in rund zwei Dritteln der Kommunen war die Stelle während des gesamten Förderzeitraums durchgängig besetzt. Verzögerungen, unbesetzte Stellen und Personalwechsel traten dennoch auf und erschweren den Strukturaufbau, wie Prozesskoordinationen berichteten. Dabei gingen teilweise Wissen und bestehende Kontakte verloren.

Förderlich für die personelle Kontinuität waren vorhandene Strukturen zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie attraktive Arbeitsbedingungen.

Die Prozesskoordinationen waren meist in gesundheitsbezogenen Fachbereichen angesiedelt (in 54 von 65 Kommunen im Fachbereich Gesundheit bzw. im Gesundheitsamt) und verfügten überwiegend über einschlägige Qualifikationen. Drei Viertel hatten jedoch eine kurze bis mittlere Berufserfahrung von unter fünf Jahren. Die Rolle galt als anspruchsvoll und erforderte Kompetenzen in Vernetzung, Kommunikation und Kenntnis kommunaler Strukturen. Der Stellenumfang (durchschnittlich 31 Stunden pro Woche, in über der Hälfte der Kommunen stand eine Vollzeitstelle zur Verfügung) wurde von mehr als der Hälfte als ausreichend bewertet, gleichzeitig wurden teils Einschränkungen bei personellen und finanziellen Ressourcen berichtet.

Im Förderverlauf etablierte sich die Prozesskoordination in den meisten Kommunen. Die Unterstützung durch die kommunale Leitung war überwiegend vorhanden, ebenso eine gute Vernetzung, die im Lauf der Förderung ausgebaut wurde. Diese Faktoren stabilisierten die Steuerungsstruktur. Die Personalstellen wurden in der Mehrheit (eher) verstetigt (44 von 55) und nach Förderende (eher) weiterbesetzt (42 von 55), häufig (eher) durch kommunale Mittel finanziert (35 von 55). In einem Teil der Kommunen bestanden jedoch Unsicherheiten bei Entfristung und Stundenumfang. Prozesskoordinationen berichteten, dass die Unterstützung der Leitungsebene und sichtbare Erfolge wichtige Voraussetzungen für die Verstetigung waren.

Im **Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen** war die Projektkoordination mehrheitlich in den Fachbereichen für Gesundheit, Soziales und/oder Jugend angesiedelt (46 von 48 Personen). Sie arbeitete eng mit kommunalen freien Trägern zusammen, die häufig (in 31 von 49 Projekten) an der Ausgestaltung der Projekte beteiligt waren. Die Projektkoordinationen verfügten meist über einschlägige Qualifikationen und Erfahrungen – über die Hälfte verfügte über mindestens fünf Jahre einschlägige Berufserfahrung – und waren überwiegend bereits vorher in der Kommune tätig. Der Stellenumfang war deutlich geringer als beim Strukturaufbau (durchschnittlich 8 Stunden pro Woche).

Während der Umsetzung bestand in der Regel Unterstützung durch die kommunale Leitung. Die Projektkoordinationen waren gut vernetzt und bewerten die Ressourcen mehrheitlich als ausreichend. In der Zusammenarbeit mit Projektträgern waren die Aufgaben funktional verteilt: Steuerung und Vernetzung lagen eher bei der Verwaltung, Planung und Umsetzung bei den Trägern. Die Arbeitsteilung gelang nach Aussage der Projektkoordinationen überwiegend gut.

Die Stellen waren während der Förderung meist durchgängig besetzt, auch wenn Personalwechsel und unbesetzte Phasen auftraten. Nach Förderende wurden die personellen Kapazitäten in der Verwaltung ebenfalls überwiegend (30 von 46 Projekte) als ausreichend eingeschätzt, wobei Interviews zeigen, dass die Stellen der Projektkoordination dennoch oft wegfielen. Als Grund wurden fehlende finanzielle Mittel, d. h. eine fehlende Anschlussfinanzierung genannt. Die Aufgaben wurden, wenn möglich, auf andere Akteurinnen und Akteure übertragen. Daher standen nach der Förderung weniger zeitliche Ressourcen und teils keine zentrale Ansprechperson zur Verfügung. Eine weitere Rolle spielte die Unterstützung der Leitungsebene und die kommunale Priorisierung des Themas.

Projektkoordinationen betonten, dass die Unterstützung der Leitungsebene wichtig für eine mögliche Verstetigung der Stelle sei.

In **beiden Förderbereichen** zeigen sich die zentrale Rolle der Koordinationsstelle, eine Einbindung in kommunale Fachbereiche und breite Vernetzung sowie überwiegend gute Unterstützung durch die kommunale Leitung und Vernetzung als wichtige Gelingensfaktoren für den Strukturaufbau bzw. zielgruppenspezifischen Interventionen. Unterschiede lagen vor allem im Stellenumfang, in der Kontinuität und in der Nachhaltigkeit. Die Prozesskoordinationen im Strukturaufbau waren häufiger eigenständig organisiert und wurden überwiegend nach Förderende verstetigt. Die Projektkoordinationen zielgruppenspezifischer Interventionen arbeiteten stärker arbeitsteilig mit Projektträgern zusammen, hatten einen geringeren Stellenumfang und übergaben die Koordinationsaufgaben nach Förderende teils an andere Akteurinnen und Akteure, da ihre Stellen teilweise nicht verstetigt wurden.

4.3 Steuerungsstrukturen für Gesundheitsförderung und Prävention

Evaluationsthemen und Erhebungen

Steuerungsstrukturen, die eine Zusammenarbeit aller relevanten Akteursgruppen innerhalb und außerhalb der kommunalen Verwaltung ermöglichen, sind eine entscheidende Voraussetzung für gelingende kommunale Gesundheitsförderung und Prävention. In beiden Förderbereichen sind dabei unterschiedliche Schwerpunkte relevant: Der Strukturaufbau zielt auf übergeordnete Steuerungsstrukturen in der Kommune ab (Weiterentwicklung der Steuerungsstrukturen, Förderziel 1), während im Rahmen Zielgruppenspezifischer Interventionen insbesondere die Steuerung und Koordination der Intervention und deren Einbindung in kommunale Strukturen (Nutzung/Aufbau von Strukturen, Förderziel 1) relevant ist.

Die Steuerungsstrukturen bzw. Projektstrukturen waren Gegenstand der Online-Befragungen und Interviews mit Kommunen in den Förderbereichen Strukturaufbau und Zielgruppenspezifische Interventionen (Tabelle 6). Dabei wurden teilweise unterschiedliche Schwerpunkte in den Förderbereichen gesetzt. In jeder Kommune, die im Förderbereich Strukturaufbau gefördert wurde, wurde zu Förderbeginn, -mitte und -ende der Entwicklungsstand der Steuerungsstrukturen mithilfe von Online-Befragungen erhoben, wobei in den Phasen unterschiedliche Schwerpunkte betrachtet wurden. Für alle Zielgruppenspezifischen Interventionen wurde ebenso der Stand der Projektstrukturen erhoben. Dabei wurde auf die Form und Ausgestaltung der Strukturen, die beteiligten Akteurinnen und Akteure und deren Zusammenarbeit eingegangen. Die Nachhaltigkeit und Verstetigung nach Ende der Förderung wurden ebenfalls analysiert. Im Förderbereich Strukturaufbau wurden zusätzlich Bewertungen zu den Funktionen und der Qualität der Strukturen erfasst. Interviews mit ausgewählten Prozess- und Projektkoordinationen ergänzten tiefergehende Informationen zum jeweiligen Umsetzungsstand.

Tabelle 6: Erhebungen zu Steuerungsstrukturen

Erhebungen	Förderbeginn (Phase 1)	Fördermitte (Phase 2)	Förderende (Phase 3)	Förderende (Phase 4)
Förderbereich Strukturaufbau				
Form und Entwicklung der Steuerungsstrukturen	•	•	•	
Akteursgruppen und Zusammenarbeit		•	•	
Bewertung der Steuerungsstrukturen		•	•	
Nachhaltigkeit der Steuerungsstrukturen			•	•
Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen				
Steuerung der zielgruppenspezifischen Interventionen		•		
Akteursgruppen und Zusammenarbeit		•	•	
Nachhaltigkeit der Projektstrukturen			•	•

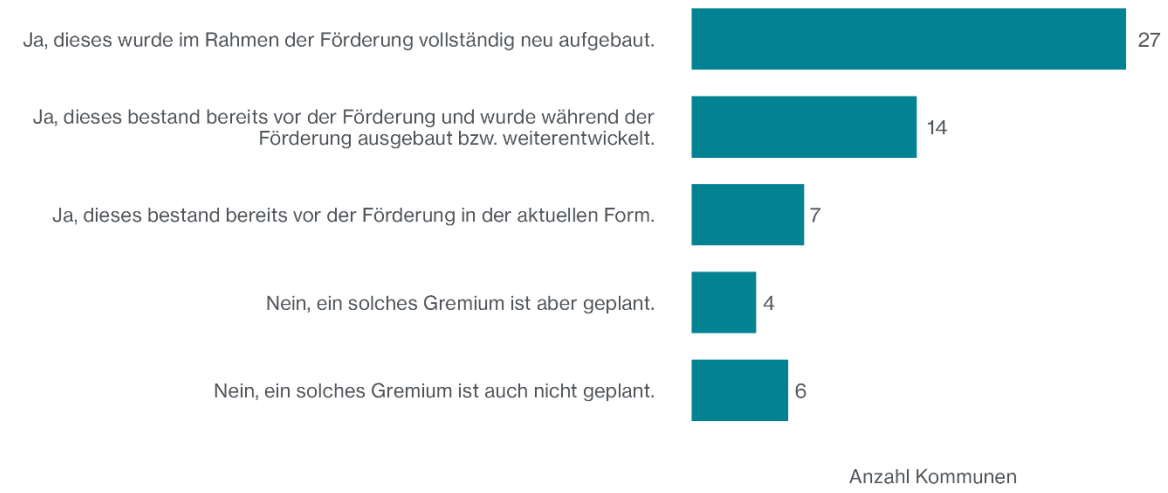
Quelle: Eigene Darstellung Prognos AG

© Prognos AG, 2026

Förderbereich Strukturaufbau

Zu Förderbeginn bestanden bereits vielfach Gremienstrukturen, die von den Kommunen genutzt werden konnten. In der Online-Befragung zu Förderbeginn gaben 53 von 69 Kommunen an, dass sie in ihrer Kommune bereits auf bestehende Formate, wie Runde Tische, Gesundheitskonferenzen, Arbeitsgruppen o. ä. aufbauen konnten. Die Online-Befragung zur Fördermitte ergab, dass die meisten Kommunen bereits über ein **zentrales Steuerungsgremium** für Gesundheitsförderung und Prävention verfügten, zum Förderende traf dies schließlich auf 48 von 58 befragten Kommunen zu (Abbildung 16). In fast der Hälfte aller Kommunen wurde ein solches Gremium im Rahmen der Förderung vollständig neu aufgebaut. In einem Drittel der Kommunen, die über ein zentrales Gremium verfügten (16 von 48), traf laut der Befragung zum Förderende außerdem eine übergeordnete Instanz finale Entscheidungen über Maßnahmen und den Einsatz von Ressourcen (ohne Abbildung). Sechs Kommunen entwickelten alternative Steuerungsstrukturen ohne ein zentrales Gremium bzw. begründeten die Entscheidung, dass kein zentrales Gremium geplant sei (ohne Abbildung): In einer Kommune übernahm die Koordinatorin die Steuerung über zwei bereits bestehende, inhaltlich weiterentwickelte Arbeitskreise; in einer weiteren Kommune wurden vorhandene Steuerungsgruppen für gesundheitsförderliche Themen genutzt. Eine Kommune verwies auf ihre dezentrale Regionalstruktur in einem dünn besiedelten Flächenlandkreis. Daneben wurden fehlendes politisches Interesse bzw. fehlender Rückhalt als Gründe gegen ein zentrales Steuerungsgremium genannt (2 Nennungen); in einem Fall erfolgte die Steuerung stattdessen quartiers- und settingbezogen.

Abbildung 16: Entwicklung zentraler Steuerungsgremien zum Förderende (Strukturaufbau)



Frage: Häufig gibt es in Kommunen ein regelmäßig tagendes zentrales Gremium der Steuerung und Koordination von Gesundheitsförderung und Prävention, das sich insbesondere mit den kommunalen Bedarfen beschäftigt sowie Maßnahmen auswählt und plant. Gibt es in Ihrer Kommune ein solches zentrales Gremium?
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zum Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4; jeweils letzte Erhebung in den einzelnen Kommunen): 58

Quelle: Online-Befragung der Kommunen

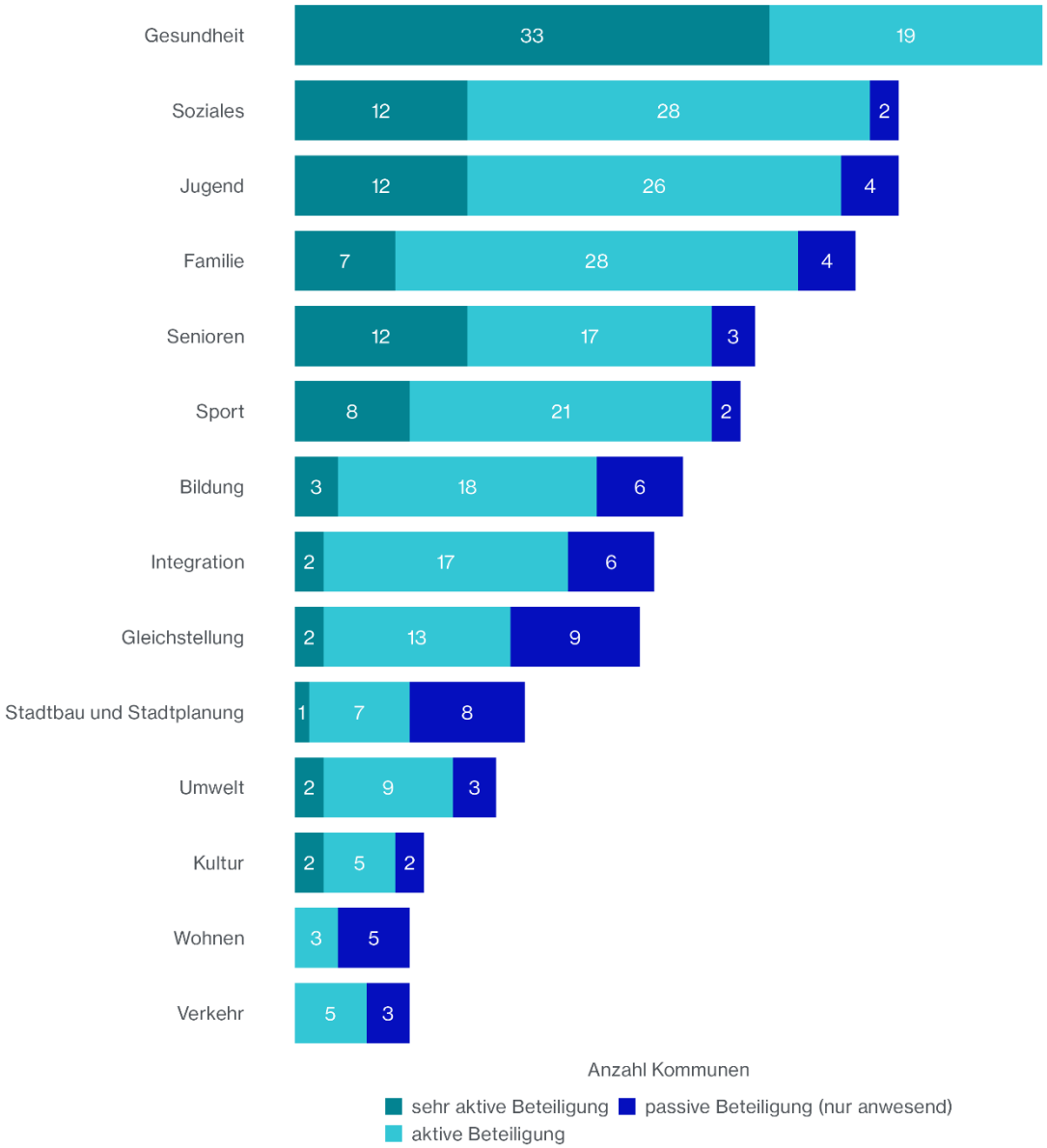
© Prognos AG, 2026

Die Interviews mit ausgewählten Prozesskoordinationen verdeutlichen die große Spanne mit Blick auf den **Entwicklungsstand der Strukturen im Verlauf der Förderung**: In einer Kommune mussten beispielsweise zur Fördermitte, nach zwei Jahren Laufzeit, nach wie vor die Akteurinnen und Akteure für Gesundheitsförderung und Prävention sensibilisiert werden und es konnten kaum Strukturen aufgebaut werden. In einer anderen wurde wiederum nach derselben Laufzeit schon mit weiterentwickelten und fest etablierten Gremien an konkreten Maßnahmen gearbeitet.

Als **Gelingensfaktoren für den Aufbau der Steuerungsstrukturen** stellten sich laut Interviews zur Fördermitte und zum Förderende insbesondere der Rückhalt der kommunalen Leitung, der Kommunalpolitik und wichtiger Entscheiderinnen und Entscheider innerhalb der Verwaltung heraus, sowie ausreichende personelle Ressourcen und Kontinuität bei der Prozesskoordination. Diese Ergebnisse decken sich mit den Ergebnissen der Online-Befragung zu den größten Hürden, die aus Sicht der Prozesskoordinationen für die Sicherstellung der zukünftigen Steuerung der Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommune bestanden oder bestehen. Die am häufigsten genannte Hürde für die Sicherstellung der zukünftigen Steuerung von Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommune war das Fehlen finanzieller und personeller Ressourcen in der Kommune bzw. der kommunalen Verwaltung, u. a. infolge einer angespannten Haushaltslage (24 Nennungen). Jeweils acht Prozesskoordinationen nannten die Verstetigung bzw. Entfristung der Stelle sowie die fehlende Relevanz bzw. Wahrnehmung des Themas auf politischer Ebene als Hürde. Dreimal wurde angemerkt, dass sie Steuerung von Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere deshalb schwer zu sichern seien, weil es sich um freiwillige Leistungen und nicht um kommunale Pflichtaufgaben handele.

Die Online-Befragungen zum Förderende ergaben, dass die **Beteiligung der Prozesskoordination** bzw. verantwortlichen Person für den kommunalen Strukturaufbau im zentralen Steuerungsgremium immer gegeben war. Ihre eigene Beteiligung im Steuerungsgremium bewerteten diese durchweg als sehr aktiv. Das Gesundheitsressort (oft das Ressort der Prozesskoordination) war in den Gremien ebenfalls fast immer vertreten und auch aktiv beteiligt (Abbildung 17). Auch die Ressorts Soziales, Jugend, Familie, Senioren und Sport waren vielfach in den Gremien vertreten und beteiligten sich aktiv. Weitere Ressorts waren ebenfalls beteiligt, wobei der Grad der Aktivität teilweise als etwas geringer eingestuft wurde. Dies zeigt insgesamt, dass Gesundheitsförderung und Prävention unter aktiver Beteiligung vieler Ressorts in den Strukturen bearbeitet wurde, wie es das Förderziel zur Weiterentwicklung der Steuerungsstrukturen (Förderziel 1) vorsieht. Im Durchschnitt waren zum Förderende in der Steuerungsstruktur in jeder Kommune rund sieben Ressorts dauerhaft beteiligt (Mittelwert: 6,8 und Median: 7,5). Im Verlauf der Förderung gab es in den Kommunen leichte Veränderungen bei der Zusammensetzung der Steuerungsstrukturen, allerdings keinen eindeutigen Trend der Zu- oder Abnahme (ohne Abbildung).

Abbildung 17: Dauerhafte Beteiligung kommunaler Ressorts in Gremien bzw. Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention (Strukturaufbau)



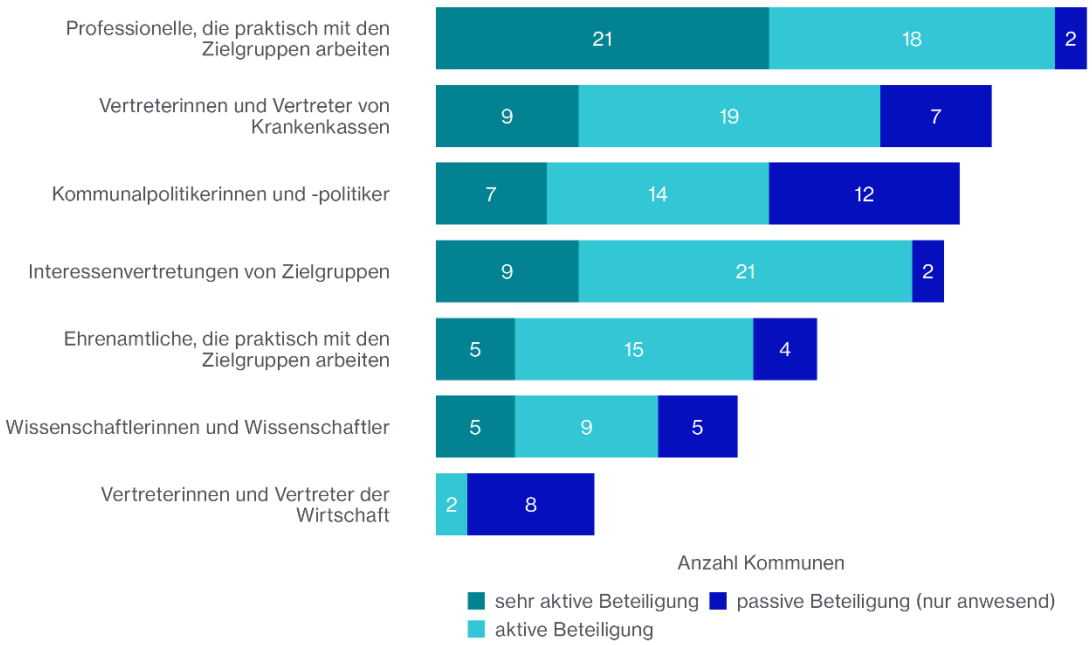
Kombination der Fragen: Welche kommunalen Ressorts und weiteren Akteurinnen und Akteure sind dauerhaft in den Strukturen zur Steuerung und Koordination von Gesundheitsförderung und Prävention vertreten und wie aktiv war deren Beteiligung während der Förderung?
Welche kommunalen Ressorts und weiteren Akteurinnen und Akteure sind dauerhaft in diesem zentralen Gremium für Gesundheitsförderung und Prävention vertreten und wie aktiv war deren Beteiligung während der Förderung?
Anzahl Befragte mit Angaben zu diesen Fragen zum Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4; jeweils letzte Erhebung in den einzelnen Kommunen): 54

Quelle: Online-Befragung der Kommunen

© Prognos AG, 2026

Als **weitere Akteurinnen und Akteure** außerhalb der Verwaltung waren insbesondere Fachkräfte, die praktisch mit den Zielgruppen arbeiten, dauerhaft vertreten und aktiv beteiligt (Abbildung 18). Auch eine dauerhafte Beteiligung von Vertreterinnen und Vertretern von Krankenkassen, von Personen aus der Kommunalpolitik sowie von Interessenvertretungen von Zielgruppen fand jeweils in über der Hälfte der Strukturen statt. Ehrenamtliche, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie Vertreterinnen und Vertreter der Wirtschaft waren hingegen seltener beteiligt. Im Durchschnitt waren in der Steuerungsstruktur in jeder Kommune rund vier weitere verschiedene Akteursgruppen dauerhaft beteiligt (Mittelwert: 4,2 und Median: 4,0). Der Grad der aktiven Beteiligung variierte dabei je nach Akteursgruppe.

Abbildung 18: Dauerhafte Beteiligung weiterer Akteursgruppen in Gremien bzw. Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention (Strukturaufbau)



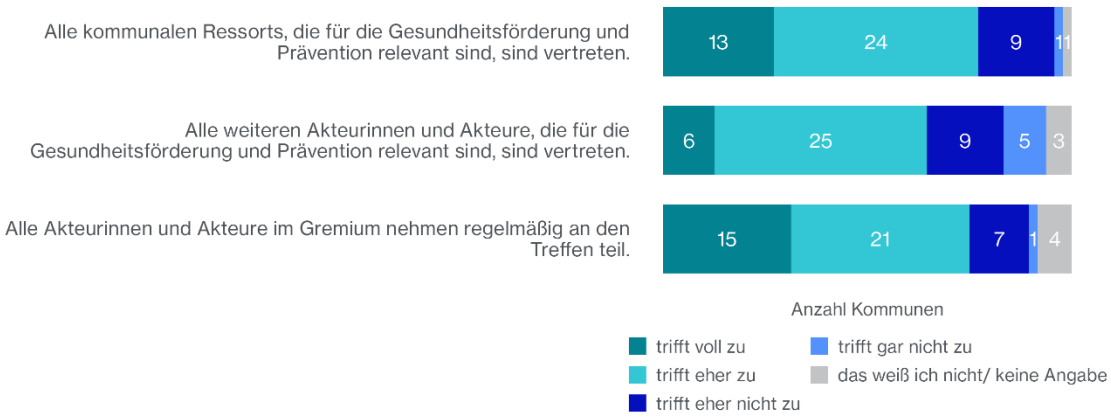
Kombination der Fragen: Welche kommunalen Ressorts und weiteren Akteurinnen und Akteure sind dauerhaft in den Strukturen zur Steuerung und Koordination von Gesundheitsförderung und Prävention vertreten und wie aktiv war deren Beteiligung während der Förderung?
Welche kommunalen Ressorts und weiteren Akteurinnen und Akteure sind dauerhaft in diesem zentralen Gremium für Gesundheitsförderung und Prävention vertreten und wie aktiv war deren Beteiligung während der Förderung?
Anzahl Befragte mit Angaben zu diesen Fragen zum Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4; jeweils letzte Erhebung in den einzelnen Kommunen): 55

Quelle: Online-Befragung der Kommunen

© Prognos AG, 2026

Die Prozesskoordinationen wurden zum Förderende zur **Vertretung und Einbindung relevanter Akteurinnen und Akteure im zentralen Gremium** befragt. Mehrheitlich gaben die Prozesskoordinationen an, dass alle kommunalen Ressorts sowie alle weiteren Akteurinnen und Akteure, die für die Gesundheitsförderung und Prävention relevant sind, im zentralen Gremium vertreten waren (Abbildung 19). Eine regelmäßige Teilnahme aller Akteurinnen und Akteure an den Treffen des zentralen Gremiums wurde ebenfalls mehrheitlich bestätigt.

Abbildung 19: Abdeckung relevanter Ressorts und Akteure im zentralen Gremium zum Förderende (Strukturaufbau)



Frage: Bitte bewerten Sie folgende Aussagen zu diesem zentralen Gremium für Gesundheitsförderung und Prävention.
Anzahl Befragte mit Angaben zu diesen Fragen zum Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4; Kommunen): 48

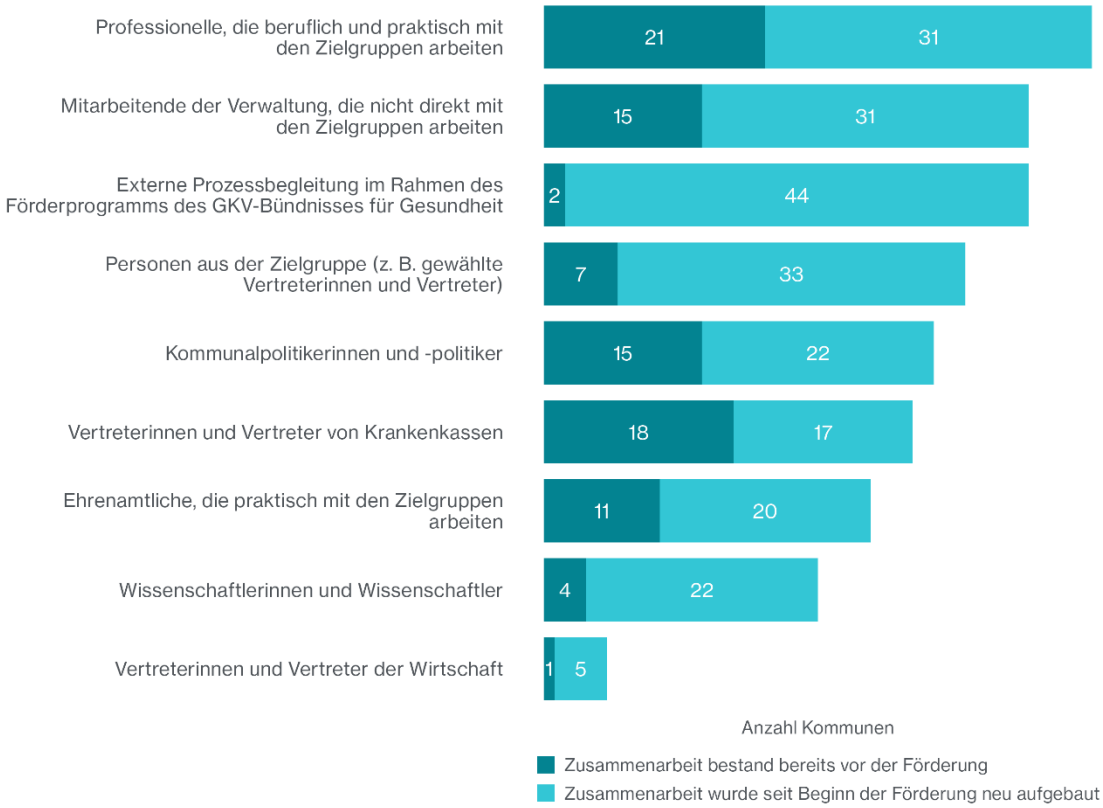
Quelle: Online-Befragung der Kommunen

© Prognos AG, 2026

Zusätzlich zum dauerhaften zentralen Gremium bzw. einer alternativen dauerhaften Steuerungsstruktur wurden vielfältige **bedarfsbezogene und zeitweise Formate** genutzt, um (weitere) Akteurinnen und Akteure einzubeziehen (Abbildung 20). Während der Förderung wurde hier insbesondere die Zusammenarbeit mit Fachkräften aus der Zielgruppenarbeit, mit (weiteren) Mitarbeitenden der Verwaltung und mit der externen Prozessbegleitung[21] (weiter)entwickelt. Auch Personen aus den Zielgruppen, Vertretungen aus Krankenkassen und der Kommunalpolitik sowie Ehrenamtliche wurden in diesem Rahmen deutlich häufiger einbezogen als vor der Förderung.

[21] Diese ist Bestandteil des Kommunalen Förderprogramms (Kapitel 7.3).

Abbildung 20: Bedarfsbezogene und zeitweise Zusammenarbeit im gesamten Förderzeitraum (Strukturaufbau)



Frage: Häufig arbeiten die dauerhaften kommunalen Gremien bzw. die dauerhaften Teile der Steuerungsstruktur bedarfsbezogen und zeitweise mit Akteurinnen und Akteuren zusammen, wenn es z. B. um die Umsetzung einer Maßnahme oder eines Beteiligungsformats für eine Zielgruppe geht. Mit wem besteht eine solche Zusammenarbeit oder ist sie geplant?
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zum Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4; jeweils letzte Erhebung in den einzelnen Kommunen): 58

Quelle: Online-Befragung der Kommunen

© Prognos AG, 2026

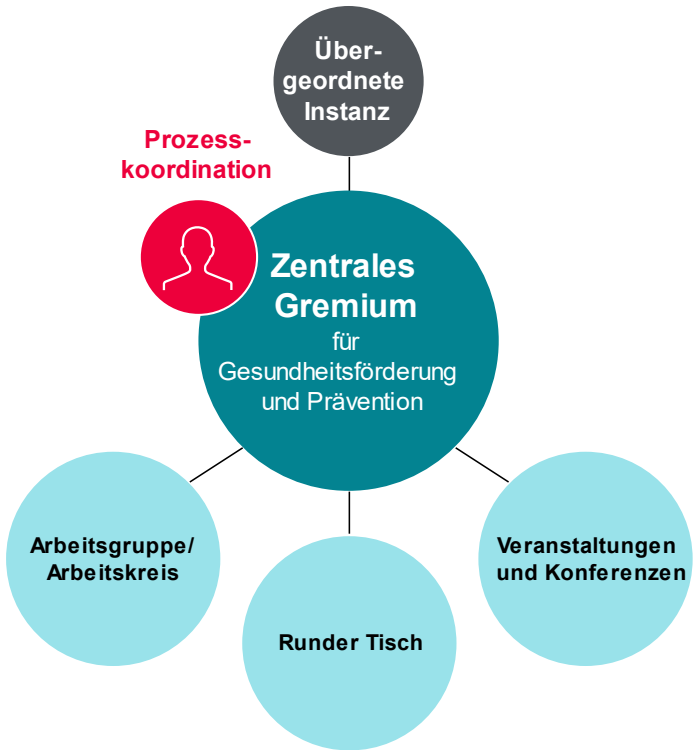
Insgesamt wurde ein typischer **Aufbau der kommunalen Steuerungsstrukturen** erhoben, der sich allerdings hinsichtlich vielfältiger Details zwischen den Kommunen unterschied (z. B. einbezogene Ressorts und weitere Akteursgruppen, Anzahl, Art und Bezeichnungen der Gremien und Formate sowie Häufigkeit von Treffen). Interviews mit Prozesskoordinationen sowie Fallbeispiele für kommunale Strukturen (Kapitel 8.1) ergaben neben den zentralen Gremien eine große Bandbreite an Formaten für die Zusammenarbeit und Einbindung von Akteurinnen und Akteuren (Abbildung 21). Diese wurden häufig miteinander kombiniert und auf unterschiedlichen Wegen miteinander verknüpft, wofür die Prozesskoordination oft eine zentrale Rolle spielte:

- **Zentrale Gremien** bildeten häufig den Kern der kommunalen Steuerungsstruktur und bündelten die regelmäßige ressort- und akteursübergreifende Abstimmung zu Bedarfen, Zielen, Handlungsschwerpunkten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention. Beteiligt waren insbesondere die Prozesskoordination, gesundheitsbezogene Fachbereiche sowie weitere relevante Ressorts und je nach kommunaler Ausrichtung

auch externe Akteurinnen und Akteure aus Fachpraxis, Politik, Krankenkassen oder Interessenvertretungen.

- **Übergeordnete Instanzen** bündelten strategische Entscheidungen, sicherten Rückhalt auf Leitungs- bzw. politischer Ebene und verbanden die fachliche Steuerung mit Ressourcen- und Beschlussfragen. Beteiligt waren insbesondere Verwaltungsspitzen, Leitungsebenen zentraler Ressorts, politische Gremien sowie teilweise Krankenkassen oder weitere institutionelle Akteure.
- **Arbeitsgruppen oder -kreise** bearbeiteten fachliche und operative Aufgaben, etwa Bedarfsanalysen, Ziel- und Maßnahmenentwicklung oder die Umsetzung für einzelne Zielgruppen. Beteiligt waren vor allem Fachressorts, Prozesskoordinationen, freie Träger, Fachkräfte aus der Zielgruppenarbeit sowie je nach Thema weitere externe Akteurinnen und Akteure.
- **Runde Tische** dienten als dialogorientierte Formate, um Perspektiven verschiedener Akteurinnen und Akteure zusammenzuführen, Bedarfe zu konkretisieren und gemeinsame Handlungsansätze abzustimmen. Beteiligt waren häufig Verwaltung, Fachpraxis, freie Träger, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie teilweise Interessenvertretungen oder Personen aus Zielgruppen.
- **Veranstaltungen und Konferenzen** schafften Sichtbarkeit, ermöglichten breiten fachlichen Austausch und unterstützen Beteiligung, Vernetzung sowie Legitimation der Gesundheitsförderung in der Kommune. Eingebunden wurden neben Verwaltung und Fachakteuren u. a. auch Politik, Zivilgesellschaft, Krankenkassen, Wissenschaft, interessierte Öffentlichkeit sowie Bürgerinnen und Bürger.

Abbildung 21: Typischer Aufbau von Steuerungsstrukturen zum Förderende (Strukturaufbau)



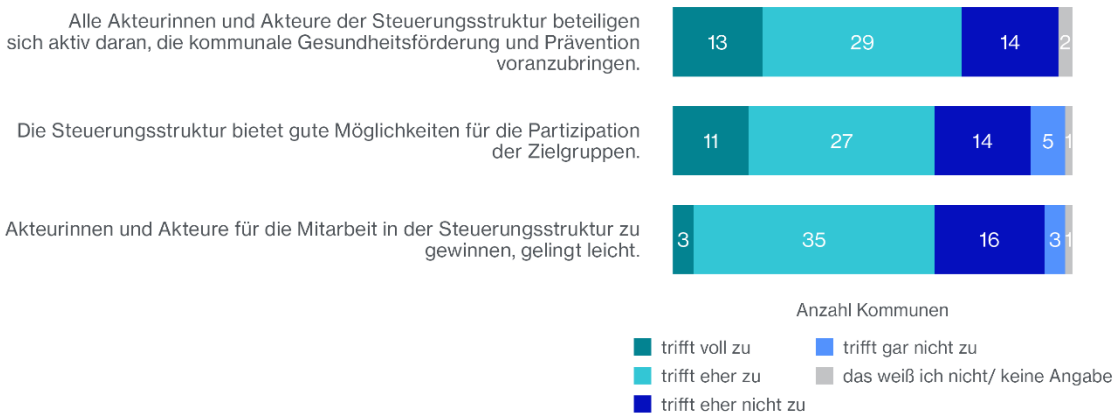
Quelle: Online-Befragungen und Interviews der Kommunen. Eigene Darstellung Prognos AG

© Prognos AG, 2026

Des Weiteren wurden die Prozesskoordinationen zum Förderende dazu befragt, was sich bei der Gewinnung von Akteurinnen und Akteuren innerhalb und außerhalb der Verwaltung für die Beteiligung in der Steuerungsstruktur bewährte. Genutzt wurde von fast allen Befragten die persönliche Kontaktaufnahme per Telefon und per E-Mail (53 bzw. 52 von 59 Prozesskoordinationen; ohne Abbildung). Auch die Vorstellung des Projekts in politischen Gremien, der Verwaltung sowie bestehenden Netzwerken, persönliche Einzelbesuche sowie Einladungen zu eigens organisierten Vorträgen, Schulungen oder anderen Veranstaltungen wurden von jeweils mehr als drei Viertel der 59 Befragten genutzt. Mediale Öffentlichkeitsarbeit wurde in 31 Kommunen zu diesem Zweck genutzt. Am seltensten – aber immerhin von über einem Drittel – wurde die Vorstellung des Projekts bei Anlässen der Wirtschaft oder Zivilgesellschaft genutzt (24 Befragte). Jede Kommune hatte im Durchschnitt sechs bis sieben der acht abgefragten **Wege zur Gewinnung von Akteurinnen und Akteuren** genutzt (Mittelwert: 6,4 und Median: 6,5). Alle diese Wege bewährten sich bis auf Einzelfälle nach Bewertung der Prozesskoordinationen. Insgesamt wurde die Gewinnung von Akteurinnen und Akteuren von rund zwei Dritteln der Prozesskoordinationen (38 von 58) als (eher) leicht bewertet (Abbildung 22).

Interviews zu Förderbeginn ergaben, dass in einigen Kommunen vor der Förderung zwar bereits Partizipationsformate genutzt wurden, jedoch überwiegend für andere Themen und kaum im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Gleichzeitig zeigt sich, dass Bürgerbeteiligung vielerorts noch wenig etabliert war und als neue sowie herausfordernde Aufgabe wahrgenommen wurde. Die **Partizipationsmöglichkeiten** für Zielgruppen in den entwickelten Steuerungsstrukturen für Gesundheitsförderung und Prävention wurden später zum Förderende von rund zwei Dritteln der Kommunen (eher) positiv eingeschätzt (Abbildung 22).

Abbildung 22: Bewertung der Partizipation und Beteiligung in der Steuerungsstruktur für Gesundheitsförderung und Prävention zum Förderende (Strukturaufbau)



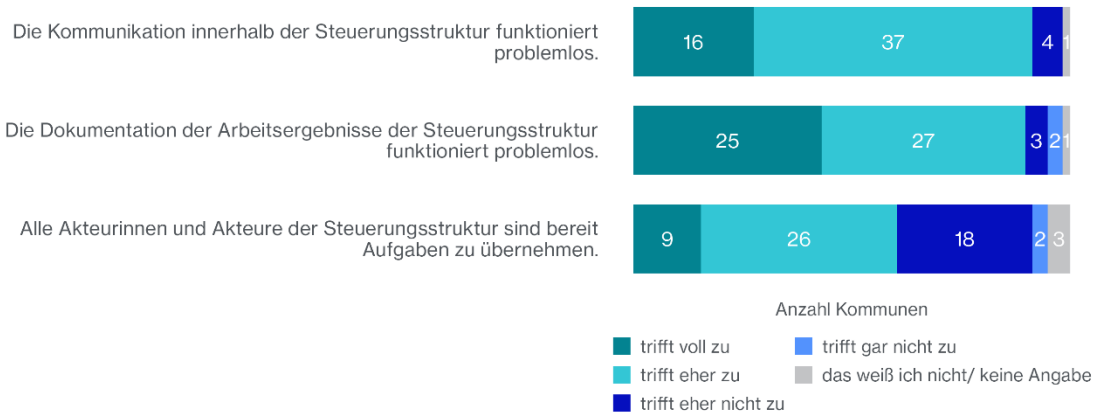
Frage: Bitte bewerten Sie folgende Aussagen zur gesamten Steuerungsstruktur für Gesundheitsförderung und Prävention in Ihrer Kommune. Mit der „gesamten Steuerungsstruktur" sind alle Strukturen in Ihrer Kommune als Ganzes gemeint, inklusive der dauerhaften Gremien und ggf. der bedarfsbezogenen Zusammenarbeit mit weiteren Akteurinnen und Akteuren.
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zum Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4; jeweils letzte Erhebung in den einzelnen Kommunen): 58

Quelle: Online-Befragung der Kommunen

© Prognos AG, 2026

Die Steuerungsstrukturen wurden von den meisten befragten Prozesskoordinationen zum Förderende insgesamt positiv bewertet, da eine hohe Aktivität der Akteurinnen und Akteure bei der Gesundheitsförderung und Prävention herrschte und die **Zusammenarbeit und Kommunikation** innerhalb der Struktur größtenteils problemlos funktionierten (Abbildung 23). Die Bereitschaft aller Akteurinnen und Akteure auch Aufgaben zu übernehmen, war dennoch in über einem Drittel der Kommunen (eher) nicht gegeben.

Abbildung 23: Bewertung der Zusammenarbeit der Steuerungsstruktur für Gesundheitsförderung und Prävention zum Förderende (Strukturaufbau)



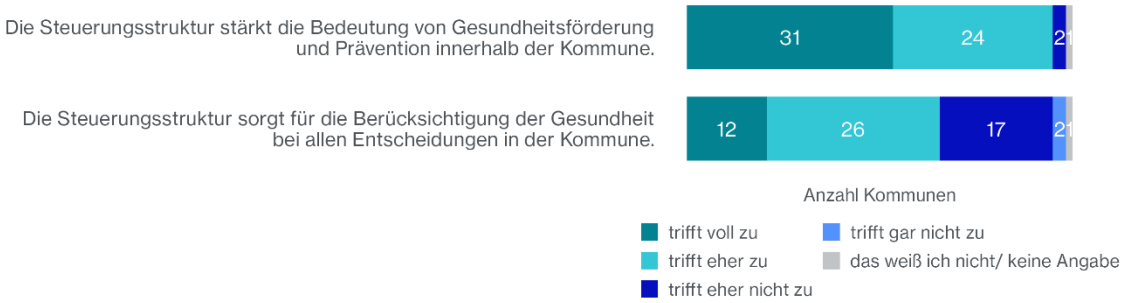
Frage: Bitte bewerten Sie folgende Aussagen zur gesamten Steuerungsstruktur für Gesundheitsförderung und Prävention in Ihrer Kommune. Mit der „gesamten Steuerungsstruktur" sind alle Strukturen in Ihrer Kommune als Ganzes gemeint, inklusive der dauerhaften Gremien und ggf. der bedarfsbezogenen Zusammenarbeit mit weiteren Akteurinnen und Akteuren.
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage in zum Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4; jeweils letzte Erhebung in den einzelnen Kommunen): 58

Quelle: Online-Befragung der Kommunen

© Prognos AG, 2026

Zudem herrschte weitgehend Einigkeit darüber, dass die Steuerungsstruktur die Bedeutung von Gesundheitsförderung in der Kommune stärkt und in rund zwei Dritteln der Kommunen die Berücksichtigung von Gesundheitsaspekten in kommunalen Entscheidungen unterstützt (Abbildung 24).

Abbildung 24: Bewertung der Funktion der Steuerungsstruktur für Gesundheitsförderung und Prävention zum Förderende (Strukturaufbau)



Frage: Bitte bewerten Sie folgende Aussagen zur gesamten Steuerungsstruktur für Gesundheitsförderung und Prävention in Ihrer Kommune. Mit der „gesamten Steuerungsstruktur" sind alle Strukturen in Ihrer Kommune als Ganzes gemeint, inklusive der dauerhaften Gremien und ggf. der bedarfsbezogenen Zusammenarbeit mit weiteren Akteurinnen und Akteuren.
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zum Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4; jeweils letzte Erhebung in den einzelnen Kommunen): 58

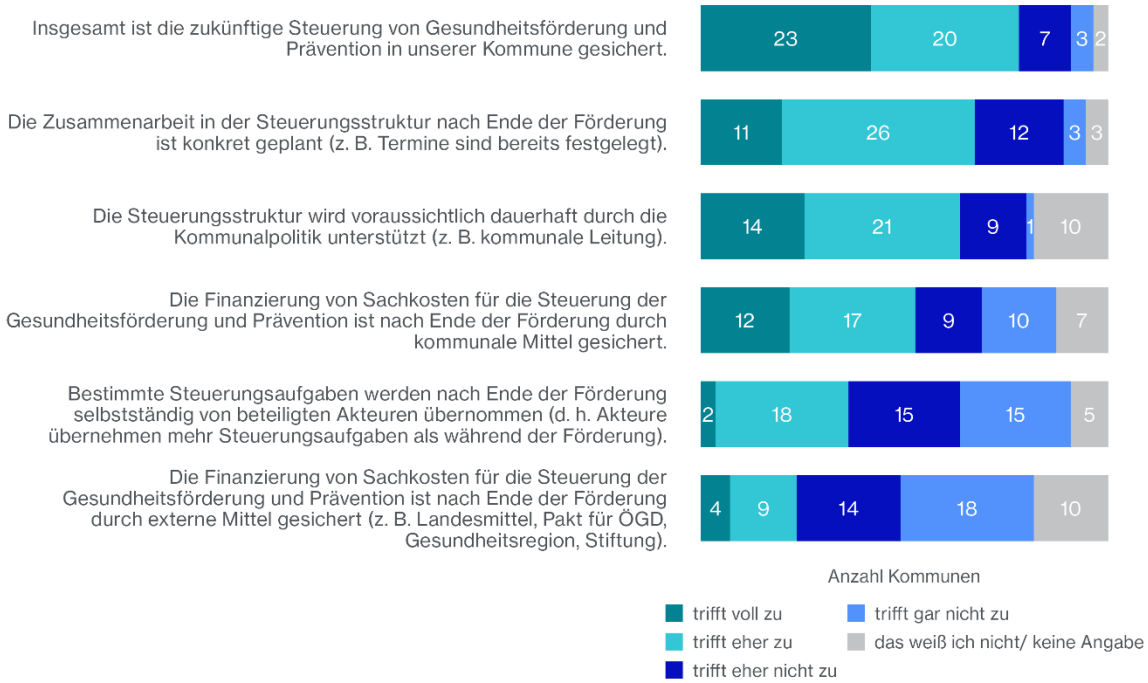
Quelle: Online-Befragung der Kommunen

© Prognos AG, 2026

Hinsichtlich der **inhaltlichen Ausrichtung des Strukturaufbaus** auf bestimmte Themen, Zielgruppen oder Settings ergab die Online-Befragung der Kommunen zu Förderbeginn ein heterogenes Bild. Zum Teil wurde eine Ausrichtung auf Zielgruppen (insb. Kinder und Jugendliche oder ältere Menschen) oder Settings (insb. Quartiere) angestrebt, oder es fand bewusst keine spezifische Ausrichtung statt (ohne Abbildung). Die Analyse der Antragsunterlagen lieferte zudem weitere Anhaltspunkte zur konzeptionellen Herangehensweise der Kommunen beim Aufbau der Strukturen: Demnach zielten die Kommunen insbesondere auf Entwicklungen im Bereich Struktur- und Prozessqualität der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention ab, d. h. Koordinierung und Vernetzung standen entsprechend des Schwerpunkts im Förderbereich Strukturaufbau häufig im Mittelpunkt der geplanten Aktivitäten. Daneben wurde aber regelmäßig auch die Implementierung von Maßnahmen thematisiert. Einzelne Aspekte der ebenfalls zu berücksichtigenden Planungs- und Ergebnisqualität der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention, wie etwa die Themen Partizipation und Nachhaltigkeit, wurden in den Antragsunterlagen selten ausgeführt.

Die **Nachhaltigkeit der Steuerungsstrukturen** wurde zum Förderende von den meisten Prozesskoordinationen anhand mehrerer Merkmale als (eher) sichergestellt bewertet (Abbildung 25). So gab ein Großteil an, dass die zukünftige Steuerung von Gesundheitsförderung und Prävention in ihrer Kommune insgesamt (eher) sichergestellt sei. Rund ein Fünftel der Befragten stimmte dieser Aussage allerdings (eher) nicht zu. Weitere erfasste Merkmale, die die Nachhaltigkeit unterstützen, trafen jeweils zu unterschiedlichen Anteilen auf die Kommunen zu. Demnach war die zukünftige Zusammenarbeit in rund zwei Dritteln der Kommunen schon konkret geplant und/oder die dauerhafte Unterstützung durch die kommunale Leitung gegeben. Die selbständige Übernahme von Aufgaben durch beteiligte Akteurinnen und Akteure trug jedoch nur in rund einem Drittel der Kommunen (eher) zur Nachhaltigkeit bei. Die Finanzierung von Sachkosten für die Steuerung war in etwas mehr als der Hälfte der Kommunen (eher) sichergestellt, durch kommunale und/oder externe Mittel (in 34 von 55 Kommunen).

Abbildung 25: Nachhaltigkeit der Steuerungsstrukturen (Strukturaufbau)



Frage: Bitte bewerten Sie folgende Aussagen zur Nachhaltigkeit der Steuerungsstruktur für Gesundheitsförderung und Prävention in Ihrer Kommune nach Ende der Förderung.
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zum Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4; jeweils letzte Erhebung in den einzelnen Kommunen): 55

Quelle: Online-Befragung der Kommunen

© Prognos AG, 2026

Interviews, die zum Förderende oder kurz nach Ablauf der Förderung mit ausgewählten Kommunen geführt wurden, bestätigten dass die etablierten Steuerungsgremien oder die funktional vergleichbaren Strukturen zumeist fortgeführt werden. Allerdings benötige es laut den Interviews weiterhin kontinuierliche Arbeit, um diese Strukturen aufrechtzuerhalten und weiter auszubauen. Als entscheidende Voraussetzung dafür wurde eine aktive Koordinierungsstelle, die die Treffen organisiert, inhaltlich steuert und für Verbindlichkeit sorgt, hervorgehoben. Außerdem berichteten einige Kommunen, dass die verbindliche Verankerung der neuen Steuerungsstrukturen entscheidend sei, um Stabilität für langfristige Prozesse zu schaffen. Dabei handelte es sich z. B. um die Verankerung der neuen Strukturen in einer kommunalen Gesundheitsstrategie (Abschnitt 4.1), in kommunalen Beschlüssen, als Letter of Intent oder als klare Aufgabenbeschreibung eines Fachbereichs der Verwaltung.

Für die dauerhafte **Teilnahme der Akteurinnen und Akteure in den Steuerungsstrukturen** wurde von mehreren Kommunen in Interviews berichtet, dass es wichtig sei, gemeinsame Interessen und konkrete Pläne zu haben. Auch die aktive Einbindung der Akteurinnen und Akteure in Entscheidungsprozesse wurde als wichtiger Faktor benannt. Zudem sei das Vertrauen der Akteurinnen und Akteure wichtig, dass es sich bei den Strukturen um fortbestehende Strukturen handele und nicht nur um kurzfristige Pläne, um sie für die Mitarbeit zu gewinnen und beizubehalten. In

einigen Kommunen wurden klare Ziele und Strategien festgehalten, welche die Verbindlichkeit der Zusammenarbeit über die Förderung hinaus stärken. Viele Kommunen hoben in den Interviews auch hervor, dass es entscheidend sei, dass Budget für die Umsetzung von Projekten und Maßnahmen vorhanden ist. Sobald beteiligte Akteurinnen und Akteure wissen, dass Mittel für die Umsetzung von Projekten und Maßnahmen zur Verfügung stünden, steige das Interesse und die Bereitschaft, sich einzubringen. Zudem wurde berichtet, dass die Ergebnisse solcher Projekte und Maßnahmen auch dazu beitragen, die Relevanz des Themas Gesundheitsförderung und Prävention auf Leitungsebene der Verwaltung sichtbar zu machen und somit die Unterstützung dieser zu fördern.

Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen

Die Online-Befragung zum Förderende ergab, dass auch in mehr als zwei Dritteln dieser Projekte (37 von 49; ohne Abbildung) ein regelmäßig tagendes **zentrales Gremium** für Gesundheitsförderung und Prävention existiert. Laut Interviews zu Förderbeginn konnte häufig auf bestehende Strukturen aufgebaut werden, bspw. auf das Netzwerk der Frühen Hilfen. Im Rahmen der Förderung wurden diese kommunalen Steuerungs- und auch die spezifischen Projektstrukturen weiterentwickelt.

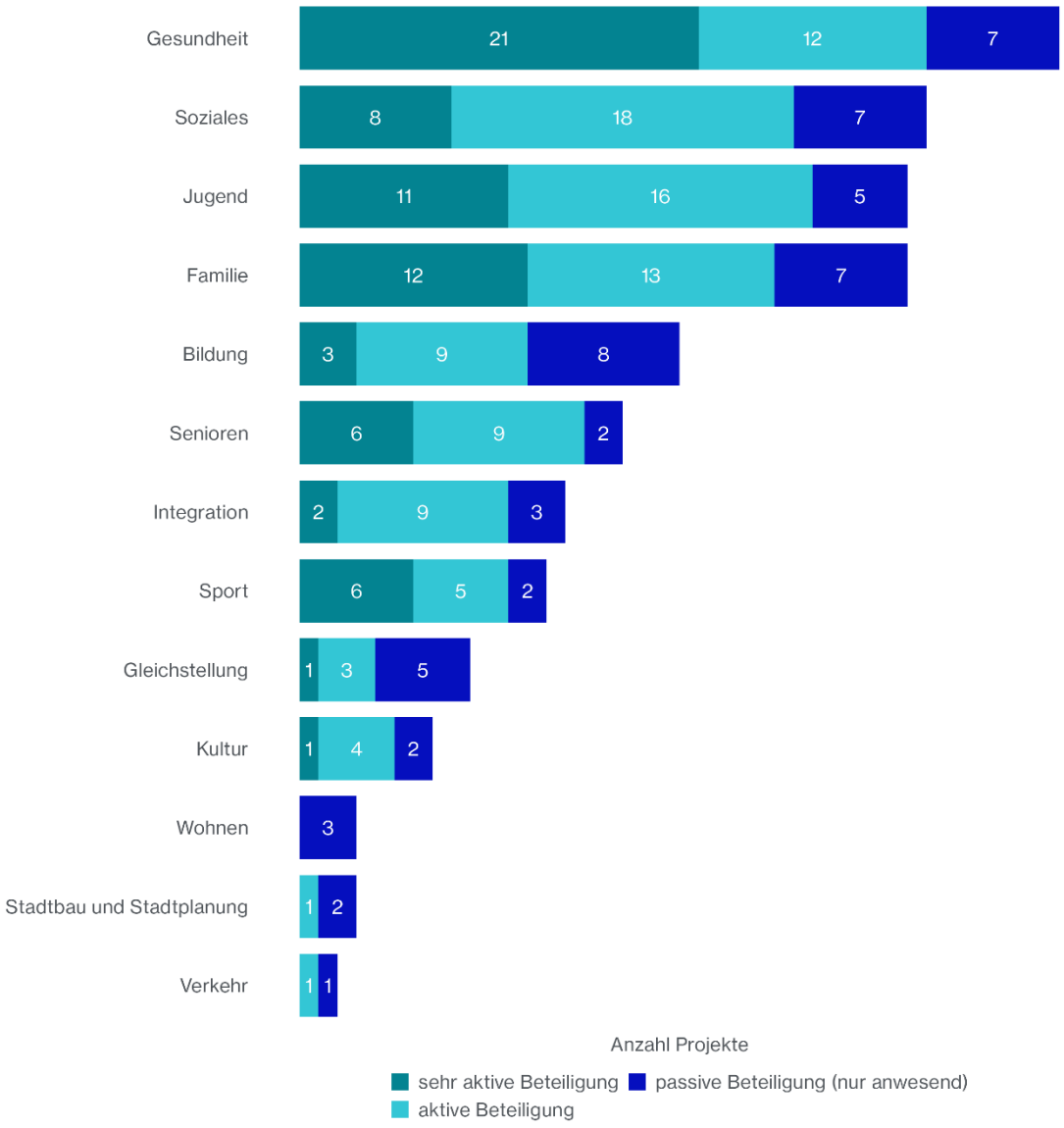
In der Online-Befragung zur Fördermitte konnten die Befragten ergänzend beschreiben, ob und wie die **Zusammenarbeit** zwischen dem Förderprojekt und dem zentralen Gremium für Gesundheitsförderung und Prävention in ihrer Kommune gelingt. Mehrfach wurde berichtet, dass die regelmäßigen Tagungen im zentralen Gremium vor allem dazu genutzt werden, das Förderprojekt vorzustellen, Interessierte zu informieren und sich darüber auszutauschen. Im Gremium konnten zudem weitere Akteurinnen und Akteure für eine Beteiligung am Förderprojekt gewonnen werden. In einigen Fällen wurde das Förderprojekt regelmäßig im zentralen Gremium beraten. Auch kam es vor, dass es mehrere relevante (zentrale) Gremien gab. Es wurde weiterhin berichtet, dass im zentralen Gremium der Kontakt zur Kommunalpolitik genutzt wird, um eine Verstetigung des Förderprojekts zu ermöglichen.

Die Projektkoordinationen, die angaben, dass in ihrer Kommune kein zentrales Gremium existiert oder dazu keine konkreten Angaben machen konnten, wurden in der Online-Befragung zum Förderende gefragt, wie im Förderprojekt die Koordination und Zusammenarbeit in ihrer Kommune erfolgt. In drei Fällen wurde beschrieben, dass die Zusammenarbeit über eine bedarfsabhängige bzw. projekt- oder themenbezogene Steuerungsgruppe/-gremium erfolge, regelmäßige Treffen/Austausche wurden zweimal genannt. Jeweils einmal wurde berichtet, dass keine gesonderte Koordination/Steuerung vorhanden sei, dass die Zuständigkeit für die Koordination bei einer Koordinatorin eines Netzwerks innerhalb der Kommune liege, dass die Einbettung über eine Verwaltungseinheit/Stabstelle erfolge und dass es eine zentrale Vernetzungsperson gebe.

Unabhängig von übergreifenden kommunalen Steuerungsstrukturen wurde in der Online-Befragung zur Fördermitte in diesem Förderbereich ein Fokus auf die **Steuerung der Projekte** gelegt. Die Befragung ergab, dass in jeweils mehr als der Hälfte der Projekte die Ressorts Gesundheit, Jugend, Soziales und Familie dauerhaft an der Steuerung und Koordination der Förderprojekte beteiligt waren (Abbildung 26). Im Durchschnitt waren an der Steuerung und Koordination jedes Förderprojekts rund fünf Ressorts beteiligt (Mittelwert: 4,7 und Median: 4,0). Die Interviews machen zudem deutlich, dass sich die maßgeblichen Akteurinnen und Akteure in diesen Projekten

stark nach der jeweiligen Zielgruppe der Projekte richteten. Bei Projekten für Kinder und Familien waren bspw. die Ressorts für Jugend meist federführend.

