



## Gesund im Donnersbergkreis – Resilienz im ländlichen Raum durch Bürger\*innenbeteiligung am Beispiel des Donnersbergkreises (Rheinland-Pfalz)

### VERANTWORTLICH FÜR DEN PROJEKT- UND FORSCHUNGSBERICHT:

PROF. DR. CORDULA BORBE, M.A. KATHLEEN HAHNEMANN, DIPL. PSYCH. MARCEL  
HÜNNINGHAUS, DR. VICTORIA JENDRICKE, PROF. DR. MARKUS STEFFENS, PAULINE  
HARTH UND CHRISTIANE BANDEY

### PROJEKTLEITUNG:

PROF. DR. CORDULA BORBE, PROF. DR. MARKUS STEFFENS

Die Studie ist Teil der Präventionsinitiative „Die Pfalz macht sich / dich stark – Wege zur Resilienz“, die das Pfalzkrankenhaus 2014 ins Leben gerufen hat (<http://www.resilienz-pfalz.de>).

## Abstract

Das Forschungsprojekt „Gesund im Donnersbergkreis – Resilienz im ländlichen Raum durch Bürger\*innenbeteiligung am Beispiel des Donnersbergkreises (Rheinland-Pfalz)“ wurde von 10 / 2017 bis 09 / 2019 durchgeführt; und ist Teilprojekt der Präventionsinitiative „Die Pfalz macht sich / dich stark – Wege zur Resilienz“, die das Pfalzkrankenhaus ins Leben gerufen hat. Die Initiative beschäftigt sich mit Resilienz in unterschiedlichen Settings und verfolgt dabei einen systemischen Ansatz, d.h. sie betrachtet verschiedene Lebens- und Sozialräume, in denen sich Menschen bewegen – Berufs- und Arbeitswelt, die Privatwelt und die öffentliche Gemeinschaft / Kommune. Die vorliegende explorative Studie im Donnersbergkreis (Pfalz) ist beauftragt vom Pfalzkrankenhaus und der AOK Rheinland-Pfalz / Saarland und wurde von der Hochschule Nordhausen und der Katholischen Hochschule Mainz durchgeführt. Weitere Projektpartnerin ist die Stadt Rockenhausen. Die Studie nimmt sowohl quantitative als auch qualitative Elemente auf. Nach einer ausführlichen Literaturanalyse und einer Sozialraumanalyse (Spatschek / Wolf-Ostermann 2016) mit angewandten sozialräumlichen Methoden (Krisch 2009) und quantitativem Datenmaterial, erfolgten leitfragenbasierte Interviews im Sozialraum mit qualitativen Elementen. Zu vier unterschiedlichen Zeitpunkten fanden Bürgerforen statt, die mit der Methode der Aktivierenden Befragung durchgeführt wurden und ebenfalls qualitative Daten erzielten.

Mit dem vorliegenden Forschungsbericht wurden Systembedingungen für kommunale Resilienz-faktoren in der ausgewählten Kommune (Donnersbergkreis) untersucht. Das Ziel, die Gesundheitskompetenz in diesem ländlich geprägten Raum unter Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger zu fördern, konnte im zur Verfügung stehenden Projektzeitraum nur annähernd erreicht werden, da die Beteiligung hinter den Erwartungen zurückgeblieben ist.

## Inhaltsverzeichnis

Abstract .....	1
Abbildungsverzeichnis.....	3
Tabellen .....	3
Zusammenfassung.....	4
1 Problemstellung und Zielsetzung .....	7
2 Kontextfaktoren für die Studie.....	10
2.1 Theorie Sozialraum .....	10
2.2 Beteiligungskultur in Form von Bürgerforen.....	11
2.3 Gesundheitskompetenz mittels Beteiligungsstrategien im ländlichen Raum.....	13
3 Methodik .....	16
3.1 Sozialraumanalyse.....	16
3.2 Teilnehmende Beobachtung .....	18
3.3 Sozialraumbegehungen .....	20
3.3.1 Durchführung .....	20
3.3.2 Auswertung .....	22
3.3.3 Ergebnisinterpretation .....	22
3.3.4 Resultate.....	24
3.4 Bürgerforen .....	25
3.4.1 Durchführung und Ergebnisinterpretation.....	25
3.4.2 Auswertung .....	28
3.4.3 Resultate.....	28
3.5 Interviews.....	30
3.5.1 Durchführung .....	30
3.5.2 Auswertung .....	30
3.5.3 Ergebnisinterpretation .....	31
3.5.4 Resultate.....	33
4 Gesundheitsförderung im Donnersbergkreis.....	38
4.1 Gelingensbedingungen für Gesundheitsförderung im ländlichen Raum.....	38
4.2 Ansätze für kommunale Gesundheitsförderungsprozesse .....	40
4.3 Gesundheitsförderung mit Bürger*innenbeteiligung im Donnersbergkreis .....	41
5 Fazit: Handlungsoptionen für den Donnersbergkreis .....	43
Impressum.....	46
Quellenverzeichnis .....	47

Anlagen..... 52

## Abbildungsverzeichnis

*Abbildung 1: Projekttitel und Projektbeteiligte*..... 8  
*Abbildung 2: Resilienz in der Planung (Kegler 2016, S. 1)* ..... 11  
*Abbildung 3: Partizipationsmodell (Straßburger / Rieger 2014, S.23)* ..... 12  
*Abbildung 4: Zeitleiste Projekt (Jendricke 2019 mit freundlicher Genehmigung des Cartoonisten Boiselle)* ..... 15  
*Abbildung 5 Sozialraumanalyse\_Begehungskarte (Hünninghaus 2018)*..... 20  
*Abbildung 6: Sozialraumbegehungen, Rockenhausen (Borbe 2018)*..... 25  
*Abbildung 7: Partizipationsstufen (El-Maawi 2013, S.11)*..... 26  
*Abbildung 8: Drittes Bürgerforum, Rockenhausen*..... 29  
*Abbildung 9: Interviews / Korrelationen (eigene Darstellung / Hünninghaus 2018)* ..... 32  
*Abbildung 10: Interviews / Ältere (eigene Darstellung / Hünninghaus 2018)*..... 33  
*Abbildung 11: Anzahl der zu behandelnden Patienten mit psychischen Störungen im Donnersbergkreis, Kuhn* . 40

## Tabellen

*Tabelle 1: Dörfer (Hünninghaus 2019)* ..... 21

## Zusammenfassung

Urbane und ländliche Räume weisen oftmals Unterschiede hinsichtlich verfügbarer Ressourcen auf. Dies gilt insbesondere für Veränderungsprozesse und trifft auch für gesundheitsbezogene Themen zu. Ein Faktor, der sowohl in ländlichen als auch in urbanen Räumen eine dominante Rolle spielt, ist die Bürger\*innenbeteiligung. Hauptsächlich in ländlichen Räumen und Gemeinden sind einerseits bürgerschaftliches Engagement und andererseits kommunale Bürgerbeteiligungsprozesse bedeutsame Ressourcen. Denn die Menschen des ländlichen Raums prägen „ihre“ Region in Form von regionaler Identität mehr als urbane Regionen dies tun. Deshalb leistet aktive Beteiligung einen erheblichen Beitrag, um Zukunftsfragen zu lösen und den Lebensraum als lebenswerte Region zu gestalten und zu erhalten (vgl. Schmettow et al., 2016, S. 1). Wird von einer lebenswerten Gemeinde gesprochen, kristallisieren sich grundlegende Anforderungen wie soziale Fürsorge und bürgerschaftliche Beteiligung heraus. Diese Beteiligung erstreckt sich über vielfältige Aktionsfelder. Insbesondere lässt sich eine aktive Beteiligung bei Themen wie Nachbarschaftshilfe, Dorfläden und im Bereich der Dienstleistungen festhalten (vgl. ebd.).

Die vorliegende Studie wertet überwiegend qualitative Daten aus, die im Erhebungszeitraum im Donnersbergkreis (Pfalz) von (Bachelor-) Studierenden der Hochschule Nordhausen und (Master-) Studierenden der Katholischen Hochschule Mainz gesammelt wurden. Hinzu kommt ein Moderationsprozess, der über sechs Monate hinweg Bürgerinnen und Bürger der Region im Rahmen von Bürgerforen miteinander ins Gespräch gebracht hat. Eine ausführliche Literaturanalyse und Sammlung von Daten zum Sozialraum (Anlage 1) ist den Untersuchungen des Sozialraums vorausgegangen.

Die Studie orientiert sich an folgenden vier Forschungsfragen:

**1. Was kennzeichnet existierende Konzepte zur Stärkung der Resilienz und Förderung der Gesundheitskompetenz im ländlichen Raum insbesondere im Hinblick auf Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger?**

Existierende Konzepte für Beteiligungsprozesse im Kontext Gesundheitskompetenz gibt es wenige. Einige Beispiele werden im fünften Kapitel genannt. Diese Ansätze kennzeichnet vor allem ein hohes persönliches Engagement einzelner Akteur\*innen. Außerdem sind es häufig Regionen, die ein bestimmter Handlungsdruck zwingt, Lösungsansätze gemeinsam zu entwickeln.

**2. Welche lebensqualitäts- / gesundheitsbezogenen Themen bewegen die Menschen im Donnersbergkreis? Welche räumlichen, ökologischen, ökonomischen und soziokulturellen Eigenschaften beeinflussen die Resilienzfaktoren der Bürgerinnen und Bürger in der Region? (Sozialraumanalyse)**

Im zweiten Kapitel werden Wirkungsfaktoren für die Studie gesetzt: Sozialraum, Beteiligungskultur und Gesundheitskompetenz, und für ein besseres Verständnis der Studie kontextualisiert. Die Methodik wird im dritten Kapitel beschrieben. Auf eine theoriegeleitete Analyse des Sozialraums Donnersbergkreis anhand statistischer Daten der Region folgten Sozialraumbegehungen mit Studierenden, Bürgerforen und Interviews. Das Forschungsinteresse galt über die verschiedenen Methoden hinweg diesen Dimensionen: Mensch; Ökologie / Ökonomie; Gesundheit / Soziales; und Governance / Kommune.

Handlungsoptionen, die sich aus den Sozialraumbegehungen für die Forscher\*innengruppe ergaben, liegen in den Bereichen Infrastruktur und Mobilität, Barrierefreiheit, und vermehrten Begegnungsmöglichkeiten.

Insbesondere das Thema Mobilität spielte auch während der Bürgerforen eine große Rolle. Hier identifizierten die Bürger\*innen außerdem Potenziale hinsichtlich Naturnutzung / Tourismus, einer guten Breitbandversorgung / Herausforderungen bzgl. fortschreitender Digitalisierung; einem hohen Leerstand bei Geschäften und Wohnungen; und für junge Menschen / alte Menschen, wie bereits erwähnt, zum Thema Mobilität. Für diese Themen Handlungsoptionen zu entwickeln, um letztlich Gesundheitsförderungsprozesse zu gestalten, finden die Menschen, die interviewt wurden, ebenso notwendig. Bei den Interviews wird mit dem Thema Gesundheitsfürsorge vermehrt der Bereich Sport bzw. Bewegung verbunden. Auch dafür spielen Digitalisierung, Naturnutzung und Mobilität eine Rolle. Aufgrund der Beobachtungen in den Begehungen des Sozialraums und der Auswertungen der Bürgerforen und Interviews erscheint es sinnvoll, die Menschen im Donnersbergkreis in die Prozesse einzubinden, um diese Themen wirkungsvoll zu bearbeiten. Zu überdenken bleibt, ob über die genutzten Methoden der Aktivierung hinaus weitere Möglichkeiten für eine Einbindung auf der Handlungsebene im Sinne stärkerer Nachhaltigkeit bestehen bzw. welche Zeitschiene hierfür notwendig ist.

### **3. Welche zentralen Aspekte sollten - auf der Grundlage dieser Analyse - das Konzept eines neuen sozialraumorientierten und bürgerbeteiligten, resilienzfundierte Gesundheitsangebotes im Donnersbergkreis prägen?**

Signifikant für die Erhebung der Interviewdaten und der Ergebnisse der Bürgerforen ist die Übereinstimmung in bestimmten Bereichen. Auf den Bürgerforen werden die Verbesserungen des Wohlbefindens insbesondere in der ärztlichen Versorgung gesehen, aber auch in teilweise fehlenden gemeinschaftlichen Aktionen (Vereinswesen), schlecht ausgebauter Breitbandversorgung und zu vielen Geschäfts- und Wohnungsleerständen. Die Interviews bestätigen diese Tendenzen auf der konkreten Ebene: Vereine werden hier ebenfalls als wichtiger Motor für die Gemeinschaft und für die Gesundheit identifiziert. Zwischen den erhobenen Daten der Bürgerforen und der Interviewauswertung gibt es auch Abweichungen. Aus der Heterogenität der Daten ergibt sich ein weiterer Forschungsbedarf (Siehe Kapitel 3.4 und 3.5).

Aspekte für ein sozialraumorientiertes Gesundheitsangebot im Donnersbergkreis sind entsprechend der Rückmeldungen auf den Bürgerforen und in den Interviews eng mit den Themen Mobilität, Digitalisierung, Tourismus / Naturnutzung verbunden. Im Kontext Barrierefreiheit gibt es ebenfalls Chancen für ein resilienzfundierte Gesundheitsangebot (Siehe Kapitel 3.3).

### **4. Wie effektiv und effizient ist ein solcher, neuer Ansatz im Donnersbergkreis?**

Das vierte Kapitel befasst sich mit Gelingensbedingungen für Prozesse der Gesundheitsförderung im ländlichen Raum und konkret im Donnersbergkreis. Die Akteur\*innen vor Ort sind dabei Entscheidungsträger\*innen, die bestimmen, welche Ansätze in der Region ausgebaut werden sollen.

Im fünften Kapitel werden Handlungsoptionen für die untersuchte Region auf der Grundlage der identifizierten Bedarfe der Bürger\*innen entwickelt. Damit neue Handlungsansätze implementiert werden können, die einen vorzugsweise niedrigschwiligen, kontextbezogenen Charakter haben, müssen die Bürger\*innen in ggf. neuen Formaten für Beteiligungsprozesse motiviert und aktiviert werden.

## **Forschungsbericht**

Gesund im Donnersbergkreis – Resilienz im ländlichen Raum durch Bürger\*innenbeteiligung am Beispiel des Donnersbergkreises (Rheinland-Pfalz)

Der Bericht möchte aufgrund der Datenlage ermutigen, weitere Formate der Bürger\*innenbeteiligung hervorzubringen, in denen Elemente der Sozialraumorientierung verankert sind.

## 1 Problemstellung und Zielsetzung

Sozialraumorientierung hat ihren Ursprung sowohl in der Stadtsoziologie als auch in der Sozialen Arbeit / Pädagogik und ermöglicht es in der Analyse, die räumliche Umgebung mit sozialem und gesundheitlichem Handeln in Verbindung zu bringen. So ist mit dem „Sozialraum“ nicht nur ein sozialgeografisch begrenzter Raum wie z. B. ein Stadtteil oder eine Region gemeint. Sozialräume beziehen sich auf sozial konstruierte Räume: einen Lebensraum und sozialen Mikrokosmos, in dem sich gesellschaftliche Entwicklungsprozesse manifestieren (Krisch 2009).

Bürger\*innenbeteiligung versteht sich als ein Teil von Gemeinwesenarbeit. Gemeinwesenarbeit ist eine der drei klassischen Methoden Sozialer Arbeit sowie des kommunalen Gesundheitswesens und ist ein grundlegendes Arbeitsprinzip mit zentralen Begriffen wie Ressourcenorientierung, Partizipation, Vernetzung, Aktivierung und dem aktiven Bezug zum Sozialraum. Gemeinwesenarbeit ist aber auch eine sozialräumliche Strategie, die sich ganzheitlich auf eine Region und nicht ausschließlich auf einzelne Individuen bezieht. Sie arbeitet mit den Ressourcen einer Region und deren Bewohner\*innen und verändert Lebensverhältnisse und Handlungsspielräume der dort agierenden Bürger\*innen zu deren Wohl (Oelschlägel 2010). Methodische Ansätze sind z.B. das AI (Appreciative Inquiry), Community Organizing, das Bürgerpanel, die Zukunftskonferenz oder –werkstatt, die für innovative Ideen einer resilienten und gesunden Region eingesetzt werden (Ley / Weitz 2012). Die aktivierende Befragung mit entsprechendem Ablaufplan bildet den Rahmen für eine aktive Beteiligung und Partizipation von Bürger\*innen (Lüttringhaus / Riechers 2012).

Die Bürger\*innen wurden eingeladen, in öffentlichen Foren darüber nachzudenken, welche resilienten und gesundheitsförderlichen Strukturen in der Region auszumachen sind. Verbunden mit lokalen Werten und Wertvorstellungen ist sozialraumbezogene Identität essentiell für resiliente Strukturen im ländlichen Raum (am Beispiel Donnersbergkreis - Pfalz). In resilienten Strukturen ist der ursprüngliche Zustand *vor* einer Krise (wie z.B. dem demografischen Wandel) Ausgangspunkt für eine Veränderung, aber nicht das zu erreichende Ziel. Resilienz bezeichnet vielmehr einen Transformationsprozess, der bestehende Strukturen aufgreift und sie in widerstandsfähige und damit zukunftsweisende Formen überführt. Der Begriff Resilienz steht weitaus mehr im Kontext der Innovation als der Reaktion. Die dynamische Ausgestaltung möglicher Transformationsprozesse steht für die eigentliche Selbsterneuerungskraft einer Region. Damit geht möglicherweise eine Veränderung des Gesellschaftsbildes einher (Newman 2009).

Pantucek stellt grundsätzliche Überlegungen zum Unterschied zwischen städtischen und peripheren ländlichen Räumen an. Er betont, dass die Herausforderungen sozialräumlichen Arbeitens für beide Räume dieselben sind, wobei die Voraussetzungen sich durchaus unterscheiden können: z.B. die Nähe der Entscheidungsträger\*innen, kleinräumig strukturierte Zivilgesellschaft(en), schwere Erreichbarkeit spezialisierter Angebote etc., die bspw. für den ländlichen Raum stehen. Die Kunst des sozialraumorientierten Arbeitens im ländlichen Raum wird darin gesehen, die Enge der Gemeinschaft zu nutzen und diese gleichzeitig überschreiten zu können (Pantucek 2009).

Die zuvor beschriebenen Forschungsfragen markieren den Grundriss und die entsprechende Zielstellung des Forschungsprojektes. Die Projektbeteiligten zeigt Abbildung 1.

Projektleitung waren Prof.‘in Dr. Cordula Borbe (Hochschule Nordhausen) zusammen mit Prof. Dr. Markus Steffens (Katholische Hochschule Mainz, Hochschule Nordhausen); verantwortlich für die Organisation der Bürgerforen vor Ort und die Erstellung der Quartalsberichte- und des Forschungsberichtes Kathleen Hahnemann (Hochschule Nordhausen); als Drittmittelgeber Paul



Bomke, Geschäftsführer des Pfalzkrankums sowie die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Kooperationspartner im Projekt waren Prof.‘in Dr. Brigitte Anderl-Doliwa von der Katholischen Hochschule Mainz mit Marcel Hünninghaus und die Stadt Rockenhausen. Das Projekt ist Teil der Pfalzkrankum-Initiative "Die Pfalz mach sich / dich stark - Wege zur Resilienz". Es begleitet den Teil des systemischen Ansatzes der Resilienz-Initiative, der sich mit kommunaler Resilienz beschäftigt.

**Resilienz im ländlichen Raum durch Bürger\*innenbeteiligung  
am Beispiel der Region Donnersberg (Rheinland-Pfalz) /  
Beteiligte am Forschungsprojekt**

<p><b>Auftraggeber</b></p> <p>Paul Bomke Geschäftsführer Pfalzkrankum <a href="mailto:paul.bomke@pfaelzkrankum.de">paul.bomke@pfaelzkrankum.de</a></p> <p>Romina Männl Projektkoordinatorin Prävention und Unternehmenskommunikation Tel. 06349 900-1643 <a href="mailto:romina.maennl@pfaelzkrankum.de">romina.maennl@pfaelzkrankum.de</a> Weinstraße 100 76889 Klingenstein</p> <p>Dr. Andres Fernandez &amp; Grit Landua Einrichtungsleitung Psychiatrieverbund Nordwestpfalz Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Rockenhausen 06361 4595-2300 <a href="mailto:andres.fernandez@pfaelzkrankum.de">andres.fernandez@pfaelzkrankum.de</a> <a href="mailto:grit.landua@pfaelzkrankum.de">grit.landua@pfaelzkrankum.de</a></p>	<p><b>Projektleitung</b></p> <p>Prof. Dr. Cordula Borbe / Prof. Dr. Markus Steffens</p> <table border="0"> <tr> <td>HS Nordhausen Weinberghof4 99734 Nordhausen  0176 53661794 <a href="mailto:borbe@hs-nordhausen.de">borbe@hs-nordhausen.de</a></td> <td>HS Nordhausen/KHM Mainz Weinberghof4/ Saarstr. 3 99734 Nordhausen/ 55122 Mainz 0176 55022889 <a href="mailto:steffens@hs-nordhausen.de">steffens@hs-nordhausen.de</a> oder <a href="mailto:markus.steffens@kh-mz.de">markus.steffens@kh-mz.de</a></td> </tr> </table> <p><b>Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen im Projekt</b></p> <table border="0"> <tr> <td>Kathleen Hahnemann HS Nordhausen Weinberghof4 99734 Nordhausen 03631 420575 <a href="mailto:hahnemann@hs-nordhausen.de">hahnemann@hs-nordhausen.de</a></td> <td>Christiane Bandey Rheinessen-Fachklinik Alzey Dautenheimer Landstr. 66 55232 Alzey Tel. 06731-50-1769 <a href="mailto:christianebandey@icloud.com">christianebandey@icloud.com</a></td> </tr> </table> <p>Dr. Victoria Jendricke HS Nordhausen Weinberghof4 99734 Nordhausen 03631 420575 <a href="mailto:jendricke@hs-nordhausen.de">jendricke@hs-nordhausen.de</a></p>	HS Nordhausen Weinberghof4 99734 Nordhausen  0176 53661794 <a href="mailto:borbe@hs-nordhausen.de">borbe@hs-nordhausen.de</a>	HS Nordhausen/KHM Mainz Weinberghof4/ Saarstr. 3 99734 Nordhausen/ 55122 Mainz 0176 55022889 <a href="mailto:steffens@hs-nordhausen.de">steffens@hs-nordhausen.de</a> oder <a href="mailto:markus.steffens@kh-mz.de">markus.steffens@kh-mz.de</a>	Kathleen Hahnemann HS Nordhausen Weinberghof4 99734 Nordhausen 03631 420575 <a href="mailto:hahnemann@hs-nordhausen.de">hahnemann@hs-nordhausen.de</a>	Christiane Bandey Rheinessen-Fachklinik Alzey Dautenheimer Landstr. 66 55232 Alzey Tel. 06731-50-1769 <a href="mailto:christianebandey@icloud.com">christianebandey@icloud.com</a>	<p><b>Kooperationspartner</b></p> <p>Prof. Dr. Anderl-Doliwa Kath. Hochschule Mainz Saarstr. 3 55122 Mainz Tel. 06131 – 289 44 482 <a href="mailto:brigitte.anderl-doliwa@kh-mz.de">brigitte.anderl-doliwa@kh-mz.de</a></p> <p>Marcel Hünninghaus Wissenschaftlicher Mitarbeiter bei Frau Prof. Dr. Anderl-Doliwa Tel. 06361 4595-2363 <a href="mailto:Marcelhorst.hueninghaus@pfaelzkrankum.de">Marcelhorst.hueninghaus@pfaelzkrankum.de</a></p>
HS Nordhausen Weinberghof4 99734 Nordhausen  0176 53661794 <a href="mailto:borbe@hs-nordhausen.de">borbe@hs-nordhausen.de</a>	HS Nordhausen/KHM Mainz Weinberghof4/ Saarstr. 3 99734 Nordhausen/ 55122 Mainz 0176 55022889 <a href="mailto:steffens@hs-nordhausen.de">steffens@hs-nordhausen.de</a> oder <a href="mailto:markus.steffens@kh-mz.de">markus.steffens@kh-mz.de</a>					
Kathleen Hahnemann HS Nordhausen Weinberghof4 99734 Nordhausen 03631 420575 <a href="mailto:hahnemann@hs-nordhausen.de">hahnemann@hs-nordhausen.de</a>	Christiane Bandey Rheinessen-Fachklinik Alzey Dautenheimer Landstr. 66 55232 Alzey Tel. 06731-50-1769 <a href="mailto:christianebandey@icloud.com">christianebandey@icloud.com</a>					
<p><b>Drittmittelgeber</b></p> <p>Fred Wagner AOK Rheinland-Pfalz/Saarland Bahnhofstraße 28 - 30 66953 Pirmasens Tel. 06331-802-0 <a href="mailto:fred.wagner@rps.aok.de">fred.wagner@rps.aok.de</a></p>	<p><b>Projektpartner Stadt Rockenhausen:</b></p> <p>Karl-Heinz Seebald Bezirksamtsstraße 7 67806 Rockenhausen 06361 /451-222 <a href="mailto:seebald@rockenhausen.de">seebald@rockenhausen.de</a></p> <p>Sabine Bold Verbandsgemeindeverwaltung Rockenhausen - GB II / Bürgerservice und Sicherheit - Bezirksamtsstr. 7 67806 Rockenhausen Tel.: 06361 451-203 <a href="mailto:sabine.bold@rockenhausen.de">sabine.bold@rockenhausen.de</a></p>					

