

Bereitschaft zur Umsetzung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Menschen in schwierigen Lebenslagen in deprivierten Kommunen in Bayern: Eine qualitative Analyse

Readiness for Implementation of Prevention and Health Promotion Measures for People in Difficult Living Situations in Deprived Municipalities in Bavaria: A Qualitative Analysis



Autorinnen/Autoren

Kathrin E. Steinbeißer^{1,2} , Maria Wiethaler¹, Anna Theresa Schmid^{1,3}, Andrea R. Wolff¹

Institute

- 1 Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Bayern, Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e. V., München, Germany
- 2 Fakultät für angewandte Gesundheitswissenschaften, Technische Hochschule Deggendorf, Deggendorf, Germany
- 3 Fakultät für Sport- und Gesundheitswissenschaften, Technische Universität München, München, Germany

Schlüsselwörter

Gesundheitliche Chancengleichheit, Deprivation, Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Menschen in schwierigen Lebenslagen, Kommunales Setting

Key words

Health Equity, Deprivation, Health Promotion, Disease Prevention, Socially Disadvantaged People, Setting Community

online publiziert 2023

Bibliografie

Gesundheitswesen 2023; 85: 639–644

DOI 10.1055/a-2057-6134

ISSN 0941-3790


© 2023. The Author(s).

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

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Dr. Kathrin E. Steinbeißer
Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e. V.
Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Bayern
Geisenhausenerstraße 18
81379 München
Germany
steinbeisser@lzg-bayern.de

 Zusätzliches Material finden Sie unter <https://doi.org/10.1055/a-2057-6134>

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel der Studie Zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit ist die Kommune ein zentrales Setting. Für eine bedarfsgerechte und zielgruppenspezifische Umsetzung von Maßnahmen ist es wichtig, die Herausforderungen und Bedarfe in den Kommunen zu verstehen. Dies gilt v. a. für deprivierte Kommunen, die bislang kaum Gesundheitsförderungsprogramme für Menschen in schwierigen Lebenslagen anbieten. Die zentrale Forschungsfrage lautet: „Wie wird der Handlungs- und Unterstützungsbedarf in Bezug auf die Umsetzung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung mit Fokus auf Menschen in schwierigen Lebenslagen in deprivierten Kommunen wahrgenommen?“

Methodik Mittels leitfadengestützter Expert/-innenbefragungen (n = 10) wurden explorativ qualitative Daten in fünf bayerischen Kommunen mit hohem Deprivationsgrad erhoben. Den Grad stellt der Bayerische Index Multipler Deprivation (BIMD, 2010) dar, der das Ausmaß des Ressourcenmangels auf Gemeindeebene zeigt. Die Daten wurden mittels inhaltlich strukturierender Inhaltsanalyse nach Kuckartz analysiert.

Ergebnisse Die entstandenen Hauptthemen der Analyse sind (1) wahrgenommene Zielgruppen mit Unterstützungsbedarf, (2) Aktivposten für Prävention und Gesundheitsförderung sowie (3) Handlungsbedarfe in Bezug auf Prävention und Gesundheitsförderung. In den befragten Kommunen in Bayern wurden Zielgruppen mit Unterstützungsbedarf identifiziert. Gleichzeitig zeigte sich, dass in den meisten Kommunen wenige Ressourcen und Strukturen zur Verfügung stehen, um sich der Prävention und Gesundheitsförderung mit diesen Zielgruppen anzunehmen.

Schlussfolgerung Die Studie zeigt, dass deprivierte Kommunen einen Bedarf an bedarfs- und zielgruppengerechten Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung für Menschen in schwierigen Lebenslagen aufweisen. Diese Kommunen haben jedoch wenig Handlungsspielräume und sollten daher gezielt, z. B. durch Vernetzungsarbeit, unterstützt werden.

ABSTRACT

Objective The community setting is crucial to improving health equity. To enable the implementation of need-based and target-oriented measures, it is important to understand the challenges and needs of communities. This is highly relevant for deprived communities that have offered hardly any health promotion programs for socially disadvantaged people. The main research question of this study is: “How do deprived communities perceive

the need for action and support in connection with the implementation of disease prevention and health promotion measures focused on socially disadvantaged people?”

Methods A qualitative, exploratory analysis through semi-structured interviews with experts (n = 10) was conducted in five deprived communities in Bavaria. The degree of deprivation was represented by the Bavarian Index of Multiple Deprivation (BIMD, 2010), which shows the extent of lack of resources at the community level. Qualitative analysis of the interviews followed the theoretical framework of qualitative content analysis according to Kuckartz.