Abbildung 26: Dauerhafte Beteiligung kommunaler Ressorts an der Steuerung der zielgruppenspezifischen Interventionen (Zielgruppenspezifische Interventionen)



Frage: Welche kommunalen Ressorts und weiteren Akteurinnen und Akteure sind dauerhaft an der Steuerung und Koordination Ihres Förderprojektes beteiligt und wie aktiv sind sie?
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zur Fördermitte (Erhebungsphase 2): 49

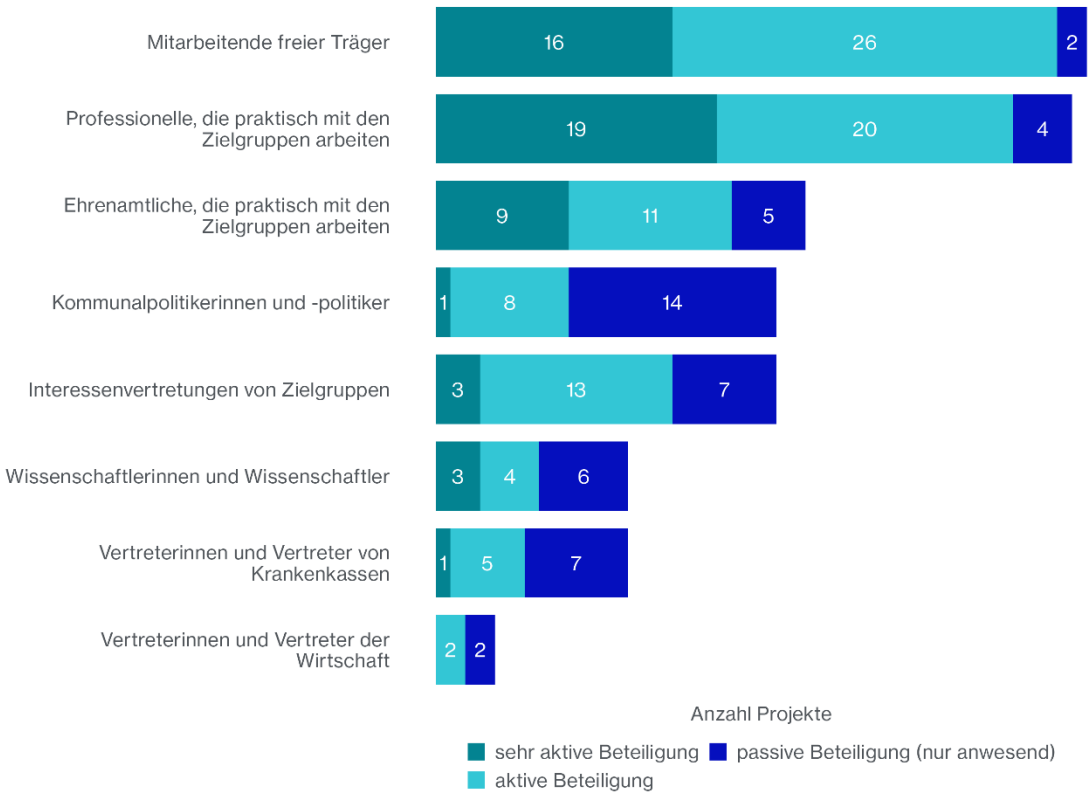
Quelle: Online-Befragung der Projekte

© Prognos AG, 2026

Als **weitere Akteurinnen und Akteure** waren insbesondere Mitarbeitende freier Träger und Fachkräfte, die praktisch mit den Zielgruppen zusammenarbeiten, (sehr) aktiv an der dauerhaften Steuerung und Koordination der Projekte beteiligt (Abbildung 27). Die **Partizipation von**

Zielgruppen bei den Projekten war laut den Interviews zu Förderbeginn ein wichtiges Anliegen in den Kommunen. Viele hatten zu Förderbeginn jedoch erst wenige oder noch keine Erfahrungen mit Partizipationsformaten. Die Online-Befragung zur Fördermitte zeigt jedoch, dass in rund der Hälfte der Projekte Interessenvertretungen von Zielgruppen an der dauerhaften Steuerung beteiligt waren (ohne Abbildung). Davon machten 21 Befragte Angaben dazu, wer als Interessenvertretung der Zielgruppen dauerhaft an der Steuerung und Koordination des Förderprojektes beteiligt war. Darunter fielen etwa Beiräte (z. B. Senioren-, Behinderten- und Jugendbeiräte) (9 Nennungen), regionale Netzwerke (3 Nennungen), Vereine (3 Nennungen) sowie Beratungsstellen (z. B. Sucht- und Erziehungsberatung) (2 Nennungen).

Abbildung 27: Dauerhafte Beteiligung weiterer Akteurinnen und Akteure an der Steuerung der zielgruppenspezifischen Interventionen (Zielgruppenspezifische Interventionen)



Frage: Welche kommunalen Ressorts und weiteren Akteurinnen und Akteure sind dauerhaft an der Steuerung und Koordination Ihres Förderprojektes beteiligt und wie aktiv sind sie?
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zur Fördermitte (Erhebungsphase 2): 50

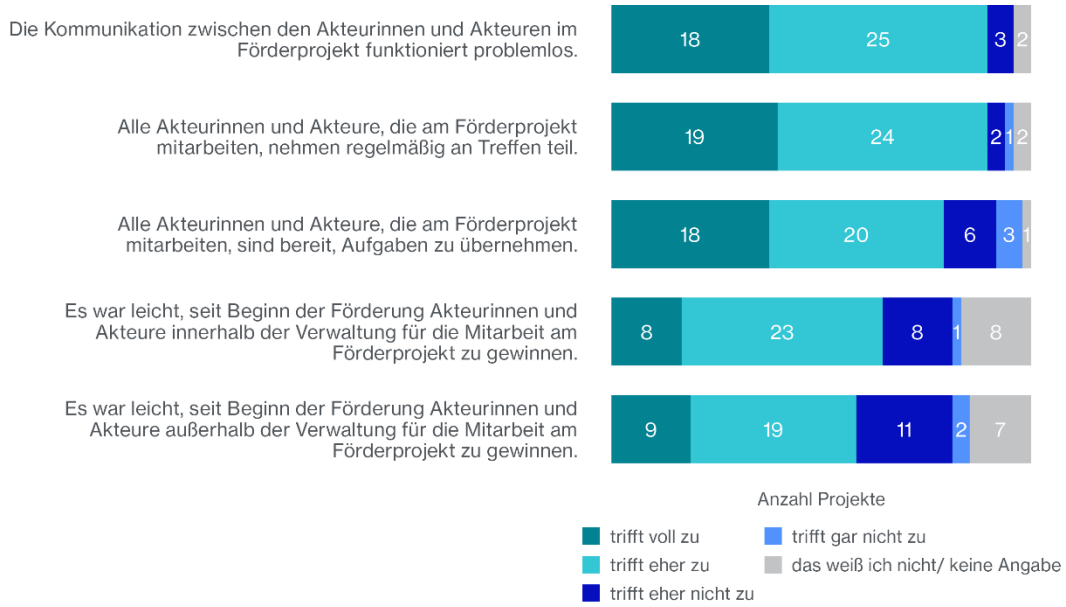
Quelle: Online-Befragung der Projekte

© Prognos AG, 2026

Die **Zusammenarbeit** in der Steuerung und Koordination der Förderprojekte wurde in den Online-Befragungen zum Förderende sowie in den Interviews insgesamt positiv bewertet (Abbildung 28). Akteurinnen und Akteure, die am Förderprojekt beteiligt waren, nahmen überwiegend regelmäßig an Treffen teil und zeigten größtenteils die Bereitschaft, Aufgaben zu übernehmen. Auch gelang die Arbeitsteilung zwischen kommunaler Verwaltung und dem zuständigen Projektträger

überwiegend (eher) gut. Zudem fiel es in der Mehrheit der Projekte (eher) leicht, Akteurinnen und Akteure sowohl innerhalb als auch außerhalb der Verwaltung für die Mitarbeit am Förderprojekt zu gewinnen.

Abbildung 28: Beteiligung und Zusammenarbeit in der Steuerung zum Förderende (Zielgruppenspezifische Interventionen)



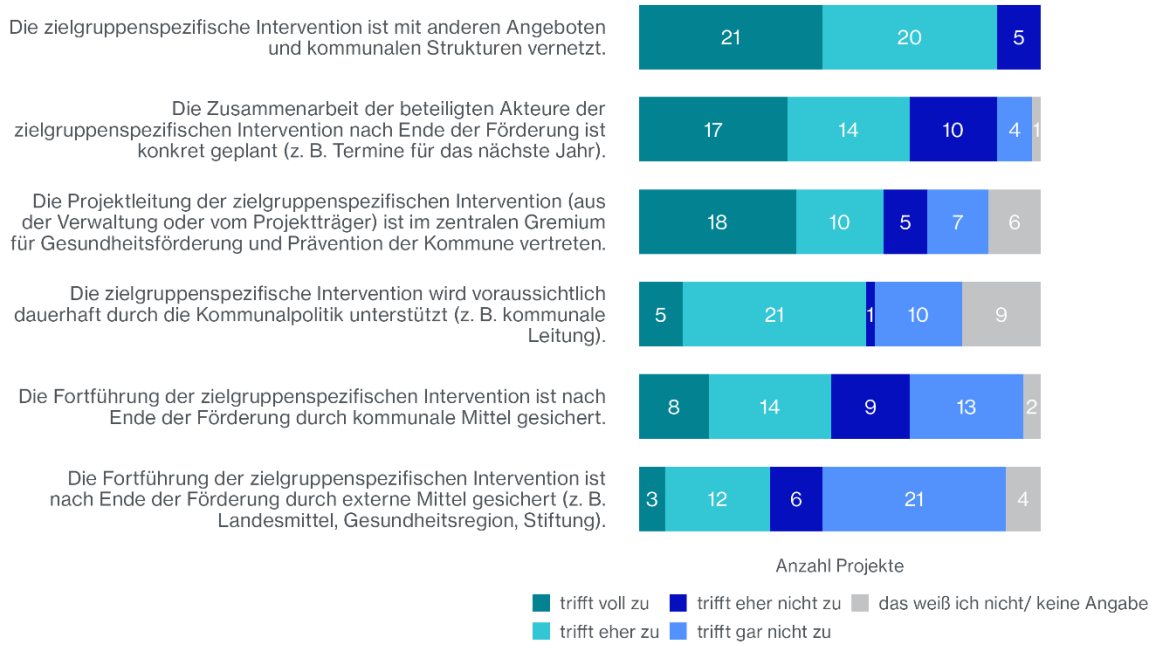
Frage: Bitte bewerten Sie folgende Aussagen zu Steuerung, Koordination und Zusammenarbeit in Ihrem Förderprojekt.
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zum Förderende (Erhebungsphase 3): 48

Quelle: Online-Befragung der Projekte

© Prognos AG, 2026

Die **Nachhaltigkeit der zielgruppenspezifischen Interventionen** als Ganzes wurde zum Förderende erhoben. Die Angaben der Projektkoordinationen zeigen, dass die Projekte insgesamt bzw. die Projektstrukturen in unterschiedlichem Maße nachhaltig aufgestellt waren (Abbildung 29). So lässt sich positiv hervorheben, dass die Projekte und ihre Projektkoordinationen überwiegend (eher) mit anderen Angeboten und Strukturen in den Kommunen vernetzt waren. Auch weitere abgefragte Faktoren für eine dauerhafte Fortführung der zielgruppenspezifischen Interventionen, wie die Unterstützung durch die kommunale Leitung und konkrete Planungen der zukünftigen Zusammenarbeit, trafen jeweils in über der Hälfte der Projekte (eher) zu. Die dauerhafte Finanzierung als wesentliche Voraussetzung war jedoch oftmals nicht sichergestellt. So war die Finanzierung nach der Förderung nur für insgesamt 29 von 46 Projekte durch kommunale und/oder durch externe Mittel (eher) gesichert. Die Evaluationsergebnisse zur Fortführung einzelner Maßnahmen zum Förderende wurden gesondert in Kapitel 6.1 dargestellt.

Abbildung 29: Nachhaltigkeit der Förderung (Zielgruppenspezifische Interventionen)



Frage: Bitte bewerten Sie folgende Aussagen zur Nachhaltigkeit der geförderten zielgruppenspezifischen Intervention in Ihrer Kommune nach Ende der Förderung.
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zum Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4; jeweils letzte Erhebung in den einzelnen Kommunen): 46

Quelle: Online-Befragung der Projekte

© Prognos AG, 2026

Aus den Interviews, die zum Förderende mit den Kommunen geführt wurden, geht hervor, dass die Maßnahmen nach Ablauf der Förderung teilweise nur in geringerem Umfang oder gar nicht fortgeführt wurden (Abschnitt 6.1). Das lag in diesen Fällen oft daran, dass die Stelle der Projektkoordination nicht verstetigt wurde und somit die Koordinierungsleistungen entweder gar nicht oder durch andere Personen zusätzlich zu ihrer eigentlichen Arbeit übernommen werden mussten (Kapitel 4.2). Auch die projektbezogenen Steuerungsgruppen für die zielgruppenspezifischen Interventionen wurden laut den Interviews überwiegend nicht fortgeführt, wobei die Online-Befragung eine geplante Fortsetzung der Zusammenarbeit zwischen den Akteurinnen und Akteuren ergab, was auch außerhalb einer Steuerungsgruppe stattfinden konnte. Allerdings merkten einige Kommunen an, dass die geförderten Projekte dazu beigetrugen, das Bewusstsein für Gesundheitsförderung und Prävention in verschiedenen, bereits vor der Förderung bestehenden Netzwerken mit relevanten Akteurinnen und Akteuren, bekannter zu machen. So sei bspw. das gesundheitsbezogene Problembewusstsein in Netzwerken der Sozialplanung oder der Frühen Hilfen gewachsen, weil die Projektkoordinationen während und auch nach der Förderung in diesen Netzwerken eingebunden waren.

Zusammenfassung

Im **Förderbereich Strukturaufbau** waren zum Förderende in der Mehrheit der Kommunen (48 von 58) zentrale Steuerungsgremien für Gesundheitsförderung und Prävention vorhanden und

wurden in fast der Hälfte der Kommunen (27 von 58) mit der Förderung neu aufgebaut. Zum Förderende bewerteten 43 von 55 Kommunen die zukünftige Steuerung von Gesundheitsförderung und Prävention als weitestgehend gesichert. In einzelnen Kommunen wurden jedoch keine Steuerungsgremien realisiert, etwa aufgrund von Verzögerungen, Personalwechseln oder knappen Ressourcen. Teilweise bestanden alternative Steuerungsstrukturen ohne zentrales Gremium. In einem Teil der Kommunen traf zudem eine übergeordnete Instanz finale Entscheidungen.

Die Prozesskoordination war stets beteiligt und übernahm nach eigenen Angaben eine aktive Rolle in den Strukturen. Neben dem Gesundheitsressort waren in der Regel mehrere weitere Ressorts dauerhaft eingebunden, sodass im Durchschnitt rund sieben Ressorts an der Steuerung beteiligt waren. Auch vielfältige externe Akteurinnen und Akteure waren regelhaft beteiligt, vor allem Fachkräfte mit Bezug zu den Zielgruppen. Darüber hinaus wurden bedarfsbezogene Formate genutzt, um weitere Akteursgruppen einzubeziehen. Die Zusammenarbeit etwa mit Fachkräften, der Verwaltung und der externen Prozessbegleitung wurde dabei deutlich ausgebaut.

Die Gewinnung von Akteurinnen und Akteuren erfolgte über mehrere Wege, vor allem persönliche Ansprache und bestehende Netzwerke. Sie gelang laut Prozesskoordinationen in der Mehrheit der Kommunen (38 von 58) eher leicht. Die Steuerungsstrukturen wurden von den Prozesskoordinationen überwiegend insgesamt positiv bewertet: Die Akteurinnen und Akteure waren aktiv, die Zusammenarbeit funktionierte meist. Die Strukturen stärkten zudem die Bedeutung von Gesundheitsförderung und unterstützten in vielen Kommunen deren Berücksichtigung in Entscheidungen. Die Möglichkeiten für Partizipation von Zielgruppen in den Strukturen waren zu Beginn wenig ausgeprägt, wurden im Förderverlauf aber häufiger als positives Merkmal der Strukturen bewertet.

Insgesamt zeigt sich eine unterschiedliche inhaltliche Ausrichtung des Strukturaufbaus. Teilweise bestand eine Orientierung an Zielgruppen oder Settings, teilweise fand bewusst keine inhaltliche Festlegung statt. Im Fokus der in den Anträgen beschriebenen Projektziele standen meist die Koordinierung und Vernetzung aber auch die Implementierung von Maßnahmen wurde ergänzend verfolgt. Aspekte wie Partizipation und Nachhaltigkeit wurden in Anträgen seltener benannt.

Der Entwicklungsstand der Strukturen variierte zwischen den Kommunen. Entscheidend waren der Rückhalt der Leitungsebene, politische Unterstützung sowie personelle Ressourcen und Kontinuität. Die Nachhaltigkeit war laut den Prozesskoordinationen mehrheitlich gesichert. So war die zukünftige Zusammenarbeit häufig konkret geplant und zukünftige Unterstützung durch die kommunale Leitung wurde oft benannt. Gleichzeitig war die Finanzierung nur teilweise gesichert und die eigenständige Aufgabenübernahme durch andere Akteurinnen und Akteure weniger verbreitet. Die Strukturen wurden meist fortgeführt, erforderten jedoch kontinuierliche Koordination. Wichtig waren verbindliche Verankerung, klare Zuständigkeiten und auch verfügbare Mittel für Maßnahmen, um konkrete Mehrwerte schaffen zu können.

Im **Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen** stand die Steuerung der Projekte und ihre Einbindung in bestehende kommunale Strukturen im Mittelpunkt. Häufig wurde auf bestehende Netzwerke aufgebaut, etwa die Frühen Hilfen, und die Strukturen wurden im Verlauf weiterentwickelt. In mehr als zwei Dritteln der Kommunen (37 von 49) existierte zudem ein zentrales Gremium, das eingebunden wurde.

An der Steuerung waren in der Regel mehrere Ressorts beteiligt, in jeweils mehr als der Hälfte der Projekte waren die Ressorts Gesundheit, Jugend, Soziales und Familie dauerhaft an der Steuerung und Koordination der Förderprojekte beteiligt. Die Zusammensetzung und Federführung richteten sich nach den Zielgruppen der Förderprojekte. Neben der Verwaltung waren freie Träger und Fachkräfte mit Bezug zu den Zielgruppen stark eingebunden. Die Partizipation von Zielgruppen war ein erklärtes Ziel und wurde von rund der Hälfte der Projekte über die Beteiligung von Interessenvertretungen in den Strukturen umgesetzt.

Die Zusammenarbeit wurde von den Projektkoordinationen überwiegend positiv bewertet. Die Akteurinnen und Akteure nahmen regelmäßig teil und übernahmen Aufgaben. Die Arbeitsteilung zwischen Verwaltung und Trägern gelang meist gut. Auch die Gewinnung weiterer Beteiligter fiel in der Mehrheit der Projekte eher leicht.

Die Nachhaltigkeit war unterschiedlich ausgeprägt. Die zielgruppenspezifischen Interventionen waren meist (in 41 von 46 Projekten) mit bestehenden Strukturen vernetzt und dauerhafte Unterstützung durch die Kommunalpolitik, z. B. durch die kommunale Leitung, war in etwas mehr als der Hälfte der Projekte (26 von 46) weitestgehend vorhanden. Auch Planungen für die Zusammenarbeit bestanden häufig (in 31 von 46 Projekten), allerdings nicht immer in den aufgebauten Projektsteuerungsgruppen, wie Interviews ergaben. Die Finanzierung war jedoch oft nicht gesichert. Zum Förderende wurden Maßnahmen teilweise eingeschränkt oder beendet (Abschnitt 6.1). Wie die Projektkoordination wurden auch projektbezogene Steuerungsgruppen meist nicht weitergeführt, wie Interviews zeigen. Gleichzeitig wuchs durch die Projekte das Bewusstsein für Gesundheitsförderung in bestehenden Netzwerken.

In **beiden Förderbereichen** nahmen Steuerungsstrukturen eine wichtige Rolle ein. Mehrere Ressorts und vielfältige verwaltungsexterne Akteurinnen und Akteure waren jeweils beteiligt. Die Zusammenarbeit gelang meist gut, und die Gewinnung von Beteiligten fiel eher leicht, besonders wenn konkrete Maßnahmenumsetzungen möglich waren. Unterschiede zeigen sich in Ausrichtung und Nachhaltigkeit der Strukturen. Der Strukturaufbau zielte auf übergeordnete und häufig dauerhaft angelegte Strukturen. Die zielgruppenspezifischen Interventionen bezogen sich stärker auf die Maßnahmenplanung und -umsetzung für bestimmte Zielgruppen. Die Projektstrukturen der zielgruppenspezifischen Interventionen waren nach der Förderung weniger durch kommunale Mittel gesichert, von externer Koordination abhängig und wurden seltener fortgeführt.

5 Ergebnisse zur kommunalen Planung (Planungsqualität)

In der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention ist Planungsqualität eine zentrale Voraussetzung für bedarfsgerechte und wirksame Interventionen. Planungsqualität bezeichnet die systematische, zielgerichtete und nachvollziehbare Vorbereitung gesundheitsbezogener Strategien und Maßnahmen. Sie umfasst insbesondere eine fundierte Problem- und Bedarfsanalyse sowie die Berücksichtigung der Bedürfnisse der Zielgruppen und der Interessen relevanter Akteurinnen und Akteure insbesondere über Partizipation und Beteiligungsformate.

Eine hohe Planungsqualität zeichnet sich durch eine klare, theorie- und empiriegestützte sowie partizipative Konzeption auf Basis vorhandener Erfahrungen und wissenschaftlicher Evidenz aus. Kennzeichnend sind die Analyse der Kontext- und Ausgangsbedingungen, eine eindeutige Zieldefinition, die Festlegung auf bestimmte Zielgruppen sowie die begründete Auswahl geeigneter Instrumente und Maßnahmen.

Das folgende Kapitel widmet sich zentralen Merkmalen der Planungsqualität in den geförderten Kommunen, die im Rahmen der Evaluation erhoben wurden. In Kapitel 5.1 werden die kommunalen Bedarfsanalysen vor und während der Förderung einschließlich der diesbezüglichen Beteiligung von Zielgruppen und relevanten Akteurinnen und Akteuren betrachtet. In Kapitel 5.2 werden die Erkenntnisse zur Ziel- und Strategieentwicklung dargestellt.

5.1 Analyse von Bedarfen

Evaluationsthemen und Erhebungen

Im Förderbereich Strukturaufbau dienen Bedarfsanalysen dem Förderziel 4, der Verbesserung der Wissensbasis zu kommunalen Bedarfen und Bedürfnissen in Lebenswelten und vulnerablen Zielgruppen, sowie der Identifikation und schlussendlich Festlegung von Zielgruppen, Themen und Handlungsfeldern auf dieser Grundlage. Im Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen unterstützen Bedarfsanalysen das Förderziel 2, die Analyse von Bedarfen und Ressourcen, indem sie vertiefende Informationen über die zu erreichenden Zielgruppen und ihre Bedarfe bereitstellen.

Im Rahmen der Evaluation wurde untersucht, inwieweit vor und während der Förderung Analysen der Bedarfe und Bedürfnisse vulnerabler Zielgruppen sowie in Lebenswelten durchgeführt wurden. Dabei wurde insbesondere betrachtet, auf welche Weise die Bedarfe erfasst wurden und in welcher Form die Partizipation und Beteiligung verschiedener Akteurinnen und Akteure und Zielgruppen an den Bedarfsanalysen erfolgte.

Darüber hinaus wurden mit den identifizierten Handlungsbedarfen und -potenzialen auch die Ergebnisse der Bedarfsanalysen in den Blick genommen. D. h. es wurde untersucht, welche

Zielgruppen, Themen und Handlungsfelder auf Grundlage der Bedarfsanalysen identifiziert und ausgewählt wurden.

Die genannten Evaluationsthemen waren Gegenstand der Online-Befragungen und Interviews mit Kommunen in den Förderbereichen Strukturaufbau und Zielgruppenspezifische Interventionen (Tabelle 7).

Tabelle 7: Erhebungen zu Bedarfsanalysen

Erhebungen	Förderbeginn (Phase 1)	Fördermitte (Phase 2)	Förderende (Phase 3)	Förderende (Phase 4)
Förderbereich Strukturaufbau				
Bedarfsanalysen, Instrumente und Akteursgruppen		●	●	
Partizipation von Zielgruppen	●	●	●	
Handlungsbedarfe und -potenziale		●	●	
Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen				
Bedarfsanalysen, Instrumente und Akteursgruppen		●	●	●
Partizipation von Zielgruppen	●	●	●	
Handlungsbedarfe und -potenziale		●	●	

Quelle: Eigene Darstellung Prognos AG

© Prognos AG, 2026

Förderbereich Strukturaufbau

Kommunen steht eine Vielzahl unterschiedlicher **Instrumente zur Durchführung von Bedarfsanalysen** zur Verfügung. Diese reichen von der Recherche und Auswertung von Sekundärdaten über das Hinzuziehen von Fachkräften bis hin zur Einbeziehung der Zielgruppe selbst. Welche Instrumente zur Erhebung und Analyse der Bedarfe zum Einsatz kamen, wurde in den Online-Befragungen erfasst (Abbildung 30). Von insgesamt 14 abgefragten Instrumenten wurden in jeder Kommune im Durchschnitt zehn verschiedene Instrumente genutzt (Mittelwert: 9,6 und Median: 10,0; ohne Abbildung). Nach Einschätzungen der Prozesskoordinationen zum Förderende bewährten sich nahezu alle dieser Instrumente zur Bedarfsanalyse[22], darunter am häufigsten Einzelgespräche mit Fachkräften, die praktisch mit den Zielgruppen arbeiten, der Austausch mit anderen Kommunen sowie die Analyse von Fachliteratur und Studien zu Themen oder zur Lebenslage von Zielgruppen.

Fast alle Kommunen (55 von 59) nutzten zudem u. a. eines oder mehrere der vier abgefragten Instrumente zum direkten Einbezug von Zielgruppen bzw. ihrer Interessenvertretungen in die Bedarfsanalysen (Abbildung 30). In zwei weiteren Kommunen wurden Menschen der Zielgruppen

[22] Die durchweg positiven Bewertungen können einerseits ein Hinweis dafür sein, dass weitgehend passende Instrumente für die Analysen ausgewählt und erfolgreich umgesetzt wurden. Auch weist dies darauf hin, dass die vielfältigen Instrumente alle umsetzbar sind und das Potenzial haben, einen Mehrwert zu liefern. Andererseits fällt die Beurteilung des Nutzens der Instrumente insgesamt auffällig positiv aus, was darauf hindeutet, dass der Nutzen wenig differenziert bewertet wurde bzw. Referenz- oder Erfahrungswerte für die Einordnung des Nutzens fehlten. Eine positive Verzerrung bei der Bewertung der eigens durchgeführten Instrumente kann ebenfalls nicht ausgeschlossen werden.

nicht mit separaten Instrumenten, sondern ausschließlich im Rahmen gemeinsamer Austauschformate mit weiteren Akteursgruppen einbezogen (Abbildung 30). Zwei Kommunen gaben hingegen keine dieser Instrumente zur Zielgruppenbeteiligung an. Insgesamt wird deutlich, dass im Rahmen der Bedarfsanalysen häufig eine **Beteiligung der Zielgruppen** erfolgte.

Auffällig ist, dass die Auswertung einer kommunalen Gesundheitsberichterstattung nur in etwa der Hälfte der Kommunen durchgeführt wurde und sogar häufiger auf Sozialberichterstattungen oder Datenauswertungen von kommunalen Versorgungsangeboten zurückgegriffen wurde (Abbildung 30). Hierzu ergaben die Interviews, dass in mehreren Kommunen (noch) keine Gesundheitsberichterstattung verfügbar war, die Gesundheitsberichterstattung keine detaillierten Daten enthält und in der Regel kaum kleinräumige, zielgruppenspezifische und/oder aktuelle Daten vorlagen. Nur in wenigen interviewten Kommunen gab es zur Fördermitte bereits eine Stelle für Gesundheitsberichterstattung (GBE).[23]

[23] Die Stellen für Gesundheitsberichterstattung außerhalb der Förderprojekte waren kein Gegenstand der Evaluation.

Abbildung 30: Instrumente zur Bedarfsanalyse zum Förderende (Strukturaufbau)



Frage: Wie haben sich folgende Instrumente bei Bedarfsanalysen für Gesundheitsförderung und Prävention in Ihrer Kommune bisher bewährt?[24] (Mehrfachauswahl)
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zum Förderende (Erhebungsphase 3): 59

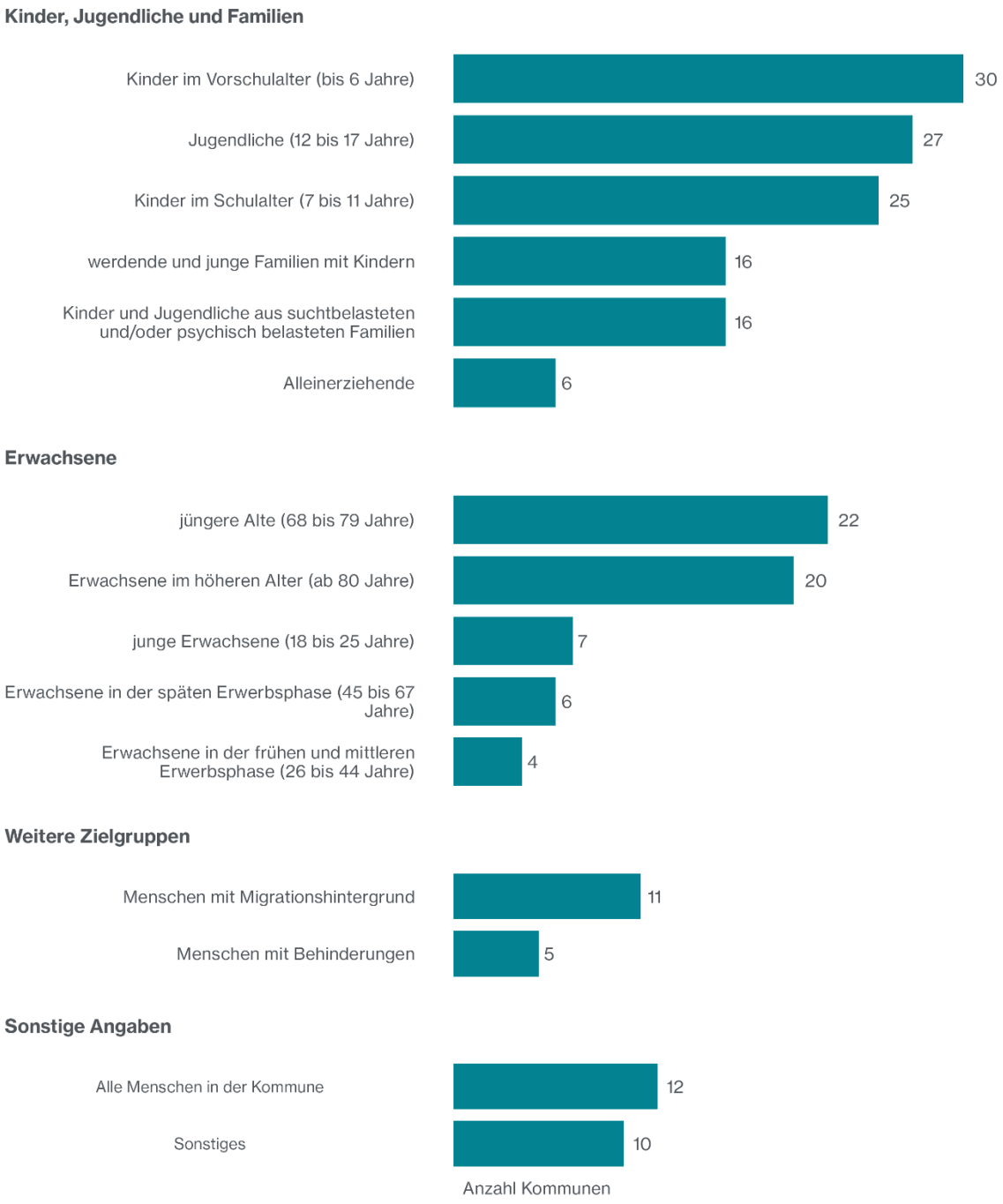
Quelle: Online-Befragung der Kommunen

© Prognos AG, 2026

Auf dieser Grundlage identifizierten die Kommunen **Handlungsbedarfe und -potenziale**. Jede Kommune legte entsprechend dieser Bedarfe individuell fest, für welche Zielgruppen und Handlungsfelder gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen umgesetzt werden sollten. Diese wurden in den Online-Befragungen bis zum Förderende erfasst (Abbildung 31). Die häufigsten Gruppen waren Kinder im Vorschul- und Schulalter sowie Jugendliche; diese Zielgruppen wurden fast in jeder zweiten Kommune ausgewählt. Auch „jüngere Alte“ (68 bis 79 Jahre) und Erwachsene im höheren Alter (ab 80 Jahre) wurden jeweils in mehr als jeder dritten Kommune ausgewählt. Andere Gruppen wurden hingegen seltener als anvisierte Zielgruppen für Maßnahmen genannt, darunter u. a. Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten/psychisch belasteten Familien, Alleinerziehende und Erwachsene der Altersgruppe 18 bis 67 Jahre. Für jede Kommune wurden im Durchschnitt rund vier der abgefragten Zielgruppen (Mittelwert: 3,7; Median 4,0) in der Online-Befragung angegeben (ohne Abbildung). In jeder fünften Kommune wurden hingegen keine spezifischen Gruppen, sondern alle Menschen in der Kommune als Zielgruppe benannt.

[24] Die durchweg positiven Bewertungen können einerseits ein Hinweis dafür sein, dass weitgehend passende Instrumente für die Analysen ausgewählt und erfolgreich umgesetzt wurden. Auch weist dies darauf hin, dass die vielfältigen Instrumente alle umsetzbar sind und das Potenzial haben, einen Mehrwert zu liefern. Andererseits fällt die Beurteilung des Nutzens der Instrumente insgesamt auffällig positiv aus, was darauf hindeutet, dass der Nutzen wenig differenziert bewertet wurde bzw. Referenz- oder Erfahrungswerte für die Einordnung des Nutzens fehlten. Eine positive Verzerrung bei der Bewertung der eigens durchgeführten Instrumente kann ebenfalls nicht ausgeschlossen werden.

Abbildung 31: Zielgruppen, die in Bedarfsanalysen identifiziert wurden zum Förderende (Strukturaufbau)



Frage: Welche Zielgruppen für gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen wurden in Ihrer Kommune ausgewählt? (Mehrfachauswahl)
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zum Förderende (Erhebungsphase 3): 59

Quelle: Online-Befragung der Kommunen

© Prognos AG, 2026

Für jede gewählte Zielgruppe wurde in den Online-Befragungen erfasst, welche **Themen** im Fokus standen (Tabelle 8). Zum Förderende stand bei Kindern im Vorschulalter körperliche Aktivität an erster Stelle (24 von 30), psychische Gesundheit und Ernährung gleichermaßen an zweiter Stelle (jeweils 17 von 30). Als Fokusthema wurde bei Kindern im Schulalter körperliche Aktivität am häufigsten genannt (21 von 25). Auch Ernährung, psychische Gesundheit sowie Gesundheits- und/oder Lebenskompetenz wurde für diese Zielgruppe jeweils in mehr als der Hälfte der Fälle priorisiert. Bei den Jugendlichen wurden vergleichbare Themenschwerpunkte ausgewählt. Für die Zielgruppe der jüngeren Alten stand körperliche Aktivität klar an erster Stelle (19 von 22), wobei psychische Gesundheit und Ernährung ebenfalls in mehr als der Hälfte der Fälle im Fokus standen. Bei den Erwachsenen im höheren Alter gestaltete sich die thematische Schwerpunktsetzung ähnlich.

Tabelle 8: Themenschwerpunkte für Zielgruppen zum Förderende des Strukturaufbaus

	Ernährung	Gesundheits- und/ oder Lebenskompetenz	Gewaltprävention	Körperliche Aktivität	Psychische Gesundheit	Resilienz	Soziale Kompetenzen	Soziale Unterstützung	Suchtprävention
Kinder, Jugendliche und Familien									
Kinder im Vorschulalter (bis 6 Jahre)	17	12	4	24	17	9	8	6	5
Kinder im Schulalter (7 bis 11 Jahre)	17	13	7	21	16	10	10	5	7
Jugendliche (12 bis 17 Jahre)	16	15	6	20	18	11	12	6	10
Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien	3	11	7	4	15	12	11	6	11
werdende und junge Familien mit Kindern	13	13	3	11	13	5	8	7	4
Alleinerziehende	3	5	2	4	5	5	5	4	2
Erwachsene									
junge Erwachsene (18 bis 25 Jahre)	4	4	1	4	5	3	3	0	3
Erwachsene in der frühen und mittleren	2	2	0	2	3	1	2	0	0

	Ernährung	Gesundheits- und/ oder Lebenskompetenz	Gewaltprävention	Körperliche Aktivität	Psychische Gesundheit	Resilienz	Soziale Kompetenzen	Soziale Unterstützung	Suchtprävention
Erwerbsphase (26 bis 44 Jahre)									
Erwachsene in der späten Erwerbsphase (45 bis 67 Jahre)	3	4	1	4	4	2	2	2	2
jüngere Alte (68 bis 79 Jahre)	12	8	1	19	14	4	8	8	3
Erwachsene im höheren Alter (ab 80 Jahre)	12	7	1	17	13	5	6	8	3
Weitere Zielgruppen									
Menschen mit Migrationshintergrund	5	7	2	7	3	3	5	3	2
Menschen mit Behinderungen	1	2	1	4	1	1	2	1	1
Sonstige Angaben									
Alle Menschen in der Kommune	4	9	3	7	10	6	5	4	7
Sonstiges	5	8	1	6	6	4	5	4	2

Frage: Welche Themen der Gesundheitsförderung und Prävention stehen bei den zu erreichenden Zielgruppen im Fokus? (Mehrfachauswahl)
Sonstige Themenschwerpunkte wurden in der Tabelle nicht berücksichtigt.
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zum Förderende (Erhebungsphase 3): 59

Quelle: Online-Befragung der Kommunen

© Prognos AG, 2026

Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen

Für Bedarfsanalysen im Zuge der Projektdurchführung bestand eine Vielzahl an unterschiedlichen Möglichkeiten, darunter die Recherche und Auswertung von Daten, das Einbeziehen von Fachkräften, die mit Zielgruppen arbeiten sowie das Einbeziehen der Zielgruppe selbst. Die Online-Befragungen zum Förderende ergaben, dass sich in fast allen Projekten diejenigen **Instrumente**, die

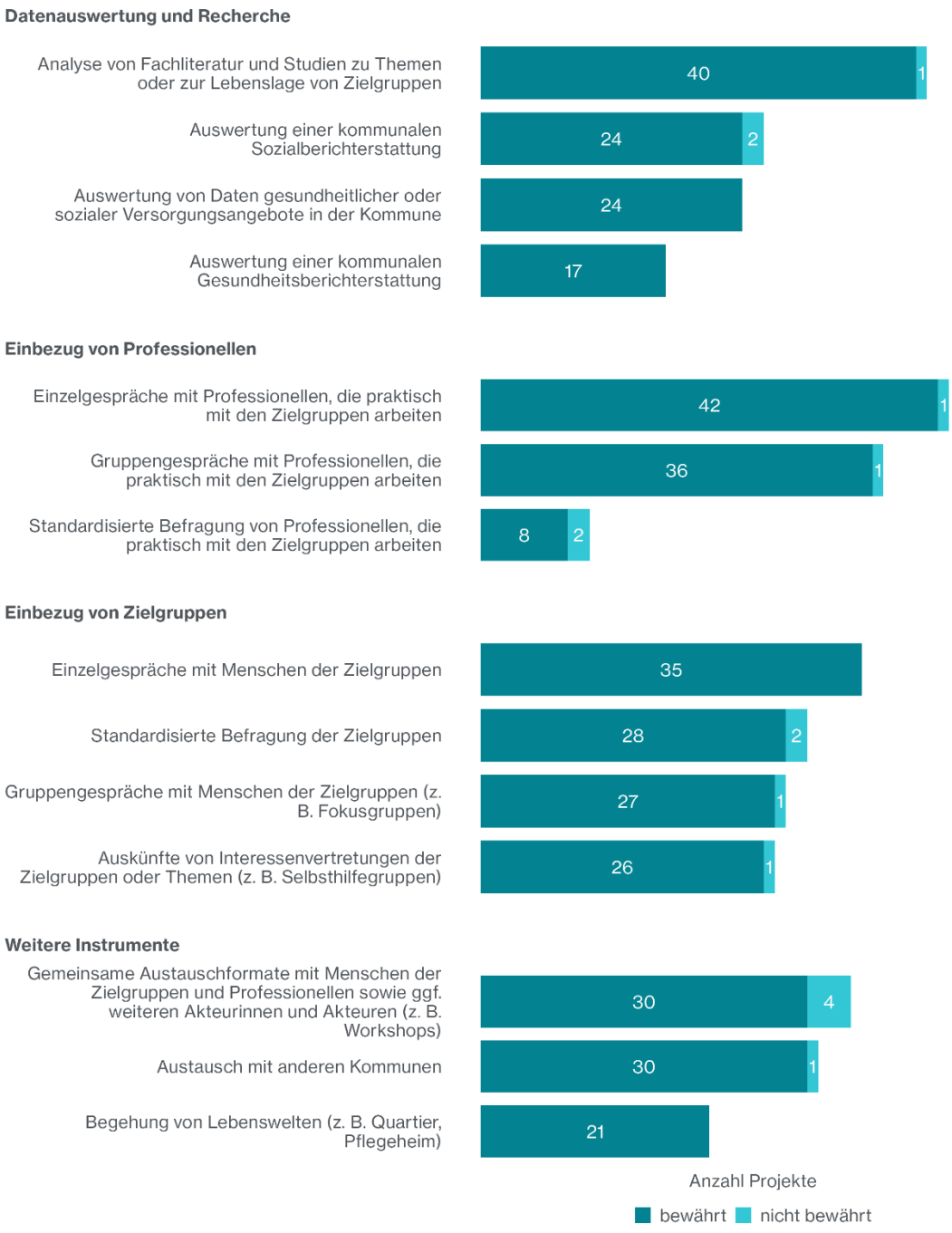
zur Bedarfsanalyse eingesetzt wurden, auch bewährten (Abbildung 32).[25] Die Analyse von Fachliteratur und Studien zu Themen oder zur Lebenslage der Zielgruppe nahm einen besonders hohen Stellenwert ein, zumal davon auszugehen ist, dass hierfür die Voraussetzungen in allen Kommunen gegeben waren. Auch der Austausch mit anderen Kommunen wurde oft genutzt. Fachkräfte, die praktisch mit den Zielgruppen arbeiten, wurden fast immer einbezogen, meistens mithilfe von Einzelgesprächen.

Zur Förderung von **Partizipation** wurde in fast allen Projekten (45 von 49) mindestens eines der vier abgefragten Instrumente zum direkten Einbezug von Zielgruppen in die Bedarfsanalyse genutzt (ohne Abbildung).[26] Einzelgespräche mit Personen der Zielgruppen wurden dabei am häufigsten durchgeführt (Abbildung 32). Häufig wurden außerdem gemeinsame Austauschformate mit Menschen der Zielgruppen und Fachkräften sowie ggf. weiteren Akteurinnen und Akteuren genutzt. In Interviews mit ausgewählten Projektkoordinationen zu Förderbeginn zeigt sich, dass die Beteiligung der Zielgruppen ein wichtiges Anliegen im Rahmen der Förderprojekte war. Viele hatten zu Förderbeginn jedoch erst wenige oder noch keine Erfahrungen mit Partizipation. Insbesondere für vulnerable Zielgruppen mussten in diesen Kommunen zunächst Rahmenbedingungen geschaffen werden, um die Partizipation zu ermöglichen.

[25] Die positive Bewertung kann einerseits ein Hinweis für die passende Instrumentenauswahl und die erfolgreiche Umsetzung im Vorfeld und/oder im Rahmen der Projekte sowie auch den potenziellen Mehrwert der einzelnen Instrumente sein. Andererseits fällt die Beurteilung des Nutzens der Instrumente insgesamt auffällig positiv aus. Dies kann darauf hindeuten, dass der Nutzen wenig differenziert bewertet wurde bzw. Referenz- oder Erfahrungswerte für die Einordnung des Nutzens fehlten. Eine positive Verzerrung bei der Bewertung der eigens durchgeführten Instrumente kann ebenfalls nicht ausgeschlossen werden.

[26] In 45 von 49 Projekten wurde mindestens ein Instrument zur Bedarfsanalyse genutzt, was unter „Einbezug von Zielgruppen (Abbildung 32) aufgeführt ist.

Abbildung 32: Instrumente der Bedarfsanalysen zum Förderende (Zielgruppenspezifische Interventionen)



Frage: Wie haben sich folgende Instrumente bei Bedarfsanalysen für Gesundheitsförderung und Prävention in Ihrer Kommune bisher bewährt? (Mehrfachauswahl)
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zum Förderende (Erhebungsphase 3): 47

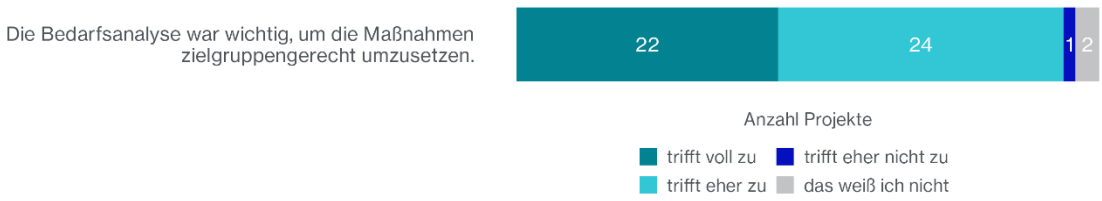
Quelle: Online-Befragung der Projekte

© Prognos AG, 2026

Aus der Online-Befragung zum Förderende geht weiterhin hervor, dass **Bedarfsanalysen** in der Mehrheit der Projekte (36 von 49) (eher) regelmäßig wiederholt wurden (ohne Abbildung). Die Interviews verwiesen jedoch darauf, dass die Bedarfsanalysen in unterschiedlichem Umfang durchgeführt wurden (z. B. wenige Experteninterviews oder umfangreiche Befragungen der Zielgruppen). Neben der Fokussierung auf unterschiedliche Zielgruppen war insb. die Verfügbarkeit von kommunalen Daten und Ressourcen ursächlich für Unterschiede beim Umfang und Vorgehen bei Bedarfsanalysen.

Die Bedarfsanalysen wurden zum Förderende insgesamt durchweg als (eher) wichtig bewertet, um anschließend zielgruppengerechte Maßnahmen im Rahmen der Förderung umzusetzen (Abbildung 33).

Abbildung 33: Relevanz der Bedarfsanalysen für die Maßnahmenumsetzung im gesamten Förderzeitraum (Zielgruppenspezifische Interventionen)



Frage: Bitte bewerten Sie folgende Aussagen zu den Analyse- und Planungsschritten während der Förderung.
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zum Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4; jeweils letzte Erhebung in den einzelnen Kommunen): 49

Quelle: Online-Befragung der Projekte

© Prognos AG, 2026

In den Interviews zum Förderende kurz vor oder nach Beendigung der Förderprojekte merkten mehrere Projektkoordinationen an, dass auch nach Förderende weiterhin regelmäßige Bedarfsanalysen notwendig seien, um die Problemlagen der Zielgruppen zu analysieren und sichtbar zu machen. Dies sei einerseits wichtig, um verstetigte Maßnahmen weiterhin bedarfsgerecht auszurichten, und andererseits die Sichtbarkeit der Zielgruppen und Problemlagen zur Sicherstellung der Fortführung der kommunalen Aktivitäten zu erreichen (Kapitel 6.1).

Die Bedarfsanalysen bildeten zugleich die Grundlage für die **inhaltliche Ausrichtung der Projekte**. Welche Themen dabei für die jeweiligen Zielgruppen im Fokus standen, wurde in der Online-Befragung zur Fördermitte erfasst. Für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen lag der thematische Fokus auf Resilienz, psychischer Gesundheit, sozialer Kompetenz, Gesundheits- und/oder Lebenskompetenz, sozialer Unterstützung sowie Suchtprävention. Die genannten Themen wurden jeweils in mehr als der Hälfte dieser Projekte fokussiert (Tabelle 9). Bei älteren Menschen wurde hingegen das Thema körperliche Aktivität adressiert. Daneben wurden mehrfach auch weitere Themen, wie Gesundheits- und/oder Lebenskompetenz sowie psychische Gesundheit berücksichtigt. Bei Alleinerziehenden standen die psychische Gesundheit und soziale Unterstützung an erster Stelle.

Tabelle 9: Themenschwerpunkte nach Zielgruppen zur Fördermitte (Zielgruppenspezifische Interventionen)

	Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien (33 Projekte)	Alleinerziehende Menschen (24 Projekte)	Ältere Menschen (26 Projekte)	Menschen mit Migrationshintergrund (23 Projekte)	Menschen mit Behinderungen/ Beeinträchtigungen (19 Projekte)	Andere Zielgruppen (21 Projekte)
Ernährung	5	5	7	5	1	5
Gesundheits- und/oder Lebenskompetenz	22	5	11	7	2	5
Gewaltprävention	7	1	0	1	0	2
Körperliche Aktivität	13	7	15	8	3	10
Psychische Gesundheit	26	9	11	7	3	7
Resilienz	26	6	3	5	1	6
Sonstiges	4	4	3	2	1	1
Soziale Kompetenzen	23	5	7	6	2	4
Soziale Unterstützung	21	8	8	7	2	4
Suchtprävention	19	1	0	3	1	2

Frage: Welche Themen der Gesundheitsförderung und Prävention stehen bei den zu erreichenden Zielgruppen im Fokus? (Mehrfachauswahl)
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zur Fördermitte (Erhebungsphase 2): 51

Quelle: Online-Befragung der Projekte © Prognos AG, 2026

Zusammenfassung

Im **Förderbereich Strukturaufbau** dienten Bedarfsanalysen dazu, einen Überblick über kommunale Bedarfe in Lebenswelten und bei vulnerablen Zielgruppen zu gewinnen und daraus Zielgruppen, Themen und Handlungsfelder abzuleiten. Dabei kam ein breites Instrumentarium zum Einsatz, das von der Auswertung von Sekundärdaten über den Einbezug von Fachkräften bis hin zur direkten Beteiligung von Zielgruppen reichte. Prozesskoordinationen nahmen die eingesetzten Instrumente überwiegend als geeignet wahr, wobei insbesondere Gespräche mit Fachkräften (57 von 59), der Austausch mit anderen Kommunen (57 von 59) sowie die Analyse von Fachliteratur (55 von 59) häufig genutzt wurden. Auffällig ist zugleich, dass eine kommunale Gesundheitsberichterstattung häufig gar nicht oder nicht ausreichend (d. h. insbesondere nicht ausreichend kleinteilig oder zielgruppenspezifisch) verfügbar war und deshalb auf andere Datenquellen zurückgegriffen wurde.

Die Prozesskoordinationen gaben an, dass Zielgruppen vielfach direkt (in 57 von 59 Kommunen) in die Bedarfsanalysen einbezogen wurden. Partizipation spielte damit eine wichtige Rolle. Auf

dieser Grundlage wurden Handlungsbedarfe und -potenziale abgeleitet und entsprechende Zielgruppen festgelegt. Häufig wurden Kinder und Jugendliche (z. B. in 30 Kommunen Kinder im Vorschulalter, in 27 Kommunen Jugendliche) sowie ältere Menschen (z. B. jüngere Alte in 22 Kommunen) als zentrale Zielgruppen identifiziert, während andere Gruppen seltener adressiert wurden oder teilweise die gesamte Bevölkerung in den Blick genommen wurde. Insgesamt zeigt sich aus Sicht der Prozesskoordinationen eine praxisnahe Bedarfsanalyse, die jedoch durch eine teilweise begrenzte Datenbasis eingeschränkt wurde.

Im **Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen** zielten Bedarfsanalysen vor allem auf vertiefende Informationen zu konkreten Zielgruppen und deren Bedarfen. Auch hier wurde ein breites Spektrum an Instrumenten genutzt, etwa die Analyse von Fachliteratur (41 von 47), Gespräche mit Fachkräften (43 von 47) sowie Einzelgespräche mit Menschen der Zielgruppen (35 von 47). Diese wurden von den Projektkoordinationen überwiegend als geeignet bewertet. Gleichzeitig wurde deutlich, dass Bedarfsanalysen in vielen Projekten regelmäßig wiederholt wurden (36 von 49), jedoch in Umfang und Tiefe variierten, etwa abhängig von verfügbaren Daten und Ressourcen.

Die Projektkoordinationen berichteten, dass Zielgruppen in der Regel direkt in die Bedarfsanalysen einbezogen wurden, häufig über Gespräche oder gemeinsame Austauschformate. Partizipation war ein zentrales Anliegen, musste aber teilweise erst entwickelt werden, insbesondere bei vulnerablen Zielgruppen. Bedarfsanalysen wurden insgesamt als wichtige Grundlage für die Entwicklung zielgruppengerechter Maßnahmen bewertet. Gleichzeitig betonten Projektkoordinationen, dass auch nach Förderende eine kontinuierliche Analyse erforderlich sei, um Bedarfe sichtbar zu halten und Maßnahmen zielgruppengerecht anzupassen. Aus den Bedarfsanalysen ergaben sich zudem thematische Schwerpunkte für die Projekte. Vor allem psychische Gesundheit, soziale Kompetenzen, Resilienz oder körperliche Aktivität, mit unterschiedlichen Schwerpunkten je nach Zielgruppe, standen im Fokus.

In **beiden Förderbereichen** zeigt sich aus Sicht der Prozess- und Projektkoordinationen, dass Bedarfsanalysen eine zentrale Grundlage für die Planung von Maßnahmen darstellten und mit einem breiten Instrumentarium umgesetzt wurden. Die Einbindung von Fachkräften und Zielgruppen spielte dabei eine wichtige Rolle, und Partizipation wurde als wesentliches Prinzip verfolgt. Unterschiede bestanden in der Ausrichtung: Im Strukturaufbau dienten Bedarfsanalysen stärker der übergreifenden Orientierung und der Festlegung von Handlungsfeldern, während sie in den zielgruppenspezifischen Interventionen auf eine vertiefte Analyse konkreter Zielgruppen ausgerichtet waren. Zudem waren Umfang und Wiederholung der Analysen in den zielgruppenspezifischen Interventionen stärker projektbezogen und variierten je nach Ressourcen und Datenlage.

5.2 Strategieentwicklung und Maßnahmenplanung

Evaluationsthemen und Erhebungen

Eine strategische Herangehensweise gilt als zentraler Erfolgsfaktor in der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention, da sie die Verbindung zwischen Analyse und zielgerichtetem praktischen Handeln herstellt. Zur Strategieentwicklung werden Erkenntnisse aus Bedarfsanalysen systematisch aufgegriffen, eingeordnet und in konkrete Maßnahmen überführt. Vor diesem

Hintergrund wurde in der Evaluation die Strategieentwicklung als wesentlicher Bestandteil von Planungsqualität untersucht. Ein Fokus lag dabei auf der Zieldefinition während der Förderung. Maßgeblich war in diesem Zusammenhang, inwieweit Kommunen konkrete und überprüfbare Ziele formulierten sowie deren Umsetzung fortlaufend reflektierten und bei Bedarf anpassten. Die Erreichung der übergreifenden Förderziele wird in Abschnitt 7.2 thematisiert.

Weiterhin wurde die Ausrichtung an gesundheitlicher Chancengleichheit betrachtet. Deren konsequente Berücksichtigung fungierte als zentraler Orientierungsrahmen und stand in direktem Zusammenhang mit dem grundlegenden Anliegen des Förderprogramms. Darüber hinaus wurde die Maßnahmenplanung während der Förderung in die Analyse einbezogen. Von besonderer Relevanz war hierbei, auf welchen Wissensgrundlagen die Planung basierte, welche Instrumente zur Anwendung kamen und welche Akteurinnen und Akteure in den Prozess eingebunden waren.

Die beiden Förderbereiche setzen hierbei unterschiedliche Schwerpunkte: Die Förderung zum Strukturaufbau ist stärker auf übergeordnete strategische Ziele ausgerichtet, nämlich auf die Durchführung eines Strategieentwicklungsprozesses gemäß Förderziel 2 und die Aktivierung von Ressourcen, gemäß Förderziel 3. Hinzu kommen Förderziel 5 (Abstimmung der Strategie), 6 (Festlegung von Handlungsschwerpunkten und Maßnahmen) und 7 (Definition kommunaler Schwerpunkte). Die konkrete Maßnahmenplanung kann eher als ein Endpunkt des Prozesses verstanden werden. Bei der Förderung zielgruppenspezifischer Interventionen liegt der Fokus auf der strategischen Vorbereitung der Maßnahmenumsetzung. Hier stellt die konkrete Planung der Maßnahmen gemäß Förderziel 3 einen Zwischenschritt dar, der der anschließenden Umsetzung vorausgeht. Im Rahmen der Online-Befragungen und Interviews wurden diese Themen daher mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen in beiden Förderbereichen untersucht (Tabelle 10).

Tabelle 10: Erhebungen zur Strategieentwicklung und Maßnahmenplanung

Erhebungen	Förderbeginn (Phase 1)	Fördermitte (Phase 2)	Förderende (Phase 3)	Förderende (Phase 4)
Förderbereich Strukturaufbau				
Zieldefinition während der Förderung		•	•	•
Ausrichtung an gesundheitlicher Chancengleichheit		•	•	•
Maßnahmenplanung während der Förderung		•	•	
Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen				
Zieldefinition während der Förderung		•	•	•
Ausrichtung an gesundheitlicher Chancengleichheit		•	•	•
Maßnahmenplanung während der Förderung		•	•	•

Quelle: Eigene Darstellung Prognos AG

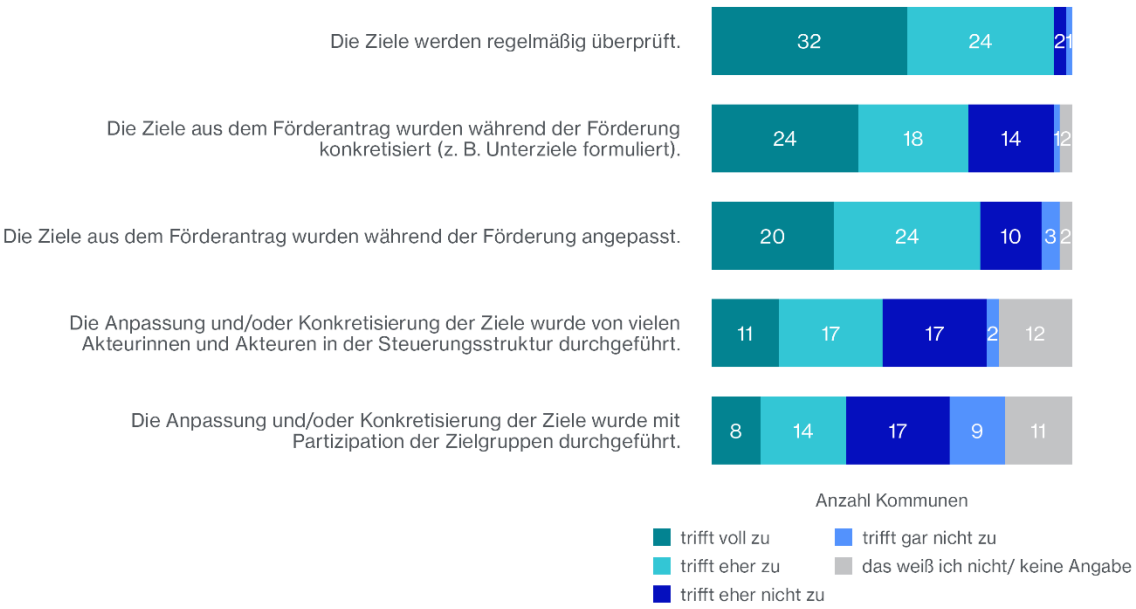
© Prognos AG, 2026

Förderbereich Strukturaufbau

In den Förderanträgen formulierten die Kommunen bereits konkrete individuelle Ziele, mit denen sie die allgemeingültigen **Förderziele** beim Strukturaufbau erreichen wollen. In den Online-Befragungen wurden die Kommunen zum Umgang mit diesen Zielen befragt (Abbildung 34). Die

Ergebnisse zum Förderende zeigen, dass der Umgang der Kommunen mit ihren individuellen Zielen insgesamt reflektiert erfolgte. In nahezu allen Kommunen wurden die gesetzten Ziele (eher) regelmäßig überprüft. Die Kommunen nahmen mehrheitlich (eher) Konkretisierungen und Anpassungen ihrer Ziele vor. Diese strategischen Weiterentwicklungen der Ziele erfolgten allerdings zumeist ohne die Beteiligung von vielen weiteren Akteurinnen und Akteuren der Steuerungsstruktur oder Personen aus den Zielgruppen. So wurden in weniger als der Hälfte der Kommunen Anpassungen und/oder Konkretisierungen der Ziele (eher) mit Partizipation der Zielgruppen vorgenommen.