Abbildung 1: Projekttitel und Projektbeteiligte

Der Zeitrahmen für die Studie betrug insgesamt zwei Jahre. Zunächst wurde ausführlich die aktuelle Literatur im Kontext des Projektes analysiert und es wurden Daten und Material über den Sozialraum gesammelt. Im Rahmen eines Interdisziplinären Projektes der Hochschule Nordhausen hat die Projektleitung gemeinsam mit drei wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und 12 Studierenden die Sozialraumbegehungen vorbereitet. Die Begehungen waren theoretisch in den Kontext von Feldforschungsmethoden wie der teilnehmenden Beobachtung eingebettet. Zur Vorbereitung der Begehungen des Sozialraums im Donnersbergkreis haben die Studierenden zunächst eigene Feldforschungen in ihrem Lebens- und Wohnumfeld unternommen und sich mit Beobachtungen anderer Forscher\*innen auseinandergesetzt. Nach intensiven Recherchen und eigenen kleinen Feldforschungsprojekten erarbeitete die Gruppe in Nordhausen einen umfangreichen Beobachtungsleitfaden als Grundlage für die Begehungen im Sozialraum (Anhang 2). Die Sammlung statistischer Daten zum Sozialraum wurde ergänzt durch eine Literaturrecherche und mündete im Ergebnis in eine Analyse des Sozialraums untergliedert in vier Dimensionen, angefertigt von der wissenschaftlichen Mitarbeiterin vor Ort. Der Leitfaden ist an den in der literaturbasierten Sozialraumanalyse angelegten Dimensionen orientiert. Die Begehungsrouten und -karten für die Sozialraumbegehungen wurden durch den wissenschaftlichen Mitarbeiter vor Ort im Donnersbergkreis angelegt. Nach den täglichen Begehungen wertete die Forscher\*innengruppe das Material auf den ersten Blick gemeinsam aus und reflektierte den Erhebungsprozess. Alle erhobenen Daten wurden täglich entsprechend archiviert. Die

## **Forschungsbericht**

Gesund im Donnersbergkreis – Resilienz im ländlichen Raum durch Bürger\*innenbeteiligung am Beispiel des Donnersbergkreises (Rheinland-Pfalz)

Begehungen bildeten die Grundlage für die folgenden Bürgerforen, die von der Forscher\*innengruppe in Nordhausen gemeinsam mit den wissenschaftlichen Mitarbeitenden vor Ort vorbereitet wurden. Die Stadt Rockenhausen stellte Räumlichkeiten und Versorgung in Form von Getränken und Snacks für die Bürgerforen zur Verfügung. Das Einladungsmanagement wurde im Vorfeld mit der Stadt Rockenhausen abgestimmt. Die Bürgerforen wurden jeweils durch die Forscher\*innengruppe moderiert, dokumentiert und nach- bzw. vorbereitet.

Im Zeitraum der Studie wurden eine Literatur- und Sozialraumanalyse angefertigt, Sozialraumbegehungen und Interviews durchgeführt, insgesamt vier Bürgerforen ausgerichtet und ausgewertet. Über den Verlauf des gesamten Zeitraums wurden Quartalsberichte erstellt. Im Anschluss daran erfolgte die Datenauswertung, die in Form dieses Forschungsberichtes nun vorliegt.

## 2 Kontextfaktoren für die Studie

In diesem Absatz werden die Kontextfaktoren für die Studie dargelegt. Die Begriffe Resilienz, Sozialraum, Beteiligungskultur sowie Gesundheitsförderung und –kompetenz sind für den Kontext der Studie begriffliche und tatsächliche Faktoren für den ländlichen Raum, die in ein System übertragen und von diversen Bedingungen abhängig sind. Grafisch wurden einige der Begriffe zueinander ins Verhältnis gesetzt. Auf die Topoi Sozialraum, Beteiligungskultur und Gesundheitskompetenz wird im zweiten Kapitel näher eingegangen.

### 2.1 Theorie Sozialraum

Die theoretische Wurzel des Verstehens von Raum als sozialem Raum liegt in der amerikanischen Settlementbewegung (Jane Addams, 1860-1935) und der Chicagoer Schule der (Stadt-) Soziologie (Park / Thomas) begründet. Kern dieses als sozial-ökologisch bezeichneten Ansatzes ist die Annahme positiv resp. negativ aufeinander einwirkender sozialstruktureller (materieller) und soziokultureller (ideell-subjektiver, psychosozialer) Lebensbedingungen in einem bestimmten Lebens-Raum. Diese Interdependenzen zu verstehen, bedeutet in der Konsequenz, eine umfassendere, lebensechtere Einschätzung der räumlich-kontextuellen Bedingungen für die in diesem Raum lebenden Menschen vornehmen zu können.

Für den Anthropologen Marc Augé ist Raum nicht einfach nur ein physisch eingrenzbares Areal. Raum ist weit mehr als das, nämlich Lebens-Raum, vitaler ORT der Gegenwart, zugleich geschichtsträchtiger Ort eines individuellen und zugleich kollektiven Gedächtnisses. Einem solchermaßen verstandenen Raum sind gemäß Augé drei Qualitäten inhärent: Identität (Wir-Gefühl), Relationalität (Aufeinander-bezogen-sein) und Historizität (kollektive Vergangenheit / kollektives Gedächtnis) (vgl. Errl In: Nünning 2005, S.14-16)). Er definiert kollektives Gedächtnis als Summe der jeweils individuellen Gedächtnisse einer bestimmaren Gruppe. Es konstituieren sich durch soziale Interaktion, sei durch ritualisierte soziale Handlungen tradiert (Sprache, Schrift, Sitten / Gebräuche) und diene der Identitätssicherung einer sozialen Gruppe. Dem kollektiven Gedächtnis immanent gilt das kulturelle Gedächtnis, i.e. ein klar definierter Bestand Identität sichernder Wiedergebrauchs-Texte, -Bilder, und -Riten (vgl. Assmann In: Nünning 1998, S.180-181). Raum wird in diesem Sinne nicht auf eine rein mathematisch berechnende und beschreibbare Größe begrenzt, sondern umfasst darüber hinaus eine qualitative, sozial angereicherte, individuell bedeutsame Dimension innerhalb quantitativ fassbarer geographischer Gegebenheiten. Augé grenzt davon den Nicht-Ort ab, dem per definitionem genau diese genannten Qualitäten, Identität, Relationalität und Historizität, fehlen, z.B. Bahnhöfe, Hotelketten, Flughäfen usw. (vgl. Augé, M. 2014, S. 59-61).

*„Räume sind keine absoluten Einheiten, sondern ständig (re-)produzierte Gewebe sozialer Praktiken“* (Kess / Reutlinger 2010, S.21) Raum ist demnach immer schon sozialer Raum, „(...) Ergebnis menschlichen Handelns (...)“ (ebd., S. 25).

Dieses Begriffsverständnis ist für den Untersuchungsgegenstand des Projekts insofern von zentraler Bedeutung, als dass im ländlichen Raum von einer besonders hohen Dichte an oben genannten anthropologischen (Sozial-) Raum-Qualitäten auszugehen ist, die diesen vermutlich bis heute entscheidend geprägt haben. Deren differenziertes Aufschlüsseln sowie das Dechiffrieren der jeweiligen Kontingenzen darf als weiterführend für Verständnis und Einordnung der gewonnenen quantitativen Daten angenommen werden.

Ein anderes Begriffsverständnis von Raum existiert im Zusammenhang mit Raumplanung aus der Sicht von Raumplaner\*innen. Raum nach Kegler „bedeutet die Relation von physisch-lokalen Konstellationen gesellschaftlicher Entwicklung und materieller Produktion bzw. sozialkultureller Kreation und Aneignung eben dieser Bedingungen“ (ebd. 2016, S. 1). Kegler definiert Raum und Resilienz als Grundkategorien von stadtreionaler Planung und sieht eine Ablösung des Nachhaltigkeitsbegriffes durch den Resilienzbezug vollzogen (vgl. ebd.). Resilienz verspricht nach Kegler „Handlungs- und Gestaltungsspielräume“ für raumplanerische Gestaltungsprozesse. Resilienz entscheidet sich an sensiblen Orten, wie Stadt-Umland-Radialen oder dezentralen Raum- und Handlungsstrukturen von Kommunen und Regionen, denn dort existiere eine besondere Störanfälligkeit, die gleichzeitig Kreativitätspotenziale freisetze (vgl. ebd. S. 3).

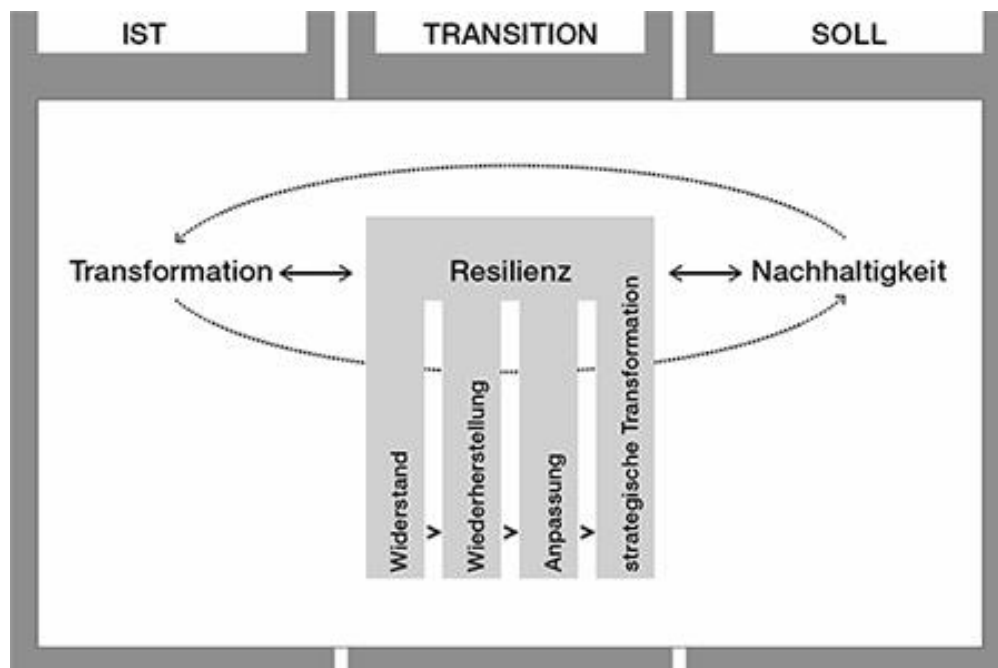


Abbildung 2: Resilienz in der Planung (Kegler 2016, S. 1)

In Abbildung 2 wird sichtbar, dass diese Spielräume „[...] letztlich den unumgänglichen Weg zu einer nachhaltigen Entwicklung öffnen [können] (Soll-Transformation) und die wachstumsorientierte Ist-Transformation überwinden. Der Weg führt über Resilienz“ (ebd. S. 3). Resilienz entspricht nach Kegler der Fähigkeit, „sich auf [zukünftige] Stör-Ereignisse proaktiv einzustellen“. (Kegler 2016)

## 2.2 Beteiligungskultur in Form von Bürgerforen

Interessant für den Grad der Partizipation ist die Darstellung nach Roger Hart aus den 90er Jahren (Roger 1992), die in der Debatte um eine angemessene Beteiligung Jugendlicher an politischen Entscheidungsprozessen eingesetzt wurde. Die »Leiter der Partizipation«, die Roger Hart in den 70er Jahren für die UNESCO entwickelte, unterscheidet den Grad der Beteiligung anhand von sieben Stufen, die von Gaby Straßburger und Judith Rieger 2014 modifiziert und aktualisiert wurden (Abbildung 3):

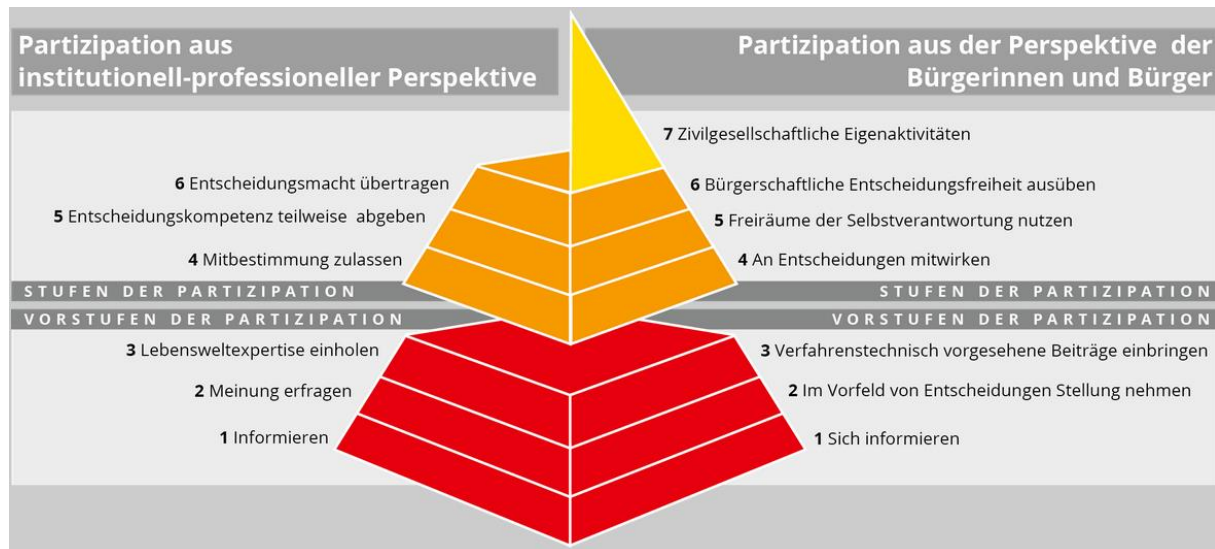


Abbildung 3: Partizipationsmodell (Straßburger / Rieger 2014, S.23)

Nach dieser Darstellung stellt bereits der Besuch eines Bürgerforums eine Möglichkeit dar, an Entscheidungen im Sozialraum mitzuwirken (Stufe 4) (Straßburger / Rieger 2014, S. 232). Bei aktiver Teilnahme im Rahmen der Bürgerforen im Donnersbergkreis kann von Mitbestimmung und einer Nutzung von Freiräumen der Selbstverantwortung ausgegangen werden (Punktabfrage) und damit von Partizipation in unterschiedlichen Facetten. Die Ausübung bürgerschaftlicher Entscheidungsfreiheit (Stufe 6 des Stufenmodells) ist bei allen Gästen der Bürgerforen erkennbar: Die Beteiligung zeigt, dass die Bürgerinnen und Bürger von ihrem Recht auf Meinungsäußerung und Mitgestaltung aktiv Gebrauch machen.

Der Wunsch nach Mitgestaltung des eigenen Lebens und des Lebensraums ist groß; ebenso das Bedürfnis mitzureden bei gegenwärtigen Themen, die im gesellschaftlichen Kontext an Relevanz gewinnen und einer stetigen Weiterentwicklung bedürfen. Demnach wird von der Sichtweise, dass Bürger\*innen lediglich als „Beteiligte“ bzw. „Betroffene“ betrachtet werden, abgesehen. Vielmehr geraten sie als eigenständige Akteure\*innen und potenzielle Partner\*innen öffentlichen Handelns in den Fokus (vgl. Selle 2013, S. 48-49). Ziel einer Beteiligungskultur ist es, dass möglichst allen Bürger\*innen - unabhängig von Einkommen, Bildungsstand, Alter, Geschlecht, Aussehen, Religion etc. - ein gleicher Zugang bzw. dieselben Möglichkeiten zu einer aktiven Teilhabe geboten werden (vgl. Articus 2013, S. 63). Die Herausforderung besteht darin, in und mit dieser Diversität von Bürger\*innen handlungsfähig zu werden und zu bleiben, da ausschließlich vor dem Hintergrund der Vielfältigkeit und dem Einbezug von Bürger\*innen in Entscheidungsprozesse ein „Gemeinschaftswerk“ entstehen kann (vgl. Selle 2013, S. 53). Hauptsächlich in ländlichen Räumen und Gemeinden ist bürgerschaftliches Engagement und die Beteiligung von Bürger\*innen von großer Bedeutung. Denn die aktive Beteiligung leistet einen erheblichen Beitrag, um dringliche Zukunftsfragen zu lösen und den Lebensraum insgesamt als lebenswerte Region zu gestalten und zu erhalten (vgl. Schmettow et al. 2016, S. 1). Wird von einer lebenswerten Gemeinde gesprochen, kristallisieren sich grundlegende Voraussetzungen wie soziale Fürsorge und bürgerschaftliche Beteiligung heraus. Diese Beteiligung erstreckt sich über vielfältige Aktionsfelder. Insbesondere lässt sich allerdings eine aktive Beteiligung bei Aspekten wie Nachbarschaftshilfe, Dorfläden und im Bereich der Dienstleistungen festhalten (vgl. ebd.). In Form von Bürgerforen, World-Cafés oder anderen möglichen Methoden der Bürger\*innenbeteiligung lassen sich vorab im Dialog mit allen Beteiligten etwaige Ideen und Vorschläge, Rahmenbedingungen, mögliche Abläufe und die Verknüpfung von Theorie und Praxis besprechen (vgl. ebd., S. 25). In diesem Kontext

ist primär die Wichtigkeit der gemeinsamen Kommunikation hervorzuheben, da unabhängig von der Methode und den damit verbundenen Techniken der Bürger\*innenbeteiligung das persönliche Kennen der Beteiligten einen besonders gewinnbringenden Faktor für zukünftige Projekte darstellen kann (vgl. ebd., S. 4).

Partizipation als Voraussetzung für Entscheidungs- und Gestaltungsprozesse ist nicht neu. Doch angesichts immer komplexer werdender Herausforderungen, denen sich das Gesundheitswesen, die Verwaltung und die Politik gegenübersehen, wächst ihre gegenwärtige Bedeutung rasant. Aus gutem Grund, denn sie ist eine Investition in die Qualität der Demokratie, bringt vielfältigen Nutzen und erhöht den Wohlfühlfaktor im Sozialraum (vgl. Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt Berlin 2012, S. 14).

Die Komplexität des Themas Beteiligungskultur / Partizipation kann hier nur ansatzweise erörtert werden und kann aufgrund des Forschungsthemas nicht umfassend dargestellt werden.

### 2.3 Gesundheitskompetenz mittels Beteiligungsstrategien im ländlichen Raum

Der vorliegende Forschungsbericht untersucht mit traditionell sozialräumlichen Sichtweisen und Methoden Ansätze von Gesundheitskompetenz im ländlichen Raum am Beispiel des Donnersbergkreises.

Bei dem Thema Resilienz geht es vorrangig um das Antizipieren drohender Veränderungen im Sozialraum, die als Unsicherheiten auf unerwartete Ereignisse in einer unsicher gewordenen Welt wahrgenommen werden (vgl. Bonß 2015, S. 5). Im ländlichen Raum sind dies insbesondere Unsicherheiten bezüglich der Versorgung (im Alter), Leerständen durch Landflucht aufgrund von Abwanderung in städtische Räume und dadurch verursachte Infrastrukturverluste (vgl. Henkel 2015, S. 125). Die Resilienzforschung zeigt jedoch, dass Menschen eine Art Schutzschirm besitzen, der sie widerstandsfähig und weitgehend krisenfest macht. Der Kern der Resilienz ist das unerschütterliche Vertrauen in die Fähigkeit, das eigene Leben gestalten zu können (Welter-Enderlin / Hildenbrand 2012). Der Begriff Resilienz (von lat. *resilire* ‚zurückspringen‘ ‚abprallen‘) bedeutet „Spannkraft, Widerstandsfähigkeit und Elastizität“. Resilienz benennt als positives Leitbild Stärken, zugleich aber auch Gefährdungen. Das Konzept der Resilienz schafft die Verbindung von Krisenbewusstsein und dem Potenzial für Lösungsoptionen (Wustmann 2004).

Es ist allgemein bekannt, dass Gesundheit die Lebensqualität erhöht und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erleichtert. Sie hat zentrale Bedeutung für die Produktivität in der Arbeitswelt oder für freiwilliges Engagement. Außerdem trägt Gesundheit zur Stabilisierung der Sicherungssysteme bei. Im Rahmen der begrifflichen Orientierung im zweiten Kapitel muss auf den Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz (Schaeffer et al. 2018) hingewiesen werden, auf den im vierten Kapitel näher eingegangen wird. Im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz werden rechtliche, politische und wissenschaftliche Rahmenbedingungen untersucht bzw. darauf aufbauend Handlungsbedarfe in der Prävention und Gesundheitsförderung identifiziert und konkrete Handlungsempfehlungen gegeben. Gesundheitskompetenz (Health Literacy) wird als Fähigkeit und Fertigkeit verstanden, sich im Alltag über Prävention von Krankheiten und Gesundheitsförderung zu informieren, eine Meinung zu bilden und Entscheidungen zu treffen, die die Lebensqualität erhalten oder verbessern. Dafür sind aber nicht nur individuelle Kompetenzen notwendig, sondern insbesondere auch Begegnungs-, Vernetzungs- und Beteiligungsmöglichkeiten, die Menschen in lokale Gestaltungsräume hineinnehmen und Verbindungen zu fachlicher Qualität und Verfügbarkeit von Informationen und Leistungserbringern schaffen (Jordan / Töppich 2015).

Ende März 2017 wurde die ISO-Norm 22316, „Security and resilience – Organizational resilience – Principles and attributes“, veröffentlicht. Die ISO-Norm bietet einen ganzheitlichen Ansatz für Unternehmen und Organisationen, um handlungs- und überlebensfähig zu bleiben. Im Rahmen einer Studie, ebenfalls aus dem Jahr 2017, finanziert durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfe (NZFH) und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugendliche (BMFSFJ), hat die Technische Universität Ilmenau neben der medialen Darstellung von Jugendämtern, deren Krisenmanagement untersucht und einen Leitfaden für diese entwickelt. Als Beitrag zur Prävention und Aufbau einer organisationellen Resilienz wird empfohlen, die bestehenden Besprechungsstrukturen innerhalb der Behörde zu nutzen und auch interne Abstimmungsprozesse zu formalisieren und zu routinieren. Diese Entwicklungen auf betriebswirtschaftlicher und kommunaler Ebene zeigen, dass Konzepte zur Resilienzförderung längst auf allen Strukturebenen angekommen sind. Kommunale Resilienzfaktoren sind nach Korbmüller eng verbunden mit Demokratie, Bildung, Vernetzung und Gemeingutorientierung (vgl. Kolbmüller 2014, S. 65). Diese Werte werden von den Bürger\*innen UND der Kommune getragen - vor allem unter Teilhabe- bzw. Partizipationsaspekten. Denn Teilhabechancen werden „stets in konkreten sozialen und räumlichen Lebenszusammenhängen realisiert“ (Ross et al. 2019, S. 388). Für Gruppen, die beispielsweise in ihrer Teilhabe an Bildung, Mobilität oder Digitalisierung eingeschränkt sind oder Unterstützungsbedarf aufweisen, stellt der „soziale Raum eine Ressource der sozialen Teilhabe dar“ (ebd.). In diesem Sinne wird Gesundheitskompetenz und deren Förderung zu einer zentralen Aufgabe von Kommunen bzw. gesellschaftlichen Akteur\*innen.