Results Themes arising from the interviews were (1) groups perceived to be in need of support, (2) disease prevention and health promotion assets, and (3) need for action regarding prevention and health promotion. Target groups in need of support were identified in the analyzed communities. Furthermore, it became apparent that in deprived communities there were scarcely resources and structures to address disease prevention and health promotion.

Conclusion This study shows that deprived communities need support to implement need-based and target-oriented prevention and health promotion measures for socially disadvantaged people. However, those communities have limited capacities, and thus should be supported (e. g., through networking).

Einleitung

Soziale und gesundheitliche Ungleichheit sind eng miteinander verknüpft. Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status haben einen schlechteren subjektiven Gesundheitszustand, nutzen seltener Gesundheitsförderungsprogramme und haben eine um etwa zehn Jahre niedrigere Lebenserwartung als besser Gestellte [1, 2]. Als wichtige Einflussfaktoren auf die Gesundheitschancen gelten Arbeits-, Wohn- und allgemeine Lebensbedingungen sowie der Zugang zu bestimmten Ressourcen [3–5].

Nach dem „Health Asset Model“ gilt es besonders die kommunalen Ressourcen zu stärken, um die Gesundheit von Menschen in schwierigen Lebenslagen zu fördern. „Assets“ oder auf Deutsch „Aktivposten“ sind Ressourcen, die als Grundlagen gesehen werden, um die Gesundheit zu erhalten und zu fördern sowie die gesundheitliche Ungleichheit zu verringern [6]. Laut Weltgesundheitsorganisation zählen hierzu soziale, finanzielle, physische sowie Umwelt- oder Humanressourcen, wie z. B. Bildung, unterstützen soziale Netzwerke und natürliche Ressourcen [7].

Ein aussagekräftiger Indikator zur Identifikation von Kommunen mit einem Mangel an Aktivposten hinsichtlich Gesundheit und zugleich einem hohen Anteil an Menschen in schwierigen Lebenslagen ist der Deprivationsindex. Empirische Studien konnten den Zusammenhang zwischen Deprivation und regionalen gesundheitlichen Unterschieden der Bevölkerung mehrfach aufzeigen (z. B. [8–10]). Für Bayern steht der Bayerische Index Multipler Deprivation (BIMD) als geeignetes Instrument zur Verfügung [11, 12].

Inwiefern relevante Akteur/-innen in deprivierten Kommunen in Bayern selbst einen Handlungsbedarf in Bezug auf Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung mit Fokus auf Menschen in schwierigen Lebenslagen wahrnehmen, wurde bisher nicht untersucht. Daher liegt dieser Studie folgende Forschungsfrage zugrunde: Wie wird der Handlungs- und Unterstützungsbedarf in Bezug auf die Umsetzung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung mit Fokus auf Menschen in schwierigen Lebenslagen in deprivierten Kommunen wahrgenommen?

Methodik

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden semi-strukturierte Expert/-inneninterviews in deprivierten Kommunen durchgeführt. Dabei war das erste der zwei Auswahlkriterien die Zugehörigkeit zum fünften Quintil und damit zum höchsten Deprivationsgrad gemäß BIMD 2010 [11]. Um die Diversität Bayerns besser abzubilden, wurden Kommunen aus unterschiedlichen Regierungsbezirken gewählt. Dafür wurden im zweiten Schritt die Kommunen in die Regierungsbezirke unterteilt und jeweils drei Kommunen mit dem höchsten Deprivationsgrad in absteigender Reihenfolge kontaktiert, aus denen im dritten Schritt Expert/-innen (z. B. Personen aus Politik oder Gesundheitswesen, Ehrenamtliche) identifiziert wurden. Einschlusskriterium war die aktive Ausführung der Tätigkeit. Insgesamt 19 Personen aus sieben Kommunen wurden kontaktiert, von denen zehn Teilnehmende (Response Rate: 52,6 %) aus fünf Kommunen (siehe ► **Tab. 1**) akquiriert wurden. Die Teil-

► **Tab. 1** Charakteristika der ausgewählten Zielkommunen.

