

## GESUNDHEIT ERLEBBAR MACHEN. VOR ORT. IM NETZ.

Die GeDiReMo Gewinnerregionen und die INDiGeR Begleitforschung stellen sich vor.





## GESUNDHEIT ERLEBBAR MACHEN. VOR ORT. IM NETZ.

Die GeDiReMo Gewinnerregionen und die INDiGeR Begleitforschung stellen sich vor

# INHALT

<b>1</b>	<b>Geleitwort</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Gesundheit erlebbar machen. Vor Ort. In Netzwerken</b> .....	<b>5</b>
2.1	Herausforderung Gesundheitsversorgung.....	5
2.2	Potenziale von Dienstleistungen .....	7
2.3	Netzwerke als zukunftsfähige Organisationsform .....	8
2.4	Der Wettbewerb GeDiReMo.....	9
<b>3</b>	<b>Die Gewinnerregionen stellen sich vor</b> .....	<b>11</b>
3.1	Chemnitz+ .....	11
3.1.1	Die Herausforderung in Chemnitz und im Landkreis Mittleres Sachsen .....	11
3.1.2	Die Motivation: Innovationen schaffen für das Wohnen als zentralen Lebensort.....	12
3.1.3	Die Ziele: Gesundheits- und Dienstleistungsangebote für integrative Versorgung im vertrauten Wohnumfeld .....	13
3.1.4	Das Konzept von Chemnitz+ .....	14
3.1.5	Strukturdaten zum Projekt.....	18
3.2	FISnet.....	22
3.2.1	Die Herausforderung in der Region Augsburg/Schwaben .....	22
3.2.2	Die Motivation: Förderung der Gesundheit in der Arbeits- und sozialen Lebenswelt mit neuen Dienstleistungen .....	23
3.2.3	Die Ziele: Innovationen für präventive Gesundheitsförderung im Altersübergang 55+.....	23
3.2.4	Das Konzept von FISnet .....	26
3.2.5	Strukturdaten zum Projekt FISnet .....	29
3.3	Präventionsnetz Ortenaukreis (PNO) .....	30
3.3.1	Die Herausforderung im Ortenaukreis.....	30
3.3.2	Die Ziele: Förderung der gesunden Entwicklung von Kindern zwischen drei und zehn Jahren und ihren Familien.....	30
3.3.3	Das Konzept: Kommunale Präventions- und Gesundheitsstrategie: Zentral steuern, regional handeln, systematisch evaluieren .....	31
3.3.4	Strukturdaten zum Projekt PNO .....	36
3.4	QuartiersNETZ.....	37

3.4.1	Herausforderungen in der Gesundheits- und Dienstleistungsregion Ruhrgebiet .....	37
3.4.2	Motivation und Ziel des Gesamtvorhabens QuartiersNETZ.....	39
3.4.3	Das Konzept von QuartiersNETZ.....	40
3.4.4	Strukturdaten zum Projekt.....	43
3.5	VorteilJena .....	44
3.5.1	Die Herausforderung in der Region Jena.....	44
3.5.2	Die Motivation: Gesundheit über die gesamte Lebensspanne betrachten.....	45
3.5.3	Die Ziele: Prävention, Gesundheitsförderung und soziale Teilhabe verknüpfen .....	46
3.5.4	Das Konzept von VorteilJena .....	46
3.5.5	Strukturdaten zum Projekt.....	49
<b>4</b>	<b>Ziele und Aufgaben der Begleitforschung INDiGeR .....</b>	<b>50</b>
4.1	INDiGeR Forschungsbeiträge .....	50
4.1.1	Netzwerke nachhaltig gestalten .....	51
4.1.2	Geschäftsmodelle für Akteure entwickeln .....	52
4.1.3	Exploration von Service Produktisierung und Rollout .....	55
4.1.4	Netzwerkwirkungen bewerten mit Evaluationsforschung .....	57
<b>5</b>	<b>Kontakte .....</b>	<b>61</b>
5.1	Die Gewinnerregionen .....	61
5.1.1	Chemnitz+ .....	61
5.1.2	FlSnet.....	61
5.1.3	Präventionsnetz Ortenaukreis (PNO) .....	62
5.1.4	Quartiersnetz .....	63
5.1.5	VorteilJena .....	63
5.2	Die Partner der Begleitforschung.....	64
5.2.1	Arbeitspaket »Erhebung der Nachhaltigkeit innovativer Netzwerkstrukturen und -prozesse«.....	64
5.2.2	Arbeitspaket »Entwicklung erfolgreicher Geschäftsmodellen für Netzwerkakteure« .....	64
5.2.3	Arbeitspaket »Tool-Kit für die Service-Produktisierung« .....	64
5.2.4	Arbeitspaket »Evaluationsforschung« .....	65
5.2.5	Projektleitung der Begleitforschung.....	65

# 1 GELEITWORT

Gesundheit ist ein hohes Gut. Städte und Regionen können viel für die Gesundheit und die Lebensqualität ihrer Bürger erreichen. Sie können eine gesundheitsfördernde Umgebung schaffen, Gesundheitsvorsorge betreiben, die Forschungslandschaft stärken und die medizinische Versorgung verbessern. Zwei Beispiele: Gezielte Gesundheitsprävention ist eine Aufgabe, in die lokale Akteure vom Kindergarten bis zu den Betrieben eingebunden werden müssen. Der Wunsch vieler Menschen, auch im Alter ein selbstbestimmtes Leben zu führen, verlangt nicht nur medizinische, sondern auch soziale und städteplanerische Innovationen vor Ort. Die Gestaltung von Modellregionen muss deshalb Grenzen sowohl zwischen wissenschaftlichen Disziplinen als auch zwischen Wirtschaft, Forschung und Zivilgesellschaft überwinden.

Der Gesundheitsbereich ist auch Innovationstreiber und Wirtschaftsfaktor. Deshalb zählt er zu den priorisierten Zukunftsfeldern der Hightech-Strategie der Bundesregierung, die zentrale Forschungsfelder für den Innovationsstandort Deutschland entwickelt. Das Beratungsgremium zur Hightech-Strategie hat 2013 im Auftrag der Bundesregierung und begleitet durch den Stifterverband Empfehlungen zur Entwicklung des Gesundheitsbereiches ausgesprochen. Eine wichtige Schlussfolgerung war: Wir brauchen mehr regionale Integration und Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure vor Ort. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) hat diesen Gedanken aufgenommen und den Förderwettbewerb »Gesundheits- und Dienstleistungsregionen von morgen« ins Leben gerufen. Die Ergebnisse sind auch für die aktuelle innovationspolitische Beratung der Bundesregierung im Hightech-Forum von großer Bedeutung. Denn hier geht es beispielsweise um die Frage: Wie viel technischer und wie viel gesellschaftlicher Fortschritt ist nötig, um Wertschöpfung und Lebensqualität zu schaffen? Welchen Beitrag leisten dafür soziale Innovationen und neue Geschäftsmodelle? Lokale Zusammenschlüsse wie die prämierten Gesundheits- und Dienstleistungsregionen können hier wertvolle Impulse liefern.

Dr. Volker Meyer-Guckel

Stellvertretender Generalsekretär und Mitglied der Geschäftsleitung des Stifterverbands für die Deutsche Wissenschaft

## 2 GESUNDHEIT ERLEBBAR MACHEN. VOR ORT. IN NETZWERKEN.

### 2.1 Herausforderung Gesundheitsversorgung

»Gesundheit ist ein kostbares Gut, denn sie beeinflusst das individuelle und gesellschaftliche Wohlbefinden ebenso nachhaltig wie Leistungsfähigkeit, Produktivität und Wachstum. Die Zunahme von Volkskrankheiten und Mehrfacherkrankungen in der Bevölkerung, die in vielen Industriestaaten mit dem demografischen Wandel einhergehen, stellt unsere Wirtschaft und Gesellschaft vor große Herausforderungen. Gleichzeitig bietet der steigende Bedarf an Gesundheitsleistungen vielfältige Chancen für die deutsche Gesundheitswirtschaft, auch auf den internationalen Märkten. Denn mit neuen, innovativen Lösungen sind nicht nur entscheidende Fortschritte für Gesundheit und Wohlbefinden zu erzielen, sondern können weltweit neue Absatzmärkte erschlossen werden.«

So beschreibt die Bundesregierung in der neuen Hightech-Strategie Innovationen für Deutschland (BMBF, Stand August 2014) die prioritäre Zukunftsaufgabe »Gesundes Leben«. Angestrebt wird Forschung und Entwicklung voranzutreiben, die dazu beitragen, ein gesundes, aktives und selbstbestimmtes Leben der Bevölkerung zu fördern. Damit knüpft die neue Hightech-Strategie konsequent an Erkenntnisse und Zielsetzungen aus der ersten Hightech-Strategie und der begleitenden Forschungsunion Wirtschaft – Wissenschaft an. Ein bereits dort formuliertes wichtiges Handlungsfeld ist die Aktivierung von Kräften und Initiativen, die sich vor Ort zusammenschließen und gemeinsam soziale und technologische Innovationen für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung vorantreiben (vgl. u. a. Forschungsunion Wirtschaft – Wissenschaft 2013: Perspektivenpapier der Forschungsunion. Wohlstand durch Forschung – Vor welchen Herausforderungen steht Deutschland?)

Ein Blick in die Statistik zeigt die große Bedeutung, die der Aufbau belastbarer Versorgungsnetze rund um das Thema Gesundheit und Prävention bereits heute hat und in Zukunft entwickeln wird. Im Jahr 2030 wird Deutschland eine der ältesten Bevölkerungen der Welt haben. Die Zahl der über 65-Jährigen wird sich auf 18,7 Millionen erhöhen. Verglichen mit 2010 entspricht dies einer Steigerung um mehr als 30 Prozent. Bei den Menschen über 80 Jahren wird ein Zuwachs von 2,1 Millionen Menschen prognostiziert (Statistisches Bundesamt 2009: Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden. [www.destatis.de](http://www.destatis.de)). Auch wenn durch bessere Ernährung, Prävention und gute medizinische Versorgung die Chance auf ein gesundes Älterwerden steigt, nimmt die

Zahl der Pflegebedürftigen allein aufgrund der demografischen Entwicklung zu. Man rechnet damit, dass es im Jahr 2030 3,4 Millionen Pflegebedürftige gibt, was einer Steigerung um mehr als eine Million im Vergleich zum Jahr 2009 entspricht.

Die Zahlen kennzeichnen den Weg hin zu einer Gesellschaft des längeren Lebens. Dabei fällt auf, dass sich der Zustand des »Altseins« deutlich aufgliedert. Zu den »alten Alten« sind die »jungen Alten« getreten. Die negativen Aspekte des Alterns wie Krankheit, Hilfs- und Pflegebedürftigkeit verlagern sich tendenziell in das hohe Alter jenseits der 80. Für die Zeit davor, ab etwa 55+ werden gerne die positiven Aspekte des Alterns hervorgehoben: Dazu gehören beispielsweise die größere Lebens- und Berufserfahrung, mehr verfügbare Zeit in einem aktiven Ruhestand oder ein verantwortungsvoller Umgang mit der eigenen Gesundheit, um möglichst lange aktiv bleiben zu können. Auch wenn der Fokus auf die alternde Gesellschaft richtig gesetzt ist, darf die junge Generation nicht aus dem Blick verloren werden. Bereits heute leiden viele Kinder und Jugendliche an Übergewicht, Diabetes, Allergien oder Suchtproblemen. Auch hier muss geheilt, insbesondere aber so gut wie möglich vorgebeugt werden, und zwar durch mehr Anstrengungen zur Prävention in Bildung und Erziehung. Das frühe Erlernen gesunder Lebensweisen kann es ermöglichen, diese eher wirkungsvoll in individuellen Lebenswelten zu verankern und damit für eine Gesellschaft des längeren Lebens vorzusorgen.

Vor diesem Hintergrund erhält die Diskussion um die Koordinierung von Angeboten medizinischer, pflegerischer, therapeutischer und sozialer Leistungen verstärkte Dynamik. Gefragt sind eine bessere Abstimmung und eine verbindliche Kooperation von Kosten- und Leistungsträgern in Versorgungsnetzwerken vor Ort. Dazu gehören auch neue Formen der aktiven Einbeziehung von Patienten/Klienten und deren Angehörigen als Abnehmern und Ko-Produzenten von Gesundheits- und Präventionsleistungen. Das Ziel muss es sein, aus Bedarfen von Menschen vor Ort und guten Ideen von Akteuren im lokalen Gesundheitssystem Leistungsinnovationen zu entwickeln, die dauerhaft als Standarddienstleistung für Gesundheit und Prävention angeboten werden können.

## 2.2 Potenziale von Dienstleistungen

Heilen, pflegen, helfen, aktivieren – schon die Sprache zeigt, dass dienstleistende Tätigkeiten aus Gesundheitsversorgung und Prävention nicht wegzudenken sind. Hightech-Geräte, zeitgemäße Medikamente und immobile Infrastrukturen der stationären Versorgung sind wichtige Elemente des Gesundheitssystems. Nicht weniger wichtig sind Aspekte wie menschliche Zuwendung, die Berücksichtigung individueller Lebensstile – auch vor dem Hintergrund alternder Menschen mit Migrationshintergrund – sowie der Erhalt von Teilhabe und sozialer Einbindung. Leistungen für Gesundheit und Prävention sollen für eine Vielzahl individueller Empfänger hilfreich sein, die für Anbieter machbar und für die Kostenträger bezahlbar bleiben. Um diesen vielfältigen Herausforderungen gerecht zu werden, lohnt es sich, das System Gesundheit aus der Dienstleistungsperspektive zu betrachten.

Legt man die Definition von Meffert/Bruhn 2009 zugrunde, ist ein Serviceprodukt eine für mögliche Nutzer angebotene, vorkonfigurierte Leistung, die direkt an externen Faktoren wie Menschen oder deren Objekten – mit dem Ziel erbracht wird, an ihnen eine gewollte Wirkung zu erreichen. Eine auf den Dienstleistungsaspekt orientierte Betrachtung des Gesundheitssystems kann den Aspekt des Leistungsergebnisses im Sinne eines Produktes und den Aspekt des Prozesses zur Erbringung dieses Ergebnisses gleichermaßen in den Blick nehmen. Zudem können die Interaktion von Anbieter und Abnehmer in Dienstleistungsprozessen und die Integration von Kunden in Produktentwicklung und Prozessgestaltung besser berücksichtigt werden, um wirkungsvolle Gestaltungslösungen zu entwickeln.

Schließlich regt die Dienstleistungsperspektive, die sich auf den zu erbringenden Nutzen eines Leistungsangebots für verschiedene Abnehmer mit unterschiedlichen Bedürfnissen konzentriert, dazu an, nicht nur isolierte Produkte oder Einzelleistungen anzubieten, sondern in integrierten Lösungen zu denken.

Einen nicht zu unterschätzenden Impuls kann die Dienstleistungsperspektive auch für Fortschritte in der technologischen Innovation für bessere Versorgung vor Ort leisten, indem technologische und soziale Innovationen zu integrierten Systemlösungen aus einer Hand verknüpft werden. Das Denken vom Kunden her, die Frage nach der praktischen Nützlichkeit und konkreten Nutzbarkeit eines Angebots sowie die hohe Relevanz von Interaktion – also



wechselseitig aufeinander bezogenem Handeln in Aktion und Reaktion – sind zentrale Merkmale von Dienstleistungen. Der Blick auf Gesundheit und Prävention als Dienstleistungssystem kann dazu beitragen, neue Ansatzpunkte der technologischen Unterstützung zu erkennen und geeignete Technologien aus der Vielfalt der bereits heute zur Verfügung stehenden Möglichkeiten auszuwählen, zu adaptieren oder neue zu entwickeln.

### **2.3 Netzwerke als zukunftsfähige Organisationsform**

Viele Themenfelder, mit denen Politik, Wirtschaft, Gesellschaft und auch Wissenschaft konfrontiert sind, zeichnen sich durch hohe Komplexität der Problemlagen aus, wie die Energiewende oder eben auch die Zukunft der Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Ansätze zur Bearbeitung dieser Felder in Politik und Praxis setzen daher vermehrt auf vernetzte Arrangements der Leistungserbringung. Es geht darum, neuartige Problemkonstellationen besser zu bearbeiten, indem angemessene Lösungen durch absichtsvolle Regelung in zielorientierten Netzwerken kollektiv erzeugt werden. In diesen Netzwerken soll eine Vielzahl von Akteursgruppen und Organisationen koordiniert zusammenarbeiten, um nicht nur die eigenen, sondern auch gemeinsame Ziele zu erreichen. Strategien sollen gekoppelt und Ressourcen gebündelt werden. Der Wissens- und Erfahrungsaustausch kann gefördert und neues Wissen in vorhandene Wissensbestände integriert werden. Lernprozesse im Netzwerk und über Netzwerkgrenzen hinaus lassen sich initiieren. Die aktive Einbindung von Betroffenen als Abnehmer der Leistungen eines Netzwerkes im Sinne von Kundinnen und Kunden kann die Akzeptanz der angebotenen Leistungen erhöhen.

Kooperations- und Vernetzungsmodelle von Präventions-, Gesundheits- und Pflegedienstleistungen stellen einen lösungsorientierten und zukunftsfähigen Ansatz dar, um eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe Versorgung zu ermöglichen. Eine hochvernetzte Leistungserbringung in komplexen Wertschöpfungsnetzwerken stellt die verschiedenen Akteure des Gesundheitswesens jedoch in mehrfacher Hinsicht vor große Herausforderungen. Bestehende Leistungsangebote müssen aufeinander abgestimmt, innovative Gesundheits- und Dienstleistungen entwickelt und erprobt sowie gemeinsam in die Netzwerkstruktur eingebunden werden. Eine wesentliche Herausforderung ist dabei die Suche nach geeigneten Netzwerkstrukturen und -prozessen sowie nach Geschäfts- und Innovationsmodellen für die jeweiligen

Netzwerkakteure, die eine produktive und nachhaltige Leistungserbringung in Dienstleistungsnetzwerken ermöglichen. Leistungsfähige Netzwerke, die qualitativ hochwertige Gesundheits- und Dienstleistungen erbringen, stiften dabei einen hohen Mehrwert für die Regionen und die Endnutzer. Um solche leistungsfähige Netzwerke systematisch steuern und messen zu können, benötigen die verschiedenen Akteure jedoch neue Kenntnisse über die Wirkungsmechanismen dieser komplexen Interventionen und müssen sich mit der Herausforderung einer vernetzten Service-Produktisierung und deren Marktgängigkeit auseinandersetzen.

Die fünf Gewinnerregionen des Wettbewerbs »Gesundheits- und Dienstleistungsregionen von morgen« und die Begleitforschung erproben Gestaltungslösungen für die Vernetzung von Leistungsangeboten für Gesundheit und Prävention vor Ort.

## **2.4 Der Wettbewerb GeDiReMo**

Mit der Ausschreibung des Wettbewerbs »Gesundheits- und Dienstleistungsregionen von morgen« (GeDiReMo) greift das BMBF zwei Themen auf, die von der Forschungsunion Wirtschaft – Wissenschaft im Rahmen der ersten Hightech-Strategie der Bundesregierung wie folgt formuliert wurden: »Auch im Alter ein selbstbestimmtes Leben führen« und »Mehr Gesundheit durch gezielte Prävention und Ernährung«. Gefragt sind die Entwicklung und Realisierung von Konzepten, die Gesundheitsversorgung aber auch Prävention vor Ort dort zu gestalten, wo sie die Menschen in ihren jeweiligen Lebenswelten erreicht.

