



# Soziale Stadt

## info 20

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

Der Newsletter zum Bund-Länder-Programm Soziale Stadt

April 2007

### Schwerpunkt: Gesunder Stadtteil

Gesundheitsförderung in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf ....	2
Good Practice: Qualitätsentwicklung in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung .....	10
Krankenkassen als Partner in der stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung .....	14
Gesundheitsteams vor Ort Ein Projekt des Landes Rheinland-Pfalz in benachteiligten Stadtteilen .....	17
„Soziale Stadt – meine Sicht“ .....	20
Gesund leben lernen im Westlichen Ringgebiet in Braunschweig .....	22
„Gesunder Sprengelkiez“ – Ein Stadtteil macht mobil .....	24
Sozialraumorientierte Gesundheitsförderung in Jena-Winzerla .....	26
Friendly Monsters – Ein gelungenes Beispiel für ein handlungsfeldübergreifendes Projekt in Mannheim .....	28
Mehr als gewohnt – Stadtteile machen sich stark für Gesundheitsförderung Bericht aus einem laufenden Forschungsprojekt .....	30
Hinweis zum Bezug von Soziale Stadt info .....	21
Impressum .....	9

### Liebe Leserinnen und Leser,

„Soziale Stadt und Gesundheitsförderung werden noch zu selten miteinander in Verbindung gebracht“ – so das Resümee im „Soziale Stadt info“ zur Gesundheit vor vier Jahren. Seitdem haben Gesundheitsbelange in der Sozialen Stadt ohne Zweifel an Fahrt gewonnen: 2005 wurde Gesundheitsförderung beispielsweise als Thema „mit zunehmender Bedeutung für die Quartiersentwicklungsprozesse“ von der Bauministerkonferenz der Länder in den „Leitfaden zur Ausgestaltung der Gemeinschaftsinitiative Soziale Stadt“ aufgenommen. Und die Spitzenverbände der Krankenkassen empfehlen in der aktuellen Fassung ihres „Leitfadens Prävention“ von 2006, bei Maßnahmen stadtteilbezogener Gesundheitsförderung mit dem Programm Soziale Stadt zu kooperieren.

Trotzdem spielen Gesundheitsförderung und die Bewältigung armutsbedingter Gesundheitsprobleme in den Quartieren bei der Programmumsetzung immer noch eine untergeordnete Rolle. Nur in einem Viertel der Programmgebiete – so ein Ergebnis der Befragung in den Jahren 2005/2006 – werden Maßnahmen und Projekte durchgeführt, die explizit auf Gesundheit ausgerichtet sind.

Vernetzung, niedrigschwellige Angebote in den Bereichen gesunde Ernährung, Bewegung, Sucht- und Gewaltprävention, Gesundheit in der Familie sowie die Einrichtung von Gesundheitshäusern und -treffs sind dabei zentrale Elemente gesundheitsfördernder Strategien im Stadtteil. In dieser „info“-Ausgabe werden Beispiele aus Berlin, Braunschweig, Jena und Mannheim, des BKK-Bundesverbandes und des Landes Rheinland-Pfalz sowie Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten vorgestellt.

Auch wenn das Interesse an Gesundheitsförderung im Quartier zunimmt und in einigen Programmgebieten Projekte und Maßnahmen stadtteilbezogener Gesundheitsförderung bereits erfolgreich durchgeführt werden, scheint eine Stärkung des Handlungsfeldes bei der Umsetzung des Programms Soziale Stadt immer noch nötig. In diesem Sinne weiterhin: Gesundheit Soziale Stadt!

- [Ihre Difu-Projektgruppe](#)  
[Bundestransferstelle Soziale Stadt](#)

---

# Gesundheitsförderung in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf

---

## 1. Armut und Gesundheit

Dass Armut ein erhebliches Gesundheitsrisiko darstellt und sozioökonomische Parameter wie Einkommen, beruflicher Status und Bildung in engem Zusammenhang mit gesundheitlich belastenden Lebensbedingungen, Gesundheitsverhalten sowie Gesundheitszustand stehen, ist schon lange bekannt und wird spätestens seit der Verabschiedung der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung durch die Weltgesundheitsorganisation im Jahr 1986 auch offensiv thematisiert. Menschen mit geringem Einkommen, niedriger beruflicher Stellung oder Bildung sterben in der Regel früher und leiden zudem häufiger an gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Richter/Hurrelmann 2006, S. 11). Dieser Befund sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten wird durch Ergebnisse der aktuellen Gesundheitsberichterstattung des Bundes (RKI 2006, S. 83 ff.) und des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys 2003-2006 (Hölling/Schlack 2006; Lampert/Starker/Mensink 2006) erneut bestätigt:

- Krankheitsleiden wie Schlaganfall, chronische Bronchitis, Schwindel, Rückenschmerzen und Depressionen werden durch eine sozial benachteiligte Lage begünstigt.
- Knapp 50 Prozent der 20- bis 59-jährigen Arbeitslosen leiden unter gesundheitlichen Beschwerden, bei den Erwerbstätigen der gleichen Altersgruppe sind es rund 30 Prozent.
- Allein erziehende Mütter leiden vermehrt unter Bronchitis, Leber- und Nierenleiden sowie psychischen Erkrankungen.

- Essstörungen kommen bei 11- bis 17-jährigen in der unteren Sozialschicht und in der Hauptschule fast doppelt so häufig vor wie in der oberen Sozialschicht bzw. im Gymnasium.
- Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und Migrationshintergrund üben zwei- bis dreimal seltener Sport in oder außerhalb eines Vereins aus.

Zur Erklärung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen werden derzeit vor allem folgende Ansätze herangezogen (vgl. Richter/Hurrelmann 2006, S. 18 ff.):

- *Materieller Erklärungsansatz:* Hierbei wird davon ausgegangen, dass Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status nicht nur über geringere finanzielle Ressourcen verfügen, sondern auch eher in gesundheitsschädlichen Umwelten leben und arbeiten. Danach ist in erster Linie eine sozial ungleiche Verteilung materieller Lebensbedingungen (Einkommenssituation, Wohn- und Arbeitsverhältnisse) für gesundheitliche Ungleichheiten verantwortlich.
- *Psychosozialer Erklärungsansatz:* Neben materiellen werden hier auch psychologische und psychosoziale Faktoren (z.B. schwaches soziales Netzwerk, kritische Lebensereignisse) als Gründe für gesundheitliche Ungleichheiten herangezogen. Gleichzeitig wird davon ausgegangen, dass nicht nur die psychosozialen Belastungen, sondern auch die Ressourcen zu deren Bewältigung ungleich verteilt sind.