Regierungsbezirk	BIMD 2010 der Kommune	Einwohner/-innen-zahl
Oberbayern	58,6	~ 25,000
Niederbayern	68,5	~ 2,400
Oberpfalz	62,2	~ 2,100
Oberfranken	78,4	~ 1,300
Unterfranken	50,8	~ 600

BIMD Bayerischer Index Multipler Deprivation, Version 2010

nehmenden waren in Kirche, Gesundheitswesen oder Lokalpolitik tätig.

Die Interviews wurden mit Hilfe eines dafür erstellten und getesteten Interviewleitfadens (s. **Supplementary Material 1, online verfügbar**) zwischen Mai und Juli 2019 durchgeführt und erfolgten somit noch vor Beginn der COVID-19-Pandemie. Sie fanden in der jeweiligen Kommune in geschlossenen Räumen und ohne Beisein anderer Personen statt [13]. Der Fragenkatalog beinhaltete drei Themenblöcke zu Strukturen, Ressourcen und Herausforderungen. Die Gespräche dauerten im Mittel 69,6 Minuten (Min.: 43,1; Max.: 86,5) und wurden mit dem Diktiergerät Olympus DM-720 aufgezeichnet. Nach Beendigung des Interviews wurde ein Postskript mit Eindrücken, Auffälligkeiten und etwaigen Störungen angefertigt [13].

Die Transkription der Interviews erfolgte wörtlich nach Dresing und Pehl [14] mit Hilfe der Software MAXQDA Standard 2018 (Release 18,2,0, VERBI GmbH, Berlin). Zur Anonymisierung wurden alle Textstellen, die Rückschlüsse auf die Region oder die Person zulassen, durch anonymisierende Platzhalter ersetzt und Befragten eine randomisierte Nummer von 01–10 zugeordnet.

Die Daten wurden entsprechend der sieben Phasen der Inhaltsanalyse nach Kuckartz deduktiv-induktiv analysiert [15]. Deduktive Kategorien ergaben sich aus Leitfaden und Forschungsfrage. Eine ergänzende induktive Bildung von Subkategorien ermöglichte die Einbeziehung weiterer Konzepte aus den Daten. Das Kategoriensystem wurde anhand aller Interviews erstellt und durch mehrere Kodierbesprechungen evaluiert und modifiziert. Zusätzlich wurde das konsensuelle Kodieren nach Hopf und Schmidt angewandt [16], bei dem eine zweite Wissenschaftlerin Schlüsselstellen von sieben Interviews kodierte. Diese Kodierung wurde verglichen und diskutiert, bis Konsens über die Interpretation der Daten erlangt wurde.

Ergebnisse

In der Analyse ergaben sich drei Hauptkategorien mit Subkategorien (s. **Supplementary Material 2, online verfügbar**). Die erste Hauptkategorie entstand deduktiv, die beiden weiteren induktiv aus den Daten. Insgesamt bieten die Kategorien einen Einblick in die Situation der Kommunen in Bezug auf die Zielgruppen, vorhandene Aktivposten sowie Handlungsbedarfe in Bezug auf Gesundheitsförderung.

Wahrgenommene Zielgruppen mit Unterstützungsbedarf

Teilnehmende nannten unterschiedliche Zielgruppen mit Unterstützungsbedarf. Insgesamt neun Befragte nannten finanziell schlechter

Gestellte als relevante Gruppe, wobei sich besonders ältere Personen laut Befragten die Teilnahme am kommunalen Leben „nicht so leisten“ könnten:

Oder beim Bus jetzt/diesmal kostet es auch zehn Euro (.) jetzt, wenn sie zu zweit fahren dann sind es schon zwanzig Euro, dann wollen sie noch Kaffee trinken, da kommt schon was zusammen (..) das ist vielleicht/für viele ist das schon (.) ein bisschen teuer dann. (P06)

In zwei der Kommunen schien diese Problemlage an Bedeutung zu gewinnen, da die Anzahl der finanziell schlechter Gestellten zunahm.

Auch Wohnräume und -umgebungen wurden kritisiert: Adäquater Wohnraum sei knapp und somit höherpreisig. Die Zielgruppe könne sich „nicht leisten, das Haus zu renovieren“. Personen in maroden oder abgelegenen Wohnungen sowie wohnungslose Personen wurden zudem als Zielgruppe benannt, welche oftmals einen erschwerten Zugang zu Versorgungsstrukturen habe.