Um diese Vorsorge und Versorgung vor Ort auch in Zukunft für Menschen in jedem Lebensalter gewährleisten zu können, setzt das BMBF mit dem Wettbewerb auch auf eine Förderung des aktiven Zusammenwirkens von möglichst vielen Akteuren in innovativen Leistungsnetzwerken rund um das Thema Gesundheit. Gesundheit soll – entlang der Definition der Weltgesundheitsorganisation - mehr sein, als die Abwesenheit von Krankheit. Zur Gesundheit gehören auch Wohlbefinden sowie soziale Einbettung und Teilhabe.

Will man Versorgungsnetzwerke aufbauen, die einem ebenso sinnvollen wie umfassenden Anspruch gerecht werden, spannt sich ein weites Feld von wichtigen Akteuren auf. Dazu ge-

hören die Kosten- und Leistungsträger, also regionale oder kommunale, öffentliche aber auch privatwirtschaftliche Einrichtungen für medizinische, pflegerische, therapeutische und soziale Leistungen sowie für Bildung und Erziehung, Partner aus der Wissenschaft und der Wirtschaft sowie nicht zuletzt die Patienten/Klienten und Angehörigen in ihrer Rolle als Kunden der angebotenen Leistungen und als handelnde Akteure im Dienstleistungssystem Gesundheit.

Schließlich werden mit dem Wettbewerb »Gesundheits- und Dienstleistungsregionen von morgen« ausdrücklich gemeinsam die Felder der Gesundheits- und der Dienstleistungsforschung adressiert. Es gilt fachliche Aspekte der Gesundheitsforschung mit den auf Leistungsintegration, Prozessgestaltung, Produktentwicklung und Kundenintegration gerichteten Stärken der Dienstleistungsforschung zu verknüpfen. Entwickelt und prototypisch realisiert werden sollen regionale Leistungsnetzwerke, die sozial und wirtschaftlich tragfähige Dienstleistungskonzepte und konkrete Dienstleistungsprodukte nachhaltig anbieten können.

Die fünf Gewinnerregionen des Wettbewerbs konnten ihre Modellprojekte im Herbst 2014 starten. Über vier Jahre werden Kommunen, Wissenschaft und Wirtschaft gemeinsam unter aktiver Einbeziehung der Bürgerinnen und Bürger regionale Lösungen entwickeln. Die Ergebnisse sollen beispielhaft für andere Regionen in Deutschland sein. Eine den Regionen zur Seite gestellte Begleitforschung »Innovative Netzwerke für Dienstleistungen und Gesundheit in Regionen von morgen« (INDiGeR) fördert die Vernetzung der Pilotaktivitäten untereinander, identifiziert Themen von übergreifendem Interesse und leistet dazu Impulse durch eigenständige Forschungsleistungen.

Im Folgenden stellen die fünf Gewinnerregionen in Augsburg/Schwaben und der Ortenau, im Ruhrgebiet, in der Region Jena und Chemnitz/Mittleres Sachsen ihre jeweiligen Herausforderungen vor Ort, ihre Motivation, ihre Ziele und ihre Konzepte für die Gestaltung von Gesundheits- und Dienstleistungsregionen von morgen vor.

# 3 DIE GEWINNERREGIONEN STELLEN SICH VOR

## 3.1 Chemnitz+

### 3.1.1 Die Herausforderung in Chemnitz und im Landkreis Mittelsachsen

Die Gesundheits- und Dienstleistungsregion »Mittleres Sachsen« umfasst in ihrer Ausdehnung mit einer Größe von circa 2.300 Quadratkilometern die kreisfreie Stadt Chemnitz und den benachbarten Landkreis Mittelsachsen (56 Gemeinden, 21 Städte). Insgesamt leben in der Region rund 568.000 Einwohner. Beide vereint ein prognostizierter hoher Bevölkerungsrückgang bis 2030 mit den Folgen der starken Überalterung. In der Entwicklung der letzten 20 Jahre ist die Bevölkerungszahl der Region um etwa 20 Prozent zurückgegangen. Sachsen hat mit einem Durchschnittsalter von 43,3 Jahren den höchsten Altersdurchschnitt aller Bundesländer. Bis 2020 wird dieser auf 49 Jahre steigen. Dann wird jeder dritte Sachse 65 Jahre und älter sein.<sup>1</sup> Nach einer EuroStat-Studie wird die Stadt Chemnitz im Jahr 2030 die »älteste Stadt Europas« sein, mit einem aktuellen Anteil über 60-Jähriger von 33,7 Prozent.<sup>2</sup> Die Kleinstadt Döbeln ist mit 21.224 Einwohnern von einem besonders hohen Bevölkerungsrückgang betroffen.<sup>3</sup> Das Statistische Landesamt Sachsen sagt voraus, dass es bereits in zehn Jahren nur noch 17.700 Einwohner (83 Prozent) sein werden. Davon werden etwa 5.300 Menschen rund 30 Prozent) über 65 Jahre alt sein.

Ambulante, durch das Gesundheitssystem gestützte Dienstleistungen werden mit dieser Entwicklung nicht Schritt halten können. In 2030 liegt der Bedarf an professionellen Pflegekräften in Vollzeit in Sachsen bei knapp 58.900, was einem Anstieg von rund fünf Prozent gegenüber 2009 entspricht. Im Jahr 2009 wurden gut 51.000 (38,8 Prozent) aller Pflegebedürftigen durch Angehörige versorgt (33,1 Prozent Betreuung in stationären Einrichtungen, 28,2 Prozent Betreuung durch ambulante Pflegedienste<sup>4</sup>). Die Zahl der Pflegebedürftigen, die durch Angehörige gepflegt werden, sinkt kontinuierlich (seit 1999 um 11 Prozent). Dieser Trend wird anhalten und die Pflegesituation wird sich dramatisch zuspitzen. In Sachsen sinkt der Anteil der Betreuung durch Angehörige vor allem aus zwei Gründen (IAB, 2012). Durch die anhaltende Abwanderung ist die räumliche Entfernung zwischen Eltern und Kindern stark vergrößert worden, sodass eine tägliche Pflege aufgrund der räumlichen Distanz nicht mehr möglich ist. Die Erwerbsneigung von Frauen, die hauptsächlich die Pflege übernehmen, ist in Sachsen höher als im Bundesdurchschnitt. Für die Pflege stehen somit geringere zeitliche Ressourcen zur Verfügung.

1 Heiland, S. et. al. (2004): Endbericht zum Forschungs- und Entwicklungsvorhaben: Folgewirkungen der demografischen Entwicklung in Sachsen im Geschäftsbereich des SMUL.

1 Eurostat (2010): Regional population projections EUROPOP2008: Most EU regions face older population profile in 2030, European Union, Issue 01/2010.

3 Endbericht zum Forschungs- und Entwicklungsvorhaben »Folgewirkungen der demografischen Entwicklung in Sachsen« im Geschäftsbereich des SMUL. Leibniz-Institut für ökologische Raumentwicklung e.V., 2004.

4 Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2012): Der zukünftige Bedarf an Pflegearbeitskräften in Sachsen Modellrechnungen auf Kreisebene bis zum Jahr 2030. IAB Regional. Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz.

Hinzu kommt, dass die degressiv verlaufende Einkommenssituation älterer Menschen es in der Zukunft nicht erlauben wird, diese Defizite ausschließlich durch private Investitionen zu kompensieren. Ländliche Regionen wie Mittelsachsen sind zudem gegenüber städtischen Gebieten durch strukturelle Defizite benachteiligt.

Die eigentliche Herausforderung stellt jedoch nicht der demografische Wandel selbst dar, sondern die Art und Weise, wie damit umgegangen wird. Altern ist nicht Kennzeichen eines bestimmten Lebensalters, sondern ein komplexer, individueller Prozess der von verschiedenen psychologischen, biologischen, sozioökonomischen und sozialökologischen Faktoren im Rahmen des Lebensverlaufs abhängt. Für diese Faktoren gilt es, in einem interdisziplinären ganzheitlichen Prozess durch die Zusammenarbeit verschiedenster Akteure Lösungen in einem nachhaltig kooperativen Prozess zu finden.

### 3.1.2 Die Motivation: Innovationen schaffen für das Wohnen als zentralen Lebensort

Den zentralen Lebensort bildet das Wohnen – bestimmt durch Wohnung und Wohnumfeld. »Wohnen ist für alle Menschen eine zentrale Dimension ihres Lebens. In der Wohnung wird ein großer, von manchen der größte Teil der Lebenszeit verbracht. Sie ist die Stätte familiärer Kommunikation und sozialer Lebensvollzüge und kann auch Quelle von Unzufriedenheit, Auseinandersetzung und Belastung werden. Die Wohnung ist ein intimer, von der Öffentlichkeit abgeschirmter Bereich, der den besonderen Schutz des Grundgesetzes genießt [...]«<sup>5</sup>. Die Wohnbedürfnisse ändern sich im Laufe des Lebens, aufgrund verschiedener Lebensphasen werden Veränderungen in der persönlichen Lebenssituation zuerst im Wohnbereich spürbar. Aktuell zielen räumlich und inhaltlich begrenzte Serviceangebote auf die Bedürfnisse bereits Älterer und vor allem Pflegebedürftiger ab.

Die Frage nach »gesundem und selbstbestimmtem Altern« spielt auch vor dem Hintergrund des ersten und zweiten Gesundheitsmarktes und dessen Finanzierungsstrukturen eine zunehmende Rolle<sup>6</sup>. Einerseits müssen gesundheitliche Risiken im Alter, insbesondere in der Wohnung minimiert und Unterstützungsangebote verbessert werden. Andererseits muss auch in jungen Jahren Bewusstsein für eine gesunde Lebensweise geschaffen werden, um gesund altern zu können und damit »fitte« Lebensjahre zu gewinnen.

5 Backes, G. M.; Clemens, W. (2008): Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. Grundlagentexte Soziologie, 3. erw. und überarb. Auflage, Weinheim, S.233.

6 Der Leistungskatalog erstatungsfähiger Leistungen auf dem ersten Gesundheitsmarkt wird zunehmend eingeschränkt, somit gewinnen auch insbesondere Dienstleistungsstrategien für den zweiten Gesundheitsmarkt und deren Akteure an Bedeutung.

Als zentrale Frage lässt sich daraus ableiten: Durch welche Innovationen können die privaten Lebensverhältnisse der Menschen in Mittelsachsen in der Zukunft lebenswert, zeitnah, nachhaltig und langfristig finanzierbar gestaltet werden und welche neuartigen Dienstleistungsmodelle können zur Gesundheit, zum Komfort und zur Sicherheit beitragen?

Die Wohnung bildet hierfür die Schnittstelle zwischen allen Akteuren zur Vernetzung und Orchestrierung der regionalen Dienstleistungen und zur Exzellenzausprägung, um dem Menschen ein langes selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.

Hier setzt das Projekt an: Wie können die vorhandenen Netzwerkqualitäten der Wohnungsunternehmen so genutzt werden, dass die Wohnungswirtschaft und die regionale Dienstleistungsstruktur so miteinander verzahnt werden, dass die GDR C+ lebenswerter gestaltet wird? Wie können Institutionen der Gesundheitsversorgung und der sozialen Sicherung, Unternehmen, Verbände und Organisationen der Bürgerbeteiligung so miteinander kooperieren, dass neue Dienstleistungen entstehen und die oben genannten Defizite kompensiert werden, die der demografische Wandel in Sachsen erwarten lässt?

### **3.1.3 Die Ziele: Gesundheits- und Dienstleistungsangebote für integrative Versorgung im vertrauten Wohnumfeld**

Gesamtziel des Verbundprojektes ist die Entwicklung, Erprobung sowie Evaluation einer Implementierungsstrategie zur »integrativen Versorgung« der Menschen in der Modellregion »Mittleres Sachsen« mit unterstützenden und aktivierenden, am individuellen Bedarf ausgerichteten Gesundheits- und Dienstleistungsangeboten für ein langes und selbstbestimmtes Leben innerhalb und im Umfeld ihres vertrauten Wohnumfeldes. Die Wohnung und das Wohnquartier werden durch die Vernetzung relevanter Akteure und deren intelligenter Anbindung an den städtischen und ländlichen Lebensraum zum Gesundheitsstandort weiterentwickelt.

Die entstehenden bzw. weiterzuentwickelnden Versorgungs- und Dienstleistungs-Netzwerke für ein selbstbestimmtes Leben verfolgen vier übergreifende Teilziele, die in vier Projektsäulen mit verschiedenen Forschungsfragen aufgegriffen und bearbeitet werden:

- Sensibilisierung und Befähigung relevanter Akteure der GDR C+ durch vernetzte Informations- und Kommunikationsstrukturen vor Ort.
- Entwicklung, Gestaltung und Implementierung von Dienstleistungen in Serviceketten zur Erhaltung und Sicherung der sozialen Teilhabe und physischen Mobilität der Menschen in der GDR C+.
- Entwicklung von innovativen Ansätzen zur Begleitung und Unterstützung des selbstständigen Lebens in der bestehenden Wohnung und Wohnumgebung und optimale Begleitung von erkrankten Menschen bei Übergängen zwischen Versorgung im Krankenhaus und Häuslichkeit.
- Bauliche und technische Optimierung der Wohnung, sodass ein selbstbestimmtes und gesundes Leben zu Hause möglich wird.

Die Erarbeitung bedarfsgerechter, regionaler und organisationsspezifischer Lösungsansätze führt durch regionale Vernetzung und Einbindung überregionaler Expertise zu einer weiteren Stärkung regionaler Unternehmen und Organisationen in der Gesundheits- und Dienstleistungswirtschaft.

#### **3.1.4 Das Konzept von Chemnitz+**

Chemnitz+ stellt die Wohnung und das Wohnumfeld in einem ganzheitlichen zielgruppen- und akteursübergreifenden Denkansatz in das Zentrum ihres Konzeptes. In der vertrauten häuslichen Umgebung selbstbestimmt alt zu werden und (weiter) dort leben zu können, bildet den Mittelpunkt von Chemnitz+. Durch die Zusammenarbeit der Wohnungswirtschaft mit interdisziplinären Akteuren aus der Sozial- und Gesundheitswirtschaft, Politik, sonstigen Dienstleistungsbereichen, Wissenschaft, Finanzierung, Verbänden und Interessensvertretungen uvm. im Quartier als auch der Region werden tragfähige und finanzierbare Serviceketten und Geschäftsmodelle erarbeitet und umgesetzt. So werden neuartige Lösungen für eine zukunfts-gewandte gesundheitliche, mobile und soziale Versorgung in einer alternden Gesellschaft in vier Projektsäulen »Befähigung – Teilhabe – Begleitung – Unterstützung« entwickelt und umgesetzt.

Schwerpunkt der Arbeit in der Projektsäule 1 »Befähigung« ist, alle Beteiligten (professionelle Dienstleister wie Handwerker oder soziale Dienstleister, Mieter bzw. den allgemeinen Bürger sowie paraprofessionelle Unterstützer wie Ehrenamtler) in ihren Einstellungen, Entscheidungen, Handlungen und Dienstleistungen zu befähigen, sodass sie wirksam und effizient zu einem selbstbestimmten Leben von Menschen in unterschiedlichen Lebensphasen beitragen und ihre fachlichen, sozialen und methodischen Kompetenzen weiterentwickeln. Dazu werden inhaltliche Ergebnisse aus den anderen drei Projektsäulen aufgegriffen und in die Befähigungsmaßnahmen integriert. Mit dem Aufbau eines Kompetenz- und Dienstleistungsnetzwerkes zur aktiven Lebensgestaltung in Form eines Test- und Demonstrationszentrums, eines Seniorencampus als innovatives Bildungsnetzwerk und eines Job-/Zuverdienstkonzeptes zur Ergänzung des Alterseinkommens von Senioren sollen die Befähigungskonzepte unterstützt werden.

Die Entwicklung, Gestaltung und Implementierung von Dienstleistungen in Serviceketten zur Erhaltung und Sicherung der sozialen Teilhabe und der physischen Mobilität von Menschen stellt den Schwerpunkt der Arbeiten in Projektsäule 2 »Teilhabe« dar. Dazu werden funktionelle und belastbare Dienstleistungsstrukturen in fünf priorisierten Bedarfsfeldern (gegenseitiges Miteinander und soziale Einbeziehung im unmittelbaren Wohnumfeld, Aktivierung von Personen in sozialer Isolation, Etablierung eines Frühwarnsystems bei defizitärer Alltagsorganisation, Sicherung des Zugangs zu Grundbedürfnissen sowie Erhaltung physischer Mobilität) entwickelt, erprobt und implementiert, einschließlich der Definition von Produkten, Prozessen, Ressourcen und Serviceschnittstellen sowie tragbarer Geschäfts- und Finanzierungsmodelle, die alle am Nutzen beteiligte Akteure einbeziehen. Zusammen mit den in der Region vernetzten Dienstleistungsstrukturen werden die zwölf gestalteten Quartiere generationsübergreifenden Ansprüchen der sozialen Teilhabe und physischen Mobilität unter Beachtung von Leitlinien eines inklusiven Sozialraums gerecht.

Um bislang problematische Übergänge zwischen stationärer geriatrischer bzw. gerontopsychiatrischer Versorgung und Häuslichkeit (in »beiden Richtungen«) verbessern zu können, werden im Rahmen der Arbeiten der Projektsäule 3 »Begleitung« sektoren- und professionsübergreifende Akteure, Strukturen und Prozesse analysiert und kooperativ weiterentwickelt. Der angestrebte Ansatz des Case Managements (CMs) ermöglicht in komplexen Versorgungs- und Bedarfssituationen die Berücksichtigung mehrerer Ebenen: der Einzelfallebene



als konkreter Versorgungssituation des Individuums, der Organisationsebene und der institutionellen Netzwerkebene der an der Versorgung beteiligten Institutionen und Dienstleister (Deutsche Gesellschaft für Care und CM e. V. [DGCC], 2009). Entwickelt bzw. erweitert werden insbesondere Serviceketten und Netzwerke für die Sicherung einer qualitativ hochwertigen sektorenübergreifenden interdisziplinären Versorgung in der Häuslichkeit und im Wohnumfeld, um mithilfe des CMs am individuellen Bedarf ausgerichtete Gesundheits- und Dienstleistungsangebote zu implementieren. Daraus ergibt sich das Thema, wie die Versorgung im häuslichen Wohnumfeld durch ein qualifiziertes CM der Wohnungswirtschaft weiterentwickelt, begleitet und langfristig gesichert werden kann und wie Wohnraumberatung und Wohnraumanpassung als interdisziplinäre und sektorenübergreifende Themen unter Integration des CM-Ansatzes strukturiert und begleitet werden können.