Im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz, der im Februar 2018 veröffentlicht wurde, lassen sich Bezüge zwischen der kommunalen Resilienz und der individuellen Gesundheitskompetenz herstellen. Der Plan konzentriert sich auf vier Handlungsbereiche und gibt 15 konkrete Empfehlungen zur Förderung von Gesundheitskompetenz (vgl. Schaeffer et al. 2018). Eine im Vorfeld veröffentlichte Studie der Universität Bielefeld (Schaeffer et al. 2016) zeigt, dass mehr als die Hälfte der Befragten eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz aufweisen. Nur 7 % verfügen über eine sehr gute und 38 % über eine ausreichende Gesundheitskompetenz (vgl. ebd.). Demnach hat die Mehrheit der Bevölkerung in Deutschland Probleme, gesundheitsrelevante Informationen zu suchen, zu finden, richtig einzuordnen, zu bewerten und zu nutzen, um bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen entsprechende Hilfe ausfindig zu machen. Die Ursachen für eine solche geringe Gesundheitskompetenz sind nicht nur in fehlendem Wissen, mangelnder Motivation oder unzureichenden Fähigkeiten Einzelner zu suchen. Vielmehr wird Gesundheitskompetenz entscheidend dadurch geprägt, unter welchen gesellschaftlichen, lebensweltlichen und sozialen Bedingungen ein Mensch lebt und vor welche Anforderungen ihn seine Lebenssituation und sein Umfeld stellen. So kann zum Beispiel die Art und Weise, wie Ärzt\*innen oder Pflegenden mit Patient\*innen kommunizieren, die Aufnahme und Verarbeitung der vermittelten Gesundheitsinformationen enorm erschweren oder aber erleichtern. Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz wurde von einer Gruppe von Wissenschaftler\*innen und Praktiker\*innen entwickelt und mit Repräsentierenden aus Politik und Gesellschaft, Angehörigen der unterschiedlichen Gesundheitsberufe, Vertreter\*innen von zivilgesellschaftlichen Organisationen sowie Patient - und Bürgervertreter\*innen diskutiert. In den Empfehlungen des Aktionsplans wird die Rolle der Kommunen betont. Konkret heißt es in der fünften von insgesamt fünfzehn Empfehlungen „Die Kommunen befähigen, in den Wohnumfeldern die Gesundheitskompetenz ihrer Bewohner zu stärken“ (Schaeffer et al. 2018, S. 36-38).

## Resilienz im ländlichen Raum durch BürgerInnenbeteiligung am Beispiel des Donnersbergkreises

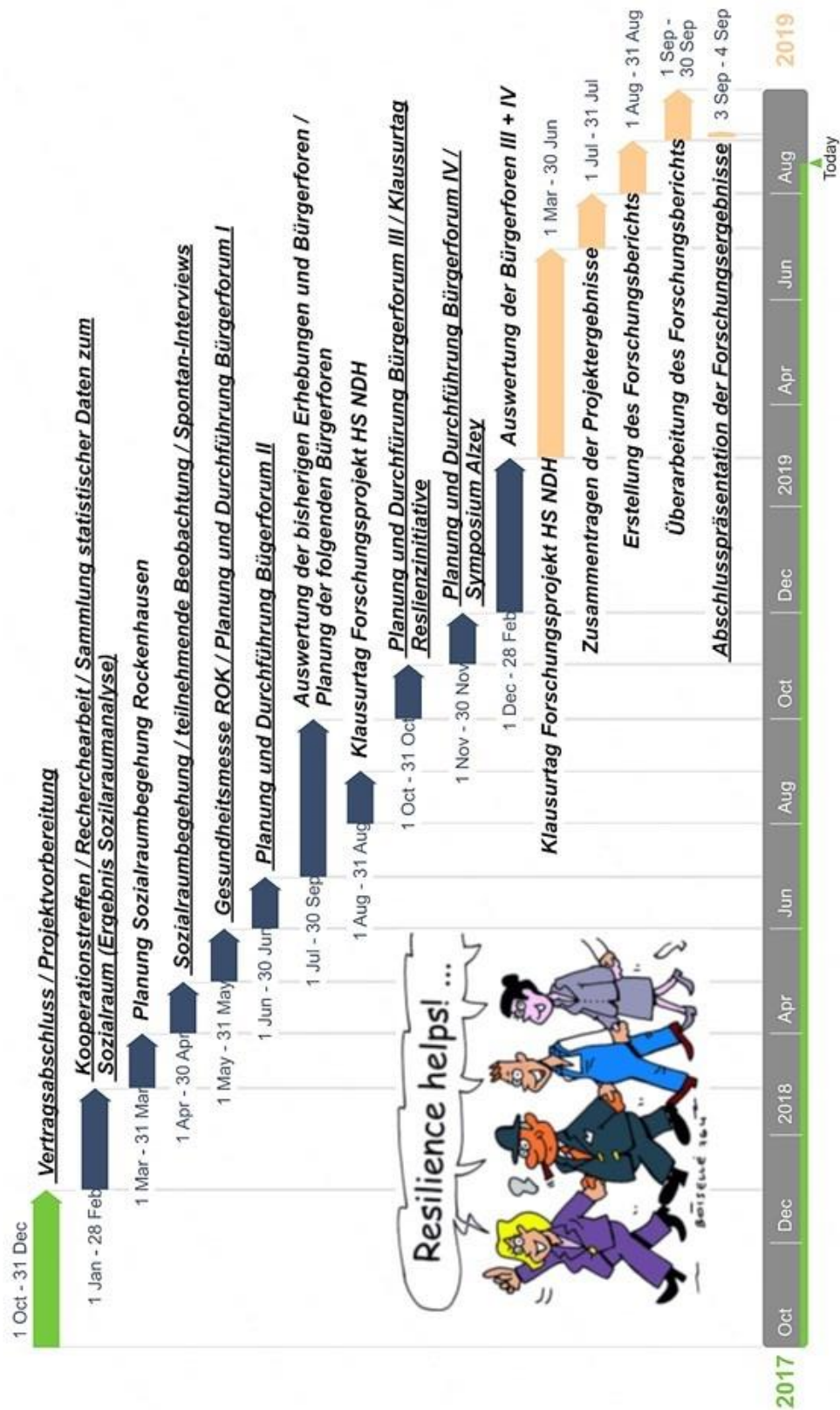


Abbildung 4: Zeitleiste Projekt (Jendricke 2019 mit freundlicher Genehmigung des Cartoonisten Boiselle)



### 3 Methodik

In dem Erhebungszeitraum der Studie [10/2017-09/2019; Abb. 4] wurde eine Sozialraumanalyse angefertigt. Es folgten Sozialraumbegehungen von Studierenden der Hochschulen Nordhausen und Mainz mit Aspekten der Teilnehmenden Beobachtung. Nach der Auswertung der Sozialraumbegehungen wurden insgesamt vier Bürgerforen über einen Zeitraum von sieben Monaten durchgeführt (Abbildung 4). Parallel zu den Bürgerforen wurden Bürger\*innen auf der Basis von Leitfragen interviewt. Die überwiegend qualitativ durchgeführten Erhebungen bilden die folgenden vier Dimensionen ab: Mensch; Ökologie / Ökonomie; Gesundheit / Soziales; und Governance / Kommune.

#### 3.1 Sozialraumanalyse

Die Durchführung einer differenzierten Sozialraumanalyse des Donnersbergkreises bildet den ersten Meilenstein in dem gemeinschaftlich durch das Pflazklinikum und den Hochschulen Nordhausen und Mainz realisierten Projekt „Gesund im Donnersbergkreis – Resilienz im ländlichen Raum durch Bürger\*innenbeteiligung am Beispiel des Donnersbergkreises (Rheinland-Pfalz)“. Ein wesentlicher Fokus der Sozialraumanalyse ist auf die Herausarbeitung ökologischer, ökonomischer, sozialer und kommunaler sozialräumlicher Prämissen gerichtet. Untersucht (bzw. hypothetisch abgeleitet) werden deren Wechselwirkungsverhältnisse hinsichtlich individueller, aber auch kollektiver Ausprägungen auf Gesundheit und Lebensqualität im Sozialraum.

Von Interesse ist die Interaktion von Individuen, Strukturen und den jeweiligen natürlichen oder den Verhältnissen geschuldeten Aktionspartner\*innen in deren je unterschiedlich konstituierten und angeeigneten Lebenswelten.

Gegenstand der Sozialraumanalyse ist mehr als nur die reine Erfassung der Daten eines umschriebenen Raumes. Sie untersucht aus ganzheitlicher Perspektive einen umgrenzten geografischen Raum *samt* der darin befindlichen sozial, d.h. durch menschliches Handeln konstituierten, sich dynamisch wandelnden Räume. Zugleich offenbart eine solche Sozialraumanalyse genau dieses soziale Handeln – die in den Räumen übliche soziale Interaktion, das Ineinanderwirken sozialer und (infra-) struktureller, räumlicher Bedingungen als entweder gesundheitsfördernder oder die gesundheitliche Stabilität beeinträchtigender Faktoren.

Gerade vor dem Hintergrund der aktuellen gesundheitspolitischen, insbesondere der demografischen Entwicklung, gewinnt das präzise Untersuchen definierter Sozialräume an besonderer Bedeutung. Eine auch prospektiv kontinuierlich alternde Gesellschaft bedarf frühzeitig geplanter, v.a. für den jeweiligen Raum *passender* struktureller Interventionspläne, beispielsweise zum Aufbau sozialen Kapitals im Sinne nachbarschaftlicher Unterstützungssysteme. Sie bedarf nicht nur einzelner, sondern eines ständig wachsenden Kollektivs an Verantwortungsträgern, also Bürger\*innen innerhalb der Kommunen, um den stetig wachsenden Herausforderungen des gesellschaftlichen Wandels langfristig wirksam gegenüberzutreten zu können (Anlage 1, S. 18).

Die Sozialraumanalyse untersucht einen Sozialraum somit einerseits in seiner materiellen „sozialgeografisch-infrastrukturellen“ (Sandermann / Urban 2007 In: Spatscheck / Wolf-Ostermann 2016, S. 23) Dimension. Andererseits betrachtet sie die „aneignungstheoretisch-subjektorientierte“ (ebd. S. 23) Interpretation eben dieses RAUMES der darin lebenden Menschen.

Ziel der Sozialraumanalyse ist es, sowohl Bedarfe als auch Defizite eines Raumes strukturiert zu erfassen, dieses Wissen zur Weiterentwicklung vorhandener Kompetenzen oder Erschließung

ungenutzter Ressourcen einzusetzen, um letztlich die Kräfte des Raumes und der darin lebenden Menschen für sich zu nutzen.

Mittels einer Sozialraumanalyse ist es nicht zuletzt möglich, die weiter oben beschriebene anthropologische Dimension eines RAUMES auszuleuchten und deren Muster zu erkennen.

In der Sozialraumanalyse wurden die Dimensionen des Raums festgelegt, nach denen er für das weitere Vorgehen untersucht wurde. Nach den vier Dimensionen: Mensch, Ökologie / Ökonomie, Gesundheit / Soziales und Governance / Kommune wurde der Sozialraum auf der Ebene der Sozialraumbegehungen, der Interviews und gemeinsam mit den Bürger\*innen im Rahmen der Bürgerforen untersucht.

Die wichtigsten Erkenntnisse der Sozialraumanalyse des Donnersbergkreises entlang der formulierten Dimensionen werden im Folgenden zusammengefasst.

### Dimension Mensch / Bevölkerung:

- Prognostisch alternde Gesellschaft
- verhältnismäßig hoher Anteil an unter 20-Jährigen
- Zuwanderung von Menschen in den Donnersbergkreis nicht rückläufig
- Arbeitsplätze in der Region vielfach vorhanden
- Arbeitsort = Wohnort

Folgende Fragestellungen für eine resiliente Region ergeben sich hieraus:

- Welche Förderungen/ Angebote machen die Region gerade für junge Menschen zukünftig noch attraktiver, damit sie nicht abwandern?
- Wo besteht welcher Bedarf?
- Wie lassen sich weitere Anreize setzen, um die Zuwanderung in die Region aufrecht zu erhalten und zu stärken?
- Welche (vielleicht jetzt schon außergewöhnlichen) Branchen bieten sich an, ein attraktives „Alleinstellungsmerkmal“ für die Region zu entwickeln?
- Ausbildung/ Weiterbildung/ Arbeitsplätze sichern, das Angebot erweitern?

### Die Dimension Ökologie / Ökonomie:

- verkehrsmäßig insgesamt attraktive Lage zwischen Autobahn A6/ A 63/ A61
- viele kleine und mittelständische Unternehmen in Unabhängigkeit von großen Konzernen (Entwicklungspotenzial)
- hoher Anteil traditionsreich gewachsener landwirtschaftlicher Betriebe
- hoher Anteil von verarbeitendem Gewerbe / Handel
- diversifizierbar/ Entwicklungspotenzial
- Entwicklungsschub im Bereich des Tourismus

Folgende Fragestellungen für eine resiliente Region ergeben sich hieraus:

- Welche Förderprogramme existieren für kleine/mittelständische Unternehmen?
- Welche Vernetzungen in der Region/ im Land müssen intensiviert werden?
- Wie lässt sich die Mobilität der Menschen in der Region weiter verbessern?
- Entwicklungsprogramme für Tourismus als weiterer Bindefaktor von Arbeitskräften am Wohnort?

### Dimension Soziales / Gesundheit:

- Möglichkeiten der Betreuung der Kinder, Freizeitaktivitäten für Kinder, eine vergleichsweise große Wohnfläche je Familie usw.
- ausgewiesene Spielflächen, Mutter-Kind-Gruppen, Angebote im musischen Bereich
- Kinderärzte usw. sind schwer aufzufinden

Folgende Fragestellungen für eine resiliente Region ergeben sich hieraus:

- Wie können Familien stärker gefördert werden?
- Welche Anreize können attraktiv sein, um junge Familien zum Zuzug in die Region zu bewegen?
- Welcher Bedarf besteht für junge Menschen aktuell?
- Welche Initiativen sind bereits aktiv? Vernetzung?

### Dimension Governance / Kommune:

- Bürgerversammlungen, Möglichkeiten der Teilhabe, zu ehrenamtlichem Engagement, vielerlei Initiativen der evangelischen Kirche für Kinder/ Jugendliche sind nachgewiesen.

Folgende Fragestellungen für eine resiliente Region ergeben sich hieraus:

- Ehrenamt: Wie und durch wen organisiert?
- Erweiterbar? Attraktivität für Menschen im Ruhestand?
- Angebote für Kinder und Jugendliche, die nicht der evangelischen Kirche angehören / diese ablehnen bzw. anderen Glaubens sind?
- Integration Mitbürger\*innen mit Migrationshintergrund?

## 3.2 Teilnehmende Beobachtung

Im Rahmen der Sozialforschung nimmt die Teilnehmende Beobachtung eine bedeutende Rolle ein. Insbesondere in der Ethnografieforschung sind das situative Feldgeschehen und die dabei zu beobachtenden Handlungspraktiken und weniger die Einzelpersonen und ihre Intentionen von besonderem Interesse (vgl. Schulz 2013, S. 226). Durchgeführte Beobachtungen können sowohl verbale Aussagen als auch nonverbale Signale sowie gewisse Kontextbedingungen und Verläufe sozialer Interaktionen erfassen, dadurch in den Fokus der Datenerhebung aufgenommen und als gewinnbringender Erkenntnisgewinn genutzt werden (vgl. Munsch 2012, S. 1177). Für die spätere Datenanalyse ist es von Bedeutung, dass ein Beobachtungsschema ausführlich und detailliert strukturiert wird. Sozialforschung kann nicht ausschließlich aus theoretischer Entfernung und / oder spekulativer Erhebung betrieben werden. Vielmehr sollen sich Beobachtende unmittelbar mit der Wirklichkeit des sozialen Feldes auseinandersetzen und präsent sein, denn nur so besteht die Möglichkeit, das Leben und die sozialen Prozesse im Feld adäquat zu erforschen und zu repräsentieren (vgl. Münst 2010, S. 380).

Zu unterscheiden sind hier zwei Formen, die sich vor allem in Bezug auf die Rolle, die Beobachter\*innen im sozialen Feld spielen, voneinander abgrenzen. Die nichtteilnehmende Beobachtung umfasst in der Regel standardisiert und in einem klar vorgegeben, häufig künstlich arrangierten Setting, bestimmte Verhaltensaspekte bei Versuchspersonen. Die Beobachter\*innen sind oftmals für die Testpersonen nicht ersichtlich oder die Anwesenheit der Beobachtenden ist nicht zwingend notwendig, da die Möglichkeit besteht, beispielsweise anhand von Videoaufzeichnungen zu beobachten (vgl. Seipel / Rieker 2003, S. 157).

Im Forschungsprojekt „Resilienz im ländlichen Raum / Bürger\*innenbeteiligung im Donnersbergkreis“ wurde die Methode der Teilnehmenden Beobachtung angewendet. Teilnehmende Beobachtung lässt

sich im Wesentlichen auf ethnologische Forschungen zurückführen und nimmt im Kontext der Soziologie und Sozialforschung einen hohen Stellenwert ein. Hierbei sollen durch die Teilnahme an den alltäglichen Lebenszusammenhängen des sozialen Feldes, welches unter natürlichen und nicht für den Untersuchungszweck veränderten Bedingungen beobachtet wird, neue Erkenntnisse erlangt werden (vgl. Flick et al. 2012, S. 189). Die Beobachter\*innen sind als forschende Personen zwar bei den sozialen Prozessen innerhalb des Feldes anwesend, sie nehmen an ihnen allerdings nicht als Akteur\*innen aktiv und unmittelbar teil. Das Beobachtete und Erlebte soll anschließend schriftlich, fotografisch und ggf. audiovisuell festgehalten werden (vgl. Müntst 2010, S. 380).

Die im April 2018 durchgeführten Beobachtungen im Donnersbergkreis, fanden anhand von einem Beobachtungsleitfaden statt, der die vier oben vorgestellten Dimensionen mit ausgewählten Fragen in den Fokus nimmt. Die Fragen für den Leitfaden sind an der Sozialraumanalyse des Donnersbergkreises ausgerichtet und orientieren sich an den wesentlichen sozialgeografisch infrastrukturellen Raum-Dimensionen der Sozialraumanalyse.

Unter folgenden Dimensionen wurde der Donnersbergkreis von den Beobachter\*innen untersucht:

1. Dimension Mensch
2. Dimension Governance / Kommune
3. Dimension Soziales und Gesundheit
4. Dimension Ökologie / Ökonomie

Die *Dimension Mensch* stützt sich hierbei auf Aspekte wie die Kommunikation der vor Ort lebenden Menschen (öffentliche Aushänge, Schaukästen, schwarzes Brett etc.), Freizeitaktivitäten, (Umwelt-) Schutzfaktoren, öffentliche Plätze und deren Funktion (bspw. Spiele, Sitzmöglichkeiten, Begegnungsorte etc.), Barrierefreiheit und die Sichtbarkeit von öffentlichen Anlaufstellen / Einrichtungen.

Bei der *Dimension Governance / Kommune* gilt es, sich mit architektonischen Besonderheiten, materiellen Gütern, der Kommunikation zwischen Kommune und deren Bürger\*innen, kulturellen und kulinarischen Angeboten, Konsumangeboten, Religionsgemeinschaften und Mobilitätsangeboten sowie Formen der Begegnungsmöglichkeiten zu befassen.

Schwerpunkte der *Dimension Soziales und Gesundheit* sind die Sichtbarkeit gesundheitsbezogener Infrastruktur und gesundheitsfördernder Maßnahmen. Es wird betrachtet, welche Art von Ärzt\*innen, Physiotherapie-Praxen etc. vor Ort sind sowie die Ansässigkeit von Vereinen, die Sichtbarkeit von Freizeitangeboten, die Nutzbarkeit des mobilen Netzes / des Internets und inwieweit Schulen, Kindertagesstätten, Kinderbetreuungsangebote und weitere Institutionen vor Ort erreichbar sind.

In der *Dimension Ökologie / Ökonomie* wurde die Existenz von Grünflächen erfasst. Zudem wurden ökologisch nachhaltige Schritte, Unternehmen, Tourismus und der Ausbau von öffentlichen Verkehrsangeboten sowie sichtbare Maßnahmen für (potenzielle) Arbeitnehmer\*innen untersucht.

Studierende der Hochschule Nordhausen untersuchten vornehmlich benachbarte Dörfer Rockenhausens und Ortsteile Rockenhausens in Kleingruppen mit Elementen der Teilnehmenden Beobachtung. Die Studierenden nutzten während der Ortsbegehungen alle fünf ihnen zur Verfügung stehenden Sinne, um möglichst umfangreiche und vielfältige Eindrücke wahrnehmen zu können. Dies erfolgte wie oben erwähnt, angelehnt an die in der Sozialraumanalyse definierten vier Dimensionen.

Die Beobachter\*innen dokumentierten jegliche Beobachtungen schriftlich. Die für die Auswertung und Entwicklung von Handlungsoptionen für den Bericht relevanten Daten sind im vorliegenden Bericht enthalten.

Im Gegensatz zu standardisierten, kontrollierten Formen von Beobachtungen, bezieht sich das „Teilnehmen“ bei der Teilnehmenden Beobachtung in der Kernmethode der Sozialforschung auf die Kopräsenz von Forscher\*innen. Damit ist gemeint, dass diese in dem natürlichen Setting und in alltagsnahen und -kulturellen Feldern beobachten und soziale Prozesse und Sachverhalte registrieren. Hier sind nicht nur optische Eindrücke, sondern auch Gespräche, körperliche Wahrnehmungen, Gerüche und Geschmack zu nennen. Eine große Chance ist hierbei das Verstehen von Prozessen, Organisationen, Beziehungen, Handlungsabläufen und Interaktionsmustern, um dadurch geeignete und gewinnbringende Handlungsoptionen für die Forschung ableiten und entwickeln zu können (vgl. Bohnsack et al. 2018, S. 224; Thierbach / Petschick 2014, S. 855).

### 3.3 Sozialraumbegehungen

#### 3.3.1 Durchführung

Die Sozialraumbegehungen im Donnersbergkreis wurden von Studierenden der Hochschule Nordhausen an fünf Tagen im April 2018 durchgeführt. Dabei haben sich zwölf Studierende in sechs Kleingruppen aufgeteilt und untersuchten anhand der vorab definierten Dimensionen in der Sozialraumanalyse jeweils benachbarte Dörfer. Den Studierendengruppen standen so genannte Begehungskarten zur Verfügung, in denen die jeweilige Route farblich auf einer Karte eingezeichnet war (Anlage 3). Abbildung 5 zeigt die Übersichtskarte aller Routen im Untersuchungsgebiet, die farblich gekennzeichnet sind.