Abbildung 34: Umgang mit Projektzielen im gesamten Förderzeitraum (Strukturaufbau)



Frage: Im Förderantrag Ihrer Kommune waren bereits Ziele für Gesundheitsförderung und Prävention enthalten. Bitte bewerten Sie folgende Aussagen zum weiteren Umgang mit diesen Zielen während der Förderung.
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zum Förderenden (Erhebungsphase 3): 59

Quelle: Online-Befragung der Kommunen

© Prognos AG, 2026

Interviews mit ausgewählten Kommunen ergaben zudem, dass die gemeinsame Festlegung der Ziele in den kommunalen Steuerungsstrukturen gut funktionierte, oft jedoch umfangreiche Vorarbeiten der Prozesskoordinationen hierfür erforderlich waren.

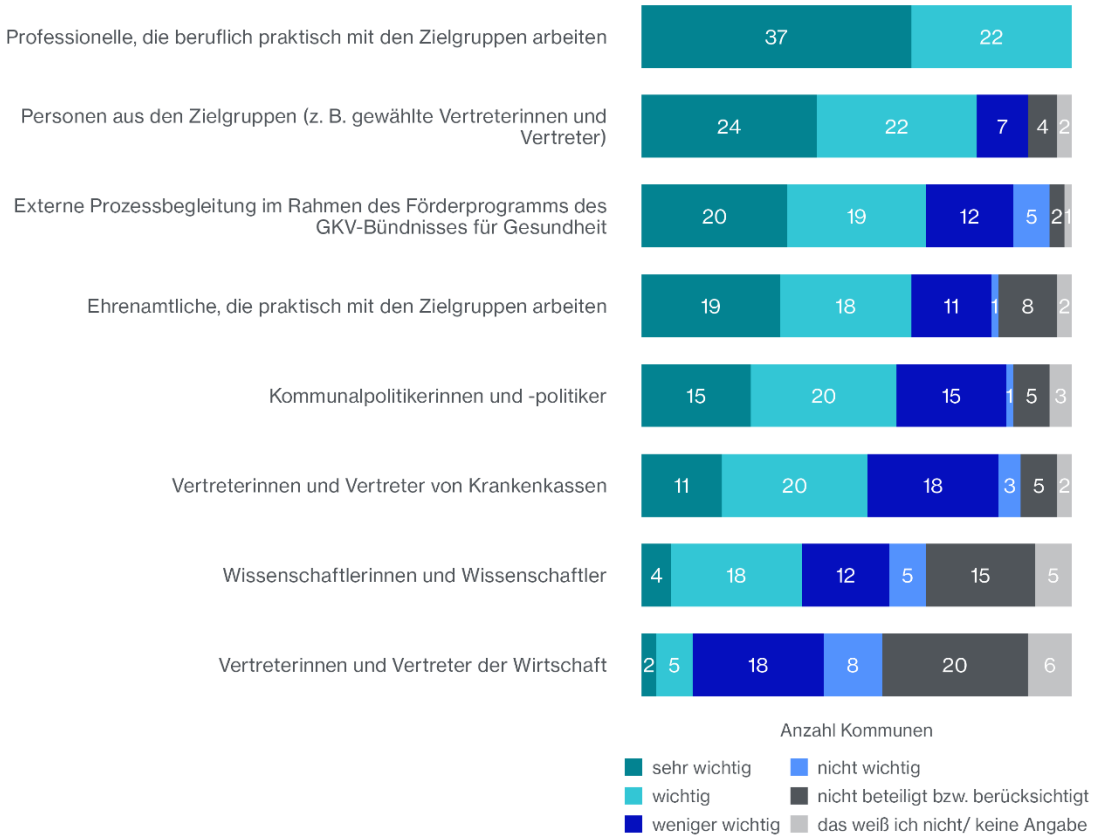
Die Bedeutung der Ausrichtung an **gesundheitlicher Chancengleichheit** zeigte sich im Kontext der individuellen Ziele der Kommunen ebenfalls als sehr bedeutsam. Für alle Prozesskoordinationen (60 von 60) war sie laut der Online-Befragung zum Förderende (eher) wichtig bei Festlegung gesundheitsförderlicher Ziele sowie bei der Planung entsprechender Maßnahmen (ohne Abbildung).

Bei der Auswahl und **Planung von Maßnahmen** griffen die Kommunen (ähnlich wie bei der Analyse von Bedarfen, Kapitel 5.1) auf verschiedene Informationsquellen zurück und banden

unterschiedliche Akteurinnen und Akteure ein (ohne Abbildung). (Sehr) wichtige Informationsquellen für die konkrete **Auswahl und Planung von Maßnahmen** waren laut der Online-Befragung zum Förderende für fast alle Kommunen Maßnahmenkonzepte, die in der Praxis erprobt sind (55 von 59 Kommunen) und/oder deren Wirkung wissenschaftlich belegt ist (51 von 59). Eine ähnliche Bedeutung hatten die Auswertung von Daten gesundheitlicher oder sozialer Versorgungsangebote in der Kommune (51 Kommunen) sowie Fachliteratur und Studien zu Gesundheitsförderung und Prävention oder zu Zielgruppen (50 Kommunen). Die Auswertung einer kommunalen Sozial- und/oder Gesundheitsberichterstattung wurde ebenfalls von mehr als zwei Dritteln der Kommunen als (sehr) wichtig erachtet (41 bzw. 39 von 59 Kommunen).

Erkennbare Unterschiede zeigen sich hingegen bei der **Bedeutung verschiedener Akteurinnen und Akteure** für die Auswahl und Planung von Maßnahmen. Fachkräfte, die beruflich und praktisch mit den Zielgruppen arbeiten, waren bei der Maßnahmenplanung besonders wichtig, gefolgt von Menschen aus den Zielgruppen (Abbildung 35). Dies ist ein Hinweis dafür, dass die Einbindung von Menschen aus den Zielgruppen bei der konkreten Planung von Maßnahmen aus Sicht der befragten Prozesskoordinationen eine wichtigere Rolle spielte als bei strategischen Zieldefinitionen. Daneben wurden die Prozessbegleitungen im Rahmen des Kommunalen Förderprogramms sowie Ehrenamtliche, Vertreterinnen und Vertreter der Kommunalpolitik und aus Krankenkassen jeweils in über der Hälfte der Kommunen als (sehr) wichtig für die Maßnahmenauswahl und -planung bewertet. Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaft und der Wirtschaft wurden hingegen deutlich seltener als (sehr) wichtig betrachtet.

Abbildung 35: Bedeutung von Akteursgruppen für die Maßnahmenplanung im gesamten Förderzeitraum (Strukturaufbau)



Frage: Wie wichtig sind die nachfolgend genannten Akteurinnen und Akteure sowie Informationsquellen seit Beginn der Förderung für die konkrete Auswahl und Planung von Maßnahmen?
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zum Förderende (Erhebungsphase 3): 59

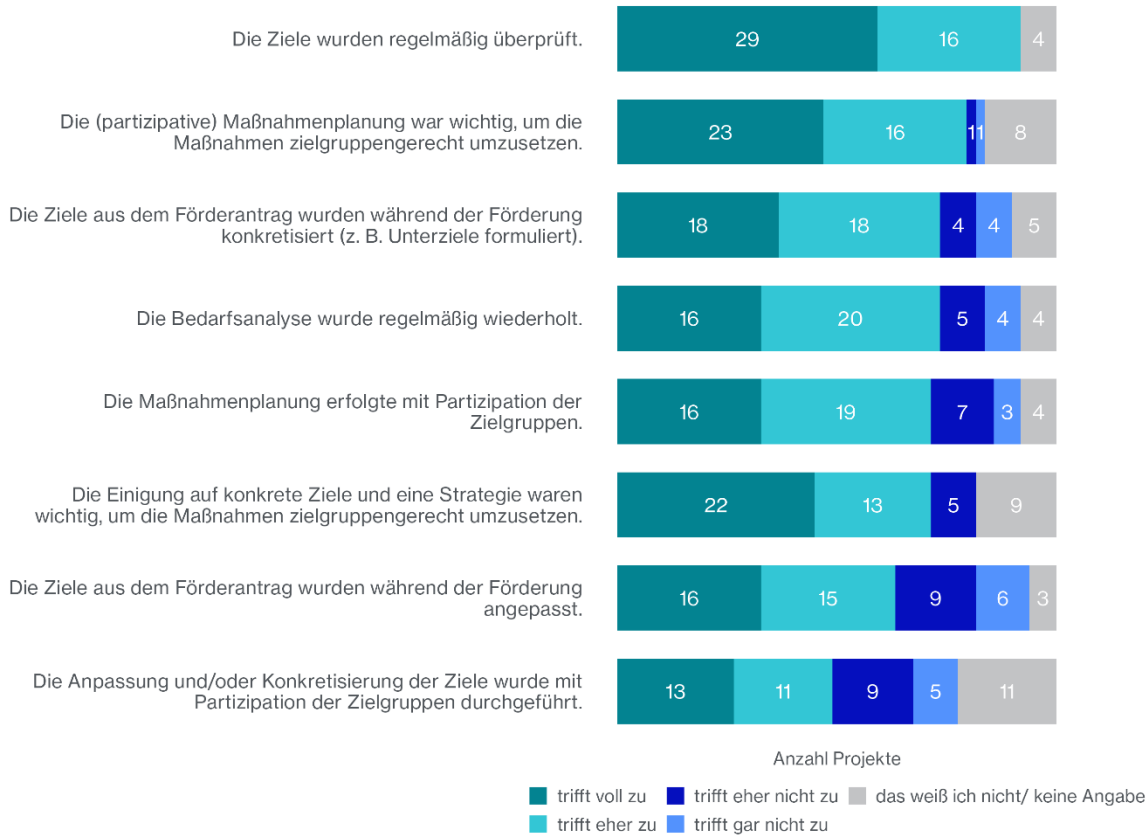
Quelle: Online-Befragung der Kommunen

© Prognos AG, 2026

Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen

In den Förderanträgen legten die Antragstellenden bereits konkrete individuelle Ziele fest, mit denen sie die allgemeingültigen **Förderziele** bei den Zielgruppenspezifischen Interventionen erreichen wollten. In den Online-Befragungen wurden die Projektkoordinationen zum Umgang mit diesen Zielen im Rahmen von Analyse- und Planungsschritten für Maßnahmen befragt (Abbildung 36). Die Ergebnisse zum Förderende zeigen einen reflektierten Umgang mit den individuellen Zielen der Projekte. Fast alle Projektkoordinationen stimmten der Aussage (eher) zu, dass die Ziele regelmäßig überprüft werden. Für den Großteil der Befragten war die Einigung auf konkrete Ziele und eine Strategie (eher) wichtig, um die Maßnahmen zielgruppengerecht umzusetzen. In zwei von drei Projekten wurden die Ziele aus dem Förderantrag während der Förderung (eher) angepasst. In mehr als der Hälfte der Projekte wurden Anpassungen/Konkretisierungen (eher) unter Partizipation der Zielgruppen vorgenommen.

Abbildung 36: Umgang mit Projektzielen im gesamten Förderzeitraum (Zielgruppenspezifische Interventionen)



Frage: Im Förderantrag Ihrer Kommune waren bereits Ziele für Gesundheitsförderung und Prävention enthalten. Bitte bewerten Sie folgende Aussagen zum weiteren Umgang mit diesen Zielen während der Förderung.
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zum Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4; jeweils letzte Erhebung in den einzelnen Kommunen): 49

Quelle: Online-Befragung der Projekte

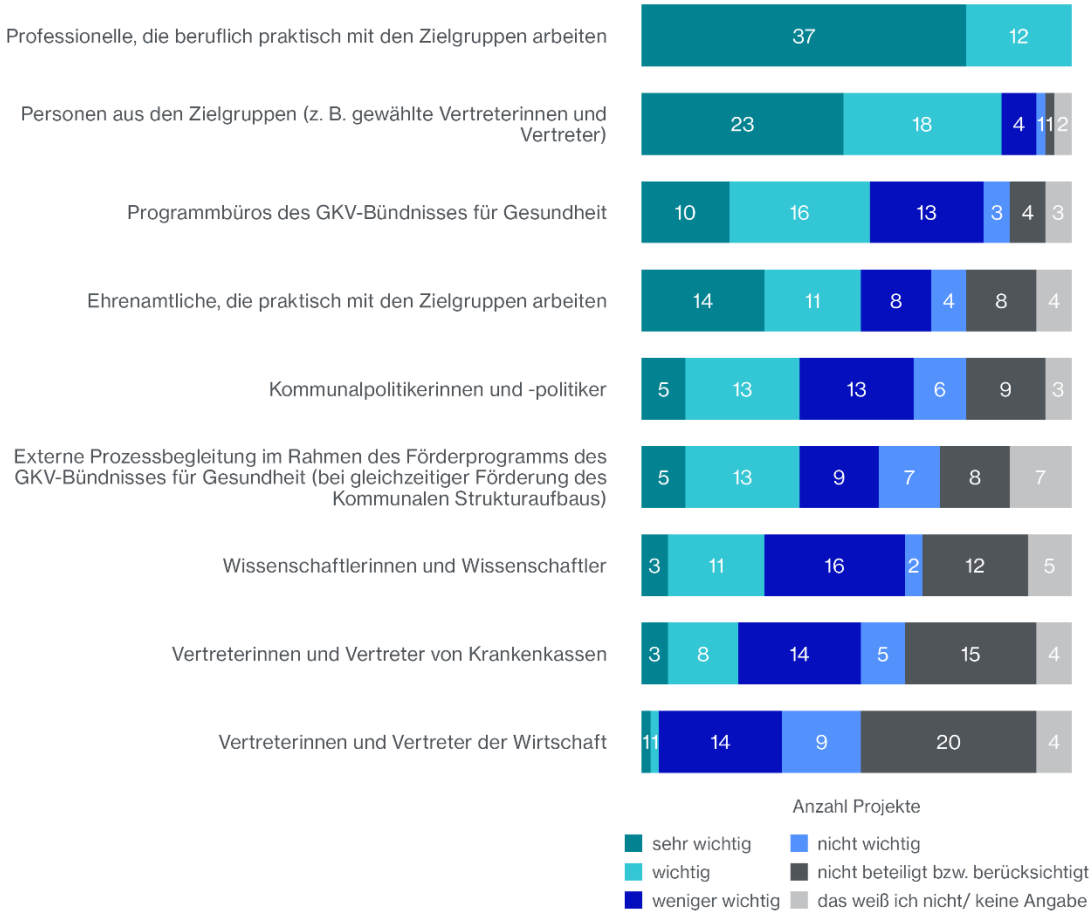
© Prognos AG, 2026

Interviews mit ausgewählten Projektkoordinationen zur Fördermitte ergaben, dass die gemeinsame Zieldefinition in den Förderprojekten insgesamt problemlos funktionierte. Parallel zur laufenden Planung wurden in allen Förderprojekten bereits nach rund zwei Jahren Laufzeit Maßnahmen umgesetzt (Abschnitt 6.1).

Zum Förderende wurde die **gesundheitliche Chancengleichheit** in fast allen Projekten als (eher) wichtig für die Festlegung der Ziele und bei der Planung der zielgruppenspezifischen Interventionen bewertet (Kapitel 4.1). Die Interviews mit ausgewählten Projektkoordinationen verdeutlichen, wie weit die Projekte hier im Einzelfall auseinander liegen konnten: Die gesundheitliche Chancengleichheit wurde für mehrere Projekte als wichtiges Thema beschrieben, für ein Projekt hingegen als irrelevant bewertet.

Für die konkrete **Auswahl und Planung von Maßnahmen** waren laut den Angaben zur Fördermitte Fachkräfte, die praktisch mit den Zielgruppen arbeiten, sowie Personen aus den Zielgruppen selbst besonders wichtig (Abbildung 37).

Abbildung 37: Bedeutung von Akteursgruppen für die Maßnahmenplanung zur Fördermitte (Zielgruppenspezifische Interventionen)



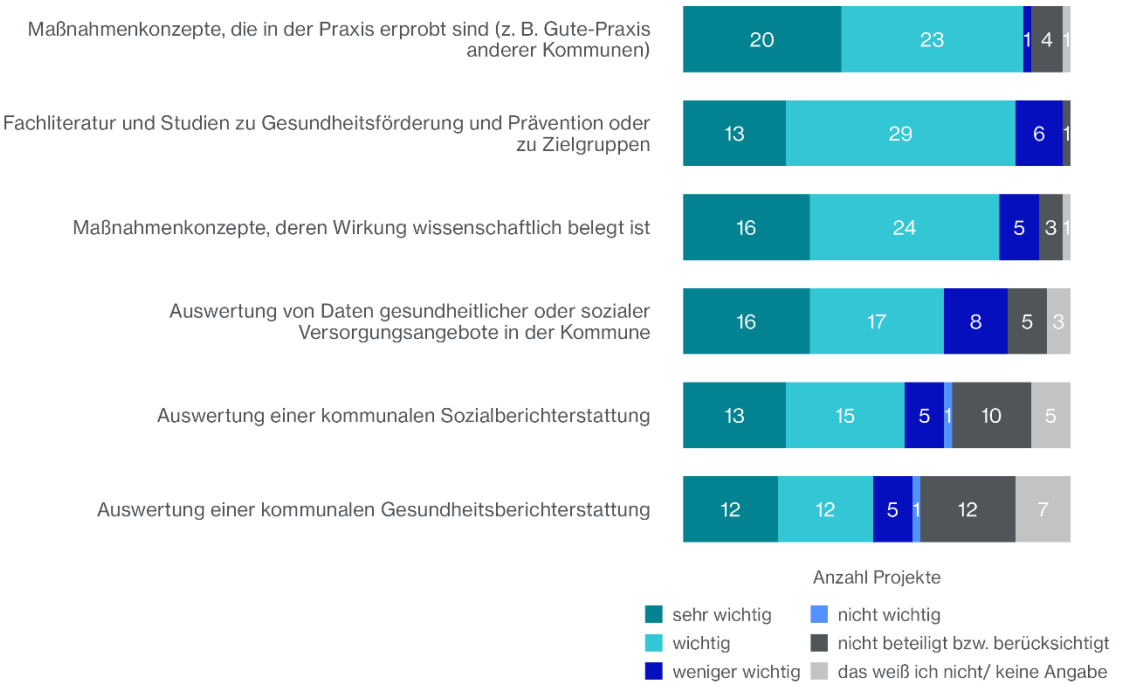
Frage: Wie wichtig sind die nachfolgend genannten Akteurinnen und Akteure sowie Informationsquellen seit Beginn der Förderung für die konkrete Auswahl und Planung von Maßnahmen?
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zur Fördermitte (Erhebungsphase 2): 49

Quelle: Online-Befragung der Projekte

© Prognos AG, 2026

Daneben wurden auch praktisch erprobte und wissenschaftlich belegte Maßnahmenkonzepte sowie Fachliteratur und Studien zu Gesundheitsförderung und Prävention oder zu Zielgruppen häufig als wichtig angesehen (Abbildung 38). Für ca. zwei Drittel der Projekte war die Auswertung von Daten gesundheitlicher oder sozialer Versorgungsangebote in der Kommune (sehr) wichtig. Die Auswertung kommunaler Sozialberichterstattung spielte dagegen nur für etwas mehr als die Hälfte eine (sehr) wichtige Rolle. Für die Hälfte der Projekte war die Auswertung kommunaler Gesundheitsberichterstattung wichtig.

Abbildung 38: Informationsquellen der Maßnahmenplanung zur Fördermitte (Zielgruppenspezifische Interventionen)



Frage: Wie wichtig sind die nachfolgend genannten Akteurinnen und Akteure sowie Informationsquellen seit Beginn der Förderung für die konkrete Auswahl und Planung von Maßnahmen?
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zur Fördermitte (Erhebungsphase 2): 49

Quelle: Online-Befragung der Projekte

© Prognos AG, 2026

In den Interviews wurde ergänzend erhoben, dass die Maßnahmenplanung in einigen Projekten anfänglich durch die Corona-Pandemie erschwert und verzögert wurde. Insbesondere die Partizipation von Zielgruppen bei der Planung stellte demnach eine Herausforderung dar. In der Online-Befragung zu Förderbeginn wurden die Projektkoordinationen zu den **Auswirkungen der Corona-Pandemie** gefragt, welche Lösungswege für pandemiebedingte Probleme bei der praktischen Umsetzung der Förderprojekte entwickelt wurden. In dieser Freitextfrage machten 33 der 44 Kommunen Angaben dazu (ohne Abbildung). Mit Abstand am häufigsten wurde die Nutzung digitaler Formate (21 Nennungen) als Lösungsweg genannt. Schlussendlich erfolgte die Maßnahmenplanung in rund drei Vierteln der Projekte mit Partizipation der Zielgruppen, wie die Ergebnisse der Online-Befragung zum Förderende zeigen.

Zusammenfassung

Im **Förderbereich Strukturaufbau** war die Strategieentwicklung ein zentraler Schritt, um Bedarfe zu priorisieren, relevante Akteurinnen und Akteure einzubinden, Ressourcen zu aktivieren sowie Ziele, Maßnahmen und Schwerpunkte für die weitere Arbeit festzulegen. Die Kommunen formulierten bereits in den Anträgen eigene Ziele und griffen diese im Förderverlauf systematisch auf. Prozesskoordinationen berichteten, dass die Ziele regelmäßig überprüft (56 von 59 Kommunen)

und bei Bedarf angepasst wurden (44 von 59 Kommunen). Die Weiterentwicklung erfolgte jedoch häufig ohne breite Einbindung weiterer Akteurinnen und Akteure sowie der Zielgruppen. Die gemeinsame Zieldefinition innerhalb der Steuerungsstrukturen gelang insgesamt, erforderte aber oft intensive Vorarbeit durch die Prozesskoordination.

Die Prozesskoordinationen (60 von 60) maßen der Ausrichtung an gesundheitlicher Chancengleichheit eine hohe Bedeutung für die Zieldefinition und Maßnahmenplanung bei. Für die Planung griffen die Kommunen auf verschiedene Informationsquellen zurück, insbesondere auf praxiserprobte oder wissenschaftlich fundierte Maßnahmenkonzepte (51 bzw. 55 von 59), Daten aus Versorgungsangeboten (51 von 59) sowie Fachliteratur (50 von 59). Fachkräfte mit direktem Bezug zu den Zielgruppen spielten eine zentrale Rolle in der Maßnahmenplanung, gefolgt von den Zielgruppen selbst. Dabei zeigt sich, dass die Einbindung von Zielgruppen bei der konkreten Maßnahmenplanung stärker ausgeprägt war als bei der strategischen Zielentwicklung.

Im **Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen** beschrieben die Projektkoordinationen die Strategieentwicklung als eng mit der konkreten Maßnahmenplanung verknüpft. Auch hier wurden Ziele bereits in den Anträgen festgelegt und zumeist im Verlauf regelmäßig überprüft (45 von 49) und in der Mehrheit der Projekte (31 von 49) angepasst. Die Zieldefinition und strategische Ausrichtung waren wichtig für eine zielgruppengerechte Umsetzung der Maßnahmen. Anpassungen erfolgten häufig unter Einbezug der Zielgruppen, was auf eine starke partizipative Ausrichtung hinweist.

Die Projektkoordinationen sahen auch in diesem Förderbereich die gesundheitliche Chancengleichheit als wichtiges Leitprinzip, wobei die Bedeutung im Einzelfall unterschiedlich ausgeprägt war. Für die Maßnahmenplanung waren insbesondere Fachkräfte sowie Personen aus den Zielgruppen selbst zentral. Ergänzend wurden praxiserprobte oder wissenschaftlich fundierte Konzepte (43 bzw. 40 von 49) sowie Fachliteratur (42 von 49) genutzt. Die Verfügbarkeit und Nutzung von Datenquellen fiel unterschiedlich aus. Die Maßnahmenplanung wurde in einigen Fällen durch äußere Rahmenbedingungen erschwert, dennoch erfolgte sie in einem Großteil der Projekte unter Einbezug der Zielgruppen. Insgesamt wurde sie als wichtige Grundlage für die Umsetzung angesehen.

In **beiden Förderbereichen** berichteten Prozess- und Projektkoordinationen von einer systematischen Zielüberprüfung und Anpassung im Förderverlauf. Die gesundheitliche Chancengleichheit diente als leitendes Prinzip, und es wurden ähnliche Wissensquellen und Akteursgruppen in die Maßnahmenplanung einbezogen. Unterschiede zeigen sich vor allem in der Einbindung der Zielgruppen und der Funktion der Maßnahmenplanung. Im Strukturaufbau stand die strategische Ausrichtung stärker im Vordergrund und Zielanpassungen erfolgten seltener unter breiter Beteiligung. In den zielgruppenspezifischen Interventionen war die Planung enger mit der Umsetzung verknüpft und stärker partizipativ ausgerichtet.

6 Ergebnisse zur kommunalen Projekt- und Maßnahmenumsetzung (Prozessqualität)

In der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention bezeichnet Prozessqualität die Qualität der Umsetzung und Durchführung von Strategien und Maßnahmen. Sie richtet den Blick darauf, inwieweit die geplanten Aktivitäten so realisiert werden, dass die Wahrscheinlichkeit der Zielerreichung hoch ist. Prozessqualität umfasst damit die systematische, zielorientierte und transparente Gestaltung und fortlaufende Reflexion von Abläufen vor, während und nach der Implementierung.

Eine hohe Prozessqualität zeichnet sich durch klar strukturierte und an den definierten Zielen ausgerichtete Abläufe sowie durch eine aktive Einbindung relevanter Akteure und Zielgruppen in allen Phasen der Umsetzung aus.

Das folgende Kapitel befasst sich mit den im Rahmen der Evaluation erhobenen Merkmalen der Prozessqualität im Kommunalen Förderprogramm. In Abschnitt 6.1 wird die Umsetzung von Maßnahmen betrachtet. Die Themen Evaluation und Qualitätssicherung stehen in Abschnitt 6.2 im Fokus.

6.1 Umsetzung von Maßnahmen

Evaluationsthemen und Erhebungen

Die Maßnahmenumsetzung ist ein Kernanliegen der Förderung der zielgruppenspezifischen Interventionen (Förderziel 4). Die Maßnahmen dienen sowohl dazu, die Lebenswelt gesundheitsfördernd zu beeinflussen als auch das individuelle Gesundheitsverhalten und individuelle Kompetenzen und Ressourcen zu fördern und zu stärken. Die Förderung zum Strukturaufbau hingegen beinhaltet nicht die konkrete Maßnahmenumsetzung, sondern soll dafür die Grundlagen in den Kommunen schaffen.

In den Online-Befragungen wurden daher die Zielgruppen, Maßnahmen, Zugangswege und Inanspruchnahme der zielgruppenspezifischen Interventionen erhoben. In Interviews wurden insbesondere die Herausforderungen bei der Umsetzung vertieft. Auch wenn die Maßnahmenumsetzung nicht im Fokus des Strukturaufbaus steht, wurde dennoch erfasst, ob Maßnahmen geschaffen wurden und welche Auswirkungen der Strukturaufbau darüber hinaus auf die Maßnahmenumsetzung hatte (Tabelle 11).

Tabelle 11: Erhebungen zur Umsetzung von Maßnahmen

Erhebungen	Förderbeginn (Phase 1)	Fördermitte (Phase 2)	Förderende (Phase 3)	Förderende (Phase 4)
Förderbereich Strukturaufbau				
Umsetzung im Rahmen der Förderung		•	•	
Nachhaltigkeit und Verstetigung von Maßnahmen			•	•
Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen				
Umsetzung im Rahmen der Förderung		•	•	•
Zugang und Inanspruchnahme		•	•	•
Nachhaltigkeit und Verstetigung von Maßnahmen			•	•

Quelle: Eigene Darstellung Prognos AG

© Prognos AG, 2026

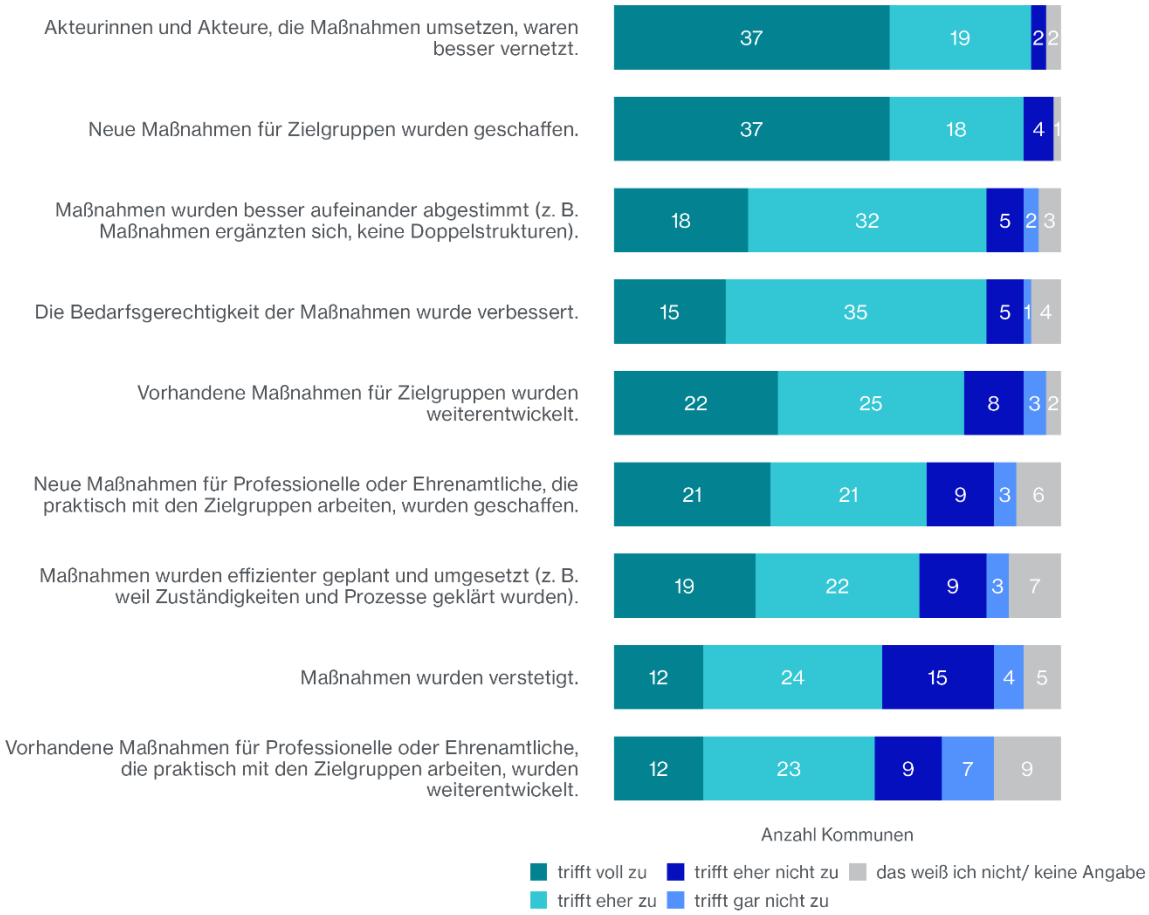
Förderbereich Strukturaufbau

Die Maßnahmenumsetzung ist kein explizites Förderziel im Förderbereich Strukturaufbau. Dennoch hatten laut der Online-Befragung zum Förderende fast alle Kommunen (55 von 60), die eine Förderung zum Strukturaufbau erhielten, während der bisherigen Förderung bereits neue Maßnahmen für **Zielgruppen** geschaffen (Abbildung 39)**.** Dabei ist zu betonen, dass die angegebenen Maßnahmen nicht Teil des Förderprojekts zum Strukturaufbau selbst sein mussten, sondern auch in anderem Kontext erfolgen konnten.

In der Online-Befragung zu den Ergebnissen zum Förderende bestätigte sich die positive Auswirkung des Strukturaufbaus für die **Maßnahmenumsetzung (**Abbildung 39**)**. Ein Großteil der Kommunen (47 von 60) entwickelte neben der Schaffung neuer Maßnahmen für Zielgruppen auch vorhandene Maßnahmen weiter. Zudem wurden die Maßnahmen in den (weiter-) entwickelten Strukturen häufig (41 von 60) effizienter geplant und umgesetzt.

In mehr als der Hälfte der Kommunen (36 von 60) kam es sogar zu einer **Verstetigung von Maßnahmen** durch den Strukturaufbau. Interviews, die zum Förderende oder kurz nach Ablauf der Förderung mit ausgewählten Prozesskoordinationen geführt wurden, ergaben jedoch auch, dass finanzielle Engpässe eine Hürde der Verstetigung von Maßnahmen darstellen können. Zwar reichten die finanziellen Mittel in den interviewten Kommunen aus, um die Personalkosten der Stelle der Prozesskoordination fortzuführen (Kapitel 4.2), allerdings seien Mittel für Maßnahmen zukünftig begrenzt und somit die Umsetzungsmöglichkeiten eingeschränkt.

Abbildung 39: Auswirkungen des Strukturaufbaus für die Umsetzung von Maßnahmen im gesamten Förderzeitraum (Strukturaufbau)



Frage: Welche Auswirkungen hatte der Auf- bzw. Ausbau der Steuerungsstruktur auf die Maßnahmenumsetzung in Ihrer Kommune während der Förderung? Bitte bewerten Sie folgende Aussagen.
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zum Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4; jeweils letzte Erhebung in den einzelnen Kommunen): 60

Quelle: Online-Befragung der Kommunen

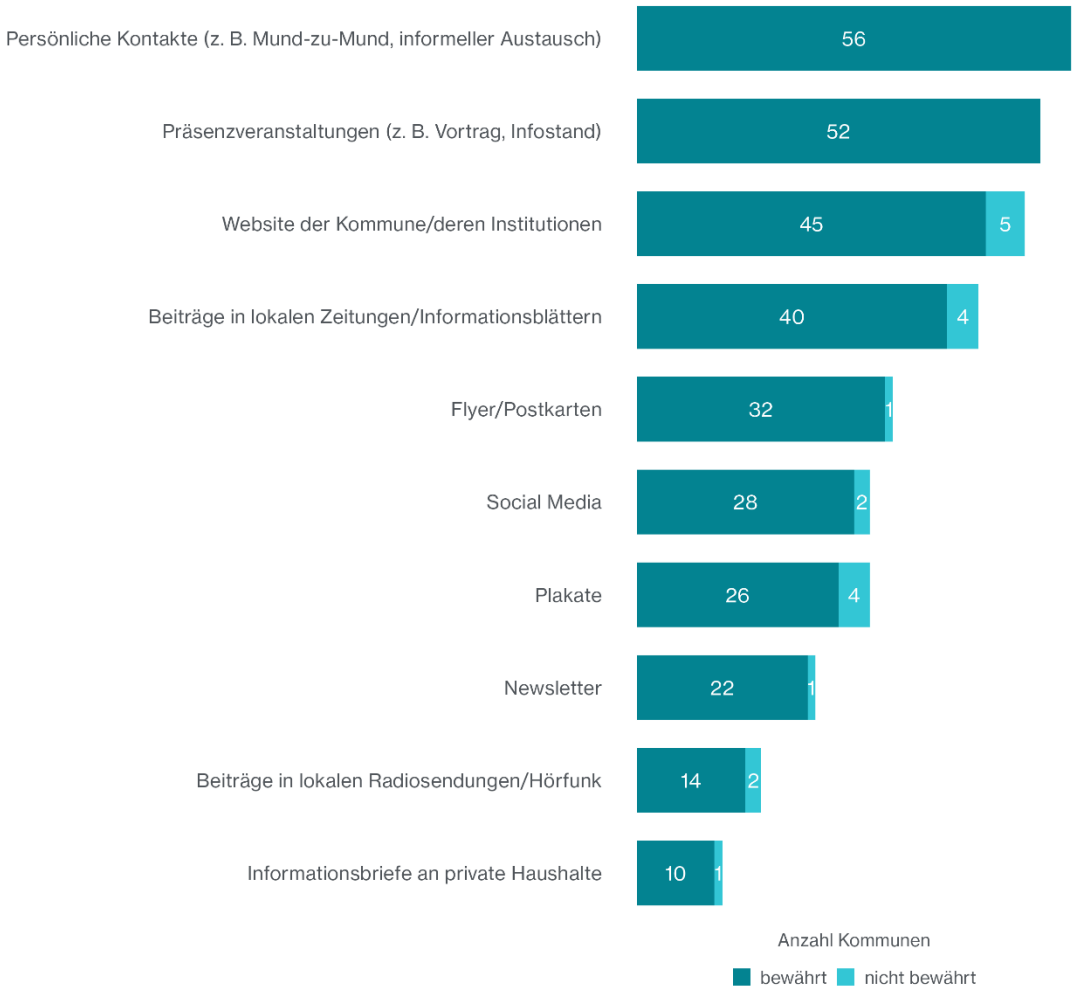
© Prognos AG, 2026

Eine zentrale Rolle in der Maßnahmenumsetzung spielte laut Interviews mit Prozesskoordinationen die **Öffentlichkeitsarbeit** der geförderten Kommunen. Sie sorgte für die Sichtbarkeit der Projekte und seiner Angebote. Sie trug dazu bei, relevante Zielgruppen und Akteure zu erreichen, Informationen transparent zu vermitteln und das Projekt im kommunalen Umfeld zu verankern. Gleichzeitig machte sie Fortschritte und Erfolge sichtbar, konnte die Akzeptanz und Unterstützung in der kommunalen Verwaltung sowie die Beteiligung von Zielgruppen sowie Netzwerkpartnern aktiv fördern.

Die Ergebnisse der Online-Befragung zum Förderende zeigen, dass in der Öffentlichkeitsarbeit insgesamt vielfältige Instrumente genutzt wurden, aber persönliche Kontakte und Präsenzveranstaltungen (z. B. Auftaktveranstaltungen) nach Einschätzung der Prozesskoordinationen am

wichtigsten waren. Diese wurden jeweils von fast allen Befragten genannt (Abbildung 40). Auch die Website der Kommune und Beiträge in lokalen Zeitungen wurden in mehr als zwei Dritteln der Fälle genannt. Jede Kommune nutzte im Durchschnitt sechs der zehn abgefragten Instrumente der Öffentlichkeitsarbeit (Mittelwert: 6,1 und Median: 6).

Abbildung 40: Öffentlichkeitsarbeit im gesamten Förderzeitraum (Strukturaufbau)



Frage: Welche Kanäle haben sich bewährt, um Informationen über Ihr Förderprojekt zu verbreiten?
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zum Förderende (Erhebungsphase 3): 59

Quelle: Online-Befragung der Kommunen

© Prognos AG, 2026

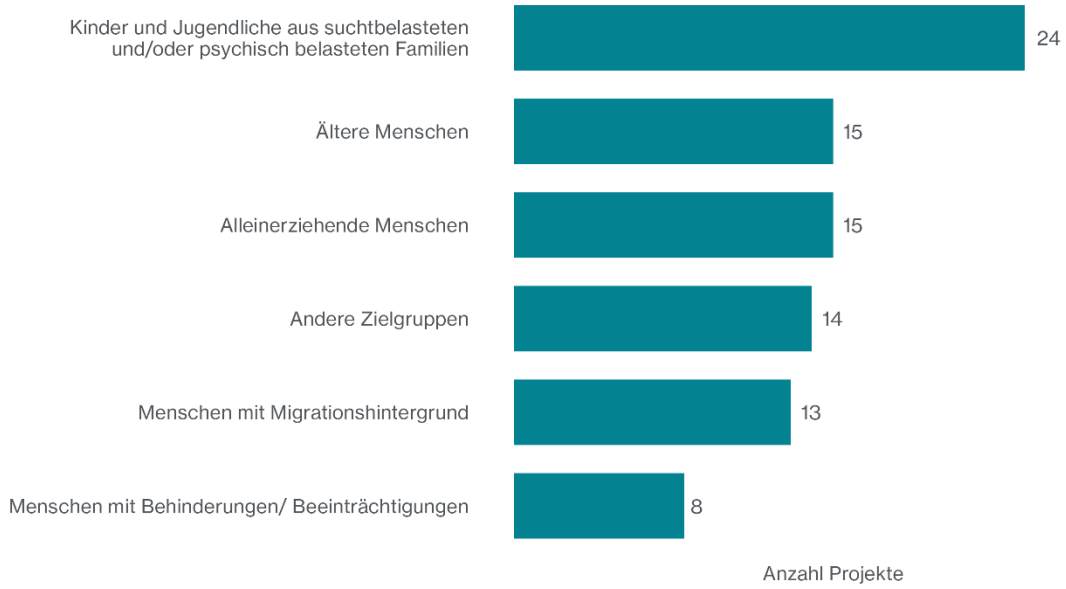
Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen

Die Umsetzung von Maßnahmen ist ein Förderziel aller Projekte im Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen und lief nach Angaben der Projektkoordinationen in der Online-Befragung zur Fördermitte bereits in allen Projekten. Aufgrund unterschiedlicher Vorgehensweisen und komplexer Interventionen (mit mehreren Maßnahmen) war dies nach rund zwei Jahren Förderung noch nicht für alle Projekte zu erwarten.

Die **Zielgruppen der Projekte** wurden in den Online-Befragungen zum Förderende erfasst. Am häufigsten wurden Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien von den Projekten adressiert (Abbildung 41). Darauf folgten ältere Menschen, Alleinerziehende, Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen mit Behinderungen oder Beeinträchtigungen. Unter den sonstigen Zielgruppen wurden u. a. benachteiligte Familien, Eltern, Kinder und Jugendliche genannt. Insgesamt wurden im Rahmen der 48 Projekte rund 120 Maßnahmen für Zielgruppen umgesetzt (Tabelle 12).[27] Dabei widmeten sich 35 der 48 Projekte nur einer Zielgruppe, wobei oftmals die Kernzielgruppe erweitert wurde. Zum Beispiel wurden bei Projekten für Kinder und Jugendliche auch deren Eltern als weitere Zielgruppe genannt oder bei der Zielgruppe Alleinerziehende wurden deren Kinder ergänzt. Als alleinige Zielgruppe wurden am häufigsten Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien (17 von 24 Projekte) und ältere Menschen (10 von 17 Projekte) gewählt. Projekte für alleinerziehende Menschen, Menschen mit Behinderungen/Beeinträchtigungen und Menschen mit Migrationshintergrund wurden meistens gemeinsam für eine oder mehrere weitere Zielgruppen durchgeführt (ohne Abbildung).

[27] Jedes Maßnahmenformat, etwa ein Gruppen- oder Beratungsangebot, das in einem Projekt umgesetzt wurde, wurde als eine Maßnahme gewertet. Richtete sich ein Format an mehrere Zielgruppen, wurde es dennoch nur einmal gezählt. So galt beispielsweise ein Gruppenangebot für alleinerziehende Menschen und Menschen mit Migrationshintergrund als eine Maßnahme (Tabelle 12).

Abbildung 41: Zielgruppen der Projekte (Zielgruppenspezifische Interventionen)



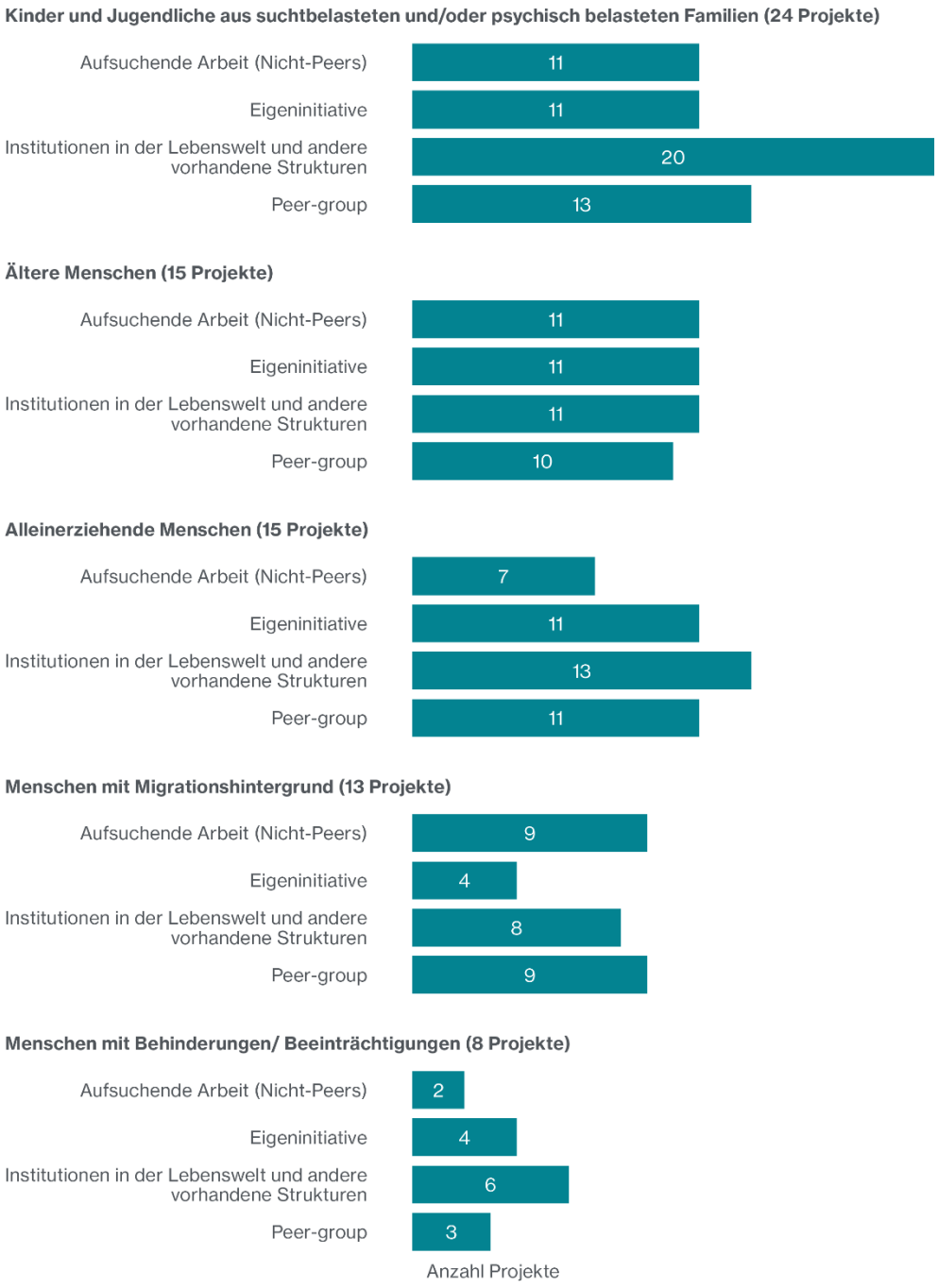
Auszug aus der Frage: Welche gesundheitsfördernden oder präventiven Maßnahmen wurden bzw. werden für welche Zielgruppen im Rahmen der Förderung in Ihrer Kommune umgesetzt? (Mehrfachauswahl)
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zum Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4; Kombination der Angaben): 48
Andere Zielgruppen: Die Befragten hatten die Möglichkeiten andere Zielgruppen anzugeben, für die gesundheitsfördernde oder präventive Maßnahmen umgesetzt wurden. Genannt wurden z. B. sozial benachteiligte Familien, sozial isolierte Personen, Kinder und Jugendliche aus armutsgefährdeten Familien, Eltern, Menschen in finanziellen Notlagen und pflegende Angehörige.

Quelle: Online-Befragung der Projekte

© Prognos AG, 2026

Gemäß Antragsunterlagen war die Umsetzung von Maßnahmen am häufigsten im Setting Kommune, Stadtteil oder Quartier geplant. Auch Stadtteil- und Bildungseinrichtungen für Kinder wurden häufig als Setting genannt. Die **Auswahl dieser Settings** wurde insbesondere mit der dortigen Erreichbarkeit der Zielgruppe und der Vermeidung von Stigmatisierung begründet. Dies passt auch zu den Ergebnissen der Online-Befragungen zum Förderende, aus denen hervorgeht, dass die Zielgruppen über unterschiedliche Strukturen erreicht wurden. **Zugang** zu Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien wurde am häufigsten über andere Institutionen in der Lebenswelt und andere vorhandene Strukturen geschaffen (Abbildung 42). Gleiches galt für den Zugang zu Alleinerziehenden sowie Menschen mit Behinderungen/Beeinträchtigungen. Insgesamt bewährten sich für alle Zielgruppen verschiedene Zugangswege. An dieser Stelle sei auf die Fallbeispiele verwiesen, insbesondere zu Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien (Kapitel 8.3). Diese zeigen, dass teilweise auch ein offener bzw. generalisierter Zugang gewählt wurde, um Stigmatisierung zu vermeiden – insbesondere über Schulen, Jugendclubs oder allgemein zugängliche Sport- und Gruppenangebote. Spezifischere Ansätze waren dort erfolgreich, wo sie über bestehende Vertrauensbeziehungen und vertraute Strukturen angebahnt wurden, etwa über Trägerkontakte, bekannte Räumlichkeiten, Schulsozialarbeit, Lehrkräfte oder Schlüsselpersonen wie eine Hebamme.

Abbildung 42: Zugangswege für Zielgruppen zum Förderende (Zielgruppenspezifische Interventionen)



Frage: Wie haben sich folgende Zugangswege bewährt, um die Zielgruppe für die Inanspruchnahme der Maßnahmen zu gewinnen? (Mehrfachauswahl)
Kombination der Angaben: In der Abbildung werden alle Maßnahmen aufgeführt, die zum Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4) als „sehr bewährt“ oder „eher bewährt“ bewertet wurden.
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zum Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4; Kombination der Angaben): 46
Zwei weitere Projekte richteten sich ausschließlich an eine sonstige Zielgruppe und sind deshalb nicht berücksichtigt.

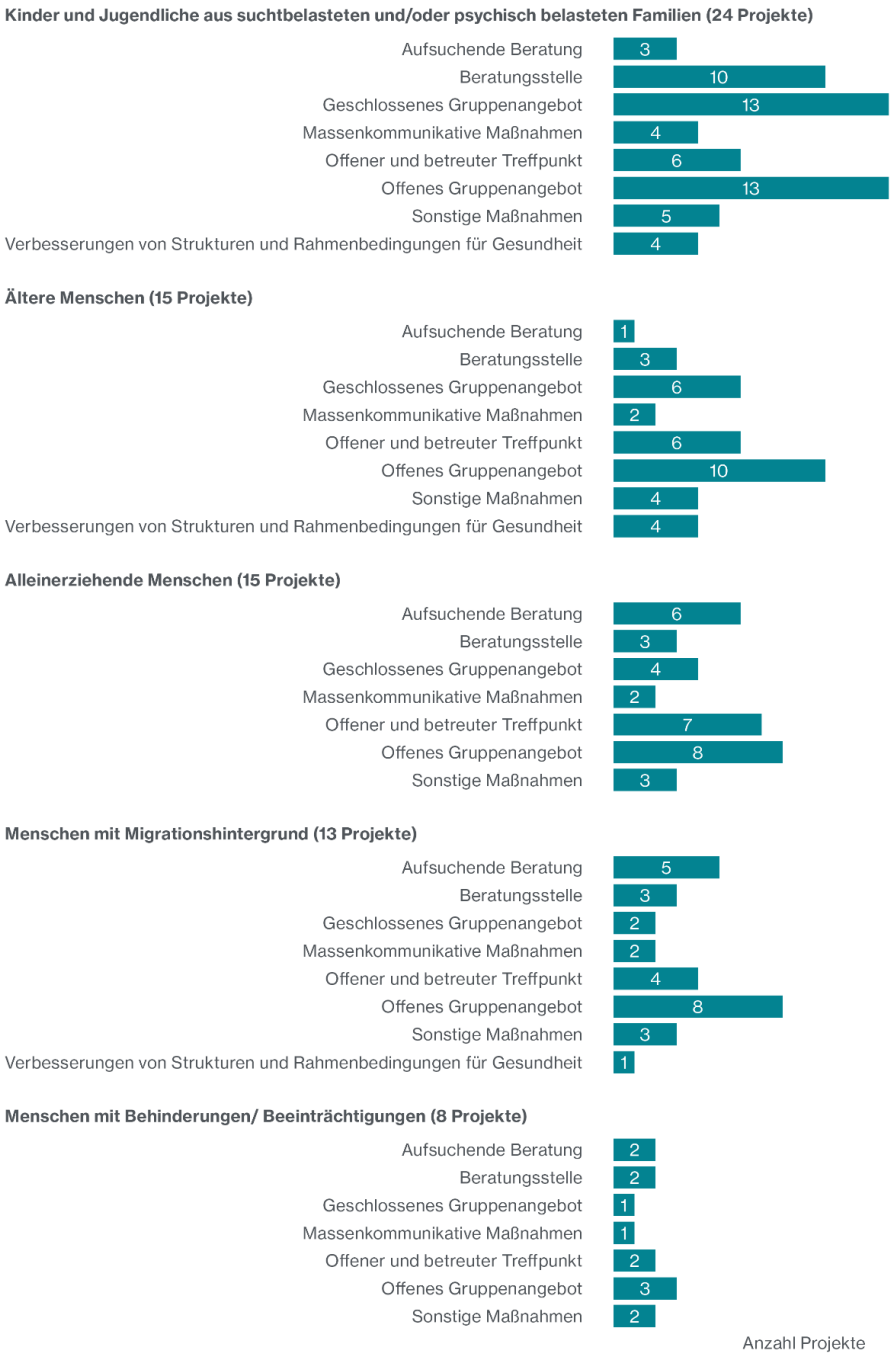
Quelle: Online-Befragung der Projekte

© Prognos AG, 2026

Die Interviews mit ausgewählten Projektkoordinationen ergaben, dass insbesondere bei Kindern und Jugendlichen aus psychisch und/oder suchtbelasteten Familien der **Zugang und die Inanspruchnahme** Herausforderungen darstellen. Auch bei älteren Menschen wurden jene mit besonders hohem Bedarf (z. B. isolierte und einsame Personen) teilweise nicht erreicht. Überwiegend wurde in diesen Projekten deshalb an einer Verbesserung der Zielgruppenerreichung gearbeitet. Aus den Interviews, die zum Förderende geführt wurden, geht hervor, dass besonders vulnerable Zielgruppen vergleichsweise gut in Projekten erreicht werden konnten, in denen der Zugang zur Zielgruppe über einen bereits etablierten Träger lief. Diese Träger verfügten über Kontakte zur Zielgruppe und es bestand bereits ein Vertrauensverhältnis. Dieses musste zwar im Rahmen des Projekts ausgebaut werden, um die kontinuierliche Teilnahme aufrechtzuerhalten, es musste jedoch nicht von Grund auf neu aufgebaut werden.

Auch die **Formate der Maßnahmen** unterschieden sich laut der Online-Befragung zum Förderende je nach Zielgruppe, wobei in den Projekten oft mehrere Maßnahmen miteinander kombiniert wurden. Insgesamt wurden für alle Zielgruppen diverse Maßnahmenformate umgesetzt (Abbildung 43). Für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien fanden beispielsweise häufig offene und/oder geschlossene Gruppenangebote und Beratungsangebote statt. Für ältere Menschen, Alleinerziehende und Menschen mit Migrationshintergrund wurden etwas häufiger offene Gruppenangebote umgesetzt. Insgesamt elf von 51 Projektkoordinationen gaben an, dass auch Maßnahmen im digitalen Format zum Einsatz kamen (ohne Abbildung).

Abbildung 43: Formate der Maßnahmen nach Zielgruppen zum Förderende (Zielgruppenspezifische Interventionen)



Frage: Welche gesundheitsfördernden oder präventiven Maßnahmen wurden bzw. werden für welche Zielgruppen im Rahmen der Förderung in Ihrer Kommune umgesetzt? (Mehrfachauswahl)Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zum Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4; Kombination der Angaben): 46
Zwei weitere Projekte richteten sich ausschließlich an eine sonstige Zielgruppe und sind deshalb nicht berücksichtigt.

Quelle: Online-Befragung der Projekte

© Prognos AG, 2026

In fast allen Projekten, die sich an ältere Menschen richteten, wurden die Maßnahmen nach Angaben der Befragten durch die Zielgruppe gut in Anspruch genommen (Abbildung 44). In Projekten, in denen Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien die Zielgruppe waren, gelang dies in drei Vierteln der Projekte (18 von 24). Bei Alleinerziehenden und Menschen mit Migrationshintergrund gelang es nach Einschätzung der Befragten jeweils in mehr als der Hälfte der Fälle. Das Motivieren zur Inanspruchnahme der Maßnahmen, in Projekten, die sich an Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien richteten, wurde allerdings in weniger als der Hälfte der Fälle als leicht bewertet.

Abbildung 44: Bewertung der Maßnahmenumsetzung nach Zielgruppen zum Förderende (Zielgruppenspezifische Interventionen)



Frage: Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen zur Planung und Umsetzung der Maßnahmen für die Zielgruppe. (Mehrfachauswahl)
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage in zum Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4; Kombination der Angaben): 46
Kombination der Angaben: In der Abbildung werden alle Maßnahmen aufgeführt, die zur Fördermitte oder zum Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4) mit „trifft voll zu“ oder „trifft eher zu“ bewertet wurden.

Quelle: Online-Befragung der Projekte

© Prognos AG, 2026

An der Gestaltung von Maßnahmen während der Umsetzung waren laut der Online-Befragung zum Förderende verschiedene Akteurinnen und Akteure beteiligt (z. B. durch Beiträge zur konzeptionellen Weiterentwicklung). Vor allem Fachkräfte, die beruflich praktisch mit den Zielgruppen arbeiten (44 von 48 Projekten), waren größtenteils (sehr) aktiv beteiligt. Geringer war die (sehr) aktive Beteiligung von Ehrenamtlichen (16 Projekte), Personen aus den Programmbüros des GKV-Bündnisses für Gesundheit (15 Projekte) und Personen aus den Zielgruppen (14 Projekte; ohne Abbildung).

Die **Verstetigung der Maßnahmen für Zielgruppen** wurde zum Förderende mithilfe der Online-Befragungen erhoben (ohne Abbildung). In über der Hälfte der Projekte[28] (29 von 48) konnte mindestens eine Maßnahme (voraussichtlich)[29] fortgeführt werden. In den 29 Projekten, in denen die Verstetigung gelang, konnten im Durchschnitt rund drei Viertel (ca. 76 %) der Maßnahmen fortgeführt werden, d. h. in einem Projekt mit beispielsweise vier unterschiedlichen Maßnahmen wurden davon durchschnittlich drei Maßnahmen fortgeführt. In 19 Projekten konnte hingegen keine der umgesetzten Maßnahmen für Zielgruppen nach der Förderung weitergeführt werden.

Die Online-Befragung zum Förderende zeigte auch Unterschiede bei der (voraussichtlichen) **Verstetigung verschiedener Maßnahmenformate** (Tabelle 12): Offene Gruppenangebote wurden in der Hälfte der Projekte (17 von 34) verstetigt. Geschlossene Gruppenangebote wurden in knapp einem Drittel der Projekte (8 von 27) fortgeführt. Demgegenüber wurden nahezu alle Beratungsstellen (in 9 von 10 Projekten) sowie Maßnahmen zur aufsuchenden Beratung (in 7 von 8 Projekten) dauerhaft fortgeführt.

[28] Jedes Maßnahmenformat, das in einem Projekt umgesetzt wurde, wurde als eine Maßnahme gewertet, auch wenn es sich an mehrere Zielgruppen richtete.
[29] Die Befragung erfolgte am Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4) und bezog sich teils auf noch laufende Projekte. Dementsprechend ist ein Teil der Angaben als „voraussichtliche“ Fortführung einzuordnen. Berücksichtigt wurde jeweils nur die Angabe „ja, wird fortgeführt“, während die weiteren Antwortmöglichkeiten („vielleicht, Fortführung ist noch unklar“; „nein, Fortführung ist nicht möglich“; „nein, Fortführung ist nicht sinnvoll“; „das weiß ich nicht“) nicht berücksichtigt wurden.

Tabelle 12: Fortführung von Maßnahmenformaten nach Förderende (Zielgruppenspezifische Interventionen)

Maßnahmenformat*	Projekte mit einer oder mehreren Maßnahmen am Förderende**	Projekte mit einer oder mehreren nach Förderende fortgesetzten Maßnahmen (Anteil in Klammern)
Offenes Gruppenangebot (wechselnde Personen mit festen Terminen)	34	17 (50 %)
Geschlossenes Gruppenangebot (immer dieselben Personen mit festen Terminen)	27	8 (30 %)
Offener und betreuter Treffpunkt (ein Ort mit Ansprechperson, der besucht werden kann)	13	4 (31 %)
Beratungsstelle	10	9 (90 %)
Massenkommunikative Maßnahmen (z. B. Kampagnen)	9	5 (56 %)
Verbesserungen von Strukturen und Rahmenbedingungen für Gesundheit (z. B. gesunde Kantinen)	8	6 (75 %)
Aufsuchende Beratung	8	7 (88 %)

Frage: Welche gesundheitsfördernden oder präventiven Maßnahmen wurden bzw. werden für welche Zielgruppen im Rahmen der Förderung in Ihrer Kommune umgesetzt? (Mehrfachauswahl)
Frage: Welche der gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen für die Zielgruppen werden nach Ende der Förderung fortgeführt? (Mehrfachauswahl)
In der Tabelle werden Maßnahmen als (voraussichtlich) fortgeführt berücksichtigt, für die zum Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4) „ja, wird fortgeführt" angegeben wurde. Die weiteren Antwortmöglichkeiten („vielleicht, Fortführung ist noch unklar"; „nein, Fortführung ist nicht möglich"; „nein, Fortführung ist nicht sinnvoll"; „das weiß ich nicht") wurden nicht berücksichtigt.
Anzahl Befragte mit Angaben zu diesen Fragen zum Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4; Kombination der Angaben): 48
Kombination nach Angaben: In der Tabelle werden alle Maßnahmen aufgeführt, die am Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4) angegeben wurden.
* Elf sonstige umgesetzte Maßnahmen wurden angegeben, für die keine Informationen zur Fortführung nach der Förderung vorliegen. Diese wurden in der Tabelle nicht berücksichtigt.
** Jedes Maßnahmenformat, etwa ein Gruppen- oder Beratungsangebot, das in einem Projekt umgesetzt wurde, wurde als eine Maßnahme gewertet. Richtete sich ein Format an mehrere Zielgruppen, wurde es dennoch nur einmal gezählt.