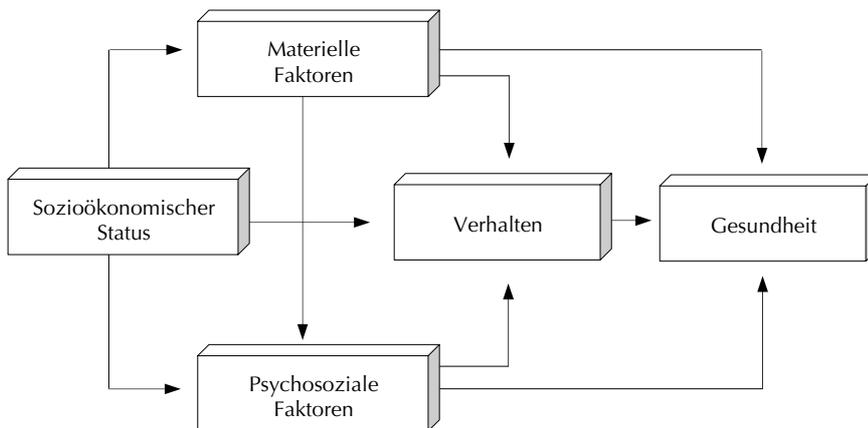
- *Verhaltensbezogener Erklärungsansatz:* Hierbei wird darauf abgestellt, dass es gesundheitsrelevante Verhaltensdifferenzierungen zwischen den verschiedenen Statusgruppen gibt und Personen mit niedriger Bildung sowie niedrigem beruflichem Status verstärkt ungesunde Verhaltensweisen wie Rauchen, Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung oder körperliche Inaktivität aufweisen.

Diese Erklärungsansätze verdeutlichen: Die gesundheitsbezogenen Ungleichheiten haben sehr komplexe und vielschichtige Ursachen; keiner der Ansätze kann sie vollständig erklären, jeder trägt nur zu einer Teilerklärung des Phänomens bei. Die drei Ansätze stehen zudem untereinander in enger Beziehung (vgl. Abb. 1).

## 2. Gesundheitliche Lage in den Programmgebieten

In Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf leben überdurchschnittlich viele sozioökonomisch benachteiligte und damit arme Haushalte: Arbeitslose, Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger, Migrantinnen und Migranten, Alleinerziehende, kinderreiche Familien (vgl. Becker u.a. 2006, S. 25 ff.). Wegen dieser Konzentration von Armut und aufgrund des Zusammenhangs zwischen Armut und Gesundheitsbelastungen ist generell davon auszugehen, dass sich gesundheitliche Probleme in den Gebieten häufen. Diese durch bundes- und landesweite repräsentative Erhebungen zum Gesundheitszustand unterstützte Annahme ist jedoch bislang nur für wenige Gebiete mit kon-

**Abb. 1: Einfaches Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit**



Quelle: Richter/Hurrelmann (2006), S. 20 (modifiziert nach Mackenbach 2006)

kreten quartiersbezogenen Daten unterlegt. Eine hierfür erforderliche kleinräumige Gesundheitsberichterstattung fehlt in der Regel, da auf der Stadtteilebene kaum gesundheitsbezogene Daten verfügbar sind. Soweit in Ausnahmefällen stadtteilbezogene Gesundheitsberichte vorliegen, zeigt sich regelmäßig im gesamtstädtischen Vergleich, dass in benachteiligten Gebieten gesundheitliche Probleme überdurchschnittlich häufig auftreten (vgl. z.B. Bezirksamt Mitte von Berlin 2006; Seestadt Bremerhaven 2003; Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz des Landes Berlin 2004; Stadt Nürnberg 1995; Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf/Freie und Hansestadt Hamburg 2006).

Eine wichtige Grundlage für stadtteilbezogene Gesundheitsberichte stellen die Schuleingangsuntersuchungen dar. Deren Ergebnisse sind einige der wenigen Gesundheitsdaten, die flächendeckend kleinräumig vorliegen. Demnach treten bei Kindern in benachteiligten Gebieten folgende Gesundheitsbeeinträchtigungen überdurchschnittlich häufig auf:

- unbehandelte Karies oder Zahnextraktionen wegen Karies,
- Übergewicht und Adipositas,

- motorische Entwicklungsstörungen,
- sprachliche Auffälligkeiten und Sprachstörungen,
- psychische Auffälligkeiten, vor allem Verhaltens-, Hyperaktivitäts- und emotionale Probleme,
- Passivrauchexposition,
- Nichtteilnahme an Früherkennungsuntersuchungen.

Neben den „harten“ Daten geben auch qualitative Daten in Form von Interviews und Expertengesprächen mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Schulen, Kinderbetreuungseinrichtungen und Arztpraxen Hinweise auf den Gesundheitszustand von Kindern im Gebiet. Danach stellt auch Vernachlässigung – bis hin zum Zustand der Verwahrlosung – ein erhebliches Gesundheitsrisiko für viele Kinder in den benachteiligten Stadtteilen dar. So wird immer wieder berichtet, dass Kinder in nicht wetterangepasster Kleidung in den Kindergarten und in die Schule kommen, dass Schulkinder ohne Frühstück zur Schule gehen und zu Hause kein warmes Mittagessen erhalten, dass manche Kinder insbesondere nach Wochenenden regelrecht ausgehungert sind (Beer/Musch 2002, S. 46).

Neben individuellen sozialbedingten Gesundheitsproblemen existieren in den meisten Gebieten regelmäßig allgemeine umweltbedingte Gesundheitsrisiken und -belastungen. Hierzu zählen beispielsweise hohes Verkehrsaufkommen und damit verbunden erhöhte Lärm- und Schadstoffemissionen sowie erhöhte Unfallrisiken. Aber auch quantitative und qualitative Defizite in der Grün- und Freiflächenausstattung verschlechtern vielerorts die gesundheitliche Lage, da sie mit einem Mangel an Erholungs-, Spiel- und Bewegungsflächen sowie einem ungünstigen Mikroklima einhergehen. Umweltbedingte Gesundheitsprobleme im Gebiet sind – im Gegensatz zu sozialbedingten – häufig in städtebaulich orientierten Untersuchungen und Studien, die als Basis für die Ausweisung als Programmgebiet erstellt werden, zumindest qualitativ kleinräumig erfasst und dokumentiert.

### 3. Gesundheit in der Programmumsetzung

Angesichts des Zusammenhangs zwischen Armut und Gesundheit und der hieraus resultierenden Konzentration entsprechender Probleme in benachteiligten Stadtteilen muss das Handlungsfeld Gesundheitsförderung zu den zentralen Anliegen des Programms Soziale Stadt gehören. So hebt auch die Bauministerkonferenz der Länder in ihrem „Leitfaden zur Ausgestaltung der Gemeinschaftsinitiative Soziale Stadt“ (2005, S. 4) Gesundheitsförderung als ein Thema heraus, das für die Quartiersentwicklung in sozialen Problemgebieten an Bedeutung gewinnt. Und weiter heißt es: „Viele Menschen in den Quartieren haben erhebliche gesundheitliche Probleme. Dies senkt ihre Lebenserwartung und ihre Lebensqualität und reduziert die Möglichkeit ihrer Integration in den Arbeitsmarkt. Durch integrierte gesundheitsfördernde Maßnahmen kann dem vorgebeugt oder begegnet werden“ (ebenda, S. 9).