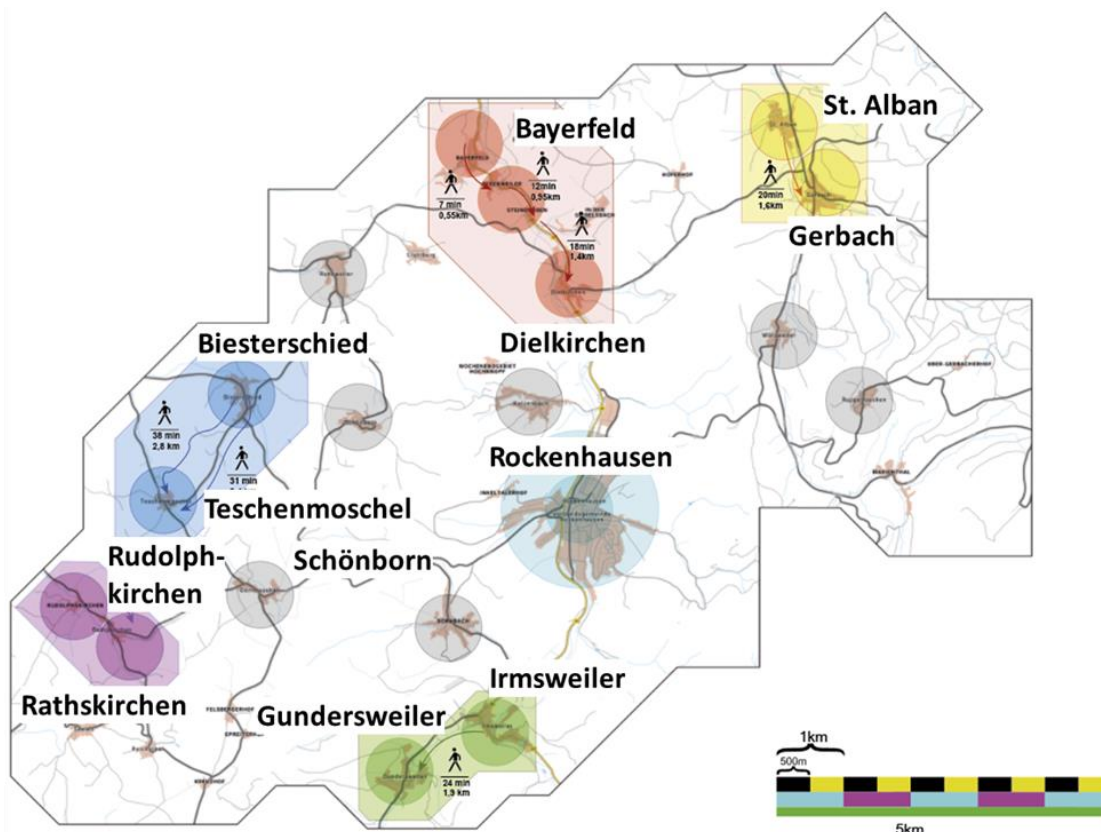


Abbildung 5 Sozialraumanalyse\_Begehungskarte (Hünninghaus 2018)

Die Orte wurden nach zwei Kriterien ausgewählt: Einwohnerzahl und Erreichbarkeit, d.h. es wurde versucht, viele Orte mit wenig Zeitaufwand für einen Wechsel zwischen den Orten zu erreichen. Vor diesem Hintergrund wurden Teams gebildet, die jeweils ein Gebiet mit zwei oder drei Orten, bzw. ein Team für das größere Rockenhausen, innehatten. Für den Fall, dass die Begehung in der Zeit abgeschlossen werden konnte, wurden Ausweichorte definiert, welche in diesem Fall untersucht werden sollten. Alle Orte in einem Gebiet lagen maximal rund 30 Minuten Fußweg voneinander entfernt, weitere Fußwege, oder solche mit vielen Höhenmetern führten dazu, dass Orte nicht in ein Begehungsbereich aufgenommen wurden, d.h. in diesem Sinne „isolierte“ Orte wurden aus ökonomischen Gründen ausgeschlossen, z.B. Würzweiler und Ruppertsecken, aber auch Dörnbach und Dörrmoschel. Eine Übersicht der im Betrachtungsraum liegenden Orte zeigt Tabelle 1.

Ort	Team	Begangen?
Rockenhausen	Hellblau	Ja
Imsweiler	Grün	Ja
Gundersweiler	Grün	Ja
St. Alban	Gelb	Ja
Gerbach	Gelb	Ja
Bisterschied	Blau	Ja
Teschenmoschel	Blau	Ja
Bayerfeld	Rot	Ja
Dielkirchen	Rot	Ja
Rudolphskirchen	Violett	Ja
Rathskirchen	Violett	Ja
Ransweiler	Ausweichgebiet	Nein
Schönborn	Ausweichgebiet	Ja
Dörrmoschel	Ausweichgebiet	Nein
Seelen	Ausweichgebiet	Nein
Reichsthal	Ausweichgebiet	Nein
Kreuzhof	Ausweichgebiet	Nein
Spreiterthof	Ausweichgebiet	Nein
Felsbergerhof	Ausweichgebiet	Nein
Dörnbach	Ausweichgebiet	Nein
Katzenbach	Ausweichgebiet	Nein
Stahlberg	Ausweichgebiet	Nein
Hoferhof	Ausweichgebiet	Nein
Würzweiler	Ausweichgebiet	Nein
Ruppertsecken	Ausweichgebiet	Nein
Marienthal	Ausweichgebiet	Nein

*Tabelle 1: Dörfer im Betrachtungsraum (Hünninghaus 2019)*

Grundlage für die Sozialraumbegehungen war für alle Gruppen ein gemeinsam erarbeiteter festgelegter Beobachtungsleitfaden (Anlage 2), der individuell und ausführlich auf die Forschung zugeschnitten wurde (vgl. Müntz 2010, S. 380; Krisch 2009, S. 100). Der Leitfaden wurde gemeinsam

in einem gestalterischen Prozess mit den Studierenden der Hochschule Nordhausen entwickelt. Zuerst wurden in Kleingruppen bestimmte Kriterien erarbeitet, welche Aspekte sich aus Sichtweise der Studierenden bei einer Sozialraumbegehung beobachten lassen und relevant für die Forschung sind. Genauso wurde sich darüber geeinigt, wie sich die Gesichtspunkte beobachten lassen. Anschließend wurden die jeweiligen Ausarbeitungen gemeinsam reflektiert, weiter ausgebaut und spezifiziert. Daraufhin erfolgte eine Verständigung in der Gesamtgruppe, welche Schwerpunkte die Dimensionen an sich beinhalten und welche Elemente in einer jeden Dimension wirksam sind. Beispiele hierfür wären Windräder, Biogasanlagen, das touristische Netz oder der Ausbau von öffentlichen Verkehrsangeboten in der Dimension Ökologie und Ökonomie, gesundheitsbezogene Maßnahmen und Infrastruktur, Ansässigkeit von Vereinen, Sichtbarkeit von Freizeitangeboten und die Erreichbarkeit von Bildungseinrichtungen in der Dimension Soziales und Gesundheit. In der Dimension Mensch sind Aspekte wie der Informationsaustausch der vor Ort lebenden Menschen, öffentliche Plätze und deren Bedeutung, Barrierefreiheit, die Sichtbarkeit und Zugänglichkeit öffentlicher Einrichtungen und (Umwelt-) Schutzfaktoren wichtig. Beispiele für die Dimension Governance und Kommune sind architektonische Besonderheiten, kulturelle Angebote, Konsum- und Mobilitätsangebote, Religionsgemeinschaften und Formen von Begegnungsmöglichkeiten. Folgend wurden erneut in Kleingruppen mögliche Fragestellungen für die jeweiligen Dimensionen erarbeitet. Die Fragestellungen wurden gemeinsam mit den Studierenden und Forschenden reflektiert, abgestimmt und spezifiziert, um daraus einen einheitlichen und individuellen Beobachtungsleitfaden für die Sozialraumbegehungen zu entwickeln.

### 3.3.2 Auswertung

Die Auswertung der Sozialraumbegehungen erfolgte nach Mayring (2015). Die Oberkategorien entsprechen den in der Sozialraumanalyse festgelegten Dimensionen (Mensch, Governance und Kommune, Soziales und Gesundheit, Ökologie und Ökonomie (Anlage 1). Innerhalb der Oberkategorien wurden zur Präzisierung der Ergebnisse vertiefende Subkategorien gebildet. Das Vorgehen gestaltete sich hierbei induktiv. Zunächst wurden die Daten der Beobachtungen im Rahmen der Sozialraumbegehungen gesammelt, um daraus bedeutende Aspekte und Muster abzuleiten, die in der Erstellung von Handlungsoptionen berücksichtigt werden sollen (vgl. Przyborski / Wohlrab-Sahr 2013, S. 32).

### 3.3.3 Ergebnisinterpretation

Die in der Beobachtung des Sozialraums identifizierten Merkmale werden im Folgenden beschrieben. Mehrfachnennungen gab es insbesondere in der Dimension Soziales und Gesundheit in Bezug auf gesellschaftliche Aktivitäten oder sichtbare Begegnungsstätten in den Dörfern des Donnersbergkreises. Als Beispiele sind hier gemeinsame Wanderungen in der Natur an Feiertagen wie Christi Himmelfahrt oder am 1. Mai (Gundersweiler) aufzuzählen sowie Begegnungsorte wie Dorfgemeinschafts-, Stadt- und Bürgerhäuser bzw. Marktplätze. Ebenso werden mobile Bäckereien, Räume der Kirche und diverse Bushaltestellen und / oder Spiel- und Sportplätze als Begegnungsstätten genutzt. Zudem weisen die Ergebnisse darauf hin, dass das gemeinsame Erleben von Aktivitäten und traditionellen Fest- und Feiertagen einen wesentlichen Bestandteil für die Bürger\*innen im Donnersbergkreis einnimmt. In der Mehrzahl der Dörfer lassen sich diverse Vereine wie Feuerwehr, Landfrauen e.V., Turn- und Sportvereine oder Karnevalsvereine feststellen. Eine große Gemeinsamkeit stellt die christlich-kirchliche Prägung dar, sichtbar an Veranstaltungshinweisen, Friedhöfen und Versammlungslokalitäten. Ebenso lassen sich in den von der Stadt Rockenhausen entfernten Dörfern ärztliche Versorgungslücken in Form von Allgemein- oder Fachärzt\*innen erkennen. Bürger\*innen, die

einen Pflegebedarf aufweisen, sind auf ambulante Pflegedienste (z.B. Pflegedienst „Schwager“ in Rockenhausen) und Nachbarschaftshilfe und -unterstützung angewiesen.

In der Dimension Ökologie und Ökonomie gibt es Auffälligkeiten im Bereich der Baustoffe der Häuser. In den Orten bestehen Einfamilienhäuser häufig aus Kalksandstein. Die Häuser sind überwiegend in die Natur eingebettet bzw. von ihr umgeben. Sichtbar ist ebenso die Nutzung von erneuerbaren Energien in Form von Fotovoltaik-Anlagen, Windrädern oder Erdwärmespeicher. Zudem sind in den Dörfern öffentliche Grünflächen vorhanden, die durch gepflanzte Blumenbeete gepflegt erscheinen.

Die dritte Dimension umfasst die Kategorie „Mensch“. Hier lässt sich festhalten, dass alle Dörfer im Donnersbergkreis über Bushaltestellen verfügen, diese jedoch fast ausschließlich von Schulbussen angefahren werden. In wenigen Dörfern gibt es die Möglichkeit eines Ruftaxis, welches barrierefrei ist. Vor allem nutzen Schüler\*innen der weiterführenden Schule die Busse, um in das Zentrum von Rockenhausen zu gelangen. In den einzelnen Ortschaften gibt es überwiegend keine Grundschulen, so dass auch jüngere Kinder auf das Busnetz oder familiäre Fahrdienste angewiesen sind. Daraus lässt sich schließen, dass die Mobilität von Bürger\*innen von einem Auto oder Familien- und Nachbarschaftshilfe abhängig ist. Das Leben für Menschen höheren Alters gestaltet sich durch die geographische Lage der Dörfer, die mangelnde Anbindung und den demographischen Wandel schwierig, insbesondere, wenn eine eingeschränkte Individualmobilität vorliegt. Durch fehlende familiäre und /oder soziale Anbindung kann es hier zu mehrfachen Benachteiligungen kommen.

Des Weiteren sind Umnutzungskompetenzen zu erkennen. In der Ortschaft Schönborn wurde beispielsweise eine ehemalige Kaserne zu einem buddhistischen Tempel umgebaut und das Kunsthaus der Gemeinde wurde für eine Unterkunft für unbegleitete minderjährige Geflüchtete zur Verfügung gestellt. Zum einen zeigt das die Offenheit gegenüber anderen Kulturen und Religionen der Bevölkerung im Donnersbergkreis und zum anderen, dass die Gemeinde Wert auf Dorferneuerungsprojekte legt.

In den Dimensionen Governance und Kommune sowie Ökonomie fällt der starke Kontrast zwischen renovierungsbedürftigen Häusern und Neubauten ins Auge. Auffällig ist auch die hohe Anzahl von Wohnobjekten auf dem Gelände von agrarwirtschaftlichen Betrieben bzw. die Nutzung von Scheunen. Als materielles Kapital sind Land, Grundstücke und Baurohstoffe vorhanden und sichtbar. Zudem fiel bei der Sozialraumbegehung der hohe Leerstand von Ladenlokalen, gastronomischen Einrichtungen und älteren, unsanierten Wohnhäusern auf, sowie die geringe Zahl an Einkaufsmöglichkeiten. In den Dörfern gibt es Informationsaustausch mittels Schaukästen und Plakaten. Die Bürger\*innen werden so über anstehende Festlichkeiten, Veranstaltungen wie Konzerte etc. informiert. Im Donnersbergkreis weisen Hotels (Rockenhausen), Ferienwohnungen, Pensionen und Campingplätze (Dielkierchen, Bayersfeld) auf vorhandene touristische Potenziale hin. Insbesondere bei der Verortung der Campingplätze, die zwischen den Dörfern von Natur umgeben, sind und den ausgeschilderten Fahrrad- und Wanderwegen (Sankt Alban, Gerbach) wird sichtbar, dass die Natur als Ressource genutzt wird. In Sachen Direktvermarktungsinitiativen zählen z.B. hauseigene Schlachtereien (Schönborn), Getreideanbau und Verkauf von Eiern (Rathskirchen, Rudolphskirchen), Imker\*innen zu den regionalen Angeboten im Donnersbergkreis, die sowohl von Einwohner\*innen als auch überregional als Bezugsquellen von Lebensmitteln genutzt werden.

Als Besonderheit im Rahmen der Sozialraumbegehungen wurde von zwei Studierenden sowohl das Zentrum Rockenhausens als auch zwei benachbarte Dörfer unter der Berücksichtigung von Barrierefreiheit und Zugänglichkeit untersucht. Wenn von Barrierefreiheit gesprochen wird, wird oftmals auch die Bezeichnung „Barrierefreie Partizipation“ verwendet, was „die aktive Einbezogenheit



in soziale Situationen“ (Düber / Rohrmann / Windisch 2015, S. 15) bedeutet, die nur dann möglich ist, wenn bauliche, technische, kommunikationshemmende und einstellungsbedingte Barrieren als solche erkannt, benannt und danach gezielt abgebaut werden.

Die Zoar-Werkstätten stellen circa 370 Arbeitsplätze für Menschen mit seelischen, geistigen oder körperlichen Behinderungen zur Verfügung (vgl. Zoar Evangelisches Diakoniewerk 2018). Die Arbeitnehmer\*innen haben die Möglichkeit, Beschäftigungen auf dem dritten Arbeitsmarkt nachzugehen, genauso gibt es Angebote der beruflichen Bildung. In den Wohnbereichen des Pfälzischen Diakonie-Zentrums stehen in etwa 300 Wohnplätze zur Verfügung (vgl. ebd., S. 34). Die hohe Anzahl an belegten Wohn- und Arbeitsplätzen zeigt, dass der Bedarf an Barrierefreiheit ein aktuelles Thema ist, welches von der Gemeinde verfolgt werden sollte, um allen Menschen Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu gewährleisten.

Im Donnersbergkreis sind 26% der Gesamtbevölkerung über 70 Jahre alt (Stand 2018) (vgl. Statistisches Landesamt Rheinlandpflanz, Bevölkerungsstand nach Altersgruppen, 2018). Zu diesem Viertel der Bevölkerung kommen Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen und Familien mit Kleinkindern, die barrierefreie Zugänge häufig benötigen. Somit ist Barrierefreiheit eine zentrale Herausforderung, auch weil im höheren Alter das Risiko einer Behinderung oder anderer gesundheitlicher Beschwerden steigt (vgl. Statistisches Bundesamt 2018). Die Donnersberghalle dient als Ort für öffentliche Veranstaltungen. Diese ist durch einen ebenerdigen Zugang für Rollstuhlfahrer\*innen erreichbar, ebenfalls sind barrierefreie Toiletten, jedoch keine automatischen Eingangstüren vorhanden. Der Thekenbereich der Donnersberghalle ist ausschließlich über Stufen erreichbar. Das Rathaus, die Anne-Frank-Grundschule und die Integrierte Gesamtschule in Rockenhausen verfügen über einen ebenerdigen Zugang, barrierefreie Toiletten und Aufzüge in den Gebäuden. In der Innenstadt von Rockenhausen stellt sich die Fortbewegung von Rollstuhlfahrer\*innen, Menschen mit Seh- oder Gangbeeinträchtigungen aufgrund unebener Straßenverhältnisse als herausfordernd dar. Infolge von Stufen und nicht vorhandener Rampen vor Einzelhandelsläden ist das Besuchen dieser für Menschen mit Gangbeeinträchtigungen, Rollstuhlfahrer\*innen oder Personen mit Kinderwagen erschwert oder nicht möglich. Hier zeigten sich Arbeitnehmer\*innen vor Ort jedoch sehr hilfsbereit und ermöglichten auf Nachfrage (z.B. durch den Hintereingang einer Schlachtereie) den Zugang. Insbesondere in den umliegenden Dörfern von Rockenhausen gestaltet sich das Leben und die Mobilität für Betroffene auffällig kompliziert. Durch die geographischen Bedingungen wie bspw. Berg- oder Hanglage, keine barrierefreien Eingänge zu Vereinshäusern oder nicht vorhandene barrierefreie öffentliche Verkehrsmittel werden Betroffene an der Partizipation gehindert. Laut Art. 29 der UN-BRK ist sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt am öffentlichen Leben teilhaben können (vgl. Art. 29 UN-BRK). Trotz der Bedarfe von Menschen mit Behinderung (Zoar-Werkstätten, etc.) und älteren Menschen ist das in der Stadt Rockenhausen an vielen Stellen (noch) nicht gegeben.

### 3.3.4 Resultate

Es kann festgehalten werden, dass die Natur des Donnersbergkreises eine große Bedeutung bezogen auf die Gesundheit und auf Gesundheitsförderungsprozesse einnimmt. Aktuelle Studien belegen, dass sich die Wirkung von Natur positiv auf die Gesundheit von Menschen auswirkt und den Stresspegel signifikant senkt (vgl. Gebhard 2010, S.27). In den Sozialraumbegleichen wurde zudem deutlich, dass der Aspekt Barrierefreiheit ein aktuelles Thema ist, welches durch den demographischen Wandel, das steigende Risiko einer Behinderung im Alter und das Recht auf Teilhabe (vgl. Statistisches Bundesamt 2018; §10 Nr.4 SGB I) immer mehr in den Vordergrund und in die Verantwortung der Gemeinde rückt, um bestehende Barrieren abzubauen. Hinsichtlich möglicher Umnutzungskompetenzen lassen sich durch die leerstehenden Objekte im Donnersbergkreis starke Potenziale erkennen. Um diese

Potenziale auszuschöpfen wäre es denkbar, dass die Gemeinde die leerstehenden Objekte ggf. für Begegnungsorte für Bürgerinnen und Bürger zur Verfügung stellt. Des Weiteren besteht ein großes Ressourcenpotenzial für den Tourismus. Aus den Beobachtungen heraus hat sich ergeben, dass das Tourismusnetz weiter genutzt und ausgebaut werden sollte. Beispielsweise könnten veraltete Fahrrad- und Wanderwege erneuert werden oder Orte, welche nicht über diesbezügliche Ausschilderungen verfügen, mit in das Netz aufgenommen werden. Die Bedeutung von sozialen Begegnungsorten und kirchlichen Begegnungsangeboten ist für die kommunale Resilienz in den Ortschaften hervorzuheben. Regelmäßig stattfindende Veranstaltungen der Gemeinden werden gut besucht und dienen der Kontaktpflege.



Abbildung 6: Sozialraumbegehungen, Rockenhausen (Borbe 2018)

### 3.4 Bürgerforen

#### 3.4.1 Durchführung und Ergebnisinterpretation

Im Zeitraum von Mai 2018 bis November 2018 wurden in der Donnersberghalle Rockenhausen vier Bürgerforen durchgeführt. Im Vorfeld der Bürgerforen wurde mittels lokaler Medien auf die Foren aufmerksam gemacht. Die Gemeindeverwaltung Rockenhausen hat einen umfangreichen Einladungsverteiler erstellt. In dem Verteiler waren 120 Personen, d.h. alle Vereine der Gemeinden des Donnersbergkreises, die gewählten Volksvertreter\*innen in den Ortschaftsräten bzw. Gemeinderäten, die Kirchengvorstände, lokalen Bündnisse und Interessenvertretungen. Per Zufallsgenerator des Einwohnermeldeamtes waren 100 Einwohner\*innen im Donnersbergkreis außerdem persönlich eingeladen worden.

Im Fachartikel „The new health in the village“ (Borbe 2018) beschreibt die Autorin die gewählten Instrumente im Forschungsprojekt und die einzelnen Beteiligungsstufen. Als Format für die Bürgerforen wird eine auf die Situation zugeschnittene World Café-Methode gewählt, bei der sich die Teilnehmenden an vier Tische verteilen, wobei sich die vier Tischgruppen beim ersten Bürgerforum mit je einer spezifischen Fragestellung befassen:

1. Was macht die Stärke der Region aus? Worauf sind Sie stolz?
2. Was können / möchten Sie konkret tun, um die Widerstandskraft Ihrer Region zu stärken? Was ist realistisch machbar?

3. Welche Gesundheitsfaktoren identifizieren Sie für den Donnersbergkreis?
4. Was müsste passieren, damit Sie sich (noch) wohler in Ihrer Region fühlen?

Diese Fragen animieren zu einer regen Beteiligung. Vor allem die zweite aktivierende Frage erreicht hinsichtlich der Beteiligungsmöglichkeiten als Bürger\*in die Stufe 2 des Partizipationsmodells von Maria Lüttringhaus (vgl. Lüttringhaus 2000, S. 66-68), s. Abbildung 7:

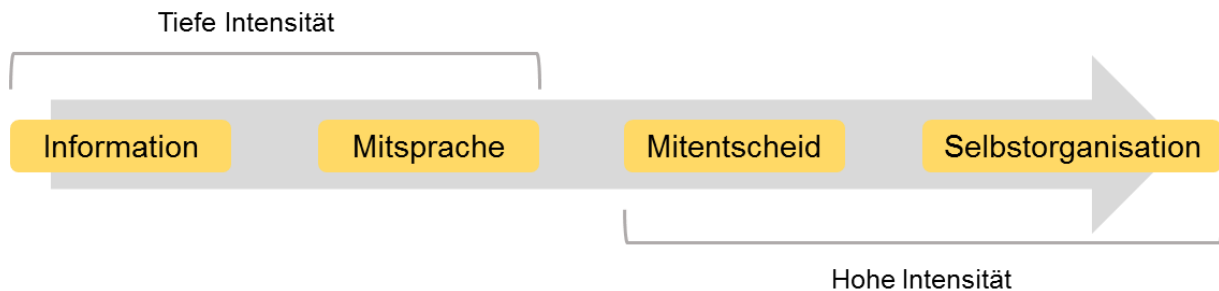


Abbildung 7: Partizipationsstufen (El-Maawi 2013, S.11)

Leicht fällt es den Bürger\*innen positive Blickwinkel einzunehmen etwa zu der Frage: „Worauf sind Sie besonders stolz?“ Hierzu werden insbesondere die Stichworte Klima / Natur, Bildung, größere Arbeitgeber der Region, das barrierearme Schwimmbad, angesiedelte Firmen und gute Beziehungen untereinander benannt.