Quelle: Online-Befragung der Projekte

© Prognos AG, 2026

Die Auswertung der (voraussichtlichen)[30] **Verstetigung der Maßnahmen nach Zielgruppen** ist in Tabelle 13 dargestellt. Dabei ist zu beachten, dass Maßnahmen, die mehrere Zielgruppen gleichzeitig adressierten, bei jeder adressierten Zielgruppe – also mehrfach – berücksichtigt wurden. Die Fortführung von mindestens einer Maßnahme gelang am häufigsten in Projekten, die (u. a.)

[30] Die Befragung erfolgte am Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4) und bezog sich teils auf noch laufende Projekte. Dementsprechend ist ein Teil der Angaben als „voraussichtliche" Fortführung einzuordnen. Berücksichtigt wurde jeweils nur die Angabe „ja, wird fortgeführt", während die weiteren Antwortmöglichkeiten („vielleicht, Fortführung ist noch unklar"; „nein, Fortführung ist nicht möglich"; „nein, Fortführung ist nicht sinnvoll"; „das weiß ich nicht") nicht berücksichtigt wurden.

Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien (in 15 von 23 Projekte) sowie (u. a.) ältere Menschen (in 10 von 15 Projekten) adressierten. In Projekten, die sich (u. a.) alleinerziehenden Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund sowie Menschen mit Behinderungen/Beeinträchtigungen widmeten, wurden Maßnahmen etwas seltener verstetigt.

Tabelle 13: Fortführung von Maßnahmen für verschiedene Zielgruppen nach Förderende (Zielgruppenspezifische Interventionen)

Zielgruppe*	Projekte mit einer oder mehreren Maßnahmen am Förderende**	Projekte mit einer oder mehreren nach Förderende fortgesetzten Maßnahmen (Anteil in Klammern)
Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien	23	15 (65 %)
Ältere Menschen	15	10 (67 %)
Alleinerziehende Menschen	14	7 (50 %)
Menschen mit Migrationshintergrund	12	7 (58 %)
Sonstige Zielgruppen	12	6 (50 %)
Menschen mit Behinderungen/Beeinträchtigungen	7	4 (57 %)

Frage: Welche gesundheitsfördernden oder präventiven Maßnahmen wurden bzw. werden für welche Zielgruppen im Rahmen der Förderung in Ihrer Kommune umgesetzt? (Mehrfachauswahl)
Frage: Welche der gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen für die Zielgruppen werden nach Ende der Förderung fortgeführt? (Mehrfachauswahl)
In der Tabelle werden Maßnahmen als (voraussichtlich) fortgeführt berücksichtigt, für die zum Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4) „ja, wird fortgeführt“ angegeben wurde. Die weiteren Antwortmöglichkeiten („vielleicht, Fortführung ist noch unklar“; „nein, Fortführung ist nicht möglich“; „nein, Fortführung ist nicht sinnvoll“; „das weiß ich nicht“) wurden nicht berücksichtigt.
Anzahl Befragte mit Angaben zu diesen Fragen zum Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4; Kombination der Angaben): 48
Kombination nach Angaben: In der Tabelle werden alle Maßnahmen aufgeführt, die am Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4) angegeben wurden.
*Maßnahmen, die sich an mehrere Zielgruppen richten, werden bei jeder betreffenden Zielgruppe aufgeführt.
**Elf sonstige umgesetzte Maßnahmen wurden angegeben, für die keine Informationen zur Fortführung nach der Förderung vorliegen. Diese wurden in der Tabelle nicht berücksichtigt.

Quelle: Online-Befragung der Projekte

© Prognos AG, 2026

Aus den Interviews, die zum Förderende oder kurz nach Ablauf der Förderung mit den Projektkoordinationen geführt wurden, geht ebenfalls hervor, dass in einigen Projekten, die im Rahmen der Förderung etablierten Maßnahmen zumindest teilweise nach Förderende weitergeführt wurden, jedoch selten in vollständiger Form. Die Fortführung gelang besonders gut, wenn die Angebote nur mit geringen Umsetzungskosten verbunden waren, wenn sie z. B. durch Ehrenamtliche ausgeführt wurden oder die Räumlichkeiten kostenfrei zur Verfügung standen. In manchen Fällen wurde für Angebote, die im Rahmen der Förderung kostenlos angeboten wurden, nach Förderende eine (niedrige) Teilnahmegebühr eingeführt, um einen Teil der Kosten zu decken.

In einigen Projekten wurden mit den Fördermitteln Ehrenamtliche zu Übungsleiterinnen und Übungsleitern oder ähnlichen Funktionen ausgebildet und führten diese Tätigkeit nach Ablauf der Förderung fort. Die interviewten Kommunen berichteten, dass für die Fortsetzung besonders die Motivation der Ehrenamtlichen entscheidend war, welche sich durch sichtbare Erfolge der Maßnahmen erhöhe. Die Sichtbarkeit von Erfolgen der Maßnahmen wurden auch insgesamt als ein wichtiger Faktor zur Verstetigung in den Interviews benannt. So hoben mehrere Projektkoordinationen hervor, dass Öffentlichkeitsarbeit und das Interesse der kommunalen Leitungs- und Entscheidungsebenen für das Thema von besonderer Bedeutung für die Fortführung waren. Die Interviewergebnisse zeigen ebenfalls, dass es förderlich für die Nachhaltigkeit war, wenn die Maßnahmen verbindlich festgehalten wurden, z. B. in einer kommunalen Gesundheitsstrategie oder vergleichbaren strategischen Dokumenten.

Auch in der Online-Befragung zum Förderende wurden die Projektkoordinationen danach gefragt, was förderlich für die **Nachhaltigkeit** der zielgruppenspezifischen Interventionen ist. Die Projektkoordinationen konnten die aus ihrer Sicht drei wichtigsten Maßnahmen nennen, um eine dauerhafte Fortführung der zielgruppenspezifischen Interventionen sicherzustellen. Zudem hatten sie die Möglichkeit, zu erläutern, warum diese Maßnahmen besonders wichtig sind. 32 von 45 Befragten machten Angaben zu dieser Frage. Am häufigsten wurden eine gesicherte und langfristig angelegte Finanzierung sowie ausreichende personelle Ressourcen genannt (18 Nennungen). Diese seien insbesondere erforderlich, um Angebote verlässlich fortzuführen, Planungssicherheit zu schaffen und aufgebautes Fachwissen zu erhalten. 17 Befragte hoben außerdem die Bedeutung tragfähiger Netzwerk- und Kooperationsstrukturen hervor, etwa durch regelmäßige Netzwerktreffen, die Einbindung relevanter Akteure und die Verankerung der Maßnahmen in bestehenden Strukturen. Darüber hinaus verwiesen zehn Befragte auf die Notwendigkeit politischer Unterstützung und einer stärkeren institutionellen beziehungsweise strategischen Verankerung. Mehrfach genannt wurden zudem ein niedrigschwelliger Zugang und die kontinuierliche Ansprache der Zielgruppen (8 Nennungen) sowie die Qualifizierung von Fachkräften und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (3 Nennungen).

Die **Hürden für eine Verstetigung** ließen sich ebenfalls aus Interviewergebnissen und Online-Befragungen ableiten. Aus den Interviews geht hervor, dass es eine Hürde für die Fortsetzung der Maßnahmen war, wenn die Stelle der Projektkoordination nicht verstetigt wurde. Die notwendigen Koordinierungsleistungen konnten dann entweder gar nicht oder nur durch andere Personen zusätzlich zu ihrer eigentlichen Arbeit erfolgen. Die Online-Befragung zum Förderende ergab ebenfalls, dass die Projektstrukturen der zielgruppenspezifischen Interventionen und die zukünftige Finanzierung zum Teil nicht sichergestellt waren (Abschnitt 4.3).

Die Befragten hatten im Rahmen einer offenen Frage die Möglichkeit anzugeben, welche Hürden die Fortführung oder Verstetigung der zielgruppenspezifischen Intervention gefährdeten und welche Lösungsansätze entwickelt wurden. 29 von 45 Befragten machten von dieser Möglichkeit Gebrauch. Am häufigsten genannte Hürden waren fehlende finanzielle Ressourcen und die Haushaltslage der Kommune (18 Nennungen). Außerdem genannt wurden fehlende langfristige Förderstrukturen, wie bspw. eine fehlende Personalstelle nach Ende der Förderung (6 Nennungen). Unter den Lösungsansätzen wurden entsprechend der zuvor genannten Herausforderung der kommunalen Haushaltslage alternative Finanzierungsquellen, wie z. B. Spenden und Drittmittelakquise (14 Nennungen) am häufigsten angegeben.

IM FOKUS

Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien

Häufigste Zielgruppe im Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen

Mit 24 Projekten stellten Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien die am häufigsten adressierte Zielgruppe im Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen dar. Aus den Bedarfsanalysen im Rahmen dieser Projekte geht hervor, dass für die erhöhten psychosozialen Belastungen dieser Zielgruppe die Stärkung von Schutzfaktoren und Bewältigungskompetenzen im Vordergrund stehen sollten.

Merkmale und Belastungslagen der Zielgruppe

Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien sind häufig schwer zu erreichen, da familiäre Belastungen aus Scham, Loyalität gegenüber den Eltern oder aus Angst vor Konsequenzen für die Familie nach außen verborgen werden.

Viele Kinder und Jugendliche haben zudem nur begrenztes Wissen über die Erkrankung ihrer Eltern oder können deren Verhalten nicht einordnen, was zu Unsicherheit und Überforderung führen kann. Gleichzeitig übernehmen sie im Familienalltag mitunter Rollen und Aufgaben, die ihrem Alter nicht entsprechen, etwa indem sie Verantwortung für Geschwister, den Haushalt oder auch für das Wohlbefinden der Eltern tragen.

Diese Belastungen zeigen sich nicht immer eindeutig: Während einige Kinder versuchen, Sorgen zu überspielen oder besonders angepasst aufzutreten, um nicht aufzufallen, reagieren andere mit auffälligem oder herausforderndem Verhalten. Für Fachkräfte ist es daher häufig schwierig, betroffene Kinder und Jugendliche als Zielgruppe zu identifizieren und gezielt Vertrauen aufzubauen.

IM FOKUS

Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien

Zugänge zur Zielgruppe

Der Zugang erfolgte überwiegend über bestehende Strukturen und Settings in der Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen sowie teilweise ihrer Eltern. Dazu gehörten:

- Schulen (inkl. Schulsozialarbeit)
- Kindertagesstätten
- Jugendclubs und offene Kinder- und Jugendarbeit
- Jugendamt / Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)
- Mobile Schulsozialarbeit
- Sozialdienste in Kliniken und Tageskliniken
- Kinder- und jugendpsychotherapeutische Ambulanzen
- Suchtberatungsstellen
- Polizei und Feuerwehr (z. B. im Rahmen erlebnispädagogischer Aktivitäten)
- Freizeit- bzw. Erlebnisangebote

Erfolgsfaktoren der Zielgruppenerreichung

Die Projekte und Maßnahmen im Rahmen des Förderprogramms (siehe hierzu auch Fallbeispiele in Kapitel 8.3) verdeutlichen, dass der Zugang vor allem über vertraute Personen, bekannte Orte und niedrigschwellige Settings gelang, in denen Kinder und Jugendliche Unterstützung erhalten können, ohne sich unmittelbar als Angehörige einer sucht- oder psychisch belasteten Familie sichtbar machen zu müssen. Um Stigmatisierung zu vermeiden, wurde teilweise auch ein offener bzw. generalisierter Zugang für Kinder und Jugendliche gewählt, insbesondere über Schulen, Jugendclubs oder allgemein zugängliche Sport- und Gruppenangebote.

Zu den typischen Angebotsformaten für diese Zielgruppe gehörten offene und geschlossene Gruppenangebote sowie Beratungs- und Unterstützungsangebote. Erfolgreiche Maßnahmen verbanden häufig die Stärkung individueller Ressourcen (z. B. Resilienz und Selbstwirksamkeit) mit sozialer Unterstützung und einer Enttabuisierung familiärer Belastungen, wie z. B.:

- „Die Gesundheitswerkstatt“: Drei kostenlose Gruppenangebote für Kinder und deren sucht- oder psychisch belastete Eltern, die sich an der Familienphase bzw. am Alter der Kinder orientierten; bei älteren Kindern fanden teilweise getrennte Eltern- und Kinderangebote statt.
- Projekt „Anders – na und?“: Workshops zum Thema Sucht für Kinder der 3. bis 6. Klasse im Klassenverband, Schulungen für Lehrkräfte und Schulsozialarbeitende zum Umgang mit Kindern aus suchtbelasteten Familien.

Um einen niedrigschwelligen Zugang zur Zielgruppe zu erreichen, spielten alltagsnahe Settings, die Vermeidung von Stigmatisierung, die Nutzung bestehender Beziehungen zu Fachkräften und Bezugspersonen sowie Vertrauensaufbau eine zentrale Rolle.

Neben Maßnahmen für die Zielgruppen selbst, wurden auch **Maßnahmen für Multiplikatoren und Multiplikatorinnen sowie Institutionen in den Lebenswelten** (z. B. Fachkräfte, Kindertageseinrichtungen, Schulen und Suchtberatungsstellen) umgesetzt. Laut Online-Befragung am Förderende wurden insgesamt 139 einzelne Maßnahmen umgesetzt. Am häufigsten wurden Informationsmaterial und Beratung geboten sowie Vorträge, Tagungen und Netzwerktreffen umgesetzt (Tabelle 14). Maßnahmen zur Stärkung der interdisziplinären und institutionsübergreifenden Zusammenarbeit wurden in weniger als der Hälfte der Projekte umgesetzt. Am seltensten wurden Maßnahmen zur Organisationsberatung und -entwicklung umgesetzt. Zum Teil wurden diese Maßnahmen für Multiplikatoren und Multiplikatorinnen auch in digitaler Form umgesetzt. In der Online-Befragung zur Fördermitte wurden die Projektkoordinationen ergänzend gefragt, ob sich digitale Formate bewährten. In den noch zur Fördermitte erfassten 29 Projekten, in den Schulungen, Fort- und Weiterbildungen umgesetzt wurden, bewährten sich in sechs von acht Projekten digitale Formate, in den 39 Projekten, in denen Vorträge, Tagungen und Netzwerktreffen stattfanden, bewährten sich digitale Formate in 15 von 20 Projekten und in Bezug auf Informationsmaterialien und Beratung in 13 von 17 Projekten (ohne Abbildung).[31]

Die (voraussichtliche)[32] **Verstetigung der Maßnahmen für Multiplikatoren und Multiplikatorinnen** wurde zum Förderende mithilfe der Online-Befragungen erhoben (ohne Abbildung). In rund zwei Dritteln der Projekte (32 von 47) konnte eine oder mehrere Maßnahmen für Multiplikatoren und Multiplikatorinnen fortgeführt werden. In den 32 Projekten, in denen die Verstetigung gelang, konnten im Durchschnitt fast drei Viertel (ca. 73 %) der Maßnahmen fortgeführt werden, d. h. in einem Projekt mit beispielsweise vier verschiedenen Maßnahmen wurden davon durchschnittlich drei Maßnahmen fortgesetzt. In 15 Projekten wurde hingegen keine der umgesetzten Maßnahmen für Multiplikatoren und Multiplikatorinnen nach der Förderung weitergeführt.

Die Online-Befragung zum Förderende zeigte Unterschiede bei der **Verstetigung verschiedener Maßnahmenformate für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren** (Tabelle 14): Schulungen, Fort- und Weiterbildungen sowie Organisationsberatungen und -entwicklungen wurden in weniger als der Hälfte der Fälle verstetigt. Dies ist insofern plausibel, da entsprechende Maßnahmen nicht in jedem Fall dauerhaft verstetigt werden müssen, wenn die relevanten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren bzw. Institutionen bereits teilgenommen haben. Die Bereitstellung von Informationsmaterial und Beratung wurde mehrheitlich (24 von 38 Projekten) nach der Förderung fortgesetzt wie auch Maßnahmen zur Stärkung der Zusammenarbeit (15 von 20 Projekten), in rund der Hälfte der Fälle auch Vorträge, Tagungen und Netzwerktreffen (19 von 36 Projekten).

[31] Da Informationen der Projektkoordinationen zu digitalen Formaten nur in der Online-Befragung zur Fördermitte und nicht zum Förderende erfasst wurden, unterscheiden sich die Fallzahlen zu Projekten von denen, die in **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** dargestellt werden und lassen sich demnach nicht in Verbindung zueinander setzen.

[32] Die Befragung erfolgte am Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4) und bezog sich teils auf noch laufende Projekte. Dementsprechend ist ein Teil der Angaben als „voraussichtliche“ Fortführung einzuordnen. Berücksichtigt wurde jeweils nur die Angabe „ja, wird fortgeführt“, während die weiteren Antwortmöglichkeiten („vielleicht, Fortführung ist noch unklar“; „nein, Fortführung ist nicht möglich“; „nein, Fortführung ist nicht sinnvoll“; „das weiß ich nicht“) nicht berücksichtigt wurden.

Tabelle 14: Fortführung von Maßnahmen für Multiplikatoren und Multiplikatorinnen nach Förderende (Zielgruppenspezifische Interventionen)

	Projekte mit einer oder mehreren Maßnahmen am Förderende	Projekte mit einer oder mehreren nach Förderende fortgesetzten Maßnahmen (Anteil in Klammern)
Informationsmaterial, Beratung	38	24 (63 %)
Vorträge, Tagungen und Netzwerktreffen	36	19 (53 %)
Schulungen, Fort- und Weiterbildung	33	12 (36 %)
Maßnahmen zur Stärkung der interdisziplinären und institutionsübergreifenden Zusammenarbeit	20	15 (75 %)
Organisationsberatung und -entwicklung (für Institutionen und Träger)	7	3 (43 %)
Sonstiges	5	2 (40 %)
Gesamt	**139**	**75 (54 %)**

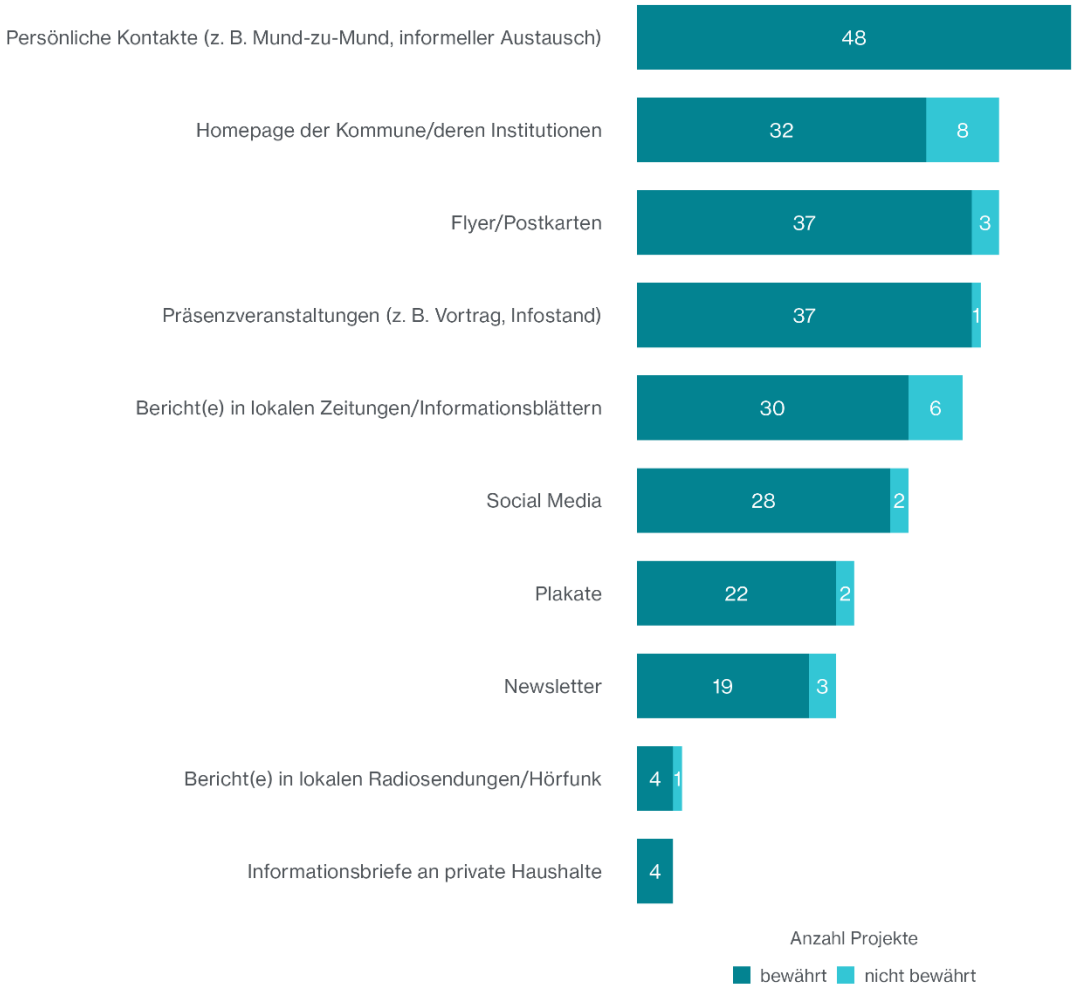
Frage: Welche Maßnahmen haben Sie im Rahmen des Projekts für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Institutionen umgesetzt? (Mehrfachauswahl)
Frage: Welche der Maßnahmen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Institutionen werden nach Ende der Förderung fortgeführt? (Mehrfachauswahl)
In der Tabelle werden Maßnahmen als (voraussichtlich) fortgeführt berücksichtigt, für die zum Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4) „ja, wird fortgeführt“ angegeben wurde. Die weiteren Antwortmöglichkeiten („vielleicht, Fortführung ist noch unklar“; „nein, Fortführung ist nicht möglich“; „nein, Fortführung ist nicht sinnvoll“; „das weiß ich nicht“) wurden nicht berücksichtigt.
Anzahl Befragte mit Angaben zu diesen Fragen zum Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4; jeweils letzte Erhebung in den einzelnen Kommunen): 47

Quelle: Online-Befragung der Projekte

© Prognos AG, 2026

Neben Maßnahmen für Zielgruppen sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wurden die Projekte durch **Öffentlichkeitsarbeit** begleitet. Dabei wurden insgesamt vielfältige Instrumente genutzt (Abbildung 45). Persönliche Kontakte und Präsenzveranstaltungen (z. B. Auftaktveranstaltungen) waren nach Angaben in der Online-Befragung nach zwei Jahren Förderung für die zielgruppenspezifischen Interventionen der wichtigste Kanal der Öffentlichkeitsarbeit.

Abbildung 45: Öffentlichkeitsarbeit zur Fördermitte (Zielgruppenspezifische Interventionen)



Frage: Welche Kanäle haben sich bewährt, um Informationen über Ihr Förderprojekt zu verbreiten? (Mehrfachauswahl)
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zur Fördermitte (Erhebungsphase 2): 49

Quelle: Online-Befragung der Projekte

© Prognos AG, 2026

Zusammenfassung

Im **Förderbereich Strukturaufbau** steht die konkrete Maßnahmenumsetzung nicht im Mittelpunkt der Förderung. Dennoch zeigen die Einschätzungen der Prozesskoordinationen, dass in den meisten Kommunen neue Maßnahmen für Zielgruppen entstanden (in 55 von 60 Kommunen) oder bestehende weiterentwickelt wurden (47 von 60). Der Strukturaufbau wirkte sich damit positiv auf die Maßnahmenumsetzung aus, etwa durch eine effizientere Planung und Umsetzung in den entwickelten Strukturen. In einem Teil der Kommunen gelang auch die Verstetigung von Maßnahmen (36 von 60). Gleichzeitig verwiesen Prozesskoordinationen auf finanzielle Einschränkungen, die insbesondere die zukünftige Umsetzung von Maßnahmen begrenzen konnten, da Mittel für Maßnahmen hier oft knapper waren als für die Personalstellen.

Die Prozesskoordinationen betonten die Bedeutung der Öffentlichkeitsarbeit für die Maßnahmenumsetzung. Sie trug zur Sichtbarkeit der Angebote bei, erleichterte den Zugang zu Zielgruppen und stärkte die Verankerung der Maßnahmen im kommunalen Kontext. Dabei wurden unterschiedliche Instrumente genutzt, wobei persönliche Kontakte und Präsenzveranstaltungen eine zentrale Rolle spielten (in 56 bzw. 52 von 59 Kommunen). Insgesamt zeigt sich aus Sicht der Prozesskoordinationen, dass der Strukturaufbau wesentliche Voraussetzungen für die Umsetzung und Weiterentwicklung von Maßnahmen schuf.

Im **Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen** steht die konkrete Umsetzung von Maßnahmen im Zentrum. Insgesamt wurden rund 120 einzelne Maßnahmen umgesetzt, wobei jedes Maßnahmenformat pro Projekt nur einmal gezählt wurde, auch wenn es sich ggf. an mehrere Zielgruppen richtete (Angaben von 48 Projekten). Projektkoordinationen berichteten, dass Maßnahmen in allen Projekten umgesetzt wurden, auch wenn Umfang und Geschwindigkeit je nach Projekt variierten. Häufig adressierten die Maßnahmen besonders vulnerable Zielgruppen, insbesondere Kinder und Jugendliche in belasteten Familien (in 24 von 48 Projekten), sowie weitere Gruppen wie ältere Menschen (15 von 48) oder Alleinerziehende (15 von 48).

Die Projektkoordinationen beschrieben, dass die Zielgruppen über unterschiedliche Zugangswege erreicht wurden, häufig über bestehende Strukturen, Institutionen oder Träger mit bereits vorhandenen Kontakten zur Zielgruppe. Gleichzeitig bestanden je nach Zielgruppe Herausforderungen bei Erreichbarkeit und Inanspruchnahme, insbesondere bei vulnerablen Gruppen. Maßnahmen wurden meist in unterschiedlichen Formaten umgesetzt und oft kombiniert, etwa durch Gruppenangebote, Beratung oder Treffpunkte. Auch Maßnahmen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren spielten eine wichtige Rolle.

Die Nachhaltigkeit der Maßnahmen für Zielgruppen war nach Angaben der Projektkoordinationen unterschiedlich ausgeprägt. Dabei zeigen sich zwei typische Verläufe: In über der Hälfte der Projekte (29 von 48) wurde ein Großteil der Maßnahmen (durchschnittlich 76 %) fortgeführt. Dies war insbesondere möglich, wenn die Maßnahmen mit geringem Ressourceneinsatz verbunden waren oder auf bestehendem Engagement aufbauten. In über einem Drittel der Projekte wurden hingegen keine Maßnahmen verstetigt (19 von 48 Projekten). Die Maßnahmen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wurden in zwei Dritteln der Projekte (32 von 47) (anteilig) verstetigt. Förderlich für die Fortführung waren die Sichtbarkeit von Erfolgen, vorhandene Netzwerke sowie eine strategische Verankerung der Maßnahmen. Hindernisse bestanden vor allem in fehlender Finanzierung und im Wegfall der Projektkoordination, wodurch notwendige Koordinierungsleistungen nur eingeschränkt erbracht werden konnten.

In **beiden Förderbereichen** hoben Prozess- und Projektkoordinationen die Bedeutung von Maßnahmen für die Zielerreichung hervor. Der Strukturaufbau schuf die Voraussetzungen für Planung, Weiterentwicklung und teilweise Verstetigung von Maßnahmen, während die zielgruppenspezifischen Interventionen direkt auf deren Umsetzung ausgerichtet waren. Gemeinsam war, dass Maßnahmen häufig über bestehende Netzwerke und Strukturen entwickelt und sichtbar gemacht wurden und dass Öffentlichkeitsarbeit sowie Vernetzung eine wichtige Rolle spielten. Unterschiede bestanden vor allem in der Zielsetzung der Förderbereiche: Beim Strukturaufbau standen indirekte Effekte auf die Maßnahmenumsetzung im Vordergrund, während in den zielgruppenspezifischen Interventionen die konkrete Umsetzung von Maßnahmen zentral war.

6.2 Evaluation und Qualitätssicherung

Evaluationsthemen und Erhebungen

Weder die Umsetzung noch die Evaluation von Maßnahmen sind explizite Förderziele im Förderbereich Strukturaufbau. Im Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen hingegen ist Evaluation der gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen als Förderziel 5 formuliert. Die Projektkoordinationen wurden entsprechend in der Online-Befragung dazu befragt. Interviews mit Projektkoordinationen liefern ebenfalls Hinweise auf die Qualitätssicherung und Evaluation in den Projekten (Tabelle 15).

Tabelle 15: Erhebungen zur Evaluation und Qualitätssicherung

Erhebungen	Förderbeginn (Phase 1)	Fördermitte (Phase 2)	Förderende (Phase 3)	Förderende (Phase 4)
Förderbereich Strukturaufbau				
Evaluation der Wirksamkeit			-	
Qualitätssicherungsmaßnahmen			-	
Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen				
Evaluation der Wirksamkeit			●	●
Qualitätssicherungsmaßnahmen			●	

Quelle: Eigene Darstellung Prognos AG

© Prognos AG, 2026

Förderbereich Strukturaufbau

Zu Evaluationen und Qualitätssicherung von umgesetzten Maßnahmen im Rahmen des kommunalen Strukturaufbaus liegen keine aussagekräftigen Informationen vor. Die Themen wurden in explorativen Interviews mit Prozesskoordinationen zum Förderende abgefragt, wobei jedoch keine konkreten Aussagen zur Qualitätssicherung oder Evaluation der Maßnahmen für Zielgruppen berichtet wurden. Dies ist insofern plausibel, da weder die Umsetzung noch die Evaluation von Maßnahmen ein explizites Förderziel des Strukturaufbaus darstellen.

Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen

Eine **Evaluation** der gesundheitsrelevanten Wirkungen von Maßnahmen für die Zielgruppen erfolgt nach Angaben der Projektkoordinationen zum Förderende in 18 Projekten, d. h. in weniger als der Hälfte der Projekte (ohne Abbildung). Wurden Projekte evaluiert, lagen laut Angaben der Prozesskoordinationen Hinweise auf Veränderungen im Wissen, der körperlichen und psychischen Verfassung, auf Ebene der Einstellungen und im Verhalten der Zielgruppen vor. In einzelnen Fällen, in denen die Projekte evaluiert wurden, standen die Ergebnisse noch aus oder waren bspw. aufgrund von geringen Teilnehmendenzahlen nicht aussagekräftig. Interviews zeigen zudem, dass bei der Evaluation unterschiedliche Vorgehensweisen und Methoden zum Einsatz kamen.

In den Interviews zum Förderende merkten mehrere Kommunen an, dass auch nach Förderende weiterhin regelmäßige Evaluationen der Maßnahmen notwendig seien, um verstetigte Maßnahmen weiterhin bedarfsgerecht auszurichten sowie die Sichtbarkeit der Erfolge als Argumente für die Fortführung der kommunalen Aktivitäten nutzen zu können (Kapitel 6.1).

Die **Qualitätssicherung** wurde in den einzelnen Projekten nach Angaben von 46 Befragten, die hierzu im Zuge einer offenen Frage zum Förderende antworteten, unterschiedlich gehandhabt. Am häufigsten kamen Befragungen bzw. Fragebögen im Zuge der Qualitätssicherung von Maßnahmen zum Einsatz, d. h. Evaluations- bzw. Feedbackbögen nach Angeboten und anderen Veranstaltungen, wie Schulungen und Workshops (19 Nennungen; ohne Abbildung). Ebenfalls mehrfach wurde die Durchführung von Interviews sowie das Einholen von persönlichen Feedbacks von Teilnehmenden sowie Akteurinnen und Akteuren (z. B. zu Inhalten und zur Organisation von Angeboten) (12 Nennungen) beschrieben. Die Dokumentation und Erfassung der Inanspruchnahme über das Führen von Teilnehmenden-Listen bspw. diente mehrfach zur Überprüfbarkeit der Teilnehmendenzahlen (7 Nennungen). Ebenso häufig wurde die Berichterstattung an und Reflexion im Steuerungsgremium (7 Nennungen) genannt. Weiterhin wurde von einigen Projektkoordinationen die (regelmäßige) Überprüfung der Programmziele und Reflexion der Entwicklung des Projektes (5 Nennungen) berichtet. Sowohl Supervision als auch externe Evaluation bspw. in Zusammenarbeit mit einer Hochschule wurden jeweils dreimal als Qualitätssicherungsmaßnahme erwähnt.

Zusammenfassung

Evaluation und Qualitätssicherung sind kein expliziter Bestandteil im **Förderbereich Strukturaufbau** und wurden entsprechend nicht systematisch erhoben.

Die Evaluation der gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen ist hingegen im Förderbereich **Zielgruppenspezifische Interventionen** als Förderziel 5 formuliert. Hierbei konzentrierte sich die Evaluation des Förderprogramms darauf, ob gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen innerhalb der Projekte evaluiert wurden. Dabei zeigt sich, dass Wirkungsevaluationen nur in weniger als der Hälfte der Projekte stattfanden, jedoch oft mit methodischen Einschränkungen. Wo sie erfolgte, wurden erste positive Veränderungen bei den Zielgruppen berichtet. Regelmäßige Evaluation wurde zudem als wichtig für Nachhaltigkeit betont. Qualitätssicherung, etwa mit Fokus auf die Zahl von Teilnehmenden und deren Zufriedenheit, erfolgte im Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen hingegen deutlich häufiger und vielfältiger (v. a. Fragebögen, Feedback, Dokumentation und Reflexion).

7 Ergebnisse zu den Förder-, Beratungs- und Unterstützungsangeboten

Das Kommunale Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit umfasst spezifische Förder-, Beratungs- und Unterstützungsangebote für Kommunen. Diese wurden im Rahmen der Evaluation untersucht, um die Umsetzung und Zielerreichung des Förderprogramms zu bewerten. Dies stellt eine zusätzliche Betrachtungsebene dar, die unabhängig von den vier Qualitätsdimensionen kommunaler Gesundheitsförderung (Kapitel 3.1) Schlussfolgerungen zum Förderprogramm erlaubt.

In Kapitel 7.1 wird der Ablauf der Förderprojekte analysiert. Kapitel 7.2 widmet sich der generellen Relevanz der Förderung und der Erreichung der Förderziele. Kapitel 7.3 thematisiert die Beratung, Unterstützung und den Austausch der Kommunen.

7.1 Ablauf der Förderprojekte

Evaluationsthemen und Erhebungen

Zur Analyse des Ablaufs lassen sich vor allem Informationen zu Laufzeiten und Veränderungen bzw. Anpassungen im Förderverlauf heranziehen. Die Evaluation untersuchte hierzu außerdem die Auswirkungen der Corona-Pandemie, einerseits für die Förderprojekte und andererseits für die Gesundheitsförderung und Prävention in den Kommunen. Ergebnisse zu den Auswirkungen lieferten sowohl die Online-Befragungen als auch Dokumentenanalysen sowie die Interviews mit Kommunen, den Antragsberatenden, dem Projektträger des Förderprogramms und den Programmbüros (Tabelle 16).

Tabelle 16: Erhebungen zum Ablauf der Förderprojekte

Erhebungen	Förderbeginn (Phase 1)	Fördermitte (Phase 2)	Förderende (Phase 3)	Förderende (Phase 4)
Förderbereich Strukturaufbau				
Laufzeiten und Veränderungen der Förderprojekte	•	•	•	•
Auswirkungen der Corona-Pandemie für die Förderprojekte		•		
Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen				
Laufzeiten und Veränderungen der Förderprojekte	•	•	•	•
Auswirkungen der Corona-Pandemie für die Förderprojekte	•			

Quelle: Eigene Darstellung Prognos AG

© Prognos AG, 2026

Förderbereich Strukturaufbau

Die **Projektstarts der Förderprojekte zum Strukturaufbau** lagen verteilt über mehrere Jahre (Tabelle 17). Während ein Projekt bereits Ende 2019 startete, begannen die meisten Projekte im Jahr 2020. Die spätesten Starts lagen Anfang 2022.

Insbesondere die Corona-Pandemie führte bei drei Viertel der Kommunen (eher) zu **Verzögerungen** beim Projektstart oder der anfänglichen Projektumsetzung (Abbildung 47). Dabei zeigt sich eine Tendenz zu unterschiedlichen Auswirkungen, je nach Projektstart: Projekte, deren Start ungefähr mit dem Pandemiebeginn 2020 zusammenfiel, waren von größeren Verzögerungen betroffen. Kommunen, die später im weiteren Verlauf der Pandemie starteten, haben den Projektbeginn häufig verschoben und hatten dadurch die Möglichkeit, sich etwas besser auf die zusätzlichen Herausforderungen einzustellen.

Tabelle 17: Projektstarts zum Strukturaufbau nach Jahren

Jahr	Anzahl Projektstarts
2019	1
2020	41
2021	15
2022	7
Gesamt	64

Widerrufe der Förderung sind nicht enthalten.

Quelle: Projektträger des Förderprogramms, Stand 31.12.2025, Eigene Darstellung Prognos AG

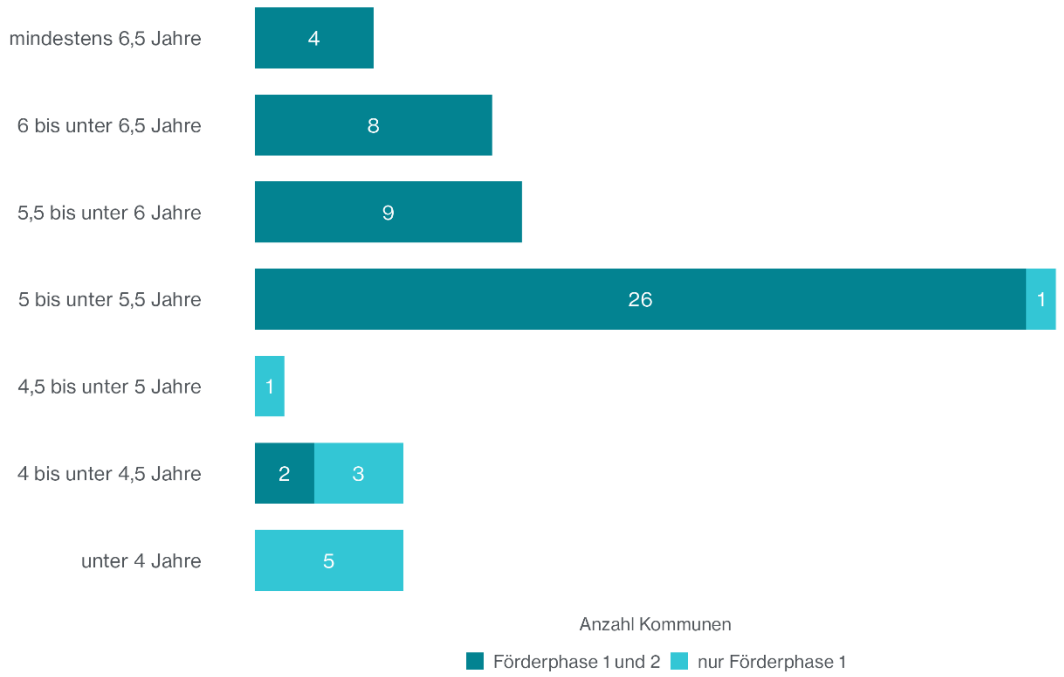
© Prognos AG, 2026

Zwölf Kommunen, die im Förderbereich Strukturaufbau teilnehmen wollten, zogen ihren bereits bewilligten Förderantrag später zurück und begannen das Projekt nicht. Fünf weitere Kommunen mussten das bereits begonnene bzw. laufende Projekt vorzeitig beenden, ohne dass die Projektziele vollständig erreicht wurden. Dies lag überwiegend an Personalengpässen und fehlenden Finanzierungsmöglichkeiten des kommunalen Eigenanteils, der Voraussetzung für die Förderung war. Auch fehlende Partner für die Umsetzung wurden teilweise als Grund für den frühzeitigen Projektabbruch genannt.

Laut Förderbekanntmachung war eine **Laufzeit** von bis zu fünf Jahren für den Strukturaufbau und die Sicherstellung der Nachhaltigkeit der Strukturen vorgesehen. Förderphase 1 zielte auf den Aufbau der Strukturen sowie die Erreichung der weiteren Förderziele ab, wofür eine Laufzeit von drei oder vier Jahren vorgesehen war. Anschließend war eine optionale Verlängerung in Förderphase 2 möglich, um binnen ein oder zwei Jahren die Nachhaltigkeit der Strukturen zu stärken. Teilweise wurde von diesem Schema abgewichen, um die Projekte an die kommunalen Anforderungen anzupassen (z. B. verkürzte Laufzeit in Förderphase 1). Auch im Verlauf der Förderung wurden die Laufzeiten oftmals angepasst. Die tatsächliche Laufzeit der Förderung zum Strukturaufbau betrug durchschnittlich 5,2 Jahre (ohne Widerrufe der Förderung und abgebrochene Projekte). Dabei variierte die Laufzeit in den einzelnen Kommunen zwischen 3,0 und 6,6 Jahren und (Abbildung 46). Zehn Kommunen nahmen die optionale ein- bis zweijährige Verlängerung der

Förderung zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit (Förderphase 2) nicht in Anspruch und wurden nur in Förderphase 1 gefördert.

Abbildung 46: Projektlaufzeiten (Strukturaufbau)



Anzahl Kommunen: 59
Widerrufe der Förderung und abgebrochene Projekte sind in der Abbildung nicht enthalten.
Insgesamt bewilligte Projekte: 76
Widerrufene Projekte vor Projektstart: 12
Vorzeitig abgebrochene Projekte nach Projektstart: 5

Quelle: Projektträger des Förderprogramms, Stand 29.06.2026, Eigene Darstellung Prognos AG

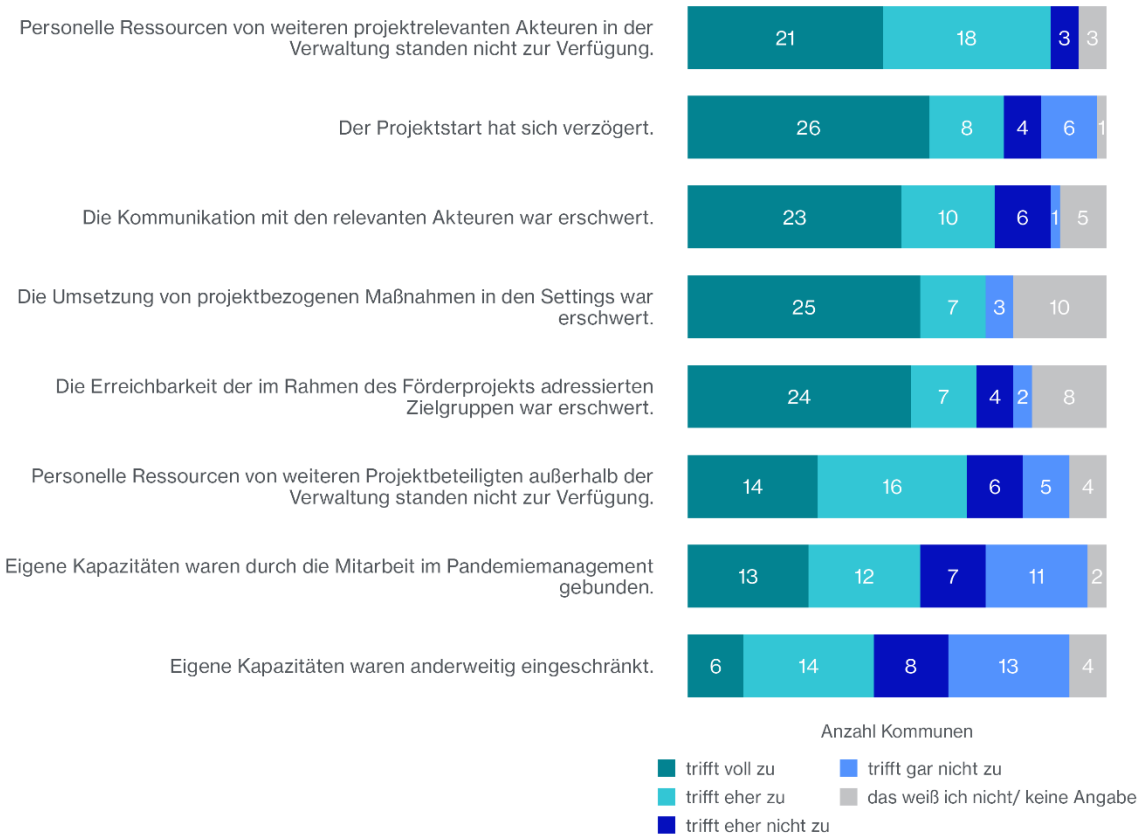
© Prognos AG, 2026

Dokumentenanalysen zeigen, dass ein Großteil der Kommunen **Laufzeitverlängerungen** von mehreren Monaten in Anspruch nahm. Eine Verlängerung der Projektlaufzeit erfolgte häufig aufgrund von Herausforderungen im Projektverlauf, etwa durch externe Einflüsse wie die Corona-Pandemie oder interne Faktoren wie Personalwechsel. Diese Faktoren verzögerten den Projektfortschritt und erschwerten die Umsetzung geplanter Maßnahmen. Durch die Corona-Pandemie waren beispielsweise persönliche Kontakte und Veranstaltungen zeitweise nicht oder nur eingeschränkt möglich; bei Personalwechseln entstanden Verzögerungen durch Stellennachbesetzungen, Einarbeitung und Wissens übergaben.

Durch die **Corona-Pandemie** war zudem in mehr als zwei Dritteln der Kommunen (eher) die Kommunikation mit relevanten Akteuren im kommunalen Netzwerk erschwert, insbesondere in den Settings (Abbildung 47). Auch die teilweise stark eingeschränkten personellen Ressourcen aufgrund der Zuweisung anderer Aufgaben zur Pandemiebekämpfung innerhalb der Kommune, bremsten den Projektstart bzw. -fortschritt aus. Die genannten Faktoren wirkten sich insbesondere auf den Aufbau von Strukturen und Kooperationen aus. Verzögerte Abstimmungsprozesse

und eingeschränkte Netzwerkarbeit erschwerten die Umsetzung zentraler Maßnahmen und verlangsamten den Projektfortschritt insgesamt. Auf Grundlage der Sachberichte aller geförderten Kommunen schlussfolgerte der Projektträger des Förderprogramms, dass der direkte Einfluss der Corona-Pandemie Mitte 2023 nicht mehr wahrnehmbar war und alle Kommunen mit dem Strukturaufbau begonnen hatten.

Abbildung 47: Auswirkungen der Corona-Pandemie zu Förderbeginn (Strukturaufbau)



Frage: Bitte bewerten Sie aus Ihrer Sicht folgende Aussagen zu den bisherigen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Planung und Umsetzung Ihres Projektes zum kommunalen Strukturaufbau.
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage in einer separaten Online-Kurzbefragung zu Förderbeginn (Erhebungsphase 1): 45

Quelle: Online-Befragung der Kommunen

© Prognos AG, 2026

Für die inhaltliche Ausrichtung der Projekte spielte die Corona-Pandemie laut den Ergebnissen der Online-Befragungen keine Rolle. In einigen Projekten wurden jedoch methodische Anpassungen vorgenommen, insbesondere durch den verstärkten Einsatz digitaler Formate, um auf die Einschränkungen zu reagieren: Auf die offene Frage in der Online-Kurzbefragung zur Corona-Pandemie, welche Lösungswege für pandemiebedingte Probleme bei der praktischen Umsetzung der Förderprojekte entwickelt wurden, antworteten 30 Personen mit der Nutzung digitaler Formate (34 von 45 Kommunen nutzten die Möglichkeit, die Frage zu beantworten).

Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen

Der Großteil der Projekte im Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen wurde im Jahr 2021 begonnen. Die spätesten Starts lagen Anfang 2022 (Tabelle 18). Auch beim **Start der Projekte** für zielgruppenspezifische Interventionen gab es zumeist pandemiebedingte Verzögerungen. Dies geht aus der Online-Befragung zu Förderbeginn (Abbildung 49), den Interviews mit Kommunen und dem Projektträger des Förderprogramms sowie der Analyse der Sachberichte hervor. Die Auswirkungen der Corona-Pandemie bezogen sich vor allem auf die Möglichkeiten zur Skizzenerstellung bzw. Antragstellung durch die Kommunen (v. a. aufgrund von personellen Engpässen) und führten insbesondere anfänglich (2020) zu einer geringen Resonanz auf die Ausschreibung. Anträge konnten nach Informationen aus den Programmbüros nur verzögert überarbeitet werden oder die Antragstellung wurde abgebrochen.

Tabelle 18: Projektstarts zielgruppenspezifischer Interventionen nach Jahren

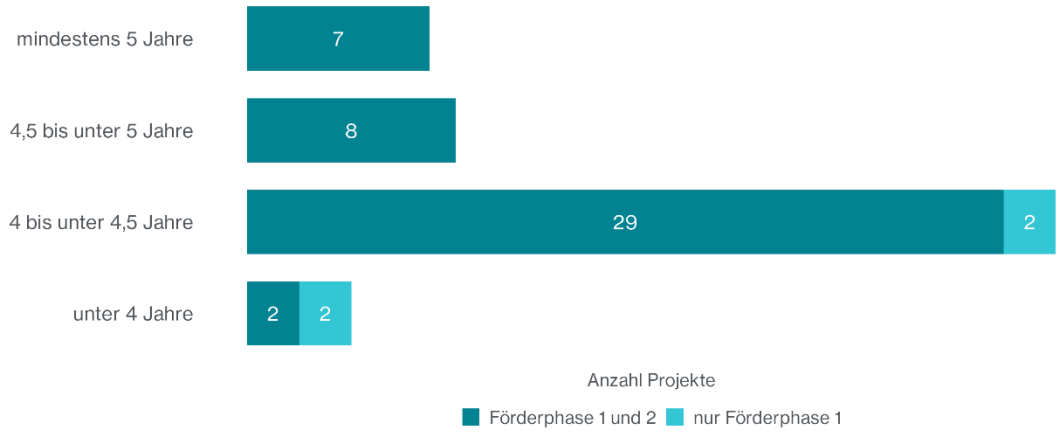
Jahr	Anzahl Projektstarts
2020	7
2021	40
2022	4
Gesamt	51

Quelle: Projektträger des Förderprogramms, Stand 31.12.2025, Eigene Darstellung Prognos AG

© Prognos AG, 2026

Laut Förderbekanntmachung war eine **Laufzeit** von bis zu vier Jahren für die zielgruppenspezifische Interventionen und die Sicherstellung ihrer Nachhaltigkeit geplant. Zum Start des Förderbereichs Zielgruppenspezifische Interventionen war ein zweistufiges Antragsverfahren vorgesehen, sodass 16 Projekte zunächst nur für drei Jahre bewilligt wurden (Förderphase 1) und dann einen zweiten Antrag für eine einjährige Verlängerung (Förderphase 2) im Förderverlauf stellen sollten. Vier dieser Kommunen stellten keinen Antrag auf Verlängerung und wurden kürzer gefördert (nur Förderphase 1). Bereits im Jahr 2021 wurde das Antragsverfahren angepasst, sodass die einjährige Verlängerung direkt mit dem Erstantrag bewilligt wurde (Förderphase 1 und 2 integriert). Die tatsächlichen Laufzeiten der zielgruppenspezifischen Interventionen wurden im Verlauf oftmals angepasst und betrug durchschnittlich 4,2 Jahre (ohne ein abgebrochenes Projekt). Dabei variierte die Laufzeit der einzelnen Projekte zwischen 2,9 und 5,5 Jahren und (Abbildung 48).

Abbildung 48: Projektlaufzeiten (Zielgruppenspezifische Interventionen)



Anzahl Projekte: 50
Ein vorzeitig abgebrochenes Projekt ist nicht enthalten.

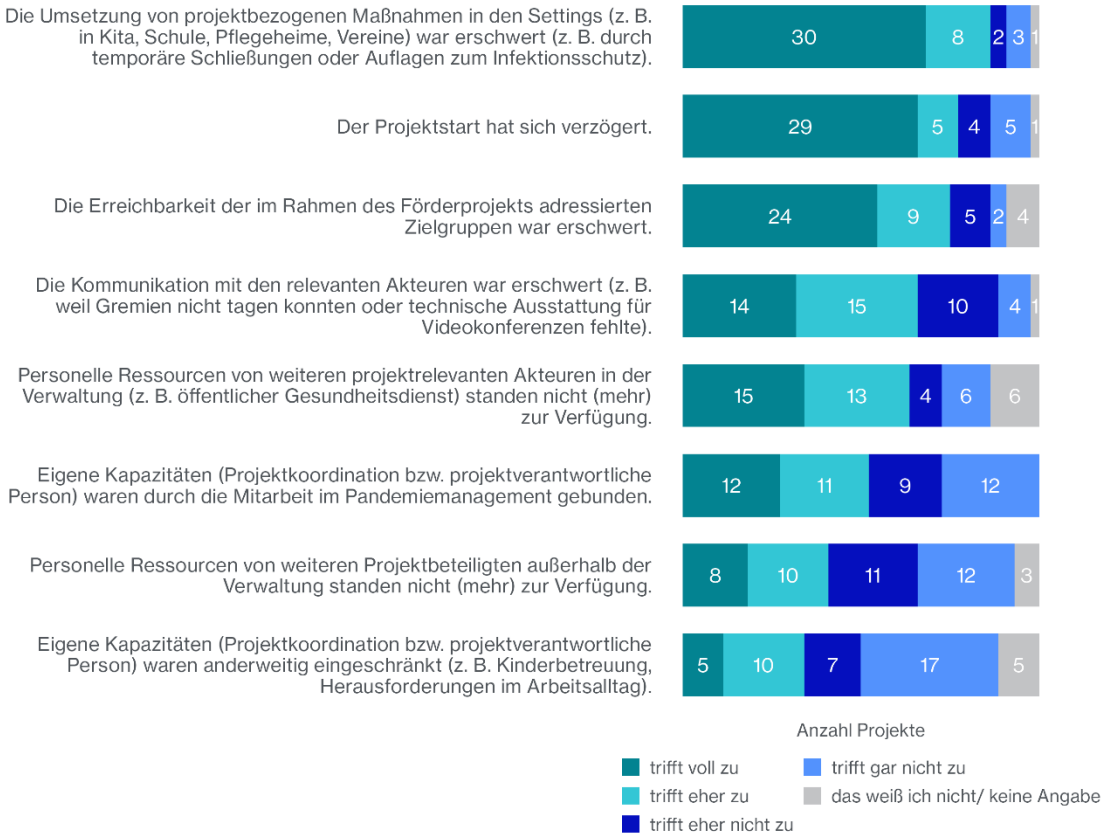
Quelle: Projektträger des Förderprogramms, Stand 31.12.2025, Eigene Darstellung Prognos AG

© Prognos AG, 2026

Ein Großteil der zielgruppenspezifischen Interventionen nahm laut der Förderdaten des Projektträgers des Förderprogramms **Laufzeitverlängerungen** von mehreren Monaten in Anspruch. Die meisten Verzögerungen betrafen laut Auswertungen des Projektträgers des Förderprogramms Ende des Jahres 2024 die Förderziele zur Umsetzung der Maßnahmen. Verzögerungen wurden begründet durch bedarfsgerechte Anpassungen nach Bedarfsanalysen und nicht vollständige Besetzung der Personalstellen oder Personalausfälle. Die Auswirkungen der Corona-Pandemie waren Ende 2024 nicht mehr der Grund für (weitere) Verzögerungen. Eine zielgruppenspezifische Intervention, die bereits umgesetzt wurde, wurde seitens der Kommune vorzeitig beendet. Der Grund war, dass der Projektträger in der Kommune nicht mehr für die Umsetzung zur Verfügung stand.

Für die zielgruppenspezifischen Interventionen lagen die größten Einschränkungen durch die **Corona-Pandemie** in den begrenzten Möglichkeiten der Kontaktaufnahme zu den Zielgruppen und damit einhergehenden geringeren Partizipationsmöglichkeiten. Außerdem war die Netzwerkarbeit häufig von Beginn an deutlich erschwert und zeitweise nicht möglich (Abbildung 49). Digitale Formate wurden alternativ genutzt, diese Lösung eignete sich jedoch nicht für alle Zielgruppen. Für die inhaltliche Ausrichtung der Förderprojekte spielte die Pandemie laut der Ergebnisse der Online-Befragung zu Förderbeginn keine Rolle.

Abbildung 49: Auswirkungen der Corona-Pandemie zu Förderbeginn (Zielgruppenspezifische Interventionen)



Frage: Bitte bewerten Sie aus Ihrer Sicht folgende Aussagen zu den bisherigen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Planung und Umsetzung Ihres Projekts.
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zu Förderbeginn (Erhebungsphase 1): 44

Quelle: Online-Befragung der Projekte

© Prognos AG, 2026

Zusammenfassung

Im **Förderbereich Strukturaufbau** zeigt sich, dass ein Großteil der Kommunen Laufzeitverlängerungen in Anspruch nahm, die überwiegend auf Herausforderungen im Projektverlauf zurückzuführen waren, insbesondere auf die Corona-Pandemie sowie personelle Engpässe und Veränderungen. Personelle Engpässe und Veränderungen sorgten für Verzögerungen etwa durch Stellennachbesetzungen, Einarbeitung und Wissensübergaben. Weshalb ursprünglich vorgesehene Zeitpläne teilweise nicht eingehalten werden konnten. Die Pandemie führte beispielsweise aufgrund von vorübergehenden Einschränkungen persönlicher Kontakte und Veranstaltungen bei vielen Projekten zu Verzögerungen beim Start und erschwerte die Netzwerkarbeit sowie den Aufbau von Strukturen, unter anderem durch eingeschränkte personelle Ressourcen und begrenzte Kommunikationsmöglichkeiten. Zwar wurden teilweise methodische Anpassungen wie digitale Formate genutzt, die inhaltliche Ausrichtung blieb jedoch unverändert. Die Laufzeit der Förderung

zum Strukturaufbau betrug durchschnittlich 5,2 Jahre und variierte zwischen weniger als vier bis über sechs Jahre. Insgesamt wurden fünf Projekte vorzeitig abgebrochen.

Bei den **zielgruppenspezifischen Interventionen** kam es ebenfalls häufig zu Laufzeitverlängerungen und insbesondere zu Beginn der Projekte zu pandemiebedingten Verzögerungen. Die größten Herausforderungen betrafen jedoch die Umsetzung von Maßnahmen, insbesondere wegen der eingeschränkten Erreichbarkeit von Zielgruppen und reduzierten Partizipationsmöglichkeiten sowie erschwerter Netzwerkarbeit. Auch wenn ersatzweise digitale Formate teilweise eingesetzt wurden, waren diese nicht für alle Zielgruppen geeignet. Im weiteren Verlauf konnten viele Projekte wieder in einen angepassten Zeitplan überführt werden, dennoch traten teils erneut Verzögerungen auf, häufig bedingt durch Personalengpässe und notwendige Anpassungen an Bedarfe der Zielgruppen. Die Laufzeit der Förderung zielgruppenspezifischer Interventionen betrug im Durchschnitt 4,2 Jahre und variierte zwischen weniger als drei bis über fünf Jahre. Ein Projekt wurde vorzeitig abgebrochen.

In **beiden Förderbereichen** berichteten Prozess- und Projektkoordinationen von häufigen Verzögerungen im Projektverlauf, die vor allem durch die Corona-Pandemie sowie personelle Engpässe verursacht wurden. Projektlaufzeiten wurden entsprechend angepasst und Verlängerungen waren in vielen Fällen notwendig. Gemeinsam ist auch, dass die inhaltliche Ausrichtung der Projekte stabil blieb, während vor allem organisatorische und methodische Anpassungen vorgenommen wurden. Unterschiede zeigen sich vor allem in den Auswirkungen: Im Strukturaufbau betrafen Verzögerungen vorrangig den Aufbau von Strukturen und Netzwerken, während sie in den zielgruppenspezifischen Interventionen stärker die konkrete Umsetzung, die Erreichung der Zielgruppen und die Partizipation beeinflussten.