Die Sicherung und Erhaltung eines geeigneten Wohnungsangebots für Menschen in verschiedenen Lebensphasen im Sinne des »Universal Designs« stellt den Schwerpunkt der Arbeiten innerhalb der Projektsäule 4 »Unterstützung« dar. Dabei sollen die Wohnungen ein vorrangig selbstbestimmtes Wohnen trotz typischer Kompetenzeinschränkungen ermöglichen. In der Erarbeitung der Lösungen zum Umbau von Wohnungen werden die individuellen Bedürfnisse der Mieter, Finanzierungsmöglichkeiten, Übertragbarkeit auf andere Anwendungsfälle, standardisierte Vorgehensweisen und verschiedene Sanierungsgrade und Reaktionszeiträume beachtet. Über die Bestandsaufnahme und die Katalogisierung von Grundtypen werden optimierte Raum- bzw. Flächenkonzepte erarbeitet und durch technische Assistenzlösungen ergänzt. Diese münden in einem Gesamtkonzept eines Lösungskatalogs, der neben baulichen Gestaltungslösungen modulare Integrationsmöglichkeiten von AAL-Komponenten, Interieur-Lösungen und angebotene Service- und Dienstleistungen enthält.

Im Ergebnis entsteht ein integratives Versorgungskonzept, in dessen Zentrum die Wohnung, das Quartier und letztlich die Region stehen. Die Weiterentwicklung regionaler Kooperationsstrukturen und Allianzen der Wohnungswirtschaft mit Akteuren der Gesundheitswirtschaft sowie sozialen Dienstleistern führt zu tragfähigen und finanzierbaren Serviceketten und Modellbausteinen für innovative Lösungen in der Region Mittelsachsen.

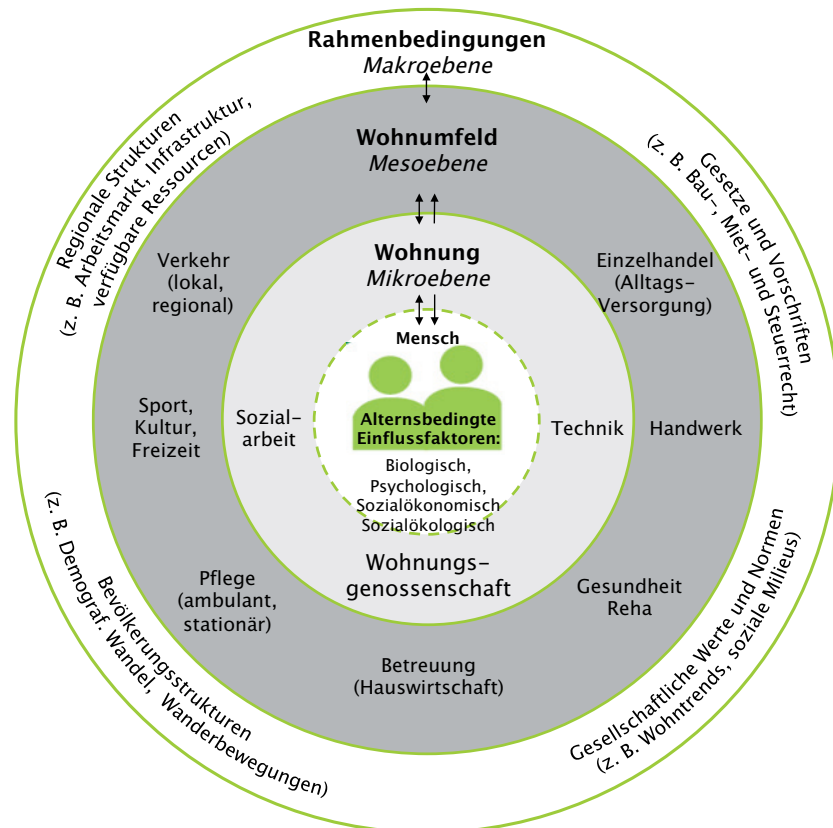


Abb. 01: Mikro-, Meso- und Makroebenen des Wohnens

### 3.1.5 Strukturdaten zum Projekt

Das Verbundvorhaben besteht aus zwölf Projektpartnern und über 30 Transferpartnern aus den unterschiedlichsten Bereichen und Ebenen (einsehbar unter [www.zukunftsregion-sachsen.de](http://www.zukunftsregion-sachsen.de)).

Die Projektpartner haben folgende Aufgaben/Teilvorhaben im Rahmen der Umsetzungskette:

**Verband Sächsischer Wohnungsgenossenschaften e. V.**, Dresden  
Gesamtkoordination, Öffentlichkeitsarbeit, Evaluation und inhaltliche Integration.

#### **TU Chemnitz**

Professur Arbeitswissenschaft und Innovationsmanagement, Chemnitz  
Kompetenzentwicklung im Bereich Technik und Wohnen.

#### **ATB Arbeit, Technik und Bildung gGmbH**, Chemnitz

Vernetzte Dienstleistungsstrukturen und Quartiersgestaltung für soziale und mobile Teilhabe.

#### **Begleitetes Wohnen e. V.**, Dresden

Gestaltung institutions- und sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen.

#### **IHD Institut für Holztechnologie Dresden**, Dresden

Gestaltung von Wohnraumkonzepten im Universal Design.

#### **Duvier Consult Gesellschaft für Beratung, Projektmanagement und Studien mbH**, Chemnitz

(mit dem Unterauftragnehmer: Sächsische Weiterbildungsakademie)  
Weiterbildung und Beschäftigungsmodelle für Senioren.

#### **Chemnitzer Siedlungsgemeinschaft eG**, Chemnitz

Wohn- und Dienstleistungsangebote in städtischen Quartieren.

**WG »Fortschritt« Döbeln eG**, Döbeln

Wohn- und Dienstleistungsangebote in ländlichen Quartieren.

**ACX GmbH**, Zwickau

Weiterentwicklung technischer Infrastrukturen.

**SFZ Förderzentrum gGmbH**, Chemnitz

Spezifische Dienstleistungs- und Betreuungsangebote für Personen mit Kompetenzeinschränkungen.

**Sozialamt Chemnitz**, Chemnitz

Inklusive Sozialraumentwicklung für alle Generationen.

**Klinikum Chemnitz**, Chemnitz

Schnittstellengestaltung zur Versorgung von Menschen mit geriatrischem Handlungsbedarf.

Die Projektpartner wirken in unterschiedlicher Konstellation an den vier inhaltlichen Projektsäulen mit. Die Projektsäulen sind thematisch miteinander vernetzt und weisen entsprechende Schnittstellen auf.

Das Verbundvorhaben gliedert sich in vier Phasen:

1. Planungs- und Vorbereitungsphase,
2. Umsetzungs- und Erprobungsphase,
3. Umsetzungs- und Transferphase,
4. Verstetigungs- und Nachhaltigkeitsphase.

Ergänzt werden die Phasen mit einer übergreifenden und integrativen Evaluation des Vorhabens. Ziel ist es, die Wirkung der in den vier Projektsäulen vorangetriebenen Maßnahmen zu untersuchen und somit den Erfolg der Dienstleistungsentwicklung für ein selbstständiges und gesundes Leben zu bewerten.

Die Durchführung der Evaluation ist in zwei Phasen vorgesehen: am Ende der Umsetzungs- und Erprobungsphase sowie am Ende der Umsetzungs- und Transferphase. Die Ergebnisse

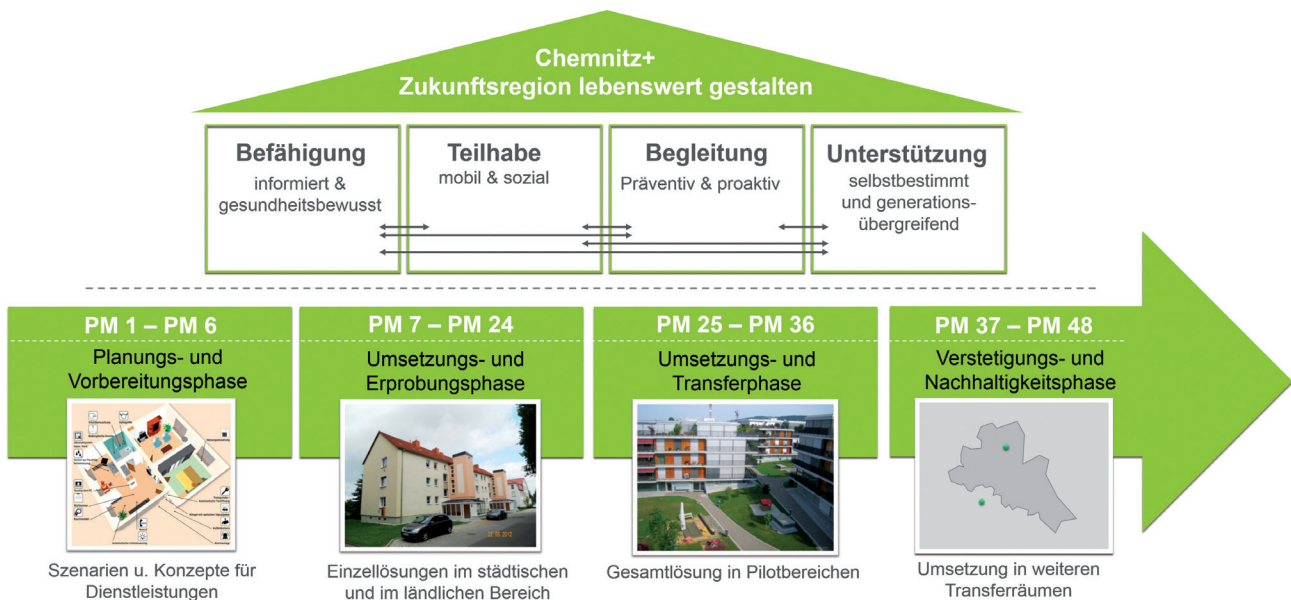


Abb. 02: Projektphasen Chemnitz+

der ersten Evaluation werden den Partnern zur Verfügung gestellt, um Optimierungen der entwickelten Dienstleistungskonzepte noch während der Erprobungsphase vornehmen zu können. Die Ergebnisse der zweiten Evaluation dienen zur Optimierung des Transfers der Ergebnisse für weitere Quartiere und Regionen.

Die Organisation des Projektes orientiert sich an der genossenschaftlichen Rechtsform, die sich seit mehr als 100 Jahren erfolgreich am Markt positionieren konnte. Der Vorstand, das sogenannte Leitungsgremium, ist im Rahmen der Projektleitung und -koordination der VSWG. Dieser wird durch einen erweiterten fachlichen Vorstand unterstützt, den im Sinne einer mittleren Leitungsebene die vier Projektsäulen-Leiter (ATB, TUC, IHD und BW) verkörpern. Diesem Gremium stehen begleitend zwei wissenschaftliche Institutionen (CLIC und SIBIS) als übergreifende wissenschaftliche Beratung im Rahmen der Transferpartnerschaft als Stabsstelle zur Seite. Alle Projektpartner bilden die Mitgliederversammlung, die bei Bedarf übergreifend oder projektsäulenspezifisch bzw. themenspezifisch in Kleingruppen gebündelt werden. Der Aufsichtsrat setzt sich aus interdisziplinären Transferpartnern zusammen, berät die Leitung zu übergreifenden Fragestellungen und Lösungen der Meso- und Makroebene. In Form von Regionalberatungen wird der Austausch aller Transfer- und Projektpartner sichergestellt.

### **Ansprechpartner** und Kontaktdaten der Region (Chemnitz+)

Projektleitung und -koordination:  
Verband Sächsischer Wohnungsgenossenschaften e. V. (VSWG)  
Antonstraße 37, 01097 Dresden

Dr. Axel Viehweger  
Tel.: +49351 8070121; Fax: +49351 8070160; viehweger@vswg.de

Alexandra Brylok  
Tel.: +49351 8070151; Fax: +49351 8070166; brylok@vswg.de

[www.zukunftsregion-sachsen.de](http://www.zukunftsregion-sachsen.de)

## 3.2 FISnet

### 3.2.1 Die Herausforderung in der Region Augsburg/Schwaben

Die Bevölkerungsentwicklung in Bayerisch-Schwaben spiegelt den demografischen Wandel deutlich wider. Die Zahl der Einwohner im höheren Erwerbsalter wird laut Statistischem Landesamt bis 2025 hier besonders stark zunehmen, und zwar vor allem im nördlichen Teil der Region (plus 44,9 Prozent), weniger im südlichen Teil (plus 8,6 Prozent).

Demografisch ist also eine starke Zunahme älterer und alter Menschen zu verzeichnen. Eine besondere Bedeutung hat dabei die Gruppe im Altersübergang und in der anschließenden dritten Lebensphase (55-75 Jahre), da sie trotz spezifischer Anforderungen und Risiken weiter aktiver Teil der Gesellschaft ist und sein will. Deshalb gilt es, Maßnahmen zu ergreifen, um den durchschnittlich guten Gesundheitszustand bis zum Altersübergang und darüber hinaus bereits präventiv zu stärken und so die inner- und außerbetriebliche Arbeitsfähigkeit, aber auch generell die Aktivität und Selbstständigkeit im Alter möglichst lange zu erhalten.

Dabei ist gerade der Altersübergang eine sensible und riskante Phase. Gegen Ende der Erwerbstätigkeit und in der unmittelbaren Zeit danach häufen sich verschiedene gesundheitliche und gesundheitsbezogene Risiken und Gefährdungen. Das betrifft nicht nur körperliche Beeinträchtigungen, sondern insbesondere auch psychische Belastungen (bis hin zu Suchtverhalten und Suizid).

Die Rede von ›der‹ Gruppe im Altersübergang und der Zeit danach verdeckt jedoch die tatsächliche Heterogenität der sozialen Lagen, des gesundheitlichen Status, des Gesundheitsverhaltens und letztlich auch der Lebenserwartung. Vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Individualisierung und Pluralisierung von Lebenslagen und Lebenssituationen gilt es, genauer hinzusehen. Es gibt nicht ›den‹ Altersübergang. Vielmehr finden sich vielfältige Bedarfe, Bedürfnisse, Wünsche und Interessen sowie Risiken, Belastungen und Problemlagen. Aber es bieten sich auch neue Chancen zur Förderung und zum Erhalt von Gesundheit im Alter. Allerdings fehlen bislang Konzepte, die in der typischerweise kritischen und zugleich zunehmend heterogenen Altersphase des Altersübergangs bis hinein in die Altersphase des »Be-tagtseins« entsprechend geeignete Angebote bereitstellen.

### **3.2.2 Die Motivation: Förderung der Gesundheit in der Arbeits- und sozialen Lebenswelt mit neuen Dienstleistungen**

Die Motivation zu FISnet (Flexible, individualisierte Service-Netzwerke) speist sich aus zwei Quellen: zum einen aus dem Engagement für die Förderung der Gesundheit in der Arbeits- und sozialen Lebenswelt, zum anderen aus dem Interesse an einer Weiterentwicklung der Organisation von Dienstleistungen und von Dienstleistungsarbeit. FISnet verbindet diese beiden Zugänge in originärer Weise miteinander und repräsentiert sie durch die Verbundpartner.

### **3.2.3 Die Ziele: Innovationen für präventive Gesundheitsförderung im Altersübergang 55+**

Mit FISnet werden Modelle für präventive gesundheitsbezogene Dienstleistungen in der Region Augsburg/Schwaben implementiert, die die oben benannte Lücke schließen. Ziel ist es, die präventive Gesundheitsförderung in der Region durch eine flexible und den individuellen Bedarfen und Bedürfnissen entsprechende Gestaltung des Altersübergangs zu verbessern. Wesentlich hierfür ist die Ergänzung von betrieblichen und außerbetrieblichen Standardangeboten durch individualisierte, bedarfsgerechte und bedürfnisorientierte Angebote. Wenn es ›den‹ Altersübergang nicht gibt, kann es auch nicht ›die‹ Standardlösungen in Gesundheitsfragen geben. Auf den Einzelnen ausgerichtete, ganzheitliche Angebote können jedoch nicht (nur) in Form von Einzelmaßnahmen verschiedener, voneinander unabhängiger Dienstleister erfolgen, sondern bedürfen als passgenaue Angebote der Abstimmung und Koordination verschiedener Dienstleistungen. Diesen Anforderungen kann durch eine Vernetzung unterschiedlicher Akteure und den Aufbau kooperativer Dienstleistungsnetzwerke erfolgreich begegnet werden (vgl. Abb. 03).



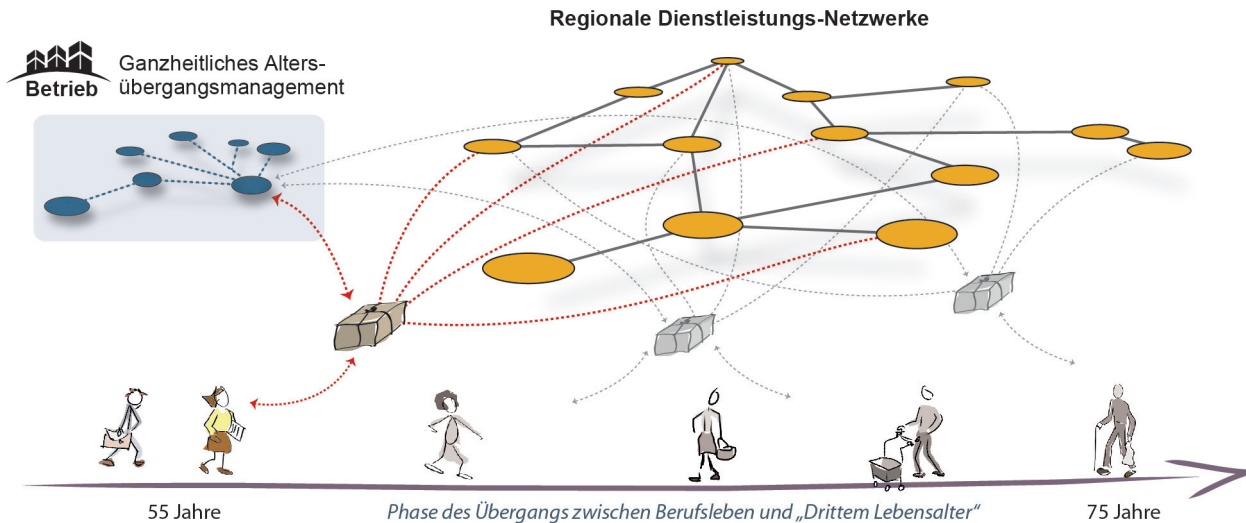


Abb. 03: Regionale Dienstleistungsnetzwerke mit individualisierten ‚Angebotspäckchen‘ für die Zielgruppe

Betriebe und Dienstleister sind zu befähigen, sich situativ zu vernetzen und in Kooperation flexible und individualisierte Gesundheitsdienstleistungen anzubieten – unter Einbezug der Kunden/Klienten – und die für flexible, individualisierte Dienstleistungsnetzwerke erforderliche ›interaktive Vernetzung‹ modellhaft zu entwickeln. Das besondere Merkmal solcher kooperativen (Gesundheits-)Dienstleistungen ist, dass sich das Angebot um den jeweiligen individuellen Bedarfsfall herum immer wieder neu konstituiert, das Netzwerk also synergetisch, ressourceneffizient und zielgruppenorientiert agiert. Kooperative Netzwerke können bspw. Maßnahmen im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements mit solchen aus dem privaten Umfeld und aus dem Sozialraum (z. B. durch bürgerschaftliches Engagement) kombinieren. So kann ein ganzheitliches Konzept des Altersübergangs umgesetzt werden, das den verschiedenen Bedarfen und Bedürfnissen in unterschiedlichen Lebenskontexten und -bereichen durch vernetzte, situativ und fallspezifisch aufeinander abgestimmte Angebote gerecht wird (vgl. Abb. 04).