Die Mobilität finanziell schlechter Gestellter beschrieben die Befragten als eingeschränkt. Darüber hinaus wurden andere nicht-mobile Personen, etwa ohne Auto oder Führerschein, thematisiert. Sechs Befragte sprachen vorwiegend von älteren Personen, die aufgrund fehlender Mobilität mit verschiedenen Schwierigkeiten konfrontiert seien:

Die [Älteren] kommen ja nicht weg. (..) Also (.) viele Ältere haben (.) zwar Führerscheine aber keine Autos. (.) Die [Autos] haben die Jungen und (.) für die Jungen ist es egal (.) also Arbeitsplätze in [[der Kommune]] gibt's sehr wenig bis gar keine (.), die MÜSSEN also auswärts arbeiten und dann kaufen die halt auch auswärts ihr Zeug gleich mit ein. (...) Es gab bis (.) Anfang/bis Ende letzten Jahres (.) in [[dem Nachbarort]] einen Supermarkt. (.) Der hat dann auch zugemacht (.) Also die sind dann auf jemanden angewiesen der sie hinbringt. (P04)

Aus zwei weiteren Kommunen wurde eine Abhängigkeit dieser Zielgruppe bei der Versorgung mit Lebensmitteln, Fahrt zum Arzt sowie in Bezug auf das soziale Leben beschrieben. Insgesamt sprachen fünf Befragte von der Notwendigkeit, die Zielgruppe bei der täglichen Versorgung bzw. einem selbstbestimmten Leben zu unterstützen. Als weitere Zielgruppe wurden einsame Personen benannt. Fehlende soziale Strukturen wurden als Gefahr für die Gesundheit gesehen, wobei besonders das Alter sowie alleinstehend zu sein als Risikofaktoren beschrieben wurden. P05 beobachtete eine zunehmende soziale Isolation:

Das wird halt jetzt (.) fürchte ich, immer mehr, (.) je mehr diese sozialen Strukturen wegbrechen, und (.) eben viele so (.) ja, viel so dieses, ich glaube die neue Version ist Cocooning: Man baut sich ein, in sein eigenes kleines Reich und lässt keinen mehr dazu. (P05)

Neben der Einbindung in das kommunale Leben nannten drei Teilnehmende daher auch persönliche Verbindungen als Bedarfe. Während sechs Befragte einen konkreten Handlungsbedarf für aufsuchende Arbeit äußerten, nahm P04 eine weniger aktive Haltung ein: Die Anzahl der sozial isolierten Personen in deren Kommune

beschränke sich auf „vielleicht fünf“, um die man sich nicht kümmern müsse, da sich „irgendwo noch eine Cousine zweiten Grades oder sowas“ findet, um sich dieser Personen anzunehmen.

Aktivposten für Prävention und Gesundheitsförderung

Die Kommunen sahen unterschiedliche Ressourcen in Bezug auf Gesundheitsförderung für Menschen in schwierigen Lebenslagen. Sieben Teilnehmende beschrieben soziale Unterstützung als wichtigen Aktivposten, der Gesundheit und Wohlbefinden stärke. Langjährige Freundschaften und familiäre Strukturen prägen ein „aufeinander achten“, wie P01 anhand einer Gegebenheit im Einkaufsladen darstellte:

Die Leute kriegen es halt teilweise noch eingepackt, da ist eine Treppe, die trägt's auch noch manchmal mit über die Treppe runter oder stellt den Korb in's Auto mit rein (.) Ist einfach familiär. Und dann treffen sich halt paar da wird halt mal ein paar Minuten gesprochen und sich unterhalten. Dass die Leute auch brauchen vor allem die Einzelnen, die alleine wohnen. (P01)

Auch ehrenamtlich Engagierte, die durch Aktivität, Wissen oder Unterstützung einen positiven Beitrag leisten, wurden als Aktivposten genannt. Die Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe und die Milderung des allgemeinen Ressourcenmangels, z. B. durch selbstorganisierte Bürgerbusse und Nachbarschaftshilfe, nannten Befragte als wichtige Ressourcen, auch für die Gesundheit von Menschen in schwierigen Lebenslagen. Die Interviews deuteten jedoch an, dass personelle Aktivposten in den Kommunen häufig nur durch ehrenamtlich Tätige abgedeckt wurden. Gleichzeitig ließe jedoch ehrenamtliches Engagement – insbesondere der jungen Bevölkerung – nach. Dies führte P01 z. B. auf weite Arbeitswege zurück.