7.2 Relevanz der Förderung und Erreichung der Förderziele

Evaluationsthemen und Erhebungen

Die Relevanz und Bedeutung der Förderung zeigt sich insbesondere darin, in welchem Umfang die Kommunen die Förderziele erreichen. Die Förderziele beziehen sich unter anderem auf den Aufbau und die Weiterentwicklung von Strukturen, auf die Analyse von Bedarfen, die Planung, Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen, sowie die Entwicklung und Abstimmung kommunaler Strategien. Die Evaluation analysierte hierzu, welche Faktoren den Projektfortschritt beeinflussen und insbesondere welche Rolle die Förderung dabei spielt. Zudem richtete die Evaluation den Blick auf die bedeutendsten Veränderungen aus Sicht der Prozess- und Projektkoordinationen. Ergänzend wurden Erfolgsfaktoren und Herausforderungen im Umsetzungsprozess identifiziert. Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der Analyse der Kombination beider Förderbereiche. Insbesondere wurde untersucht, welche Synergieeffekte durch die Verbindung von Strukturaufbau und zielgruppenspezifischen Interventionen entstanden.

Zentrale Grundlage waren Online-Befragungen zur Fördermitte und zum Förderende, in denen Selbsteinschätzungen der Prozess- und Projektkoordinationen zur Zielerreichung erhoben wurden. Ergänzend wurden Interviews geführt, um vertiefte Einblicke in bedeutsame Veränderungen und Erfahrungen der Kommunen zu gewinnen. Darüber hinaus flossen Sekundäranalysen von Sachberichten, ZiMT-Dokumentationen sowie Quartalsberichten des Projektträgers des

Förderprogramms ein, um den Projektfortschritt aus unterschiedlichen Perspektiven und zu verschiedenen Zeitpunkten zu betrachten und ein möglichst umfassendes Bild zu erhalten.

Tabelle 19: Erhebungen zur Relevanz der Förderung und der Erreichung der Förderziele

Erhebungen	Förderbeginn (Phase 1)	Fördermitte (Phase 2)	Förderende (Phase 3)	Förderende (Phase 4)
Förderbereich Strukturaufbau				
Erreichung der Förderziele		•	•	•
Bedeutung der Förderung aus Sicht der Prozesskoordinationen		•	•	•
Kombination von Strukturaufbau und zielgruppenspezifischen Interventionen		•	•	
Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen				
Erreichung der Förderziele		•	•	•
Bedeutung der Förderung aus Sicht der Projektkoordinationen		•	•	•
Kombination von Strukturaufbau und zielgruppenspezifischen Interventionen		•	•	

Quelle: Eigene Darstellung Prognos AG

© Prognos AG, 2026

Förderbereich Strukturaufbau

In den Online-Befragungen zur Fördermitte und zum Förderende wurden die Prozesskoordinationen jeweils gebeten, den **Fortschritt zur Erreichung der Förderziele** auf einer Skala von 1 (noch nicht begonnen) bis 10 (Ziel erreicht) einzuschätzen. Bei der Interpretation der Selbsteinschätzungen ist zu berücksichtigen, dass die Förderziele zwar für alle Kommunen identisch waren, die Ausgangsbedingungen und die zur Zielerreichung verfolgten individuellen Ziele und Maßnahmen jedoch teilweise deutlich variierten. Unterschiede in der Bewertung der Zielerreichung können daher auch auf unterschiedliche Ausgangssituationen und Umsetzungswege zurückzuführen sein (z. B. bezüglich der Strukturen oder Vorarbeiten zur Bedarfsanalyse, Kapitel 4.1).

Des Weiteren wurden die Förderziele oftmals parallel bzw. zyklisch bearbeitet (z. B. erneute Bedarfsanalysen oder Anpassung der konkreten Ziele). Es ist außerdem zu betonen, dass diese Selbsteinschätzung der eigenen Projektfortschritte positiv oder auch negativ verzerrt sein kann. Die Selbsteinschätzungen geben dennoch einen Überblick darüber, zu welchen Förderzielen in den Kommunen im Verlauf der Förderung insgesamt schwerpunktmäßig gearbeitet wurde bzw. der größte Fortschritt wahrgenommen wurde.

Die erhobenen Selbsteinschätzungen zur **Erreichung der einzelnen Förderziele** zeigen, dass die Kommunen bei der Weiterentwicklung der Steuerungsstrukturen (Förderziel 1), der Verbesserung der Wissensbasis zu den kommunalen Bedarfen und Bedürfnissen (Förderziel 4), der Festlegung von Handlungsschwerpunkten und Maßnahmen (Förderziel 6) sowie der Definition kommunaler Schwerpunkte (Förderziel 7) im Durchschnitt am weitesten kamen (Abbildung 50). Die strategischen Förderziele zur Durchführung des Strategieentwicklungsprozesses (Förderziel 2) und zur partizipativen Abstimmung von Strategien und zugrundeliegenden Zielen mit Akteurinnen und

Akteuren sowie Zielgruppen (Förderziel 5) wurden im Durchschnitt etwas weniger erreicht. Dies ist ein Hinweis dafür, dass die Partizipation im Rahmen von strategischen Planungsprozessen nicht so umfassend gelang wie im Rahmen der Bedarfsanalysen (Kapitel 5.1). Bei der Aktivierung von Ressourcen (Förderziel 3) fiel die Zielerreichung ebenfalls etwas niedriger aus. Dies stimmt mit den Evaluationsergebnissen bezüglich der herausforderungsvollen Finanzierung der Personalstellen in vielen Kommunen überein (Kapitel 4.1). Die Entwicklung der Angaben zur Erreichung der Förderziele zu Förderbeginn, -mitte und -ende zeigt, dass die Kommunen insgesamt während der Förderung parallel an allen Förderzielen arbeiteten und kontinuierliche Fortschritte erzielten (ohne Abbildung).

Abbildung 50: Durchschnittliche Zielerreichung der einzelnen Förderziele zum Förderende (Strukturaufbau)



Frage: Wie nah ist Ihre Kommune zum jetzigen Zeitpunkt an der Zielerreichung?
Die Angaben zeigen die durchschnittliche Zielerreichung aller Kommunen (Mittelwert sowie 25- und 75-Prozent-Quartil) für die einzelnen Förderziele.
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zum Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4; jeweils letzte Erhebung in den einzelnen Kommunen): 60

Quelle: Online-Befragung der Kommunen

© Prognos AG, 2026

Über alle Förderziele hinweg lassen sich aus diesen Angaben der Prozesskoordinationen zum Förderende sehr unterschiedliche **Gesamtfortschritte zur Zielerreichung in den einzelnen Kommunen** ableiten. Während 3 von 60 Prozesskoordinationen alle sieben Förderziele als vollständig erreicht bewerteten (Zielerreichung Maximum: 10,0), schätzten andere ihre Zielerreichung

deutlich niedriger ein: In sieben Kommunen wurden die Ziele insgesamt nur weniger als zur Hälfte (Zielerreichung: unter 5,0) erreicht (Zielerreichung Minimum: 2,6). Die durchschnittliche Einschätzung zur Erreichung aller sieben Förderziele der Prozesskoordinationen liegt bei 7,6 (Median: 8,0). Angesichts der durchschnittlich rund fünfjährigen Gesamtlaufzeit der Förderung (Kapitel 7.1) sind die überwiegend hoch eingeschätzten Zielerreichungen zum Förderende angemessen.

Es wurde der **Einfluss von ausgewählten Faktoren auf die durchschnittliche Zielerreichung** über alle sieben Förderziele hinweg, untersucht. Grundlage für die Auswahl waren Faktoren, die in den Interviews aller Erhebungsphasen als Gelingensfaktoren bzw. Hürden für den Strukturaufbau identifiziert wurden.[33] Zur Prüfung möglicher Zusammenhänge wurden auf Grundlage der Online-Befragungen Gruppenvergleiche der Kommunen angestellt. Die folgenden Ergebnisse sind ausschließlich deskriptiv und als ergänzende Hinweise auf mögliche Gelingensfaktoren und Hürden zu verstehen (Tabelle 20). Sie zeigen, wie sich die durchschnittliche Zielerreichung über alle sieben Förderziele hinweg zwischen verschiedenen Gruppen von Kommunen unterscheidet. Da die Datengrundlage keine inferenzstatistischen Tests erlaubt, lassen sich daraus keine statistisch abgesicherten Aussagen über Zusammenhänge oder Effekte ableiten. Die Mittelwertunterschiede fallen insgesamt gering aus. Einzelne Unterschiede von mehr als 0,5 Punkten auf der Skala können lediglich als Hinweise darauf gelesen werden, dass bestimmte Merkmale mit höheren oder niedrigeren Selbsteinschätzungen der Zielerreichung einhergehen.

Kommunen mit neu eingestellten Prozesskoordinationen weisen eine höhere durchschnittliche Zielerreichung auf als Kommunen, in denen die Prozesskoordination bereits zuvor in der Kommune tätig war (Kapitel 4.2). Auch Kommunen, die zum Förderende angaben, dass es im Förderverlauf eine kontinuierliche Stellenbesetzung der Prozesskoordination gab, schätzten ihre Zielerreichung in Bezug auf alle Ziele im Durchschnitt höher ein als Kommunen, in denen es keine kontinuierliche Stellenbesetzung gab (Kapitel 4.2). In Projekten mit einer Laufzeit von über fünf Jahren zeigt sich ebenfalls eine höhere durchschnittliche Zielerreichung als in Projekten mit einer kürzeren Laufzeit (Abschnitt 7.1). Kommunen, die gleichzeitig eine Förderung für zielgruppenspezifische Interventionen erhielten, bewerteten die Zielerreichung im Durchschnitt ebenfalls etwas höher als andere Kommunen im Förderbereich Strukturaufbau (siehe unten im vorliegenden Abschnitt).

[33] Einige in Interviews benannte Einflussfaktoren wurden nicht betrachtet, da die Befragungsergebnisse keine aussagekräftigen Gruppenvergleiche zwischen Kommunen erlauben. So ist etwa die Anzahl der Kommunen, die eine mangelnde Unterstützung durch die kommunale Leitung angaben, zu gering, um den Einfluss anhand der Befragungsdaten zu prüfen.

Tabelle 20: Geprüfte Einflussfaktoren auf die durchschnittliche Erreichung aller sieben Förderziele des Strukturaufbaus

Mögliche Einflussfaktoren	Gruppe 1			Gruppe 2		
	Merkmal	Anzahl Kommunen	Mittelwert Zielerreichung*	Merkmal	Anzahl Kommunen	Mittelwert Zielerreichung*
Kreistyp	Land	30	7,5	Stadt	29	7,6
Veränderungsbereitschaft in der kommunalen Verwaltung**	trifft voll/ eher zu	42	7,7	trifft eher nicht/ gar nicht zu/ keine Angabe	17	7,3
Neueinstellung Prozesskoordination	ja	33	7,8	nein	20	7,1
Dauerhafte Stellenbesetzung Prozesskoordination	ja	42	7,9	nein	15	7,1
Prozesskoordinations-Stelle mit mehreren Personen besetzt	ja	16	7,6	nein	38	7,5
Zentrales Gremium vor der Förderung	ja	21	7,4	nein	37	7,7
Zentrales Gremium am Ende der Förderung	ja	47	7,7	nein	12	7,4
Laufzeit der Förderung	über 5 Jahre	29	7,9	bis 5 Jahre	30	7,3
Kombinierte Förderung (Strukturaufbau und Zielgruppenspezifische Intervention)	ja	14	8,1	nein	45	7,4

*Die Angaben zeigen die durchschnittliche Zielerreichung aller sieben Förderziele (Mittelwert) der Kommunen. Differenzen in der Anzahl der Kommunen ergeben sich durch fehlende Antworten auf die jeweils berücksichtigten Einflussfaktoren.
**Frage: Bitte bewerten Sie aus Ihrer Sicht die folgende Aussage zur Veränderungsbereitschaft in Ihrer Kommune: In unseren kommunalen Verwaltungsstrukturen (Ressorts, Fachbereiche, Gemeinderat, Kreistag etc.) besteht ein Klima, das Veränderungen gegenüber aufgeschlossen ist.

Quelle: Online-Befragung der Kommunen, Projektträger des Förderprogramms, Eigene Darstellung Prognos AG © Prognos AG, 2026

Mit Blick auf die **generelle Bedeutung der Förderung** gaben fast alle Prozesskoordinationen in den Online-Befragungen zum Förderende an, dass die Förderung durch das Kommunale Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit (sehr) wichtig für die Steuerungsstruktur in ihrer Kommune war (58 von 60, ohne Abbildung).

Als **bedeutendste Veränderungen** durch die Förderung wurden in einer offenen Frage in der Online-Befragung zum Förderende am häufigsten eine Verbesserung bzw. Verstärkung der Vernetzung sowie der Zusammenarbeit zwischen den Akteurinnen und Akteuren in der Kommune berichtet (17 Nennungen; ohne Abbildung). Häufig wurden zudem Veränderungen und Weiterentwicklungen im Hinblick auf die Sichtbarkeit, Aufmerksamkeit und Sensibilisierung für das Thema Gesundheit im Allgemeinen sowie Gesundheitsförderung und Prävention im Speziellen wahrgenommen (16 Nennungen). Weitere Antworten betrafen die Veränderungen der Strukturen innerhalb der Kommune, darunter etwa die Schaffung neuer Strukturen, wie beispielsweise einer zentralen Anlaufstelle oder eines Gremiums für Gesundheitsförderung und Prävention (12 Nennungen). Daran knüpften Angaben der Befragten an, die auf eine Verstetigung neu geschaffener

Strukturen bzw. die Nachhaltigkeit von Veränderungen hinweisen (12 Nennungen). Beispielsweise wurde berichtet, dass kommunale Gesundheitsförderung im Gesundheitsamt verankert, die Stelle der Gesundheitskoordination entfristet und eine Gesundheitsstrategie durch die Kommune verabschiedet worden sei.

Von den Kommunen, die eine Förderung zum kommunalen Strukturaufbau erhielten, wurden in insgesamt 14 Fällen auch zielgruppenspezifische Interventionen gefördert. Die Mehrheit der Kommunen gab in der Online-Befragung zum Förderende an, dass die Projektverantwortung von derselben Person wahrgenommen wurde (10 von 14) oder eine Zusammenarbeit der Projektverantwortlichen bestand. Lediglich in einem Fall bestand keine Verbindung zwischen den Förderprojekten. Als **Vorteile und Synergieeffekte** einer kombinierten Förderung können, laut Online-Befragungen und Interviews, geplante Maßnahmen unmittelbar umgesetzt werden. Auch Interviews mit Kommunen zur Fördermitte und zum Förderende liefern Hinweise dafür, dass die Gewinnung von Akteurinnen und Akteuren für die Mitarbeit in der Steuerungsstruktur leichter gelang, wenn zusätzlich eine zielgruppenspezifische Intervention gefördert wurde, d. h. die Umsetzung konkreter Maßnahmen in Aussicht gestellt wurde. Die Kombination ermöglichte den Beteiligten laut der Online-Befragung zum Förderende außerdem eine ganzheitliche Perspektive einzunehmen, indem sowohl die strukturellen Voraussetzungen für Gesundheitsförderung geschaffen als auch konkrete, zielgerichtete Maßnahmen umgesetzt und zusammen gedacht werden konnten. Mit Blick auf die Zielerreichung wiesen die 14 Kommunen, die zusätzlich für eine zielgruppenspezifische Intervention gefördert wurden, über alle Förderziele hinweg im Durchschnitt eine etwas höhere Zielerreichung auf als die 45 Kommunen ohne kombinierte Förderung (8,1 vs. 7,4; Tabelle 20).

Als **Herausforderungen der** kombinierten Förderung wurden in Interviews umfangreiche zeitliche und personelle Ressourcen genannt (3 Nennungen).

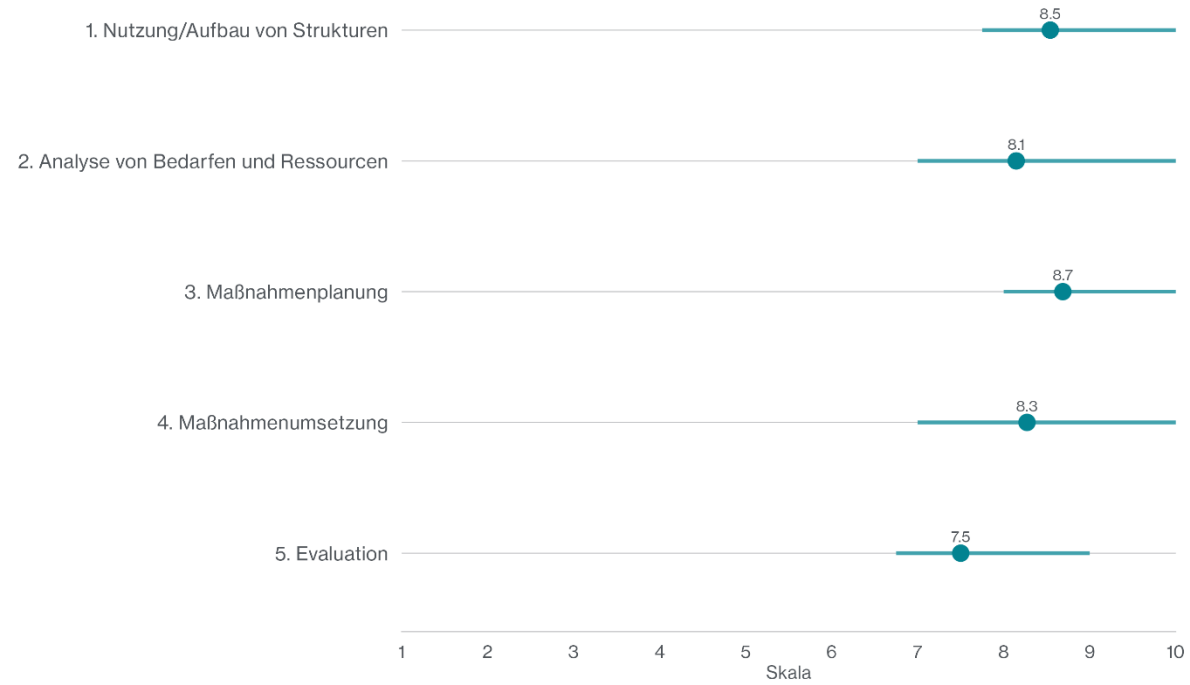
Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen

In der Online-Befragung wurden die Projektkoordinationen gebeten, den **Fortschritt zur Erreichung ihrer Förderziele** auf einer Skala von 1 (noch nicht begonnen) bis 10 (Ziel erreicht) einzuschätzen (Abbildung 51). Bei der Interpretation der Selbsteinschätzungen ist zu berücksichtigen, dass sich die konkreten Projektziele unterscheiden, denn die Kommunen hatten unterschiedliche Ausgangssituationen (z. B. bezüglich der Strukturen oder Vorarbeiten zur Bedarfsanalyse) und Vorgehensweisen (z. B. Umsetzung eines bestehenden Maßnahmenkonzepts oder Neuentwicklung). Des Weiteren wurden die fünf Förderziele oftmals parallel bzw. zyklisch bearbeitet (z. B. erneute Bedarfsanalysen oder Anpassung der Planung). Es ist zudem zu betonen, dass diese Selbsteinschätzung der eigenen Projektfortschritte positiv oder auch negativ verzerrt sein kann. Die Selbsteinschätzungen geben dennoch einen Überblick darüber, zu welchen Förderzielen in den Kommunen bisher schwerpunktmäßig gearbeitet wurde.

Die **Erreichung der einzelnen Förderziele** wurde bezüglich der Nutzung bzw. dem Aufbau von Strukturen (Förderziel 1) und der Maßnahmenplanung (Förderziel 3) zum Förderende im Durchschnitt am höchsten eingeschätzt. Während die durchschnittliche Zielerreichung bezüglich der Analyse von Bedarfen und Ressourcen (Förderziel 2) sowie der Maßnahmenumsetzung (Förderziel 4) fast genauso weit fortgeschritten war, fiel die durchschnittliche Zielerreichung in der Evaluation (Förderziel 5) am geringsten aus. Dies passt zu den weiteren Befunden zur Evaluation der Maßnahmen (Abschnitt 6.2). Die Entwicklung der Angaben zur Erreichung der Ziele zur

Fördermitte und zum Förderende zeigen, dass in den Projekten insgesamt während der Förderung parallel an allen Förderzielen gearbeitet wurde und kontinuierliche Fortschritte erzielt wurden (ohne Abbildung).

Abbildung 51: Durchschnittliche Zielerreichung der einzelnen Förderziele zum Förderende (Zielgruppenspezifische Interventionen)



Frage: Wie nah ist Ihre Kommune zum jetzigen Zeitpunkt an der Zielerreichung?
Die Angaben zeigen die durchschnittliche Zielerreichung aller Projekte (Mittelwert sowie 25- und 75-Prozent-Quartil) für die einzelnen Förderziele.
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zum Förderende (Erhebungsphase 3 oder 4; jeweils letzte Erhebung in den einzelnen Kommunen): 48

Quelle: Online-Befragung der Projekte

© Prognos AG, 2026

Über alle Förderziele hinweg lassen sich aus diesen Angaben der Projektkoordinationen zum Förderende unterschiedliche **Gesamtfortschritte zur Zielerreichung in den einzelnen Projekten** ableiten. Während 8 von 48 Projektkoordinationen alle fünf Förderziele als vollständig erreicht bewerteten (Zielerreichung Maximum: 10,0), schätzen andere ihre Zielerreichung deutlich niedriger ein: In sieben Kommunen wurden die Ziele insgesamt nur zu zwei Dritteln (Zielerreichung: unter 6,7) oder weniger erreicht (Zielerreichung Minimum: 5,0). Die durchschnittliche Einschätzung zur Erreichung aller fünf Förderziele der Projektkoordinationen liegt bei 8,2 (Median: 8,3). Es ist zu betonen, dass diese Selbsteinschätzung der eigenen Projektfortschritte positiv oder auch negativ verzerrt sein kann.

Es wurde der **Einfluss von ausgewählten Faktoren auf die durchschnittliche Zielerreichung** über alle fünf Förderziele hinweg, untersucht. Grundlage hierfür waren Faktoren, die in den

Interviews aller Erhebungsphasen als Gelingensfaktoren bzw. Hürden für den Strukturaufbau identifiziert wurden.[34] Zur Prüfung möglicher Zusammenhänge wurden auf Grundlage der Online-Befragungen Gruppenvergleiche der Kommunen angestellt. Die folgenden Ergebnisse sind ausschließlich deskriptiv und als ergänzende Hinweise auf mögliche Gelingensfaktoren und Hürden zu verstehen (Tabelle 21). Sie zeigen, wie sich die durchschnittliche Zielerreichung über alle fünf Förderziele hinweg zwischen verschiedenen Gruppen von Projekten unterscheidet. Da keine inferenzstatistischen Tests durchgeführt wurden, lassen sich daraus keine statistisch abgesicherten Aussagen über Zusammenhänge oder Effekte ableiten. Die Mittelwertunterschiede fallen insgesamt gering aus. Einzelne Unterschiede von mehr als 0,5 Punkten auf der Skala können lediglich als Hinweise darauf gelesen werden, dass bestimmte Merkmale mit höheren oder niedrigeren Selbsteinschätzungen der Zielerreichung einhergehen. Projekte in Landkreisen weisen im Durchschnitt eine höhere Zielerreichung auf (0,5 Punkte auf der Skala) als jene in Städten.

[34] Einige in Interviews benannte Einflussfaktoren wurden nicht betrachtet, da die Befragungsergebnisse keine aussagekräftigen Gruppenvergleiche zwischen Kommunen erlauben. So ist etwa die Anzahl der Kommunen, die eine mangelnde Unterstützung durch die kommunale Leitung angaben, zu gering, um den Einfluss anhand der Befragungsdaten zu prüfen.

Tabelle 21: Geprüfte Einflussfaktoren auf die durchschnittliche Erreichung aller fünf Förderziele der zielgruppenspezifischen Interventionen

Mögliche Einflussfaktoren	Gruppe 1			Gruppe 2		
	Merkmal	Anzahl Projekte	Mittelwert Zielerreichung*	Merkmal	Anzahl Projekte	Mittelwert Zielerreichung*
Kreistyp	Land	20	8,5	Stadt	28	8,0
Veränderungsbereitschaft in der kommunalen Verwaltung**	trifft voll/ eher zu	32	8,2	trifft eher nicht/ gar nicht zu/ keine Angabe	15	8,2
Zentrales Gremium in der Kommune	ja	37	8,1	nein	9	8,4
Laufzeit der Förderung	über 4 Jahre	21	8,4	bis 4 Jahre	27	8,1
Kombinierte Förderung (Strukturaufbau und Zielgruppenspezifische Intervention)	ja	15	8,3	nein	33	8,3
Zielgruppe Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien (u. a.)	ja	24	8,3	nein	24	8,2
Zielgruppe Ältere Menschen (u. a.)	ja	15	8,2	nein	33	8,3
Zielgruppe Alleinerziehende Menschen (u. a.)	ja	15	8,1	nein	33	8,3
Zielgruppe Menschen mit Migrationshintergrund (u. a.)	ja	13	8,1	nein	35	8,3
Zielgruppe Menschen mit Behinderungen oder Beeinträchtigungen (u. a.)	ja	8	8,2	nein	40	8,2

* Die Angaben zeigen die durchschnittliche Zielerreichung aller fünf Förderziele (Mittelwert) der Projekte.

** Frage: Bitte bewerten Sie aus Ihrer Sicht die folgende Aussage zur Veränderungsbereitschaft in Ihrer Kommune: In unseren kommunalen Verwaltungsstrukturen (Ressorts, Fachbereiche, Gemeinderat, Kreistag etc.) besteht ein Klima, das Veränderungen gegenüber aufgeschlossen ist.; für sieben Kommunen mit Doppelförderung wurde die Antwort zur Veränderungsbereitschaft für beide Projekte verwendet.Quelle: Online-Befragung der Projekte, Projektträger des Förderprogramms, Eigene Darstellung Prognos AG

Die **generelle Bedeutung der Förderung** durch das Kommunale Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit für die Umsetzung zielgruppenspezifischer Gesundheitsförderung und Prävention in den Kommunen wurde in der Online-Befragung zum Förderende größtenteils als (sehr) wichtig bewertet (47 von 50, ohne Abbildung).

In der Online-Befragung wurden als **bedeutendste Veränderungen** durch die Förderung am häufigsten die höhere Sichtbarkeit und/oder Bedeutung der Themen Gesundheitsförderung und Prävention einschließlich der dazugehörigen Angebote und Zielgruppen beschrieben (16 Nennungen von 37 Befragten; ohne Abbildung). Die Verbesserung von Vernetzung und Kooperation zwischen kommunalen Akteurinnen und Akteuren wurde ebenso wie die Verstetigung von Maßnahmen ebenfalls mehrmals genannt (jeweils 6 Nennungen). Dies verdeutlicht, dass auch die Förderung

für zielgruppenspezifische Interventionen zur Vernetzung der Akteurinnen und Akteure in den Kommunen beitragen konnte.

Insgesamt 15 der geförderten Projekte werden in Kommunen umgesetzt, die zugleich eine Förderung zum Strukturaufbau erhalten. Laut Online-Befragung zum Förderende der zielgruppenspezifischen Interventionen lag in rund der Hälfte der Fälle die **Projektverantwortung** bei derselben Person, in etwas weniger als der Hälfte arbeiten die jeweiligen Projektkoordinationen zusammen. In Einzelfällen bestand keine Verbindung zwischen den Förderungen bzw. den zuständigen Personen.

Als **Vorteile und Synergieeffekte** der kombinierten Förderung wurde eine bessere Kooperation und Vernetzung der relevanten Akteurinnen und Akteure wahrgenommen, dies erleichtere vor allem die Koordination der Maßnahmen. Die beiden Förderungen ergänzten sich nach Angaben der Projektkoordinationen gut. Beispielsweise werde die Planung und Umsetzung von Interventionen gefördert, wenn die Projektkoordination gleichzeitig Maßnahmen begleitet und die erforderlichen finanziellen Mittel bereitstellt. Außerdem bietet die Kombination der Förderungen die Möglichkeit, Maßnahmen unmittelbar zu starten, wenn diese in den neuen Strukturen geplant wurden.

Trotz dieser Vorteile sind auch **Herausforderungen** zu erkennen. So konnte diese angestrebte Verzahnung der Förderbereiche Strukturaufbau und Zielgruppenspezifischer Interventionen nur selten realisiert werden, weil Kommunen nur selten Anträge in beiden Förderbereichen stellten. In den 15 Kommunen mit kombinierter Förderung seien in den auf- bzw. ausgebauten Gremien zwar Maßnahmen geplant worden, jedoch habe teils Unsicherheit hinsichtlich der Finanzierung der Maßnahmen mithilfe der Förderung für Zielgruppenspezifische Interventionen bestanden, weil die Beantragung und Bewilligung der Projekte erst im Verlauf des Strukturaufbaus stattfanden. So wäre es nach Angaben in der Online-Befragung förderlich gewesen, bereits während des Strukturaufbaus zu wissen, ob zusätzlich eine Förderung für die zielgruppenspezifischen Interventionen erfolgen würde. Ein Einfluss der kombinierten Förderung auf die Zielerreichung über alle fünf Förderziele zielgruppenspezifischer Interventionen hinweg lässt sich in den Befragungsergebnissen nicht erkennen (Tabelle 21).

Zusammenfassung

Im **Förderbereich Strukturaufbau** zeigt sich, dass die Kommunen nach Angaben der Prozesskoordinationen deutliche Fortschritte bei allen Förderzielen erreichen konnten. Die durchschnittliche Einschätzung zur Erreichung aller sieben Förderziele der Prozesskoordinationen lag zum Förderende bei 7,6 von 10. Am höchsten wurde die Zielerreichung bezüglich der Strukturentwicklungen, Bedarfsanalysen und planungsbezogenen Zielen zur Festlegung von Handlungsfeldern und kommunalen Schwerpunkten eingeschätzt. Die Erreichung strategischer Ziele wie die Entwicklung von Strategien und partizipative Zielprozesse sowie die Aktivierung von Ressourcen fiel im Durchschnitt etwas geringer aus. Die Zielerreichung variierte dabei insgesamt deutlich zwischen den Kommunen. Die Förderung wurde von den Kommunen durchweg als bedeutsam wahrgenommen, insbesondere aufgrund der verbesserten Vernetzung, Zusammenarbeit und erhöhten Sichtbarkeit von Gesundheitsförderung. Zudem zeigen sich positive Synergieeffekte, wenn Strukturaufbau und Zielgruppenspezifische Interventionen kombiniert wurden, auch wenn diese Kombination zusätzliche Ressourcen erforderte.

Im **Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen** wurde die Erreichung der Förderziele von Projektkoordinationen im Durchschnitt insgesamt hoch eingeschätzt. Die durchschnittliche Einschätzung zur Erreichung aller fünf Förderziele der Projektkoordinationen lag bei 8,2 von 10. Die höchsten Zielerreichungen zeigen sich beim Aufbau und der Nutzung von Strukturen und der Maßnahmenplanung. Auch die Zielerreichung bei den Bedarfsanalysen und der Umsetzung von Maßnahmen wurde ähnlich hoch bewertet. Die Evaluation der Maßnahmen wies im Durchschnitt einen etwas geringeren Fortschritt auf. Insgesamt deutet dies auf einen typischen Projektverlauf hin, bei dem zunächst Grundlagen geschaffen und Maßnahmen umgesetzt werden, während Evaluation zeitlich nachgelagert erfolgt. Die Zielerreichung wurde mehrheitlich als hoch eingeschätzt, zeigt jedoch ebenfalls Unterschiede zwischen den Projekten. Auch in diesem Förderbereich wurde die Förderung insgesamt als wichtig bewertet, insbesondere hinsichtlich der gestiegenen Sichtbarkeit gesundheitsbezogener Themen in der Kommune. Die Kombination mit dem Strukturaufbau wurde überwiegend als sinnvoll und unterstützend erlebt, da sie die Umsetzung konkreter Maßnahmen erleichterte und Synergien schaffte. Gleichzeitig jedoch barg sie Herausforderungen wie erhöhten Koordinationsaufwand und Unsicherheiten durch die Förderung in zwei separaten Projekten, da die Beantragung und Bewilligung der Projekte für den Förderbereich der Zielgruppenspezifischen Interventionen erst im Verlauf des Strukturaufbaus stattfanden.

In **beiden Förderbereichen** berichteten Prozess- und Projektkoordinationen von insgesamt positiven Fortschritten bei der Zielerreichung und einer hohen Bedeutung der Förderung, insbesondere für die Vernetzung, die Zusammenarbeit, die Sichtbarkeit von Gesundheitsförderung sowie die Umsetzung von Maßnahmen. In beiden Bereichen wurde zudem die Kombination beider Förderangebote als grundsätzlich vorteilhaft beschrieben, da sie eine Verknüpfung von strukturellen Entwicklungen und konkreter Maßnahmenumsetzung ermöglichte. Unterschiede zeigen sich vor allem in den Schwerpunkten der Zielerreichung: Im Strukturaufbau standen übergeordnete Entwicklungen von Steuerungsstrukturen und strategischen Grundlagen im Vordergrund, während in den zielgruppenspezifischen Interventionen die konkrete Maßnahmenplanung und -umsetzung stärker im Fokus standen.

7.3 Beratung, Unterstützung und Austausch der Kommunen bei der Antragstellung, Planung und Umsetzung der Projekte

Evaluationsthemen und Erhebungen

Die Evaluation der Beratung und Unterstützung der Kommunen bezieht sich sowohl auf die Beantragung und Planung der Projekte, einschließlich der diesbezüglichen Bedarfe der Kommunen als auch auf die Nutzung und Bewertung der Angebote des Förderprogramms während der Förderung. Die Untersuchungen liefern Erkenntnisse darüber, welche Unterstützung Kommunen zum Aufbau gesundheitsfördernder und präventiver Strukturen bzw. zielgruppenspezifischer Interventionen benötigen.

Es liegen Einschätzungen aus Sicht der Beratungsakteure (Projektträger des Förderprogramms, Antragsberatende und Programmbüros) sowie aus Perspektive der Kommunen zu diesen Themen vor. Zusätzlich wurde die besondere Situation von sechs Kommunen erhoben, die vor der Förderung am Projekt KOMBINE teilgenommen haben – mithilfe eines Interviews mit dem KOMBINE-Projektträger. Zudem liegen Angaben und Einschätzungen aus Perspektive der Kommunen aus

Online-Befragungen und Interviews vor. Für den Förderbereich zum Strukturaufbau wurden außerdem Berichte der in diesen Kommunen aktiven Prozessbegleitungen herangezogen.

Tabelle 22: Erhebungen zur Beratung, Unterstützung und zum Austausch der Kommunen

Erhebungen	Förderbeginn (Phase 1)	Fördermitte (Phase 2)	Förderende (Phase 3)	Förderende (Phase 4)
Förderbereich Kommunaler Strukturaufbau				
Beratung und Unterstützung bei der Antragstellung	•			
Beratung, Unterstützung, Qualifizierung und Austausch während der Förderung		•		
Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen				
Beratung und Unterstützung bei der Antragstellung	•			
Beratung, Unterstützung, Qualifizierung und Austausch während der Förderung		•		

Quelle: Eigene Darstellung Prognos AG

© Prognos AG, 2026

Förderbereich Strukturaufbau

Insgesamt war die **Bekanntheit des Förderprogramms** unter den Kommunen hoch, wie die Resonanz auf Informationsveranstaltungen des GKV-Bündnisses für Gesundheit und auch die rege Inanspruchnahme der Beratung beim Projektträger des Förderprogramms zeigen.

Zur **weitergehenden Information über die Förderangebote** nutzten 46 Kommunen, die in einer separaten Online-Kurzbefragung zur Fördermitte erreicht wurden, am häufigsten die Website des GKV-Bündnisses für Gesundheit (43 von 46; ohne Abbildung). Informationsmaterialien wie FAQs oder Flyer wurden von ca. zwei Dritteln genutzt (30 von 46). Rund die Hälfte (22 von 46) der Kommunen nahm eine Beratung durch den Projektträger des Förderprogramms in Anspruch. Über ein Viertel (13 von 46) nutzten die Möglichkeit einer persönlichen Antragsberatung zur Klärung fachlich-inhaltlicher Fragen, die bei Bedarf durch den Projektträger des Förderprogramms vermittelt wurde.

Einzelne Kommunen, die einen Antrag oder LoI eingereicht hatten, bewerteten die Komplexität bzw. den Zeitaufwand der Antragstellung als hoch. Nach Einschätzung des Projektträgers des Förderprogramms war der Aufwand der Antragstellung jedoch keine relevante Hürde für die Teilnahme am Förderprogramm. Maßgebliche **Hürden** waren laut dem Projektträger des Förderprogramms insbesondere Personalknappheit der Kommunen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention und Finanzierungsfragen beim Eigenanteil – teilweise verschärft durch die Corona-Pandemie.

Vor diesem Hintergrund gab es insgesamt einen hohen Bedarf an **administrativer Beratung**. Der Großteil aller Kommunen, die eine Antragsberechtigung im Förderbereich Strukturaufbau hatten, kontaktierte den hierfür zuständigen Projektträger. Ihre Fragen bezogen sich überwiegend auf das Ausarbeiten des Antrags und die Auslegung der Förderkriterien – insbesondere jener zum Eigenanteil. Kommunen, die zuvor kaum im Themenfeld Gesundheitsförderung aktiv waren,

benötigten zudem Argumentationshilfen zur Durchsetzung des Antrags im kommunalen Entscheidungsprozess. Laut Selbsteinschätzung des Projektträgers des Förderprogramms war das eigene Beratungsangebot in Bezug auf administrative Fragen insgesamt bedarfsgerecht und hatte zum Abbau der Hürden für die Teilnahme beigetragen. In Interviews mit ausgewählten Kommunen wurde das Beratungsangebot ebenfalls als hilfreich bewertet.

Bei Bedarf erhielten Kommunen eine individuelle **Antragsberatung zu fachlich-inhaltlichen Fragen**. Bis November 2020 nutzten 23 Kommunen dieses Beratungsangebot. Laut der externen Antragsberater wiesen die Kommunen dabei sehr unterschiedliche Voraussetzungen für die Antragstellung auf. Je nach Ausprägung der bestehenden Strukturen und Vernetzungen sowie in Abhängigkeit der fachlichen Expertise unterschieden sich die individuellen Beratungsbedarfe. Schwerpunktthemen betrafen das Projektmanagement, Ausfüllhilfen (z. B. bei der ZiMT), den Aufbau einer Planungs- und Steuerungsstruktur sowie Möglichkeiten einer flexiblen und langfristigen Veränderungsmöglichkeit der kommunalen Ziele. Herausforderungen im Beratungsprozess waren oftmals die bereitgestellten Dokumente – vor allem die ZiMT – und die fehlende Möglichkeit zur persönlichen Kontaktaufnahme aufgrund der Corona-Pandemie. Von der Beratung profitierten vor allem Kommunen, die für eine Teilnahme am Förderprogramm weniger gut aufgestellt waren, da ihnen Vorerfahrungen oder das notwendige Personal fehlten. In der Regel war die Beratung für diese Kommunen aufgrund des iterativen Prozesses erfolgreich und führte zur Antragstellung. In Interviews mit den Kommunen wurde dieses Beratungsangebot als hilfreich bewertet.

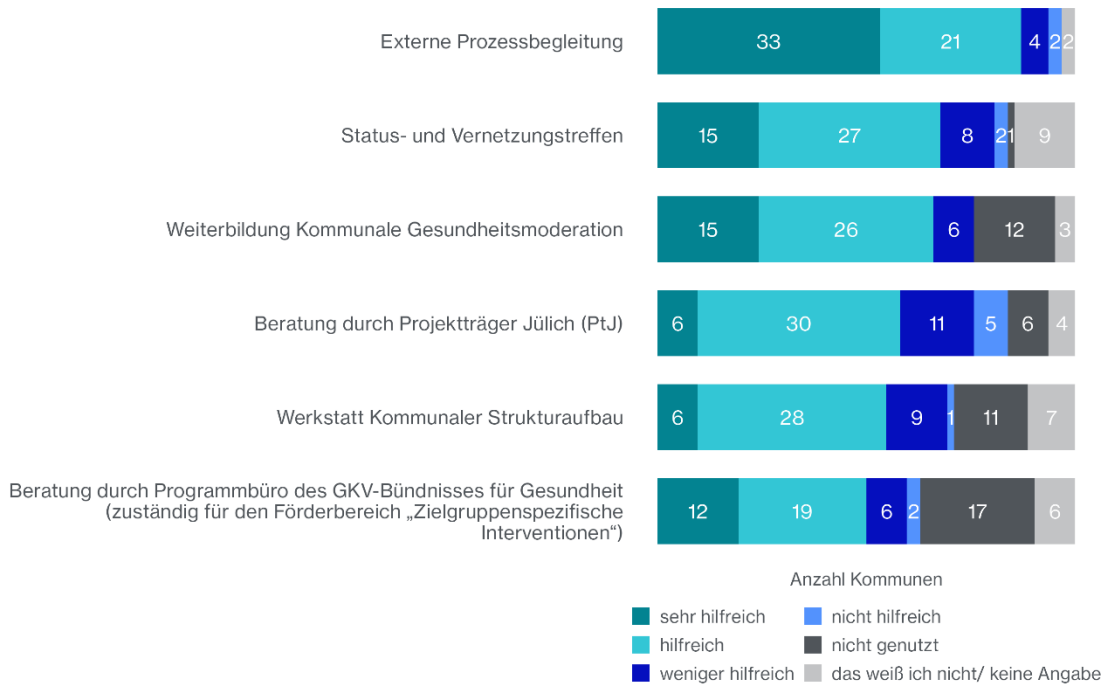
Interviews mit den für den Antrag verantwortlichen Personen der Kommunen ergaben, dass diese zum Teil **weitere Unterstützung** in Anspruch nahmen. So wurden bei der Antragstellung mitunter andere Ressorts oder externe Akteure außerhalb der Kommunalverwaltung hinzugezogen. Dies zeigen auch Ergebnisse der Online-Befragung zu Förderbeginn. Insgesamt 31 Kommunen gaben in einer offenen Frage an, dass weitere kommunale Fachbereiche (8 Nennungen), externe Berater (7 Nennungen) und Teile der kommunalen Verwaltung (7 Nennungen) am Förderantrag mitgewirkt hatten (ohne Abbildung). In sieben Fällen wurden Einrichtungen der kommunalen Leitung oder kommunale Gesellschaften als Mitwirkende bei der Antragstellung genannt. Freie Träge wurden viermal genannt. Die sechs Kommunen, die zuvor am Projekt KOMBINE teilnahmen, wurden bei administrativen Fragen durch die BZgA unterstützt und das KOMBINE-Projektteam half bei fachlich-inhaltlichen Fragen. Dabei entsprach das bereits vorliegende Handlungsmodell aus KOMBINE in hohem Maße den Vorgaben der Förderung, was die Antragstellung erleichterte.

In der Online-Befragung zur Fördermitte wurden die **Unterstützungsangebote im Förderprogramm** während der Förderung insgesamt positiv bewertet. Die externe Prozessbegleitung wurde als zentrales Element der Unterstützung überwiegend als (sehr) hilfreich eingestuft (Abbildung 52) und auch in Interviews als sehr wertvolle Unterstützung beschrieben. Laut den Berichten der Prozessbegleitungen wurde das Beratungsangebot der Prozessbegleitung initial gut angenommen, die Beratung kam schnell in Gang und der Bedarf war zu Beginn des Strukturaufbaus am höchsten. Das Beratungsangebot stand über den gesamten Förderzeitraum zur Verfügung und wurde von 56 der 64 Kommunen in Anspruch genommen Im Durchschnitt wurden laut der Beratungsstatistik pro Kommune rund 156 Beratungsstunden im gesamten Förderzeitraum geleistet. Dabei nahmen die einzelnen Kommunen unterschiedlich viele Beratungsstunden in Anspruch, d. h. ihr Beratungsbedarf unterschied sich im Umfang (Stichtag 30.06.2026).

Die **Themenschwerpunkte** der Prozessbegleitung bezogen sich nach den Berichten der Prozessbegleitenden auf ein breites Spektrum der kommunalen Aufgaben beim Strukturaufbau: die verwaltungsinterne Kommunikation und Prozesse, die Öffentlichkeitsarbeit, die Bestands- und Bedarfsanalysen, die Projekt- und Maßnahmenplanung, den Netzwerkaufbau und -ausbau sowie Veranstaltungen.

Daneben wurden in der Online-Befragung der Prozesskoordinationen auch die Status- und Vernetzungstreffen sowie eine Weiterbildung zur kommunalen Gesundheitsmoderation und die Werkstätten zum kommunalen Strukturaufbau als **weitere Angebote im Rahmen des Förderprogramms** oftmals als (sehr) hilfreich bewertet (Abbildung 52). Auch den internen Evaluationsergebnissen der zuständigen Institutionen zufolge wurde dieses Qualifizierungsangebot gut angenommen und die Teilnehmenden waren eher zufrieden. Praxisnähe und fachlicher Austausch hatten demnach den höchsten Stellenwert für die teilnehmenden Kommunen. Interviews mit ausgewählten Kommunen ergaben, dass das Weiterbildungsangebot im Rahmen des Förderprogramms vor allem wegen der Möglichkeit zur Vernetzung und zum Austausch als wichtig und gut befunden wurde. Der dort begonnene Austausch wurde teilweise zwischen Prozesskoordinationen eigeninitiativ weitergeführt.

Abbildung 52: Nutzung und Bewertung der Beratungs- und Unterstützungsangebote des Kommunalen Förderprogramms zur Fördermitte (Strukturaufbau)



Frage: Wie hilfreich sind folgende Unterstützungsangebote und Möglichkeiten zum Austausch für das geförderte Projekt zum Strukturaufbau in Ihrer Kommune?
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zur Fördermitte (Erhebungsphase 2): 62

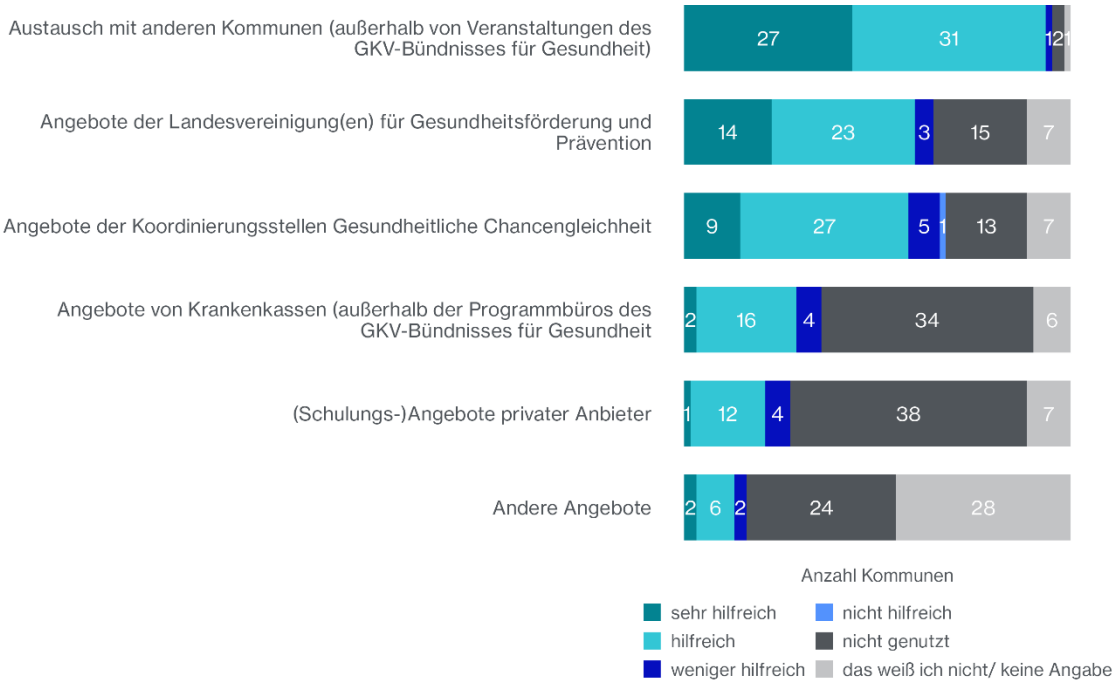
Quelle: Online-Befragung der Kommunen

© Prognos AG, 2026

Mit Blick auf Unterstützungsmöglichkeiten **außerhalb des Förderprogramms** wurde der **Austausch mit anderen Kommunen** in der Online-Befragung zur Fördermitte mit Abstand als am wichtigsten bewertet (Abbildung 53).

Daneben nutzten Kommunen laut der Befragung auch häufiger **Beratungsmöglichkeiten auf Landesebene** (z. B. von den Landesvereinigungen für Gesundheit oder den Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit) und bewerteten diese positiv.

Abbildung 53: Nutzung und Bewertung von weiteren Beratungs- und Unterstützungsangeboten außerhalb des Kommunalen Förderprogramms zur Fördermitte (Strukturaufbau)



Frage: Wie hilfreich sind folgende Unterstützungsangebote und Möglichkeiten zum Austausch für das geförderte Projekt zum Strukturaufbau in Ihrer Kommune?
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zur Fördermitte (Erhebungsphase 2): 62

Quelle: Online-Befragung der Kommunen

© Prognos AG, 2026

Die Kommunen hatten ergänzend die Möglichkeit weitere Anregungen zum Unterstützungsangebot im Rahmen der Förderung zum kommunalen Strukturaufbau in einem Freitextfeld zu geben. Hervorgehoben wurde insbesondere die Bedeutung des Austausches mit anderen Kommunen bzw. dortigen Koordinierenden (6 Nennungen; ohne Abbildung). Dadurch werde ermöglicht, miteinander über ähnliche Probleme zu sprechen sowie andere Herangehensweisen kennenzulernen und Lösungsansätze zu diskutieren.

Die Angaben der Kommunen enthalten außerdem vereinzelte Hinweise auf **Verbesserungspotenziale des Unterstützungsangebots**. Es wurde angemerkt, dass die Bedingungen und Ressourcen innerhalb der Kreise, Städte und Gemeinden insgesamt sehr unterschiedlich seien (2 Nennungen),

so dass allgemeingehaltene Tipps zum Strukturaufbau, zum Aufbau von Steuerungsgremien und zur Planung von Maßnahmen in den Schulungen nicht immer ausreichen würden (ohne Abbildung). Dies erschwere die Übertragbarkeit auf die eigene Kommune. Vorgeschlagen wurde, die individuelle Beratung zu den Rahmenbedingungen und zur Reflexion von Hindernissen zu intensivieren, in dem die Prozessbegleitung mehr Erfahrungen über kommunale Verwaltungsstrukturen einbringt. Das Unterstützungsangebot nütze Koordinierenden wenig, wenn die Umsetzung der geplanten Aktivitäten aufgrund kommunaler Rahmenbedingungen (politischer Wille, fehlende Mittel, fehlende Rahmenbedingungen, keine Akzeptanz innerhalb der eigenen Verwaltung etc.) scheitern würden. Auch um diese Hindernisse zu überwinden, werde sich Unterstützung gewünscht. Darüber hinaus kam die Kritik zur Sprache, dass die Unterstützungsangebote nicht ausreichend bekannt seien (3 Nennungen).

Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen

Auf der ersten Stufe des Antragsverfahrens für den Förderbereich der Zielgruppenspezifischen Interventionen leisteten die **Programmbüros fachlich-inhaltliche Beratung** für die Kommunen bei der Ausarbeitung der Projektskizze. Die Programmbüros leisteten vorrangig Beratung zu fachlichen Grundlagen, zur Passung der Projektansätze zu den Förderkriterien, zur Verstetigungsperspektive und zur Vernetzung mit weiteren Akteuren. Die Beratung erfolgte pandemiebedingt oftmals via Telefon, Brief, E-Mail und Videokonferenz, wobei die Programmbüros aktiv auf die Kommunen zugingen. In Abhängigkeit vom Umfang der Vorerfahrungen der Kommunen variierte die Intensität des Kontaktes während der Entwicklung des Antrags. Insgesamt war der Kontakt während der anschließenden Überarbeitungsphase weniger intensiv als in der ersten Entwicklungsphase der Projektskizze.

Als **Hürden** bei der Antragstellung wurden von den Programmbüros mangelnde Personalressourcen auf Seiten der Kommunen und damit einhergehende Verzögerungen bei der Antragstellung geäußert. Des Weiteren spezifizierten die Programmbüros als Hürden die Komplexität des Antragsverfahrens, die große Anzahl der beteiligten Akteure, die einzusetzenden kommunalen Eigenmittel und die Ungewissheit, ob eine Förderung gewährt wird. Ein Großteil der Programmbüros bemerkte zudem, dass die Verzahnung der Förderbereiche Strukturaufbau und Zielgruppenspezifische Interventionen nicht im erhofften Maße zum Tragen kam, da nur wenige Kommunen Anträge für beide Förderungen stellten. Die **Bewertung** des eigenen Beratungs- und Unterstützungsangebots durch die Programmbüros selbst fiel insgesamt positiv aus, insbesondere die Bedarfsgerechtigkeit und die Angemessenheit wurden hier hervorgehoben. Auch von Seiten der Kommunen wurde das Angebot der Programmbüros in Interviews als hilfreich bewertet.

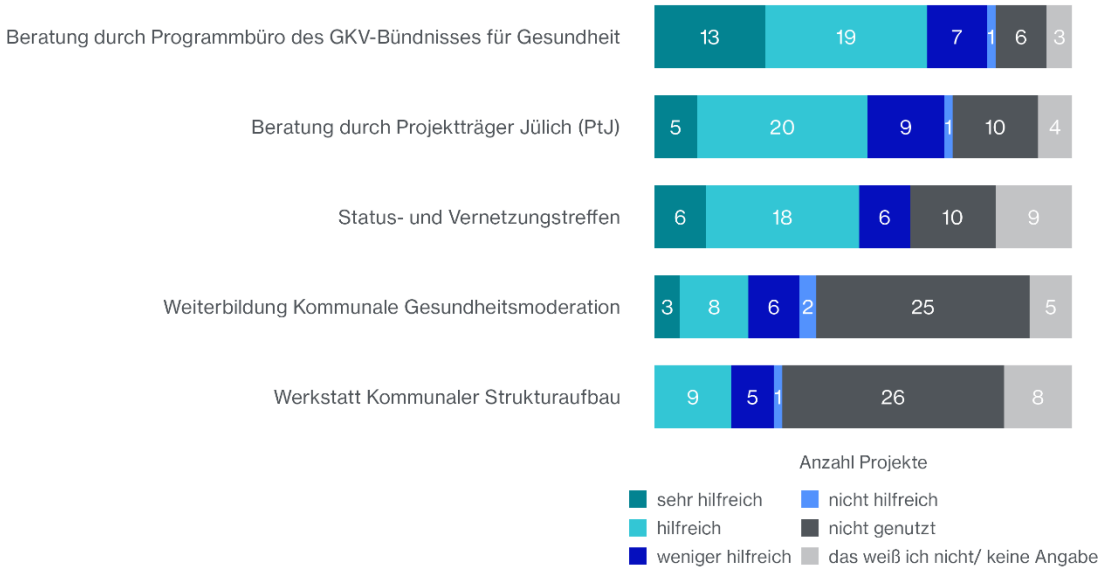
Auf der zweiten Verfahrensstufe bot der Projektträger des Förderprogramms **zuwendungsrechtliche Beratung** für die Kommunen, deren Projektskizzen durch die Programmbüros und die Krankenkassen auf Landesebene positiv geprüft worden waren. Beratungsbedarf bestand nach Aussagen des Projektträgers des Förderprogramms zumeist im Zusammenhang mit dem Finanzierungsplan, der Kostenaufteilung und formalen Aspekten der Antragstellung. Der Projektträger des Förderprogramms beriet die Kommunen zudem zu fehlenden oder unzureichenden Aspekten der eingereichten Projektskizze, wie bspw. zur detaillierteren Darstellung der ZiMT. Die Beratung wurde größtenteils via Telefon, E-Mail oder Videokonferenz durchgeführt. Bei einzelnen Förderanträgen kam es aufgrund der pandemiebedingten Anpassungsmaßnahmen zu einem Mehraufwand in der administrativen Betreuung der Projekte. Der Projektträger des Förderprogramms förderte

die Niederschwelligkeit der Beratung, bspw. durch aktive Kontaktaufnahme zu den Kommunen, wenn Antragsunterlagen überarbeitet oder ergänzt werden sollten.

Um die Unterstützung von Kommunen bei der Antragstellung zu verbessern, wurde die Zusammenarbeit im Laufe des Antragszeitraums zwischen Programmbüros und dem Projektträger des Förderprogramms verstärkt, insbesondere, um zuwendungsrechtliche Fragen bereits in der ersten Verfahrensstufe klären zu können.

In der Online-Befragung zur Fördermitte bewerteten die Projektkoordinationen der zielgruppenspezifischen Interventionen die **Beratungs- Unterstützungs- und Austauschmöglichkeiten** der Programmbüros, des Projektträgers des Förderprogramms sowie der Status- und Vernetzungstreffen im Rahmen des Kommunalen Förderprogramms überwiegend als hilfreich (Abbildung 54).

Abbildung 54: Nutzung und Bewertung der Beratungs- und Unterstützungsangebote des Kommunalen Förderprogramms zur Fördermitte (Zielgruppenspezifische Interventionen)



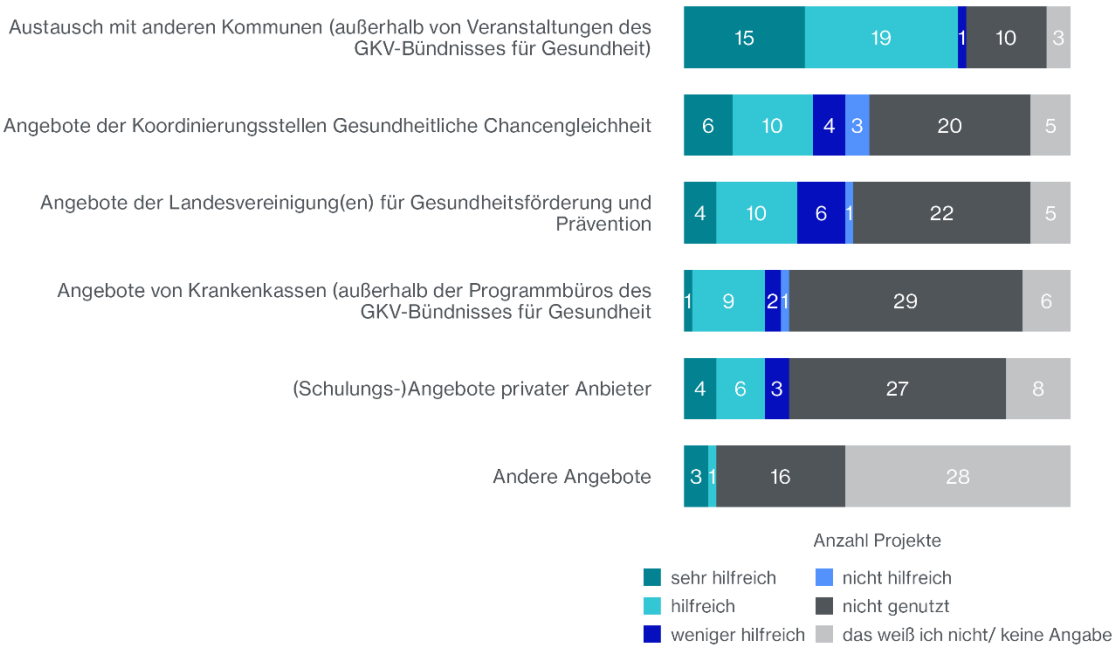
Frage: Wie hilfreich sind folgende Unterstützungsangebote und Möglichkeiten zum Austausch für das geförderte Projekt zu den zielgruppenspezifischen Interventionen in Ihrer Kommune?
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zur Fördermitte (Erhebungsphase 2): 49

Quelle: Online-Befragung der Projekte

© Prognos AG, 2026

Teilweise wurden auch **andere landesbezogene Institutionen** außerhalb des Kommunalen Förderprogramms als besonders hilfreich bewertet (Abbildung 55). Der **Austausch mit anderen Kommunen** wurde laut der Online-Befragung zudem häufig als hilfreich bewertet. Auch in den Interviews betonten die Projektkoordinationen ein besonders großes Interesse an einem Austausch mit Akteurinnen und Akteuren anderer Kommunen insbesondere im eigenen Bundesland.