Welche Rolle Gesundheit bei der Programmumsetzung derzeit tatsächlich spielt, erhellen aktuelle Umfrageergebnisse. Die Bundestransferstelle Soziale Stadt – angesiedelt beim Deutschen Institut für Urbanistik – hatte 2005/2006 im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung sowie des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung ihre nunmehr dritte bundesweite Befragung in den Programmgebieten der Sozialen Stadt durchgeführt (Becker u.a. 2006). Deren Ziel: das empirische Wissen über Umsetzung und Wirkungen des Programms Soziale Stadt zu aktualisieren. Adressaten waren – wie schon bei den Vorgängerumfragen in den Jahren 2000/2001 und 2002 – die kommunalen Ansprechpartnerinnen und -partner für die Programmgebiete. Die 392 Programmgebiete des Bundesprogramms 2005 bildeten die Grundgesamtheit der Befragung; die Rücklaufquote betrug 70,2 Prozent.

In der Befragung (vgl. Tabelle 1) gab lediglich ein Drittel der Antwortenden an, Gesundheit sei explizit in das Integrierte Entwicklungskonzept<sup>1</sup> für das Programmgebiet einbezogen, und

nur ein Viertel benannte aktuell durchgeführte gesundheitsbezogene Maßnahmen und Projekte. In beiden Fällen liegen die Werte noch unter denen der zweiten Befragung im Jahr 2002. Verbesserungen im Handlungsfeld werden aber bereits für 38 Prozent der Gebiete erkannt. Dies darf allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, dass gleichzeitig für deutlich mehr als ein Drittel (39 Prozent) keine Veränderung im Bereich Gesundheit wahrgenommen wird. Gesundheit rangiert mit diesen Ergebnissen bei den Handlungsfeldern integrierter Stadtteilentwicklung unter den Schlusslichtern.

Der Querschnittscharakter von Gesundheit führt allerdings dazu, dass neben den direkt gesundheitsbezogenen auch Maßnahmen und Projekte in anderen Handlungsfeldern vielfach mittelbar Gesundheitsbezug haben. So gehen von einer Reihe von Maßnahmen in den Handlungsfeldern Umwelt und Verkehr sowie Wohnumfeld und öffentlicher Raum gesundheitsfördernde Effekte aus; zu nennen sind hier vor allem Lärmschutzmaßnahmen, die Einrichtung von Tempo-30-Zonen und von Spiel-

straßen, die Anlage von Radwegen und Spielplätzen, Schulhofumgestaltungen u.a. Einen bedeutenden Beitrag speziell zur Bewegungsförderung leisten auch viele Maßnahmen im Sportbereich. Ebenso fördern Bildungs- und Beschäftigungsmaßnahmen im Stadtteil auch die Gesundheit, tragen sie doch dazu bei, das Selbstwertgefühl und die ökonomische Situation der Bewohnerinnen und Bewohner zu verbessern. Auf diese gesundheitsfördernden Wirkungen anderer Handlungsfelder lässt sich auch ein interessantes Ergebnis aus der Umfrage zurückführen: dass nämlich der Anteil der Gebiete, für die gesundheitliche Verbesserungen in der Befragung konstatiert werden (38 Prozent), deutlich höher ist als der Anteil der Gebiete, in denen explizit gesundheitsorientierte Maßnahmen und Projekte durchgeführt werden (25 Prozent).

#### 4. Mitwirkung des Verwaltungsbereichs Gesundheit

Ziel des Programms Soziale Stadt ist es, Maßnahmen aus Wohnungs-, Wirtschafts-, Arbeits-, Integrations-, Bildungs-, Sozial- und Gesundheitspolitik im Sinne einer integrativen Stadtentwicklungspolitik gebietsbezogen zusammenzuführen und auf diese Weise die Lebensbedingungen in den benachteiligten Stadtteilen zu verbessern. Erforderlich ist hierfür eine ressortübergreifende Zusammenarbeit aller für die Programmumsetzung relevanten Verwaltungsbereiche in der Kommune. Die Befragungsergebnisse zeigen, dass die Mitwirkung der kommunalen Gesundheitsverwaltung an der Programmumsetzung durchaus noch keine Selbstverständlichkeit ist (vgl. Tabelle 2). Nur rund ein Fünftel der Antwortenden benannte die Beteiligung des Verwaltungsbereichs Gesundheit, sei es bei der Erarbeitung des Integrierten Entwicklungskonzeptes, bei Management und Organisation oder bei der konkreten Umsetzung des Programms Soziale Stadt. Damit

**Tabelle 1: Handlungsfeld Gesundheit in der Programmumsetzung Soziale Stadt**

	Befragung 2002	Befragung 2005/2006	Rang innerhalb aller Handlungsfelder (2005/2006)
Einbeziehung des Handlungsfeldes Gesundheit in Integriertes Entwicklungskonzept 2002: n = 187 2005/2006: n = 225	39 %	33 %	17 von 19
Aktuelle Durchführung von Maßnahmen und Projekten im Handlungsfeld Gesundheit <sup>1</sup> 2002: n = 222 2005/2006: n = 275	29 %	25 %	17 von 19
Bereits realisierte Maßnahmen und Projekte im Handlungsfeld Gesundheit <sup>1</sup> 2002: n = 222 2005/2006: n = 275		22 %	16 von 19
Verbesserungen im Handlungsfeld Gesundheit <sup>2</sup> n = 216	–	38 %	18 von 21
Keine Veränderung im Handlungsfeld Gesundheit <sup>2</sup> n = 216	–	37 %	4 von 21

Deutsches Institut für Urbanistik 

1 In der Befragung 2002 nicht getrennt abgefragt.

2 In der Befragung 2002 nicht abgefragt.

Quelle: Zweite bundesweite Befragung, Difu (2002) und dritte bundesweite Befragung, Difu (2005/2006).

**Tabelle 2: Mitwirkung des Verwaltungsbereichs Gesundheit bei der Programmumsetzung Soziale Stadt**

	Befragung 2002	Befragung 2005/2006	Rang innerhalb aller Verwaltungsbereiche (2005/2006)
VB Gesundheit an der Erarbeitung des IEK beteiligt <sup>1</sup> 2002: n = 187 2005/2006: n = 226	23 %	22 %	15 von 15
VB Gesundheit in Management und Organisation involviert <sup>2</sup> n = 231	–	16 %	15 von 15
VB Gesundheit mit der Umsetzung Soziale Stadt befasst <sup>2</sup> n = 269	–	20 %	15 von 15

Deutsches Institut für Urbanistik 

1 Integriertes Entwicklungskonzept

2 In der Befragung 2002 nicht abgefragt.

Quelle: Zweite bundesweite Befragung, Difu (2002) und dritte bundesweite Befragung, Difu (2005/2006).