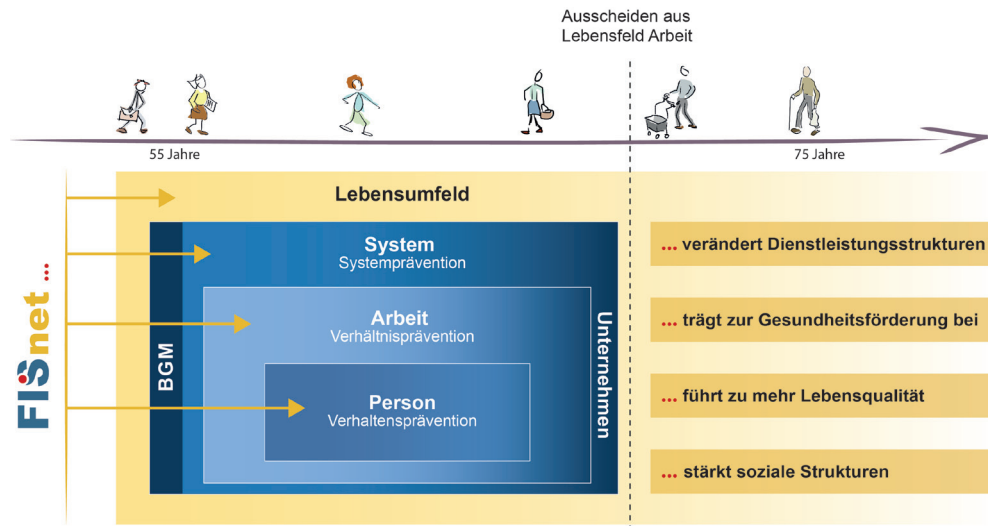


Abb. 04: Wo und wie FISnet wirkt

Mit Blick auf die Zielgruppe (55-75 Jahre) geht es in FISnet darum, Gesundheit im Alter sowohl auf der Verhaltens- als auch auf der Verhältnisebene zu fördern und zu erhalten. Dafür sind passgenaue Angebote nötig. Mit Blick auf die Region geht es um die Vernetzung präventiver Gesundheitsdienstleistungen zu einer flexiblen Angebotsstruktur und deren Unterstützung durch neue Formen der Netzwerkarbeit. Durch FISnet soll Schwaben zu einer ›Dienstleistungsregion von morgen‹ im Bereich präventiver Gesundheitsdienstleistungen weiterentwickelt werden.

### 3.2.4 Das Konzept von FISnet

Die Ziele von FISnet werden in einem Verbund aus Wissenschaft, Wirtschaft, Politik, Verwaltung, Medizin, Bildung und Gemeinwesen in verschiedenen Arbeitsschritten umgesetzt:

#### Forschung

In einem ersten Schritt erfolgt eine Ist-Soll-Analyse im Abgleich der vorhandenen Angebote im Bereich präventive gesundheitsbezogene Dienstleistungen mit den Bedarfen und Bedürfnissen der Zielgruppe in der Region Augsburg/Schwaben im Rahmen einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung sowie standardisierter und nicht-standardisierter Befragungen in den FISnet-Interventionsbetrieben und in außerbetrieblichen Einrichtungen. Darüber hinaus klären sekundärstatistische Analysen zu Teilhabeproblemen im Altersübergang den Zugang zu und die Nutzung von Angeboten durch die jeweiligen Zielgruppen. Mit den empirischen Arbeiten werden so die Angebots-, Nachfrage- und Nutzungslücken aufgezeigt.

Das Konzept der »interaktiven Netzwerkarbeit« wird auf Basis von Erhebungen in bestehenden Netzwerken entwickelt. FISnet geht davon aus, dass – zum Beispiel je nach Netzwerkstruktur und »Produkt« – unterschiedliche Formen der interaktiven Koordination berücksichtigt werden müssen: das interaktive »Netzwerkmanagement« durch einen zentralen Akteur, die interaktive »Selbstkoordination« durch die Dienstleister untereinander und die interaktive »Koordination von unten« durch die Klienten/Kunden.

#### Werkstätten, Umsetzung und Transfer

Das Herzstück von FISnet sind die »Werkstätten«. Hier werden mit allen FISnet-Partnern in flexiblen Konstellationen, auf Grundlage der empirischen Befunde und anhand themenspezifischer realer Fallbeispiele kooperative Dienstleistungsprodukte für den Altersübergang entwickelt. Einzelne dieser Produkte werden in der Praxis vor Ort implementiert und getestet. Begleitend werden betriebliche Maßnahmen im Bereich des Gesundheitsmanagements entsprechend der Soll-Ist-Analyse ergänzt. Die Umsetzung wird fortlaufend evaluiert und die Ergebnisse in den Prozess zurückgespiegelt.

### **Gestaltung interaktiver Netzwerkarbeit**

Für das Gelingen von kooperativen Dienstleistungen ist eine erfolgreiche interaktive Netzwerkarbeit Voraussetzung. Deshalb wird in FISnet das Gestaltungskonzept »Interaktive Netzwerkarbeit« entwickelt, passend zur jeweiligen Situation vor Ort umgesetzt und die Praxis auf ihre Wirksamkeit hin evaluiert. Dabei setzt FISnet sowohl auf der Anbieter- als auch auf der Nutzerseite an. Nicht nur die Betriebe und die Dienstleister werden zur Koordination und Kooperation befähigt, sondern auch die Nachfrager (die Klienten/Kunden/Bürger). Auch sie werden darin unterstützt (durch passende Anlaufstellen, Kommunikationstechnik und Schulungen), entsprechende interaktive Dienstleistungspakete zu initiieren und zu koordinieren oder dies stellvertretend für sich vornehmen zu lassen. Im Zuge dessen wird ein modellhaftes Informationssystem konzipiert und entwickelt, in den Netzwerken bzw. Anwenderkreisen implementiert und in seiner unterstützenden Wirkung evaluiert.

### **Wirtschaftliche Nachhaltigkeit**

Zentrales Anliegen ist die Nachhaltigkeit der entwickelten, erprobten und evaluierten modellhaften kooperativen Dienstleistungsangebote. Dafür werden Organisations- und Finanzierungsformen entwickelt, die in handlungs- und umsetzungsorientierte Geschäftsmodelle integriert werden. Außerdem wird die Basis für eine Bewertung der Modellkonzepte aus der gesamtgesellschaftlichen Perspektive entwickelt, um eine Akzeptanz und Beurteilung der Konzepte des Modellprojekts über die betriebliche Perspektive hinaus zu forcieren. Schließlich werden Anforderungen an eine langfristige gesundheitsökonomische Bewertung und die Übertragung des Projekts in die Fläche definiert. Die folgende Abbildung zeigt die verschiedenen Arbeitsschritte in ihren wechselseitigen Bezügen.

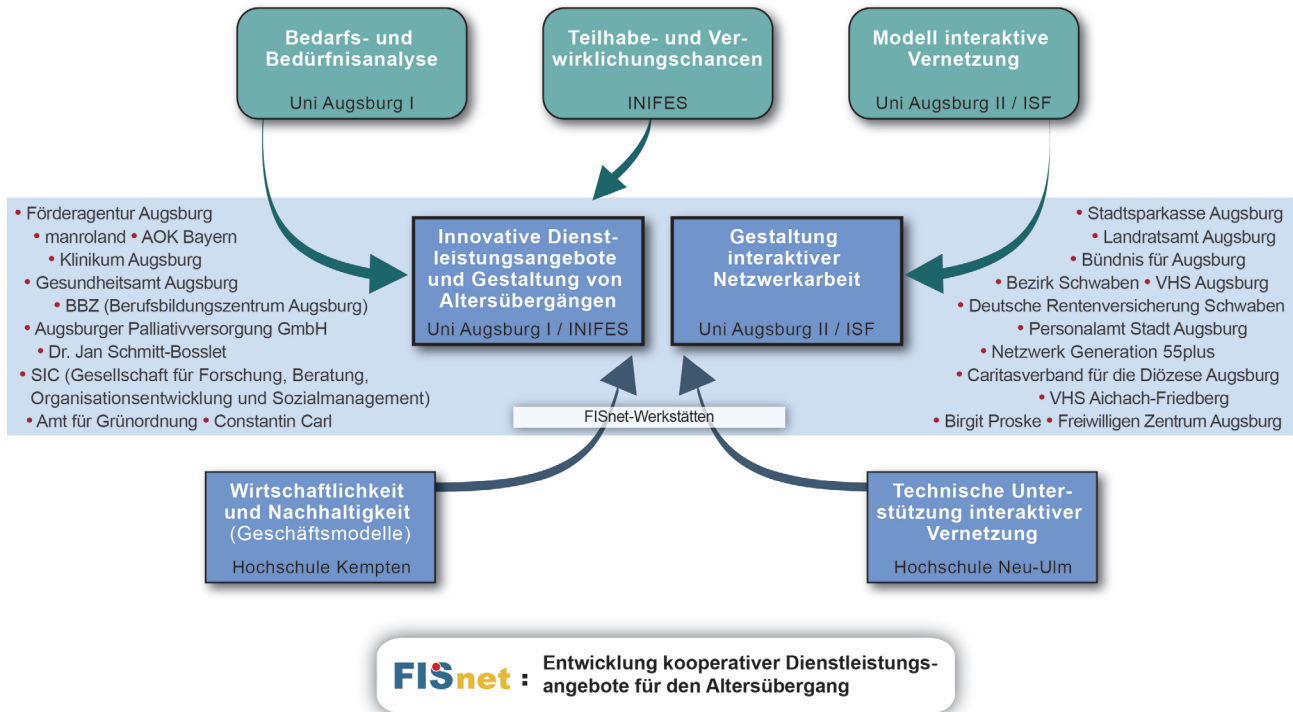


Abb. 05: Arbeitsschritte in FISnet

### 3.2.5 Strukturdaten zum Projekt FISnet

Die Prävention gesundheitlicher Risiken beim Altersübergang erfordert eine Vielzahl unterschiedlicher Angebote: von betrieblicher Gesundheitsförderung, sozialen Dienstleistungen und Bildungsangeboten bis hin zu Selbsthilfegruppen, bürgerschaftlichem Engagement und finanzieller Beratung. Diese umfangreichen Anforderungen spiegeln sich in der komplexen Verbundstruktur wider. FISnet ist selbst ein Netzwerk, das aus insgesamt 27 Partnern besteht, die jeweils unterschiedliche Rollen im Verbund haben. Als Forschungspartner sind die Universität Augsburg, das Institut für Sozialwissenschaftliche Forschung (ISF), das Internationale Institut für empirische Sozialökonomie (INIFES) sowie die Hochschulen für angewandte Wissenschaften in Kempten und Neu-Ulm am Verbund beteiligt. Daneben gibt es Partner, die primär als Arbeitgeber, aber auch als »Dienstleister« mit dem eigenen Gesundheitsmanagement in FISnet mitwirken (sog. Interventionsbetriebe). Dazu gehören die Stadtsparkasse Augsburg, manroland web systems GmbH, das Landratsamt Augsburg, das Klinikum Augsburg und das Amt für Grünordnung, Naturschutz und Friedhofswesen. Darüber hinaus beteiligen sich zahlreiche weitere Partner als Dienstleister im Verbund: Dazu gehören Gesundheitsdienstleister, Sozialdienstleister, kommunale Dienstleister, Bildungsträger, Versicherer, politische Gestalter, Selbsthilfegruppen, Initiativen bürgerschaftlichen Engagements und KMU-Vertreter (siehe im Einzelnen die Aufzählung der Partner in Abb. 05).

### 3.3 Präventionsnetz Ortenaukreis (PNO)

#### 3.3.1 Die Herausforderung im Ortenaukreis

Der Ortenaukreis ist der flächengrößte Landkreis Baden-Württembergs mit 1.851 Quadratkilometern. In den 51 Städten und Gemeinden der Ortenau leben über 417.000 Einwohner, davon rund 180.000 in den Großen Kreisstädten Offenburg, Lahr, Kehl, Oberkirch und Achern. Der Kreis ist überwiegend ländlich geprägt mit den Verdichtungsräumen Offenburg und Lahr. Aufgrund seiner Größe ist der Ortenaukreis im Bereich der Jugendhilfe dezentral in fünf Raumschaften organisiert (Offenburg, Lahr, Achern, Kehl und Haslach). Kreisweit sowie in den einzelnen Raumschaften bestehen bereits sehr gut ausgebaute Netzwerke der »Frühen Hilfen« sowie weitere Vernetzungen zwischen Akteuren des Gesundheits- und Jugendhilfesystems und weiteren Institutionen. Ebenso bestehen vielfache Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung. Diese sind bisher jedoch noch unzureichend miteinander abgestimmt und nicht effektiv genug miteinander verzahnt.

In einzelnen Raumschaften bestehen teilweise unterschiedlich ausgeprägte Belastungslagen und spezifische Problemkonstellationen. Auch die infrastrukturellen Voraussetzungen und der Zugang von Kindern und ihren Familien zu präventiven und gesundheitsförderlichen Angeboten und Hilfemaßnahmen sind in der konkreten Praxis und aufgrund der Größe des Landkreises unterschiedlich ausgeprägt. Kommunales Leitziel des Ortenaukreises ist, dass für alle Bürgerinnen und Bürger in gleicher Weise Angebote und Zugänge dazu zur Verfügung stehen sollen.

#### 3.3.2 Die Ziele: Förderung der gesunden Entwicklung von Kindern zwischen drei und zehn Jahren und ihren Familien

Im Anschluss an die bereits sehr erfolgreichen »Frühen Hilfen« für Eltern mit Kindern von null bis drei Jahren und werdende Eltern entwickelt der Ortenaukreis nun mit dem Präventionsnetzwerk Ortenaukreis (PNO) eine kommunale Präventionsstrategie über den Zeitraum vor der Geburt bis zum zehnten Lebensjahr. Das PNO hat es sich zur Aufgabe gemacht, die gesunde Entwicklung von Kindern zwischen drei und zehn Jahren und ihren Familien zu fördern. Die Umsetzung im Rahmen des Projekts erfolgt von November 2014 bis Oktober 2018. Grundsätzlich wird eine darüber hinausgehende dauerhafte Implementierung angestrebt.

Das inhaltliche Leitziel des PNO ist auf der Grundlage eines biopsychosozialen Grundverständnisses die Förderung der körperlichen und seelischen Gesundheit sowie der sozialen Teilhabe. Strategisches Leitziel ist der Aufbau eines tragfähigen Netzwerks mit der Implementierung infrastruktureller Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten drei bis zehnjähriger Kinder und ihrer Familien.

### **3.3.3 Das Konzept: Kommunale Präventions- und Gesundheitsstrategie: Zentral steuern, regional handeln, systematisch evaluieren**

#### **Kreisweite Strategie**

Konkret geht es um die Einrichtung eines kreisweiten Netzwerks und systemübergreifender Kooperationen zwischen Akteuren des Gesundheits-, Jugendhilfe- und Bildungssystems.

Maßnahmen der universellen, selektiven und indizierten Prävention und Gesundheitsförderung werden kreisweit entwickelt und gebündelt. PNO knüpft dabei direkt an die bestehenden Strukturen an, (zum Beispiel durch Frühe Hilfen, dezentrale Beratungsstellen).

Konkret vorhandene Bedarfe werden ermittelt und durch passgenaue Angebote aufgegriffen. Darüber hinaus werden Wissenslücken über Möglichkeiten der Zusammenarbeit, zum Beispiel zwischen Kita und Beratungsstellen gezielt identifiziert und durch einen verbesserten Informationsfluss geschlossen. Bestehende Bedarfslücken werden ermittelt und sollen als Grundlage für weitere kommunale Planungen dienen.

Im Rahmen des kommunalen PNO-Gesamtmanagements (PNO-Leitung und Lenkungsgruppe) entwickelt eine zentrale Präventionsbeauftragte kreisweite Umsetzungsstrategien und bringt gleichzeitig die verschiedenen Bedarfe, Angebote und Maßnahmen aus den fünf Raumschaften kreisweit zusammen und bündelt diese. Im Rahmen einer regelmäßig tagenden Präventions- und Gesundheitskonferenz wird gemeinsam mit Kooperationspartnerinnen und Partnern aus dem Gesundheits-, Jugendhilfe-, und Bildungssystem die Gesamtstrategie unter Berücksichtigung der verschiedenen Perspektiven weiterentwickelt und gesteuert. Durch einen überregionalen Fachbeirat wird gleichzeitig Expertise von Landes- und Bundesebene in das Projekt eingebracht. Umgekehrt erhält dieser laufende Projektinformation aus erster Hand.



Angebote, Maßnahmen und Bedarfe finden Eingang in einen kreisweiten PNO-Präventions- und Gesundheitsbericht zu ausgewählten Themen der körperlichen und seelischen Gesundheit und Sozialen Teilhabe. In Abstimmung mit den Netzwerkpartnerinnen und -partnern der drei Systeme werden nicht nur Problemlagen und Bedarfe, sondern auch Angebote und Potenziale systematisch aufgezeigt und münden in konkrete Handlungsempfehlungen (Daten für Taten).

### **Regionale Strategie**

Die konkrete Umsetzung erfolgt in den einzelnen Raumschaften in Verantwortung der dort vor Ort tätigen fünf regionalen Präventionsbeauftragten in enger Verbindung mit den regionalen Akteuren aus dem Gesundheits-, Jugendhilfe- und Bildungssystem. So werden dort zusätzlich zu den vielfachen Direktkontakten in regelmäßigen Abständen regionale Runde Tische des Netzwerks durchgeführt.

### **Setting-Ansatz: Organisationsentwicklung**

Im Setting-Ansatz erfolgt ein niedrigschwelliger und nicht-stigmatisierender Zugang zu den Familien über die Kindertageseinrichtungen und Schulen. Im Rahmen von PNO werden Kindertageseinrichtungen und Schulen in ihrer Entwicklung hin zu gesundheitsförderlichen Einrichtungen durch einen 18-monatigen Organisationsentwicklungsprozess unterstützt, der auf den Erkenntnissen der Präventions- und Schutzfaktorenforschung fundiert. Dieser Prozess umfasst sechs Weiterbildungen für die Teams der pädagogischen Fach- und Lehrkräfte und setzt am Bestand und an den Bedarfen der jeweiligen Bildungsinstitution an. Um die Nachhaltigkeit dieser Veränderungsprozesse zu sichern, werden die Einrichtungen während der Organisationsentwicklung von speziell geschulten Prozessbegleiterinnen und -begleitern unterstützt. Dieses umfassende Angebot kann aus Ressourcengründen nur von einer begrenzten Anzahl von je 25 Kindertageseinrichtungen und 25 Schulen durchgeführt werden. Dabei wird darauf geachtet, dass unterschiedliche Einrichtungen (Trägerschaft, Größe, Stadt-Land) zum Zuge kommen und Einrichtungen mit besonderen sozialen Belastungsfaktoren in besonderer berücksichtigt werden.

### Setting-Ansatz: Bedarfsorientierte Angebote

Dem leitenden Prinzip der Flächendeckung wird zudem Rechnung getragen, indem weitere Bildungseinrichtungen des Ortenaukreises von Fortbildungen profitieren, die auf die spezifischen Bedarfe der Einrichtung abgestimmt sind. Die entsprechenden Angebote werden auf der Grundlage der Präventions- und Gesundheitsberichterstattung und über erarbeitete Schwerpunkte auf der zentralen Präventions- und Gesundheitskonferenz und den fünf regionalen Runden Tischen gesteuert.