Abbildung 55: Nutzung und Bewertung von weiteren Beratungs- und Unterstützungsangeboten außerhalb des Kommunalen Förderprogramms zur Fördermitte (Zielgruppenspezifische Interventionen)



Frage: Wie hilfreich sind folgende Unterstützungsangebote und Möglichkeiten zum Austausch für das geförderte Projekt zu den zielgruppenspezifischen Interventionen in Ihrer Kommune?
Anzahl Befragte mit Angaben zu dieser Frage zur Fördermitte (Erhebungsphase: 2): 48

Quelle: Online-Befragung der Projekte

© Prognos AG, 2026

Zusammenfassung

Im **Förderbereich Strukturaufbau** zeigte sich insgesamt ein hoher Bedarf und eine intensive Nutzung von Beratungs- und Unterstützungsangeboten, insbesondere in der Antragsphase und zu Förderbeginn. Die Angebote – vor allem die administrative und fachliche Beratung sowie die externe Prozessbegleitung – wurden überwiegend als hilfreich und bedarfsgerecht bewertet und trugen dazu bei, Zugangshürden zu reduzieren und den Aufbau tragfähiger Strukturen zu unterstützen. Herausforderungen lagen weniger in der Antragssystematik, sondern vor allem in knappen personellen Ressourcen und finanziellen Rahmenbedingungen auf kommunaler Ebene. Grundsätzlich bestand im Projektverlauf Unterstützungsbedarf im gesamten Aufgabenspektrum hinsichtlich des kommunalen Strukturaufbaus. Auch Austausch- und Qualifizierungsformate sowie die Vernetzung mit anderen Kommunen wurden als hilfreich bewertet.

Im **Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen** wurde die Unterstützung durch die Programmbüros und den Projektträger des Förderprogramms ebenfalls überwiegend positiv bewertet. Insbesondere proaktive Ansprache und flexible Beratungsformate erwiesen sich als nützlich, um Hürden, wie begrenzte personelle Ressourcen, die Komplexität des Antragsverfahrens und Unsicherheiten bei der kommunalen Finanzierung abzubauen. Während der Förderung

wurden vor allem der Austausch mit anderen Kommunen sowie landesbezogene Unterstützungsstrukturen als wertvoll eingeschätzt.

In **beiden Förderbereichen** gaben Prozess- und Projektkoordinationen an, dass Beratung, Unterstützung und Austausch zentrale Voraussetzungen für die Umsetzung der Projekte waren. Die vorhandenen Angebote wurden überwiegend als hilfreich und bedarfsgerecht bewertet und trugen zur Entwicklung von Strukturen sowie zur Umsetzung von Maßnahmen bei. Der Austausch mit anderen Kommunen spielte in beiden Bereichen eine wichtige Rolle. Unterschiede zeigen sich insbesondere in der Nutzung und den Bedarfen: Im Strukturaufbau war die Nachfrage nach Beratung und Unterstützung insgesamt höher und stärker auf den langfristigen Aufbau von Strukturen ausgerichtet. Dies unterstreicht die Bedeutung der kontinuierlichen externen Prozessbegleitung als festen Bestandteil des Förderprogramms. In den zielgruppenspezifischen Interventionen war die Inanspruchnahme in der Antragsphase geringer und stärker durch Hürden geprägt, während im Projektverlauf vor allem der Austausch und praxisnahe Unterstützung an Bedeutung gewannen.

8 Fallbeispiele für kommunale Gesundheitsförderung und Prävention

8.1 Fallbeispiele für kommunale Strukturen

Evaluationsthemen und Erhebungen

Die Fallbeispiele dienten der exemplarischen Darstellung von Förderprojekten in den Kommunen, um einen tieferen Einblick in verschieden gestaltete Steuerungsstrukturen zu erlangen. Zum anderen wiesen einige der ausgewählten Kommunen besonders positive Resultate der Förderung auf und/oder hatten besonders erfolgreiche Lösungen für bestimmte Aufgaben der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt.

Tabelle 23: Übersicht der Fallbeispiele für kommunale Strukturen

Fallbeispiel	Kommune
Fallbeispiel 1	Etablierung von Steuerungsstrukturen in Saarlouis
Fallbeispiel 2	Etablierung von Steuerungsstrukturen in Cottbus
Fallbeispiel 3	Gesundheitsförderung auf Stadtteilebene in Leipzig
Fallbeispiel 4	Nachhaltige Entwicklung der Gesundheitsförderung in Trier-Saarburg
Fallbeispiel 5	Nachhaltige Entwicklung der Gesundheitsförderung in Ostholstein
Fallbeispiel 6	Nachhaltige Entwicklung der Gesundheitsförderung in Worms

Quelle: Eigene Darstellung Prognos AG

© Prognos AG, 2026

Fallbeispiel 1: Etablierung von Steuerungsstrukturen in Saarlouis

Ergebnisse des Interviews mit der Prozesskoordination, der Online-Befragungen sowie Dokumentenanalysen zeigen, wie im Landkreis Saarlouis eine kommunale Steuerungsstruktur erfolgreich etabliert werden konnte. Es wird deutlich, dass eine gute Einbindung der Prozesskoordination in die kommunalen Verwaltungsstrukturen mit Unterstützung der Leitungsebene eine wichtige Grundlage für den Strukturaufbau im Landkreis Saarlouis war. Zudem profitierte der Landkreis von der Nutzung einer externen Prozessbegleitung.

Kurzvorstellung

- Der Landkreis Saarlouis mit Verwaltungssitz in der Stadt Saarlouis liegt im Saarland
- Der Landkreis hat ca. 205.000 Einwohnerinnen und Einwohner auf einer Fläche von etwa 460 km² und somit ca. 450 Einwohnerinnen und Einwohner pro km²
- Das Förderprojekt zum Strukturaufbau lief von Oktober 2020 bis September 2024
- Im Rahmen der Förderung wurde ein zentrales Gremium der Steuerung und Koordination von Gesundheitsförderung und Prävention neu aufgebaut

- In Saarlouis wurden im Rahmen der Förderung die Zielgruppen alleinerziehende Eltern und deren Kinder, Familien mit Leistungsbezug und Seniorinnen und Senioren für unterschiedliche gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen ausgewählt
- In Saarlouis wurde eine zielgruppenspezifische Intervention durch das GKV-Bündnis für Gesundheit parallel zum Strukturaufbau gefördert: Qualifizierung zum Thema: Kinder aus suchtbelasteten Familien für pädagogisches Personal in Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege
- Weitere Hintergrundinformationen zur Etablierung der Steuerung von Gesundheitsförderung im Landkreis Saarlouis können der Website des Gesundheitsamts des Landkreises entnommen werden[35]

Persönlicher Aufbau von Netzwerk- und Kommunikationsstrukturen

Im Landkreis Saarlouis wurde die Prozesskoordination im Rahmen der Förderung neu eingestellt. Sie konnte innerhalb der ersten drei Monate alle Abteilungen in der Verwaltung, die Bezug zu vulnerablen Bevölkerungsgruppen haben, kennenlernen. Diese Hospitationen wurden durch die damalige Dezernatsleitung organisiert und ermöglichten der neuen Prozesskoordination, die Verwaltungsstrukturen kennenzulernen. Hierdurch konnten zu Beginn bereits Verbindungen aufgebaut, persönliche Ansprechpersonen kennengelernt und interne Netzwerkarbeit geleistet werden. Dabei wurde das Thema Gesundheitsförderung und Prävention und das geplante Gremium bereits bei relevanten Akteurinnen und Akteuren bekannt. Dieses Kennenlernen der Verwaltung „von innen“ bereits zu Beginn wurde als einer der wesentlichen Erfolgsfaktoren für die erreichte Etablierung der Steuerungsstruktur genannt.

Die zentrale Rolle der Prozesskoordination

Im Rahmen der Förderung wurde im Landkreis Saarlouis ein zentrales Steuerungsgremium für Gesundheitsförderung und Prävention aufgebaut. Vertretungen aus dem Gesundheitsamt, Jugendamt, Jobcenter und der Stabstelle Bildung waren hier aktiv beteiligt. Für die Teilnahme wurden die Beteiligten des Gremiums durch die Dezernentin freigestellt. Bei Bedarf wurden weitere Expertinnen und Experten zu jeweils relevanten Themen eingeladen. Das Gremium tagte einmal pro Quartal, bei Bedarf auch öfter. Die Prozesskoordination war verantwortlich für die Koordination der Aktivitäten, die im Steuerungsgremium beschlossen wurden und behielt in ihrer Position den Gesamtüberblick über die geplanten und durchgeführten Aktivitäten. Weiterhin spielte sie eine große Rolle beim Aufbau und der Pflege von internen und externen Netzwerken. Dabei stellte sie auch abteilungsübergreifende Verbindungen her und bezog die externe Prozessbegleitung und Fachkräfte ein. Hierfür wurden regelmäßige Treffen, Workshops und informelle Gespräche genutzt. Ergänzend war die Prozesskoordination maßgeblich in die Konzeption und Umsetzung konkreter Projekte involviert. Im Steuerungsgremium oder in Workshops wurden konkrete Ideen entwickelt, mit denen die Prozesskoordination auf die Akteure zuging, die diese dann umsetzen. Insgesamt zeigen die Erfahrungen aus dem Landkreis Saarlouis, dass die Rolle der Prozesskoordination sowohl organisatorische als auch kommunikative und partizipative Dimensionen hatte, die letztlich entscheidend für den Erfolg des Aufbaus der Steuerungsstruktur für Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommune waren. Daher war es auch wichtig, dass diese Stelle

[35] Landkreis Saarlouis 2025a.

frühzeitig während des Förderprojekts verstetigt wurde und die Prozesskoordination sich mit einer langfristigen Perspektive auf ihre Aufgaben fokussieren konnte.

Externe Prozessbegleitung wichtig für den Strukturaufbau

Die durch das GKV-Bündnis für Gesundheit finanzierte externe Prozessbegleitung, die im Rahmen der Förderung genutzt werden konnte, spielte eine wichtige unterstützende Rolle im Aufbau und der Etablierung der Steuerungsstruktur im Landkreis Saarlouis. Mit ihrer Hilfe konnten bestehende Herausforderungen identifiziert und Arbeitsschwerpunkte definiert werden. Weiterhin trug dazu bei, dass die Zusammenarbeit im zentralen Steuerungsgremium gut funktionierte, indem sie die anfänglich bestehenden Ressortperspektiven zu einem stärkeren Teamgedanken und der Vision „gemeinsam für Gesundheit begeistern" lenken konnte. Anschließend wurden Netzwerk-, Akteurs- und Angebotsanalysen durchgeführt und darauf aufbauend mit dem etablierten Gremium Zielgruppen und Themen festgelegt. Dabei wurde als Hauptzielgruppe die der alleinerziehenden Eltern festgelegt, welche bei der Planung von Maßnahmen wie z. B. der Umsetzung des Angebots Familienkochbox Bärenhunger[36] im Fokus steht.

Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse

- Der Landkreis Saarlouis zeigt, dass der Aufbau von Steuerungsstrukturen für Gesundheitsförderung und Prävention durch gute persönliche Zusammenarbeit innerhalb der kommunalen Verwaltung gelingen konnte.
- Ergänzend wurde hier die wichtige Rolle einer externen Prozessbegleitung deutlich.

Fallbeispiel 2: Etablierung von Steuerungsstrukturen in Cottbus

Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse des Interviews mit der Prozesskoordination, der Online-Befragung sowie Dokumentenanalysen zeigen, dass die Stadt Cottbus neue Steuerungsstrukturen für Gesundheitsförderung und Prävention etabliert hatte, insbesondere mithilfe guter Zusammenarbeit und einem regelmäßigen Austausch zwischen den relevanten Akteuren innerhalb und vor allem außerhalb der Verwaltung.

Kurzvorstellung

- Cottbus ist eine kreisfreie Stadt im Osten Brandenburgs
- Die Stadt hat rund 95.000 Einwohnerinnen und Einwohner auf einer Fläche von ca. 165 km²; mit einer Bevölkerungsdichte von ca. 605 Einwohnerinnen und Einwohnern pro km2
- Das Förderprojekt zum Strukturaufbau lief von März 2020 bis August 2025
- Im Rahmen des Förderprojekts wurde eine Steuerungsgruppe und Planungsgruppen für Gesundheitsförderung und Prävention etabliert sowie eine Gesundheitskonferenz etabliert
- In Cottbus wurden mehrere zielgruppenspezifische Interventionen außerhalb des Kommunalen Förderprogramms durch das GKV-Bündnis für Gesundheit parallel zur Strukturaufbauförderung gefördert:

[36] Landkreis Saarlouis 2025b.

    - Cottbus in Bewegung - Aufbau des Netzwerks Inklusion & Sport
    - Gemeinwesenorientierte Gesundheitsedukation in Sachsendorf, Sandow und Neu-Schmellwitz
    - Tandem Plus 2.0 - Cottbuser Kinder aus psychisch belasteten Familien im Fokus
    - Frühe Gesundheitsförderung – Stark in die Kita
- Cottbus ist seit 2024 Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland[37]
- Weitere Hintergrundinformationen zur Etablierung der Steuerung von Gesundheitsförderung in der Stadt Cottbus können der Website[38] und der Cottbuser Gesundheitsstrategie[39] entnommen werden

Die Rolle der Prozesskoordination

Die Prozesskoordination war von Beginn an mit der Umsetzung des Förderprojektes betraut und betreute den gesamten Förderzeitraum, dies sorgte für Kontinuität. Die Stelle war an das Dezernat für Ordnung, Sicherheit, Sport, Gesundheit und Bürgerservice und an das Gesundheitsamt angesiedelt und dauerhaft im Geschäftsverteilungsplan und im Haushalt der Stadt Cottbus verankert. In der Aufbauphase der Steuerungsgruppe hatte sie sich und ihre Aufgabe in den relevanten Ausschüssen vorgestellt und zur Mitarbeit in der Gruppe aufgerufen. Die Dezernatsleitung koordinierte dies und lieferte ein flankierendes Anschreiben für die Akteure. Die Prozesskoordination war seitdem zuständig für Planung, Einladungen und Durchführung der Sitzungen der Planungs- und Steuerungsgruppen, moderierte die Treffen und protokollierte.

Aktive Unterstützung der Leitungsebene

Die Prozesskoordination sah die Unterstützung durch die Dezernats- und Fachbereichsleitung für die aufgebauten Strukturen als essenziell für deren Erfolg. Diese Unterstützung zeigt sich bspw. durch unkomplizierte Abstimmungen, die Präsenz der Leitungsebene auf wichtigen Veranstaltungen oder dadurch, dass die Dezernatsleitung als Absender der Einladungen für die Steuerungsgruppe, die durch die Koordinatorin versandt wurde, diente. Nach den Kommunalwahlen hat die Prozesskoordination die Politik erneut aufgerufen, sich aktiv an der Arbeit in der Steuerungsgruppe zu beteiligen. Durch diesen Aufruf erhielten sie Zuwachs in der Steuerungsgruppe.

Themen gemeinsam mit engagierten Akteuren vorantreiben

Im Rahmen des Strukturaufbaus spielte die übergreifende Zusammenarbeit innerhalb und insbesondere außerhalb der Verwaltung eine entscheidende Rolle. Diese entwickelte sich unter anderem durch das bestehende Interesse und die Beteiligungsbereitschaft der Ressorts. Das entscheidende Argument war häufig die Möglichkeit, mitgestalten zu können. Die Akteure wussten mit welchen Problemlagen z. B. Kinder und Jugendlichen konfrontiert sind und was die Zielgruppen brauchen. Zum Beispiel wurden Fokusgruppengespräche mit Beteiligten aus verschiedenen Netzwerken geführt. Wenn beteiligte Akteure wissen, dass das, was sie kommunizieren, auch berücksichtigt wird und sich bspw. in der Cottbuser Gesundheitsstrategie widerspiegelt, ist das ein

[37] Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland 2026.
[38] Stadt Cottbus 2026.
[39] Nowak 2024.

großer Motivationsfaktor und steigert die Bereitschaft, auch weiterhin in den Gremien mitzuarbeiten. Wichtig war es, Planungsaktivitäten in der Kommune miteinander zu verbinden. Dies geschieht in Cottbus unter dem Dach der „Integrierten Sozialplanung". Hier war die Koordinatorin mit anderen Fachplanungen und der Verwaltung eng im Austausch, um Planungsaktivitäten der Gesundheitsplanung und der integrierten Sozialplanung aufeinander abzustimmen. Die Gesundheitsplanung basierte auf einem breiten Beteiligungsprozess. Je mehr relevante und vor allem engagierte Akteurinnen und Akteure in unterschiedlichen Gremien und Formaten involviert wurden, desto höher war die Wahrscheinlichkeit, dass die Maßnahmen auf Akzeptanz stießen und erfolgreich umgesetzt werden konnten.

Steuerungs-, Planungsgruppen und Gesundheitskonferenzen

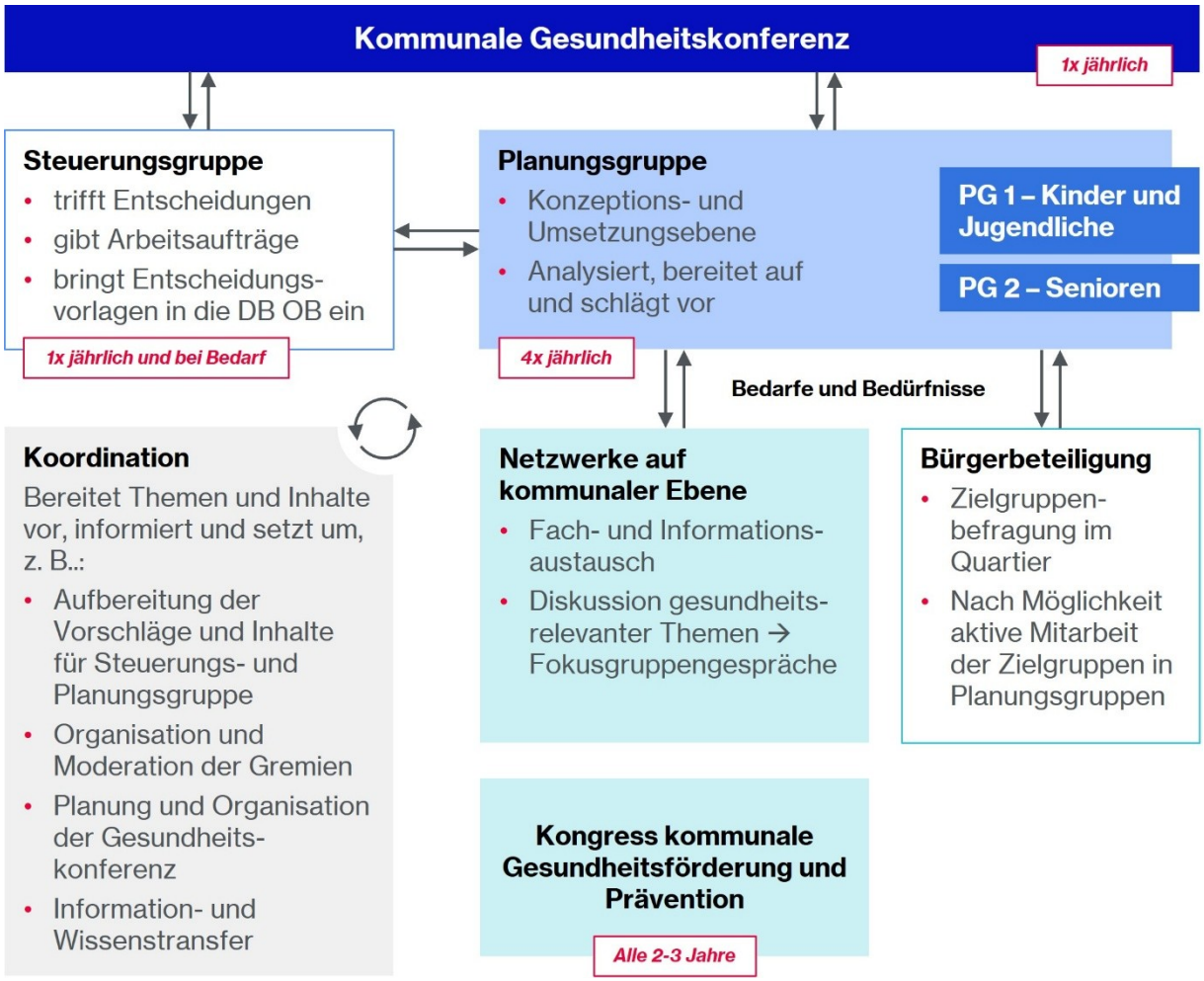
Zu Beginn der Förderung wurden in Cottbus eine Steuerungs- und eine Planungsgruppe Gesundheitsförderung und Prävention ins Leben gerufen. Mitte 2024 wurde eine zweite Planungsgruppe etabliert. Die Gremien trafen sich während der Förderung regelmäßig und arbeiteten gut zusammen. Die Steuerungsgruppe traf strategische Entscheidungen. Hier waren sowohl kommunale Ressorts vertreten (Gesundheit, Jugend, Familie, Integration, Sport, Umwelt, Stadtbau und Stadtplanung und Bildung) als auch weitere Akteurinnen und Akteure (Kommunalpolitik und Beirat für Menschen mit Behinderungen). Die Akteurinnen und Akteure der Steuerungsgruppe waren engagiert und setzten sich für das Thema Gesundheitsförderung ein. Sitzungen fanden einmal jährlich und zusätzlich bei Bedarf statt.

Die Planungsgruppen beschäftigten sich entlang des Gesundheitspolitischen Aktionszyklus[40] mit der Entwicklung von Strategien zur bedarfsorientierten Gesundheitsförderung und Prävention. Die erste Planungsgruppe zum Thema Kinder und Jugendliche bestand aus fachkundigen Personen aus dem Bereich der kommunalen Kinder- und Jugendhilfe, des öffentlichen Gesundheitsdienstes, des Gesundheitssystems, der Suchthilfe, der Eingliederungshilfe, der Frühen Hilfen, des Jobcenters, den Zielgruppen (z. B. Kreiselternrat Schule und Elternbeirat Kita) und weiteren Akteurinnen und Akteuren. Die Beteiligten der Planungsgruppe wurden unter anderem durch persönliche Gespräche und das Kennenlernen auf Veranstaltungen akquiriert. In der Planungsgruppe wurden Maßnahmen erarbeitet, welche der Steuerungsgruppe vorgestellt und zur Abstimmung gebracht wurden. Die erste Planungsgruppe kam im Planungsprozess schnell voran, war mit 18-20 Personen allerdings zwischenzeitlich zu groß geworden, sodass diese auf zehn Teilnehmende reduziert wurde. Eine zweite Planungsgruppe zu Seniorinnen und Senioren wurde Mitte 2024 initiiert.

Um die Expertise ehemaliger Mitglieder der Planungsgruppe dennoch in die Planung einzubeziehen, wurde 2024 die Kommunale Gesundheitskonferenz ins Leben gerufen. Hier kamen die Mitglieder der Planungs- und Steuerungsgruppen einmal jährlich zusammen. Neben den Gremien gab es verwaltungsintern regelmäßige, dezernatsübergreifende Abstimmungen mit weiteren Bereichen. Dazu zählen neben der Statistikstelle und der Geoinformation auch die Beauftragten für die Belange von Menschen mit Behinderung, Seniorinnen und Senioren, Kinder- und Jugendliche sowie Gleichstellung. Abbildung 56 zeigt die kommunalen Strukturen für Gesundheitsförderung und Prävention in Cottbus.

[40] Hartung / Rosenbrock 2022.

Abbildung 56: Kommunale Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention in Cottbus



Quelle: Nowak 2024: 10.Eigene Darstellung Prognos AG

© Prognos AG, 2026

Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse

- Die Stadt Cottbus zeigt, dass die Unterstützung der Prozesskoordination durch die Leitungsebene dort maßgeblich zum Aufbau von Steuerungsstrukturen für Gesundheitsförderung und Prävention beigetrug.
- Zudem trugen engagierte Akteure und regelmäßig tagende Gremien unterschiedlicher Zusammensetzungen zum Strukturaufbau in Cottbus bei.
- Die Cottbusser Gesundheitsstrategie förderte die Verbindlichkeit und Nachhaltigkeit der Strukturen für Gesundheitsförderung und Prävention.

Fallbeispiel 3: Gesundheitsförderung auf Stadtteilebene in Leipzig

Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse eines Interviews mit der Prozesskoordination, der Online-Befragungen sowie Dokumentenanalysen zeigen, wie die Stadt Leipzig gesundheitsförderliche Strukturen weiterentwickelt. In Leipzig gelang es dabei insbesondere das Thema Gesundheit

als Querschnittsthema ressortübergreifend zu berücksichtigen und gleichzeitig kommunale Gesundheitsförderung in Stadtteilen mit besonderem Handlungsbedarf zu verankern.

Kurzvorstellung

Leipzig hat als größte Stadt des Freistaates Sachsen rund 630.000 Einwohnerinnen und Einwohner auf einer Fläche von fast 300 km² und somit eine Bevölkerungsdichte von ca. 2.000 Einwohnerinnen und Einwohnern pro km²

- Leipzig ist seit 2011 Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland
- Das Förderprojekt zum Strukturaufbau lief von Januar 2020 bis Juli 2025
- Die Koordinierungsstelle kommunale Gesundheit, welche schon vor der Förderung bestand, wurde im Rahmen des Förderprojekts ausgebaut, wodurch gesundheitsförderliche Maßnahmen auf drei neue Stadtteile mit besonderem Handlungsbedarf erweitert werden konnten
- Resultierend aus dem Strukturausbau sind in drei Stadtteilen Leipzigs im Zeitraum von 2020 bis 2025 insgesamt 39 Gesundheitsprojekte entstanden[41]
- Zudem wurde, unabhängig von der Förderung zum Strukturaufbau, eine zielgruppenspezifische Intervention durch das GKV-Bündnis für Gesundheit gefördert: Präventive Hausbesuche[42]
- Weitere Hintergrundinformationen zum Thema Gesundheitsförderung in Leipzig können den Webseiten der Stadt Leipzig entnommen werden[43]

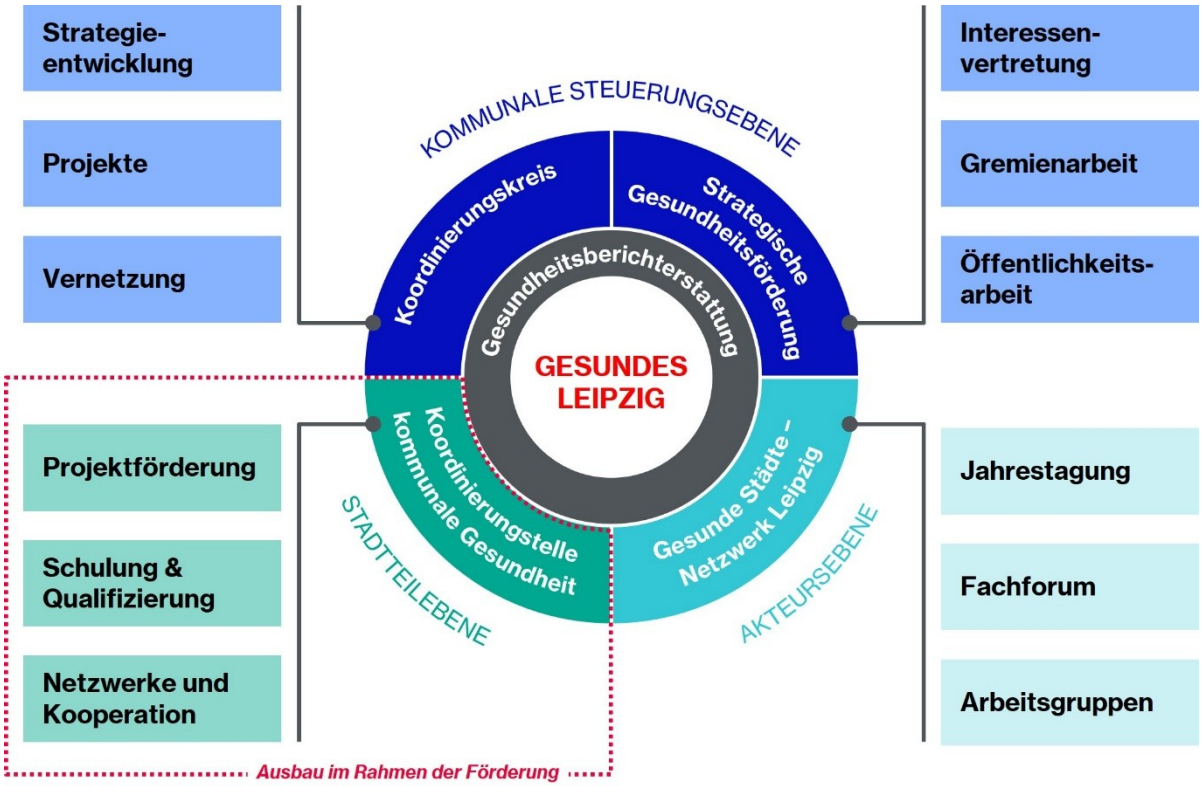
Zentrale Koordination für gelingende Netzwerkarbeit

Bereits im Jahr 2015 wurde eine „Koordinierungsstelle kommunale Gesundheit“ etabliert und war seit 2017 als feste Stelle im städtischen Gesundheitsamt angesiedelt. In Abbildung 57 ist zu sehen, welche Rolle diese Koordinierungsstelle im „Netzwerk Gesundes Leipzig“ spielte. Sie war inklusive der geförderten Personalstelle mit zwei Mitarbeitenden besetzt, die jeweils für verschiedene Stadtteile zuständig waren. Die durch die Förderung etablierte Personalstelle ermöglichte es, das Angebot der Koordinierungsstelle auf alle fünf Quartiere mit besonderem Handlungsbedarf zu erweitern. Nach Projektende konnte eine halbe Personalstelle über Fördermittel weiter abgesichert wurden. Die Koordinierungsstelle war auch für die Beantragung und Durchführung des Förderprojekts zum kommunalen Strukturaufbau zuständig. Die personellen Ressourcen, die die Stadt Leipzig für diese Koordinierungsstelle aufwendet, waren ein wichtiger Erfolgsfaktor der kommunalen Gesundheitsförderung. Die Koordinierungsstelle war essenziell für das strategische Ziel „Gesundes Leipzig“: Sie sorgte dafür, dass Netzwerke gepflegt, Bedarfe erkannt und Maßnahmen umgesetzt wurden können. Durch ihre Vernetzung trug die Koordinierungsstelle maßgeblich dazu bei, dass Gesundheit als Querschnittsaufgabe innerhalb und außerhalb der Stadtverwaltung bearbeitet wurde: Die Koordination vermittelte zwischen Verwaltung, Quartieren und den Akteurinnen und Akteuren vor Ort. Diese Vermittlungsfunktion war entscheidend, denn die Bedarfe in den einzelnen Stadtteilen waren sehr unterschiedlich. Durch die Koordinierungsstelle gab es feste, verlässliche Ansprechpartnerinnen in der Verwaltung für die Akteurinnen und Akteure in

[41] Verband der Ersatzkassen e.V. 2025.
[42] Stadt Leipzig 2026b.
[43] Stadt Leipzig 2026a und Stadt Leipzig 2026c.

den Stadtteilen, die wiederum den Zugang zu den Zielgruppen ermöglichten. Eine intensive Vernetzung und langfristige Kooperationen mit den Akteurinnen und den Akteuren vor Ort ermöglichten eine passgenaue Entwicklung bedarfsbezogener und bedürfnisorientierter Maßnahmen. In den zielgerichteten Netzwerkstrukturen entstand Raum für partizipative Prozesse und eine Bündelung bestehender Ressourcen, welche maßgeblich auf einen gelingenden Zugang zu den entsprechenden Zielgruppen sowie der Verstetigung hinwirken.

Abbildung 57: Kommunale Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention: Netzwerk Gesundes Leipzig



Quelle: Stadt Leipzig 2026a. Eigene Darstellung Prognos AG

© Prognos AG, 2026

Nutzung bestehender Strukturen für kommunale Gesundheitsförderung

Ein wichtiger Zugang zu den Stadtteilen war ein bestehendes Quartiersmanagement vor Ort, welches über das Amt für Wohnungsbau und Stadterneuerung beauftragt wurde. Aufgrund der heterogenen Entwicklung der Stadtteile und der damit verbundenen unterschiedlichen Förderkulissen verfügte nicht jedes Quartier über eine solche Struktur, in einem der drei geförderten Stadtteile gab es bereits zu Beginn der Förderung ein Quartiersmanagement. Die enge Zusammenarbeit zwischen Koordinierungsstelle und Quartiersmanagerinnen und -managern trug entscheidend dazu bei, die höheren Verwaltungsebenen mit der Stadtteilebene bei der Gesundheitsförderung zu verknüpfen. Auf Verwaltungsebene gab es schon vor der Förderung den Koordinierungskreis „Gesundes Leipzig“, ein freiwilliges Informations-, Austausch- und Arbeitsgremium, welches in Abbildung 57 dargestellt ist. Dieser Koordinierungskreis, bestehend aus Vertreterinnen und

Vertretern fast aller Ämter und Referate der Stadtverwaltung (Amt für Sport, Amt für Umweltschutz, Amt für Wohnungsbau und Stadterneuerung, Sozialamt, Amt für Jugend und Familie, Amt für Schule, Amt für Stadtgrün und Gewässer, Stadtplanungsamt, Referate Menschen mit Behinderung und Senioren, Referat Gleichstellung, Referat Migration und Integration), Politik, Hochschulen, Krankenkassen und weiteren zentralen kommunalen Akteurinnen und Akteuren (Städtische Bibliotheken, Jobcenter und Stadtsportbund), sorgte für Austausch und Vernetzung zwischen den Ressorts. Das Gremium ermöglichte dabei sowohl die Abstimmung von Maßnahmen als auch die Legitimation der Maßnahmen gegenüber der Politik. So konnte über aktuelle Stadtteilbedarfe sensibilisiert werden, damit diese u. a. auch mit in die jeweiligen Stadtteilkonzepte eingebracht werden konnten. Der Koordinierungskreis richtete seine Arbeit nach den Leitlinien des Leipziger gesunde Städte Netzwerkes aus, welche 2021 grundlegend überarbeitet wurden. Darin war das Thema gesundheitliche Chancengleichheit verankert. Laut den Leitlinien tritt das Netzwerk dafür ein, soziale Unterschiede im Gesundheitszustand zu verringern damit alle eine gerechte Chance haben, ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu entfalten und gesellschaftlich teilhaben zu können.[44]

Gesundheit als Querschnittsthema im integrierten Stadtentwicklungskonzept

In Leipzig gab es das Integrierte Stadtentwicklungskonzept 2030 (INSEK)[45], ein ressortübergreifendes, langfristiges Handlungskonzept der Stadt Leipzig. Darin war Gesundheit als Querschnittsthema verankert. Laut INSEK war die Schaffung und Sicherung gesunder Lebensverhältnisse in Leipzig die Voraussetzung für körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden und somit ein zentrales kommunales Handlungsfeld. Gesundheitsförderung wurde dabei als Teil von Wohn-, Arbeits- und Freizeitbedingungen, mit Angeboten zur Entwicklung individueller Kompetenzen behandelt. Handlungsprioritäten waren die Sicherung und Vernetzung von Freiräumen, die Verbesserung der Luftqualität, die Verminderung von Lärmemissionen, die Weiterentwicklung von Sport- und Bewegungsangeboten sowie die Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention. Dementsprechend fand sich das Thema Gesundheit in sehr vielen Fachplanungen und Integrierten Konzepten der Stadt wieder (z. B. Integrierte Kinder- und Jugendhilfeplanung, Hitzeaktionsplan, Masterplan Grün).

Zielgruppenspezifische Interventionen im Rahmen des Strukturausbaus

In den drei geförderten Stadtteilen wurden im Rahmen des Strukturausbaus zahlreiche gesundheitsförderliche Maßnahmen umgesetzt. Von Januar 2020 bis Juli 2025 wurden insgesamt 39 Gesundheitsprojekte als Teil des Strukturaufbaus mittels weiterer eingeworbener Fördermittel umgesetzt. Dies umfasste 19 Projekte in Kitas, Schulen und Freizeittreffs, welche sich mit Themen wie Ernährung, Stress und mentaler Gesundheit befassten. Außerdem wurden 20 stadtteilweite Aktionen umgesetzt, wie z. B. ein wöchentliches, kostenloses Nachbarschaftscafé für ältere Menschen im Stadtteil Paunsdorf, welches Begegnungen förderte und Raum für Informationsangebote bot. Außerdem wurde eine Bewegungskiste zur kostenlosen Ausleihe von Bewegungs- und Sportmaterialien im Stadtteil Paunsdorf eingerichtet.[46]

---

[44] Stadt Leipzig 2026a.
[45] Stadt Leipzig 2018.
[46] Verband der Ersatzkassen e.V. 2025.

Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse

- Die Stadt Leipzig zeigt insbesondere, wie Gesundheitsförderung als Querschnittsthema strukturell verankert werden konnte.
- Die Integration von Gesundheit in allen relevanten Bereichen der Stadtentwicklung war eine Grundlage, um die gesundheitliche Chancengleichheit ganzheitlich und nachhaltig zu fördern.
- Der Ausbau der Strukturen resultierte im Aufbau einer Netzwerkstruktur und in zahlreichen gesundheitsförderlichen Maßnahmen auf Stadtteilebene.

Fallbeispiel 4: Nachhaltige Entwicklung der Gesundheitsförderung in Trier-Saarburg

Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse eines Interviews mit der Prozesskoordination, der Online-Befragungen sowie Dokumentenanalysen zeigen, wie der Landkreis Trier-Saarburg gesundheitsförderliche Strukturen aufbaut und Maßnahmen umsetzt. Anhand der Erfahrungen in Trier-Saarburg zeigt sich, wie wichtig strukturelle Grundlagen, ein klares Handlungskonzept, welches vom Kreistag beschlossen wurde, und ein Fokus auf die Bedarfe der Zielgruppen waren, um nachhaltige Gesundheitsförderung zu ermöglichen.

Kurzvorstellung

- Der Landkreis Trier-Saarburg liegt im westlichen Rheinland-Pfalz, an der Grenze zu Luxemburg
- Der Landkreis hat etwa 150.000 Einwohnerinnen und Einwohner auf einer Fläche von etwa 1.100 km² und ist mit einer Bevölkerungsdichte von etwa 150 Einwohnerinnen und Einwohnern pro km² eher ländlich geprägt
- Das Förderprojekt zum Strukturaufbau lief von Januar 2020 bis Dezember 2024
- Im Rahmen der Förderung wurde die Fachstelle Gesundheitsförderung und Prävention neu aufgebaut
- Im Landkreis Trier-Saarburg wurde im Rahmen der Förderung die Gesamtbevölkerung des Landkreises in drei Lebensphasen (Gesund aufwachsen, Gesund leben und arbeiten sowie Gesund im Alter) adressiert
- In Trier-Saarburg wurden zielgruppenspezifische Interventionen für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien sowie für ältere Menschen (ab 68 Jahre) durch das GKV-Bündnis für Gesundheit gefördert:
    - LebensgestAlter[47]
    - MuTiger[48]

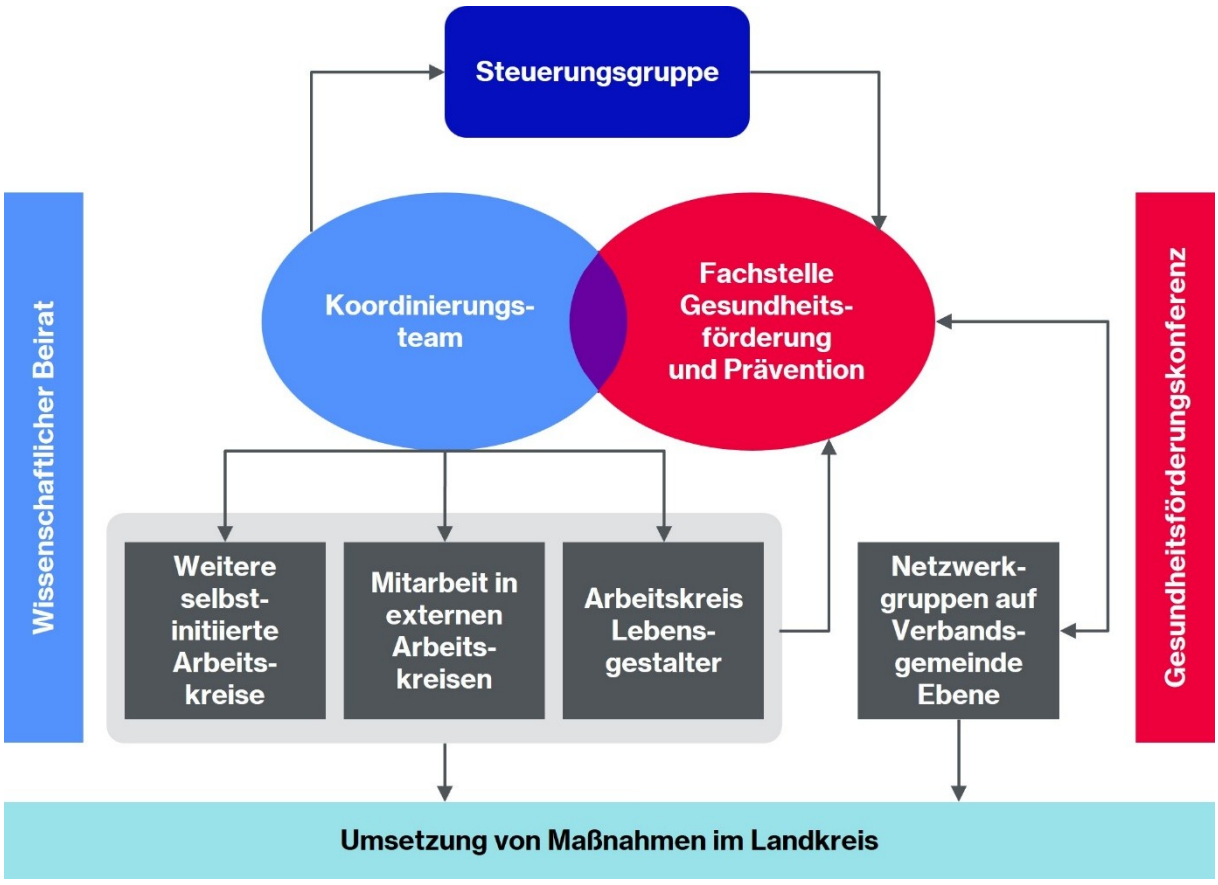
Aufbau neuer Strukturen als Grundlage für Weiterentwicklung

Im Rahmen der Förderung wurde im Landkreis Trier-Saarburg die „Fachstelle Gesundheitsförderung und Prävention“ neu aufgebaut. Die Fachstelle wurde gemeinsam vom Landkreis Trier-Saarburg und dem Haus der Gesundheit Trier/Trier-Saarburg e. V. initiiert und wurde seitdem gemeinsam betrieben. Diese Fachstelle war als regionale Koordinierungs-, Vernetzungs- und

[47] Landkreis Trier-Saarburg 2026.
[48] ebd.

Beratungsstelle übergreifend für Gesundheitsförderung und Prävention im Landkreis Trier-Saarburg zuständig. Die Fachstelle verfügte über ausreichend personelle Ressourcen und bildete ein multiprofessionelles Team bestehend aus sechs Personen denen ca. 100 Wochenstunden für den Strukturaufbau und damit verknüpfte Aufgaben zur Verfügung stehen. Als jährliches Entscheidungsgremium gab es außerdem die sogenannte Steuerungsgruppe unter Beteiligung der Fachstelle, des Landrats, zwei Dezernaten und der Leitung des Gesundheitsamts. Zudem wurde 2025 ein Koordinierungsteam gegründet, welches den Austausch zwischen verschiedenen Ressorts ermöglichte, und insbesondere Dopplungen von Aktivitäten in unterschiedlichen Ressorts verhindern sollte. Abbildung 58 zeigt den Aufbau der Strukturen zur kommunalen Gesundheitsförderung im Landkreis Trier-Saarburg und die zentrale Rolle, die die Fachstelle darin einnimmt.

Abbildung 58: Kommunale Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention im Landkreis Trier-Saarburg



Quelle: Becker et al. Eigene Darstellung Prognos AG

© Prognos AG, 2026

Entwicklung eines integrierten Handlungskonzepts als Wegweiser

Ein integriertes Handlungskonzept für Gesundheitsförderung und Prävention wurde durch die Fachstelle erarbeitet und vom Kreistag beschlossen[49]. Die Unterstützung durch den Kreistag

[49] Becker et al.

zeigte den hohen Stellenwert, den Gesundheitsförderung in der Kommune hatte. Das Handlungskonzept diente dem Landkreis seitdem als Wegweiser für Gesundheitsförderung und Prävention und wurde von der Fachstelle als konzeptionelle Grundlage für die Planung und Umsetzung von Maßnahmen genutzt. Das Handlungskonzept bezieht sich auf zwölf Qualitätskriterien der sozialla-genbezogenen Gesundheitsförderung, welche durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (heute Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit) in Zusammenarbeit mit dem Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit entwickelt wurden.[50] Diese sollten zur Initiierung und Weiterentwicklung von gesundheitsförderlichen Aktivitäten anregen und die gesundheitliche Chancengleichheit steigern. Auf Basis dieses Handlungskonzepts entwickelte die Fachstelle nachhaltige Strukturen für kommunale Gesundheitsförderung und Prävention. So wurde das Haupt- und Ehrenamt in einem Netzwerk verknüpft und sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen den Akteuren gefördert. Auch wurden kommunale Gesundheitskonferenzen und lebensweltbezogene Fachforen initiiert.

Vernetzung auf Landes- und Bundesebene

Neben der Zusammenarbeit innerhalb des Landkreises war Trier-Saarburg auch auf Landes- und Bundesebene vernetzt. Seit 2021 war Trier-Saarburg Teil des Partnerprozesses „Gesundheit für alle“, ein Netzwerk aus vielen Partnerkommunen, welches durch den Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit koordiniert wurde. Jährliche Veranstaltungen, die dem Fachaustausch dienten und bei denen Best-Practice Beispiele vorgestellt wurden, dienten der Information und Inspiration des Landkreises. Des Weiteren war die Fachstelle Gesundheitsförderung und Prävention Teil der AG „Kommunale Gesundheitsförderung Rheinland-Pfalz“ und engagiert sich im Landesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Rheinland-Pfalz. Diese Vernetzung auf Landesebene ermöglichte Austausch über aktuelle Entwicklungen im Land, fachliche Weiterbildung und politische Verankerung des Themas Gesundheitsförderung. Insgesamt trug der Austausch von Erfahrungen auf Landes- und Bundesebene dazu bei, dass Maßnahmen ressourcenschonend und effektiv gestaltet werden konnten.

Umfangreiche Bedarfsermittlung auf verschiedenen Ebenen

Ein weiterer entscheidender Erfolgsfaktor war, dass die Planung und Umsetzung der Maßnahmen in Trier-Saarburg auf Grundlage einer vielseitigen Bedarfsanalyse stattfinden. Im Jahr 2020 wurde eine erste Befragung der Ortsbürgermeisterinnen und Ortsbürgermeister durchgeführt und 2023 wiederholt. Anhand dieser Befragungen wurde ermittelt, wo Handlungsbedarf in den Gemeinden bestand. Auf Grundlage der Ergebnisse wurden in den Gesundheitsförderungskonferenzen Ziele entwickelt, Maßnahmen geplant und Umsetzungsstrategien diskutiert. Auch in den unterschiedlichen Netzwerkgruppen, welche Zusammenschlüsse von Akteurinnen und Akteuren vor Ort waren, die sowohl mit den Zielgruppen als auch mit der Fachstelle verknüpft waren, wurden Bedarfe ermittelt. Ein weiterer Baustein der Bedarfsermittlung war die systematische und fortlaufende Beobachtung relevanter Gesundheitsindikatoren im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung. Die umfangreiche Bedarfsermittlung auf verschiedenen Ebenen ermöglichte eine bedarfsorientierte Ausrichtung der geplanten Maßnahmen.

[50] Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2021.

Zielgruppenspezifische Interventionen für Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen

Zwei zielgruppenspezifische Interventionen wurden in Trier-Saarburg durch die Fachstelle Gesundheitsförderung und Prävention koordiniert und umgesetzt. Für diese beiden Projekte gab es jeweils einen projektspezifischen Arbeitskreis zur Vernetzung von Verwaltungsressorts innerhalb der Kreisverwaltung und von externen Akteurinnen und Akteuren.[51] Die entwickelten Maßnahmen waren niedrigschwellig und kostenlos gestaltet und wurden in Netzwerktreffen evaluiert und reflektiert, um die Maßnahmen ggf. anzupassen.

„MuTiger" befasste sich mit der Zielgruppe von Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten und psychisch belasteten Familien und umfasste Angebote für Kinder und Jugendliche, Eltern sowie Fachkräfte und Multiplikatoren. In Gruppenangeboten wurde Kindern und Jugendlichen z. B. Grundlegendes zu psychischen Erkrankungen vermittelt und es wurde ihnen Raum zum Kindsein gegeben. Außerdem wurden z. B. Eltern-, Kind-, und Familiengespräche angeboten sowie Fachtagungen und Seminare für Fachkräfte und Multiplikatoren angeboten.

„LebensgestAlter – gesund alt werden" befasste sich mit der Zielgruppe der älteren Personen. Es wurden niedrigschwellige Gesundheitsangebote wie Spaziergänge für ältere Personen angeboten. Auch Schulungen für Ehrenamtliche zu den Themen Bewegung und Ernährung wurden umgesetzt, damit diese in ihren Gemeinden kostenfreie Gesundheitsangebote implementieren konnten. Daneben wurden Informationsveranstaltungen zu verschiedenen Themen wie Sturzprophylaxe angeboten sowie Seminare und Fachtagungen organisiert.

Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse

- Der Landkreis Trier-Saarburg zeigt, wie mehrere zentrale Elemente der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention ganzheitlich aufgebaut bzw. weiterentwickelt werden konnten – von der Koordinierung über Bedarfsanalysen und Planungsprozesse bis zu zielgruppenspezifischen Interventionen.
- Ausschlaggebend für die Bildung einer nachhaltigen Basis für Gesundheitsförderung und Prävention in Trier-Saarburg waren ein engagiertes Fachstellenteam, die Einbindung relevanter Akteure in der Verwaltung und in den Gemeinden, Austausch auf Landes- und Bundesebene, ein klares Handlungskonzept, in dem die gesundheitliche Chancengleichheit integriert war, umfassende Bedarfsanalysen und niedrigschwellige gesundheitsförderliche und präventive Angebote.

Fallbeispiel 5: Nachhaltige Entwicklung der Gesundheitsförderung in Ostholstein

Im Folgenden wird die Förderung des Strukturaufbaus zur Gesundheitsförderung und Prävention im Landkreis Ostholstein vorgestellt. Die Darstellung des Fallbeispiels basiert auf einem leitfadengestützten Interview mit der Prozesskoordinatorin, Online-Befragungen sowie Dokumentenanalysen. Im Landkreis Ostholstein trugen u. a. die engagierte Prozesskoordination, die Unterstützung durch den Kreistag und durch die externe Prozessbegleitung sowie sichtbare Maßnahmen zu der Schaffung nachhaltiger Strukturen bei.

[51] Becker et al.

Kurzvorstellung

- Ostholstein ist ein Landkreis in Schleswig-Holstein
- Der Landkreis hat ca. 200.000 Einwohnerinnen und Einwohner auf einer Fläche von ca. 1.400 km², was einer Bevölkerungsdichte von ca. 145 Einwohnerinnen und Einwohnern pro km² entspricht
- Das Förderprojekt lief von September 2020 bis Dezember 2025
- Im Rahmen des Förderprojekts wurden regelmäßig tagende Gesundheitskonferenzen und mehrere Arbeitsgruppen etabliert und verstetigt[52]

Zielgruppenspezifischer Strukturaufbau

Im Landkreis Ostholstein wurden zu Beginn der Förderung eine regelmäßig tagende Gesundheitskonferenz und mehrere Arbeitsgruppen etabliert. Der thematische Schwerpunkt lag zunächst auf Kinder- und Jugendgesundheit, da dieser Bereich auf Basis durchgeführter Bedarfserhebungen als besonders relevant identifiziert wurde. Die Konzentration auf die Zielgruppe Kinder- und Jugendliche ermöglichte den Aufbau arbeitsfähiger Strukturen mit mehreren thematischen Arbeitsgruppen, die systematisch Ziele und Maßnahmen entwickelten und umsetzten. Insgesamt ermöglichte dies eine koordinierte, ressortübergreifende Gesundheitsförderung für diese Zielgruppe. Aufgrund dieser positiven Erfahrungen wurden der zielgruppenspezifische strukturelle Ansatz und die darin erprobten Arbeitsweisen später auch für die Zielgruppe älterer Menschen umgesetzt. Eine zweite Gesundheitskonferenz zum Thema „Gesund älter werden“ und entsprechende Arbeitsgruppen wurden etabliert. Die Konzentration auf bestimmte Zielgruppen ermöglichte den Aufbau nachhaltiger Strukturen trotz begrenzter personeller Ressourcen.

Kontinuierliche Prozesskoordination als zentrale Schnittstelle in der Steuerungsstruktur

Das hohe Engagement der Prozesskoordination hatte einen maßgeblichen Einfluss auf den erfolgreichen Aufbau und die Etablierung der Steuerungsstrukturen für Gesundheitsförderung und Prävention im Landkreis Ostholstein. Durch kontinuierliche Initiierung, Koordination und Moderation der Gesundheitskonferenzen sowie der Arbeitsgruppen konnten Akteurinnen und Akteure aus unterschiedlichen Ressorts und Bereichen dauerhaft eingebunden wurden. Dabei fungiert die Prozesskoordination als zentrale Schnittstelle zwischen einer Vielzahl unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure aus Verwaltung, Politik und Fachpraxis. Durch kontinuierliche Kommunikations- und Koordinationsarbeit war es im Landkreis Ostholstein gelungen, unterschiedliche Perspektiven zusammenzuführen, Informationsflüsse sicherzustellen und gemeinsame Zielverständnisse zu entwickeln. Insgesamt stärkte die intensive Kontaktpflege der Prozesskoordination die Tragfähigkeit der aufgebauten Strukturen, machte Gesundheitsförderung ressortübergreifend anschlussfähig und förderte eine gemeinsame Verantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung im Landkreis Ostholstein. Aufgrund dieser wichtigen Schnittstellenfunktion wurde die Stelle der Prozesskoordination nach der Förderung verstetigt und durch kommunale Mittel weiter finanziert.

[52] Kreis Ostholstein 2026.

Legitimation und Ressourcen durch Unterstützung im Kreistag

Der Kreistag spielte eine zentrale unterstützende Rolle bei der Etablierung und Verstetigung der Steuerungsstrukturen für Gesundheitsförderung und Prävention. Durch formelle Beschlüsse wurden sowohl die erste Gesundheitskonferenz für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche als auch die zweite Gesundheitskonferenz für die Zielgruppe der älteren Menschen politisch legitimiert und in der kommunalen Struktur verankert. Diese politische Rückendeckung schuf die notwendigen formalen Rahmenbedingungen, um die Arbeit der Gesundheitskonferenz verbindlich auszugestalten und ihre Ergebnisse in weitere Entscheidungsprozesse einzubringen. Darüber hinaus ermöglichte der Kreistag durch die Bewilligung finanzieller Mittel die Umsetzung zentraler Maßnahmen sowie die Fortführung der gesundheitsförderlichen Aktivitäten über die Förderlaufzeit hinaus. Die Rückkopplung von Arbeitsergebnissen aus den Gesundheitskonferenzen in den Kreistag trug dazu bei, Transparenz herzustellen und die Bedeutung von Gesundheitsförderung politisch sichtbar zu machen.

Sichtbare Ergebnisse und Öffentlichkeitsarbeit fördern Legitimität und Anerkennung

Um die Akteurinnen und Akteure nachhaltig in die Strukturen einzubinden und motiviert zu halten, spielten sichtbare Ergebnisse eine zentrale Rolle. Die Prozesskoordination merkte im Interview an, dass die Gesundheitskonferenzen vor allem in Kombination mit den Arbeitsgruppen so erfolgreich waren, da in den Arbeitsgruppen konkrete Ergebnisse erzielt wurden. Z. B. wurden kostenlose Schwimmkurse eingeführt, da viele Kinder nicht schwimmen konnten, oder es wurden Kleingruppen zur Sprachförderung in Kitas mit größerem Migrationsanteil eingeführt. Weitere erfolgreich eingeführte Maßnahmen waren Lesepatenschaften an Kitas mit Seniorinnen und Senioren, die auf Seniorentreffen gewonnen wurden, und Fachtage und Fortbildungen zur Sprachförderung für pädiatrische Fachkräfte. Durch diese erzielten Ergebnisse wurde einerseits die Motivation der beteiligten Akteurinnen und Akteure aufrechterhalten, andererseits diente es auch dazu, die Fortführung der Maßnahmen zu legitimieren und entsprechende finanzielle Mittel durch den Kreisrat bereitgestellt zu bekommen. Wichtig war auch, die Ergebnisse über die Gesundheitskonferenzen hinaus sichtbar zu machen. Durch Öffentlichkeitsarbeit wurde die Bekanntheit der Strukturen und die daraus etablierten Maßnahmen innerhalb der Verwaltung, der Politik und in der breiteren Öffentlichkeit erhöht. Diese Sichtbarkeit trug wesentlich dazu bei, Erfolge nachvollziehbar zu machen, die Legitimation der Gesundheitskonferenz und der Arbeitsgruppen zu stärken und sorgte für Anerkennung für das Engagement der Mitwirkenden.

Externe Perspektive der Prozessbegleitung

Die externe Prozessbegleitung stellte einen wichtigen unterstützenden Faktor für die Qualität des Strukturaufbaus dar. Durch die fachliche und methodische Unterstützung durch die Prozessbegleitung wurde die Prozesskoordination insbesondere bei der Planung und Weiterentwicklung der Gesundheitskonferenz sowie der Arbeitsgruppen unterstützt. Die Prozessbegleitung war vor allem bei den Gesundheitskonferenzen aktiv eingebunden. Sie trug dazu bei, Beteiligungsformate zielgerichtet zu gestalten, Diskussionen zu strukturieren und Ergebnisse klar herauszuarbeiten, wodurch die Arbeitsprozesse effizienter und für die Teilnehmenden nachvollziehbarer wurden. Die externe Sichtweise der Prozessbegleitung wurde von der Prozesskoordination als sehr hilfreich wahrgenommen. Aufgrund der positiven Erfahrungen wurde die Prozessbegleitung auch

nach Ende der Förderung weiter in Anspruch genommen und durch die Kommune selbst finanziert.

Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse

- Im Landkreis Ostholstein wurden durch die Förderung nachhaltige Steuerungsstrukturen für Gesundheitsförderung und Prävention aufgebaut, insbesondere durch die Etablierung und politische Verankerung von zielgruppenspezifischen Gesundheitskonferenzen und Arbeitsgruppen.
- Zentrale Erfolgsfaktoren waren das hohe Engagement der Prozesskoordination, die Unterstützung durch den Kreistag sowie die Möglichkeit, konkrete Maßnahmen in Arbeitsgruppen umzusetzen und sichtbar zu machen.

Fallbeispiel 6: Nachhaltige Entwicklung der Gesundheitsförderung in Worms

Im Folgenden wurde die Förderung des Strukturaufbaus zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Stadt Worms vorgestellt. Die Darstellung des Fallbeispiels basierte auf Online-Befragungen, Dokumentenanalysen und einem leitfadengestützten Interview mit der Prozesskoordinatorin und der Leitung der Fachstelle für Senioren und Inklusion, wo die Stelle der Prozesskoordination angesiedelt war. In der Stadt Worms trugen u. a. die frühzeitige Verstetigung der Stelle der Prozesskoordination, gute Vernetzung und sichtbare Erfolge zu der Schaffung nachhaltiger Strukturen bei.

Kurzvorstellung

- Worms ist eine kreisfreie Stadt in Rheinland-Pfalz
- Die Stadt hat ca. 90.000 Einwohnerinnen und Einwohner auf einer Fläche von ca. 110 km², was einer Bevölkerungsdichte von ca. 800 Einwohnerinnen und Einwohnern pro km² entspricht
- Das Förderprojekt lief von August 2020 bis September 2026
- Im Rahmen der Förderung wurden ein regelmäßig tagender Lenkungsausschuss sowie ein Steuerungskreis und drei Arbeitskreise neu aufgebaut, etabliert und verstetigt[53]

Dauerhaft sichergestellte Prozesskoordination und intensive Vernetzung als Grundlagen des Strukturaufbaus

Besonders förderlich war in Worms, dass die Stelle der Prozesskoordination bereits zu Beginn des Förderprojekts unbefristet eingerichtet wurde. Schon während der Antragstellung für die Förderung wurde in den kommunalen Gremien festgelegt, dass im Antrag eine unbefristete Stelle enthalten sein muss. Diese frühzeitige Entscheidung schuf Planungssicherheit und die Möglichkeit, langfristige Entwicklungen anzustreben. Laut dem Interview mit der Prozesskoordinatorin und ihrer Abteilungsleitung war diese dauerhafte Stelle die wichtigste Grundlage für alle weiteren Strukturen.

[53] Stadt Worms 2026.