**Tabelle 3: Relevanz der Mitwirkung des Verwaltungsbereichs Gesundheit für das Handlungsfeld Gesundheit**

	Handlungsfeld Gesundheit in IEK einbezogen	Maßnahmen und Projekte im Handlungsfeld Gesundheit	Verbesserungen im Handlungsfeld Gesundheit
VB Gesundheit an der Erarbeitung des IEK beteiligt <sup>1</sup> n = 50	68 %	46 %	52 %
VB Gesundheit in Management und Organisation involviert <sup>2</sup> n = 37	49 %	49 %	57 %
VB Gesundheit mit der Umsetzung Soziale Stadt befasst <sup>2</sup> n = 54	57 %	50 %	62 %
Vergleichswert für alle Gebiete	33 % n = 225	25 % n = 275	38 % n = 216

Deutsches Institut für Urbanistik 

1 Integriertes Entwicklungskonzept

2 In der Befragung 2002 nicht abgefragt.

Quelle: Dritte bundesweite Befragung, Difu (2005/2006).

bildet das Gesundheitsressort unter allen Verwaltungsbereichen das Schlusslicht.

Inwieweit Gesundheit in der Programmumsetzung berücksichtigt wird, hängt aber wesentlich von der Mitwirkung des Verwaltungsbereichs Gesundheit ab: Ist die kommunale Gesundheitsverwaltung beteiligt, erhöht sich der Anteil der Gebiete, in denen Gesundheit in das Integrierte Entwicklungskonzept einbezogen ist, in denen gesundheitsorientierte Maßnahmen und Projekte durchgeführt und für die gesundheitliche Verbesserungen konstatiert werden, bis auf das Doppelte (vgl. Tabelle 3).

## 5. Strategien stadtteilbezogener Gesundheitsförderung

Der Schwerpunkt direkt gesundheitsorientierter Projekte und Maßnahmen in der Programmumsetzung liegt bei der Gesundheitsförderung und damit bei der Stärkung von Gesundheitsressourcen und -potenzialen. Charakteristisch ist dabei ein lebensweltorientierter Ansatz, der auf den Lebensraum Stadtteil und die alltäglichen Lebensweisen der Quartiersbevölkerung fokussiert und sowohl auf eine Verbesserung der Lebensverhältnisse (Verhältnisprävention) als auch auf eine gesundheitsgerechte Beeinflussung individueller Verhaltensweisen (Verhaltensprävention) abzielt (Setting-Ansatz). In der bisherigen Pro-

grammumsetzung haben sich hierbei drei Strategien als zentral herausgestellt: Netzwerkbildung, Schaffung niedrigschwelliger Angebote zur Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Zielgruppen sowie Einrichtung von Gesundheitshäusern, -läden und -treffs im Stadtteil (vgl. auch Bär/Buhtz/Gerth 2004).

### Netzwerkbildung

Die Bildung von gesundheitsbezogenen Netzwerken für den Stadtteil ist häufig der Auftakt für Aktivitäten zur stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung.

Ziel der Netzwerkarbeit ist eine kooperative Gesundheitsförderung im Sinne eines von möglichst vielen Gesundheitsakteuren gemeinsam getragenen Aktionsbündnisses im Stadtteil. Mit dem Netzwerkaufbau wird eine zielgerichtete und handlungsbezogene Zusammenarbeit bis dato häufig separiert arbeitender Gesundheitsakteure möglich. Aufgaben der Netzwerkarbeit sind die Ermittlung von Gesundheitsproblemen im Stadtteil, die Entwicklung von Strategien und Maßnahmen zu deren Bewältigung sowie die praktische Umsetzung von Maßnahmen und Projekten. Initiiert wird die Netzwerkarbeit in der Regel vom Quartiermanagement, vom Gesundheitsamt oder von beiden Akteuren gemeinsam. Mögliche Netzwerkmitglieder sind insbesondere das Jugendamt, das Umweltamt, freie Träger der Gesundheits- und Gemeinwesenarbeit, Krankenkassen, Arztpraxen, Apotheken, Hebammen, Physiotherapeuten, Logopäden, Schulen, Kinderbetreuungseinrichtungen, Sportvereine und Selbsthilfegruppen.

Als Netzwerkstrukturen haben sich regelmäßig tagende Arbeitskreise mit einem festen Teilnehmerkreis sowie öffentliche Gesundheitskonferenzen im Stadtteil bewährt.

### Praxisbeispiel „Netzwerkbildung“: Aktionsbündnis Gesundheit in Oberhausen-Knappenviertel

Gesundheitliche Defizite bei den Kindern im Knappenviertel waren für das Stadtteilbüro und den städtischen Bereich Gesundheitswesen Anlass, Kinderärztinnen und -ärzte, Lehrerinnen und Lehrer der Grund- und Sonderschulen, Erzieherinnen, Mitglieder des Ausländerbeirates sowie Vertreterinnen und Vertreter von Sportvereinen und anderen Vereinen zum Aktionsbündnis Gesundheit einzuladen. Gemeinsam wurde nach Ansätzen gesucht, um die im Gesundheitsbericht festgestellten Defizite zu beheben. Handlungsschwerpunkte des Aktionsbündnisses sind Bewegungsförderung im Wohnumfeld, gesunde Ernährung und Zahngesundheit sowie die Einbeziehung der Eltern in Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für die Kinder im Knappenviertel.

#### Weitere Infos:

[www.sozialestadt.de/praxisdatenbank](http://www.sozialestadt.de/praxisdatenbank)  
[www.soziale-stadt.nrw.de/praxis/p27.html](http://www.soziale-stadt.nrw.de/praxis/p27.html)



Zahngesundheitswoche in der Knappenschule.  
Foto: Peter Hadasch

### Niedrigschwellige Angebote der Gesundheitsförderung

Herkömmliche Angebote der Gesundheitsförderung mit so genannter Kommstruktur orientieren sich überwiegend an der Mittelschicht und werden von sozial Benachteiligten nicht angenommen. Die neu entwickelten Angebote gehen daher unmittelbar auf die Zielgruppen zu („Gehstruktur“), um sie zu erreichen. Dies gelingt am besten durch aufsuchende

Arbeit in der Lebenswelt der Zielgruppen, an vertrauten Orten und Einrichtungen im Quartier. Dies können Kinderbetreuungseinrichtungen, Schulen, Vereine sowie soziale, religiöse und Freizeiteinrichtungen, aber auch Szenetreffe auf der Straße sein. Weitere Erfolgsfaktoren sind die systematische Einbindung und Qualifizierung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer, Ärztinnen und Ärzte sowie ein hoher Grad an Beteiligungsmöglichkeiten für die angesprochene Zielgruppe (vgl. dazu auch BZgA 2006, S. 18 f. und 294).

Eine wichtige Zielgruppe dieser Angebote sind Kinder und Jugendliche: zum einen weil sie häufig bereits gesundheitliche Probleme aufweisen, zum anderen weil bei ihnen ein hohes Gesundheitspotenzial vorhanden ist, das aktiviert und erhalten bleiben soll. Andere Angebote richten sich speziell an Frauen im Stadtteil. Dabei geht es häufig darum, die Frauen in ihrer Rolle als Mutter für Gesundheitsthemen zu sensibilisieren und ihnen deren Bedeutung für die Entwicklung ihrer Kinder näher zu bringen. Zudem richten sich frauenspezifische Angebote oft insbesondere an Migrantinnen. Bei dieser Gruppe bestehen vielfach große Informationsdefizite im Hinblick auf Gesundheit sowie Vorsorge- und Versorgungsangebote, da Sprach- und kulturelle Barrieren den Zugang zu entsprechenden Informationen und einer optimalen Gesundheitsversorgung erschweren. Nur wenige niedrigschwellige stadtteilbezogene Angebote zur Gesundheitsförderung sind bislang auf Männer und alte Menschen ausgerichtet, obwohl auch für diese Zielgruppen ein entsprechender Bedarf besteht (vgl. Altgeld 2004; Knesebeck/Schäfer 2006).