In folgender Abbildung sind die Handlungsfelder des PNO gebündelt abgebildet:

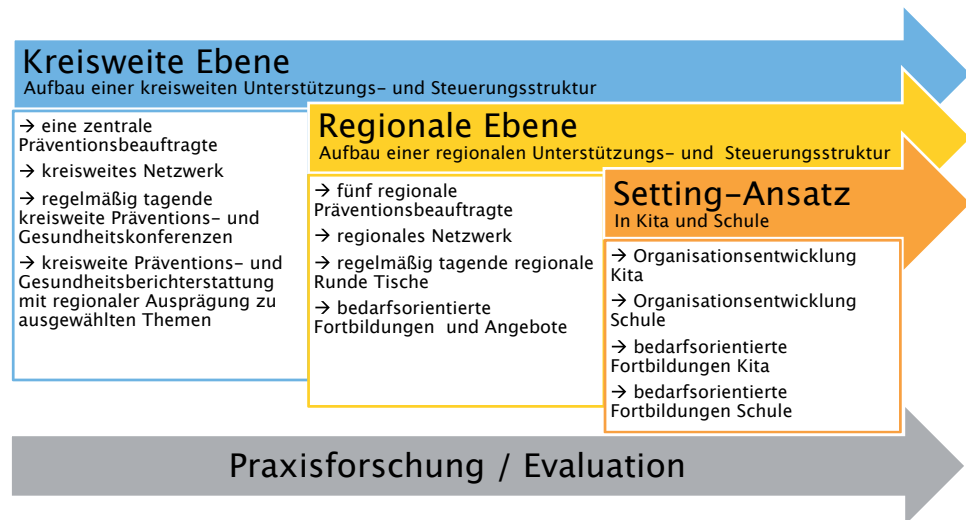


Abb. 06: PNO-Gesamtstruktur

### Entwicklungen systematisch evaluieren

Erklärtes Ziel des BMBF ist die Sicherstellung der Übertragbarkeit wirkungsvoller Komponenten des PNO und der Verfügbarkeit der Ergebnisse für andere Regionen. Zu diesem Zweck werden sämtliche Prozesse wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Die Prozess- wie Ergebnisevaluation dieses komplexen Projekts umfasst dabei sowohl quantitative als auch qualitative Methoden mit mehreren Messzeitpunkten.

Aufschluss über die Umsetzung der Gesamtstrategie werden die systematische Dokumentation der Netzwerkprozesse und -aktivitäten sowie die Tätigkeits- und Aufgabenprofile der zentralen und regionalen Präventionsbeauftragten geben.

Zur Evaluation des Organisationsentwicklungsprozesses in Kindertageseinrichtungen und Schulen wird eine ausführliche Erhebung im Wartelisten-Kontrollgruppen-Design auf mehreren Ebenen angewendet, die auch eine Follow-up-Erhebung nach zwölf Monaten beinhaltet.

Zusätzlich zu den summativen und Follow-up-Erhebungen auf Ebene der Kinder, Eltern und Fachkräfte in den Bildungseinrichtungen werden Instrumente zur formativen Evaluation bei den Prozessbegleitungen eingesetzt, um Veränderungsprozesse detailliert nachvollziehen zu können. Da die Einrichtungen sich zu gesundheitsförderlichen Institutionen entwickeln, wird in der Evaluation auch die Fach- und Lehrkräftegesundheit gesondert in den Blick genommen.

Ergänzend erfolgen spezifische Analysen, um die »Nutzung« und »Bewegung« von Familien in den drei Systemen zu beschreiben. Es werden Langzeitverläufe von einzelnen Familien mit Risikokonstellationen über den gesamten Projektzeitraum erfasst. Somit werden auch neue Impulse für die Präventionsforschung unter Praxisbedingungen gegeben.

Das PNO leistet damit einen Beitrag zur fachwissenschaftlichen und methodischen Diskussion und liefert Erkenntnisse zur Umsetzung einer Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategie in einer Gebietskörperschaft und deren Gelingens- und Wirkungsfaktoren; die Ergebnisse werden anderen Regionen in Deutschland zugänglich gemacht.

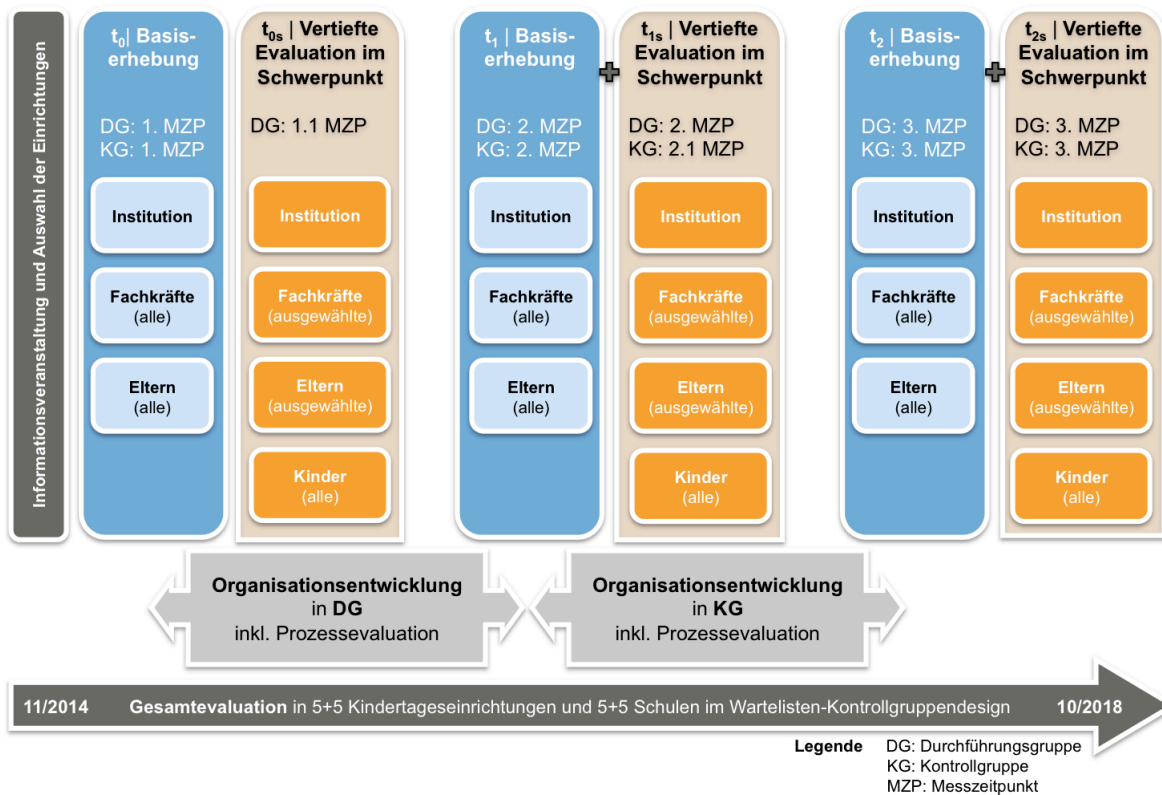


Abb. 07: Evaluationsdesign der Organisationsentwicklung in Kindertageseinrichtungen und Schulen

### 3.3.4 Strukturdaten zum Projekt PNO

Laufzeit: November 2014 – Oktober 2018

Website: [www.pno-ortenau.de](http://www.pno-ortenau.de)

Projektleitung Ortenaukreis

Ullrich Böttinger

Leiter Amt für Soziale und Psychologische Dienste, Landratsamt Ortenaukreis

Lange Straße 51

77652 Offenburg

Tel.: +49 781 805-9520

[ullrich.boettinger@ortenaukreis.de](mailto:ullrich.boettinger@ortenaukreis.de)

Projektleitung Evaluation

Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff

Leiter des Zentrums für Kinder- und Jugendforschung im Forschungs- und Innovationsverbund an der Evangelischen Hochschule Freiburg

Bugginger Straße 38

79114 Freiburg

Tel.: +49 761 47812-40

[froehlich-gildhoff@eh-freiburg.de](mailto:froehlich-gildhoff@eh-freiburg.de)

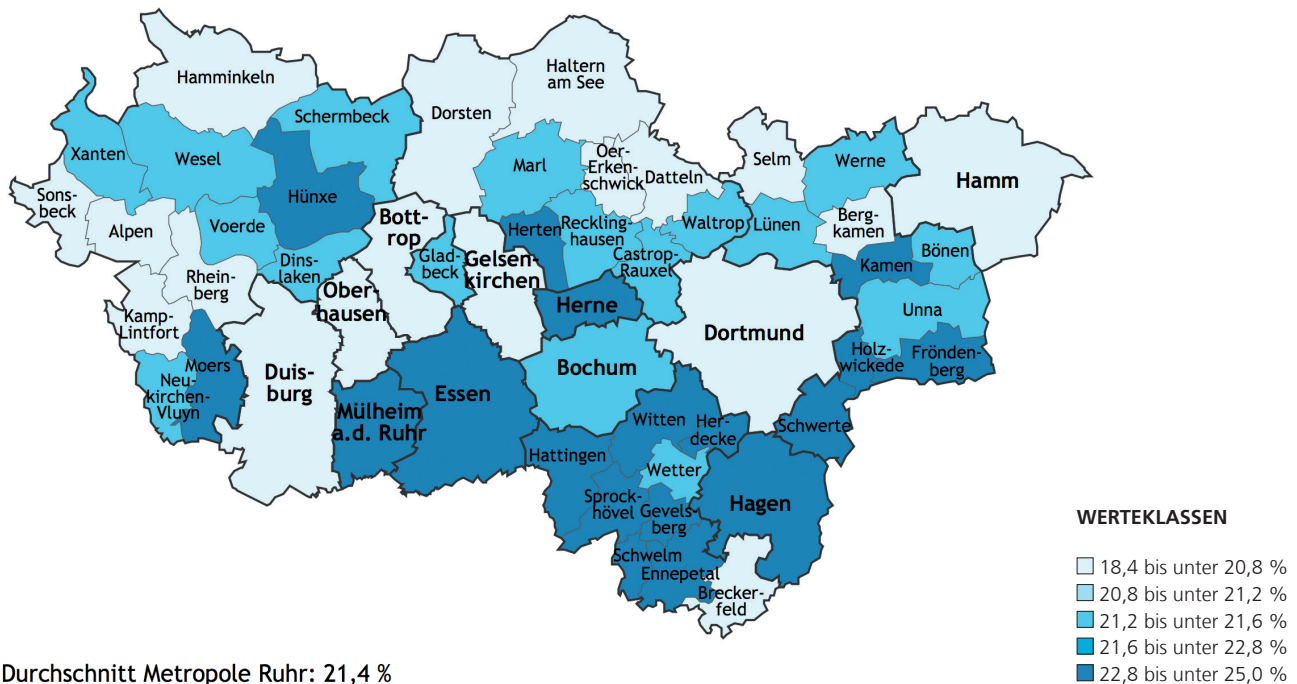
## 3.4 QuartiersNETZ

### 3.4.1 Herausforderungen in der Gesundheits- und Dienstleistungsregion Ruhrgebiet

Das Verbund-Projektvorhaben ist auf die Metropole Ruhr ausgerichtet. Mit über fünf Millionen Einwohnern lebt im Ruhrgebiet ein Drittel der Landesbevölkerung Nordrhein-Westfalens auf nur 13 Prozent der Landesfläche. Die Einwohnerdichte beträgt 1.200 Einwohner pro Quadratkilometer, während der Bundesdurchschnitt bei 230 Einwohnern pro Quadratkilometer liegt. Wie für kaum eine andere Region in Europa sind für den dicht besiedelten Agglomerationsraum schon seit geraumer Zeit die typischen Strukturwandelungsprozesse und -probleme einer altindustriellen Region entwicklungsbestimmend. Der Wandel von der Montan- zur Dienstleistungsregion hat zu einem starken Anwachsen der Wirtschaftszweige im Dienstleistungsbereich geführt. Während 1970 noch 58,4 Prozent der Beschäftigten im produzierenden Gewerbe und 40 Prozent im Dienstleistungsbereich tätig waren, arbeiten heute 28 Prozent aller Erwerbstätigen des »Reviers« im produzierenden Sektor und 71 Prozent im Dienstleistungsbereich.

Auch mit Sicht auf den demografischen Wandel, der sich in Deutschland regional sehr unterschiedlich vollzieht, zeigen sich im »Revier« Besonderheiten. Das Ruhrgebiet ist trotz demografischer Differenzen innerhalb der Region, zum Beispiel hinsichtlich des Anteils der über 65-Jährigen (Abb. 08) anderen Agglomerationsräumen in Deutschland um rund fünf bis zehn Jahre demografisch voraus. Der demografische Entwicklungstyp »schrumpfende Großstadt im postindustriellen Strukturwandel« ist besonders für die Ruhrgebietsstädte charakteristisch und kann daher zur Beschreibung der aktuellen Situation der Region Ruhrgebiet herangezogen werden. Kennzeichnend für diesen Typus sind ein deutlicher Bevölkerungsrückgang, Wanderungsverluste, ein relativ stark ausgeprägter Alterungsprozess, ein höherer Anteil älterer Menschen mit Migrationshintergrund, eine rückläufige Arbeitsplatzentwicklung, vergleichsweise hohe Arbeitslosenquoten und ein unterproportionaler Anteil hochqualifizierter Beschäftigter.

Das Projektvorhaben bezieht sich exemplarisch auf Gelsenkirchen. Die Stadt kann, den skizzierten Demografiertyp betreffend, repräsentativ auch als ein »Stück Ruhrgebiet« angesehen werden. Gelsenkirchen liegt zudem im geografischen Zentrum der Region und ist damit unter anderem ein geeigneter Ausgangspunkt, um soziale und technische Dienstleistungsinnovationen ins »Revier« zu tragen.



Durchschnitt Metropole Ruhr: 21,4 %

Abb. 08: Metropole Ruhr, Bevölkerung – 65 Jahre und älter – 2011 in Prozent (Quelle: <http://www.metropoleruhr.de/regionalverband-ruhr/statistik-analysen/statistik-portal.html>)

### 3.4.2 Motivation und Ziel des Gesamtvorhabens QuartiersNETZ

Ziel des Verbundprojektes ist es, den Strukturwandel des Ruhrgebiets hin zu einer innovativen Dienstleistungsregion in einer Gesellschaft des langen Lebens aktiv zu gestalten. Wegen der herausragenden seniorenpolitischen Reformpolitik der Stadt Gelsenkirchen bietet sich diese Kommune in ganz besonderer Weise als Referenzstadt für die Region an. Der Projektverbund geht davon aus, dass der im Ruhrgebiet im Vergleich zu anderen Regionen weiter fortgeschrittene demografische Wandel sich nur zum Nutzen der Region gestalten lassen wird, wenn Ältere in ihrer Verschiedenheit zu entscheidenden Akteuren einer demografie-sensiblen Zukunftsgestaltung avancieren. Dazu müssen in den Kommunen Voraussetzungen geschaffen werden und Begleitstrukturen entstehen. Zudem müssen für eine Region des langen Lebens in einem partizipativen Prozess wohnortnahe Strukturen (Quartiersnetze) entwickelt und implementiert werden, damit alle älteren Menschen selbstbestimmt und selbstorganisiert am Leben des Stadtviertels beteiligt und sozial eingebunden sind. Ältere können so Ideen einbringen, Aktivitäten entfalten, Dienstleistungen in Anspruch nehmen, demokratische Prozesse stärken sowie ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden erhalten. Die Unterstützung solcher Strukturen durch Technik soll dazu beitragen, dass sie von mehr Menschen in Anspruch genommen werden (können), (Selbst-)Ausschlusstendenzen vorgebeugt wird und damit Handlungsspielräume erweitert werden. Gleichzeitig sorgen mehr Nutzerinnen und Nutzer von (technischen) Unterstützungs- und Kommunikationsangeboten dafür, dass sich Strukturen festigen und stetig erweitern.

Das Projektvorhaben verfolgt eine Umsetzungsstrategie, die sowohl technische Innovationen fördert als auch konkrete Unterstützungs- und Beteiligungsnetzwerke aufbaut, neue Dienstleistungs- sowie Kooperationsmodelle erprobt und deren Nutzen und Bedeutung prüft. Indem das Projektvorhaben in einer eher finanzschwachen Referenzkommune exemplarisch umgesetzt wird, die durch einen vergleichsweise geringen Anteil einkommens- und bildungsstarker Einwohnerinnen und Einwohner sowie einem größeren Anteil von Bürgerinnen und Bürgern mit Migrationsgeschichte gekennzeichnet ist, werden übertragbare Lösungen und Geschäftsmodelle auch für andere sozialräumliche Kontexte generiert. Im Projekt sollen Kompetenzen und Ressourcen weiter gebündelt und verbessert werden. Ein begleitendes Schulungs- und Beratungskonzept qualifiziert engagierte Bürgerinnen und Bürger verschiedener Generationen im Hinblick auf eine kontinuierliche Erweiterung und Pflege der Quartiersnetzwerke. Bestehende Kooperationen auf gesamtstädtischer Ebene und geschaffene



Strukturen sollen im Projektvorhaben auf der Ebene der Quartiere weiterentwickelt werden – durch tragfähige Quartiersnetze, durch eine seniorenrechtliche, sichere digitale Quartiersplattform sowie passgenaue digitale Interaktions- und Kommunikationsmedien. Partizipation, als das für alle Projektphasen und -teile handlungsleitende Konzept, sorgt zum einen für die Ausrichtung der Entwicklung an den Bedarfen und Gegebenheiten älterer Menschen und erschließt zum anderen das Potenzial neuer Medien und Technologien für die Lebensphase Alter. Ein Alleinstellungsmerkmal des Projektes ist, die Betroffenen zu Beteiligten zu machen und sie nicht nur als Nutzer, sondern auch als Entwickler einzubeziehen (Stichwort: vom Akzeptanz- zum Partizipationsparadigma). Bislang einzigartig ist auch, die Entwicklung sozialer Innovationen und technischer Mittel in einen strategisch ausgerichteten Gesamtprozess zu integrieren. Eine begleitende Evaluation sichert die Zielerreichung und eine Transferstrategie gewährleistet nachhaltig die Übertragbarkeit.