Als einen der größten Aktivposten beschrieben die Kommunen Vereinsstrukturen, welche organisierte Treffen, Feste und andere Veranstaltungen ermöglichten. Diese seien wichtig, um Menschen gesellschaftlich zu integrieren und den Zusammenhalt in der Kommune zu fördern, wie P03 beschrieb:

Also, als erstes fällt mir da ein unheimlich reges soziales Leben, das sich durch immense Vereinstätigkeit äußert. Also, (.) der Ort hält als Ort zusammen, als Gemeinschaft, und (.) insofern wird ein soziales Miteinander gepflegt. (P03)

Besonders Sportvereine, von denen alle Befragten berichteten, könnten zusätzlich die Möglichkeit zur Steigerung der körperlichen Aktivität bieten. Vereinzelt wurde jedoch auch angesprochen, dass Menschen in schwierigen Lebenslagen z. B. aufgrund fehlender finanzieller Mittel weniger an diesen Angeboten teilnahmen. Kirchliche Strukturen hingegen förderten laut Befragten besonders die gesellschaftliche Teilhabe (z. B. Organisation von Ausflügen mit teilweise finanzieller Unterstützung sozial schlechter Gestellter).

Für Bewegung und Erholung sahen die Teilnehmenden besonders die Umgebung als wichtige Ressource. Alle befragten Kommunen liegen in ländlichen Gebieten, umgeben von Grünflächen, Wäldern oder Bergen. Auch die erbaute Umwelt (z. B. Schwimm- oder Kletterhallen) nannten Teilnehmende als Raum für Bewegung. Sechs Befragte sahen diese Umgebung als Aktivposten für Gesundheit, der sich auch zum Stressabbau eignet:

Und das ist die einzige Ressource, wo man wirklich sagen kann, an der Gesundheit, die Natur (..) wo man zur Ruhe kommen kann, wo der Stress abgebaut wird und solche Sachen. (P07)

Obwohl viele Befragte von dem vielfältigen Angebot positiv berichteten, sprachen sie auch an, dass dieses nur vereinzelt genutzt wurde. Um die Umgebung für alle Menschen attraktiver zu gestalten, bedarf es aus Sicht der Befragten daher eines Ausbaus oder besserer Nutzbarmachung.

Handlungsbedarfe in Bezug auf Prävention und Gesundheitsförderung

Teilnehmende berichteten über verschiedene Barrieren und Handlungsbedarfe, die sie in ihren Kommunen in Bezug auf Gesundheit wahrnahmen. Hier äußerten sie vor allem einen Mangel an Arbeitsplätzen sowie fehlende Versorgungsstrukturen, was zu Abwanderung und Strukturabbau führte. Während ein Defizit an Geschäften des täglichen Bedarfs zu geringerer Lebensqualität sowie einem Mangel sozialen Austauschs führte, beklagten Teilnehmende besonders einen Rückgang an medizinischen und gesundheitlichen Strukturen. Vier Befragte berichteten von weggebrochenen Strukturen und selbst Kommunen mit vorhandenen Strukturen beschrieben diese als gefährdet:

Da dann mit dazu sind wir auch NOCH in der glücklichen Lage und hoffentlich auch noch länger, dass wir einen Allgemeinarzt vor Ort haben. (P05)

Teilnehmende sahen daher für den Ausbau und Erhalt ärztlicher Versorgung Handlungsbedarf, für den auch politische Unterstützung gefordert wurde. Eine Verbesserung wäre laut Befragten auch im Ausbau der Nahverkehrsstrukturen und Mobilität sowie hinsichtlich adäquaten Wohnraums wichtig. Die Teilnehmenden betonten, dass der Mangel an Strukturen die Benachteiligung sozial schlechter Gestellter multipliziere.

Einen weiteren Handlungsbedarf sahen Teilnehmende in Bezug auf die Wiederbelebung der Dorfgemeinschaft. Fünf Befragte sahen Orte für soziale Treffen (z. B. Cafés, Wirtshäuser, öffentliche Räume) als Einflussfaktoren auf das gesellschaftliche Leben und die Gesundheit. Die Teilnehmenden berichteten, dass viele dieser Treffpunkte fehlten oder geschlossen wurden. P06 berichtete von den Folgen der Schließung eines Cafés:

Ja also [ein] Café wäre schon nicht schlecht und jetzt haben [die älteren Personen] eben beim [[Supermarkt]] haben da (.) jeden Donnerstag ab halb zehn/(..) lassen sie (..) bei ihnen in der Küche haben sie eine große Eckbank/da die Senioren rein. Wer halt kommen will (.) da hat ein jeder (..) eine Tasse Kaffee vor sich und einfach (.) ein bisschen, dass man sich unterhält. (.) Weil viele Senioren sind ja doch sehr einsam. (P06)

Auch der Bürgermeister P10 und die Familienbeauftragte P02 sahen den gleichen Bedarf, sprachen in diesem Zusammenhang jedoch davon, dass Cafés oder Wirtshäuser für solche Treffen nicht immer geeignet seien, da ein Wirtshausbesuch oft mit finanziellen Ausgaben verbunden sei.