Themenschwerpunkte der Angebote zur stadtteilbezogenen Gesundheits-

förderung bilden gesunde Ernährung, Bewegung, Sucht- und Gewaltprävention, Gesundheit in der Familie sowie gesundheitliche Aufklärung. Zudem zielen die Angebote auf Empowerment, auf Befähigung und Stärkung der Zielgruppen zur gesundheitsfördernden Gestaltung ihrer Lebensbedingungen und bauen dabei auf den Potenzialen und Ressourcen der Zielgruppen auf.

### Praxisbeispiel „Niedrigschwellige Angebote der Gesundheitsförder- ung“: Schutzengel e.V. in Flensburg- Neustadt

Mit den schwierigen Lebenslagen zahlreicher Familien und Alleinerziehender in Flensburg-Neustadt sind Überforderungen und Spannungen verbunden, die sich negativ auf die gesundheitliche Lage gerade der Kinder auswirken. Das Projekt „Schutzengel e.V.“ hat daher zum Ziel, präventive Hilfestellungen für junge Familien zu geben. Eine Familienhebamme begleitet junge Familien während der Schwangerschaft und bis zu einem Jahr nach der Geburt. Pädagogische Frühförderung von Kindern im Alter bis zu drei Jahren bietet die Kindergarten Adelby GmbH, und eine Familienbegleiterin unterstützt junge Familien bei der Bewältigung ihres Alltags. Für einen Elterntreffpunkt wurden mit Städtebauförderungsmitteln zwei Wohnungen des Flensburger Arbeiter-Bauvereins umgebaut.

#### Weitere Infos:

[www.schutzengel-flensburg.de](http://www.schutzengel-flensburg.de)  
[www.sozialestadt.de/praxisdatenbank](http://www.sozialestadt.de/praxisdatenbank)  
[www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)



Foto: Volker Syring, Flensburg

### Gesundheitshäuser, -läden, -treffs

Gesundheitshäuser, Gesundheitsläden und Gesundheitstreffs helfen Gesundheitsangebote infrastrukturell im Stadtteil zu verankern. „Unter einem Dach“ werden für verschiedene Zielgruppen gesundheitsbezogene Maßnahmen und Projekte angeboten. Kontinuierliche Öffnungszeiten und die zwanglose Atmosphäre dieser Einrichtungen helfen Schwellenängste abzubauen. Gleichzeitig werden in der Regel auch stadtteilbezogene Gesundheitsaktivitäten außerhalb der Einrichtung organisiert und durchgeführt, wie z.B. Gesundheitsprojekte in Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen, stadtteilweite Gesundheitstage, Informationsstände im Rahmen von Stadtteilaktivitäten. Zudem ist die Kooperation mit anderen Einrichtungen, Initiativen und Akteuren im Stadtteil wesentlicher Bestandteil der Arbeit.

#### Praxisbeispiel

##### „Gesundheitshäuser, -läden, -treffs“: Gesundheitshaus in Gelsenkirchen- Bismarck/Schalke-Nord

Das Gesundheitshaus ist zentrale Anlaufstelle stadtteilbezogener Gesundheitsförderung. Das umfangreiche Angebot des Gesundheitshauses umfasst neben Projekten für unterschiedliche Zielgruppen und regelmäßigen Kursangeboten sowie Vorträgen auch Sonderveranstaltungen, wie z.B. Gesundheitstage. Besonders intensiv engagiert sich das Gesundheitshaus in Projekten mit Kindern und Jugendlichen: Bewegungsförderung in Kindergärten, Gesundheitsprojekte in Schulen, AIDS-Aufklärung und Anti-Gewalt-Training für Jugendliche. Migrantinnen und Migranten sind eine weitere wichtige Zielgruppe. Ebenso ist die Förderung der Seniorengesundheit im Stadtteil ein Arbeitsschwerpunkt. Dabei geht es nicht nur um die eigenen Angebote des Gesundheitshauses, sondern auch darum, auf andere Gesundheitsangebote im Stadtteil aufmerksam zu machen.

#### Weitere Infos:

[www.gesundheitshaus-bismarck.de](http://www.gesundheitshaus-bismarck.de)  
[www.sozialestadt.de/praxisdatenbank](http://www.sozialestadt.de/praxisdatenbank)



Videostil: Daylight Berlin

### 6. Stärkung von Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt

Auch wenn das Interesse an Gesundheitsförderung im Quartier zunimmt und in einigen Programmgebieten bereits erfolgreich entsprechende Projekte und Maßnahmen durchgeführt werden, spielt das Handlungsfeld Gesundheitsförderung bei der Umsetzung des Programms Soziale Stadt noch eine untergeordnete Rolle. Es im Rahmen integrierter Stadtteilentwicklung zu stärken, scheint daher nötig, denn Gesundheitsförderung ist eine wesentliche Voraussetzung, um der Benachteiligung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf entgegenzuwirken.

Um das Thema Gesundheit stärker in die integrierte Stadtteilentwicklung einzubringen, ist es erforderlich, dass sich alle im Gesundheitswesen und für die Gesundheitsförderung tätigen Akteure im Stadtteil – Gesundheitsamt, Krankenkassen, Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und andere Gesundheitsberufe, Selbsthilfegruppen – mehr als bisher in der Umsetzung des Programms Soziale Stadt engagieren und vor Ort mitwirken.

Damit dies gelingt, scheint es jedoch einerseits unerlässlich, den Ansatz der sozialräumlichen und stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung stärker in der „Gesundheitsszene“ zu verbreiten

und darüber aufzuklären, dass der Stadtteil ein zentraler Ort, ein zentrales Setting der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten ist. Andererseits sollte das Quartiermanagement das Thema Gesundheit aktiv in seine Arbeit integrieren und Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen zwischen den relevanten Akteuren in der Verwaltung, im intermediären Bereich und im Quartier anstoßen, unterstützend mit aufbauen und koordinieren. Hilfreich hierfür kann die Einrichtung einer Koordinierungsstelle Gesundheit beim lokalen Quartiermanagement sein, die als lokaler „Kristallisationskern“ eine gesundheitsbezogene Vernetzungsstruktur im Stadtteil anschiebt, pflegt und moderiert, gemeinsam mit den Netzwerkpartnern eine gesundheitsfördernde Gesamtstrategie für den Stadtteil entwickelt sowie Gesundheitsprojekte initiiert und unterstützt. Aufgabe der Koordinierungsstelle Gesundheit vor Ort sollte es auch sein, die im Rahmen der Programmumsetzung Soziale Stadt entwickelten Beteiligungs- und Aktivierungsstrukturen sowie Zugangswege für die Gesundheitsförderung zu nutzen und weiterzuentwickeln.