Ein weiterer wichtiger Faktor für den Aufbau und die nachhaltige Stabilität der Steuerungsstrukturen in Worms ist die gute Vernetzung der Prozesskoordination. Die Aufgaben der Prozesskoordination waren organisatorisch in der Fachstelle für Senioren und Inklusion im Ressort Soziales, Jugend und Wohnen verankert, wodurch eine kontinuierliche Unterstützung innerhalb der Fachstelle gewährleistet war. Darüber hinaus erhielt die Prozesskoordination beim Aufbau der Gremien Unterstützung durch den zuständigen Dezernenten, welcher sie zu Beginn zu verschiedenen Einrichtungen wie Kliniken und Wohlfahrtsverbänden begleitete und somit die Gewinnung zentraler Akteure erheblich erleichterte. Im Interview berichtete die Prozesskoordination, dass sie sowohl innerhalb der Verwaltung als auch extern bekannt und akzeptiert sei, und dass dies wesentlich zum Aufbau der Strukturen beigetragen habe.

Dreistufige Steuerungsstruktur mit klarer Arbeitsteilung und Verzahnung

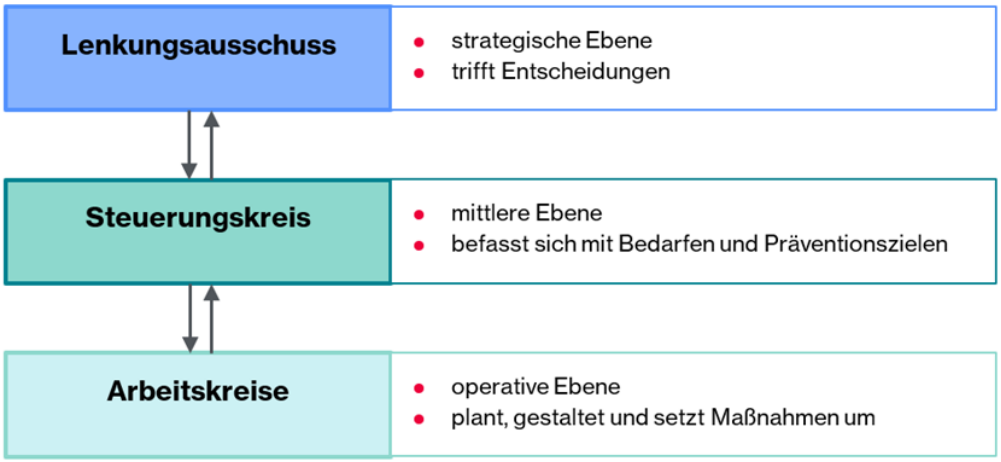
Die Steuerungsstrukturen in Worms wurden mithilfe der Förderung vollständig neu aufgebaut und zeichnen sich durch eine klare dreistufige Organisation aus, bestehend aus einem Lenkungsausschuss, einem Steuerungskreis und drei Arbeitskreisen, die jeweils unterschiedliche Funktionen übernehmen und in unterschiedlichen Rhythmen tagen. Diese sind in Abbildung 59 dargestellt.

Der Lenkungsausschuss bildete die strategische Ebene und kam einmal jährlich zusammen. Hier wurde u. a. ein Leitbild entwickelt, in dem als Ziel definiert war, gemeinsam Strukturen zu schaffen, die allen Bürgerinnen und Bürgern ein gesundes Leben in Worms ermöglichen. Der Stand der Erreichung dieses Ziels wurde regelmäßig überprüft. Im Lenkungsausschuss waren vor allem Akteure der kommunalen Verwaltungsspitze, leitende Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsversorgung, der Krankenkassen sowie der freien Wohlfahrtspflege vertreten.

Der Steuerungskreis befasste sich mit Bedarfen und Präventionszielen auf Basis von Ergebnissen der Arbeitskreise sowie Beiträgen der Prozesskoordination. Dieser tagte zweimal pro Jahr und dient als Bindeglied zwischen Lenkungsausschuss und Arbeitskreisen. Im Steuerungskreis wirkten überwiegend Fach- und Leitungskräfte aus der kommunalen Verwaltung, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, der Gesundheitsversorgung, den Krankenkassen sowie den Wohlfahrtsverbänden mit.

Auf der operativen Ebene arbeiteten mehrere Arbeitskreise (zum Zeitpunkt der Erhebung drei), die sich themenspezifisch mit der Entwicklung und Umsetzung konkreter Maßnahmen befassen und in deutlich kürzeren Abständen, meist vierteljährlich oder bei Bedarf häufiger, zusammenkamen. Die Arbeitskreise waren offen für Fachkräfte aus den themen- und zielgruppenbezogenen Arbeitsbereichen. So beteiligten sich etwa im Arbeitskreis „Gesundheit und Klima“ die kommunale Fachverwaltung, Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung und aufsuchenden Versorgung sowie einer zivilgesellschaftlichen Mobilitätsorganisation. Im Arbeitskreis „Bewegung“ wirkten kommunale Fachkräfte der Gesundheitsförderung und Bewegungskoordination, Einrichtungen der Seniorenarbeit sowie Ehrenamtliche zusammen. Im Arbeitskreis „Senioren mit Migrationshintergrund“ waren kommunale Fachstellen für Gesundheitsförderung und Integration, Akteure der aufsuchenden Versorgung, Interessenvertretungen älterer Menschen sowie migrantische Community-Organisationen vertreten. Die Kombination dieser drei Ebenen ermöglichte eine klare Arbeitsteilung, da sie strategische Entscheidungen (Lenkungsausschuss), fachliche Abstimmung (Steuerungskreis) und praktische Umsetzung (Arbeitskreise) strukturell voneinander trennt aber gleichzeitig eng miteinander verzahnt.

Abbildung 59: Kommunale Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention in Worms



Quelle: Eigene Darstellung Prognos AG

© Prognos AG, 2026

Datengrundlage als Voraussetzung für die Entwicklung bedarfsgerechter Maßnahmen

Eine wichtige Grundlage für die inhaltliche Ausrichtung der Steuerungsstrukturen in Worms bildete die zu Beginn des Projekts durchgeführte umfassende Bedarfsanalyse. Im Rahmen einer repräsentativen Befragung von in Worms in Privathaushalten lebenden Seniorinnen und Senioren ab 60 Jahren wurden 3.200 Personen angeschrieben. Hieraus resultierten 1.183 auswertbare Fragebögen mit Befunden zu deren Bedürfnissen, Erfahrungen und Erwartungen im Bereich Gesundheit und Prävention. Anschließend wurden Workshops und eine Fokusgruppe durchgeführt, um die Ergebnisse der Befragung qualitativ aus der Perspektive von Expertinnen und Experten sowie Fachkräften zu vertiefen. Auf Basis der insgesamt identifizierten zentralen gesundheitsbezogenen Herausforderungen, wurden alle weiteren Maßnahmen systematisch entwickelt. So konnte unter anderem festgestellt werden, dass bestimmte Gruppen, wie ältere Menschen mit Migrationshintergrund, bislang nur unzureichend erreicht wurden. In der Folge wurden die Angebote gezielt niedrigschwellig und kostenfrei gestaltet, um einen möglichst breiten Zugang zu ermöglichen und gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern. Gleichzeitig wurde im Interview deutlich, dass eine fortlaufende evidenzbasierte Steuerung und Anpassung der Maßnahmen in den Steuerungsstrukturen bislang erschwert war, da in Worms bisher keine Gesundheitsberichterstattung etabliert war und die Daten der Sozialraumanalyse nur verzögert vorlagen.

Gemeinsame Ziele und sichtbare Erfolge als Treiber nachhaltiger Strukturen

Die Zusammenarbeit innerhalb der Steuerungsstrukturen in Worms wurde maßgeblich durch gemeinsam entwickelte Ziele geprägt, die von allen Beteiligten getragen wurden. Durch die partizipative Erarbeitung dieser Ziele entstand eine hohe Identifikation der beteiligten Akteurinnen und Akteure mit den Zielen und stärkte deren Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen und sich aktiv in die Umsetzung einzubringen. Umgesetzt wurden z. B. Fahrten mit einer Fahrrad-Rikscha sowie Bewegungsangebote und Vorträge zu gesundheitsrelevanten Themen für Seniorinnen und Senioren. Die sichtbaren Maßnahmen verdeutlichten wiederum den konkreten Nutzen der aufgebauten Strukturen. Die Maßnahmen wurden aktiv nach außen kommuniziert, bspw. in lokalen

Medien, wodurch die Sichtbarkeit der Aktivitäten erhöht und das Thema Gesundheitsförderung stärker im kommunalen Bewusstsein verankert wurde. Zudem trugen die Erfolge der Maßnahmen dazu bei, Teilnehmende langfristig zu halten und die Motivation der Ehrenamtlichen, welche die Maßnahmen durchführen, aufrechtzuerhalten. Laut Interview trug der sichtbare Mehrwert der Maßnahmen dazu bei, die Akteure langfristig zu motivieren.

Kostengünstige Gestaltung der Maßnahmen ermöglicht deren Fortführung

Zwei der angebotenen Maßnahmen (Fahrten mit einer Fahrrad-Rikscha und Bewegungsübungen für ältere Menschen) wurden durch Ehrenamtliche ausgeführt. Nicht nur deren Engagement ermöglichte die Verstetigung dieser Angebote, sondern auch, dass dadurch geringe finanzielle Ressourcen für die Umsetzung der Maßnahmen benötigt wurden. Auch Vorträge für Seniorinnen und Senioren von professionellen Referentinnen und Referenten (aus der geförderten Steuerungsstruktur und dem Netzwerk der Fachstelle für Senioren und Inklusion) wurden von diesen kostenlos angeboten und konnten somit über die Förderung hinaus stattfinden. Allerdings führten limitierte finanzielle Mittel auch in Worms zu Einschränkungen: die angebotenen Maßnahmen konzentrieren sich bislang nur auf die Zielgruppe der älteren Menschen, für Angebote für weitere Altersgruppen fehlen bisher die dafür notwendigen finanziellen Mittel.

Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse

- In der Stadt Worms zeigt sich, dass eine von Beginn an unbefristete Stelle der Prozesskoordination die zentrale Grundlage für den nachhaltigen Strukturaufbau bildete, da sie Planungssicherheit schuf.
- Die gute institutionelle Einbindung und Vernetzung der Prozesskoordination innerhalb der Verwaltung sowie mit externen Akteuren erleichterte den Aufbau tragfähiger Strukturen in Worms erheblich.
- Die klar aufgebaute dreistufige Steuerungsstruktur trug in Worms maßgeblich dazu bei, dass sowohl die strategische Planung als auch die praktische Umsetzung von Maßnahmen kontinuierlich ineinandergreifen konnten
- Die Entwicklung bedarfsgerechter Maßnahmen auf Basis einer fundierten Bedarfsanalyse sowie sichtbare Ergebnisse und gemeinschaftlich getragene Ziele stärkten die Motivation der Akteure und förderten die langfristige Stabilität der Strukturen und Maßnahmen in Worms.

8.2 Fallbeispiele für kommunale Planung

Evaluationsthemen und Erhebungen

Die Fallbeispiele stellten exemplarisch Förderprojekte in den Kommunen dar und ermöglichten so einen vertieften Einblick in unterschiedlich gestaltete Steuerungsstrukturen, Planungen und Prozesse, wobei der Schwerpunkt dieser Fallbeispiele auf der Planung liegt. Einige der ausgewählten Kommunen zeichneten sich zudem durch besonders positive Resultate der Förderung aus und/oder hatten besonders erfolgreiche Lösungen für die Planung der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt.

Tabelle 24: Übersicht der Fallbeispiele für kommunale Planung

Fallbeispiel	Kommune
Fallbeispiel 7	Evidenzbasierte und partizipative Planung in Aurich
Fallbeispiel 8	Evidenzbasierte und partizipative Planung in Gera
Fallbeispiel 9	Evidenzbasierte und partizipative Planung in Hameln-Pyrmont

Quelle: Eigene Darstellung Prognos AG

© Prognos AG, 2026

Fallbeispiel 7: Evidenzbasierte und partizipative Planung in Aurich

Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse der Interviews mit der Prozesskoordination und der Verantwortlichen für die Gesundheitsberichtserstattung, der Online-Befragung sowie Dokumentenanalysen zeigen, wie fundierte Problem- und Bedarfsanalysen und eine eindeutige Zieldefinition die Basis für evidenzbasierte Planung darstellen.

Kurzvorstellung

- Der Landkreis Aurich liegt in Ostfriesland im Nordwesten Niedersachsens
- Der Landkreis hat rund 192.000 Einwohnerinnen und Einwohner auf einer Fläche von ca. 1.300 km2 und somit etwa 150 Einwohnerinnen und Einwohner je km2
- Das Förderprojekt zum Strukturaufbau startete im April 2020 und endet voraussichtlich im April 2026
- Im Rahmen des Förderprojekts wurde die Steuerungsstruktur für die Gesundheitsförderung und Prävention umfassend weiterentwickelt
- In Aurich wurden im Rahmen der Förderung, neben allgemeinen Themen der Gesundheitsförderung, die Zielgruppe Kinder und Jugendliche für gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen ausgewählt[54]

Klare Organisationsstrukturen, transparente Kommunikation und enge Kooperation als Grundvoraussetzungen für Planungsqualität

Die Überarbeitung der Organisationsstruktur, welche im Rahmen der Förderung im Landkreis Aurich stattfand, war die Basis für die Entwicklung der gesundheitsförderlichen Planungen. Zu Beginn wurde erkannt, dass die bestehenden Arbeitsgruppen und Gremien zu Doppelstrukturen führten. Daraufhin wurde der ehemalige kommunalpolitische Ausschuss „Gesundheitsförderung und Prävention“ in den „Ausschuss für Gesundheit und Pflege“ überführt. Diese Umstrukturierung ermöglichte regelmäßige Berichterstattung auf politischer Ebene, was die Gesundheitsförderung und Prävention im Kreisgebiet maßgeblich stärkte. In diesem Gremium war die Koordinierungsstelle als Teilnehmer eingebunden und berichtete u. a. zu den Entwicklungen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Daneben gab es die verwaltungsinterne „Lenkungsgruppe“, bestehend aus dem ersten Kreisrat, dem Amt für Gesundheitswesen, dem Amt für Jugend und Soziales, dem Amt für Schulen und ÖPNV, dem Jobcenter, der Gleichstellungsbeauftragen, dem Amt für Kreisentwicklung, der Kreisvolkshochschule und der Trägergesellschaft der Kliniken Aurich-

[54] Landkreis Aurich 2026.

Emden-Norden. Dieses Gremium traf sich alle 4-6 Monate für einen umfangreichen Sachbericht des Projektprozesses und für strategische Entscheidungen. Die beteiligten Ressorts begegnen Herausforderungen insgesamt kooperativ und die Gruppe sorgte für einen regelmäßigen Informationsaustausch, welcher zusätzlich durch einen monatlichen Newsletter der Koordinierungsstelle gefördert wurde. Die Lenkungsgruppe wurde durch die Koordinierungsstelle organisiert, vorbereitet, moderiert und protokolliert. Maßgeblich für die umfangreichen gesundheitsförderlichen Planungsprozesse waren hier vor allem auch die Unterstützung der Leitung des Amtes für Gesundheitswesen sowie der des Kreisrates. Die Koordinierungsstelle hatte neben ihren Aufgaben in den Gremien eine entscheidende Position, um den Austausch zwischen den Gremien, den Netzwerken und Kooperationspartnern sowie den Arbeitsgruppen zu unterstützen. Daneben war die Pressestelle im Landkreis Aurich ebenfalls aktiv eingebunden, um Erfolge und Fortschritte der Projekte in der Öffentlichkeit und auch intern bekannt zu machen. Diese Transparenz schuf Vertrauen und motiviert Beteiligte, aktiv am Prozess teilzunehmen.

Die Rolle der Prozesskoordination im Hinblick auf Planungsqualität

Die Prozesskoordination gab an, dass es für das Gelingen der Planung gesundheitsförderlicher Aktivitäten entscheidend sei, genügend personelle Ressourcen für diese und weitere koordinierende Aufgaben zur Verfügung zu haben. In Aurich gelang dies, indem der Prozesskoordination eine Vollzeitstelle eingeräumt war und die Zuständigkeit für die Gesundheitsberichtserstattung bei einer anderen Person angesiedelt war. Daneben sei die Zusammenarbeit mit der Gesundheitsberichterstattung essenziell. Zur Maßnahmenplanung und Bedarfsanalyse setzte die Prozesskoordination auf ein Gleichgewicht zwischen klaren Vorgaben und partizipativer Gestaltung. Die partizipative Gestaltung zeigte sich darin, dass relevante Expertinnen und Experten sowie Anlässe im Landkreis aktiv durch die Prozesskoordination aufgesucht wurden, um Anliegen und Probleme zu identifizieren. Gleichzeitig kamen auch Institutionen mit Themen auf die Prozesskoordination zu. Diese wurden dann nach eingehender Recherche und Datenanalysen ggf. in die Planung aufgenommen. Bei der Umsetzung wurde auf klare Vorgaben gesetzt wie z. B. Vorschläge für Plakate oder Pläne zur Aufmachung von Aktionstagen.

Die Rolle der Gesundheitsberichtserstattung im Hinblick auf Planungsqualität

Nach Einführung des Förderprojekts im Landkreis Aurich wurde eine neue Stelle für die Gesundheitsberichtserstattung geschaffen. Ein wesentlicher Teil dieser Stelle bestand zu Beginn darin, die Aufmerksamkeit und Akzeptanz für das Thema Gesundheitsdaten zu erhöhen, und somit das Bewusstsein für die Notwendigkeit einer umfassenden Datenerhebung und -analyse im Landkreis zu stärken. Ein besonders wichtiger Aspekt der Gesundheitsberichtserstattung, der maßgeblich zur Planungsqualität beitrug, war die Zusammenarbeit mit den fachlichen Expertinnen und Experten. Die Gesundheitsdaten wurden stets gemeinsam mit fachlichen Expertinnen und Experten ausgewertet, z. B. wurde eine Kinderärztin bei der Auswertung der Schuleingangsdaten hinzugezogen. So konnten die daraus abgeleiteten Maßnahmen so geplant werden, dass sie den Bedürfnissen der Akteure und der Bevölkerung entsprechen. Neben dem Austausch zwischen der Gesundheitsberichtserstattung und den Akteuren lag ein Erfolgsfaktor auch im Austausch mit Fachkolleginnen und -kollegen aus anderen Kommunen.

Fundierte Problem- und Bedarfsanalysen tragen zu Planungsqualität bei

Im Landkreis Aurich wurde systematisch an die Problem- und Bedarfsanalyse herangegangen. Es wurden sowohl qualitative als auch quantitative Daten gesammelt, um herauszufinden, welche Bedarfe und Bedürfnisse bestanden und welche Problematiken angegangen werden mussten. Hierfür wurden mittels einer Online-Befragung der Bevölkerung etwa 450 Personen befragt, wovon etwa 320 der Teilnahmen zur Auswertung einbezogen wurden. 40 Interviews wurden mit Expertinnen und Experten durchgeführt. Ergänzt wurden die gesammelten Daten mit Erkenntnissen des Pflegeberichts des Amtes für Jugend und Soziales, den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchungen und weiteren eigenen Erhebungen mithilfe der Schulsozialarbeit. Die breite Informationsbasis ermöglichte insgesamt eine evidenzbasierte Planung von Maßnahmen.

Strategische Zielsetzung

Im Landkreis Aurich wurden anhand der Bedarfe klare strategische Ziele abgeleitet, mit der übergeordneten Vision, durch Gesundheitsförderung und Prävention die gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern. Dies erfolgte durch die Koordinierungsstelle mit Unterstützung der durch das GKV-Bündnis bereitgestellten Prozessbegleitung. Es wurden insgesamt fünf übergeordnete Leitziele[55] entwickelt, aus denen im weiteren Verlauf operative und damit kurz- und mittelfristige Ziele abgeleitet wurden. Diese fünf Ziele wurden bei der Auftaktveranstaltung des Förderprojekts in der Kommune vorgestellt. Diese klare Zielsetzung gab Orientierung und trug dazu bei, dass gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen eine klare Ausrichtung hatten.

Planungsqualität durch eine ausgeprägte Zielgruppenorientierung und Einbeziehung der Stakeholder

Im Rahmen der Problem- und Bedarfsanalysen wurde zuerst die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen in den Fokus gerückt. So konnten im ersten Schritt genaue Bedarfe der Zielgruppe ausgemacht wurden. Auch für die konkrete Maßnahmenplanung wurden Schülerinnen und Schüler bei der Themenfestlegung und bei der Konzeptionierung von Projekten einbezogen, wodurch deren Perspektiven und Präferenzen besondere Berücksichtigung fanden. Dabei wurden nicht nur Datenanalysen genutzt, sondern auch Vor-Ort-Gespräche und Beobachtungen durchgeführt, um die tatsächlichen Bedarfe zu ermitteln. Die gleichen Ansätze wurden bei der nachfolgenden Erweiterung der Zieladressanten (z. B. bei Projekten für die Allgemeinheit) berücksichtigt. Ein weiterer wichtiger Aspekt war die regelmäßige Kontaktaufnahme mit Institutionen und die Ansprache von Fachkräften. So wurde sichergestellt, dass sämtliche Blickpunkte einbezogen wurden und sich die beteiligten Akteursgruppen ernst genommen fühlten.

Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse

- Der Landkreis Aurich zeigt insbesondere, wie wichtig fundierte Problem- und Bedarfsanalysen, gefolgt von klarer strategischer Zielsetzung für die Planung von gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen waren.

[55] Landkreis Aurich 2026.

- In Aurich waren die personellen Ressourcen entscheidend für das Gelingen der Planung gesundheitsförderlicher Aktivitäten.

Fallbeispiel 8: Evidenzbasierte und partizipative Planung in Gera

Die Ergebnisse zweier Interviews (Projektkoordination sowie Gesundheitsberichtserstattung und Projektumsetzung), der Online-Befragung sowie Dokumentenanalysen zeigen, wie fundierte Bedarfsanalysen, die Integration von Gesundheitsförderung und Prävention in bereichsübergreifende Steuerungsstrukturen und klare Zielsetzungen und Maßnahmenplanungen zur Planungsqualität der kommunalen Gesundheitsförderung beitrugen.

Kurzvorstellung

- Gera ist eine kreisfreie Hochschulstadt und die drittgrößte Stadt in Thüringen
- Die Stadt hat ca. 96.000 Einwohnerinnen und Einwohner auf einer Fläche von etwa 150 km², somit ca. 620 Einwohnerinnen und Einwohnern pro km²
- Das Förderprojekt zum Strukturaufbau lief von Oktober 2020 bis September 2025
- Im Rahmen der Förderung wurde die Steuerungsstruktur für Gesundheitsförderung und Prävention, welche bereits vor der Förderung bestand, ausgebaut bzw. weiterentwickelt
- In Gera wurden im Rahmen der Förderung die Zielgruppen Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien sowie Erwachsene in der späten Erwerbsphase (45 bis 67 Jahre), jüngere Alte (48 bis 79 Jahre) und Erwachsene im höheren Alter (ab 80 Jahre) für gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen ausgewählt
- Weitere Hintergrundinformationen zur Planung und Steuerung von Gesundheitsförderung in der Stadt Gera können der Website[56] sowie dem integrierten kommunalen Sozialplan 2024-2028[57] der Stadt Gera entnommen werden

Vorhandene Strukturen als Fundament für die erfolgreiche Planung

Die gesundheitsförderlichen Planungsprozesse in Gera wurden durch bereits etablierte Steuerungs- und Planungsstrukturen begünstigt. Gesundheitsförderung und Prävention gehörten schon vor Beginn des Förderprojekts zu den Aufgaben des Amtes für Gesundheit und Versorgung und waren bereits in früheren Sozialplänen der Stadt verankert. Der integrierte Sozialplan[58] diente dabei als strategische Grundlage, um gesundheitsförderliche Maßnahmen verbindlich in kommunale Prozesse einzubetten. Das Förderprojekt entwickelte die Gesundheitsförderung auf dieser Basis systematisch weiter: Durch die Förderung konnte der integrierte Sozialplan fachlich weiterentwickelt werden, sodass Gesundheitsförderung und Prävention darin einen höheren Stellenwert bekamen.

Ganzheitlicher Ansatz durch Integration in kommunale Strukturen und Querschnittsarbeit

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor des Förderprojekts in Gera war, dass Gesundheitsförderung nicht als isolierte Aufgabe verstanden wurde, sondern als Querschnittsaufgabe. Durch die Verankerung

[56] Stadt Gera 2026a und Stadt Gera 2026b.
[57] Stadt Gera 2023.
[58] ebd.

von Gesundheitsförderung im integrierten Sozialplan konnte die Gesundheitsförderung in alle relevanten kommunalen Handlungsfelder eingebunden werden – von Sozialarbeit und Quartiersentwicklung über Klimaschutz bis hin zur Digitalisierung. So konnte Gesundheitsförderung auch in Bereichen wie dem Bauamt, dem Jugendamt, oder dem Sozialamt mitgesteuert werden. Daneben waren auch das Netzwerk „Gesunde Kommune" und die Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung für die Zielgruppe der älteren Menschen wichtig, um Maßnahmen in unterschiedlichen Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger zu planen und umzusetzen. Dieser ganzheitliche Ansatz ermöglichte, Gesundheitsförderung und Prävention nicht auf Einzelangebote zu reduzieren, sondern strukturell und nachhaltig in die Stadtentwicklung zu integrieren.

Fundierte Bedarfsanalyse und Nutzung vielfältiger Datenquellen als Basis für die Planung

Das Förderprojekt in Gera stützt sich auf eine breite Datenbasis. Neben Bundes- und Landesstatistiken sowie eigenen Daten der Stadtverwaltung, wurden auch vor und während des Projekts Daten generiert, die als Grundlage zur Planung der Maßnahmen dienten. Dazu gehörte z. B. eine Familienbefragung sowie Fokusgruppen und Interviews mit älteren Menschen. Zudem wurden die Teilnehmenden einer der gesundheitsfördernden Angebote (AGATHE-Cafés[59]) dort vor Ort befragt und kleinere Befragungen wurden durch die jeweiligen Stadtteilbüros durchgeführt. Wichtig war auch der Austausch mit anderen Kommunen – deren Erfahrungen dienten als Datengrundlage für die Planung eigener Maßnahmen.

Klare Zieldefinition und kontinuierliche Evaluation anhand eines Maßnahmenplans

Im Rahmen der Förderung wurde ein Maßnahmenplan entwickelt, mit Fokus auf Gesundheitsförderung von älteren Menschen. Dieser Plan stützt sich auf Bedarfsanalysen, die vor und während der Umsetzung der Maßnahmen durchgeführt wurden. In dem Plan waren Ziele eindeutig definiert, entsprechende Maßnahmen geplant, und ein Zeitplan festgelegt. Eine solche Planung befasste sich bspw. mit dem Thema Hitze und ältere Menschen. Dabei wurden Maßnahmen, wie Information der Bevölkerung, Warnung auf der städtischen Website und ein Flyer zum Thema Hitzeprävention für die Zielgruppe geplant. Ein weiteres Beispiel befasste sich mit dem Thema Digitalisierung und ältere Menschen. Dabei wurden Maßnahmen geplant, um älteren Menschen den Umgang mit z. B. gewissen Apps, der elektronischen Gesundheitskarte, oder der Teilnahme an einer digitalen Sprechstunde zu vermitteln. Die Maßnahmen wurden regelmäßig evaluiert, dabei war besonders wichtig, ob diese durch die Zielgruppe angenommen wurden. Auf Grundlage dessen wurden die Maßnahmen entweder beibehalten, angepasst oder abgeschafft. Diese regelmäßige Evaluation unterstützte somit umsetzungsbegleitend die zielgruppengerechte Ausrichtung der Maßnahmen.

Strukturierte und verbindliche Planung mithilfe der Prozesskoordination

Die im Rahmen des Förderprojekts geschaffene Personalstelle für die Prozesskoordination spielte in Gera eine zentrale Rolle für die Qualität der Planung. Durch die Prozesskoordination

[59] „AGATHE – älter werden in der Gemeinschaft" ist eine Initiative der Stadt Gera die sich an ältere Menschen richtet, die allein in ihrem Haushalt leben. Im Rahmen der Initiative unterstützen AGATHE-Fachkräfte ältere Menschen, damit diese sich weniger einsam fühlen und Teil der Gemeinschaft werden. Diese Beratung findet einmal wöchentlich statt, und es werden weitere Veranstaltungen für Seniorinnen und Senioren im Rahmen der AGATHE Initiative angeboten (OTEGAU Arbeitsförder- und Berufsbildungszentrum GmbH Ostthüringen/ Gera 2026).

waren mehr Ressourcen und mehr Fachwissen für Gesundheitsförderung und Prävention verfügbar. Die Prozesskoordination stellte sicher, dass verschiedene Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention systematisch miteinander verknüpft wurden. Zudem trug die Koordination zu kürzeren Abstimmungswegen zwischen Gesundheitsberichterstattung, Sozialplanung und weiteren Fachbereichen bei. Auch im Stadtrat konnte die Prozesskoordination nach eigener Einschätzung den Gedanken der Gesundheitsförderung besser verankern als zuvor.

Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse

- Die Stadt Gera zeigt insbesondere, dass fundierte Bedarfsanalysen und klare Maßnahmenplanung anhand konkreter Ziele maßgeblich zur Planungsqualität beitrugen.
- In Gera zeigt sich zudem, dass die Integration von Gesundheitsförderung und Prävention in bereichsübergreifende Steuerungsstrukturen zu einer nachhaltigen Integration dieser Themen in die Stadtentwicklung beitragen konnte.

Fallbeispiel 9: Evidenzbasierte und partizipative Planung in Hameln-Pyrmont

Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse von zwei Interviews, mit Vertretungen der Gesundheitsregion Hameln-Pyrmont (Prozesskoordination) und einem Teilnehmenden des Runden Tisch Gesundheitskompetenz, der Online-Befragung sowie Dokumentenanalysen zeigen, dass der Landkreis Hameln-Pyrmont die Planung und Steuerung von Gesundheitsförderung partizipativ gestaltet. Die Zielgruppe wurde dort durch frühzeitige Planung, direkte Ansprache, Offenheit und Transparenz, Kommunikation auf Augenhöhe, und die Einbindung von Netzwerken und Multiplikatoren aktiv eingebunden.

Kurzvorstellung

- Der Landkreis Hameln-Pyrmont mit Kreisverwaltung in Hameln liegt im Süden von Niedersachsen
- Der Landkreis hat rund 150.000 Einwohnerinnen und Einwohner auf einer Fläche von fast 800 km² und somit eine Bevölkerungsdichte von ca. 200 Einwohnerinnen und Einwohnern pro km²
- Das Förderprojekt zum Strukturaufbau lief von Juli 2020 bis September 2025
- Durch das Förderprojekt zum Strukturaufbau konnten die Aktivitäten der Gesundheitsregion Hameln-Pyrmont, die bereits vor dem Projekt bestand, thematisch erweitert werden
- In enger Zusammenarbeit mit der Gesundheitsregion Hameln-Pyrmont wurden Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz entwickelt sowie ein Runder Tisch Gesundheitskompetenz mit Multiplikatoren für Gesundheitskompetenz initiiert
- In Hameln-Pyrmont wurden auf Grundlage einer Bevölkerungsumfrage im Landkreis die Zielgruppen werdende und junge Familien mit Kindern, junge Erwachsene (18 bis 25 Jahre) und Erwachsene in der frühen und mittleren Erwerbsphase (26 bis 44 Jahre) für gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen ausgewählt

- Weitere Hintergrundinformationen zur partizipativen Struktur in der Gesundheitsförderung in Hameln-Pyrmont können der Website und der darauf enthaltenen Projektbeschreibung zum Projekt „Stärkung der Gesundheitskompetenz“ entnommen werden[60]

Rolle und Qualifikation der Prozesskoordination für gelingende Partizipation

Im Landkreis gibt es die Gesundheitsregion Hameln-Pyrmont, welche Teil der Gesundheitsregionen Niedersachsens ist. In dieser Geschäftsstelle, welche dem Gesundheitsamt zugeordnet war, arbeiteten zum Zeitpunkt der Erhebung drei Personen, die für die kommunale Gesundheitsförderung im Landkreis zuständig waren. Sie waren im Bereich Gesundheitswissenschaften, -management und Prävention qualifiziert. Neben Leidenschaft und Interesse für das Thema Gesundheitsförderung sehen sie ihr Studium zu Methoden und diverse Fortbildungen als Faktoren für gelingende Partizipation in der Gesundheitsförderung und Prävention. Eine der drei Personen übernimmt die Stelle der Prozesskoordination, die Anstellung erfolgte im Rahmen der Förderung und wurde inzwischen verstetigt. Die Stelle wird zukünftig aus kommunalen Mitteln finanziert. In Hameln-Pyrmont herrscht eine hohe personelle Kontinuität für das Thema der Gesundheitsförderung und Prävention.

Bestehende Strukturen und Kontakte nutzen

Bereits vor Beginn der Förderung gab es im Landkreis ein Koordinierungsgremium, welches vorrangig zu Themen pflegerischer und medizinischer Versorgung tätig war. Mit Beginn der Förderung wurde als neues Ziel, Strukturen für die Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung aufzubauen, verfolgt. Die Teilnehmenden des Gremiums waren das Ressort Senioren, das Ressort Gesundheit, Kommunalpolitikerinnen und -politiker, Vertreterinnen und Vertreter von Krankenkassen und Vertreterinnen und Vertreter der Ärzteschaft, und seit der Förderung zudem die Prozesskoordination des kommunalen Strukturaufbaus. Die neue Koordinierungsstelle konnte hier auf die Netzwerke und Kontakte von bestehenden Kolleginnen und Kollegen zurückgreifen. Das bereits bestehende Koordinierungsgremium wurde weiterhin auf Entscheidungsebene genutzt und im Rahmen der Förderung mit dem Runden Tisch für Gesundheitskompetenz erweitert.

Breite Bedarfsanalyse, um Zielgruppen und Multiplikatoren zu identifizieren

Im Rahmen einer Online-Befragung wurden die Bedarfe der Bevölkerung zum Thema Gesundheitskompetenz abgefragt. An der Befragung nahmen ca. 2.400 Personen im Landkreis teil. Die Ergebnisse zeigen, dass besonders junge Erwachsene und junge Familien einen Bedarf bezüglich der Gesundheitskompetenz hatten. Zudem wurden Ärztinnen und Ärzte und Apothekerinnen und Apotheker als relevante Multiplikatoren identifiziert, weil diese wichtige Informationslieferanten für die primären Zielgruppen sind. Entsprechend der Befragungsergebnisse wurde der Fokus auf die Zielgruppe der jungen Erwachsenen und jungen Familien gelegt sowie eine Zusammenarbeit mit den identifizierten Multiplikatoren angestrebt.

[60] Gesundheitsregion Hameln-Pyrmont 2026.

Partizipation im Rahmen der Steuerungsstruktur

Im Rahmen der Förderung wurde der „Runde Tisch Gesundheitskompetenz“ etabliert. Hier waren relevante Akteurinnen und Akteure vertreten. Dies umfasste das Jobcenter, ein Klinikum, eine Apothekerin, den Kreissportbund, das Quartiersmanagement, das Jugendamt sowie im Bedarfsfall weitere Akteurinnen und Akteure, die je nach thematischem Schwerpunkt zu den Treffen eingeladen wurden. Die Zielgruppen selbst wurden über diese und weitere Multiplikatoren erreicht. Durch die Einbindung der Multiplikatoren waren die Bedarfe der Zielgruppe besser bekannt, wodurch Entscheidungen am Runden Tisch leichter getroffen werden konnten. Am Runden Tisch wurde z. B. der Fragebogen des Health Literacy Survey Germany (HLS-GER 2)[61], welcher für die Online-Befragung zur Gesundheitskompetenz in Hameln-Pyrmont genutzt wurde, intensiv diskutiert. Zudem wurden im Rahmen des Runden Tisches Zielgruppen und Handlungsbedarfe festgelegt für folgende Austauschrunden.

In der Online-Befragung zum Thema Gesundheitskompetenz wurden die Teilnehmenden dazu befragt, ob sie bereit wären, in einer Austauschrunde für Bürgerinnen und Bürger des Landkreises mitzuarbeiten, in denen sie zu Gesundheitsthemen diskutieren konnten. Daraus resultierten drei Austauschtermine für interessierte Bürgerinnen und Bürger, in denen niedrigschwellige Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz geplant wurden. Eine dieser Gruppen bestand seitdem dauerhaft an der u. a. ein Arzt teilnimmt, der durch seine Multiplikatoren-Rolle wichtige Beiträge leisten konnte. In diesen Austauschrunden entstanden bspw. durch Worldcafés[62] Ideen und konkrete Gestaltungsvorschläge für Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz. Beispiele waren ein Kochkurs mit einer Ernährungsberaterin, die Beschilderung von Wanderrouten und ein durch Bürgerinnen und Bürger moderierter Podcast. Die beteiligten Bürgerinnen und Bürger meldeten zurück, dass sie sich aufgrund des partizipativen Vorgehens als Teil des Projekts fühlten und ihre Ideen berücksichtigt würden.

Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse

- Der Landkreis Hameln-Pyrmont zeigt, dass die Partizipation der Zielgruppe durch mehrfache bzw. regelmäßige Ansprache gelingen konnte.
- Offenheit, Transparenz, die Zusammenarbeit auf Augenhöhe und die Einbindung von Netzwerken und Multiplikatoren zur Ansprache der Zielgruppe unterstützten in Hameln-Pyrmont das partizipative Vorgehen bei der kommunalen Gesundheitsförderung.

8.3 Fallbeispiele für zielgruppenspezifische Interventionen

Evaluationsthemen und Erhebungen

Die Fallbeispiele dienen der exemplarischen Darstellung von geförderten zielgruppenspezifischen Interventionen in den Kommunen und ermöglichen einen vertieften Einblick in unterschiedlich gestaltete Projektstrukturen, Planungen und Maßnahmen. Einige der ausgewählten Kommunen wiesen darüber hinaus besonders positive Resultate der Förderung auf und/oder hatten besonders

[61] Schaeffer et al. 2021.
[62] Das World-Café ist eine Workshop-Methode, bei dem Teilnehmende sich mit wenig Anleitung offen zu unterschiedlichen Themen austauschen können.

erfolgreiche Lösungen für spezifische Aufgaben der kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt.

Tabelle 25: Übersicht der Fallbeispiele für zielgruppenspezifische Interventionen

Fallbeispiel	Kommune
Fallbeispiel 10	Interventionen für Kinder und Eltern aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien in Trier
Fallbeispiel 11	Interventionen für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien in Verden
Fallbeispiel 12	Interventionen für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien in Charlottenburg-Wilmersdorf in Berlin
Fallbeispiel 13	Interventionen für ältere Menschen in Erlangen
Fallbeispiel 14	Interventionen für ältere Menschen in Chemnitz

Quelle: Eigene Darstellung Prognos AG

© Prognos AG, 2026

Fallbeispiel 10: Interventionen für Kinder und Eltern aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien in Trier

„Die Gesundheitswerkstatt“ richtete sich als zielgruppenspezifische Intervention an Kinder und deren sucht- oder psychisch belastete Eltern in Trier. Die Darstellung des Projekts basiert auf einem leitfadengestützten Interview mit der Projektkoordination, Online-Befragungen sowie Dokumentenanalysen. Anhand der Erfahrungen der Kommune wird deutlich, dass die Erreichung der Zielgruppe umfangreiche Rekrutierungsarbeit erforderte, niedrigschwellige Evaluationen der Maßnahmen zur Qualitätssicherung beitrugen, und die Verstetigung mithilfe bestehender Strukturen funktionieren konnte.

Kurzvorstellung

- Trier ist eine kreisfreie Stadt in Rheinland-Pfalz
- Die Stadt hat ca. 105.000 Einwohnerinnen und Einwohner auf einer Fläche von ca. 115 km², was einer Bevölkerungsdichte von ca. 890 Einwohnerinnen und Einwohnern pro km² entspricht
- Das Förderprojekt lief von Juli 2021 bis Dezember 2025
- Im Rahmen der Förderung wurde die zielgruppenspezifische Intervention „Die Gesundheitswerkstatt“ für Kinder und Eltern aus psychisch- oder suchtbelasteten Familien durchgeführt[63]

Spezifische Gruppenangebote je nach Kindesalter bzw. Familienphase

Drei kostenlose Gruppenangebote für Kinder und deren sucht- oder psychisch belastete Eltern wurden etabliert, die sich am Alter der Kinder orientierten. Die erste Gruppe „Eltern sein“ richtete sich an werdende Eltern oder Eltern mit Baby im ersten Lebensjahr. Die zweite Gruppe

[63] FamilienApp Trier 2026.

„Krabbelkinder“ war an Eltern zusammen mit deren Kindern im Kleinkindsalter gerichtet. Die dritte Gruppe „ZwergRiesen“ für ältere Kinder und deren Eltern umfasste auch teilweise separate Aktivitäten für die Eltern und Kinder. Die Aufteilung der Gruppen erwies sich als vorteilhaft, da die Bedürfnisse der Kinder und damit auch der Beratungs- und Informationsbedarf der Eltern je nach Lebensphase sehr unterschiedlich waren. So konnten je Gruppe altersspezifische Themen gezielt angesprochen werden und Eltern in vergleichbaren Lebenssituationen konnten voneinander profitieren. In der Gruppe „ZwergRiesen“, in der Eltern und Kinder getrennte Angebote erhielten, hatten die Eltern viel Raum für sich, um Themen ohne die Anwesenheit der Kinder tiefgehend anzusprechen. Zudem konnten in dieser Gruppe die Kinder mittels Psychoedukation angesprochen werden, was bei Säuglingen und Kleinkindern noch nicht möglich gewesen wäre.

Nutzung vorhandener Kontakte und vertrauter Räumlichkeiten für die Erreichung der Zielgruppe

Die Personalstelle für die Projektkoordination war beim Caritasverband Trier e. V. angesiedelt, der ebenfalls Anbieter einer Familienberatungsstelle und gemeindepsychiatrischer Leistungen war. Zusätzlich war dieser Träger in der Gemeinwesenarbeit aktiv und verfügte auch über die Trägerschaft für einzelne Kindertagesstätten sowie Kita- und Schulsozialarbeit. Somit verfügte der Träger selbst bereits über Kontakte zu der Zielgruppe, welches den Zugang zu dieser im Projekt ermöglichte. Außerdem war auch das bestehende Netzwerk mit anderen Trägern sinnvoll und notwendig für die Zielgruppenerreichung. Die im Projekt genutzten Räumlichkeiten wurden gezielt unter Berücksichtigung von Sozialraumaspekten ausgesucht. Dies waren z. T. Räumlichkeiten des Trägers selbst oder von Kooperationspartnern des Projekts. Die Räumlichkeiten waren dadurch möglichst leicht erreichbar und z. T. in der Zielgruppe bereits bekannt, wodurch die Teilnahme an den Angeboten erleichtert wurde. Die Räumlichkeiten konnten auch nach der Förderung weiter genutzt werden.

Persönliche, kontinuierliche Rekrutierungsarbeit zur Förderung der Teilnahme

Die Kooperation mit dem Träger, der bereits über Kontakte zur Zielgruppe verfügte, ermöglichte die Kontaktaufnahme mit der Zielgruppe. Um die Eltern für die Teilnahme an den Gruppenangeboten zu gewinnen waren darüber hinaus teilweise vertraute Schlüsselpersonen sowie kontinuierliche Kommunikation und Motivation erforderlich. Insbesondere die Erreichung der Schwangeren und Familien mit Neugeborenen erwies sich als schwierig. Das wurde damit begründet, dass Schwangerschaft und Geburt grundsätzlich kritische Lebensereignisse sind, die ein hohes Maß an Copingstrategien erfordern und häufig als überfordernd erlebt werden. Dies betrifft psychisch instabile Menschen in besonderem Maße. Bei dieser Zielgruppe herrscht zum einen die Unsicherheit, den Herausforderungen des Elternseins gewachsen zu sein und die Sorge, dass seitens des Jugendamtes Zweifel auftreten könnten. Da die Teilnahme an einer Gruppe die Probleme „öffentlich“ machte, war dafür sehr viel Vertrauen in das Angebot notwendig. Dieses Vertrauen konnte erst aufgebaut werden, sobald ein erster vertrauter Kontakt entstanden war. Entscheidend für die erfolgreiche Rekrutierung war hier die Beziehung zu einer vertrauten Schlüsselperson. Dabei handelte es sich um eine Hebamme, die diese Eltern ohnehin betreute, unabhängig vom Gruppenangebot, und zudem das Angebot leitete. Es nahmen ausschließlich werdende Eltern oder Eltern mit Baby im ersten Lebensjahr am Gruppenangebot teil, die die Hebamme zuvor bereits persönlich kannten. Zudem zeige sich in allen drei Gruppen, dass die kontinuierliche Teilnahme der Familien an den Angeboten aktiv gefördert werden musste. Die Angebote mussten sehr verlässlich

gestaltet werden, d. h. es benötigte einen vertrauten Ort, eine regelmäßige Zeit und konstante Begleitpersonen. Zudem waren regelmäßige Einladungen und Erinnerungen für eine kontinuierliche Teilnahme erforderlich.

Regelmäßige, niedrigeschwellige Qualitätssicherung und Evaluation der Maßnahmen

Um die Qualität der Maßnahmen sicherzustellen, wurde eine niedrigschwellige, praxisnahe Evaluation umgesetzt. Dies sollte die Teilnehmenden nicht überfordern und gleichzeitig Mitgestaltung ermöglichen. In der „ZwergRiesen"-Gruppe wurden in unregelmäßigen Abständen Feedbackbögen verteilt, wobei darauf geachtet wurde, die Teilnehmenden nicht zu häufig um schriftliche Rückmeldungen zu bitten. In der „Krabbelkinder"-Gruppe fand nach jeder Sitzung eine kurze mündliche Abschlussrunde statt, in der Eindrücke und Verbesserungsvorschläge gesammelt wurden. In der Gruppe „Eltern sein" wurde bislang keine Evaluation durchgeführt, da ein Feedbackbogen in der Gruppe zu dem Zeitpunkt als zusätzliche Belastung für die Teilnehmenden eingeschätzt wurde. Die Ergebnisse der „ZwergRiesen"- und der „Krabbelkinder"-Gruppen wurden gemeinsam durch die durchführende Referentin und der Projektleitung reflektiert und bei der inhaltlichen Weitergestaltung des Angebots berücksichtigt. Insgesamt ermöglichte diese niedrigschwellige Vorgehensweise die kontinuierliche Anpassung der Maßnahmen an die Bedarfe der Teilnehmenden.

Erfolgreiche Verstetigung der Maßnahmen

Ein zentraler Erfolgsfaktor für die Verstetigung der Maßnahmen war die Einbettung in bereits bestehende kommunale Strukturen. Obwohl es inhaltlich ein Projekt der Gesundheitsförderung war, war es bei der Kinder- und Jugendhilfe angesiedelt und konnte nach Ablauf der Förderung in die Strukturen der Kinder- und Jugendhilfe integriert werden. Somit konnte über das SGB VIII eine fortlaufende Finanzierung sichergestellt werden. Es war zudem gelungen, das Angebot in den Kinder- und Jugendförderplan der Stadt Trier[64] aufzunehmen, wodurch es strukturell verankert ist und eine verbindliche Grundlage für die kommenden Jahre hat. Auf diesem Wege hatte die Maßnahme auch Gesundheit als Querschnittsthema im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe stärker in den Fokus gerückt. Ein weiterer Erfolgsfaktor für die Verstetigung der Maßnahme war die fortlaufende personelle Verantwortung für das Projekt. Laut Projektleitung brauche es für die Verstetigung Schlüsselpersonen mit dem notwendigen Know-how, welche die Angebote dauerhaft tragen. Zukünftige Personalwechsel könnten daher Herausforderungen darstellen.

Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse

- Die zielgruppenspezifische Intervention für Kinder und Eltern aus psychisch- und suchtbelasteten Familien in Trier zeigt, dass bestehende Kontakte und strategisch ausgewählte Räumlichkeiten den Zugang zu dieser schwer erreichbaren Zielgruppe ermöglichten. Die Motivation zur Teilnahme an Angeboten erforderte darüber hinaus umfassende persönliche und kontinuierliche Rekrutierungsarbeit.

[64] Stadtverwaltung Trier, Jugendamt 2023.

- Eine regelmäßige, niedrigschwellige Evaluation der Angebote bewährte sich als geeignete Vorgehensweise, um die Maßnahmen fortlaufend an die Bedarfe der Teilnehmenden anzupassen.
- Die Einbettung in bestehende kommunale Strukturen, die Verankerung in einem verbindlichen kommunalen Planungsinstrument und die Umsetzung der Maßnahmen durch eine erfahrene Schlüsselperson ermöglichten die Verstetigung der Maßnahme über die Dauer der Förderung hinaus.

Fallbeispiel 11: Interventionen für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien in Verden

Im Folgenden wird das Projekt „Anders – na und?“ vorgestellt, welches sich mit der Zielgruppe Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien im Landkreis Verden widmete. Dazu wurden Ergebnisse des Interviews mit der zuständigen Fachstelle des Projekts, der Online-Befragungen sowie Dokumentenanalysen genutzt. Anhand der Erfahrungen der Kommune zeigt sich, wie wichtig die Unterstützung der Verwaltungsstrukturen des Landkreises, die enge Zusammenarbeit mit Schulen, und ein vorsichtiger Umgang mit sensiblen Themen wie Sucht für eine gelungene Umsetzung waren.

Kurzvorstellung

- Der Landkreis Verden liegt im zentralen Niedersachsen nahe Bremen
- Der Landkreis hat etwa 140.000 Einwohnerinnen und Einwohner auf einer Fläche von ca. 790 km², eine Bevölkerungsdichte von 175 Einwohnerinnen und Einwohnern pro km2
- Das Förderprojekt für die zielgruppenspezifische Intervention lief von Juni 2021 bis Mai 2025
- Das geförderte Projekt „Anders – na und“ richtete sich an die Zielgruppe Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien in Verden
- In dem Projekt wurden Workshops zum Thema Sucht für Kinder der 3. bis 6. Klasse in Schulen angeboten und es wurden Lehrkräfte und Schulsozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter zum Umgang mit Kindern aus suchtbelasteten Familien geschult
- Zusätzlich wurde eine Gruppe für Kinder aus suchtbelasteten und psychisch belasteten Familien eingerichtet

Unterstützung des Projekts durch den Landkreis und Vernetzung mit den Sozialraumteams

Das Projekt „Anders – na und?“ wurde durch die Fachstelle Sucht und Suchtprävention geplant, koordiniert, und durchgeführt. Dabei war die Unterstützung durch den Landkreis eine wichtige Grundlage des Projekts. Von Beginn an zeigte der Landkreis großes Interesse und Offenheit gegenüber der Initiative, was dazu führte, dass das Projekt nicht nur finanziell, sondern auch strategisch priorisiert wurde. Schon vor dem Projekt war die Beziehung der Fachstelle Sucht zum Landkreis gut, da der Landkreis die fachlich fundierte Arbeit der Fachstelle Sucht schätzte. Dadurch entstand ein hohes Maß an Glaubwürdigkeit und Transparenz, wodurch sowohl die Präventionsarbeit generell und das Projekt im Landkreis priorisiert wurde. Auch über die Projektlaufzeit hinaus wurden Teilaspekte des Projekts fortgesetzt. Zudem war die Fachstelle Sucht auch gut mit den Sozialraumteams vernetzt. Der regelmäßige Austausch im Sozialarbeiterkreis erhöhte die

Sichtbarkeit und Wirksamkeit des Projekts. Ohne diese strukturelle Verankerung wäre die nachhaltige Umsetzung und Wirkung des Projekts deutlich schwieriger gewesen.

Enge Zusammenarbeit mit Schulen und sensibler Umgang mit der Zielgruppe

Die Kooperation mit Schulen war ein entscheidender Erfolgsfaktor, da sie direkten Zugang zur Zielgruppe ermöglichte. Schulen boten einen vertrauten und sicheren Raum, in dem Kinder erreicht werden konnten. Eine der größten Herausforderungen bestand darin, Kinder aus suchtbelasteten Familien zu identifizieren, da sie ihre Situation häufig verbergen. In den Schulen konnten diese Kinder erreicht werden, ohne sich zwingend sichtbar zu machen. Die angebotenen Workshops zum Thema Sucht fanden in den Schulklassen statt, sodass alle Kinder teilnahmen. Zudem wurden Lehrkräfte und Schulsozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter zum Thema Sucht sensibilisiert und zum Umgang mit Kindern aus suchtbelasteten Familien geschult. Durch die bestehenden guten Beziehungen der Fachstelle Sucht zu Lehrkräften und Schulsozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern konnte das Projekt schnell implementiert werden. Lehrkräfte wurden sensibilisiert, die Bedeutung ihrer Rolle erkannt und als Multiplikatoren eingebunden. Diese enge Verzahnung sorgte dafür, dass Präventionsmaßnahmen nachhaltig im Schulalltag verankert wurden. Die geschulten Multiplikatoren spielten eine wichtige Rolle, da sie das Wissen und die Methoden des Projekts in den Schulalltag integrierten und so die Nachhaltigkeit der Maßnahmen sicherstellten. Bei Bedarf wurden auch über das Projekt hinaus weiterhin Multiplikatorenschulungen angeboten.

Bedarfsorientierung aufgrund von kontinuierlicher Evaluation und Weiterbildung

Obwohl die Zielgruppe nur schwer erreichbar war, wurden vor Planung der Maßnahmen die Kinder, die bereits in der Beratung für Kinder aus suchtbelasteten Familien waren, nach ihren Wünschen und Bedürfnissen gefragt. Zudem wurden nach jeder Schulveranstaltung Evaluationsbögen verteilt, die den Schülerinnen und Schülern die Möglichkeit gaben, anonym Feedback zu geben. Auch in den Gruppen, die speziell für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien angeboten wurden, wurde kontinuierlich mündliches Feedback eingeholt. Zudem nahm die Projektleitung an Fortbildungen teil und engagierte sich in ähnlichen Projekten, wodurch sie Wissen und Erfahrungen sammelte, die dem Projekt zugutekamen.

Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse

- Insgesamt zeigt sich im Projekt „Anders – na und“, dass Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien in ihren Schulen erreicht werden konnten, und dass speziell geschulte Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter oder Lehrkräfte eine wichtige Multiplikatorenrolle in der Erreichung dieser Zielgruppe spielten.
- In Verden war die gute Zusammenarbeit zwischen der Projektkoordination und den Multiplikatoren eine wichtige Grundlage für eine nachhaltige Verankerung des Projekts.

Fallbeispiel 12: Interventionen für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien in Charlottenburg-Wilmersdorf in Berlin

Im Folgenden wird ein Projekt vorgestellt, welches sich der Zielgruppe Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien im Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf in Berlin widmete. Dazu wurden die Ergebnisse des Interviews mit der Prozesskoordination,

der Online-Befragungen sowie Dokumentenanalysen genutzt. Anhand der Erfahrungen des Bezirks zeigte sich, wie wichtig bedürfnisorientierte Planung, Anpassungsfähigkeit der Angebote im Verlauf und Verankerung der Angebote in existierende Strukturen für die Umsetzung waren.

Kurzvorstellung

- Charlottenburg-Wilmersdorf ist ein Bezirk im Westen Berlins
- Der Bezirk hat ca. 340.000 Einwohnerinnen und Einwohner auf einer Fläche von ca. 65 km² und somit eine Bevölkerungsdichte von rund 5.000 Einwohnerinnen und Einwohnern pro km2
- Das Förderprojekt für die zielgruppenspezifische Intervention lief von Mai 2021 bis April 2025
- Im Rahmen der Förderung wurde das Projekt „Sport im Kiez“ zur Gesundheitsförderung und Prävention von Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien geplant und umgesetzt[65]
- In dem Projekt werden wöchentlich kostenlose Sportangebote wie Fußball, Boxen und Tischtennis für Kinder und Jugendliche im Alter von 8 bis 18 Jahren angeboten, bei denen Spaß und das Miteinander im Mittelpunkt stehen.
- Die Angebote werden durch pädagogische Mitarbeitende und Sporttrainerinnen und -trainer begleitet werden

Erfahrung, Expertise und Vernetzung der Projektkoordination

Die Projektkoordination verfügte über fast 30 Jahre Erfahrung in der Suchtberatung und war seit fünf Jahren Suchthilfekoordinator im Bezirk. Diese Erfahrung und Expertise ermöglichten ein tiefes Verständnis für die Bedarfe der Zielgruppe und die typischen Barrieren, wie Stigmatisierung und Angst vor dem Jugendamt. Zudem war die Projektkoordination durch die langjährige Erfahrung sehr gut in den lokalen Verwaltungsstrukturen vernetzt.

Gemeinschaftliche Planung der Maßnahmen

Die Projektkoordination war Teil der Organisationseinheit für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination im öffentlichen Gesundheitsdienst (QPK), bestehend aus sechs Mitarbeitenden aus unterschiedlichen Fachrichtungen (Psychiatrie, Suchthilfe, Gesundheitsförderung, Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung). Diese bot die Möglichkeit, sich untereinander auszutauschen. Zudem wurden die Inhalte der QPK durch die leitende Person in die politische Diskussion eingebracht, wodurch Inhalte nicht unbemerkt blieben. Zudem war die QPK mit anderen Einrichtungen, wie etwa dem Jugendclubring Berlin e. V. als Jugendhilfeträger verknüpft. Die QPK war eine dem Stadtrat für Gesundheit zugeordnete Stabstelle. Sie hatte u. a. die Aufgabe, eine ressortübergreifende Zusammenarbeit der Institutionen, Träger und Körperschaften sicherzustellen, die in den Bereichen der Gesundheitsförderung, der Psychiatrie sowie der Suchthilfe tätig waren. Laut Projektkoordination sei diese enge Zusammenarbeit und Vernetzung ein maßgeblicher Erfolgsfaktor für die Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte in der Kommune.

[65] Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf 2024.

Berücksichtigung von Stigmatisierung und finanziellen Voraussetzungen, um Zielgruppe zu erreichen

Die Zielgruppe Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien war vielfältig und umfasste verschiedene Altersgruppen sowie unterschiedliche Familiensituationen. Genauso heterogen waren auch ihre Interessen und Bedürfnisse. Laut Projektkoordination war es nicht immer einfach zu erkennen, ob ein Kind aus einer suchtbelasteten Familie kam. Oftmals war das Thema Sucht ein Tabu, das in Familien versteckt wurde. Es stellte sich schnell heraus, dass die ursprünglich geplante Zuweisung zu den Angeboten über die Regionaldienste des Jugendamts und die Suchtberatungsstellen nur wenig Teilnehmende brachte. Die Gründe dafür seien laut Projektkoordination sehr vielseitig. Oft würden Eltern aus Sorge keine Hilfe in Anspruch nehmen oder im Beratungsprozess würden die Bedürfnisse der Kinder nicht ausreichend thematisiert. Die Voraussetzung, dass die Eltern bereits in Behandlung sein mussten, damit ihre Kinder an dem Projekt teilnehmen konnten, führte zu einer geringen Reichweite. Das Projekt wurde daraufhin so ausgerichtet, dass alle Kinder und Jugendlichen im Bezirk angesprochen wurden. Das Suchtthema trat dadurch in den Hintergrund und die Teilnahme stieg an. Die Prozesskoordination berichtete, dass die Teilnehmenden fast ausschließlich Kinder und Jugendliche aus sozioökonomisch benachteiligten Familien waren, Kinder und Jugendliche aus sozioökonomisch bessergestellten Familien nahmen die Angebote kaum in Anspruch. Angaben dazu, wie viele der teilnehmenden Kinder tatsächlich aus suchtbelasteten Familien kamen, gab es nicht. Dass ein offener Ansatz mehr Kindern und Jugendlichen der Zielgruppe zugutekommt, sei laut Projektkoordination eine wichtige Erkenntnis gewesen. Laut Prozesskoordination deute dies darauf hin, dass Stigmatisierung weiterhin eine große Hürde darstelle und der „Suchtstempel“ dazu beitrage, dass Angebote weniger wahrgenommen wurden. Außerdem war die Teilnahme an den Angeboten kostenfrei (im Gegensatz zu üblichen Sportvereinen), was laut Projektkoordination einen weiteren Erfolgsfaktor für die Teilnahme darstellte und insbesondere für Kinder und Jugendliche aus benachteiligten Familien relevant sei.