Sieben Teilnehmende sahen eine Notwendigkeit für finanzielle Unterstützung von außen, wobei drei über bereits bestehende Stabilisationshilfen für die Kommune durch den Freistaat Bayern berichteten. Durch diese mit Regelungen belegte Hilfe ist es ihnen jedoch nicht möglich, finanzielle Mittel für „freiwillige Leistungen“ (z. B. Unterstützung von Vereinen oder Ehrenamt) bereit zu stellen, wie P05 erzählte:

Unterstützung vom Verein im Allgemeinen wird als freiwillige Leistung angesehen. (...) Ist ja nicht Pflichtaufgabe der Kommune. Pflichtaufgabe Straßen, Wasser, Kanal, Breitband zähle ich inzwischen auch dazu, diese klassischen Sachen. (...) Sport wiederum ist freiwillige Aufgabe einer Kommune, aber wichtige Aufgabe. (P05)

Des Weiteren äußerten die Befragten, dass sie Fördergelder beantragen würden, der verpflichtende Eigenanteil jedoch häufig eine zu große Hürde darstelle. Dies verdeutlicht die schwierige finanzielle Situation aller befragten Kommunen, besonders in Hinblick auf die Abmilderung der Folgen des Strukturabbaus. Die Ergebnisse zeigen zudem, dass in Kommunen wenig bis keine Ressourcen in Form von Personal, Räumlichkeiten oder Wissen für gesundheitsförderliche Angebote (z. B. Gesundheitsbildung) besteht. Auch der Bedarf nach Wahrnehmung und Anerkennung der Kommune von außen (z. B. Politik) wurde geäußert. Fünf Befragte berichteten hierbei von einem Gefühl des „Vergessenwerdens“, das durch den Strukturabbau verstärkt würde.

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen auf, dass Akteur/-innen in deprivierten Kommunen in Bayern Zielgruppen und Handlungsbedarfe zur Gesundheitsförderung von Menschen in schwierigen Lebenslagen wahrnehmen. Hierbei wurden besonders finanziell schwächere und sozial isolierte Personen als Zielgruppen definiert. Andere „klassische“ Zielgruppen der gesundheitlichen Chancengleichheit, wie z. B. Arbeitslose, Menschen mit Fluchterfahrung oder Alleinerziehende wurden nicht benannt, obwohl der BIMD 2010 z. B. die Arbeitslosigkeit mit 25 %iger und damit hoher Gewichtung miteinbezieht [11]. Hier stellt sich die Frage, ob diese Zielgruppen in den Kommunen weniger vorhanden sind, oder lediglich nicht wahrgenommen wurden.

Insgesamt schien bei der Benennung unterschiedlicher Zielgruppen ein Fokus auf den Lebensphasen zu liegen. Besonders ältere Personen wurden als Hauptzielgruppe gesehen, während Personen mittleren Alters selten genannt wurden. Die Aussagen zur Arbeitsplatzsituation in den Kommunen deutet darauf hin, dass Erwerbstätige hier vor Ort nur wenig präsent sind. Somit stellt sich auch die Frage, ob ältere Personen tatsächlich den größten Unterstützungsbedarf haben oder lediglich am sichtbarsten waren. Systematische Bedarfsanalysen (z. B. bei Pendler/-innen) könnten helfen, diese Frage zu klären.