Um das Handlungsfeld zu stärken, bedarf es einer angemessenen Finanzierung. Projekte zur Gesundheitsförderung können mit Mitteln aus dem Programm Soziale Stadt prinzipiell nur dann finanziert werden, wenn es sich um investive Maßnahmen handelt, z.B. die Errichtung und Einrichtung von Gesundheitshäusern oder bewegungsfördernde Umgestaltungen im Wohnumfeld. Für gesundheitsfördernde Maßnahmen nicht-investiver Art – etwa Beratungsangebote, Ernährungskurse, Gesundheitsprojekte in Schulen und Kinderbetreuungseinrichtungen – bedarf es anderer Finanzierungsquellen. Für die Jahre 2006 und 2007 stehen im Rahmen des Programms Soziale Stadt allerdings neben den jährlich 70 Millionen Euro Finanzhilfen des Bundes zusätzliche

Bundesmittel in Höhe von 40 Millionen Euro pro Jahr zur Verfügung. Diese zusätzlichen Mittel bieten erstmals die Möglichkeit, im Rahmen des Programms Soziale Stadt auch nichtbauliche Modellvorhaben zu fördern. Dies können auch Modellvorhaben im Bereich Gesundheit sein (vgl. z.B. Oberste Baubehörde im Bayerischen Staatsministerium des Innern 2006, S. 2). „Die Verteilung der Fördermittel durch die Länder soll wettbewerbsorientiert erfolgen und vorrangig Vorhaben berücksichtigen, bei denen tragfähige Partnerschaften mit Institutionen und Akteuren gebildet werden, die weitere Mittel oder Arbeitskraft einbringen“ (VV-Städtebauförderung 2006: Art. 4 Abs. 4). Solche Partner sind für den Bereich Gesundheitsförderung vor allem die Krankenkassen (vgl. auch BAG 2006), denn seit der Gesundheitsreform 2000 sind die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, Leistungen der Primärprävention im Rahmen des § 20 Sozialgesetzbuch V durchzuführen. Entsprechende Maßnahmen sollen insbesondere einen Beitrag zur Verringerung sozialer Ungleichheit leisten. In dem von den Spitzenverbänden der Krankenkassen im Februar 2006 vorgelegten aktuellen „Leitfaden Prävention“ wird eine Verknüpfung der Maßnahmen mit dem Programm Soziale Stadt eigens hervorgehoben (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2006, S. 25 f.). Auch unabhängig von den Modellvorhaben der Sozialen Stadt sind die Krankenkassen daher mit ihren Präventionsmitteln ein zentraler Partner bei der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung, der sich stärker als bisher in die Programmumsetzung einbringen sollte. Darüber hinaus könnten vom Bundesgesundheitsministerium geförderte Modellprojekte zur stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung in den Gebieten der Sozialen Stadt oder ein als Partnerprogramm zur Sozialen Stadt aufgelegtes gebietsbezogenes Präventionsprogramm erheblich zur

Stärkung des Handlungsfelds beitragen.

Schließlich sollten erfolgreiche Projekte und Maßnahmen stadtteilbezogener Gesundheitsförderung als Good-Practice-Beispiele publik gemacht werden. Auf diese Weise lassen sich anhand konkreter Beispiele Strategien und Handlungsmöglichkeiten für Gesundheitsförderung im Stadtteil aufzeigen. Dabei können Good-Practice-Beispiele sowohl zum „Nachmachen“ als auch zu eigenen Ideen anregen. Einige gute Beispiele stadtteilbezogener Gesundheitsförderung enthält bereits die Praxisdatenbank Soziale Stadt ([www.sozialestadt.de/praxisdatenbank](http://www.sozialestadt.de/praxisdatenbank)). Auch die im Rahmen des bundesweiten Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ unter Federführung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erstellte Good-Practice-Sammlung beinhaltet mehrere stadtteilbezogene Gesundheitsprojekte (BZgA 2006; [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)). Eine umfassende Zusammenstellung von guten Beispielen gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung wird derzeit vom Deutschen Institut für Urbanistik im Rahmen des Forschungsvorhabens „Mehr als gewohnt. Stadtteile machen sich stark für Gesundheitsförderung“ vorbereitet.

### Literatur

Altgeld, Thomas (Hrsg.) (2004): Männergesundheit – Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention, Weinheim und München.

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2006): Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006 ([www.forumpraevention.de/forumpraevention\\_1234/images/Downloads/Leitfaden2006.pdf](http://www.forumpraevention.de/forumpraevention_1234/images/Downloads/Leitfaden2006.pdf)).

Bär, Gesine/Buhtz, Martina/Gerth, Heike (2004): Der Stadtteil als Ort von Gesundheitsförderung. Erfahrungen und Befunde aus stadtteilbezogenen Projekten, in: Rosenbrock, Rolf/Bellwinkel, Michael/Schröer, Alfons: Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“, Bremerhaven, S. 233–294.

BAG – Bundesarbeitsgemeinschaft Soziale Stadtentwicklung und Gemeinwesenarbeit e.V. (2006): Neue Chancen für die Soziale Stadtteilentwicklung und Gemeinwesenarbeit ([www.bagsozialestadtentwicklung.de/fileadmin/pdf/Modellvorhaben.pdf](http://www.bagsozialestadtentwicklung.de/fileadmin/pdf/Modellvorhaben.pdf))

Becker, Heidede/Bock, Stephanie/Böhme, Christa/Franke, Thomas (2006): Dritte bundesweite Befragung Programmgebiete „Soziale Stadt“. Endbericht zur Auswertung, Berlin ([www.sozialestadt.de/veroeffentlichungen/DF10750.pdf](http://www.sozialestadt.de/veroeffentlichungen/DF10750.pdf)).

Beer, Ingeborg/Musch, Reinfried (2002): „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt“. Modellgebiet Kottbusser Tor, Berlin-Kreuzberg, Endbericht im Rahmen der Programmbegleitung vor Ort, Berlin ([www.sozialestadt.de/gebiete/dokumente/DF6776.pdf](http://www.sozialestadt.de/gebiete/dokumente/DF6776.pdf)).

Bezirksamt Mitte von Berlin, Abteilung Gesundheit und Personal (2006): Gesundheitliche und soziale Lage der Bevölkerung in Berlin-Mitte. Basisgesundheitsbericht, Berlin-Mitte (Beiträge zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung, Bd. 10) ([www.berlin.de/imperia/md/content/bamitte/publikationen/gesund\\_pl\\_v\\_gb06.pdf](http://www.berlin.de/imperia/md/content/bamitte/publikationen/gesund_pl_v_gb06.pdf)).

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2006): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen, 2. Aufl., Köln (Gesundheitsförderung konkret, Bd. 5).