Wenn jedoch eine aktive Mitarbeit der Bürger\*innen im Sinne eines verbindlichen Engagements erforderlich ist, sind sowohl eine professionelle Gesprächsführung als auch eine Moderation gefragt (Lüttringhaus / Streich 2004). Im Ergebnis werden auch hier viele Ideen zusammengetragen: die Jugend einbinden, Unterschriften sammeln, Bürger\*inneninitiativen initiieren, Plattformen nutzen wie change.org, Leser\*innenbriefe, Projekte, Demonstrationen etc. werden vorsichtig als Möglichkeiten genannt.

Die Frage nach den Gesundheitsfaktoren des Donnersbergkreises wird wie folgt beantwortet: Wertschätzender Umgang der dort lebenden Menschen untereinander, der Kontakt mit Tieren, Ruhe, die Landschaft und die Fahrradwege sind nur ein Teil der vielfältigen Antworten, die aus Sicht der Bürger\*innen die Gesundheit fördern und somit wichtige Ressourcen darstellen.

Einschränkungen des Wohlbefindens werden insbesondere in der ärztlichen Versorgung gesehen, aber auch in teilweise fehlenden gemeinschaftlichen Aktionen, schlecht ausgebauter Breitbandversorgung und zu vielen Geschäfts- und Wohnungsleerständen. Hier wird Verbesserungsbedarf erkennbar.

Es fällt auf, dass genau die Faktoren, die die Bürger\*innen an der Region sehr schätzen, dieselben Faktoren sind, die als gesundheitsförderlich angesehen werden. Es scheinen bereits viele Gesundheitsaspekte im Donnersbergkreis vorhanden und bewusst zu sein. Die Bürgerschaft verspürt Stolz, jedoch wird auch deutlich, was künftig getan werden muss, um die Resilienz im ländlichen Raum zu stärken.

Beim zweiten Bürgerforum wird ein ‚Roter Faden‘ in Form eines Schlüsselanhängers verteilt, der das Thema Resilienz nachhaltig begleitet und sichtbar macht. Die herausgearbeiteten (Themen-) Schwerpunkte des ersten Bürgerforums werden vorgestellt und die Gäste durch eine Punktabfrage gebeten, die für sie wichtigen Themen zu gewichten. Hierdurch wird Partizipationsstufe 3 erreicht, die Bürger\*innen beteiligen sich durch Priorisierung und nehmen damit aktiv Einfluss auf die zu bearbeitenden Themen.

Dadurch wird eine klare Themenpräferenz identifiziert. Die Gäste des Abends entscheiden sich für die Themen:

- Mobilität
- Gesund bleiben
- Junge Menschen
- Digitalisierung.

Nach einem Austausch über die Erwartungen und Ziele des Abends, finden sich zwei Arbeitsgruppen. Die gewählten Themen umfassen ein großes Spektrum an dimensionsspezifischen Aspekten. Insbesondere die Dimensionen Soziales und Gesundheit, sowie die Dimension Mensch werden hierbei in den Fokus genommen und in Wechselwirkung zueinander betrachtet.

### **Mobilität und Gesundbleiben:**

In dieser Arbeitsgruppe entsteht schnell Einigkeit darüber, dass Gesundheit fundamental von sozialen Kontakten geprägt ist. Das Angebot von Begegnungsstätten, vor allem mit dem Fokus auf Mehrgenerationsbegegnungen, wird aktiv diskutiert. Als ein anzugehendes Partizipationsprojekt wird das gemeinsame Einkochen von Marmelade mit jungen und alten Menschen verabredet.

Erkenntnisse aus verkehrsbezogenen Interventionsstudien und Modellvorhaben belegen die Dominanz der PKW-Nutzung in ländlichen Räumen (vgl. Herget 2016, S. 37). Es scheint gewinnbringend zu sein, für Anreizsysteme hinsichtlich einer geringeren PKW Nutzung bzw. effektiveren Auslastung von privaten PKW, gezielt Personen in biografischen „Umbruchmomenten (wie den Umzug, die Geburt des ersten Kindes oder den Eintritt ins Rentenalter)“ (ebd. S. 37 In: Bamberg 2006, Klöckner 200) mit neuen Informationen oder neuen Möglichkeiten der Alltagsorganisation zu konfrontieren. Die verkehrspsychologische Interventions- und Evaluationsforschung weist darauf hin, dass in diesen Situationen häufig Routinen aufgebrochen werden bzw. die Menschen offener sind für Neues (vgl. Herget 2016, S. 37).

### **Junge Menschen und Digitalisierung:**

Nach Übereinstimmung über das Aussterben von Dorfschulen und Dorfgeschäften als generationsübergreifenden Begegnungsräumen, kristallisiert sich die Notwendigkeit der Schaffung neuer Begegnungsmöglichkeiten und insbesondere von Integrationsmöglichkeiten der Jugend heraus, da die Jugend in den Dörfern zunehmend verloren gehe. Ein gemeinsames Ziel sei es, Jugendliche und junge Menschen zur Mitgestaltung des Dorflebens sowie der eigenen Identität mit dem Dorf zu motivieren und zu gewinnen.

Gelingende Partizipation wird insbesondere anhand eines am Beginn stehenden Projektes „Dorfraumentwicklung und Dorfspielwagen“ dargelegt. Es bestehe noch Bedarf an Mitstreiter\*innen, um das Projekt zu vergrößern und auszubauen. Als Antwort dazu kommt ein konkretes Angebot eines Bürgers, Computerkurse zu geben und / oder eine Website zur Bekanntmachung des Projektes anzulegen. Es werden Telefonnummern und Adressen ausgetauscht. Die Basis einer Vernetzung für künftige Kooperationen ist gelegt.

### **Tauschen**

Bei dem dritten Bürgerforum die Vorstellung einer Tauschbörse für Nachbarschaftshilfe, Arbeit und Dienstleistungen. Anwesende Bürger\*innen wurden zu einem ersten Brainstorming über einen möglichen Wert und Erwartungen des Tauschens eingeladen. Einerseits wurden Zweifel für Gewerbe

mit den Worten: „Wenn ich Unternehmer wäre, hätte ich nicht viel Freude daran“ geäußert. Andererseits sei es aufgrund der Auslastung kaum möglich, einen zeitnahen Termin bei Handwerker\*innen zu vereinbaren, sodass durchaus ein Tausch in Form von technischen und / oder handwerklichen Dienstleistungen denkbar sei. Wöchentlich terminierte Einkaufsfahrten, Einkaufsgruppen, Fahrdienste, Mitfahrgelegenheiten, handwerkliche oder hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Hausaufgabenhilfe, Kinderbetreuung, Kreativangebote und erfahrungsbasierte Beratung bei fachbezogenen Angelegenheiten sind einige Beispiele für Dienstleistungstausch. Zentrales Anliegen hinsichtlich einer Konkretisierung des Projekts war es, dass Formate eines Tauschringes diskutiert wurden. Bezogen auf physische Orte sind u.a. ein einmalmonatiges stattfindendes Repair-Café, diverse Vereinsstätten, Bürger\*innenläden oder Privaträume als Begegnungsstätten zu nennen. Als digitale Orte wurden die UBER-App, ein digitales Austausch-Forum oder Mailinglisten, Webhosting der Kreisverwaltung und eine Hotline genannt. Darüber hinaus sei die Unterstützung der Gemeinde wichtig hinsichtlich Kooperationen mit Vereinen, Fördermitteln, Patenschaften und das Überwinden von Ängsten und Sorgen.

Bürger\*innen kommunizieren, dass hauptsächlich in den abgelegenen Dörfern die Sicherung und Organisation von Fahrten beispielsweise durch Familie erfolge und so Bedarfe gedeckt werden. Allerdings sei darüber hinaus Interesse an Austausch vorhanden und es gilt zu klären, wo und in welchem Rahmen ein Dienstleistungstausch stattfinden könne. Um in diesem Bezug konkreter zu werden und die aktive Initiierung der Bürger\*innen zu gewährleisten, wurden zwei Gruppentische mit den Themen „Biete und Suche“ zu einem angeregten Austausch zur Verfügung gestellt.

### 3.4.2 Auswertung

Die Bürgerforen wurden von den Projektbeteiligten und den Studierenden der HS Nordhausen in Wort und Bild dokumentiert. Die Auswertung erfolgte mittels einer Interpretationsanalyse der erfassten Informationen.

### 3.4.3 Resultate

Für eine Umsetzung der erarbeiteten Ergebnisse und für eine Verknüpfung von Theorie und Praxis, gilt es, sich auf ein gemeinsames Ziel zu verständigen und dieses so konkret wie möglich zu halten (vgl. Schmettow et al., 2016, S. 21). Unter der Berücksichtigung, dass am Ende eines abgeschlossenen und gelungenen Beteiligungsprozess Bürger\*innen oftmals äußern, dass eine Fortsetzung der Zusammenarbeit fokussiert werden sollte, ist zu erwähnen, dass fortwährend aktive Bürger\*innenbeteiligung genutzt und gefördert werden sollte (vgl. ebd., S. 29), da sich in Gemeinden stetig ein Zusammenhalt der Gesellschaft formiert (vgl. Hummel, 2009, S. 5). Davon abzuleiten ist die Bedeutsamkeit des bürgerlichen Engagements (vgl. Henkel, 2015, S. 328) und die damit einhergehende Chance, Selbstorganisation als Potenzial für kommunale Resilienz anzusehen.

Ein denkbare Projekt bezüglich organisierter Nachbarschaftshilfe und Dienstleistungen, ist bspw. eine Art Tauschbörse, die sich auf Dienstleistungen stützt. Prinzip einer Tauschbörse ist es, dass Arbeit gegen Arbeit ohne Bezahlung getauscht wird. Um eine Implementierung dieses Dienstleistungstausches zu gewährleisten, konnte angelehnt an die Methodik der Bürger\*innenbeteiligung im Rahmen eines begleiteten World-Cafés / Forums (vgl. Schmettow et al., 2016, S. 16) ein erstes themenbezogenes Brainstorming erfolgen. Bürger\*innen wurden beim dritten Bürgerforum in diesem Zusammenhang eingeladen, konstruktiv miteinander zu planen, welche Dienstleistungen zwischen Jung und Alt nutzbringend, ressourcenfördernd und unter Berücksichtigung aller Diversitätsmerkmale getauscht werden könnten, um somit zusätzlich neue Begegnungsräume zu schaffen (Abbildung 8).

Bei der Konkretisierung wurden im Verlauf des dritten Bürgerforums folgende Ergebnisse festgehalten:

**Biete:** Schwimmkurse, Fahrdienste mit Anruf, Erfahrungsbasierte Beratung / Begleitung bei rechtlichen Angelegenheiten, barrierefreie Bewegung in der Natur, Hausaufgabenhilfe, Kinderbetreuung, Fahrt und Begleitung bei Arztbesuchen, Kreativangebote, handwerkliche Tätigkeiten, Haustierbetreuung, Lesenachmittag oder Gartenarbeit.

**Suche:** Schwimmbad, Fahrgemeinschaft, Beziehung, Fahrdienste mit Anruf, wöchentlich terminierte Einkaufsfahrt, Einkaufsgruppe, Unterstützung bei Bedienung von Smartphone- und Computerbedienung und handwerkliche Tätigkeiten.



Abbildung 8: Drittes Bürgerforum, Rockenhausen

Bei dem vierten und letzten Bürgerforum wurden die gesammelten und ausgewerteten Ergebnisse des dritten Forums präsentiert und mögliche Wege für die Zukunft, wie die Vernetzung und Förderung bestehender Bürger\*innenaktivitäten, aufgezeigt, denen mit Zustimmung seitens der Bürger\*innen begegnet wurde. Erkennbar wurde auch bei diesem Forum der Wunsch nach aktiver Beteiligung und Mitwirkung bezüglich Begegnungsstätten und Dienstleistungstausch und das Interesse an der Verknüpfung von Theorie und Praxis. Da Beschäftigung untereinander belebend sei, wünschen sich anwesende Bürger\*innen eine praktische Umsetzung, äußerten jedoch die Sorge, dass bei konkreter Aktivierung keine Nachfrage mehr bestehe. Die Widersprüchlichkeit von Angebot und Nachfrage sei bei verschiedenen Angeboten in der Vergangenheit zum Tragen gekommen. Teilweise seien die Menschen im Donnersbergkreis aufgrund von weiten Arbeits- und Heimwegen sehr belastet. Eine Vereinbarung von gemeinsamen Zielen und Bereitschaft zu einer Anpassungsfähigkeit bzgl. Veränderungen seien in diesen Fällen von hoher Bedeutung. Erwähnenswert ist die Aussage eines Bürgers, der verlautbarte, dass ein Resonanzraum in Verbindung mit Wohlbefinden stehe. Bestehende Resonanz trage in hohem Maße zur Gesundheit bei, zufrieden sei er insbesondere durch wertvolle Begegnungen. Des Weiteren bot er selbst einen Begegnungsraum an; ein anderer Bürger berichtete von einem regelmäßigen Treffen, bei denen sich Bürger\*innen untereinander mit der Bedienung von Smartphones unterstützen. Vor diesem Hintergrund erfolgte eine Vernetzung unter diesen Personen, eine „Handybegegnungsstätte“ solle ins Leben gerufen werden.

Die Forschungsergebnisse aus den vier Bürgerforen wurden auf dem 28. Alzeier Symposium für Prävention und Früherkennung Psychischer Erkrankungen am 14.11.2018 in der Rheinhessen-Fachklinik Alzey vorgestellt und im Rahmen eines Workshops an multiprofessionelles Fachpublikum durch die Projektbeteiligten vermittelt.

### 3.5 Interviews

#### 3.5.1 Durchführung

Die Interviews mit Bürger\*innen der Verbandsgemeinden Rockenhausen und Rockenhausen Stadt wurden durch (Master-) Studierende der Pflegewissenschaften der Katholischen Hochschule Mainz durchgeführt, welche im Vorfeld an einem Training zur Methode im Rahmen eines Seminars teilnahmen. Die Interviews wurden spontan mit Passant\*innen durchgeführt, welche im Vorfeld über den Zweck der Interviews aufgeklärt wurden und eine Datenschutzerklärung unterschrieben. Nach der Interviewphase erfolgte die Transkription anhand des vereinfachten Transkriptionssystems nach Dresing & Pehl (2011) durch einen externen Dienstleister.

#### 3.5.2 Auswertung

Die Analyse des Materials erfolgte in zwei Schritten: Paraphrasierung und Kategorienbildung. Nach (Mayring, 2010) wurde die Paraphrasierung in drei Schritten durchgeführt. Zuerst wurden für die Forschung irrelevante Satzbestandteile entfernt, anschließend erfolgte die Umformulierung auf eine einheitliche Sprachebene, und zuletzt die Transformation in eine grammatikalische Kurzform, beziehungsweise ein einzelnes Wort. Bedeutungsgleiche Paraphrasen wurden im nächsten Schritt (Reduktion) zusammengeführt. Ging aus der Paraphrase nicht eindeutig hervor, wie diese von Interviewpartner\*innen gemeint war, wurde auf den Kontext des Interviews (d.h. z.B. zu einer früheren Zeit getroffene Aussagen) zurückgegriffen. Im zweiten Reduktionsschritt wurden sinnähnliche Paraphrasen zusammengeführt (Bündelung), so dass am Ende eine beachtliche Datenmenge an Paraphrasen stand, auf deren Basis eine Kategorienbildung erfolgte.

Die Kategorienbildung selbst erfolgte nach der von Brunner und Mayring (2010) beschriebenen qualitativ orientierten Inhaltsanalyse. In Abgrenzung zur traditionellen qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) werden hierbei auch quantitative Merkmale der Texte einbezogen, etwa die Häufigkeit eines Vorkommens bestimmter Inhalte oder Verbindungen zwischen solchen. Das Verfahren selbst ist theoriefrei, d.h. Priorität hat vielmehr das Zusammenfassen von Texten (in diesem Fall den Interviews) zu Sinneinheiten (Kategorien). Dabei folgt die qualitative Inhaltsanalyse einem festgelegten Ablauf. Die Kategorien entstehen in einer Rückkopplungsschleife, sodass sowohl vorhandene Kategorien (deduktiv) genutzt oder modifiziert als auch induktiv abgeleitet werden können (Mayring, 2000b). Dementsprechend wurde die Methode vor allem genutzt, um kategoriale Informationen zu aggregieren.

### 3.5.3 Ergebnisinterpretation

In einem abschließenden Schritt wurden einer Textstelle eine oder mehrere Kategorien zugeordnet. Die hierdurch entstandenen Überschneidungen sind dabei Grundlage der Interpretation von Aussagen, wobei neben dem bloßen Vorkommen einer Überschneidung auch in die Interpretation einfließt, wie häufig und in welchem Kontext sich Kategorien überschneiden.

Konkret umgesetzt wurde die Überschneidungsanalyse mittels einer in der Software MAXQDA erstellten Code-Relationsmatrix. Hierbei werden alle gefundenen Kategorien sowohl als Spaltenüberschriften, als auch parallel als Zeilenbenennungen eingefügt. In den Zellen der so entstehenden Tabelle ist die Häufigkeit des gemeinsamen Auftauchens der Kategorien abgetragen. Über diese Matrix wurden mittels des Programmes yEd Visualisierungen erzeugt, wie *Abb. 8+9*. Durch diese wiederum konnten Themenschwerpunkte, d.h. solche Themen mit vielen Querverweisen zu anderen Themen, ebenso identifiziert werden wie die Häufigkeit gemeinsamer Nennungen.

Eine Interpretation der Ergebnisse über die reine Inhaltsanalyse hinausgehend, erfolgte vor allem durch das Berücksichtigen eben dieser Zusammenhänge sowie der Art und Weise, wie über diese berichtet wurde. So wurde beispielsweise das Thema der Mobilität stets im Zusammenhang mit Mängeln genannt. Zur Interpretation wurden technische Hilfsmittel in Form der Software MAXQDA für die Zuordnung genutzt.

Darüber hinaus flossen in die Interpretation auch Informationen über den / die Interviewpartner\*in ein, etwa ob diese sich als „zugezogen“ oder „alteingesessen“ beschrieb, aber auch demographische Faktoren wie erwähnter Besitzstand, Alter und berufliche Situation.

Mit dem Programm yEd Graph Editor (yWorks GmbH, 2018) wurden auf der Grundlage der Interviews Visualisierungen der in der qualitativen Inhaltsanalyse gefundenen Themen gebildet.

Abbildung 9 zeigt die übergeordneten Kategorien in einer kreisförmigen Anordnung. Die Verbindungen zwischen den Elementen korrespondieren in ihrer Stärke mit der Häufigkeit mit der die Themen im gleichen Kontext von Probanden angesprochen worden sind, wobei pro Interview eine Kombination von Themen nur einmal gewertet wurde, um eine Kumulation von gemeinsamen Nennungen durch Wiederholungen durch eine Person zu vermeiden. Im Ergebnis zeigt sich etwa, dass Gemeinschaft oder Sport & Freizeit häufig im gleichen Kontext genannt wurden.



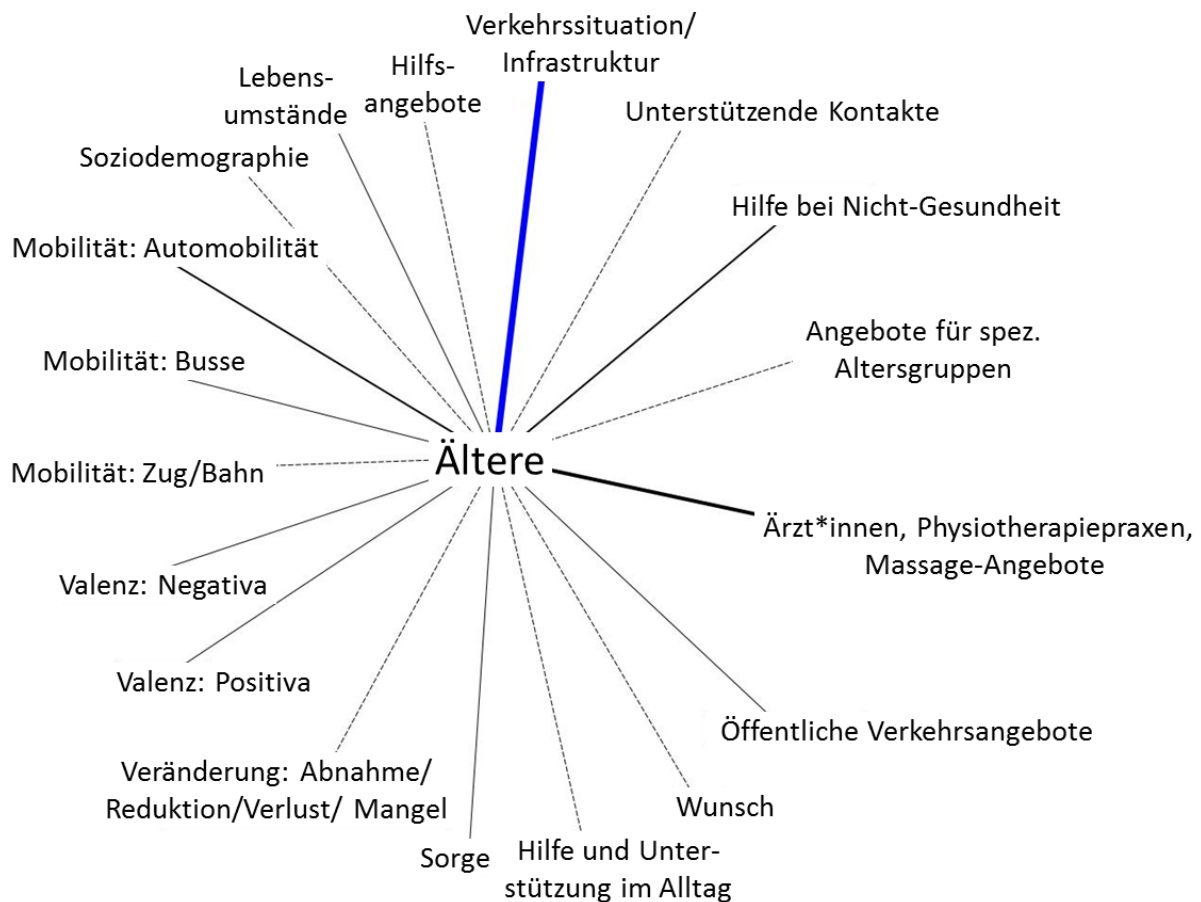


Abbildung 9: Interviews / Korrelationen (eigene Darstellung / Hünninghaus 2018)

Abbildung 9 zeigt nach dem gleichen Prinzip als Kern das Thema „Ältere“ und die mit ihm assoziierten Themen (Querverbindungen zwischen diesen wurden nicht dargestellt), wodurch die enge Verbindung zwischen dem Thema „Ältere“ und dem Thema „Verkehrssituation / Infrastruktur“ verdeutlicht wird.

Die Visualisierung der Antworten in grafische Bezugspunkte sind als Ansatz für die Sichtbarmachung von Zusammenhängen zu verstehen. Weitere Untersuchungen auf der Basis der vorliegenden Daten können im Anwendungskontext in Handlungsoptionen überführt werden.