Die geringe Präsenz erwerbstätiger Personen schien auch eine sinkende Nachfrage an infrastrukturellen Ressourcen nach sich zu ziehen. Geschäfte, gesellschaftliche Angebote oder Nahverkehrsstrukturen können wirtschaftlich nicht erhalten werden, wodurch auch Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe, besonders für Senior/-innen verschwinden. Dieser Zusammenhang zwischen De-

privation und Einsamkeit wurde auch in einer Studie aus England aufgezeigt [17]. Grundsätzlich schien soziale Isolation ein Kernthema der Kommunen darzustellen, da sich Angebote fast ausschließlich auf gesellschaftliche Teilhabe fokussierten – jedoch meist in geringer Intensität (z. B. ein Senior/-innenkreis pro Monat). Dies reicht nicht aus, um vereinsamte Menschen aus der Isolation zu holen. Zudem zeigen die Daten kaum Hinweise, dass von Vereinsamung bedrohte Personen systematisch angesprochen werden.

Die Studie zeigt Handlungsbedarf für die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung im ländlichen Bereich auf, welcher für Bayern bereits bekannt ist [18]. Vor dem Hintergrund des allgemeinen Ressourcenmangels werden diese Ergebnisse nochmals dringlicher. In den deprivierten Kommunen trifft bereits jetzt der Rückgang medizinischer Strukturen auf eine schlechte Erreichbarkeit der Ärzte, eine alternde Bevölkerung und eine steigende Nachfrage nach medizinischen Leistungen [19]. Auch infrastrukturelle Maßnahmen, wie die Einführung von Ärzte- oder Einkaufsbussen sowie weitere Transportlösungen erscheinen vor dem Hintergrund der Deprivation schwer umsetzbar, aber geboten, um allen Menschen die gleichen Zugangschancen zu ermöglichen [20, 21]. Insgesamt verweisen viele der genannten Bedarfe auf den Ausbau von Infrastrukturen, besonders in Bezug auf den Transport und die Wohnsituation von Menschen in schwierigen Lebenslagen, die jedoch nur mittels finanzieller Unterstützung umsetzbar wären. Der Aspekt der ungleichen Wohnsituationen wurde auch in einer Studie zu sozialer Ungleichheit und COVID-19 nochmals herausgearbeitet und hat somit nicht an Aktualität verloren [22].

Selbst bestehende Aktivposten in den Kommunen werden laut Befragten wenig genutzt, was besonders in Bezug auf die Natur und erbaute Umgebung betont wurde. Gesundheitsbildungsmaßnahmen, welche in den Interviews kaum benannt wurden, könnten dabei unterstützen, dass Ressourcen besser genutzt werden [23]. Hier gilt es jedoch zu klären, ob die vorhandenen Strukturen auch für alle Menschen gleichermaßen zugänglich sind und die Maßnahmen zielgruppengerecht geplant und umgesetzt werden [24, 25]. Ferner könnten sich einige der gefundenen Bedarfe z. B. durch das Pandemiegeschehen verändert haben [22, 26, 27]. Weitere Forschung und Diskussion zum Themenbereich Gesundheitsförderung und Prävention im ländlichen (bayerischen) Raum könnten hierzu Aufschluss geben.

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

Die Ergebnisse zeigen in deprivierten Kommunen einen Bedarf dafür auf, dass in Bezug auf gesundheitliche Chancengleichheit Angebote spezifischer auf Menschen in schwierigen Lebenslagen ausgerichtet und für diese attraktiv und nutzbar gestaltet werden [28]. Regionale Vernetzungsarbeit könnte zudem unterstützen, um z. B. bestehende Maßnahmen und Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention auf weitere Kommunen auszuweiten oder lokale Präventionsbündnisse zu fördern [19, 29]. Hier wären beispielsweise Veranstaltungen mit Akteur/-innen, Ehrenamtlichen und politischen Vertreter/-innen denkbar, was deprivierten Kommunen gleichzeitig ein Gefühl des „Wahrgenommen Werdens“ vermitteln könnte.

Funding Information

KS, MW und AW werden gefördert durch die BZgA im Auftrag und mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V