Hölling, Heike/Schlack, Robert (2006): Essstörungen, Vortragspräsentation im Rahmen des Symposiums „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Erste Ergebnisse“ am 25.9.2006 in Berlin ([www.kiggs.de/experten/erste\\_ergebnisse/symposium/index.html](http://www.kiggs.de/experten/erste_ergebnisse/symposium/index.html)).

Knesebeck, Olaf von dem/Schäfer, Ingmar (2006): Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter, in: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, Wiesbaden, S. 241–253.

Lampert, Thomas/Starker, Anne/Mensink, Gert (2006): Sport und Bewegung, Vortragspräsentation im Rahmen des Symposiums „Studie zur Gesundheit von Kindern

und Jugendlichen in Deutschland: Erste Ergebnisse“ am 25.9.2006 in Berlin ([www.kiggs.de/experten/erste\\_ergebnisse/symposium/index.html](http://www.kiggs.de/experten/erste_ergebnisse/symposium/index.html)).

Mackenbach, Johan P. (2006): Health inequalities: Europe in profile. An independent expert report commissioned by the UK presidency of the EU, London: Department of Health ([www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/15/84/04121584.pdf](http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/15/84/04121584.pdf)).

Oberste Baubehörde im Bayerischen Staatsministerium des Innern (2006): Kooperationen. Pilotprojekte für die Stadtgesellschaft. Modellvorhaben in der Sozialen Stadt in Bayern. Auslobung ([www.stmi.bayern.de/imperia/md/content/stmi/bauen/staedtebaufoerderung/aktuelles/kooperationen\\_auslobung.pdf](http://www.stmi.bayern.de/imperia/md/content/stmi/bauen/staedtebaufoerderung/aktuelles/kooperationen_auslobung.pdf)).

Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (2006): Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen, in: Richter, Matthias, Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, Wiesbaden, S. 11–31.

RKI – Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2006): Gesundheit in Deutschland, Berlin (Gesundheitsberichterstattung des Bundes).

Seestadt Bremerhaven, Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (2003): Kindergesundheit in Lehe. Im Fokus: 4 Kindertagesstätten, Bremerhaven.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz des Landes Berlin (2004): Sozialstrukturatlas Berlin 2003. Kurzfassung, Berlin.

Stadt Nürnberg, Gesundheitsamt, Abteilung Gesundheitsförderung (1995): Stadtteilgesundheitsbericht Südstadt, Nürnberg.

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut für Medizin-Soziologie und Freie Hansestadt Hamburg, Bezirksamt Eimsbüttel, Gesundheitsamt (2006): Quartiersdiagnose: Lenzgesund – mehr Gesundheit ins Quartier. Daten und Ansätze zur Gesundheitsförderung in der Lenzsiedlung in Hamburg-Eimsbüttel, Hamburg.

VV-Städtebauförderung 2006 – Verwaltungsvereinbarung über die Gewährung von Finanzhilfen des Bundes an die Länder nach Artikel 104a Absatz 4 des Grundgesetzes zur Förderung städtebaulicher Maßnahmen vom 3. Juli 2006/19. September 2006 ([www.sozialestadt.de/programm/grundlagen/DF10653.pdf](http://www.sozialestadt.de/programm/grundlagen/DF10653.pdf)).

■ Autorin  
Christa Böhme  
Deutsches Institut für Urbanistik  
Straße des 17. Juni 112  
10623 Berlin  
E-Mail: [boehme@difu.de](mailto:boehme@difu.de)

<sup>1</sup> Im Zuge der Einfügung von Vorschriften über Maßnahmen der Sozialen Stadt in das besondere Städtebaurecht des Baugesetzbuchs (§ 171e) ist der bis dahin übliche Begriff „Handlungskonzept“ durch „Entwicklungskonzept“ ersetzt worden. Wenngleich die Praxis in der Regel noch vom „Integrierten Handlungskonzept“ spricht, wird hier der neue, auch bereits in der 2005 von Bund und Ländern geschlossenen Verwaltungsvereinbarung zur Städtebauförderung verwendete Begriff „Integriertes Entwicklungskonzept“ benutzt.

## Impressum

Herausgeber:

Deutsches Institut für Urbanistik  
Straße des 17. Juni 112  
D-10623 Berlin

Redaktion:

Christa Böhme (v.i.S.d.P.)  
Klaus-Dieter Beißwenger

Layout und DTP:

Susanna Mayer

Redaktionskontakt:

Difu-Redaktionsgruppe  
Soziale Stadt *info*  
Telefon: 030/390 01-282  
Telefax: 030/390 01-275  
E-Mail: [redaktion@sozialestadt.de](mailto:redaktion@sozialestadt.de)  
Internet: [www.sozialestadt.de](http://www.sozialestadt.de)

Herstellung:

MercedesDruck Berlin

Abdruck:

bei Angabe der Quelle frei,  
Belegexemplar erbeten.

Soziale Stadt info wird  
auf 100-prozentigem  
Recyclingpapier gedruckt.



Im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS), vertreten durch das Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR)

---

# Good Practice: Qualitätsentwicklung in der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung

---

Zunehmend sehen sich Anbieter gesundheitsfördernder Maßnahmen mit der Anforderung konfrontiert, die Qualität ihrer Aktivitäten nachzuweisen. Für die Praxisanbieter stellen sich damit wichtige Fragen: Was sind eigentlich Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung, und wie können wir sie in die Planung, Durchführung und Bewertung unserer Projektarbeit integrieren?

Anders als in der Medizin oder auch dem produzierenden Gewerbe gibt es in der Gesundheitsförderung bisher kein „evidenzbasiertes“, also auf belastbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhendes Referenzsystem, an dem sich alle Projektphasen orientieren können (vgl. Luber/Geene 2004). Auch steht die Entwicklung von Konzepten für die Evaluation sozialogenbezogener Gesundheitsförderung noch ziemlich am Anfang. Hier gilt es insbesondere Ansätze zu entwickeln, die der Komplexität und Kontextabhängigkeit von Setting-Interventionen gerecht werden. Denn wenn auf die Gestaltung der Lebenswelt ausgerichtete Interventionen in ihrer Wirksamkeit beurteilt werden sollen, müssen komplexe Wirkungszusammenhänge in den Blick genommen werden, deren Ergebnisse meist von zahlreichen und schwer kontrollierbaren Rahmenbedingungen beeinflusst werden und sich erst in fernerer Zukunft beurteilen lassen (Kilian u.a. 2004).

Noch ein weiterer Umstand erschwert die flächendeckende Umsetzung von Evaluation und Qualitätsentwicklung in der gesundheitsfördernden Praxis: Den oftmals kleinen Projekten und

Angeboten fehlen ganz einfach die personellen und finanziellen Mittel, um eine Evaluation durchzuführen oder ein Qualitätsentwicklungssystem zu etablieren.