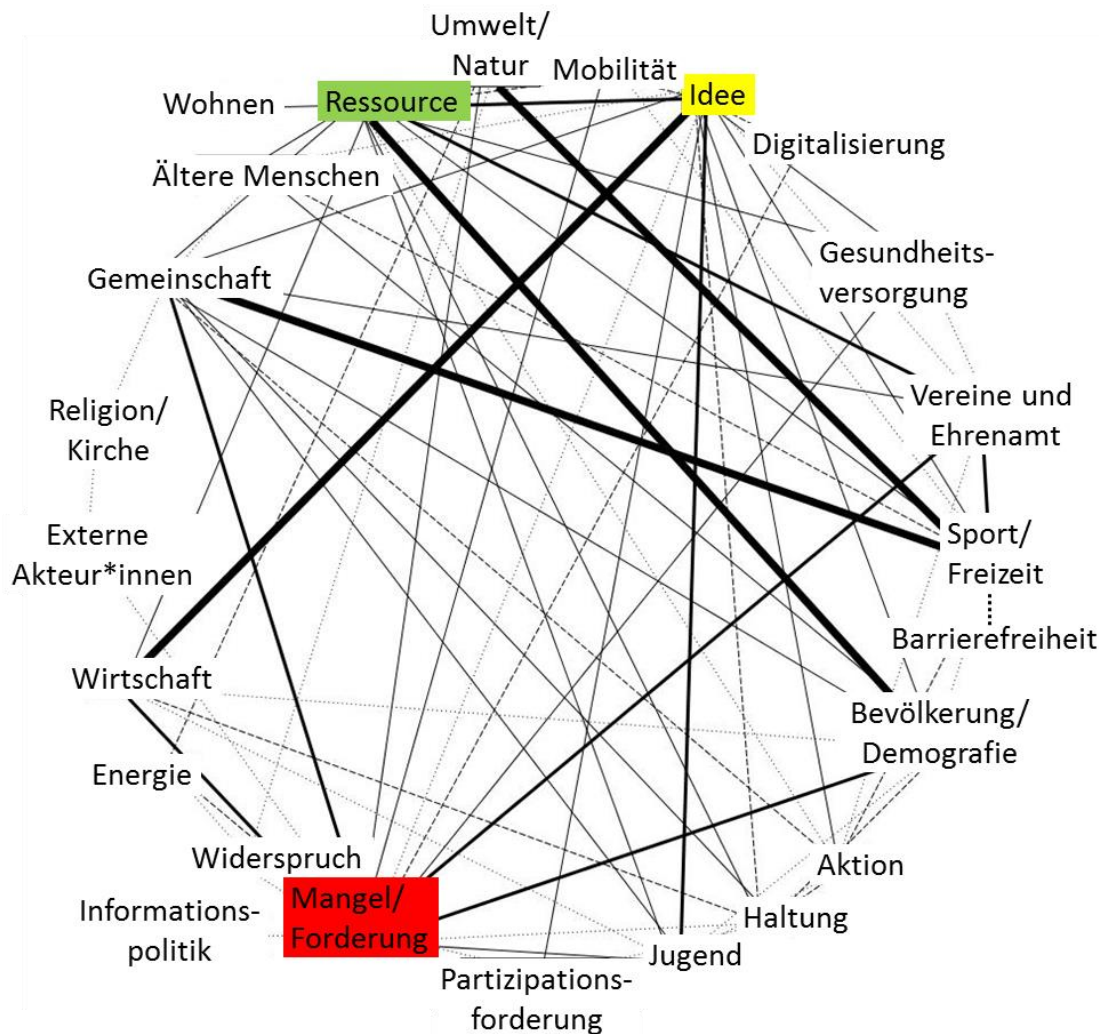


Abbildung 10: Interviews / Ältere (eigene Darstellung / Hünninghaus 2018)

### 3.5.4 Resultate

Im Kern lassen sich mit diesem Vorgehen folgende Hypothesen bilden:

- Vereine werden als wichtiger Motor für die Gemeinschaft und für die Gesundheit identifiziert, in dem Sinne, dass sie häufig als mit diesen Themen assoziiert beschrieben wurden - allerdings seien sie durch Nachwuchsmangel gefährdet, d.h. die Konnotation ist oftmals eine besorgte.
- Ein funktionaler Gesundheitsbegriff ist dominierend. Das kann daran festgemacht werden, weil vor allem das Erfüllen von Alltagsfunktionen als „gesund“ definiert wird und eine Unfähigkeit den eigenen Alltag zu meistern, als „krank“.
- Natur wird als wichtige Ressource gewertet, hauptsächlich für die persönliche Erholung.
- Besitzstand wird als sehr wichtig und positiv angesehen (Sesshaftigkeit).
- Dörfer der Verbandsgemeinde lassen sich als sehr heterogen beschreiben. Konkret existiert in einzelnen Dörfern noch ein intaktes Vereinsleben, während es in anderen fehlt.
- Unterschiedliche Ansichten und Bedürfnisse bei Jung und Alt werden identifiziert ebenso wie,

- unterschiedliche Ansichten und Bedürfnisse bei Eingesessenen und Zugezogenen mehrfach benannt werden.

### Gesundheitsfürsorge und Gesundheitsbegriff

Sport und Bewegung werden in 9 von 17 Interviews mit Gesundheitsfürsorge assoziiert. Ebenfalls damit in Zusammenhang gebracht wird in 3 von 17 Interviews das Thema Ernährung. Es wurden folgende Definitionen von Gesundheit in den Interviews genannt: Funktionaler Gesundheitsbegriff, d.h. Gesundheit wird dann angenommen, wenn die Person ihrem Beruf nachgehen kann („*Und als Selbstständiger können Sie nicht krank sein. Sie gehen schaffen mit dem Kopf unter dem Arm*“ – Bayerfeld 02) oder noch autonom ist („*Und Gesundheit ist halt, also dass man seine Lebensqualität halt noch / Dass du noch laufen kannst und dass du im Kopf noch klar bist. Und hier musst du auch eigenständig sein. Also Auto fahren können, ist hier eigentlich Pflicht.*“ – Bayerfeld 01). Die eigene Gesundheit wurde zweimal mit der Gesundheit Dritter eng verwoben beschrieben („*Ich fühle mich wohl, wenn es meinem Mann gut geht. (seufzen) Und mir einigermaßen.*“ – Rockenhausen 04, „*Gesundheit ist, wenn es der Familie gut geht*“ – Rockenhausen 02). Die Definition von „Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit“ wird in 8 von 17 Interviews aufgeführt und wird damit so häufig wie der funktionale Gesundheitsbegriff genannt. Es besteht zwischen den beiden Gesundheitsbegriffen auch in drei Interviews eine Assoziation. Gesundheit wird als subjektives Wohlbefinden definiert und mit Fitness in Verbindung gebracht (7 von 18 Interviews). In drei Interviews wird Gesundheit direkt mit der Gesundheitsfürsorge in Zusammenhang gebracht. Ein explizit auf seelisches Wohlbefinden ausgerichteter Gesundheitsbegriff taucht in zwei Interviews auf.

### Gesundheitsversorgung

Für die meisten Menschen der Region ist die Versorgung mit Hausärzt\*innen innerhalb der gleichen Region sichergestellt („*Mit dem Hausarzt sind wir noch gut versorgt*“ - Rockenhausen 04; „*Und haben auch in Rockenhausen einen guten Arzt wo ich zufrieden bin mit*“ - Rockenhausen 06). Auch scheinen die meisten Interviewpartner\*innen mit ihrem Hausarzt oder ihrer Hausärztin zufrieden zu sein. Jedoch ist den Menschen der Region durchaus bewusst, dass die meisten Hausärzt\*innen älter sind, und ein entsprechender Mangel wird befürchtet; insbesondere in Bezug auf ältere Menschen und deren nur eingeschränkte Mobilität bezüglich des Erreichens der Arztpraxen werden Sorgen deutlich („*Aber für ältere Leute, die alleinstehend sind und die niemanden haben, ist es schon schwieriger*“ - Rockenhausen 04). Die Erfahrung mit Fachärzt\*innen wird nicht unbedingt als problematisch beschrieben („*Da gehe ich schon seit 15 Jahren hin, war dann ganz fasziniert drüber, als ich mir letztes Jahr den Meniskus abgerissen habe, dass ich in Rockenhausen binnen einem Tag einen Termin für einen MRT hatte, woanders hätte ich überall vier Wochen warten müssen*“ – Gundersweiler 02). Probleme werden hinsichtlich der Vernetzung von medizinischen Leistungen angedeutet. So berichtete eine Frau aus Rockenhausen: „*Also ich habe mir den Fuß gebrochen vor sieben Wochen, samstags, abends dummerweise und habe da wirklich bis nachts um halb drei gesessen. Und das kann eigentlich mal nicht sein für ein Röntgenbild. Und dann muss man wieder zurück, und dann kriegt man die Röntgenbilder nicht mit, dann musste ich da wieder hinfahren, musste mit den Krücken da quer durch die Pampa laufen und das Zeug abholen und so. Das wäre hier ja alles zentraler. Dann gibt es hier auch keine Chirurgie in Rockenhausen, wüsste ich, außer dieser Handchirurgie. Aber die macht keine Füße, also musste ich wieder nach Weilerbach in die Richtung oder Kaiserslautern oder Kreuznach.*“ Die Versorgung der Region mit Fachärzt\*innen scheint jedoch nur für bestimmte Facharztgruppen unproblematisch (Radiologen und Orthopäden). Fachärzt\*innen abseits bestimmter Disziplinen lassen sich nicht unbedingt in der Region finden („*Wenn du dann aber einen Facharzt brauchst, dann wird es schon eng. Dann musst du halt irgendwo / Aber dann musst du dann eh im Umkreis suchen, genau,*

*also da fährst du auch mal 20, 30 Kilometer"* - Steckweiler 01). In drei Interviews wurde angegeben, dass die im speziellen Fall benötigten Fachärzt\*innen nur außerhalb der Region zu finden seien; ein Mangel der bei den Hausärzt\*innen so nicht auftrete.

Das Krankenhaus nimmt demgegenüber eher eine kleine Rolle ein, es entsteht phasenweise sogar der Eindruck, als sei eine gut etablierte Notfallversorgung relevanter als ein Krankenhaus<sup>1</sup>, so wird der Themenkomplex „Notfallversorgung“ eher in einem Atemzug mit Hausärzt\*innen und Fachärzt\*innen genannt, als im Zusammenhang mit der Klinik. Die Psychotherapie hingegen fand in den Interviews keine Erwähnung, lediglich zwei junge Menschen sprachen von der Notwendigkeit „psychologischer Gespräche“ (*"I: Müssen das psychologische Gespräche sein oder einfach egal wer? B2: Ja, so eigentlich auch schon ein bisschen psychologisch"* - Rockenhausen 08), allerdings waren diese bereits hinsichtlich Konsultationen psychotherapeutischer Kräfte erfahren. An sonstigen Gesundheitsdienstleister\*innen wurden lediglich Physiotherapeut\*innen erwähnt. Diese seien allerdings auf Rockenhausen konzentriert (*"Das ist halt, ja, schon schwierig. Und wenn man dann ganz weit fahren muss, ist das schon sehr zeitaufwändig."* - Gundersweiler 01) und relativ ausgelastet (*"weil man in Rockenhausen selten schnell einen Termin bekommt, wenn es jetzt akut ist"* - Gundersweiler 02). Aufsuchende Physiotherapie wird gewünscht, wird aber nicht angeboten.

Positiv erwähnt wird der Service von Apotheken, Medikamente auch auszuliefern (*"Den einzigen Vorteil, den man hier hat, ist wirklich, dass die Apotheken einen halt beliefern kostenfrei"* - Gundersweiler 02). Zwei Personen bezeichneten zudem gesundheitliche Leistungen als wenig relevant, andere deuteten an, Ärzt\*innen nur in Notfällen aufzusuchen. Auch dies deckt sich mit dem Eindruck, dass die Notwendigkeit von Ärzt\*innen nicht in der Vorsorge und Prävention gesehen wird, sondern in ihrer Verfügbarkeit bei Krankheitssymptomen.

### Selbstwahrnehmung der Menschen der Region

Wie beschreiben die Menschen der Region sich und ihre Mitmenschen? Eingeflossen in dieses Thema sind sowohl die Beschreibungen der Menschen über sich selbst, als auch die Beschreibung ihrer Mitmenschen. Hierbei wurden positive wie negative Eigenschaften beschrieben, welche die Menschen als typisch für ihre Region sahen, wenngleich eine Veränderung zum negativen hin mehrfach angedeutet wurde. Konkret wurde in einem Interview eine zunehmend egoistische und selbstbezogene Haltung beschrieben (*"Man unternimmt nicht mehr so viel miteinander. Alle machen nur noch ihr eigenes Ding"* - Rockenhausen 07), bzw. ein zu großer Fokus auf Geld bemängelt (*"Aber das zählt scheinbar nicht. Sie sieht nur: 'Was habe ich brutto? Ich habe aber so viele Abzüge an Krankenkasse."* - Bayerfeld 02) oder fehlende Initiative angemahnt (*"Die Menschen sind ein Stück weit satt, und dann hängt man sich an Kleinigkeiten auf"* - Rockenhausen 05). So wurde es als schwer bis unmöglich angesehen, sich in bestehende Dorfgemeinschaften als Zugezogene zu integrieren (*"Aber wenn hier (Dannbacher) (unv.) [gemeint war ein Dörnbacher Dorffest] im September ist und dann immer / Und aufs Brot geschmiert. „Du bist kein (Dannbacher). Du wirst keine[r]"* - Rockenhausen 08; *"Ist schwierig, in so einem Dorf, wenn man zugezogen ist oder so, dann ist es sehr schwierig"* - Gundersweiler 02). Ebenso wird von Diesen mangelnde Hilfsbereitschaft angemahnt (*"Das ist sehr, sehr schwierig. Sehr, sehr schwierig. Also ich kann nur eine Situation sagen: Hier ist Einer letztes Jahr gestürzt im Vorgarten, ein junger Mann, und der hat um Hilfe geschrien. Und erst als der Krankenwagen*

---

<sup>1</sup> An dieser Stelle widersprechen die Aussagen der Interviewten den Beobachtungen der Bürger\*innen auf den Bürgerforen und den Medienberichten über die bevorstehende Schließung der Inneren Abteilung des regionalen Krankenhauses. Dieser Widerspruch müsste für eine aussagekräftige Auswertung genauer untersucht werden.

*mit Blaulicht kam, haben dann alle mal die Fenster aufgemacht und gefragt: 'Warum kommt denn der Krankenwagen?', anstatt dem zu helfen." - Gundersweiler 02).*

Dieses eher pessimistische Bild findet sich allerdings nicht durchgehend wieder: in vier der Interviews wurde die Nachbarschaft positiv beschrieben. So bezeichnete eine andere Interviewpartnerin, auch Zugezogene, die Menschen der Region als hilfsbereit (*"Also für Blumengießen und so das, ist die Nachbarschaft schon eigentlich da, also müssen wir schon sagen."* - Bayerfeld 02) und die Nachbarschaft insgesamt als gut (*"Eine gute Nachbarschaft haben wir zum Beispiel"* - Rockenhausen 02) sowie in ihrer Form erhaltenswert (*"Die Nachbarschaftshilfe und das ganze Dorfgeschehen, dass das noch ein bisschen bleibt."* 2 - Rockenhausen 06). Es scheint weiterhin auch so, als sei die Nachbarschaft nicht nur gefragt, wenn es um konkrete Hilfe gehe, sondern auch darüber hinaus als positiver Sozialkontakt.

Eine mögliche Erklärung für diese unterschiedlichen Sichtweisen könnte darin liegen, dass die Region Donnersbergkreis nicht als homogen angesehen werden kann. Die Interviews deuten vielmehr darauf hin, dass es zwischen den Dörfern Unterschiede geben könnte, welche für die Planung der Handlungsoptionen durchaus relevant sein könnten.

### Sozial-, Gemeinde- und Vereinsleben

In Bezug auf die Vereine stellt sich das Bild zwischen den Interviewpartner\*innen sehr unterschiedlich dar. Es kommt hierbei sehr stark auf das einzelne Dorf (bzw. Stadt) an, ob ein Vereinsleben existiert, und wie stark dieses genutzt wird. In den Interviews aus Bayerfeld wird ein eher pessimistisches Bild gezeichnet (*"Also Vereine sind hier immer weniger. Anscheinend ist die Tendenz so, dass die Vereine nicht mehr so frequentiert werden. Also man hat hier auch hier keinen Sportverein oder so."* - Bayerfeld 01; *"Es gab immer Gesangsverein. Es gab auch andere Vereine. Aber das ist alles eingeschlafen. Zu Fertig"* - Bayerfeld 02; *"I2: (...) Und seid ihr hier irgendwo in einem Verein oder so? Oder gibt es irgendetwas, irgendwie? B2: Mhm (verneinend)"* - Bayerfeld 03). In Gundersweiler hingegen wird von einem Reitverein berichtet, sowie von einem Kulturverein, einem Gesangsverein und einem Sportverein, welche auch einen großen Anteil an der Gestaltung des Dorflebens haben (*"Die machen da etwas."* - Gundersweiler 03) und auch von jungen Menschen genutzt werden (*"Die Jungen sind in dem Scheißverein überall drin"* - Gundersweiler 03). Auch für Rockenhausen selbst wird das Vereinsleben als vielfältig und gut beschrieben. Nur wenige Aussagen lassen Schlüsse über die Gründe des "Vereinssterbens" zu. So wird einerseits die mangelnde Motivation und zunehmender Egoismus der Leute selbst als Ursache ausgemacht (*"Alle machen nur noch ihr eigenes Ding"* - Rockenhausen 07), andererseits wird das Ausscheiden älterer engagierter Mitbürger\*innen (*"weil die Alten dann sozusagen weggestorben sind oder zu alt wurden und nicht mehr konnten"* - Steckweiler 01) und fehlende Engagierte mittleren Alters benannt (*"[...] nur noch zwei, drei Engagierte in meinem Alter und dann / und da kam nichts nach"* - Steckweiler 01). Diese Entwicklung wird von anderen Interviewpartner\*innen auf das Gemeinschaftsleben allgemein übertragen (*"Gut, die Gemeinschaft. Früher war das halt besser mit Gemeinschaft und so. Es lässt halt nach"* - Imsweiler 01).

Zwei Kommentare beziehen auch die Rolle der Jugend hierbei ein. Zum einen umfasst deren generelles Abnehmen auch negative Auswirkungen auf die Gemeinschaftsgestaltung, zum anderen werden allerdings auch Konflikte zwischen Jugendlichen und (andeutungsweise) älteren Menschen beschrieben (*"Und dann ist in der letzten Zeit, ist er [Jugendtreff] wieder ein bisschen aufgelebt (heute?), aber die Nachbarschaft beschwert sich wegen Radau abends so"* - Imsweiler 01; *"Und vereinzelt kommen die dann ins Sportheim. Die Älteren. Und dann sagen, ach nein. Hier fühle ich mich ja gar nicht wohl. Da wird bloß geraucht und getrunken"* - Rockenhausen 04). Es scheint also neben

einer generellen Abnahme der Jugend auch ein zunehmendes „Auseinanderleben“ zwischen Jugendlichen und älteren Mitbürger\*innen zu geben.

In sechs Interviews wird die Familie als positiv gesehen, in einem Interview wird sie negativ beschrieben (jedoch vor einem individuellen Hintergrund). Der Familie kommt übereinstimmend eine große Rolle in der Alltagshilfe zu (in sechs Interviews wurden die Punkte Familie und Alltagshilfe verbunden), etwa hinsichtlich des Themas Mobilität (*"Mein Mann kann zum Glück jetzt noch fahren"* - Rockenhausen 04). Die Hilfe geht hierbei scheinbar in beide Richtungen, d.h. sowohl helfen die Kinder den Eltern als auch vice versa.

Die Befragten sehen Gesundheitsvorsorge vor allem in den Bereichen Sport und Bewegung. Die seelische Gesundheit spielt für die Menschen in den Interviews keine große Rolle, wenn sie erwähnt wird, wird sie meistens entweder als Nebenprodukt körperlicher Gesundheit, Fitness oder Funktionsfähigkeit gesehen. Ohnehin scheint das vorherrschende Gesundheitsmodell der Befragten eher einem funktionalistischen Gesundheitsmodell zu entsprechen, das durch die Abwesenheit von Krankheit definiert wird.

Als relevanter und zugleich kritischer Punkt für die Befragten ließ sich der Zeitmangel identifizieren. Er wird als ursächlich für mangelnde sportliche Betätigung (*"Zum Sport habe ich im Moment keine Zeit"* - Rockenhausen 06) und indirekt ungesunde Ernährung gesehen (*"Man muss es halt auch tun, aber Anbauen [von Lebensmittel] kostet viel Arbeit und viel Zeit, das haben die Leute meistens auch nicht."* - Steckweiler 01). Ein weiterer kritischer Punkt wird mit dem zurückgehenden Vereinsleben in Verbindung gebracht (*"Es gab auch andere Vereine. Aber das ist alles eingeschlafen. Zu. Fertig."* - Bayerfeld 02).

Möglicherweise ist eine zu starke Fokussierung auf den Begriff der Gesundheit verantwortlich dafür, dass einige Themen, die sich mit dem Feld der Resilienz durchaus überschneiden könnten, nicht angesprochen wurden bzw. keinen Niederschlag in den Interviews fanden. So zeigen die Interviews zwar andeutungsweise auf, was den Menschen in der Region wichtig ist (Besitzstand, soziale Kontakte, Familie und die Mittel dieses zu erreichen, bzw. zu halten), übergeordnete Fragen, wie Lebensziele- und Werte, bleiben aber vage.

## 4 Gesundheitsförderung im Donnersbergkreis

### 4.1 Gelingensbedingungen für Gesundheitsförderung im ländlichen Raum

Das Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsverhalten unterscheidet sich in ländlichen und städtischen Räumen nur geringfügig. Hier gibt es eher milieubedingte oder regionale Besonderheiten (vgl. Beetz 2018). Das ist zunächst einmal interessant. Die Angebote im Bereich Gesundheitsversorgung und Bildung sind aber in der Regel häufiger in urbanen Räumen vorhanden und entsprechend vielfältig. Im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz (Schaeffer et al. 2018) werden bestimmte soziodemografische Merkmale genannt, die die Faktoren von Gesundheitskompetenz beeinflussen, wie ein geringer Bildungsgrad und ein niedriger sozialer Status, das Vorhandensein eines Migrationshintergrundes, ein höheres Lebensalter und das Vorliegen chronischer Erkrankungen (ebd.). Hier spielt der ländliche oder städtische Raum keine Rolle, bzw. wurden diese Kausalzusammenhänge in der Studie (Schaeffer et al. 2016) nicht untersucht.

Das Dokument legt aufgrund der vorausgegangenen Studien dar, dass sich ein Mangel an Gesundheitskompetenz erschwerend auf Menschen auswirkt, die gesundheitsbezogene Entscheidungen treffen müssen (Schaeffer et al. 2018). Schwierig wird es vor allem deshalb, weil Gesundheitskompetenz von vielen Faktoren abhängig ist, wie gesellschaftliche, lebensweltliche und soziale Bedingungen unter denen Menschen leben. Im Aktionsplan wird deshalb für eine dringende Bearbeitung der Rahmenbedingungen im deutschen Gesundheitssystem geworben, um die Lebenswelten Bildung, Arbeit, Konsum, Kommunen und Medien in die Förderung der individuellen Gesundheitskompetenz einzubeziehen (ebd.). Präventionsgesetze, die im Grunde Gesundheitsförderung auf Bundesebene rechtlich einbetten, gibt es in den SGB V, VI, VII, VIII, XI und im IfSG (vgl. Ross et al. 2019, S. 146). Die Gesetzlichen Kranken- bzw. Gesundheitskassen geben für Prävention und Gesundheitsförderung derzeit weniger als ein Prozent ihrer Gesamtkosten aus (vgl. ebd. S. 147). Das PrävG (Präventionsgesetz), das seit 2015 in Kraft ist, fördert neue partizipative Strukturen auf Landes- und Bundesebene. Die Entwicklungen, die sich aus diesen rechtlichen Rahmenbedingungen ergeben werden, sind aufgrund der geringen Wirkmacht des Gesetzes noch nicht umfassend abzusehen.