Interessenkonflikt

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

Literatur

- [1] Lampert T, Kroll LE. Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. In: Hurrelmann K, Richter M, Hrsg. *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2009: 309–334
- [2] Robert Koch-Institut. *Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen*. GBE des Bundes. RKI und Destatis. Berlin 2017
- [3] Jones SA, Moore LV, Moore K et al. Disparities in physical activity resource availability in six US regions. *Prev Med* 2015; 78: 17–22
- [4] Moore LV, Diez Roux AV, Evenson KR et al. Availability of recreational resources in minority and low socioeconomic status areas. *Am J Prev Med* 2008; 34: 16–22
- [5] Brandenburg A, Abholz H-H. Hrsg. *Soziale Medizin. Ansätze zur Erklärung und Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit*. 1. Aufl. Hamburg: Argument-Verl; 1997
- [6] *Community Health Solutions*. The Health Asset Model. Online: <https://chsresults.com/healthier-communities/community-asset-analysis/the-health-asset-model-1-0/>letzter Zugriff: 17.10.2022
- [7] Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promot Educ* 2007; Suppl 2: 17–22
- [8] Adams RJ, Howard N et al. Effects of area deprivation on health risks and outcomes: a multilevel, cross-sectional, Australian population study. *Int J Public Health* 2009; 54: 183–192
- [9] Augustin J, Koller D. Hrsg. *Geografie der Gesundheit. Die räumliche Dimension von Epidemiologie und Versorgung*. 1. Aufl. Bern: Hogrefe; 2017
- [10] Dibben C, Sigala M, Macfarlane A. Area deprivation, individual factors and low birth weight in England: is there evidence of an “area effect”? *J Epidemiol Community Health* 2006; 60: 1053–1059
- [11] Maier W, Fairburn J, Mielck A. Regionale Deprivation und Mortalität in Bayern. Entwicklung eines „Index Multipler Deprivation“ auf Gemeindeebene. *Gesundheitswesen* 2012; 74: 416–425
- [12] Wiethaler M, Steinbeißer K, Wolff AR. Menschen in schwierigen Lebenslagen in Bayern. *Präv Gesundheitsf* 2021; 16: 170–175
- [13] Mey G, Mruck K. Hrsg. *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. 1. Aufl. s.l. VS Verlag für Sozialwissenschaften (GWV); 2010
- [14] Dresing T, Pehl T. *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. 8. Aufl. Marburg: Eigenverlag; 2018
- [15] Kuckartz U. *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 3. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2016
- [16] Hopf C, Schmidt C. *Zum Verhältnis von innerfamiliären sozialen Erfahrungen, Persönlichkeitsentwicklung und politischen Orientierungen: Dokumentation und Erörterung des methodischen Vorgehens in einer Studie zu diesem Thema*. Hildesheim: Institut für Sozialwissenschaften; 1993
- [17] Scharf T, Phillipson C, Smith AE et al. *Growing older in socially deprived areas: Social exclusion in later life*. London: Help the Aged; 2002
- [18] Schulz M, Czihal T, Erhart M et al. Korrelation zwischen räumlichen Sozialstrukturfaktoren und Indikatoren des medizinischen Versorgungsbedarfs. *Gesundheitswesen* 2015; 78: 290–297
- [19] Hilger-Kolb J, Ganter C, Albrecht M et al. Identification of starting points to promote health and wellbeing at the community level – a qualitative study. *BMC public health* 2019; 19: 75
- [20] *The Strategy Unit*. *Improving the prospects of people living in areas of multiple deprivation in England*. London 2005
- [21] McKenna SA, Iwasaki PG, Stewart T et al. Key informants and community members in community-based participatory research: one is not like the other. *Prog Community Health Partnersh* 2011; 5: 387–397
- [22] Wachtler B, Michalski N, Hoebel J. Soziale Ungleichheit in SARS-CoV-2-Infektionen und COVID-19-Mortalität in Deutschland. *Gesundheitswesen* 2022; 84: 854
- [23] Kracke E, Sommer D. *Gesundheitsbildung: BZGA – Federal Centre for Health Education* 2022
- [24] Gelormino E, Melis G, Marietta C et al. From built environment to health inequalities: An explanatory framework based on evidence. *Preventive Med Rep* 2015; 2: 737–745
- [25] Estabrooks PA, Lee RE, Gyurcsik NC. Resources for physical activity participation: does availability and accessibility differ by neighborhood socioeconomic status? *Ann Behav Med* 2003; 25: 100–104
- [26] Müters S, Wachtler B, Diercke M et al. Sozioökonomische Deprivation und COVID-19 in Deutschland: Ergebnisse der bundesweiten Meldedaten. *Gesundheitswesen* 2021; 83: 713
- [27] Meherali S, Punjani N, Louie-Poon S et al. Mental health of children and adolescents amidst COVID-19 and past pandemics: a rapid systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18: 3432
- [28] Kowalski C, Steinhausen S, Pfaff H et al. Sozioökonomische Ungleichheit erfordert zielgruppenspezifische Präventionsprogramme. *Public Health Forum* 2008; 16: 226
- [29] *Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege*. *Bayerischer Präventionsplan*. München; 2015