### 3.4.3 Das Konzept von QuartiersNETZ

Ziel des Projektverbundes QuartiersNETZ ist die Vernetzung von sozialem Umfeld und regionalen Dienstleistern, die durch moderne Interaktions- und Kommunikationsmedien im Ruhrgebiet unterstützt werden soll. Das Projektvorhaben gliedert sich in sieben verzahnte Teilprojekte (Abb. 10):

1. Das Teilprojekt **Reales Quartiersnetz** zielt auf die partizipative Entwicklung eines realen, wohnquartiersbezogenen Netzwerks von älteren Bürgerinnen und Bürgern, zivilgesellschaftlichen und intermediären Instanzen, Verbänden, kommunalen Akteuren und Dienstleistern aus dem Bereich der Wirtschaft zur Förderung eines selbstbestimmten Lebens im Alter ab. Als Referenzgebiete wurden zu Beginn des Projektes vier Quartiere ausgewählt, in denen jeweils vierteljährlich ein quartiersbezogener Workshop durchgeführt wird.
2. Das Reale Quartiersnetz wird durch eine quartiersbezogene digitale Plattform, der sogenannten **Digitalen Quartiersplattform** unterstützt. Dabei handelt es sich um eine sichere barrierearme soziale Plattform auf Basis eines Baukastenprinzips. Im Sinne eines Netzes aus Netzen sollen verschiedene lokale digitale Quartiersplattformen miteinander vernetzt werden können. Neben der Netzwerkstruktur fokussiert die Plattform insbesondere die Förderung und Bereitstellung (innovativer) Dienstleistungsangebote sowie die Entwicklung von Plattformkomponenten zur Unterstützung der Partizipation der Bürgerinnen und Bürger, insbesondere der Älteren.

3. Das Teilprojekt **Interaktions- und Kommunikationsmedien** ist ausgerichtet auf eine intuitive Bedienung moderner technischer Geräte, die auf die Kompetenzen der Nutzerinnen und Nutzer abgestimmt ist. Ältere Menschen werden als Experten ihrer Lebens(um)welt begriffen und als (Ko-)Produzenten in den Entwicklungsprozess einbezogen, um auch technisch die Voraussetzungen für ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen.
4. Entwickelt wird weiterhin ein **Schulungs- und Beratungskonzept**, das projektbegleitend Menschen verschiedener Generationen als Techniklotsen (Multiplikatoren) für potenzielle Nutzerinnen und Nutzer der Netzstruktur qualifiziert, um die Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit zu adressieren.
5. Das Teilprojekt fokussiert die Entwicklung von **Geschäfts- und Partizipationsmodellen**. Die Entwicklung nachhaltiger Geschäftsmodelle, im Sinne sich selbst tragender wirtschaftlicher Strukturen, unter Beteiligung von Älteren, Dienstleistungsunternehmen und kommunalen Akteuren ist ein wesentliches Ziel. Der Prozess der Teilhabe Älterer als (Ko-)Produzenten von Quartiernetzwerken als ein transferfähiges und nachhaltig wirksames Gesamtkonzept ist wesentliches Ziel der Partizipationsmodelle, mit denen zudem ein Beitrag zur Stärkung der lokalen Demokratie geleistet werden soll. Geschäfts- und Partizipationsmodell sind eng miteinander verzahnt.
6. Die kontinuierliche Prüfung und Sicherung von Qualität, Konsistenz und Zielausrichtung wird durch eine formative Evaluation der Teilprojekte und ihrer Interdependenzen im Teilprojekt **Evaluation** sichergestellt.
7. Das Teilprojekt **Transfer** konzipiert eine Transferstrategie, die die sukzessive Erweiterung der geschaffenen Netzwerkstrukturen hin zu einem flächendeckenden Netz der Region Ruhrgebiet anstrebt.

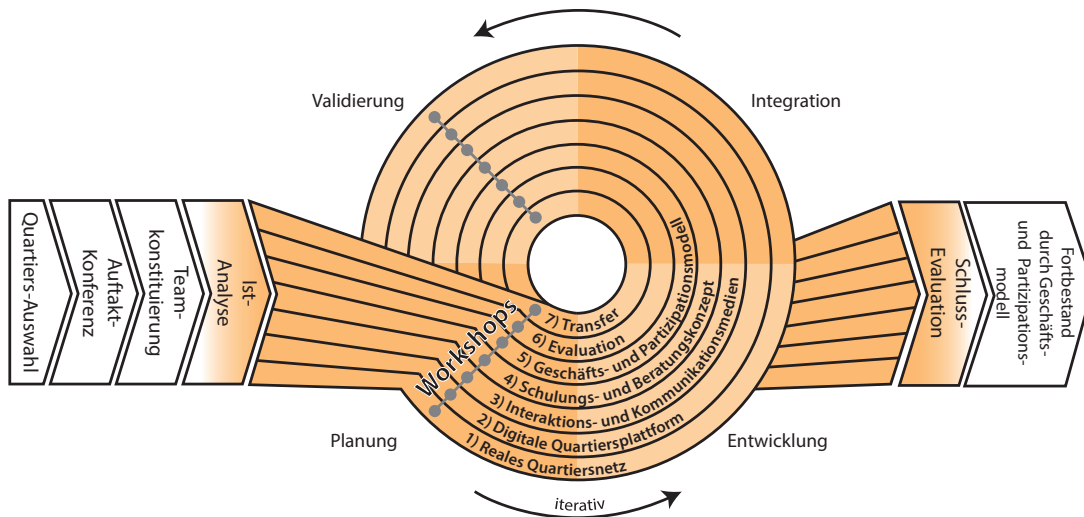


Abb. 09: Partizipatives und iteratives Entwicklungsmodell

Das Vorgehensmodell im QuartiersNETZ ist geprägt durch eine partizipative und iterative Vorgehensweise in Anlehnung an das Spiralmodell. Das Projektvorhaben startete sichtbar für die Öffentlichkeit mit einer Auftaktkonferenz, in der quartiersübergreifend die Öffentlichkeit über das geplante Projekt, dessen konkrete Ausrichtung und Ziele informiert wurde. Im Anschluss wurden interdisziplinäre Teams bestehend aus Kommune, Älteren, Dienstleistern und Wissenschaftlern quartiersübergreifend für die Teilprojekte 2 bis 5 sowie quartiersbezogen für das Teilprojekt 1 »Reales Quartiersnetz« konstituiert. Die formale Teamkonstituierung ist damit abgeschlossen, doch alle Teams sind weiterhin offen gehalten, sodass bei zunehmendem Verbreitungsgrad weitere Teilnehmer hinzukommen können.

Das Teilprojekt Evaluation führt in Abstimmung mit den anderen Teilprojekten eine Ist-Analyse durch, welche eine Bestandsaufnahme der Situation vor Ort liefert. Diese ist an Fragestellungen aus den Teilprojekten ausgerichtet und greift auf ein breitgefächertes Methodinventar zurück. Die Ist-Analyse wird ausgewertet, zielgerichtet für die einzelnen Teilprojekte

aufbereitet und an diese weitergeleitet. Parallel zur Ist-Analyse haben die Teilprojekte 1 bis 5 und 7 bereits vorbereitende Arbeiten wie Literaturrecherche, Vernetzung oder Technologieevaluationen etc. begonnen.

Mit Abschluss der Ist-Analyse beginnt die iterative Arbeitsweise im Projekt, die im Wesentlichen durch einen Halbjahrestakt geprägt ist. Am Ende der Iteration werden die Ergebnisse mit Interessierten verschiedener Akteursgruppen, auf quartiersübergreifenden Workshops und stadtweiten Konferenzen, aber auch projektintern auf breiter Ebene diskutiert sowie Schwerpunkte, Ziele und Anforderungen der nächsten Iteration in einem partizipativen Prozess erarbeitet. Beteiligt an der Validierung und Planung sind somit alle Akteursgruppen teilprojektübergreifend, vor allem aber die Älteren und Dienstleister als primäre Entwickler der Netzwerkstruktur. Als Bestandteil der formativen Evaluation des Gesamtprojekts werden diese Zusammenkünfte durch das Teilprojekt Evaluation vor- und nachbereitet und unterstützen damit das interne Controlling.

Den Abschluss des Verbundprojekts bildet eine summative Evaluation aller Teilprojekte und ihrer Interdependenzen. Sie liefert unter anderem mittels einer Retrospektive wesentliche Ergebnisse für den Fortbestand des Netzwerkes nach Projektabschluss sowie für den Transfer in andere Regionen.

#### **3.4.4 Strukturdaten zum Projekt**

Laufzeit: 1.11.2014 – 30.10.2018

Website: [www.quartiersnetz.de](http://www.quartiersnetz.de)

Direkte Partner: Caritasverband Gelsenkirchen e.V., Forschungsinstitut Geragogik e.V., Pallas GmbH, QuinScape GmbH, Generationennetz Gelsenkirchen e.V., Universität Vechta

Legitimierte Ansprechpartnerin:

Prof. Dr. Sabine Sachweh

Fachhochschule Dortmund, Fachbereich Informatik

[Sabine.Sachweh@fh-dortmund.de](mailto:Sabine.Sachweh@fh-dortmund.de)

## 3.5 VorteilJena

### 3.5.1 Die Herausforderung in der Region Jena

Jena ist seit über 100 Jahren auch überregional bekannt für innovative Glas- und Lichttechnologie, begründet durch Carl Zeiss, Otto Schott und Ernst Abbe. Seit der Wende schreiben zahlreiche Firmen und die ortsansässigen Hochschulen den Ruf Jenas als herausragenden Industrie- und Wissenschaftsstandort fort. Die Lebensbedingungen der circa 100.000 Einwohner von Jena sind sehr gut, Jena gilt als kinderfreundlich und die Arbeitslosenquote ist eine der niedrigsten in den neuen Bundesländern. Jena hat aber auch das Problem des Auseinanderklaffens der Gesellschaft mit jenen, die vom wirtschaftlichen Wohlstand profitieren und jenen, die sich nicht mehr zugehörig fühlen und in eigene Welten abtauchen. Extremes Beispiel hierfür ist der selbsternannte nationalsozialistische Untergrund (NSU). Die gesellschaftliche Spaltung hat aber auch Auswirkungen auf die Gesundheit aller Bürger. Jena liegt im Bundesland mit den »dicksten Deutschen«. Starkes Übergewicht mit den bekannten Folge- und Begleiterkrankungen ist hier ebenso auf dem Vormarsch wie psychische Symptome und Störungen. Diese häufig fortschreitenden und chronischen Erkrankungen bedrohen unsere sozialen Sicherungssysteme, die bereits durch den demografischen Wandel stark gefordert sind.

In der Stadt Jena zeigen sich jedoch nicht nur die großen Herausforderungen unserer Zeit in besonderer Schärfe. Vielmehr ist Jena auch Vorreiter in der Arbeit an Lösungen, wie der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention<sup>7</sup>. Die Konvention beinhaltet unter anderem die gesellschaftspolitische Forderung nach einer gemeinsamen Beschulung aller Kinder im inklusiven Unterricht. Dieser »Gemeinsame Unterricht« (GU) wurde in Jena bereits 1991 schrittweise eingeführt. Im Aufeinandertreffen von Problemen und Lösungen wird in Jena offensichtlich, was bislang noch zu wenig im Zusammenhang gedacht und betrachtet wird: die Frage der Erhaltung der Gesundheit in sich stetig wandelnden Lebenswelten und die Frage der sozialen Teilhabe für alle Menschen in einer Gesellschaft. Dies sind nicht zwei getrennte große Herausforderungen unserer Zeit, sie gehören mit wechselseitigen Bezügen zusammen<sup>8</sup>. Fehlende Teilhabe macht krank<sup>9</sup>, ebenso wie umgekehrt ein starkes Zugehörigkeitsgefühl (= Identifikation) Schutzfaktor für jeden Einzelnen und Basis für eine gesunde Gesellschaft sein kann. Soziale Teilhabe ist jedoch nicht auf die formale Zugehörigkeit oder die gesetzlich garantierten Rechte bestimmter Gruppen, zum Beispiel Menschen mit Migrationshin-

<sup>7</sup> Vereinte Nationen (2006): Über-einkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.

<sup>8</sup> OECD (2010): Improving Health and Social Cohesion through Education. Abgerufen am 31. März 2015, unter [www.oecd-ilibrary.org/](http://www.oecd-ilibrary.org/).

<sup>9</sup> Vgl.: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (August 2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Bonn: BMAS.

tergrund oder Behinderungen beschränkt. Sie zeigt sich bei allen Menschen durch das Vorhandensein des Gefühls der Zugehörigkeit zu der Gesellschaft, in der sie leben. Voraussetzung für dieses Gefühl ist die Ermöglichung von Inklusion in jenen Bereichen, die die Grundrechte unserer Gesellschaft berühren, wie Bildung, Recht und Gesundheit. Inklusion steht damit am Ende eines Kontinuums der Identitätsbildung – von der personalen Identität, dem »Ich-Bewusstsein« über die Gruppen-Identität (»Wir« im Gegensatz zu »den Anderen«) zur sozialen Identität, dem umfassenden »Wir-Gefühl«. Wie stark dieses Wir-Gefühl ist, hängt von Selbstwert, Selbstwirksamkeit und Identifikation jedes Einzelnen ab<sup>10</sup>. Diese Persönlichkeitseigenschaften werden daher in der geplanten Gesundheitsregion VorteilJena als entscheidende Stellschrauben der Beeinflussung von Gesundheitsverhalten betrachtet.

### **3.5.2 Die Motivation: Gesundheit über die gesamte Lebensspanne betrachten**

Gesundheit ist für die meisten Menschen das höchste Gut. Längst ist nicht allein die Wiederherstellung von Gesundheit, sondern auch die Frage der optimalen Erhaltung und Förderung von Gesundheit ein breites Forschungsthema. Doch trotz aller Erfolge der Medizin und vieler anderer Disziplinen stehen wir beständig vor neuen Herausforderungen, die nicht nur den Einzelnen sondern die Gesellschaft als Ganzes betreffen. Um dem Vormarsch von Übergewicht, psychischen Symptomen und Störungen, Demenz oder der Last chronischer Erkrankungen und Multimorbidität zu begegnen reicht es nicht, einzelne Zielgruppen, einzelne Krankheitsaspekte oder einzelne Risiken ins Visier zu nehmen. Nur mit einer neuen Denkweise zur Entstehung und Aufrechterhaltung dieser heutigen Volkskrankheiten und mit einer innovativen, Disziplinen übergreifenden Herangehensweise wird es möglich sein, tatsächlich eine Gesundheitsregion von morgen zu schaffen. Wir betrachten daher Gesundheit über die gesamte Lebensspanne und besonders in jenen Lebenswelten, die Schnittpunkt der Entwicklung des Einzelnen und gesellschaftlicher Einrichtungen sind. Wir stellen uns der Herausforderung, in neun aufeinander aufbauenden und vernetzten Forschungsprojekten aus drei unterschiedlichen Forschungseinrichtungen qualitätsgesicherte Praxishilfen zur Förderung gesunden Lernens, gesunden Arbeitens und gesunden Alterns zu entwickeln. Verbindend ist hierbei die Leitidee, dass die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit untrennbar mit der Frage der sozialen Teilhabe zusammenhängt. Nur wer sich sicher ist, in der heutigen Welt etwas wert zu sein, etwas erreichen zu können und dazu zu gehören, wird sein Gesundheitsverhalten nachhaltig verändern. Die thüringische Stadt Jena ist unserer Ansicht nach aus mehreren Gründen der Ort, um diese innovative Sicht wissenschaftlich zu untermauern.

<sup>10</sup> Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP, 2013): Inklusion – Integration – Partizipation: Psychologische Beiträge für eine humane Gesellschaft. Deutscher Psychologien-Verlag GmbH: Berlin.

### 3.5.3 Die Ziele: Prävention, Gesundheitsförderung und soziale Teilhabe verknüpfen

Mit VorteilJena soll um die Stadt Jena eine innovative Gesundheitsregion errichtet werden, die drei Aspekte individueller und gesellschaftsrelevanter Gesundheit miteinander verbindet:

- Vorbeugung (Prävention und Gesundheitsförderung),
- Gesundheit über die Lebensspanne sowie
- soziale Teilhabe

Gerade in Jena zeigt sich durch das Aufeinandertreffen von Herausforderungen (gesundheitlich: z. B. Übergewicht; gesellschaftspolitisch: z. B. NSU) und Lösungsansätzen (z. B. Gemeinsamer Unterricht) nicht nur die zukunftsweisende Wichtigkeit dieser drei Themenfelder, sondern auch deren untrennbares Zusammenspiel: Fehlende Teilhabe spaltet die Gesellschaft und macht deren Mitglieder krank. Dies geschieht zum Teil direkt, als Resultat von Ausgrenzung und Diskriminierung, andererseits indirekt in Form von Überforderung, Burn-out, Depression vor dem Hintergrund von Orientierungslosigkeit und Mangel an gemeinschaftlich getragenen Lebenszielen. Mit VorteilJena soll modellhaft gezeigt und wissenschaftlich untermauert werden, dass soziale Teilhabe sowohl vorbeugend in Bezug auf die großen Gesundheitsprobleme unserer Zeit sowie sinnstiftend für ein selbstbewusstes Leben über die gesamte Lebensspanne wirken kann.

### 3.5.4 Das Konzept von VorteilJena

Gesundheit ist eine Gemeinschaftsaufgabe. Gesundheitliche Herausforderungen unserer Zeit sind in zunehmendem Maß Erkrankungen, die nicht allein durch medizinische Maßnahmen oder individuelle Anstrengungen in den Griff zu bekommen sind. Hierzu gehört die steigende Zahl von übergewichtigen Menschen mit Begleit- und Folgeerkrankungen wie Diabetes bzw. dem sog. Metabolischen Syndrom sowie eine wachsende Zahl von Menschen mit psychischen Symptomen und Störungen, wie Burn-out oder Depression, die in manchen Regionen und Berufen bereits der häufigste Grund für Krankschreibung und Frühberentung sind. Diese gesundheitlichen Einschränkungen sind eine gesellschaftspolitische Herausforderung für Gesundheitsversicherungen sowie für die Sozial- und Rentenkassen. Sie äußern sich aber auch ganz direkt in Schulen (z. B. durch »ausgebrannte« Lehrer), in Betrieben und bei der Vermittlung Arbeitssuchender (z. B. durch vermehrte, oft lang andauernde Krankschrei-

bungen aufgrund psychischer Probleme), und schließlich auch bei Älteren und/oder pflegebedürftigen Menschen (z. B. in Form von Altersdepression, Vereinsamung, Suizidalität).