In dem unter Punkt 2.3 angedeuteten Spannungsfeld zwischen kommunaler Resilienz und individueller Gesundheitskompetenz spielen verschiedene Faktoren im Sozialraum eine Rolle. Die Beteiligten zivilgesellschaftlichen Akteur\*innen einer Kommune müssen zunächst mit der Kommune ein gemeinsames Verständnis davon entwickeln, welchen Nutzen Gesundheitskompetenz für die Zivilgesellschaft in der Kommune hat. Gesundheitskompetenz - im internationalen Kontext Health Literacy - kann das Individuum bestenfalls dazu befähigen, gesundheitlich autonom und eigenständig zu leben (vgl. Schaeffer et al. 2018, S. 5). Dazu gehört der Aspekt, dass die Gesundheit durch kognitive und soziale Fähigkeiten gesichert werden kann, z.B. indem Personen sich gesundheitsrelevante Informationen erschließen, diese verstehen und effektiv zur Gesundheitserhaltung nutzen (vgl. ebd.) „Health Literacy umfasst [...] weitaus mehr als funktionale Fähigkeiten, zielt generell auf den kompetenten Umgang mit Gesundheitsinformation und wird [...] als Voraussetzung der Gesundheitserhaltung bezeichnet [...]“ (ebd.). Ziel gemeinsamer Aktivitäten von Kommune und zivilgesellschaftlichen Akteur\*innen sollte es ergo sein, gesundheitsfördernde Prozesse anzustoßen, die im Ergebnis Lebensqualitätspotenziale steigern können. Darüber hinaus spielt die Kommune im Sozialraum für die Umsetzung und Implementierung von integrierten kommunalen Strategien eine tragende Rolle. Besonders, da die maßgebliche Verantwortung für Daseinsvorsorge bei den Kommunen liegt bzw. von diesen koordiniert wird. Hier liegen Potenziale für ländliche Räume, um Gesundheitsförderung z.B. in Form von öffentlichen Veranstaltungen, Messen oder Aktionstagen

gemeinsam mit Bildungsinstitutionen, Wohlfahrtsverbänden, Sportvereinen, Fitness-Studios, Bürgerinitiativen bzw. Selbsthilfegruppen zu organisieren (vgl. Schaeffer et al. 2018, S. 37). Ein kombiniertes Anreizsystem z.B. in Form von Prämien oder öffentlichen Auszeichnungen ist eine weitere Möglichkeit, um als Kommune ggf. mit Geschäften (Gastronomie, Sportgeschäfte, o.Ä.) oder Beratungsstellen etc. zusammenzuarbeiten. Eine weitere wichtige Rolle für die Implementierung von Maßnahmen und der Bereitstellung von Ressourcen sind Forschungsprojekte, bzw. Ressourcen, die Datenerhebungen zur Gesundheitslage und Gesundheitskompetenz in der Kommune ermöglichen.

Weitere Gelingensbedingungen hängen mit finanziellen Ressourcen und Kostenfaktoren zusammen. Die Krankenkassen erreichten 2017 mit ihren Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention insgesamt 4,5 Mio. Menschen in 40.000 Settings (ohne betriebliche Gesundheitsförderung). Das sind etwa 36 % mehr Personen als im Vorjahr. Etwa 153 Mio. Euro, d.h. 2,21€ je versicherte Person wurden dafür etwa aufgewendet (vgl. Bauer 2018, S. 10). Bezogen auf die Vorjahre steigen diese Ausgaben tendenziell jährlich, was auf das relativ neue Präventionsgesetz (2015) zurückzuführen ist. An die Verfügbarkeit von Mitteln und Ressourcen sind Gelingensbedingungen für Gesundheitsförderungsprozesse geknüpft, die nur gemeinsam von Bund und Ländern entwickelt und getragen werden können.

Außerdem spielt die Privatwirtschaft als Akteurin für Gesundheitsförderung in einer Region unter Kostengesichtspunkten eine bedeutende Rolle. Es gibt bundesweite Bestrebungen für Formen der Gesundheitsförderung ausgehend von der Wirtschaft, die über betriebliche Angebote im Gesundheitsmanagement hinausgehen. In Form von Public-Private Partnerships im Kontext Public Health, werden Maßnahmen zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit entwickelt, die sich z.B. als Grundsatzvereinbarungen zwischen der Bundesregierung und diversen Wirtschaftsverbänden zur *Reduktions- und Innovationsstrategie Zucker, Fette und Salz in Fertigprodukten* wiederfinden (vgl. BMEL 2019). Ein anderer Ansatz der Unterstützung für Public Health durch die Wirtschaft besteht im Sponsoring von Aktivitäten, die Bevölkerungsgesundheit zum Ziel haben. Für solche Strategien ist eine funktionierende lokale Industrie bzw. Privatwirtschaft nötig, die wiederum von kommunaler Wirtschaftsförderung strategisch unterstützt werden kann. Die genannten Bestrebungen, Privatwirtschaft als Partnerin und Akteurin innerhalb von Kommune zu sehen, um Gesundheitskompetenz zu fördern, deuten auf komplexe Zusammenhänge innerhalb von regionalen Prozessen hin.

Für eine gute oder ausreichende ärztliche Versorgungssituation im ländlichen Raum spielen Krankenhäuser ggf. mit dezentralen Außenstellen eine entscheidende Rolle. In Deutschland sank die Zahl der Krankenhäuser im Zeitraum von 1991 bis 2017 jedoch von 2.411 auf 1.942 (Statistisches Bundesamt 2019). Um eine moderne, technische Ausstattung oder eine optimale personelle Situation für den Krankenhausbetrieb zu gewährleisten, sind diese von finanziellen Rahmenbedingungen abhängig. Fleßa und Gieseler beschreiben die überwiegend defizitäre finanzielle Situation von Krankenhäusern im ländlichen Raum, aufgrund von geringer Bevölkerungsdichte, Fachkräftemangel und der strukturellen Benachteiligung kleiner Häuser gegenüber großen (vgl. Fleßa / Gieseler 2016, S. 49). In diesem Sinne ist die Existenz von Krankenhäusern im ländlichen Raum trotz WHO-Ansprüchen und Erfordernissen einer zukunftsfähigen Versorgung auf dem Land tendenziell gefährdet (vgl. ebd.). Für eine umfassende Gestaltung von Gesundheitsförderungsprozessen im ländlichen Raum ist eine angemessene ärztliche Versorgungssituation unerlässlich. Kuhn ermittelt in ihrer Analyse für ein potentiell *Gesundheitszentrum Donnersbergkreis* den Behandlungsbedarf chronisch und psychisch kranker Menschen für diese Region. Am Standort des Pfalzklinikums in Rockenhausen steige die Anzahl der ambulanten und stationären Patienten (Trend Siehe Abb. 11) seit Eröffnung der Klinik, wohingegen die Anzahl der niedergelassenen Ärzte in der Region hingegen rückläufig sei (22.716



Bewohner\*innen = 1 Psychiater\*in) (vgl. Kuhn 2017). Im deutschlandweiten Vergleich kommen auf einen Psychiater durchschnittlich 13.845 Bewohner\*innen (Abbildung 11). Das bedeutet, dass in Rockenhausen fast doppelt so viele Bewohner\*innen bei Bedarf auf eine\*n Psychiater\*in angewiesen sind, gegenüber anderen Regionen. (vgl. Kuhn 2017) Diese Situation macht eine Neuausrichtung der Versorgungssituation im Donnersbergkreis unerlässlich (vgl. ebd.).

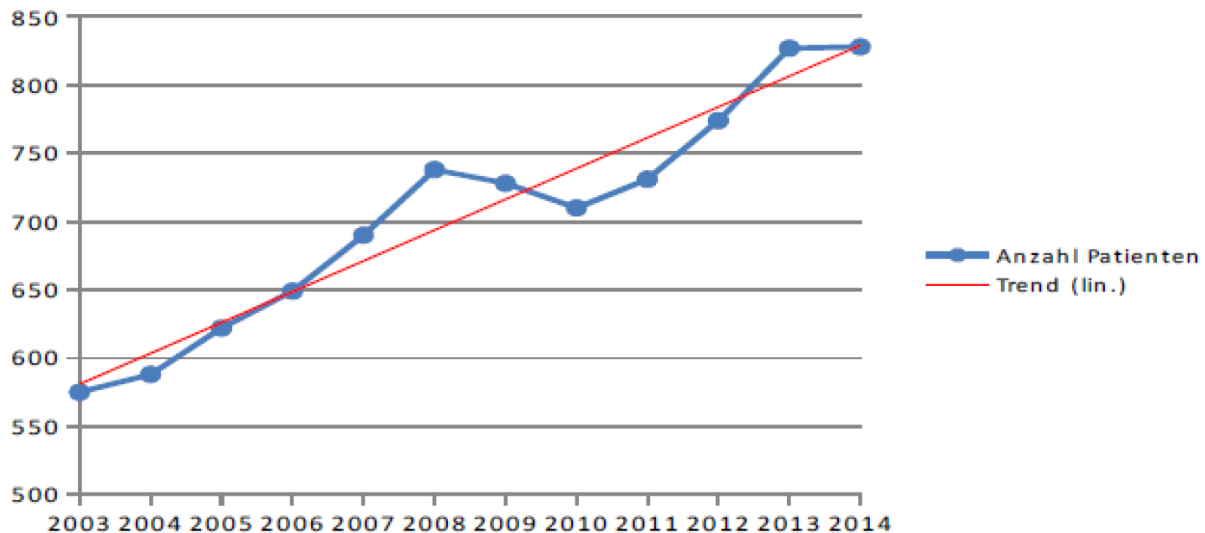


Abbildung 11: Anzahl der zu behandelnden Patienten mit psychischen Störungen im Donnersbergkreis, Kuhn

Die Themen *Mobilität* und *Digitalisierung* gehören außerdem zu den systemischen Bedingungen des ländlichen Raumes, die in den Bürgerforen und den Interviews als wichtige Bedarfe genannt wurden.

Aufgrund ihrer Funktion als Querschnittsthemen sind sie im Kontext von Gesundheitsförderung als Potenziale identifiziert und somit unter möglichen Gelingensbedingungen zu subsumieren.

#### 4.2 Ansätze für kommunale Gesundheitsförderungsprozesse

Die weiter sinkende Zahl vorhandener Krankenhäuser vor allem im ländlichen Raum trägt dazu bei, dass auch im Donnersbergkreis Veränderungen bezüglich der medizinischen Grundversorgung anstehen. Im Verlauf der Studie war das Thema bei allen Bürgerforen präsent. Im Masterplan 2025 des Westpfalz-Klinikum war unter anderem die Verlagerung der Abteilung für Innere Medizin von Rockenhausen nach Kirchheimbolanden vorgesehen (vgl. Guth 2018). Dieses Thema war während der Bürgerforen mit vielen Emotionen verbunden, vor allem auch wegen der Befürchtungen, die Schließung der Abteilung würde eine Schließung des Krankenhauses nach sich ziehen. Wenn es um die Gesundheitskompetenz bzw. -förderung ging, haben die Bürger\*innen das Vorhandensein aller notwendigen medizinischen Versorgungsbereiche als notwendig empfunden und beschrieben. Angesichts der demografischen Situation im Donnersbergkreis (Anlage 1, S. 26-27) ist die Versorgung von älteren Menschen mittels Prävention und Gesundheitsförderung durch die Gesundheitskassen im Kontext des Präventionsgesetzes gesetzlicher Auftrag (Ross et al. 2019, S. 145-147). Um diesem gerecht zu werden, braucht es Fachkräfte vor Ort bzw. gute ÖPNV Verbindungen (vgl. Franke 2015, S. 15). Gesundheitsförderung ist also abhängig von der Versorgungssituation, den vorhandenen medizinischen / gesundheitskompetenten Fachkräften und Mobilitätsressourcen.

In Ansätzen werden diese komplexen Zusammenhänge in der vorliegenden Studie deutlich. Das Pfalz-Klinikum möchte gemeinsam mit der Kommune und der Gesundheitskasse AOK lokale

Gesundheitsförderungsprozesse im Donnersbergkreis anstoßen und ausloten, in welcher Form kommunale Resilienz gefördert werden kann und welche Aktivitäten vor Ort stattfinden können.

Impulse kommen auch aus den Bereichen Internationale Ausstellungen, Gartenschauen oder Kulturhauptstädte. Häufig entsteht hier eine Dichte innovativer Konzepte für Wohnen, Gesundheitsvorsorge oder Kulturangeboten, die Good Practice Beispiele entstehen lassen und diese entsprechend öffentlichkeitswirksam dokumentieren. Um ein Beispiel dafür zu nennen, gibt es in Thüringen die Internationale Bauausstellung (IBA) bis 2023. Es heißt hier auf der Website: „Die IBA Thüringen entwickelt ressourcenbewusste Projekte mit gemeinwohlorientierten Werten in und für Thüringen“ (IBA Thüringen 2019). Das Projekt LANDENGEL ist eines davon. LANDENGEL ist eine digitale Plattform, die ortsübergreifend funktioniert. Sie beschäftigt sich mit kooperativen Vorsorgekonzepten auf dem Land und baut als Verein organisiert, mit zahlreichen Partnern ein Gesundheits-, Pflege- und Versorgungsnetzwerk in der Region Seltenrain auf. Ziel des Vereins ist es, im Zuge des demografischen Wandels nicht nur Gesundheitsdienstleistungen anzubieten, sondern soziale Isolation zu vermeiden und die Pflege, Altenhilfe und das Wohlfahrtswesen in ländlichen Regionen zu ermöglichen. Der IBA Kandidat entwickelt mit zahlreichen Partner\*innen ein zentrales Landambulatorium mit wichtigen Dienstleister\*innen unter einem Dach und mehreren dezentralen Gesundheitskiosken zur Versorgung in den umliegenden Gemeinden (vgl. Stiftung Landleben 2017).

Beispielhaft in dem Zusammenhang für kommunale Gesundheitsförderungsprozesse ist sicherlich auch das Programm „Präventionsketten Niedersachsen: Gesund aufwachsen für alle Kinder!“ Das Programm unterstützt niedersächsische Kommunen jeweils über einen Zeitraum von drei Jahren finanziell sowie durch Beratung, Begleitung und Weiterbildung beim Auf- und / oder Ausbau von Präventionsketten. Ziel des Projektes ist, die umfassende Teilhabe von Kindern bis zum Alter von zehn Jahren unabhängig von ihrer sozialen Herkunft an Angeboten und Maßnahmen öffentlicher und freier Träger und Initiativen zu fördern. Bis Ende 2022 sollen in bis zu 38 niedersächsischen Kommunen Präventionsketten in gemeinsamer Verantwortung der zuständigen Stellen (Bildung, Soziales, Gesundheit, Jugend) auf- bzw. ausgebaut werden. Antragsberechtigt sind die Landkreise und die kreisfreien Städte. In dieser Konstellation von Kooperation und Unterstützernetzwerken wird Gesundheitsförderung als gemeinsamer Prozess verstanden, der sich zwangsläufig über einen längeren Zeitraum erstreckt und damit gute Voraussetzungen für eine erfolgreiche Entwicklung dieses Ansatzes schafft.

### 4.3 Gesundheitsförderung mit Bürger\*innenbeteiligung im Donnersbergkreis

Für den Donnersbergkreis ist im Rahmen der vier Bürgerforen und den vorgeschalteten Sozialraumbegehungen eine Basis für konkretere Maßnahmen zur Gesundheitsförderung mit den Bürgerinnen und Bürgern geschaffen worden. Der Arbeitsprozess blieb im Jahr 2018 auf der Ebene identifizierter Handlungsbedarfe. Die Beteiligung der Bürger\*innen und ihre Bereitschaft, aktiv in einen Gestaltungsprozess einzusteigen blieb leider weit hinter den Erwartungen der Projektbeteiligten zurück, was sich insgesamt negativ auf die praktische Umsetzung der erarbeiteten Möglichkeiten auswirkte. Dies kann in einer abwartenden Haltung der Bürger\*innen gegenüber der Kommune angesichts der mittlerweile stattgefundenen Kommunalwahlen im Mai 2019 begründet liegen, aber auch andere Ursachen haben. Tatsächlich spiegelt das Wahlergebnis das Bedürfnis der Bürger\*innen nach einer Neuausrichtung der kommunalen Politik nach über 30 Jahren wieder. Für die älteren Menschen im Donnersbergkreis, das hat sich in den Begegnungen im Sozialraum gezeigt, sind Räume wichtig, die Teilhabe hinsichtlich Sport, Kultur und Bildung ermöglichen. Diese Bedarfe wurden während der Bürgerforen neben den bereits erwähnten Themenclustern „Mobilität“ oder

„Digitalisierung“ mehrfach geäußert. Außerdem muss eine altersbezogene Infrastruktur entsprechend barrierearm entstehen, die älteren Menschen diese Teilhabeoptionen erlaubt. Dies sollte bereits auf der sozialräumlichen Planungsebene mitgedacht werden, bei der die Kommune maßgebliches Umsetzungsorgan ist (vgl. Ross 2019, S. 382). Diese integrativen Sozialraumplanungen zu gestalten, heißt heute auch, sie partizipativ zu entwickeln und Bündnisse einzugehen. Dafür gibt es bereits bewährte Instrumente, wie die Sozialraumkonferenzen, und ein Quartiersmanagement, das beispielsweise dezentrale Gesundheitsförderung zum Thema macht (ebd.). Im Fazit der Analyse von Kuhn wird ebenfalls auf quasi sozialräumliche Vernetzungsstrategien hingewiesen. Die Fokussierung auf neue Versorgungsmodelle, wie dem eines Gesundheitszentrums für den Donnersbergkreis, dient der Bündelung von Präventionsansätzen und damit der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems hin zu Gesundheitsangeboten, die ein Umdenken von der Krankheits- hin zur Gesundheitsorientierung zur Folge hat (vgl. Kuhn 2017, S. 113-114).

Gemeinsam mit Bürger\*innen, überwiegend aus Rockenhausen, hat die Forscher\*innengruppe Ideen für eine Tauschbörse mit Elementen von Repair-Cafés und Begegnungsformaten erarbeitet. Diese sollten nun in weiteren Schritten gemeinsam mit den Bürger\*innen und der Kommune umgesetzt werden. Hier liegen mögliche Potenziale für künftige Gesundheitsförderungsprozesse für die Region.

## 5 Fazit: Handlungsoptionen für den Donnersbergkreis

Nach dem Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz stellt Gesundheitskompetenz eine „gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ (Schaeffer 2018, S. 10) dar, die eine bundesweite Programmatik erfordert und unerlässlich macht. Das Gesundheitssystem muss dementsprechend verändert und auch die Lebenswelten Bildung, Arbeit, Konsum, Kommunen und Medien in die Förderung der Gesundheitskompetenz einbeziehen (vgl. ebd.).

Klassische sozialräumliche Methoden, wie die Bürger\*innenbeteiligung mittels Bürgerforen, haben im Donnersbergkreis (noch) nicht die erwünschte Beteiligung und Aktivierung erzeugt. Die Resonanz in den Bürgerforen blieb zu jedem Zeitpunkt hinter den Erwartungen zurück und konnte infolgedessen die Bevölkerungsstruktur nicht adäquat repräsentieren. Aus diesem Grund können Handlungsempfehlungen nur in geringem Ausmaß auf der Basis von Beteiligungsprozessen aufgezeigt werden. Die Projektbeteiligten haben mehrfach darüber nachgedacht, eine Studie zu konzipieren, die analysieren soll, welche Denkmuster Partizipation verhindern. Die Frage ist: Was hält Bürger\*innen davon ab, an Beteiligungsprozessen teilzunehmen bzw. was (auf inhaltlicher, struktureller oder kommunikativer Ebene) erhöht ihre Bereitschaft, sich einzubringen? Eine repräsentative Bearbeitung dieser Fragestellungen würde jedoch gesonderte Aufmerksamkeit außerhalb des bestehenden Projektzeitraumes benötigen. Methodisch wurde während der Bürgerforen immer wieder aktivierend gefragt. Eine tatsächliche Aktivierung in Form konkreter Projekte wurde trotz mehrfacher Unterstützungsangebote dennoch nicht erreicht.

In dem vorliegenden Projekt sind Ansätze für Bedarfe der Bürger\*innen im Donnersbergkreis erkennbar geworden. Sie liegen vor allem in den folgenden Bereichen:

- Versorgungssicherheit für alle medizinischen Bereiche
- Mobilität gewährleisten
- Digitalisierung vorantreiben
- Bedarfe junger Menschen identifizieren und bearbeiten
- intensivierte Nutzung des Netzes der sozialen Beziehungen (starkes Sozialkapital).

In der Sozialraumanalyse wurde die besondere Stellung der evangelischen Kirche für alle Altersgruppen sowie der Zusammenhalt/Gemeinschaft/Tradition herausgearbeitet. Bei den Sozialraumbegehungen wurden als Potentiale der Zusammenhalt, Austausch, Dorftreffen usw. identifiziert. In den Interviews wurden Vereine als wichtiger Motor für Gemeinschaft und Gesundheit und die Kirche als Begegnungsplattform benannt. Auch bei den Bürgerforen wurde die soziale Interaktion/Begegnung/gegen Einsamkeit sowie die Kinder-/Jugendarbeit/Kirche hervorgehoben. Dies passt auch zu sonstigen Studienergebnissen und Metaanalysen (z.B. Holt-Lunstad et al. 2010: Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review). Innerhalb der Sozialraumbegehungen werden unterschiedliche Potenziale der Region wahrgenommen. Die Begehung unter Gesichtspunkten der Barrierefreiheit ergab, dass das Thema unbedingt für weitere raumplanerische Konzepte eine Rolle spielen sollte. In der Ökologischen / Ökonomischen Dimension der Region wurden durch die Studierenden mehrere Umnutzungskonzepte wahrgenommen. In Strategiepapieren der Region spielte diese Umnutzungskompetenz allerdings keine tragende Rolle (LILE 2013). An dieser Stelle erscheint es zielführend, die Träger\*innen solcher Umnutzungskonzepte beispielsweise öffentliche Wertschätzung erfahren zu lassen oder sie als Expert\*innen für andere Projekte, in denen Gebäudesubstanz erhalten werden soll, in Entscheidungsprozesse einzubeziehen. Weitere Ergebnisse der Sozialraumanalyse und der Sozialraumbegehungen sind die touristischen Potenziale der Region Donnersbergkreis und Potenziale hinsichtlich der Vernetzung von und Kommunikation über Direktvermarkter-Initiativen.

Insbesondere Direkterzeuger in Verbindung mit entsprechenden touristischen Konzepten können gesundheitsfördernde Prozesse positiv beeinflussen. Direkterzeugerprodukte im Ernährungsbereich werden größtenteils klimaneutral hergestellt; sie zählen zu den gesunden Lebensmitteln und sind für die Menschen in der Region häufig identitätsstiftend. Außerdem wirken sich gesunde Lebensmittel kombiniert mit touristischen Angeboten gesundheitsfördernd aus für Menschen, die die Region besuchen. An diesen Stellen wurden im Rahmen der Sozialraumbegehungen durchaus Potenziale für die Region identifiziert, die auf den Bürgerforen kommuniziert und diskutiert wurden. Risikofaktoren bzw. Schwächen für die Potenziale sind die stark touristischen Nachbardestinationen im Bereich Weinbau, der Fachkräftemangel in der Gastronomie bzw. im Hotelgewerbe und die fehlende Qualität in der Angebots- und Servicestruktur der touristischen Anbieter (vgl. LILE 2013). Diese Potenziale finden sich auch in der Regionalen Entwicklungsstrategie 2014-2020 wieder (vgl. LILE 2014), wobei bereits hier auf die Risikofaktoren hingewiesen wurde, an denen sich zumindest anhand der Ergebnisse der Sozialraumanalyse und Sozialraumbegehungen im Jahr 2018 wenig geändert hat.