Anpassungsfähigkeit, um auf Bedarfe zu reagieren

Schließlich wurden niedrigschwellige, kostenfreie Sport- und Bewegungsangebote entwickelt, da diese wenig bedeutungsschwer waren und gleichzeitig Resilienz und soziale Kontakte fördern konnten. Neben der Anpassungsfähigkeit in der Planung blieb das Projekt auch im Verlauf flexibel: Wenig besuchte Maßnahmen wie „Mitternachtsfußball“ wurden eingestellt, während neue Formate wie „Bleib am Ball“ oder „Dance for Girls“ eingeführt wurden. Zudem wurden die Angebote so gestaltet, dass die individuellen Bedürfnisse der Teilnehmenden erfasste und berücksichtigt werden konnten. Neben der sportlichen Leitung gab es immer auch eine pädagogische Leitung, dessen Aufgabe es war, die individuellen Situationen der Kinder zu erfassen. Bei Bedarf wäre es möglich gewesen, Kinder an Erziehungsberatungsstellen weiterzuleiten, um ihnen zusätzliche Unterstützung zukommen zu lassen. Auch in den Steuerungsgremien wurde kontinuierlich geprüft, welche Bedarfe bestanden, um gegebenenfalls parallele Zusatzangebote zu schaffen. In der Praxis wurden diese weiterführenden Angebote für die Zielgruppe jedoch weder nachgefragt noch umgesetzt. Die Gründe dafür wurden nicht erfasst. Die niedrigschwelligen, unverbindlichen Sport- und Bewegungsangebote erwiesen sich somit als geeignet, um die Zielgruppe zu erreichen, aber nicht als passender Rahmen für weiterführende individuelle Unterstützung zu den Themen Sucht oder psychische Belastung in der Familie.

Jugendclubs als zentrale Partner

Die Jugendclubs im Bezirk spielten eine Schlüsselrolle für die Umsetzung des Projekts. Sie stellten nicht nur Räume für die Sport- und Bewegungsangebote bereit, sondern boten auch eine vertraute Umgebung, die für die Zielgruppe niedrigschwellig und attraktiv war. Durch ihr kontinuierliches Personal konnten die Jugendclubs Beziehungsarbeit leisten – ein entscheidender Faktor, um Kinder und Jugendliche langfristig zu erreichen. Zudem übernahmen sie organisatorische Aufgaben und sorgten dafür, dass die Angebote regelmäßig und verlässlich stattfanden. Diese Einbindung bestehender Strukturen war in Charlottenburg-Wilmersdorf eine geeignete Basis für die Verstetigung der Angebote nach der Förderung, da außer der Honorare für Trainerinnen und Trainer dauerhaft keine weiteren Kosten getragen wurden müssen.

Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse

- Insgesamt zeigt sich im Projekt „Sport im Kiez“, dass die Zielgruppe Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien dort nicht über institutionelle Strukturen der Suchthilfe erreicht werden konnte. Stattdessen wurden offene Sport- und Bewegungsangebote, die allen Kindern und Jugendlichen offenstanden, umgesetzt. Dadurch nahmen mehr Kinder und Jugendliche teil, wobei aufgrund der Rahmenbedingungen davon ausgegangen wurde, dass ein Teil davon der fokussierten Zielgruppe zugeordnet werden konnte
- Die flexible Umgestaltung des Projekts wurde durch die enge Zusammenarbeit zwischen Akteuren in der Verwaltung und den Akteuren in den Stadtteilen, die nah an der Zielgruppe Kinder und Jugendliche waren, begünstigt. Eine spezifische Erreichung der Zielgruppe Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien wurde dennoch nicht erreicht, was die diesbezüglich großen Herausforderungen illustriert.

Fallbeispiel 13: Interventionen für ältere Menschen in Erlangen

Im Folgenden wurde das Projekt „Gesund älter werden in Büchenbach-Nord“ (GÄWIN) vorgestellt, welches sich der Zielgruppe älterer Menschen in der Stadt Erlangen widmete. Dazu werden Ergebnisse eines Interviews mit der Projektkoordination und einer Projektmitarbeitenden, der Online-Befragungen sowie Dokumentenanalysen genutzt. Anhand der Erfahrungen der Kommune zeigt sich, wie wichtig eine gezielte Bedarfsanalyse, kreative Wege zur Erreichung der Zielgruppe, und gute Zusammenarbeit verschiedener Akteure waren, um ein solches Projekt umzusetzen.

Kurzvorstellung

- Die Stadt Erlangen liegt im nördlichen Bayern, nahe Nürnberg
- Die Stadt hat etwa 120.000 Einwohnerinnen und Einwohner auf einer Fläche von ca. 75 km² und eine Bevölkerungsdichte von ca. 1.500 Einwohnerinnen und Einwohnern pro km2
- Das Förderprojekt für die zielgruppenspezifische Intervention lief von August 2021 bis Dezember 2025

- Im Rahmen der Förderung wurde das Projekt „GÄWIN“ zur Gesundheitsförderung und Prävention von älteren Menschen im Stadtteil Büchenbach-Nord geplant und durch die Kommune selbstständig gesteuert und umgesetzt[66]

Umfassende Bedarfsanalysen als Ausgangspunkt

Die Grundlage des Projekts war eine präzise Bedarfsanalyse: Das Sozialmonitoring der Stadt identifizierte Büchenbach-Nord als den Stadtteil mit den meisten sozial benachteiligten älteren Menschen. Diese Erkenntnis war ausschlaggebend für die Entscheidung, das Projekt dort zu verankern, um gezielt auf die Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe einzugehen und ihnen Unterstützung zu bieten. Des Weiteren wurden die Ergebnisse des Seniorenpolitischen Konzepts der Stadt, wissenschaftliche Erkenntnisse der Gerontopsychologie und zum Einfluss von Einsamkeit auf die Gesundheit sowie Erfahrungen aus einem kommunalen Projekt mit ähnlicher Zielgruppe genutzt. In der Anfangsphase des Projekts wurden zusätzlich persönliche Befragungen der Zielgruppe genutzt, um Kontakt aufzubauen und die Bedürfnisse zu erheben.

Alltagsnahe Dienstleistung zur Erreichung der Zielgruppe

Die Zielgruppenbefragung wurde besonders innovativ gestaltet, um die vulnerable Zielgruppe zu erreichen. Eine Rikscha wurde im Stadtteil Büchenbach-Nord prominent platziert, um kostenlose Fahrten anzubieten. An einem Ort zwischen Apotheke, Supermarkt und Hausarztpraxis gelegen, an dem auch die vulnerable Zielgruppe unterwegs ist, erwies sich die Rikscha als hervorragendes Mittel, um mit den älteren Menschen in Kontakt zu treten. Die Rikscha erzeugte Aufmerksamkeit und bot gleichzeitig eine nützliche alltagsnahe Dienstleistung und Komfort für die Zielgruppe. Die Fahrer wurden zuvor speziell für den Umgang mit den älteren Menschen und ihre Rolle im Projekt geschult. Durch mehrfachen Kontakt zwischen den älteren Menschen und den Rikscha-Fahrern wurde Vertrauen aufgebaut und so konnten die Rikscha-Fahrer wertvolle Einblicke in die Bedürfnisse der Zielgruppe erlangen. Die Informationen wurden mithilfe von Fragebögen erfasst und systematisch ausgewertet.

Niedrigschwelliger Zugang zu den Angeboten

Im Rahmen des Projekts GÄWIN wurden drei gesundheitsförderliche Maßnahmen für ältere Menschen entwickelt und umgesetzt. Ein handlicher Stadtteilplan zum Thema Gesundheit für Ältere in Büchenbach wurde aufgesetzt, um den Informationsfluss zu steigern. Des Weiteren gab es offene Gesundheitstreffs, welche ca. einmal im Monat in einer zentralgelegenen Räumlichkeit stattfanden. Diese hatten jeweils ein Thema aus den Bereichen Bewegung, Ernährung oder Entspannung, z. B. „Yoga kennt kein Alter“ oder „Sicher auf Schritt und Tritt – Sturzprävention“, und wurden durch eine ausgebildete Trainerin oder einen ausgebildeten Trainer geleitet. Um die Teilnahme auch für Menschen zu ermöglichen, denen der Weg zu weit war, konnte in Kooperation die Rikscha telefonisch bestellt werden. Das Rikscha-Angebot selbst war allerdings nicht Teil der Umsetzungsphase des GÄWIN-Projekts, sondern wurde aufgrund des hohen Bedarfs auf Basis von ehrenamtlichem Engagement fortgeführt und durch Spenden- bzw. Preisgeldern finanziert. Zudem gab es das Angebot „Spaziergang Plus“, ein wöchentlich stattfindender, einstündiger Spaziergang mit Trainingselementen zur Kräftigung, Mobilisation und Dehnung, die einzelnen

[66] Stadt Erlangen 2026.

Teilnehmenden bei Bedarf mithilfe der begleitenden Rikscha beenden konnten. Die Angebote waren kostenfrei und ohne Anmeldung nutzbar. Die Termine und Themen wurden über Aushänge im Quartiersraum, im Internet, und persönlich über speziell geschulte Gesundheitsbotschafterinnen und -botschafter kommuniziert.

Starke Vernetzung als Erfolgsbasis

Ein zentraler Erfolgsfaktor des Projekts war die enge Zusammenarbeit verschiedener Akteure. Innerhalb der Stadtverwaltung bestand bereits ein guter Austausch zwischen den beteiligten Bereichen, unterstützt durch langjährige persönliche Kontakte. Zudem gab es vor Ort externe Partner wie die Volkshochschule, einen Sportverein und Wohlfahrtsverbände. Die Vernetzung mit der AWO (Arbeiterwohlfahrt e. V.) zeigte sich als besonders wertvoll, da deren Räumlichkeiten für gewisse Angebote des Projekts genutzt werden konnten. Außerdem gab es in dem Stadtteil ein Integriertes Stadtentwicklungskonzept und damit verbunden ein Quartiersmanagement. Deren schwarzes Brett konnte z. B. genutzt werden, um Werbung für das Projekt zu machen. Zudem gab es eine Steuerungsgruppe mit Akteuren aus den Bereichen Ältere, Bildung, Gesundheit und Soziales, die im Projekt als Beratungsgremium diente. Diese Strukturen ermöglichten eine koordinierte Umsetzung und eröffneten Perspektiven für Nachhaltigkeit des Projekts.

Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse

- Im Projekt GÄWIN zeigt sich, wie eine kreative Rekrutierungsstrategie dazu beitragen konnte, vulnerable ältere Menschen in ihrem Alltag mit gesundheitsförderlichen Angeboten zu erreichen.
- Eine umfangreiche Bedarfsanalyse und eine gute Vernetzung der Projektkoordination mit verschiedenen Akteuren in der Verwaltung und im Stadtteil bildeten die Grundlage für die Durchführung der Maßnahmen.

Fallbeispiel 14: Interventionen für ältere Menschen in Chemnitz

Im Folgenden wird das Projekt „BeTaSen“ (Bewegungs-Tandems in den Lebenswelten Chemnitzer Seniorinnen und Senioren) vorgestellt. Das Projekt richtete sich an ältere Menschen ab 75 Jahren in der Stadt Chemnitz. Die Darstellung basiert auf Ergebnissen aus zwei leitfadengestützten Interviews mit den Projektkoordinationen des Amtes für Gesundheit und Prävention und der Technischen Universität Chemnitz, Online-Befragungen sowie Dokumentenanalysen. Anhand der Erfahrungen der Kommune wird deutlich, dass eine umfangfassende Bedarfsanalyse, intensive Rekrutierungsmaßnahmen sowie ein möglichst niedrigschwelliges und gut sichtbares Angebot entscheidend waren, um die Zielgruppe der älteren Menschen zu erreichen.

Kurzvorstellung

- Chemnitz ist die drittgrößte Stadt in Sachsen
- Die Stadt hat ca. 250.000 Einwohnerinnen und Einwohner auf einer Fläche von ca. 220 km², was einer Bevölkerungsdichte von 1.120 Einwohnerinnen und Einwohner pro km2 entsprich
- Das Förderprojekt lief von Oktober 2021 bis September 2025

- Im Rahmen der Förderung wurde das Projekt „BeTaSen“, zur Entwicklung, Umsetzung und Evaluation einer Intervention zur Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen, insbesondere mit mehreren Erkrankungen, durchgeführt
- Die Stadt Chemnitz kooperierte mit der Technischen Universität Chemnitz (TU Chemnitz) als Projektträger, die für die Entwicklung, Steuerung und Umsetzung der Intervention verantwortlich war
- Die Bewegungsangebote waren Kleingruppen, sog. Bewegungstandems, welche aus einer geschulten Mentorin oder einem geschulten Mentor und 3-4 Seniorinnen und Senioren im Alter von über 75 Jahren bestanden und sich regelmäßig in unterschiedlichen Quartieren trafen um gemeinsam Bewegungsübungen durchzuführen[67]

Umfassende Bedarfsanalyse für eine passgenaue Ausrichtung

Zu Beginn des Projekts wurde eine detaillierte Bedarfsanalyse durchgeführt, um die Angebote gezielt auf die Bedürfnisse der Zielgruppe auszurichten. In einer Umfrage wurden ältere Menschen nach ihren Erwartungen und Wünschen für ein wohnortnahes Bewegungsangebot befragt. Dabei ging es bspw. um die Akzeptanz von Aktivitäten im öffentlichen Raum, mögliche Kostenbeiträge sowie um die Breitschaft und Fähigkeit älterer Personen, Wege zum Bewegungsort zurückzulegen. Zusätzlich wurden Wünsche zu den Inhalten des Bewegungsgebots ermittelt. Vor und nach der Teilnahme am Bewegungsprogramm wurden mit den Teilnehmenden weitere Datenerhebungen durchgeführt, um Veränderungen in Bezug auf die biopsychosoziale Gesundheit, bspw. in den Bereichen Lebenszufriedenheit, soziale Unterstützung, körperliche Belastbarkeit und kognitive Fähigkeiten, zu erfassen. Diese umfassenden Analysen stellten sicher, dass die Intervention nicht nur wissenschaftlich fundiert, sondern auch praxisnah und bedarfsorientiert gestaltet wurde.

Umfangreiche Rekrutierungsmaßnahmen

Die vorherigen Erfahrungen der Projektkoordination zeigen, dass die Rekrutierung besonders vulnerabler älterer Menschen eine große Herausforderung darstellte, da diese Zielgruppe nur selten über Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu erreichen war. Deshalb wurden erhebliche zeitliche und personelle Ressourcen in die Rekrutierung investiert, um auch vulnerable Gruppen (z. B. multimorbide Personen, Menschen mit eingeschränkter Mobilität, alleinlebend oder von Altersarmut betroffene Personen) bestmöglich zu erreichen. Die Rekrutierungsstrategie wurde bewusst breit angelegt. Neben klassischen Informationsveranstaltungen und der Verteilung von Flyern in den Stadtteilen wurden Bürgerzentren und öffentliche Veranstaltungen für Seniorinnen und Senioren genutzt, worüber ein Großteil der Teilnehmenden rekrutiert wurde. Um auch weniger aktive bzw. mobile Personen zu erreichen, wurden zusätzlich niedrigschwellige Kontaktpunkte wie Bäckereien oder Metzgereien genutzt. Darüber hinaus erfolgte eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten und Einrichtungen des betreuten Wohnens, die zudem auch die Nutzung von Räumlichkeiten für Aktivitäten bei schlechtem Wetter ermöglichten.

Nutzung des öffentlichen Raums für Sichtbarkeit und Teilhabe

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor des Projekts war die Durchführung der Bewegungsangebote im öffentlichen Raum. Diese offene und sichtbare Gestaltung senkte die Hemmschwelle zur

[67] Stadt Chemnitz 2026.

Teilnahme und erhöhte die Bekanntheit des Projekts im Stadtteil. Vorbeikommende Personen wurden auf das Angebot aufmerksam und erkundigten sich nach Teilnahmemöglichkeiten, wodurch die Reichweite des Projekts deutlich erhöht wurde. Gleichzeitig bot der öffentliche Raum eine flexibel nutzbare und vertraute Umgebung für die Teilnehmenden, unabhängig von Sporthallen oder speziellen Einrichtungen.

Niedrigschwellige Bewegungsangebote als Mittel für soziale Teilhabe

Das Projekt fokussierte sich auf Bewegungsangebote, da Bewegung ein zentraler Faktor für die körperliche, soziale und psychische Gesundheit älterer Menschen ist, und dazu beiträgt, Mobilität zu erhalten, Stürzen vorzubeugen und das Selbstwertgefühl zu stärken. Die Umsetzung als Gruppenangebot hatte zum Ziel, insbesondere auch soziale Kontakte im Stadtteil zu fördern und die Gemeinschaft der Teilnehmenden zu stärken. Die Bewegungsübungen wurden sehr niedrigschwellig gestaltet, sodass auch Personen mit eingeschränkter Mobilität teilnehmen konnten und kein Leistungsdruck entstand. Die Gruppen wurden nach Möglichkeit hinsichtlich der körperlichen Voraussetzungen homogen zusammengesetzt, um eine Über- oder Unterforderung einzelner Teilnehmenden zu vermeiden.

Enge Zusammenarbeit zwischen Amt für Gesundheit und Prävention, Universität und weiteren kommunalen Strukturen als Erfolgsfaktor für Planung und Umsetzung

Die enge Zusammenarbeit der Stadt Chemnitz, insbesondere dem Amt für Gesundheit und Prävention und der Technischen Universität Chemnitz (TU Chemnitz, Professur Sozialwissenschaftliche Perspektiven von Sport, Bewegung und Gesundheitsförderung) bildete die Basis für die erfolgreiche Planung und Umsetzung des Projekts mit klaren Zuständigkeiten für administrative, finanzielle und fachliche Angelegenheiten. Das Projekt wurde gemeinsam initiiert, die operative Umsetzung erfolgte überwiegend durch die TU Chemnitz. Regelmäßige Abstimmungen und Steuerungskreistreffen stellten einen kontinuierlichen Austausch sicher. Darüber hinaus war das Projekt in Strukturen der Stadt Chemnitz eingebunden, unter anderem in die Unterarbeitsgruppe „Bewegtes Chemnitz“ der Arbeitsgruppe „Gesundes Chemnitz“. Diese Netzwerke trugen durch ihre Öffentlichkeitsarbeit maßgeblich zur Bekanntmachung des Projekts in der Stadt bei.

Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse

- Das Projekt zeigt, dass sich ein hoher zeitlicher und organisatorischer Aufwand in der Rekrutierung von Senioren und Seniorinnen, insbesondere vulnerabler Zielgruppen, auszahlte.
- Ebenso erwiesen sich eine umfassende Bedarfsanalyse und gezielte Planung als zentrale Erfolgsfaktoren für Angebote, die zu den Fähigkeiten und Präferenzen der Zielgruppe passen.
- Das Projekt zeigt zudem, dass ein niedrigschwelliges, öffentlich sichtbares Bewegungsangebot maßgeblich zu einer hohen Teilnahme und zu einer Förderung von Gesundheit und sozialer Teilhabe älterer Menschen beitragen konnte.

9 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

9.1 Schlussfolgerungen zur Förderung zum Strukturaufbau

Der **Förderbereich Strukturaufbau** unterstützte Kommunen beim Aufbau bzw. der Weiterentwicklung ressort- und trägerübergreifender Steuerungs-, Koordinierungs- und Kooperationsstrukturen für kommunale Gesundheitsförderung und Prävention. Ziele waren insbesondere die Weiterentwicklung der Steuerungsstrukturen, die Durchführung eines Strategieentwicklungsprozesses, die Aktivierung von Ressourcen, die Verbesserung der Wissensbasis, die partizipative Abstimmung der Strategie sowie die Festlegung von Handlungsschwerpunkten, Maßnahmen und kommunalen Schwerpunkten. Insgesamt wurde der Strukturaufbau in 64 Kommunen gefördert. Die Förderung war als befristete Anschubfinanzierung mit kommunalem Eigenanteil angelegt und die Laufzeit betrug durchschnittlich 5,2 Jahre. Aus Sicht der Prozesskoordinationen in den Kommunen war die Förderung durchweg (sehr) wichtig für den Aufbau von Strukturen und für die strategische Verankerung gesundheitlicher Chancengleichheit. Die Erreichung der Förderziele wurde überwiegend positiv bewertet und lag im Durchschnitt bei 7,6 von 10 möglichen Punkten (Ziel erreicht), wobei die Kommunen teils unterschiedliche Zielerreichungen angaben. Ein gestiegener Stellenwert gesundheitlicher Chancengleichheit wird daran erkennbar, dass während der Förderung mehr diesbezügliche Strategien in den Kommunen entstanden. Auch das Thema Gesundheit wurde nach Einschätzung der Prozesskoordinationen am Ende der Förderung häufiger in kommunalen Entscheidungen berücksichtigt als am Förderbeginn.

Mit Blick auf die **Strukturqualität** zeigen die Ergebnisse, dass durch die Förderung vor allem die Steuerungsstrukturen sowie die Prozesskoordination in den Kommunen aufgebaut und weiterentwickelt wurden. In vielen Kommunen wurden zentrale Gremien der Steuerung und Koordination etabliert, die die ressortübergreifende Zusammenarbeit strukturieren und verstetigen. Die Prozesskoordination übernahm dabei eine zentrale Rolle als Schnittstelle zwischen Verwaltung, Politik und externen Akteurinnen und Akteuren und war maßgeblich für die Koordination von Aktivitäten, den Netzwerkaufbau sowie die Begleitung von Planungs- und Umsetzungsprozessen verantwortlich. Über die Hälfte dieser Personalstellen wurde mit den Fördermitteln neu eingerichtet mit durchschnittlich 31 Wochenstunden. Im Förderverlauf etablierte sich die Prozesskoordination in den meisten Kommunen zunehmend. Gleichzeitig zeigen die Ergebnisse deutliche Unterschiede in der Qualität und Stabilität dieser Strukturen: Eine kontinuierliche Stellenbesetzung der Prozesskoordination sowie ausreichende personelle Ressourcen waren zentrale Voraussetzungen für eine hohe Zielerreichung, während Personalengpässe und Wechsel den Aufbau und die Verstetigung erheblich erschweren konnten. Auch die Unterstützung durch die Leitungsebene und die Kommunalpolitik, die u. a. durch Öffentlichkeitsarbeit erhöht werden konnte, sowie politische Beschlüsse trugen wesentlich zur strukturellen Verankerung bei. Beratung (z. B. zur Antragsphase), Unterstützung (z. B. durch Schulungen) und externe Prozessbegleitung sowie Austauschmöglichkeiten innerhalb und außerhalb des Förderprogramm wurden dabei als wichtige Faktoren während des Aufbaus der Strukturen beschrieben.

In der **Planungsqualität** erzielten die Kommunen insbesondere bei der Bedarfsanalyse, der Verbesserung der Wissensbasis sowie der Festlegung von Handlungsschwerpunkten und

Maßnahmen deutliche Fortschritte durch die Förderung. Bedarfsanalysen wurden flächendeckend durchgeführt und bildeten eine zentrale Grundlage für die Strategieentwicklung und die Ableitung von Maßnahmen. Gleichzeitig bestanden deutliche Unterschiede in der methodischen Tiefe und Systematik dieser Analysen. Die partizipative Abstimmung von Strategien und Zielen mit Akteurinnen und Akteuren sowie Zielgruppen wurde vergleichsweise weniger erreicht. Die Ergebnisse zeigen, dass insbesondere die Einbindung der Zielgruppen in strategische Prozesse ausbaufähig war. Gleichzeitig zeigen Beispiele integrierter Handlungskonzepte und ressortübergreifender Planungen, dass eine systematische Verknüpfung von Gesundheitsförderung mit anderen Fachplanungen (z. B. integrierte Sozialplanung) die Planungsqualität deutlich erhöhte. Für die Nachhaltigkeit war insbesondere relevant, dass Planungsprozesse nicht einmalig bleiben, sondern kontinuierlich weiterentwickelt und an neue Bedarfe angepasst werden.

Die **Prozessqualität,** die in dieser Evaluation vor allem die Umsetzung von Maßnahmen umfasste, stand nicht im Fokus des Strukturaufbaus, da die konkrete Maßnahmenumsetzung nur ein intendierter Effekt der Förderung war, aber nicht Gegenstand der Projekte. Dennoch entstanden in den meisten Kommunen neue Maßnahmen für Zielgruppen oder bestehende wurden weiterentwickelt. Der Strukturaufbau wirkte sich somit auch positiv auf die Maßnahmenumsetzung aus. Auch andersherum gab es positive Effekte der Maßnahmenumsetzung für den Strukturaufbau: In Kommunen, die zusätzlich zum Strukturaufbau für zielgruppenspezifische Interventionen gefördert wurden, zeigte sich, dass finanzielle Mittel für konkrete Maßnahmen die Bereitschaft von Akteurinnen und Akteuren erhöhen in den Steuerungsstrukturen mitzuwirken. Auch sichtbare Erfolge durch konkrete Maßnahmen sind ein wichtiger Faktor, um Strukturen aufzubauen und zu verankern, da dies den politischen Rückhalt für kommunale Gesundheitsförderung erhöht.

Zur **Nachhaltigkeit** zeigen die Ergebnisse, dass Personalstellen, Steuerungsstrukturen und entwickelte Arbeitsweisen in vielen Kommunen nach Förderende weitergeführt werden sollen. Die Stelle der Prozesskoordination war zum Förderende meist unbefristet eingerichtet: In 44 von 55 Kommunen wurde die Stelle (eher) verstetigt und überwiegend durch kommunale Mittel weiterfinanziert. Zugleich bestanden in einem Teil der Kommunen Unsicherheiten bei Entfristung, Stundenumfang und ausreichenden Ressourcen. Erfolgsfaktoren für die Verstetigung der Strukturen und Koordinationsstellen waren eine frühzeitige institutionelle Verankerung, etwa durch unbefristete Stellen oder die Integration von Stellen und Gremien in bestehende Verwaltungsstrukturen. Hürden der Verstetigung waren mangelnde Unterstützung durch die Leitungsebene sowie eine fehlende finanzielle und personelle Absicherung: In elf der 55 Kommunen konnte die Stelle nicht verstetigt werden.

9.2 Schlussfolgerungen zur Förderung zielgruppenspezifischer Interventionen

Der **Förderbereich Zielgruppenspezifische Interventionen** unterstützte Kommunen bei der Entwicklung und Umsetzung lebensweltbezogener Maßnahmen für vulnerable Zielgruppen. Dabei arbeiteten die Kommunen oft mit einem lokalen Projektträger für die Umsetzung zusammen. Adressierte Zielgruppen waren insbesondere Kinder und Jugendliche aus sucht- und/oder psychisch belasteten Familien sowie ältere Menschen. Daneben wurden u. a. Alleinerziehende, Menschen mit Migrationshintergrund sowie Menschen mit Behinderungen oder Beeinträchtigungen adressiert. Die Förderziele umfassten die Nutzung und den Aufbau von Strukturen, die Analyse von

Bedarfen und Ressourcen, die Maßnahmenplanung, die Maßnahmenumsetzung sowie Evaluation und Qualitätssicherung. Insgesamt wurden 51 Förderprojekte in 44 Kommunen gefördert. Die Förderung war als befristete Anschubfinanzierung mit kommunalem Eigenanteil angelegt und die Laufzeit betrug durchschnittlich 4,2 Jahre. Die Projektkoordinationen in den Kommunen bewerteten die Förderung durchweg als (sehr) wichtig sowohl für die Umsetzung der zielgruppenspezifischen Interventionen als oft auch für die Stärkung der Netzwerke in der Kommune. Die Erreichung der Förderziele wurde insgesamt positiv beurteilt und lag im Durchschnitt bei 8,2 von 10 möglichen Punkten (Ziel erreicht), wobei die Beurteilung teils unterschiedlich ausfiel. Hinweise auf positive Effekte bezüglich des Stellenwerts gesundheitlicher Chancengleichheit auf Ebene der Kommune (etwa mehr Strategiepapiere) zeigten sich, auf Basis der Einschätzung der Projektkoordinationen, nicht. Eine stärkere Beschäftigung mit dem Thema durch die Förderung lässt sich dennoch aus den Ergebnissen ableiten.

Hinsichtlich der **Strukturqualität** zeigen die Ergebnisse, dass die zielgruppenspezifischen Interventionen häufig auf bestehenden Strukturen und Netzwerken aufsetzten und/oder diese im Zuge der Umsetzung weiter stärkten. Die Kombination von Strukturaufbau und zielgruppenspezifischen Interventionen bietet auch Vorteile für die Maßnahmenumsetzung: Wenn Akteurinnen und Akteure in (neuen) Strukturen zusammenkamen, erleichterte dies die Koordination der Maßnahmen. Die hierfür zuständigen Projektkoordinationen waren häufig bereits vor der Förderung in der Kommune tätig gewesen und verfügten über durchschnittlich acht Wochenstunden für die Projekte. Sie berichteten mehrheitlich von Unterstützung durch die kommunale Leitung, guter Vernetzung und ausreichenden Ressourcen während der Förderung. Eine arbeitsteilige enge Zusammenarbeit mit lokalen Projektträgern wurde dabei überwiegend verfolgt und insgesamt positiv bewertet. Herausforderungen bestanden insbesondere hinsichtlich der langfristigen Finanzierung der Stellen und Maßnahmen.

Mit Blick auf die **Planungsqualität** wird deutlich, dass die Analyse von Bedarfen und Ressourcen sowie die Maßnahmenplanung zentrale Stärken der Interventionen darstellten. Die Planung erfolgte häufig auf Grundlage vorhandener Bedarfsanalysen und wurde im Projektverlauf angepasst. Die Evaluation der Maßnahmen wurde als Förderziel am geringsten erreicht. Dies deutet darauf hin, dass Planungsprozesse stark auf die Umsetzung ausgerichtet waren, während wirkungsorientierte und evaluative Aspekte eine geringere Rolle spielten. Gleichzeitig zeigen die Ergebnisse, dass die strategische Planung noch häufig ohne umfassende Beteiligung der Zielgruppen erfolgte und hier Entwicklungspotenzial besteht.

Bezüglich der **Prozessqualität** zeigen die Ergebnisse, dass umfangreiche und vielfältige zielgruppenspezifische Maßnahmen umgesetzt werden. Insgesamt wurden rund 120 einzelne Maßnahmen (z. B. einzelne Gruppen- oder Beratungsangebote) für Zielgruppen umgesetzt. Zusätzlich wurden rund 139 Maßnahmen für Fachkräfte sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren durchgeführt (z. B. Vorträge, Tagungen, Netzwerktreffen sowie Informationsmaterialien und Beratungen). Die Umsetzung von Maßnahmen war durch lokale Bedingungen geprägt und erfolgte häufig auf Grundlage der Ergebnisse aus Bedarfsanalysen sowie in enger Abstimmung mit beteiligten Akteurinnen und Akteuren. Maßnahmen wurden vielfach pragmatisch umgesetzt und im Prozess an veränderte Bedarfe angepasst, etwa durch inhaltliche oder methodische Anpassungen. Erfolgreiche Maßnahmen zeichneten sich insbesondere durch die Nutzung bestehender Netzwerke und Zugangswege aus, wodurch die Ansprache der Zielgruppen erleichtert wurde. Die Kooperation mit bestehenden Netzwerken und die Einbindung unterschiedlicher Akteursgruppen unterstützten

die Umsetzung und trugen zur Reichweite der Maßnahmen bei. Gleichzeitig wird deutlich, dass die **Partizipation der Zielgruppen** in der Umsetzung häufig begrenzt blieb: Maßnahmen waren zwar bedarfsorientiert geplant, wurden jedoch nicht immer unter aktiver Mitgestaltung von Personen aus den Zielgruppen umgesetzt. Dies könnte sich auf die Passgenauigkeit und Reichweite der Maßnahmen auswirken. Insgesamt gelang die Umsetzung von Maßnahmen trotz bestehender Herausforderungen in vielen Fällen, war jedoch stark abhängig von stabilen Netzwerken, ausreichenden Ressourcen und geeigneten Zugangswegen zu den Zielgruppen. Die Zugänge mussten dabei spezifisch für die Zielgruppen entwickelt werden und waren oft erfolgreich, wenn sie auf bestehende Strukturen in Lebenswelten (z. B. etablierte freie Träger) und dortigen Kontakten und Beziehungen aufbauten.

Zur **Nachhaltigkeit** zeigen die Ergebnisse ein gemischtes Bild. In über der Hälfte der Projekte (29 von 48) wurde (voraussichtlich) ein Großteil der Maßnahmen für Zielgruppen fortgeführt, während in über einem Drittel der Projekte (19 von 48) keine zielgruppenbezogenen Maßnahmen verstetigt wurden. Die Maßnahmen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wurden in zwei Dritteln der Projekte (32 von 47) verstetigt. Dabei standen jedoch oft weniger Ressourcen zur Verfügung als während der Förderung. Ehrenamtliche, kostenfreie Räumlichkeiten und ggf. geringe Teilnahmegebühren stellten sich teilweise als Lösungswege zur Verstetigung mit weniger Ressourcen heraus. Die personellen Kapazitäten in der kommunalen Verwaltung nach Förderende wurden überwiegend als ausreichend für die Fortführung eingeschätzt. Zugleich zeigen Interviews, dass die Stelle der Projektkoordination nach Förderende häufig wegfiel und Koordinationsaufgaben an andere Akteurinnen und Akteure übergeben wurden. Die personellen Kapazitäten der Projektträger für die Fortführung wurden seltener als ausreichend bewertet.

9.3 Schlussfolgerungen und Empfehlungen zur kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention

In diesem Abschnitt werden Schlussfolgerungen, häufige Herausforderungen und wichtige Erfolgsfaktoren zu zentralen Bereichen der Gesundheitsförderung und Prävention in den Kommunen, die am Förderprogramm teilnahmen, gezogen. Diese werden übergreifend aus den Evaluationsergebnissen abgeleitet und beziehen sich nicht auf die einzelnen Förderbereiche des Programms, sondern basieren auf übergreifenden erhobenen Erkenntnissen zur kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention. Auf dieser Grundlage werden jeweils Empfehlungen für die kommunale Gesundheitsförderung und Prävention abgeleitet.

Kommunale Rahmenbedingungen und Stellenwert gesundheitlicher Chancengleichheit

Die Ausgangsbedingungen der Kommunen im Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit variierten stark: In der Regel gab es Vorerfahrungen mit gesundheitsförderlichen und präventiven Projekten sowie strukturelle Ansätze (z. B. Arbeitsgruppen, runde Tische), die aber nur selten systematisch miteinander verbunden waren. Gesundheitliche Chancengleichheit war den allermeisten kommunalen Leitungen und den koordinierenden Personen ein wichtiges Anliegen. Das Thema war hingegen nur in einem Teil der Kommunen in Strategien oder integrierten Handlungskonzepten verankert.

Herausforderungen

- Rechtliche Rahmenbedingungen sorgen nicht für Verbindlichkeit für Kommunen Prävention und Gesundheitsförderung umzusetzen
- Andere Prioritäten kommunaler Leitungen und der Kommunalpolitik, sodass Gesundheitsförderung und Prävention allenfalls nachrangig bearbeitet werden
- Angespannte Haushaltslage in vielen Kommunen, die die Finanzierung kommunaler Strukturen und Aktivitäten deutlich einschränkt

Erfolgsfaktoren

- Unterstützung des Themas gesundheitliche Chancengleichheit, der Strukturen und Koordinierungspersonen durch Leitungsebenen, Kommunalpolitik und relevante Entscheidungsstellen
- Strategische Verankerung von Gesundheitsförderung, Prävention und gesundheitlicher Chancengleichheit, z. B. durch politisch beschlossene Konzepte oder Strategien

Empfehlungen

- Gesundheitsförderung und Prävention sollten als kommunale Aufgabe nachhaltig verankert werden, durch die Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen, etwa der ÖGD-Gesetze der Länder.
- In den Kommunen selbst sollte die Entwicklung und Verabschiedung von gesundheitsförderlichen Strategien die Verbindlichkeit erhöhen. Um dabei gesundheitliche Chancengleichheit als verbindliches Leitprinzip zu verankern kann auch die Verknüpfung mit etablierten Themen, wie der Armutsprävention sinnvoll sein.
- Öffentlichkeitsarbeit und sichtbare Erfolge gesundheitsförderlicher Aktivitäten sollten aktiv genutzt werden, um den Rückhalt für Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit innerhalb der Kommune stärken. Professionalisierte Öffentlichkeitsarbeit innerhalb und außerhalb der Verwaltung sollte ggf. entwickelt oder gestärkt werden.

Koordinationsstellen und Personal

Die kommunale Gesundheitsförderung und Prävention hing in den geförderten Kommunen maßgeblich von einer zentralen Koordinationsstelle ab, die als Schnittstelle zwischen Gremien und Akteursgruppen fungiert. Eine solche Stelle zu schaffen, zu etablieren und dauerhaft zu verankern ist eine wesentliche Grundlage, um gesundheitsförderliche und präventive Aktivitäten in Kommunen zu entwickeln. Die Koordinationsstellen bringen komplexe und vielfältige Anforderungen mit sich, u. a. Abläufe in der Kommunalverwaltung und -politik, Netzwerkaufbau und -management, Öffentlichkeitsarbeit, sowie partizipative Bedarfsanalysen, Planungsprozesse, Qualitätssicherung und Evaluation. Sowohl externe eine Prozessbegleitung, Weiterbildungen zur kommunalen Gesundheitsmoderation und Werkstätten zum kommunalen Strukturaufbau als auch bundesweite Austauschformate (Status- und Vernetzungstreffen) wurden als hilfreich bewertet, um diese Anforderungen zu erfüllen.

Herausforderungen

- Rekrutierung von qualifiziertem Personal zur Besetzung der Koordinationsstellen
- Mangelnde Kontinuität der Koordinationsstellen durch Personalausfälle und -wechsel

- Finanzierung und Entfristung der kommunalen Personalstellen für die Koordination
- Mangelnde Kontinuität durch Personalausfälle und -wechsel

Erfolgsfaktoren

- Qualifiziertes Personal zur Koordination mit Erfahrung in der kommunalen Arbeit
- Ausreichende personelle sowie zeitliche Ressourcen der Koordinationsstelle
- kontinuierliche Stellenbesetzung des koordinierenden Personals oder Verteilung der Aufgaben auf mehrere Personen

Empfehlungen

- Die Stellensicherheit und Arbeitsbedingungen sollten berücksichtigt werden, um qualifiziertes Personal für die Koordinierung zu gewinnen und dauerhaft zu halten.
- Um zu verhindern, dass Wissen und Kontakte bei Personalausfällen oder -wechseln verloren gehen, können geteilte Stellen bzw. mehrere Personen sowie strukturiertes Wissensmanagement probate Mittel sein.
- Für neu eingestelltes Personal kann ein strukturiertes Onboarding hilfreich sein, in dem auch Kenntnisse über die kommunalen Strukturen und Kommunalpolitik vermittelt werden.
- Die koordinierenden Personen sollten in ihrer Arbeit durch Leitungsebenen in der Verwaltung unterstützt werden.
- Die Ausbildungs-, Qualifizierungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten für koordinierendes Personal sollten genutzt und ggf. ausgebaut werden (z. B. bezüglich Bedarfsanalysen, Partizipation, wirkungsorientiertem Arbeiten, Evaluation).
- Austausch und gegenseitiges Lernen auf der Landes- und Bundesebene sollte intensiviert werden, um erfolgreiche Strategien und Ansätze kommunaler Gesundheitsförderung und Prävention herauszuarbeiten und zu verbreiten.

Steuerungsstrukturen

Zentrale Gremien sind ein passendes Format, um dauerhafte ressort- und trägerübergreifende Steuerung und Zusammenarbeit bei der Gesundheitsförderung und Prävention zu ermöglichen. Ergänzend wurden in den geförderten Kommunen vielfältige Formate genutzt, um weitere Akteursgruppen und Zielgruppen zu bestimmten Anlässen und Themen zu beteiligen. In jeder Kommune wurden dabei individuelle Steuerungsstrukturen entwickelt, die an bestehende Strukturen und Netzwerke anknüpfen und zu den kommunalen Gegebenheiten angepasst wurden.

Herausforderungen

- Relevante Akteurinnen und Akteure für eine aktive Mitarbeit an der Steuerung zu gewinnen ist zeit- und ressourcenintensiv
- Nicht alle relevanten Akteurinnen und Akteure sind in die Steuerungsstruktur eingebunden
- Beteiligte Akteurinnen und Akteure haben teils begrenzte Ressourcen, um dauerhaft an der Steuerung mitzuarbeiten und insb. eigenständig Aufgaben zu übernehmen

Erfolgsfaktoren

- Klare Zielsetzungen, Rollenverteilungen, regelmäßige Gremienarbeit und Unterstützung durch kommunale Leitungsebenen und die Politik
- Breite Vernetzung und verbindliche Zusammenarbeit aller relevanten Akteurinnen und Akteure innerhalb und außerhalb der Verwaltung
- Finanzielle Mittel für zielgruppenbezogene Maßnahmen erhöhen die Bereitschaft von Akteurinnen und Akteuren an Steuerungsstrukturen mitzuwirken

Empfehlungen

- Vorhandene kommunale Strukturen, Netzwerke sowie aktive Akteurinnen und Akteure sollten als Anknüpfungspunkte für den Strukturaufbau genutzt werden.
- Persönliche Kontaktaufnahme und Beziehungsaufbau sind zentrale Instrumente, um neue Akteurinnen und Akteure für die Mitarbeit zu gewinnen.
- Steuerungs- und Kooperationsstrukturen sollten verbindlich verankert werden, etwa durch politische Strategiepapiere, klare Zuständigkeiten innerhalb der Verwaltung und entsprechende Personalressourcen.
- Strukturentwicklungen sollten mit der Entwicklung und Umsetzung von konkreten Maßnahmen verbunden werden, um den Mehrwert unmittelbar zu verdeutlichen, insb. für an der Steuerung beteiligte Akteursgruppen und die Kommunalpolitik.

Bedarfsanalysen, Strategieentwicklung und Maßnahmenplanung

Bedarfsanalysen wurden sowohl auf übergreifender kommunaler Ebene als auch hinsichtlich bestimmter Zielgruppen mithilfe eines breiten Instrumentariums umgesetzt. Dabei fand fast ausnahmslos auch eine Einbindung von Zielgruppen statt, allerdings in unterschiedlichem Umfang. Auf Grundlage der Bedarfsanalysen wurden Strategien und Maßnahmen entwickelt. Durch die konsequente Zuordnung von Maßnahmen zu definierten Zielen wird die Wahrscheinlichkeit erhöht, mit den Maßnahmen die intendierte Wirkung zu erzielen.[68] Dieses Vorgehen wurde in den Kommunen, die im Kommunalen Förderprogramm teilnahmen, grundsätzlich verfolgt. Die gesundheitsförderlichen Ziele und Maßnahmen wurden dabei zwar regelmäßig reflektiert und ggf. angepasst, wobei jedoch häufig keine breite Einbindung von Akteurs- und Zielgruppen stattfand. Die strategischen und planerischen Prozesse waren insgesamt häufig stärker von fachlichen Akteurinnen und Akteuren als von Zielgruppen geprägt.

Herausforderungen

- Aussagekräftige Datengrundlagen, insbesondere eine Gesundheitsberichterstattung, sind teilweise nicht vorhanden oder nicht detailliert genug (z. B. Zielgruppenbezug, räumliche Auflösung)
- Partizipation vulnerabler Zielgruppen erfordert viel Zeit und Ressourcen und gelingt vor allem bei strategischen, planerischen und umsetzungsbezogenen Prozessen nur begrenzt

Erfolgsfaktoren

- Enge Einbindung von Organisationen, Einrichtungen und Fachkräften, die in der Lebenswelt tätig sind und einen Zugang zur Zielgruppe haben
- Vorerfahrungen und qualifiziertes Personal für partizipative Bedarfsanalysen, Strategie- und Planungsprozesse bzw. entsprechende externe Beratung, Unterstützung und Austausch

Empfehlungen

- Evidenzbasierte, kontinuierliche und systematische Planungsprozesse sollten umgesetzt werden, die insb. partizipative Bedarfsanalysen sowie klare Zielgruppenauswahl und wirkungsorientierte Zielformulierungen für Maßnahmen beinhalten (z. B. Ebenen der Zielbereiche festlegen mit einer Wirkungstreppe).
- Kommunen sollten einen Überblick über praxistaugliche Instrumente für Bedarfsanalysen erhalten, einschließlich der Nutzung von Gesundheitsberichterstattung, und für weitere Planungsschritte sowie bei der Auswahl und Anwendung unterstützt werden.
- Ausreichend Zeit, Ressourcen sowie ggf. Qualifizierungs- und Beratungsmaßnahmen für die Partizipation von Zielgruppen sollten bei gesundheitsförderlichen Aktivitäten eingeplant werden.
- Bedarfsanalysen sollten regelmäßig aktualisiert bzw. wiederholt werden, um eine bedarfsgerechte Planung und Umsetzung von Maßnahmen zu ermöglichen.

Umsetzung von Maßnahmen

Konkrete Maßnahmen für vulnerable Zielgruppen umzusetzen, hatte in den geförderten Kommunen eine hohe Priorität und fand in nahezu allen Kommunen selbst im Rahmen des Strukturaufbaus statt. Vielfältige Formate, Themenschwerpunkte und Zugangswege wurden zielgruppenspezifisch entwickelt und umgesetzt. In der Regel wurden auch begleitende Maßnahmen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren durchgeführt.

Herausforderungen

- Zielgruppen mit den Maßnahmen zu erreichen, ist häufig eine zentrale Herausforderung, vor allem bei besonders vulnerablen Gruppen

Erfolgsfaktoren

- Hohe Zielgruppenorientierung auf Basis von Bedarfsanalysen und partizipativen Planungsprozessen
- Spezifische Zugangswege für vulnerable Gruppen
- Umsetzungen auf Basis etablierter Netzwerkarbeit, klaren Strukturen und enger Zusammenarbeit verschiedener Akteure

Empfehlungen

- Zugangswege sollten zielgruppenspezifisch entwickelt werden und an bestehende Strukturen, Institutionen oder Trägern mit bereits vorhandenen Kontakten zur Zielgruppe anknüpfen.

Je nach Zielgruppen und Maßnahmen kann auch eine sichtbare Präsenz in der Lebenswelt zum niedrigwelligen Zugang beitragen.
- Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung etwa durch Veranstaltungen und persönlichen Austausch sollten die Maßnahmenumsetzung begleiten, um die Angebote in der Kommune sichtbar zu machen, relevante Akteursgruppen darauf aufmerksam zu machen und die Akzeptanz zu erhöhen.

Evaluation und Qualitätssicherung

Weiterentwicklungen in den Kommunen wurden vor allem auf struktureller, planerischer und umsetzungsbezogener Ebene der Gesundheitsförderung und Prävention erfasst und sichtbar, während eine Erfassung und Bewertung der Wirkungen für Zielgruppen deutlich eingeschränkt war. Wo Evaluation erfolgte, zeigen sich vor allem qualitative Hinweise auf positive Veränderungen. Qualitätssicherung begleitete häufig die Umsetzung von Maßnahmen und fokussiert etwa die Zahl von Teilnehmenden und deren Zufriedenheit.

Herausforderungen

- Evaluation und Qualitätssicherung erfolgen häufig unsystematisch und methodisch heterogen

Erfolgsfaktoren

- Qualifiziertes Personal für die Qualitätssicherung und Evaluation von Maßnahmen sowie Kooperationen mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern ermöglichen die Umsetzung auf kommunaler Ebene

Empfehlungen

- Kontinuierliche, standardisierte und wirkungsbezogene Evaluation sollte zur langfristigen Bewertung der Ergebnisse eingeplant werden, insbesondere bei umfangreichen Projekten.
- Unterstützungs- und Qualifizierungsangebote für wirkungsbezogene Evaluationen sollten genutzt und ggf. ausgebaut werden, um etwa zu entscheiden, für welche Bereiche Selbstevaluationen sinnvoll sind (und welche Verfahren dabei angemessen sind) und welche wirkungsbezogenen Indikatoren durch eine (externe) Evaluation erhoben werden können.

Nachhaltigkeit und Verstetigung kommunaler Gesundheitsförderung und Prävention

Dauerhafte Steuerungsstrukturen und koordinierende Personen waren wesentliche Grundlagen für eine nachhaltige Entwicklung kommunaler Gesundheitsförderung und Prävention. In Kommunen, in denen hierfür zuständige Personalstellen mithilfe der Förderung erfolgreich eingerichtet und etabliert wurden, gelangt oftmals auch eine Verstetigung und anschließende kommunale Finanzierung dieser Stellen. Für die Umsetzung von Maßnahmen waren die kommunalen Eigenmittel hingegen oftmals nicht in ausreichendem Maße dauerhaft gesichert.

Herausforderungen

- Fehlende personelle Kontinuität bei der Koordinierung erschwert nachhaltige strukturelle Entwicklungen

- Angespannte kommunale Haushaltslage hemmt in vielen Kommunen, die langfristige Finanzierung von Personalstellen und insb. Maßnahmen für Zielgruppen

Erfolgsfaktoren

- Verstetigung gelingt insbesondere dort, wo frühzeitig institutionelle und finanzielle Absicherung erfolgt
- Strategische Verankerung und klare kommunalpolitische Beschlüsse bezüglich Gesundheitsförderung und Prävention
- Enge Verzahnung von Maßnahmen mit etablierten Organisationen und Aktivitäten

Empfehlungen

- Die Nachhaltigkeit kommunaler Gesundheitsförderung und Prävention sollte insbesondere über die Stärkung der diesbezüglichen kommunalen Rahmenbedingungen erhöht werden: einen verbindlichen gesetzlichen Rahmen (z. B. ÖGD-Gesetze) sowie gesicherte Ressourcen und strategische Verankerung in den Kommunen selbst.
- In Projekten zur Weiterentwicklung kommunaler Gesundheitsförderung sollten verschiedene Optionen und Ressourcen für die Verstetigung von Strukturen, Personalstellen und Maßnahmen eingeplant werden.

9.4 Fazit

Insgesamt hat das Kommunale Förderprogramm dazu beigetragen, zahlreiche Kommunen als wichtige Lebenswelt und als zentralen Akteur der Gesundheitsförderung zu stärken. Damit leistete das Förderprogramm einen Beitrag zum übergeordneten Ziel, sozial bedingte Ungleichheiten von Gesundheitschancen zu vermindern.

Die Anschubfinanzierung hat in vielen Kommunen funktioniert und nachhaltige Entwicklungen angestoßen. Dies zeigt sich insbesondere dort, wo Koordinationsstellen, Steuerungsstrukturen, Vernetzung und konkrete Maßnahmen auch über den Förderzeitraum hinaus fortgeführt oder in bestehende kommunale Strukturen eingebunden werden konnten.

Gleichzeitig konnten nicht alle Kommunen die Förderziele des Programms vollständig erreichen und das Aufgebaute verstetigen. Finanzierungs- und Personalengpässe waren die häufigsten Gründe dafür, was maßgeblich mit der politischen Unterstützung in der Kommune zusammenhing. Damit bleibt die nachhaltige Verankerung gesundheitlicher Chancengleichheit in Kommunen weiterhin von verlässlichen personellen, finanziellen und politischen Rahmenbedingungen abhängig.

Zusammenfassend lassen sich folgende Empfehlungen für die Gesundheitsförderung und Prävention in Kommunen ableiten:

- Stärkung kommunaler Rahmenbedingungen zur nachhaltigen Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention als kommunale Aufgabe durch verbindliche gesetzliche Rahmenbedingungen (z. B. ÖGD-Gesetze) und kommunale Strategien für Gesundheitsförderung, Prävention und gesundheitliche Chancengleichheit

- Frühzeitige Entwicklung ressourcengestützter Verstetigungsstrategien für Strukturen, Personalstellen und erfolgreiche Maßnahmen
- Professionalisierte Öffentlichkeitsarbeit und sichtbare Erfolge zur Stärkung des kommunalen Rückhalts
- Unbefristete Stellen und attraktive Arbeitsbedingungen für kommunales Fachpersonal
- Personelle Kontinuität z. B. durch geteilte Stellen, mehrere zuständige Personen und strukturiertes Wissensmanagement
- Strukturiertes Onboarding einschließlich der Vermittlung kommunaler und kommunalpolitischer Kenntnisse
- Unterstützung der koordinierenden Personen durch die Leitungsebenen der Verwaltung
- Nutzung und Ausbau von Ausbildungs-, Qualifizierungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten für koordinierendes Personal
- Intensivierter Austausch und gegenseitiges Lernen auf Landes- und Bundesebene
- Nutzung vorhandener kommunaler Strukturen, Netzwerke und aktiver Akteurinnen und Akteure für den Strukturaufbau
- Persönliche Kontaktaufnahme und Beziehungsaufbau zur Gewinnung neuer Akteurinnen und Akteure
- Verbindliche Verankerung von Steuerungs- und Kooperationsstrukturen mit klaren Zielen, Zuständigkeiten und Personalressourcen
- Verknüpfung der Strukturentwicklung mit der Umsetzung konkreter Maßnahmen
- Evidenzbasierte, kontinuierliche und systematische Planungsprozesse mit partizipativen Bedarfsanalysen, klarer Zielgruppenauswahl und wirkungsorientierten Zielen
- Praxistaugliche Instrumente für Bedarfsanalysen und weitere Planungsschritte sowie Unterstützung bei Auswahl und Anwendung
- Ausreichend Zeit, Ressourcen sowie Qualifizierungs- und Beratungsangebote für die Partizipation von Zielgruppen
- Regelmäßige Aktualisierung oder Wiederholung von Bedarfsanalysen für eine bedarfsgerechte Maßnahmenplanung
- Zielgruppenspezifische, niedrigschwellige Zugangswege zu Maßnahmen über bestehende Strukturen, Institutionen und Träger
- Begleitende Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung zur Sichtbarkeit und Akzeptanz der Maßnahmen
- Kontinuierliche, standardisierte und wirkungsbezogene Evaluation zur langfristigen Ergebnisbewertung
- Nutzung und Ausbau von Unterstützungs-, Beratungs- und Qualifizierungsangeboten für wirkungsbezogene Evaluationen

Literaturverzeichnis

Becker, Sabine / Dräger, Sebastian / Klaasen, Hannah / Phillippi, Gabriele: Gesundheitsförderung und Prävention im Landkreis Trier-Saarburg. Integriertes Handlungskonzept. Landkreis Trier-Saarburg.

Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf (2024): Aktionstag „Sport im Kiez“: kostenfreie Sport- und Bewegungsangebote für Kinder und Jugendliche. Aktionstag „Sport im Kiez“: kostenfreie Sport- und Bewegungsangebote für Kinder und Jugendliche - Berlin.de (online, abgerufen am 12.10.2026).

Donabedian, Avedis (1966): Evaluating the quality of medical care. The Milbank Memorial Fund Quarterly, 44(3), S. 166-206.

Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland (2026): Startseite. Das Gesunde Städte-Netzwerk – Gesundheit für alle – mit Städten und Gemeinden für die Menschen im Alltag (online, abgerufen am 12.10.2026).

Gesundheitsregion Hameln-Pyrmont (2026): Stärkung der Gesundheitskompetenz. Stärkung der Gesundheitskompetenz - Gesundheitsregion (online, abgerufen am 12.10.2026).

GKV-Bündnis für Gesundheit (2019): Kommunales Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit. Informationen zur Förderung und Antragstellung. Berlin.

GKV-Bündnis für Gesundheit (o. J.): Förderbekanntmachung Kommunales Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit: Gesundheitsförderung und Prävention für vulnerable Zielgruppen. Berlin.

Hartung, S. / Rosenbrock, R. (2022). Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.

Kolip, Petra (2019): Praxishandbuch Qualitätsentwicklung und Evaluation in der Gesundheitsförderung. Beltz Juventa, Weinheim.

Kolip, Petra / Ackermann, Günter / Ruckstuhl, Brigitte / Studer, Hubert (2019): Gesundheitsförderung mit System. Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention. Hogrefe, Bern.

Kolip, Petra / Trojan, Alf (2021). Qualitätsentwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung. In M. Tiemann & M. Mohokum (Hrsg.), Prävention und Gesundheitsförderung. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Springer, Berlin.

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021): Kriterien für gute Praxis der sozialla-genbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Belege für Wirkungen und Kosten“. Köln und Berlin.

Kreis Ostholstein (2026): Lebensqualität durch Gesundheit. Lebensqualität durch Gesundheit / Kreis Ostholstein (Kreisverwaltung) (online, abgerufen am 12.10.2026).

Landkreis Aurich (2026): Leitziele. Leitziele - Landkreis Aurich (online, abgerufen am 12.10.2026).

Landkreis Saarlouis (2025a): Kommunale Gesundheitsförderung. Landkreis Saarlouis Kommunale Gesundheitsförderung (online, abgerufen am 12.10.2026).

Landkreis Saarlouis (2025b): Kochkurs für Alleinerziehende. Landkreis Saarlouis Kochkurs für Alleinerziehende (online, abgerufen am 12.10.2026).

Landkreis Trier-Saarburg (2026): Fachstelle für Gesundheitsförderung und Prävention. Gesundheit gemeinsam fördern. Fachstelle für Gesundheitsförderung und Prävention - Landkreis Trier-Saarburg (online, abgerufen am 12.10.2026).

Nickel Stefan / Trojan Alf (2026): Capacity Building / Kapazitätsentwicklung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Publisso, Köln.

Nowak, Stephanie (2024): Cottbuser Gesundheitsstrategie. Schwerpunkt: Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder und Jugendliche. Stadt Cottbus, Dezernat für Ordnung, Sicherheit, Sport, Gesundheit und Bürgerservice.

OTEGAU Arbeitsförder- und Berufsbildungszentrum GmbH Ostthüringen/ Gera (2026): AGATHE – älter werden in der Gemeinschaft. AGATHE – OTEGAU GmbH (online, abgerufen am 12.10.2026).

Quilling, Eike / Kuchler, Maja / Leimann, Janna / Mielenbrink, Vivien / Terhorst, Stefanie / Tollmann, Patricia / Dieterich, Sven (2021): Koordination kommunaler Gesundheitsförderung. Entwicklung eines Aufgaben- und Kompetenzprofils. Ergebnisbericht. GKV-Spitzenverband (Hrsg.), Berlin.

Schaeffer, Doris / Vogt, Dominique / Berens, Eva-Maria / Gille, Svea / Griese, Lennart / Klinger, Julia / de Sombre, Steffen / Hurrelmann, Klaus (2021). Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Ergebnisse des zweiten Health Literacy Survey Germany (HLS-GER 2). Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld.

Stadt Chemnitz (2026): BeTaSen – Ein erfolgreicher Beitrag zur Gesundheitsförderung von Senior:innen. Abschluss des Förderprogramms. BeTaSen: Chemnitz.de (online, abgerufen am 12.10.2026).

Stadt Cottbus (2026): Gesundheitsplanung und Gesundheitsförderung. Gesundheitsplanung und Gesundheitsförderung - Stadt Cottbus/Chóśebuz (online, abgerufen am 12.10.2026).

Stadt Erlangen (2026): Gesund älter werden in Büchenbach-Nord (GÄWIN). GÄWIN - Sport und Gesundheit (online, abgerufen am 12.10.2026).

Stadt Gera (2023): Der Integrierte Kommunale Sozialplan 2024-2028. Der Integrierte Kommunale Sozialplan 2024-2028 - Stadt Gera (online, abgerufen am 12.10.2026).

Stadt Gera (2026a): Gesundheitsförderung und Prävention. Gesundheitsförderung & Prävention - Stadt Gera (online, abgerufen am 12.10.2026).

Stadt Gera (2026b): Kommunales Förderprogramm „Gesund älter werden“. Kommunales Förderprogramm "Gesund älter werden" - Stadt Gera (online, abgerufen am 12.10.2026).

Stadt Leipzig (2018): Integriertes Stadtentwicklungskonzept Leipzig 2030 (INSEK). Beschlussetzung. Stand der Realisierung am 28.06.2018. Integriertes Stadtentwicklungskonzept Leipzig 2030 (INSEK) (online, abgerufen am 12.10.2026).

Stadt Leipzig (2026a): Gesunde Städte – Netzwerk Leipzig. Gesunde Städte-Netzwerk Leipzig - Stadt Leipzig (online, abgerufen am 12.10.2026).

Stadt Leipzig (2026b): Gut beraten mit Leipziger Hausbesuchen für Menschen ab 75 Jahre. Gut beraten mit Leipziger Hausbesuchen für Menschen ab 75 Jahre - Stadt Leipzig (online, abgerufen am 12.10.2026).

Stadt Leipzig (2026c): Koordinierungsstelle kommunale Gesundheit – Gesundheitsamt. Koordinierungsstelle kommunale Gesundheit - Stadt Leipzig (online, abgerufen am 12.10.2026).

Stadtverwaltung Trier, Jugendamt (2023): Kinder- und Jugendförderplan der Stadt Trier 2024-2026. https://www.trier.de/media/www.trier.de/org/med_3398/7499_kinder-und-jugendfoerderplan_2024-2026.pdf (online, abgerufen am 05.10.2026).

Stadt Worms (2026): Kommunale Steuerungsstrukturen Gesundheitsförderung und Prävention. GKV-Bündnis für Gesundheit - Stadt Worms (online, abgerufen am 12.10.2026).

Verband der Ersatzkassen e.V. (2025): Sachsen. Nachbarschaft stärken, Gesundheit fördern – Projekt in Leipziger Stadtteilen zeigt Wirkung. Nachbarschaft stärken, Gesundheit fördern – Projekt in Leipziger Stadtteilen zeigt Wirkung - Sachsen (online, abgerufen am 12.10.2026).