Trotz enormer Anstrengungen und einer unüberschaubaren Zahl von Einzelprojekten ist es in den vergangenen Jahren kaum gelungen, Übergewicht und psychischen Störungen wie ADHS, Essstörungen oder Depressionen nicht nur punktuell, sondern im Rahmen einer überzeugenden Gesamtstrategie entgegenzuwirken. Der Hauptgrund hierfür könnte in der Vernachlässigung der Bedeutung von Anerkennung und sozialer Teilhabe für die Gesundheit liegen. So hebt zwar auch der genannte Teilhabebericht der Bundesregierung aus dem Jahr 2013 hervor, dass Menschen mit Beeinträchtigungen bei fehlender Teilhabe ein höheres Maß an zusätzlichen gesundheitlichen Problemen aufweisen. Die Bedeutung von Teilhabe bleibt jedoch oft auf bestimmte Zielgruppen beschränkt, obwohl zahlreiche empirische Belege für einen generellen Zusammenhang sozialer Bedingungen und Gesundheit sprechen<sup>11</sup>. Dieser Zusammenhang zeigt sich auch in der parallelen Entwicklung der neuen Volkskrankheiten zu der zunehmend auseinanderklaffenden Schere zwischen »Arm« und »Reich«, zwischen gesellschaftlichen »Verlierern« und »Gewinnern«, dokumentiert im jüngsten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung vom März 2013. Bisherige Maßnahmen tragen dieser Entwicklung nicht in ausreichendem Umfang Rechnung, unabhängig davon, ob sie verhaltens- oder verhältnispräventiv ausgerichtet sind. Mit Vorteil Jena soll von Jena ausgehend eine Gesundheitsregion entstehen, die mit Blick auf die gesamte Lebensspanne vorbeugend ausgerichtet ist. Getragen wird diese Region von einem Kerngedanken: Gesund kann nur sein oder werden, wer dazugehört, wer nicht an den Rand gedrängt, gemobbt, diskriminiert oder ignoriert wird! Das zentrale Anliegen einer so definierten Gesundheitsförderung ist die Ermöglichung eines positiven Selbstwertes, eines »Wir-Gefühls« und darauf aufbauend einer gemeinsamen Identität. Aus theoretischer Perspektive gibt es zahlreiche Belege dafür, dass gesundheitsfördernde Angebote erst greifen können, wenn Menschen überzeugt sind, für das eigene Wohlergehen und das der Mitmenschen mit verantwortlich zu sein, und wenn sie sich sicher fühlen, diese Verantwortung auch durch eigenes Handeln umsetzen zu können<sup>12</sup>. Dieser zentrale Aspekt der Selbstwirksamkeit kann nicht durch Appelle an die Gefährlichkeit einer Erkrankung, durch bloße Wissensvermittlung oder Aufklärung, und auch nicht allein durch Bereitstellung von Gesundheitsangeboten gefördert werden. Vielmehr sind hier zwei Arten von Strategien geboten, die auf Steigerung sozialer Teilhabe aller abzielen. Zum einen ist es das Ziel, Menschen, die zum Beispiel wegen psychischer Erkrankung, Behinderung oder

<sup>11</sup> Vgl. zum Beispiel: Hurrelmann, K. (2010, 7. Aufl.): Gesundheitssoziologie. Weinheim: Juventa Verlag.

<sup>12</sup> S. zusammenfassend zum Beispiel: Knoll, N., Scholz, U., Rieckmann, N. (2011): Einführung in die Gesundheitspsychologie. München: Ernst Reinhardt Verlag.



Übergewicht diskriminiert, gemobbt oder ignoriert werden, wieder in die Gemeinschaft zu integrieren bzw. genauer gesagt zu »inkludieren«. Dies geschieht bei VorteilJena mit Blick auf die drei Bereiche:

- 1. Steigerung von Selbstwirksamkeit und selbstbestimmtem Handeln,**
- 2. Vermeidung von Diskriminierung und Mobbing und Förderung von Toleranz,**
- 3. Förderung sozialer Teilhabe.**

Zum anderen sollen konkrete Angebote zur Förderung einer gemeinsamen Identität mit dem Ziel des Aufbaus von Motivation und Unterstützung für ein sinnerfülltes Leben aller sozialen Gruppen geschaffen werden. Diese Angebote sollen einen ausreichenden Wiederhall der Bemühungen um Inklusion in der städtischen Gemeinde und dem (wirtschaftlichen) Umfeld erzeugen. Das Neue und Innovative an dieser Idee ist, solche Maßnahmen nicht oder nicht in erster Linie unter dem Aspekt einer besseren Teamfähigkeit oder zum Zweck der Verfolgung von wirtschaftlich orientierten Unternehmenszielen zu konzipieren, sondern als Teil einer umfassenden Gesundheitsförderung, die Unternehmen und Institutionen, der Gesellschaft, aber auch jedem Einzelnen zugutekommt.

Die Einführung der Maßnahmen auf Basis der qualitätsgesicherten Produkte, die von den Teilprojekten entwickelt werden, erfolgt in drei Schritten. Im ersten Schritt werden die Produkte (Beispiele s. Abb. 11) in den Modelleinrichtungen erprobt und evaluiert. Diese Praxispartner liegen größtenteils im unmittelbaren Stadtkern Jenas. Im zweiten Schritt erfolgt die Gewinnung von Partnern aus der Region in einem erweiterten Umkreis. Dies geschieht parallel zur Durchführung der Wirkungsstudien in den Modellorganisationen. Im dritten Schritt steht die Übergabe der evaluierten Produkte an die neuen Praxispartner und die Begleitung der Produkteinführung im Vordergrund. Auf Grundlage der dabei gewonnenen Erfahrungen werden schließlich Übergangnetzwerke und Transferinstrumente vorbereitet, um eine überregionale Verbreitung zu ermöglichen.

Abb.10: Anwendung der von den Teilprojekten entwickelten Praxishilfen in den Lebenswelten »Gesund Lernen«, »Gesund Arbeiten«, »Gesund Altern«.



### 3.5.5 Strukturdaten zum Projekt

Das Gesamtprojekt VorteilJena besteht aus acht Forschungsprojekten und einem übergeordneten Koordinations- und Managementprojekt unter der Leitung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern des Universitätsklinikums Jena (UKJ), der Friedrich-Schiller-Universität Jena (FSU) und der Ernst-Abbe-Fachhochschule Jena (EAH). Je drei der Teilprojekte sind den Lebenswelten »Lernen« und »Arbeiten« und zwei Teilprojekte der Lebenswelt »Altern« zugeordnet (s. Abb. 12). Die Teilprojekte innerhalb der drei lebensweltbezogenen Bereiche werden von PD Berger (UKJ), Prof. Kraußlach (EAH) und Prof. Strauß (UKJ) koordiniert, die gleichzeitig Leiter/in der Teilprojekte 1, 4 und 7 sind.

Vorteil Jena startete am 1. Oktober 2014 und endet am 30.09.2018. Zum Projektbeginn sind 35 Partner beteiligt (drei Verbundpartner, 25 Modellpartner und sieben Netzwerkpartner). Details zu den Partnern und Teilprojekten siehe [www.vorteiljena.de](http://www.vorteiljena.de)

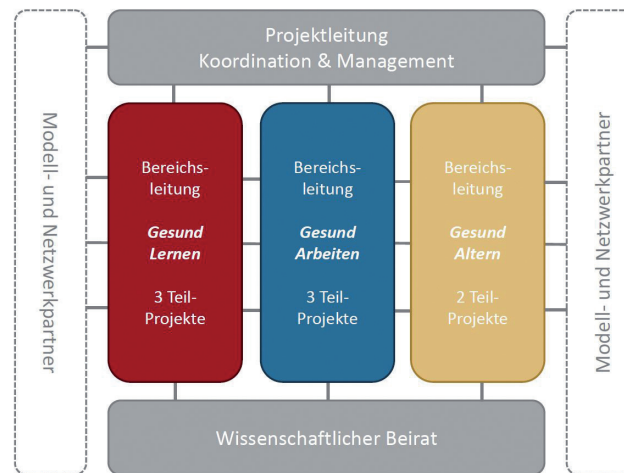


Abb. 011: Organigramm Verbundprojekt VorteilJena

# 4 ZIELE UND AUFGABEN DER BEGLEITFORSCHUNG INDiGeR

## 4.1 INDiGeR Forschungsbeiträge

Ziel des Begleitvorhabens »INDiGeR« ist es, die Gewinnerregionen im Wettbewerb »Gesundheits- und Dienstleistungsregionen von morgen« wissenschaftlich zu unterstützen und zu vernetzen. Der Transfer von Ergebnissen aus den Modellregionen und der Begleitforschung an eine interessierte Öffentlichkeit wird unterstützt. Die eigenständigen Forschungsleistungen konzentrieren sich auf Forschungsfragen von übergreifendem Interesse, die in allen Modellregionen und darüber hinaus auftauchen. Adressiert werden von den fünf beteiligten forschenden Organisationen – Universität Bayreuth, Steinbeis Hochschule Berlin, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, Duale Hochschule Baden-Württemberg und Fraunhofer IAO Stuttgart - die vier zentralen Ebenen innovativer Dienstleistungsnetzwerke: Netzwerk, Akteure, (Dienst-)Leistungen und Wirkungen. Die Forschungsakzente, die die Begleitforschung setzen möchte, werden im Folgenden kurz vorgestellt.



Abb. 12: FuE-Struktur der Begleitforschung INDiGeR

#### 4.1.1 Netzwerke nachhaltig gestalten

Die mit dem Wettbewerb GeDiReMo angestrebte Vernetzung von präventiven, kurativen und sozialen (Gesundheits-) Dienstleistungen ermöglicht neue Modelle der Wertschöpfung. Durch die Koordination und Kooperation aller Akteure in einem Wertnetz entstehen vernetzte Dienstleistungen, die für Kunden und Patienten einen Mehrwert darstellen. Zentrale Aufgaben in solchen Wertnetzen sind Aufbau und Pflege des Netzwerks (Moderation), die Promotion des Netzwerks gegenüber seiner Umwelt sowie die Einrichtung entsprechender Infrastrukturen.

In diesem Arbeitspaket liegt der Schwerpunkt der Forschung auf der Analyse von Strukturen und Prozessen der Wertnetze sowie auf der Gestaltung ihrer informationstechnischen Infrastruktur zur Unterstützung der Zusammenarbeit. Wir erforschen, wie Leistungen in innovativen Dienstleistungsnetzwerken möglichst effektiv, produktiv und nachhaltig erbracht werden und wie sich Nutzen und Qualität vernetzter Leistungsangebote erhöhen lassen.

Besonders wichtig ist die optimale Vernetzung bestehender Leistungsangebote in den Bereichen Prävention, Gesundheit und Pflege. Wir untersuchen, ob es einen Zusammenhang gibt zwischen der Art der Zusammenarbeit von unterschiedlichen Akteuren und der Reife und Erfahrung des regionalen Netzwerks. Wir vermuten, dass dieser Zusammenhang Netzwerke befähigt, innovative und marktfähige Gesundheits- und Präventionsdienstleistungen zu generieren. Dafür untersuchen wir die Entwicklungen in der Gestaltung der Zusammenarbeit im Zeitablauf anhand eines sogenannten Reifegradmodells. Wir entwickeln auf Basis empirischer Forschung ein angepasstes Reifegradmodell für Netzwerkmoderation, Netzwerkpromotion und Netzwerkinfrastruktur in Wertnetzen.

Besonderer Fokus wird auf die ökonomische Nachhaltigkeit von netzwerkförmigen Arrangements der Leistungserbringung gelegt. Antworten darauf, wie solche Wertnetze wirtschaftlich nachhaltig gestaltet werden können, führen uns zu Fragen nach sinnvollen Geschäfts- und Erlösmodellen für den Netzwerkbetrieb. Dabei betrachten wir die in GeDiReMo geförderten, aber auch ähnliche Netzwerke, unter den folgenden Gesichtspunkten:

- Wie ermöglichen die Netzwerke Wettbewerb, also Koopetition?
- Wie werden Anreize zur Kooperation gesetzt bzw. durchgesetzt?
- Können die Handlungsstrategien generalisiert und übertragen werden?
- Lässt sich der Wertbeitrag unterstützender Dienstleistungen wie des Netzwerkmanagement oder der Technologiebereitstellung sichtbar machen?
- Wie lässt sich erfolgreich eine (informations-) technische Vernetzung zwischen den Netzwerkakteuren organisieren und steuern?

Neben den Analysen in den Modellregionen werden zusätzlich Best-Practice-Beispiele national und international erfolgreicher Netzwerke aus dem Gesundheitssektor oder aus Branchen mit einem traditionell hohen Vernetzungsgrad identifiziert und einbezogen. Die Aufbereitung erfolgt dabei unter anderem durch Expertengespräche mit verschiedenen Netzwerkakteuren der ausgewählten Best Practices. Neben der Frage nach geeigneten organisatorischen Prozessen und Strukturen werden die informationstechnische Infrastruktur und das Management der technischen Vernetzung analysiert.

Die Forschungsergebnisse sollen gemeinsam mit den Akteuren der Gesundheits- und Dienstleistungsregionen validiert und der Erfahrungsaustausch zwischen den verschiedenen Netzwerken angeregt werden.

#### **4.1.2 Geschäftsmodelle für Netzwerke entwickeln**

Die ausgewählten Gesundheits- und Dienstleistungsregionen stehen vor der zentralen Herausforderung, bisher singular agierende Akteure so miteinander zu vernetzen, dass ein Mehrwert für die Region geschaffen wird. Zu den Akteuren zählen in den jeweiligen Regionen unterschiedlichste Institutionen und Personen, wie Anbieter von Pflegedienstleistungen, soziale Einrichtungen, Krankenkassen als Kostenträger, Kommunalvertreter oder Anbieter von Infrastrukturen und technischen Assistenzsystemen. Durch die zunehmende Vernetzung der Leistungserbringung ergeben sich einerseits vielfältige Potenziale, andererseits jedoch auch vielfältige Herausforderungen. So müssen beispielsweise die bestehenden Wertschöpfungsstrukturen und Prozesse an eine Leistungserstellung im Netzwerk angepasst werden.

Hinter einer erfolgreich vernetzten Leistungserbringung steht ein passgenaues Geschäftsmodell des Netzwerks. Dieses bildet einerseits ab, welche Bedarfe der Netzwerkmitglieder durch das interne und welche Bedarfe der Kunden durch das externe Leistungsversprechen adressiert werden. Andererseits stellt es dar, wie das Netzwerk durch die Aktivitäten, Ressourcen und Kompetenzen das Leistungsversprechen umsetzt und wie die daraus resultierenden Kosten und Erlöse im Netzwerk verteilt werden. Ziel des Teilvorhabens »Entwicklung vernetzter Geschäfts- und Innovationsmodelle« des Fraunhofer-Instituts für Arbeitswirtschaft und Organisation ist es, den Aufbau regionaler Dienstleistungsnetzwerke und die Transformation von bestehenden Geschäftsmodellen in vernetzungsorientierte Modelle durch den Transfer von innovativen Methoden und empirischen Erkenntnissen zu unterstützen. Dazu zählt ein Konzept zur Entwicklung solcher Geschäftsmodelle unter Berücksichtigung spezifischer Gestaltungsoptionen für eine erfolgreiche vernetzte Leistungserbringung, sowie Werkzeuge zur Messung der Leistungsfähigkeit für Geschäftsmodelle von Netzwerken. Darüber hinaus wird eine Methode zur Visualisierung und kollaborativen Entwicklung von passgenauen Geschäftsmodellen für Netzwerke in Gesundheits- und Dienstleistungsregionen aus dem Teilvorhaben hervorgehen.

Ein initialer Schritt auf diesem Wege ist die Herleitung und Prüfung eines Rahmenkonzepts zur Darstellung und Analyse der Geschäftsmodelle von Gesundheits- und Dienstleistungsnetzwerken. Grundlage bilden bisherige Ansätze zur Beschreibung und Darstellung von Geschäftsmodellen, die um netzwerkspezifische Besonderheiten ergänzt werden. So ist beispielsweise zu berücksichtigen, dass der Erfolg eines Netzwerks, welche einen Mehrwert für die Gesundheitsversorgung in den Regionen bieten möchten, einerseits durch den Markterfolg der extern angebotenen Dienstleistungen und andererseits durch eine erfolgreiche interne Netzwerkorganisation gekennzeichnet ist. Daher sind bei der Untersuchung sowohl die interne als auch die externe Leistungsperspektive zu berücksichtigen. Ausgangspunkt stellt daher ein eigens entwickeltes Geschäftsmodell-Rahmenkonzept, welches in Abbildung 13 dargestellt ist.

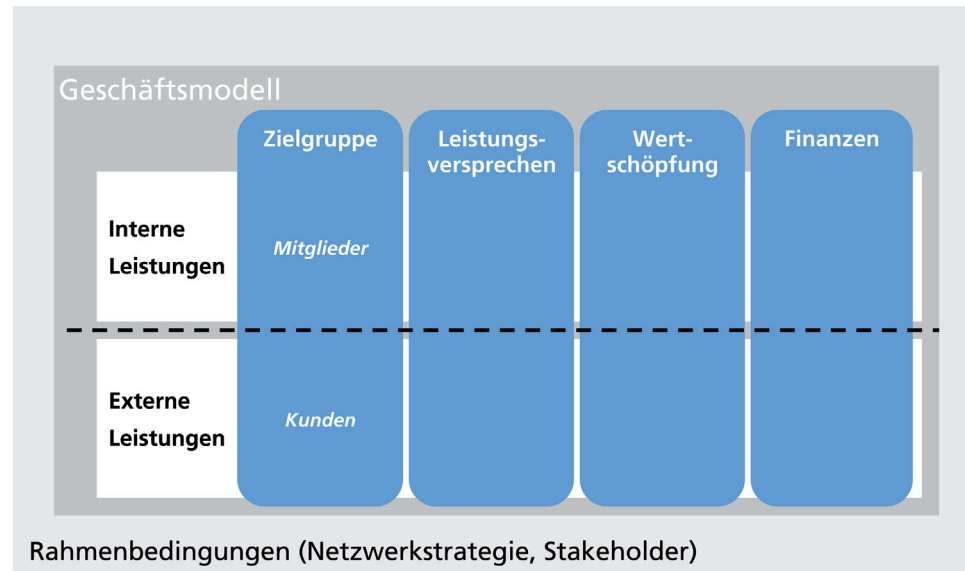


Abb. 13: INDiGeR Geschäftsmodell-Konzept (Netzwerk als Dienstleistungsanbieter)

Den Untersuchungsgegenstand stellen geeigneten Beispielen von nachhaltig etablierten Netzwerken aus dem Gesundheits- und angrenzenden Dienstleistungsbereich, die als eigenständige Akteure auftreten und Dienstleistungen für externe Bedarfsgruppen anbieten. Dabei werden zentrale Stellhebel und Muster in Geschäftsmodellen von Good Practices identifiziert, welche Voraussetzungen für die erfolgreiche und nachhaltige Leistungserbringung in Netzwerken darstellen. Jene werden bedarfsgerecht in einem Leitfaden aufbereitet und für den Gesundheits- und Dienstleistungsregionen zur Verfügung gestellt.

Ergänzt werden diese Ergebnisse um eine Sammlung geeigneter Kennzahlen zur Messung und Steuerung der einzelnen Geschäftsmodellelemente. Diese finden anschließend Eingang in ein übergreifendes Steuerungsinstrument für die Performance eines Geschäftsmodells.

Bei der Planung von akteursübergreifenden Leistungsangeboten und Geschäftsmodellen besteht ein umfangreicher Informations- und Kommunikationsbedarf zwischen den beteiligten Akteuren. So müssen beispielsweise das konkrete Leistungsangebot, Zuständigkeiten und die Bereitstellung und Nutzung von Ressourcen gemeinsam geplant und kommuniziert werden. Zur Unterstützung der Akteure bei der Bewältigung dieser Herausforderungen wird in der Projektlaufzeit ein kollaboratives Planungsinstrument prototypisch entwickelt, das in hohem Maße der Visualisierung und Beherrschung der komplexen Zusammenhänge dient.

Insgesamt zielt das Teilvorhaben im Besonderen darauf ab, Netzwerke und Netzwerkakteure bei der Entwicklung und Gestaltung von Geschäftsmodellen zu unterstützen, welche eine hohe Wettbewerbs- und Marktfähigkeit aufweisen. Damit wird ein Beitrag zur Steigerung der Zukunftsfähigkeit von Projektnetzwerken auf dem Weg in etablierte regionale Institutionen geleistet.