Ein weiterer Aspekt für Handlungsoptionen ist das Thema Mobilität. In der Sekundäranalyse zur Studie „Mobilität in Deutschland 2008“, (n=25.000) erörtert Melanie Herget (2016), dass sich das Verkehrsverhalten von Müttern und Vätern in ländlichen Räumen deutlich von Müttern und Vätern in städtischen Räumen unterscheidet. Die Zielgruppe dieser Studie gegenüber der vorliegenden sind teilweise dieselben. Aufgrund der Validität der Daten lassen sich für die Region Donnersberg Schlüsse ziehen. In den Handlungsempfehlungen der Studie spricht Herget von zukunftsfähigen Verkehrssystemen in ländlichen Räumen, die „innovationsfördernde rechtliche Rahmenbedingungen“ (ebd. S. 278) beinhalten müssen. Im Grunde sind auch grenzüberschreitende und behördenübergreifende Kooperationen notwendig, um ländliche Räume verkehrstechnisch zukunftsfähig zu gestalten. Anreize und öffentliche Wertschätzung für ehrenamtliches Engagement sind neben präventiven Maßnahmen, zielgruppengerechten Angeboten und Vorbildern aus der Politik weitere Empfehlungen von Herget (2016), um Mobilitätskonzepte im ländlichen Raum zukunftsfähig zu gestalten. „Nutz(nieß)erfinanzierung in Form von zweckgebundenen Ausgaben“ und „aktiv kommunizierte Kostentransparenz von Autonutzung“ benennt Herget (ebd. S. 276-278) außerdem in ihren Empfehlungen für zukunftsfähige Mobilitätskonzepte. Diese Ansätze müssen seitens der Kommune nutzbar gemacht werden, um dem Aspekt „Mobilität gewährleisten“, der auf den Bürgerforen seitens der Bürger\*innen eingebracht wurde, gerecht zu werden.

Wie im IBA Thüringen Projekt LANDENGEL der Region Seltenrain scheint es von zentraler Bedeutung, Gesundheitsvorsorge in dezentralen ländlichen Räumen zukünftig als Netzwerk zu denken. Gesundheits-, Pflege- und Versorgungsnetzwerke sind mit personellen Ressourcen unterschiedlicher Fachkompetenzen denkbar. Vorbilder für diese multiprofessionellen Aufgaben sind im Gemeindefachswesen zu finden, das heute in Mecklenburg-Vorpommern eine Renaissance erlebt oder mit neuem Namen beim Projekt LANDENGEL bzw. in Brandenburg, die so genannte „Dorfkümmerin“ umfasst (vgl. Miram et al. 2013, S. 35).

Der Forscher Adam-Hernández hat in seiner aktuellen Untersuchung von drei Dörfern in Europa Resilienzfaktoren untersucht, die diese Dörfer besser als andere mit Wandel und Störungen umgehen lassen. Diese Dörfer realisieren Projekte höchster Komplexität, nutzen die Kompetenzen der Bewohner\*innen und denken unternehmerisch bzw. halten Unsicherheiten aus (vgl. zu Klampen 2019). Seine kürzlich erschienene Dissertation „Resilienz im sozioökologischen System Dorf – Akteure, Rahmenbedingungen und Lernprozesse eines regionalen Leitbegriffs im Europäischen Kontext“ birgt möglicherweise Ansätze für Faktoren, wie beispielsweise mit einer peripheren Lage,

Strukturschwäche, dem demografischen Wandel, der Distanz zu Oberzentren und der Erhaltung von Arbeitsplätzen erfolgreich umgegangen werden kann.

Im vierten und letzten Bürgerforum kam das Gespräch mit einem Bürger zustande, der den Resonanzbegriff im Kontext der Beteiligung eingebracht hat. Er hat Folgendes auf die Frage ‚Was hat Tauschen mit Gesundheit zu tun?‘ geantwortet: „Da gibt es einen Resonanzraum. Es führt zu Wohlbefinden, wenn ich tausche, wenn ich in Vereinen bin und meine Zeit dort gebe etc. Das macht gesund.“

Möglicherweise bietet der Resonanzbegriff vom Soziologen Hartmut Rosa einen Ansatz, die nötigen Beziehungen zu beschreiben, die für das Erreichen der Stufe 7 nach Hart (zivilgesellschaftliche Eigenaktivitäten) vorhanden sein müssen:

„[...] politische Auseinandersetzungen werden zumindest in demokratischen Gemeinwesen fast immer mit Hilfe der Aktivierung, Intensivierung und Instrumentalisierung von Resonanzsensibilitäten geführt: Eine politische Kampagne hat nur dann Aussicht auf Erfolg, wenn sie sich als bedeutsam für die Aufrechterhaltung einer Resonanzsphäre präsentieren kann, denn daraus bezieht sie ihre Mobilisierungsenergie.“ (Rosa 2016, S. 759)

Zivilgesellschaftliche Eigenaktivitäten (Stufe 7) waren in Ansätzen zu beobachten, konnten jedoch nicht in der Umsetzung begleitet werden: Bürger\*innen organisieren sich selbst und setzen ihre Vorhaben eigenständig um. Hier bedarf es vermutlich noch weiterer Zusammenkünfte und Vernetzungen, die fachlich moderiert werden müssen, um im Ergebnis zu selbstorganisierten Formaten zu führen.

Die Kraftquellen des ländlichen Raumes sind die für das Gemeinwohl engagierten Bürgerinnen und Bürger (Henkel 2015, S. 328). In der Selbstorganisation der Bürger\*innen liegt die Chance künftiger Potenziale für eine kommunale Resilienz, die Gesundheitskompetenz nicht nur fördert, sondern enthält und multipliziert.

## **Forschungsbericht**

Gesund im Donnersbergkreis – Resilienz im ländlichen Raum durch Bürger\*innenbeteiligung am Beispiel des Donnersbergkreises (Rheinland-Pfalz)

## Impressum

### **Hochschule Nordhausen**

### **Institut für Sozialmedizin, Rehabilitationswissenschaften und Versorgungsforschung**

Weinberghof 4 / Haus 32

99734 Nordhausen

Tel.: 03631 / 420-575

Fax: 03631 / 420-817

E-Mail: [isrv@hs-nordhausen.de](mailto:isrv@hs-nordhausen.de)

**Projektleitung:** Prof. Dr. Cordula Borbe / Prof. Dr. Markus Steffens

**Zitation:** Borbe, Cordula; Hahnemann, Kathleen; Hünninghaus, Marcel; Jendricke, Victoria; Steffens, Markus; Harth, Pauline; Bandey, Christiane (2019): Gesund im Donnersbergkreis. Resilienz im ländlichen Raum durch Bürger\*innenbeteiligung am Beispiel des Donnersbergkreises (Rheinland-Pfalz). Forschungsbericht.

**Titelbild:** Copyright / mit freundlicher Genehmigung von Marcel Hünninghaus, 2018

**Stand:** August 2019

© ISRV 2019, alle Rechte vorbehalten

## Quellenverzeichnis

**Augé, Marc** (2014): Nicht-Orte. 4. Auflage. München: C.H. Beck

**Bauer, Susanne / Römer, Karin** (2018): Präventionsbericht 2018. GKV-Spitzenverband. Online verfügbar unter:

[https://www.vdek.com/LVen/SAA/Vertragspartner/Praevention/\\_jcr\\_content/par/download/file.res/Pr%c3%a4ventionsbericht%202018.pdf](https://www.vdek.com/LVen/SAA/Vertragspartner/Praevention/_jcr_content/par/download/file.res/Pr%c3%a4ventionsbericht%202018.pdf), abgerufen am 22.07.2019.

**Beetz, Stephan** (2018): Das Reale Dorf. Ein soziologischer Blick auf die Gesundheitsförderung in ländlichen Räumen. In: Themenblatt 2-2019 Gesundheitsförderung in ländlichen Räumen.

**Bohnsack, Ralf / Geimer, Alexander / Meuser, Michael** (Hrsg. 2018): Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. 4., vollst. überarbeitete und erweiterte Auflage. Opladen, Toronto: Barbara Budrich; Uni-Taschenbücher GmbH.

**Bonß, Wolfgang** (2015): Karriere und sozialwissenschaftliche Potenziale des Resilienzbegriffs. In: Endreß, Martin, Maurer, Andrea (Hrsg. 2015): Resilienz im Sozialen. Theoretische und empirische Analysen. Wiesbaden: Springer Verlag.

**Borbe, Cordula** (2018): The new health in the village. A participation project fostering resilience in rural areas. Online verfügbar unter:

[https://www.openaccessgovernment.org/wp-content/uploads/2018/11/Pfalzlinikum-ebook-Sept-2018\\_web.pdf](https://www.openaccessgovernment.org/wp-content/uploads/2018/11/Pfalzlinikum-ebook-Sept-2018_web.pdf), abgerufen am 22.07.2019.

**Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL)** (Hrsg. 2018): Nationale Reduktions- und Innovationsstrategie für Zucker, Fette und Salz in Fertigprodukten. Bonn: Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL).

**Deinet, Ulrich** (2009): Methodenbuch Sozialraum. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden. Online verfügbar unter:

<http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-531-15999-7>, abgerufen am 22.07.2019.

**Dresing / Pehl** (2011): Vereinfachtes Transkriptionssystem nach Dresing & Pehl (2011). Online verfügbar unter:

<https://www.audiotranskription.de/audiotranskription/upload/VereinfachteTranskription30-09-11.pdf>, abgerufen am 22.07.2019.

**Düber, Miriam / Rohrmann, Albrecht / Windisch, Marcus** (Hrsg. 2015): Barrierefreie Partizipation: Entwicklungen, Herausforderungen und Lösungsansätze auf dem Weg zu einer Kultur der Beteiligung. Weinheim / Basel. Beltz Juventa.

**El-Maawi, Rahel** (2013): Partizipationsstufen In: Verband offene Kinder- und Jugendarbeit Kanton. Bern (Hrsg. 2014): Leitfaden Partizipation. Online verfügbar unter:

[http://www.voja.ch/download/Leitfaden\\_Partizipation\\_pub\\_150121.pdf](http://www.voja.ch/download/Leitfaden_Partizipation_pub_150121.pdf), abgerufen am 22.07.2019.



**Fleßa, Steffen / Gieseler, Vanessa** (2016): Die Rolle der Krankenhäuser im ländlichen Raum. In: Herbst, Michael; Dünkel, Frieder; Stahl, Benjamin (Hrsg. 2016): Daseinsvorsorge und Gemeinwesen im ländlichen Raum. Wiesbaden: Springer.

**Franke, Silke** (Hrsg. 2015): Fachkräftesicherung im ländlichen Raum. München: Hanns-Seidel-Stiftung e.V.

**Gebhard, Ulrich** (2010): Wie wirken Natur und Landschaft auf Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität? Unter Mitarbeit von Bundesamt für Naturschutz (BfN). In: Naturschutz & Gesundheit, S. 25–31.

**Guth, Rainer** (2018): Bürgerbrief des Landrates zur Zukunft der Krankenhaus-Standorte im Donnersbergkreis. Online verfügbar unter:

<https://www.donnensberg.de/donnensbergkreis/Aktuelles/Aktuelles%20aus%20dem%20Kreishaus/2018/Mai/B%C3%BCrgerbrief%20des%20Landrates%20zur%20Zukunft%20der%20Krankenhaus-Standorte%20im%20Donnersbergkreis/>, abgerufen am 22.07.2019

**Henkel, Gerhard** (2015): Das Dorf: Landleben in Deutschland - gestern und heute. Darmstadt: Verlag wbg Theiss in Wissenschaftliche Buchgesellschaft (WBG); Auflage: 3. Sonderausgabe.

**Herbst, Michael / Dünkel, Frieder / Stahl, Benjamin** (Hrsg. 2016): Daseinsvorsorge und Gemeinwesen im ländlichen Raum. Wiesbaden: Springer.

**Herget, Melanie** (2016): Mobilität von Familien im ländlichen Raum. Arbeitsteilung, Routinen und typische Bewältigungsstrategien. Wiesbaden: Springer.

**Holdt-Lunstad, Julianne; Smith, Timothy B.; Layton, Bradley J.** (2010): Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review.

Online verfügbar unter: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>

**Hummel, Konrad** (2009): Die Bürgerschaftlichkeit unserer Städte. Für eine neue Engagementpolitik in den Kommunen. Freiburg: Lambertus-Verlag. Online verfügbar unter:

<https://ebookcentral.proquest.com/lib/gbv/detail.action?docID=5476599>.

**Internationale Bauausstellung (IBA)** (2019): Ausstellung „Stadt-Land“ zur IBA Thüringen. Online verfügbar unter:

<https://www.garten-landschaft.de/iba-thueringen/> abgerufen am: 20.07.2019.

**Jordan, Susanne / Töppich, Jürgen** (2015): Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. September 2015, Volume 58, Issue 9, pp 921–922|. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-015-2233-3>), abgerufen am 27.08.2018.

**Kegler, Harald** (2016): Raum und Resilienz. Zwei Grundkategorien stadtreptionaler Planung. In: Raum und Resilienz: Zukunft von Stadtregionen. Open-Access-Magazin.

**Kessl, Fabian / Reutlinger, Christian / Deinet, Ulrich** (2010): Sozialraum. Eine Einführung. 2., durchges. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaft (Sozialraumforschung und Sozialraumarbeit, 4).

**Klampen, Sabine zu** (2019): Resiliente Dörfer: „Die Aktiven scheuen das Risiko nicht“, in: Pressemitteilung HAWK Hildesheim/Holzminden/Göttingen (Hrsg.). Online verfügbar unter:

## Forschungsbericht

Gesund im Donnersbergkreis – Resilienz im ländlichen Raum durch Bürger\*innenbeteiligung am Beispiel des Donnersbergkreises (Rheinland-Pfalz)

<https://idw-online.de/de/news719671>, abgerufen am 15.08.2019.

**Kolbmüller, Burkhard** (2016): Experimentierfeld. Resilientes Schwarzatal, in: de Vries, W. (Hrsg.): Menschen kommen, Menschen gehen. Wie bleiben Kommunen im Gleichgewicht? Resiliente Ländliche Räume in Zeiten globaler und regionaler Wanderungsbewegungen, Materialiensammlung Nr. 48, 18. Münchner Tage für nachhaltiges Landmanagement, S.64-65

**Kuhn, Lena** (2017): Seelische Gesundheit stärken: Integration der Bedürfnisse der Bevölkerung hinsichtlich Prävention und Gesundheitsförderung beim Aufbau des Gesundheitszentrum Donnersberg – eine Stakeholderanalyse. Masterarbeit Hochschule Ludwigshafen am Rhein / Pfalzkrankenhaus.

**LILE / Lokale Aktionsgruppe Donnersberger und Lautrer Land** (2014): Lokales Integriertes ländliches Entwicklungskonzept (LILE) 2014-2020. Online verfügbar unter:

[http://www.donnensberger-lautrerland.de/user/pdf/LAG%20Donnersberger%20und%20Lautrer%20Land\\_LILE%20Nachbearbeitung\\_Stand%20November%202015.pdf](http://www.donnensberger-lautrerland.de/user/pdf/LAG%20Donnersberger%20und%20Lautrer%20Land_LILE%20Nachbearbeitung_Stand%20November%202015.pdf), abgerufen am 22.07.2019

**Lüttringhaus, Maria** (2000): Stadtentwicklung und Partizipation. Fallstudien aus Essen Katernberg und der Dresdner Äußeren Neustadt. Zugl.: Trier, Univ., Diss., 2000. Bonn: Stiftung Mitarb (Beiträge zur Demokratieentwicklung von unten, 17).

**Lüttringhaus, Maria / Richers, Hille** (Hrsg. 2012): Die Zukunft der Gemeinwesenarbeit. Von der Revolte zur Steuerung zurück? Wiesbaden: Springer VS.

**Lüttringhaus, Maria / Streich, Angelika** (2004): Das aktivierende Gespräch im Beratungskontext - eine unaufwendige Methode der Sozialraum- und Ressourcenerkundung. In: Gillich, Stefan (Hrsg. 2004): Gemeinwesenarbeit: Die Saat geht auf. Grundlagen und neue sozialraumorientierte Handlungsfelder. Gelnhausen: Triga-Verlag. S. 102-108.

**Mayring, Philipp** (2000a). Qualitative Inhaltsanalyse. Qualitative Social Research [Online Journal], 1(2), 2-00.

**Mayring, Philipp** (2000b). Qualitative Inhaltsanalyse – ein Überblick. Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek: Rowohlt, 4, 468–475.

**Mayring, Philipp** (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie (S. 601–613). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

**Mayring, Philipp, & Brunner, Eva** (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In H. Boller, B. Friebertshäuser, Langer, A., A. Prengel, & S. S. Richter (Hrsg.), Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft (3. Auflage, S. S. 232–334). Weinheim Juventa-Verlag.

**Miram, Lea / Federwisch, Tobias** (2013): Dorfkümmerer in Brandenburg. In: Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (Hrsg. 2013): Land in Form. Magazin für ländliche Räume. Ausgabe 3, 2013; S. 35. Online verfügbar unter:

[https://www.netzwerk-laendlicher-raum.de/fileadmin/sites/ELER/Dateien/05\\_Service/Publikationen/LandInForm/PDF-Downloads/LandInForm\\_2013\\_3\\_Gesamt.pdf](https://www.netzwerk-laendlicher-raum.de/fileadmin/sites/ELER/Dateien/05_Service/Publikationen/LandInForm/PDF-Downloads/LandInForm_2013_3_Gesamt.pdf), abgerufen am 22.07.2019.

**Munsch, Chantal** (2012): Praxisforschung in der Sozialen Arbeit. In: Werner Thole (Hrsg. 2012): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4. Aufl. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss, S. 1177–1189. Online verfügbar unter:

[https://doi.org/10.1007/978-3-531-94311-4\\_72](https://doi.org/10.1007/978-3-531-94311-4_72).

**Münst, Agnes Senganata** (2010): Teilnehmende Beobachtung. In: Ruth Becker und Beate Kortendiek (Hrsg. 2010): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. 3., erw. und durchgesehene Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage, Wiesbaden, S. 380–385. Online verfügbar unter: [https://doi.org/10.1007/978-3-531-92041-2\\_45](https://doi.org/10.1007/978-3-531-92041-2_45).

**Nell, Werner / Weiland Marc** (Hrsg. 2019): Dorf. Ein interdisziplinäres Handbuch. Berlin: Metzlerverlag.

**Nünning, Ansgar** (Hrsg. 2005): Grundbegriffe der Kulturtheorie und Kulturwissenschaften. Stuttgart, Weimar: Verlag J.B. Metzler (Sammlung Metzler, Band 351).

**Nünning, Vera / Nünning, Ansgar** (Hrsg. 2004): Erzähltextanalyse und Gender studies. Stuttgart: Metzler (Sammlung Metzler Einführungen, Methodenlehre, 344).

**Oelschlägel, Dieter** (2010): Neuere Entwicklungen in der Gemeinwesenarbeit.

Online verfügbar unter:

[http://fc.quarternet.de/publikationen/516-Neuere\\_Entwicklungen.pdf](http://fc.quarternet.de/publikationen/516-Neuere_Entwicklungen.pdf), abgerufen am 23.07.2019.

**Przyborski, Aglaja / Wohlrab-Sahr, Monika** (2014): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 4., erweiterte Auflage. München: Oldenbourg Verlag (Lehr- und Handbücher der Soziologie).

**Richard Krisch** (2009): Sozialräumliche Methodik der Jugendarbeit. Aktivierende Zugänge und praxisleitende Verfahren. Weinheim und München 2009. S.97 -109

**Rosa, Hartmut** (2016): Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung. Berlin: Suhrkamp. Online verfügbar unter:

[https://www.content-select.com/index.php?id=bib\\_view&ean=9783518742860](https://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783518742860).

**Ross, Friso / Rund, Mario / Steinhaußen Jan** (Hrsg. 2019): Alternde Gesellschaften gerecht gestalten. Opladen, Berlin, Toronto: Budrich Verlag.

**Schaeffer, Doris / Hurrelmann, Klaus / Bauer, Ullrich / Kolpatzik, Kai** (Hrsg. 2018): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart.

**Schaeffer, Doris / Vogt, Dominique / Berens, Eva-Maria / Hurrelmann, Klaus** (2016): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Ergebnisbericht. Bielefeld: Universität Bielefeld.

**Schmettow, Petra / Isermann, Dagmar** (2016): (Neu)LAND gestalten! Methoden und Praxisbeispiele für Bürgerbeteiligung in kleinen Städten und Gemeinden. Hrsg. v. Initiative Allianz für Beteiligung e.V. Online verfügbar unter:

[https://www.netzwerk-buergerbeteiligung.de/fileadmin/Inhalte/thementteams/laendlicher\\_raum/AfB-Methodenhandbuch\\_WEB.pdf](https://www.netzwerk-buergerbeteiligung.de/fileadmin/Inhalte/thementteams/laendlicher_raum/AfB-Methodenhandbuch_WEB.pdf), abgerufen am 28.11.2018.

## Forschungsbericht

Gesund im Donnersbergkreis – Resilienz im ländlichen Raum durch Bürger\*innenbeteiligung am Beispiel des Donnersbergkreises (Rheinland-Pfalz)

**Schulz, Marc** in Tillmann, Angela / Fleischer, Sandra / Hugger, Kai-Uwe (2013): Handbuch Kinder und Medien. Wiesbaden: Springer

**Seipel, Christian / Rieker, Peter** (2003): Integrative Sozialforschung. Konzepte und Methoden der qualitativen und quantitativen empirischen Forschung. Weinheim: Juventa-Verl.

**Selle, Klaus** (2013): Über Bürgerbeteiligung hinaus: Stadtentwicklung als Gemeinschaftsaufgabe? Analysen und Konzepte. Detmold: Rohn (Edition Stadt-Entwicklung). Online verfügbar unter: <http://www.pt.rwth-aachen.de/inprogress>.

**Spatscheck, Christian / Wolf-Ostermann, Karin** (2016): Sozialraumanalysen. Ein Arbeitsbuch für soziale, gesundheits- und bildungsbezogene Dienste. Opladen, Toronto, Stuttgart: Verlag Barbara Budrich; UTB GmbH (utb-studi-e-book, 4580). Online verfügbar unter:

<http://www.utb-studi-e-book.de/9783838545806>.

**Statistisches Bundesamt (Destatis)** (2019): Krankenhäuser. Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

**Stiftung Landleben** (2017): Projekt Landengel. Online verfügbar unter:

<https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/docpdf.php?idx=48571>, abgerufen am 22.07.2019.

**Straßburger, Rieger** (Hrsg. 2014): Partizipation kompakt – Für Studium, Lehre und Praxis sozialer Berufe.

**Thierbach, Cornelia / Petschick, Grit** (2014): Beobachtung. In: Baur, Nina / Blasius, Jörg (Hrsg. 2014): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS. S. 855- 866.

**Welter-Enderlin, Rosemarie / Hildenbrand, Bruno** (Hrsg. 2012): Resilienz - Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg: Carl Auer.

**Wustmann, Corinna** (2004): Resilienz: Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Beiträge zur Bildungsqualität, hrsg. von W.E. Fthenakis. Weinheim, Basel: Beltz.

**yEd Version 3.18.** yWorks GmbH (<https://www.yworks.com>), abgerufen am 21.07.2019.

**Zentraler Immobilien Ausschuss** (2013): Bürgerbeteiligung in der Projektentwicklung. Köln: Immobilien Manager-Verl. IMV (Perspektiven der Immobilienwirtschaft). Online verfügbar unter: [http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?id=4229607&prov=M&dok\\_var=1&dok\\_ext=htm](http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?id=4229607&prov=M&dok_var=1&dok_ext=htm).

**Zimmermann, Friedrich M.** (Hrsg. 2016): Nachhaltigkeit wofür? Von Chancen und Herausforderungen für eine nachhaltige Zukunft. Berlin Heidelberg.: Springer Verlag.

**Zoar Evangelisches Diakoniewerk** (2018): Eingliederungshilfe Wohnen. Hrsg. v. Zoar Evangelisches Diakoniewerk.

## **Forschungsbericht**

Gesund im Donnersbergkreis – Resilienz im ländlichen Raum durch Bürger\*innenbeteiligung am Beispiel des Donnersbergkreises (Rheinland-Pfalz)

## Anlagen

Anlage 1 – Sozialraumanalyse

Anlage 2 – Beobachtungsleitfaden Sozialraumbegehungen

Anlage 3 – Begehungskarten Sozialraumanalyse

Anlage 4 – Leitfaden Interviews

Anlage 5 – Ergebnisse Sozialraumbegehungen (Qualitative Inhaltsanalyse, Excel)

Anlage 6 – Transkription Interviews