### 4.1.3 Exploration von Service Produktisierung und Rollout

#### **Voneinander lernen und voneinander profitieren**

»Wie gelingt es, aus Erprobungen Produkte zu machen und die Projektergebnisse in den nicht-geförderten Raum zu übertragen?« Mit dieser forschungsleitenden Fragestellung stellt das INDiGeR -Projektteam an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg (DHBW) Stuttgart, Fakultät Sozialwesen, das Potenzial und die Leistungen in Netzwerken zur Gesundheit und Prävention vor Ort in den Mittelpunkt der Forschung und beschäftigt sich insbesondere mit der Überführung der Forschungsergebnisse in marktfähige (Service-)Produkte.

Eine regionale Gesundheitsversorgung, welche in Netzwerken erbracht wird, ist eine komplexe Aufgabe, die in einem vielpoligen Spannungsfeld aus sich ausdifferenzierenden Lebens- und Bedarfslagen der Klientel, Markt- und Wettbewerbsorientierung, kommunal und staatlich gesetzten Rahmenbedingungen sowie der notwendigen sozialräumlichen Verankerung und einer zivilgesellschaftlichen Rückbindung stattfindet. Bei der Umsetzung nachhaltiger Leistungsangebote ergeben sich deshalb nicht zuletzt aufgrund des hohen Komplexitätsgrades der in den Gesundheits- und Dienstleistungsregionen zu entwickelnden Wertschöpfungsnetze besondere Herausforderungen.



Das Fundament für diesen Teil der Forschungen in der Begleitforschung bilden wohlfahrts-theoretische Grundannahmen aus dem Diskurs zum »Welfare Mix« (»gemischte Wohlfahrtsproduktion«) in modernen, ausdifferenzierten Gesellschaften. Ziel ist, sowohl die ausgewählten Modellprojekte als auch innovative Dienstleistungsnetzwerke im nicht-geförderten Raum bei der systematischen Entwicklung und Umsetzung von konkreten Leistungsangeboten und Produkten zu unterstützen. Mit dem modular aufgebauten, anwenderbezogenen Toolkit (»Werkzeugkoffer«) zur Service-Produktisierung wird eine wissenschaftlich fundierte Informationsquelle für die Praxis zur Verfügung gestellt. Im Verlauf des Projektzeitraums werden daher die folgenden Inhalte bearbeitet:

#### **Anforderungsanalyse für die Service-Produktisierung**

In den ausgewählten Modellregionen arbeiten unterschiedliche Akteure an der Entwicklung von vernetzten, marktfähigen und nachhaltigen Leistungsangeboten zur regionalen Gesundheitsversorgung. Bedingt durch die Vielfalt der Netzwerke und ihrer Akteure ergeben sich sehr unterschiedliche Anforderungen an die Service-Produktisierung und das Toolkit.

#### **Rahmenkonzept für die Service-Produktisierung**

Gemeinsam mit den Modellregionen werden deren verschiedene Produkt- und Dienstleistungsportfolios sowie deren Geschäftsstrategien einer vertieften Analyse unterzogen und die Ergebnisse in ein erstes, abgestimmtes Rahmenkonzept überführt.

#### **Entwicklung eines modular aufgebauten Toolkits**

Das Toolkit soll eine praxisorientierte Informationsquelle für den geförderten und nicht-geförderten Raum darstellen. Dabei ergeben sich die verschiedenen Module aus den Erfahrungen und entwickelten Prototypen in den Modellregionen ebenso wie aus Erkenntnissen der Begleitforschung.

#### **Test und Optimierung des Toolkits**

Das INDiGeR-Begleitforschungsvorhaben bietet die Möglichkeit, das entwickelte Toolkit zur Service-Produktisierung zu testen und gegebenenfalls zu modifizieren. Aufbauend auf den Ergebnissen der Testphase werden Verbesserungsmöglichkeiten für die Instrumente und Methoden abgeleitet und in das Toolkit eingearbeitet.

»Voneinander lernen und voneinander profitieren« – das von der DHBW Stuttgart verantwortete Teilvorhaben legt den Schwerpunkt auf die Verwertbarkeit der Ergebnisse. Der gewählte forschungsmethodische Ansatz (»triangulation between methods«) trägt dazu bei, die Vielfalt der im Projekt gewonnenen Daten und Erkenntnisse zu bündeln, zu kanalisieren und praxisgerecht aufzubereiten. Mit dem modularen, anwendungsorientierten Aufbau des Toolkits ist eine klare Strukturierung vorgegeben, deren Feingliederung nutzerbezogen im Projekt entwickelt wird. Bereits während der Projektlaufzeit wird somit die Marktfähigkeit verschiedener Services und Dienstleistungen überprüft und werden die beteiligten Dienstleistungsnetze bei der Entwicklung ihrer spezifischen Geschäftsstrategien unterstützt. In einer sozial-räumlichen Perspektive wird der Fokus auf die Spezifika der jeweiligen Gesundheits- und Dienstleistungsregion von morgen gerichtet und gemeinsam eine regionale Umsetzungsstrategie entwickelt.

#### **4.1.4 Netzwerkwirkungen bewerten mit Evaluationsforschung**

Das Ziel dieses Themenfeldes im Rahmen der Begleitforschung ist die Evaluation für »Gesundheitsregionen« als Gesamtkonzept. Sie fokussiert einerseits auf Unterstützung der Umsetzung der Projekte und die Vernetzung innerhalb der Regionen und andererseits auf eine Nutzenbewertung für die Zielgruppen und die beteiligten Akteure. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Beurteilung der Übertragbarkeit der Ansätze auf andere, derzeit nicht in die Projekte eingebundene Regionen. Die Begleitforschung verfolgt einen zweigliedrigen Evaluationsansatz, der eine formative und eine summative Komponente beinhaltet.

Das Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf und das Institute for Public Health and Healthcare NRW der Steinbeis-Hochschule Berlin beschäftigen sich gemeinsam mit der Wirkung von Netzwerken auf Gesundheit. Zentraler Aspekt ist dabei, die Netzwerke, die gemeinsam Leistungen in einer Region erbringen, in die Lage zu versetzen, die Wirkung ihres Leistungsangebots vor Ort für sich zu bewerten. Entwickelt werden Verfahren, welche die Netzwerkakteure dabei unterstützen, Kriterien der Zielerreichung festzulegen, Indikatoren zu deren Messung zu benennen und Wirkungen ihrer Netzwerkaktivitäten zu verschiedenen Zeitpunkten zu messen. Auf Grundlage solcher Möglichkeiten zur Selbstüberprüfung können aktive Netzwerke, falls erforderlich, im Zeitablauf Veränderungen ihrer Strukturen, Prozesse und Angebote vornehmen (Quelle: [http://www.indiger.net/?page\\_id=47](http://www.indiger.net/?page_id=47); abgerufen am 23.03.2015).

### **Forschungsanliegen der Evaluation und Darstellung der Arbeiten**

Die Bedeutsamkeit von sozialen Netzwerkprojekten steht in unserer modernen und sich stetig verändernden Gesellschaft außer Zweifel.

Gerade die Evaluierung solcher Projekte und Unternehmungen stellt alle Beteiligten vor große Herausforderungen. Die Messbarkeit in der Arbeit mit Menschen und Netzwerken ist kompliziert. Ebenso ist Qualität oder Wertigkeit schwer objektiv messbar und beurteilbar. Auch sind Evaluationsprojekte vielen unkalkulierbaren Risiken des Scheiterns ausgesetzt. Um das zu verhindern, wird parallel zu den Forschungs- und Entwicklungsleistungen in jeder der fünf Regionen in diesem Themenfeld der Begleitforschung auf einer übergeordneten Ebene (Metaebene) objektiviert: Einzelne, zunächst subjektive Sichtweisen der Projektteilnehmer werden gebündelt, reflektiert und im Sinne eines übergeordneten Zieles analysiert. Es gilt es zu untersuchen, ob diese Konzepte Wirkung, Wirksamkeit, Effekt, Erfolg oder Nutzen haben. Dabei müssen die Netzwerke in die Lage versetzt werden, im Sinne von Evaluation die Wirkung ihres Leistungsangebotes und ihre Zielerreichung für sich zu bewerten. Falls es erforderlich werden sollte, können die Netzwerke dann Veränderungen ihrer Strukturen, Prozesse und Angebote vornehmen.

Mit Hilfe von Erkenntnissen und Methoden der Evaluationsforschung, beispielsweise der vorwiegend qualitativen Forschungsmethode der Aktionsforschung, kann es gelingen, in einem Projekt zu intervenieren, falls Zieldefinitionen nicht erreicht werden. Auch ist es möglich, durch ein Verfahren der experimentellen Feldforschung (Interventionsforschung) Evaluations-theorien zu überprüfen. Dabei stehen alle Projektbeteiligten in den unterschiedlichen Netzwerken und die Gütekriterien empirischer Forschung und Evaluationen im Mittelpunkt.

### **Der Ansatz der formativen Evaluation**

Zum Gelingen der Initiative »Gesundheits- und Dienstleistungsregionen von morgen« möchte das Team der Steinbeis-Hochschule gemeinsam mit seinen Projektpartnern einen Beitrag leisten. Von besonderem Interesse sind dabei die Menschen, die Projekte, die Projektdurchführung und die Projektergebnisse, auch über den Projektzeitraum hinweg. Die gewonnenen Erfahrungen und Informationen können und sollten später auch in anderen Regionen Deutschlands genutzt werden.

In formativer Evaluation (auch Prozessevaluation) werden dabei aktiv-gestaltend, prozessorientiert, konstruktiv und kommunikationsfördernd, Verläufe und Prozesse näher untersucht. Einzelne Zwischenergebnisse können auf die Praxis angewendet werden. Somit findet eine ständige, formende Weiterentwicklung der Praxis statt. Diese formative Evaluation wird vor allem bei der Entwicklung und Einführung neuer Maßnahmen erkundend eingesetzt. Ein solcher Explorationsbedarf besteht nach Bortz und Döring<sup>13</sup> häufig dort, wo man sich im Detail für Veränderungsprozesse interessiert und nicht nur für den Output. Das trifft auf die Netzwerkpartner der Gewinnerregionen und der Begleitforschung zu.

Das große Gestaltungsinteresse in den unterschiedlichen Projekten empfinden wir als Antrieb unseres Engagements. Als Institut der Steinbeis-Hochschule Berlin sind wir seit vielen Jahren im Gesundheitswesen wissenschaftlich und bildungspolitisch engagiert. Gerade im Gesundheitswesen zeigt sich der demografische Wandel sehr deutlich. Deshalb sehen wir die gemeinsamen Projekte als große Chance, notwendige Veränderungen zu initiieren und zu begleiten. Wir freuen uns, dass wir zu diesem wichtigen Gesamtprojekt unseren Beitrag leisten können.

### **Der Ansatz der summativen Evaluation**

Die Zielsetzung der GeDiReMo-Projekte, »Gesundheit erlebbar zu machen. Vor Ort. In Netzwerken.«, birgt die Herausforderung, die Erreichung dieses Zieles mit wissenschaftlichen Methoden messbar zu machen. Im Bereich summative Evaluation des Themenfelds Evaluation der Begleitforschung soll hierzu vom Projektteam am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf gemeinsam mit den Partnern in den Regionen eine auf inhaltliche und regionale Gegebenheiten adaptierbare Evaluationsmatrix entwickelt und erprobt werden.

Die Erstellung der Matrix erfordert in einem ersten Arbeitsschritt die Auswahl von geeigneten Indikatoren zur mehrdimensionalen (physischen – psychischen – sozialen) Messung von Gesundheit, die in der Lage sind, die Effektivität und Sicherheit von komplexen gesundheitsrelevanten Interventionen abzubilden. Diese Indikatoren sind zu ergänzen um Parameter, die die weiteren Qualitätsdimensionen für gesundheitliche Versorgung darstellen, wie Patientenorientierung, Zugang und Effizienz. Im Anschluss fokussiert ein weiterer Arbeitsschritt auf die Identifikation und Erschließung von Datenquellen sowie die Konstruktion von Erhebungsstrategien zur Gewinnung der erforderlichen Daten. An dieser Stelle werden außerdem Er-

<sup>13</sup> Bortz J., Döring N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation, Heidelberg.

gebnisse und Erfahrungen aus den INDiGeR Arbeitspaketen »formative Evaluation«, »Netzwerkstrukturen« und »Geschäftsmodelle« einfließen. Die Adaptationsfähigkeit der Matrix und der Datenzugänge soll anhand von Beispielen aus den GeDiReMo-Projekten demonstriert werden.

Die exemplarische Erprobung der Matrix in einer GeDiReMo-Region, in enger Kooperation mit den Projektverantwortlichen vor Ort, ist für den zweiten Teil des Begleitforschungsprojektes vorgesehen. Die Ergebnisse sollen zum einen die Tauglichkeit der Matrix zur Generierung von Aussagen über den Projekterfolg in einer Region und ihrem Umfeld geben, zum anderen in die Arbeiten des INDiGeR Arbeitspakets »Service-Produktisierung« einfließen.

# 5 KONTAKTE



## 5.1 Die Gewinnerregionen

### 5.1.1 Chemnitz+

Projektleitung und -koordination:  
Verband Sächsischer Wohnungsgenossenschaften e. V. (VSWG)  
Antonstraße 37, 01097 Dresden

Dr. Axel Viehweger  
Tel.: +49 351 8070121  
viehweger@vswg.de

Alexandra Brylok  
Tel.: +49 351 8070151  
brylok@vswg.de

[www.zukunftsregion-sachsen.de](http://www.zukunftsregion-sachsen.de)



### 5.1.2 FISnet

Projektleitung  
Universität Augsburg  
Universitätsstraße 10  
86159 Augsburg

Prof. Dr. Werner Schneider  
Tel.: +49 821 598-5570  
werner.schneider@phil.uni-augsburg.de

[www.fisnet.info](http://www.fisnet.info)



Präventions  
Netzwerk  
Ortenaukreis

### 5.1.3 Präventionsnetz Ortenaukreis (PNO)

Projektleitung Ortenaukreis

Ullrich Böttinger

Leiter Amt für Soziale und Psychologische Dienste, Landratsamt Ortenaukreis

Lange Straße 51

77652 Offenburg

Tel.: +49 781 805-9520

ullrich.boettinger@ortenaukreis.de

Projektleitung Evaluation

Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff

Leiter des Zentrums für Kinder- und Jugendforschung im Forschungs- und Innovationsverbund an der Evangelischen Hochschule Freiburg

Bugginger Straße 38

79114 Freiburg

Tel.: +49 761 47812-40

froehlich-gildhoff@eh-freiburg.de

[www.pno-ortenau.de](http://www.pno-ortenau.de)



#### 5.1.4 Quartiersnetz

Fachhochschule Dortmund, Fachbereich Informatik  
Otto-Hahn-Str. 23  
44227 Dortmund  
Legitimierte Ansprechpartnerin:  
Prof. Dr. Sabine Sachweh,  
Sabine.Sachweh@fh-dortmund.de

Marius Khan  
Otto Hahn Str. 23  
Tel.: 0231/9112660

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



#### 5.1.5 VorteilJena

Universitätsklinikum Jena der Friedrich-Schiller-Universität Jena  
Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie  
PD Dr. Uwe Berger  
Stoystraße 3  
07740 Jena  
Tel.: +49 3641 936700  
E-Mail: [uwe.berger@med.uni-jena.de](mailto:uwe.berger@med.uni-jena.de)

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





## 5.2 Die Partner der Begleitforschung

### 5.2.1 Arbeitspaket »Erhebung der Nachhaltigkeit innovativer Netzwerkstrukturen und –prozesse«

Universität Bayreuth  
Lehrstuhl für Wirtschaftsinformatik  
Universitätsstraße 30  
95447 Bayreuth  
Prof. Dr. Torsten Eymann  
Tel.: +49 921 55 7660  
Torsten.Eymann@uni-bayreuth.de



### 5.2.2 Arbeitspaket »Entwicklung erfolgreicher Geschäftsmodellen für Netzwerkakteure«

Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation  
Nobelstr. 12  
70569 Stuttgart  
Andrea Rössner  
Tel.: +49 711 970 5148  
andrea.roessner@iao.fraunhofer.de



### 5.2.3 Arbeitspaket »Tool-Kit für die Service-Produktisierung«

Fakultät Sozialwesen an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg Stuttgart  
Rotebühlstraße 131  
70197 Stuttgart  
Prof. Dr. Susanne Schäfer-Walkmann  
Tel.: +49 711 1849 755  
Susanne.Schaefer-Walkmann@dhw-stuttgart.de



INSTITUTE FOR PUBLIC HEALTH  
AND HEALTHCARE  
NORDRHEIN-WESTFALEN

#### 5.2.4 Arbeitspaket »Evaluationsforschung«

Institute for Public Health and Healthcare an der Steinbeis-Hochschule Berlin  
Prinz-Friedrich-Straße 3  
45257 Essen-Kupferdreh  
Prof. Dr. Herbert Hockauf  
Tel. +49 2824 9399501



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf  
Institut für Allgemeinmedizin

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Institut für Allgemeinmedizin  
Prof. Dr. Martin Scherer  
Tel.: +49 40 7410 52 400  
m.scherer@uke.de



#### 5.2.5 Projektleitung der Begleitforschung

Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation  
Nobelstr. 12  
70569 Stuttgart  
Walter Ganz  
Tel.: +49 711 970 2180  
walter.ganz@iao.fraunhofer.de

## Impressum

### Herausgeber:

Walter Ganz, Alexander Schletz, Anne-Sophie Tombeil

### Autoren:

Uwe Berger, Ulrich Böttinger, Torsten Eymann, Klaus Fröhlich-Gildhoff, Herbert Hockauf, Volker Meyer-Guckel, Jens Neuhüttler, Sabine Sachweh, Susanne Schäfer-Walkmann, Martin Scherer, Werner Schneider, Axel Viehweger,

### Kontaktadresse:

Fraunhofer-Institut für  
Arbeitswirtschaft und Organisation

Nobelstraße 12  
70569 Stuttgart

Telefon 0711 970-2499

Telefax 0711 970-2299

E-Mail [anne-sophie.tombeil@iao.fraunhofer.de](mailto:anne-sophie.tombeil@iao.fraunhofer.de)

URL [www.iao.fraunhofer.de](http://www.iao.fraunhofer.de)

### TITELBILD:

© Fraunhofer IAO

### Layout / Satz:

SpiegelGrafik Kommunikationsdesign

### Druck und Weiterverarbeitung:

IRB Mediendienstleistungen

Fraunhofer-Informationszentrum Raum und Bau IRB, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Die Gesundheits- und Dienstleistungsregionen von Morgen (GeDiReMo) und die Begleitforschung INDiGeR werden vom Bundesministerium für Bildung und Forschung in Umsetzung der Hightech-Strategie gefördert und vom Projektträger im DLR betreut.

Förderkennzeichen INDiGeR: 01FR14001, 01FR14002, 01FR14038, 01FR14004 01FR14005

Aus Gründen einer besseren Lesbarkeit wird in dieser Broschüre auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

# INDiGeR-PARTNER

Aus dem Wettbewerb »Gesundheits- und Dienstleistungsregionen von morgen« (GeDiReMo) des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) gingen fünf Gewinnerregionen hervor:



Präventions  
Netzwerk  
Ortenaukreis

Im ebenfalls vom BMBF geförderten Verbundprojekt INDiGeR, »Innovative Netzwerke für Dienstleistungen und Gesundheit in Regionen von morgen!« bilden fünf Partner die Begleitforschung von GeDiReMo.



GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium  
für Bildung  
und Forschung