## Lernen anhand von ausgezeichneten Beispielen: Good Practice

Im Rahmen der Arbeit des bundesweiten Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ soll durch die Auswahl und Präsentation von Beispielen guter Praxis ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung in der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung geleistet werden. Der Kooperationsverbund wurde 2001 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) initiiert und umfasst derzeit mit Spitzenverbänden der Kranken-

kassen, Bundesverbänden der Ärzteschaft, Wohlfahrtsverbänden, drei Länderministerien, Landesvereinigungen und der Bundesvereinigung für Gesundheit sowie wissenschaftlichen Einrichtungen insgesamt 42 Partnerorganisationen. Ein wichtiges Ziel des Verbundes ist die Entwicklung der Anbieterqualität im Bereich Gesundheitsförderung mit Hilfe des Good-Practice-Ansatzes: Ergänzend zu theoretischen Konzepten und der Wissensvermittlung in (Qualitäts-)Handbüchern wird gute Praxis durch die anschauliche Vorstellung entsprechender Beispiele verbreitet. Die Vorteile dieses Ansatzes liegen auf der Hand: Gute Beispiele zeigen, was in der Praxis möglich ist und entfalten damit eine motivierende Wirkung. Sie sind praxisnah, fachlich orientiert und lebendig. Praxisanbieter können in Eigeninitiative mit den Good-Practice-Beispielen arbeiten, indem sie instruktive Beispiele angepasst auf ihren Interventionsbereich übertragen und in der Auseinandersetzung mit guter Praxis die Inhalte und Strukturen der eigenen Aktivitäten reflektieren.



Ein besonderes Merkmal des Ansatzes ist, dass nicht die vollständigen Interventionen zur Nachahmung empfohlen werden, sondern klar benannte Praxisbereiche wie z.B. eine gelungene Beteiligung der angesprochenen Zielgruppen (Kriterium: Partizipation). Um die Auswahl guter Beispiele möglichst transparent zu gestalten und die guten Praxisbereiche der ausgewählten Angebote so präzise wie möglich zu beschreiben, entwickelte der beratende Arbeitskreis des Kooperationsverbundes zwölf Kriterien für gute Praxis in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung (Lehmann 2004).

Im aktuellen Leitfaden der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) zur Umsetzung des § 20 SGB V werden der Good-Practice-Ansatz und die ihm zugrunde liegenden Kriterien ausdrücklich als Anknüpfungspunkte für die Arbeit der gesetzlichen Krankenkassen aufgeführt (AG der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen 2006).

### Kriterien für gute Praxis

Der entwickelte Katalog von Kriterien guter Praxis hat das Ziel, die relevanten Bereiche gesundheitsfördernder Interventionen abzubilden. Die ausgewählten Angebote müssen nicht alle Kriterien erfüllen, mindestens zwei Muss-Kriterien sind allerdings verbindlich: Good-Practice-Angebote müssen in Konzeption und Selbstverständnis einen klaren Gesundheitsbezug aufweisen, und ihre Arbeit muss sich an der sozialen Lage ihrer Zielgruppe(n) ausrichten.

### Die zwölf Good-Practice-Kriterien:

#### 1. Gesundheitsbezug in Konzeption und Selbstverständnis

Es liegt eine Konzeption vor,  
a) aus der ein klarer Zusammenhang zu Gesundheitsförderung und/oder Prävention hervorgeht, ebenso eine hierauf basierende Zielformulierung,

b) in der die Verminderung der gesundheitlichen Ungleichheit explizit und systematisch angestrebt wird.

#### 2. Zielgruppe in schwieriger sozialer Lage

Die Zielgruppe der sozial Benachteiligten ist präzise eingegrenzt und wird auch tatsächlich erreicht.

#### 3. Innovation/Nachhaltigkeit

Das Projekt hat innovativen Charakter bzw. innovative Aspekte und strebt die kontinuierliche Fortführung erfolgreicher Projektkomponenten an.

#### 4. Multiplikatorenkonzept

Es liegt ein Multiplikatorenkonzept vor, das Multiplikatorinnen und Multiplikatoren systematisch einbindet und gegebenenfalls qualifiziert.

#### 5. Niedrigschwellige Arbeitsweise

Das Projekt bzw. Angebot ist niedrigschwellig, aufsuchend, begleitend und/oder nachgehend.

#### 6. Partizipation

Es besteht ein hoher Grad an Beteiligungsmöglichkeiten für die Zielgruppe sozial Benachteiligter.

#### 7. Empowerment

Es erfolgt eine Befähigung und Qualifizierung der Zielgruppe sozial Benachteiligter, die auf den Stärken und Ressourcen der Zielgruppe aufbaut.

#### 8. Setting-Ansatz

Die Aktivitäten des Projektes integrieren Initiativen, die sowohl auf das Gesundheitshandeln von Personen als auch auf strukturelle Änderungen abzielen und sich am Setting-Ansatz der WHO orientieren.

#### 9. Integriertes Handlungskonzept/ Vernetzung

Es findet eine Ressourcenbündelung und fachübergreifende Zusammenarbeit statt; die Umsetzung des Konzeptes erfolgt gemeinsam mit den anderen Akteuren im lokalen Umfeld.

#### 10. Qualitätsmanagement/ Qualitätsentwicklung

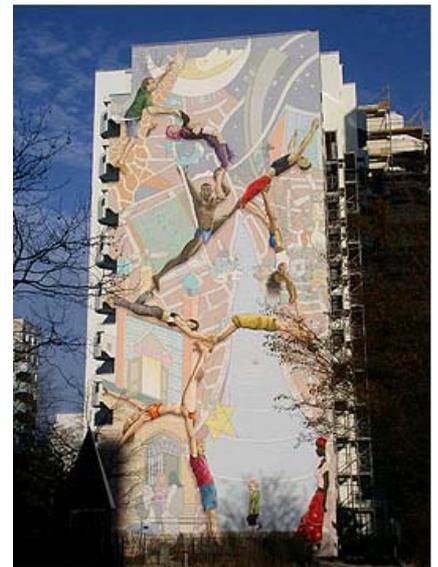
Im Projekt besteht ein Qualitätsmanagement/eine Qualitätsentwicklung im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

#### 11. Dokumentation und Evaluation

Dokumentation und Evaluation werden im Projekt zur Qualitätsentwicklung eingesetzt.

#### 12. Kosten-Nutzen-Relation

Die Kosten stehen in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen.



Die Good-Practice-Beispiele werden auf der Grundlage dieses Kriterienkatalogs ausgewählt. Um die Auswahl transparent zu gestalten, wurde ein mehrstufiges Verfahren entwickelt, das gemeinsam mit den Koordinatorinnen und Koordinatoren der Regionalen Knoten der Länder im Kooperationsverbund umgesetzt wird. Eine Beschreibung des Auswahlprozesses und weitere Informationen zu Good Practice finden sich auf der Website des Kooperationsverbundes unter [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice).

Die ausgewählten Beispiele werden im Rahmen von Publikationen und Fachveranstaltungen in die Praxis vermittelt. Kontinuierlich sind sie im Rahmen der Online-Datenbank auf [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de).

heit.de recherchierbar. In dem Pool von derzeit mehr als 40 Projekten finden sich auch Beispiele dafür, wie gute gesundheitsförderliche Praxis im Setting „Stadtteil“ umgesetzt werden kann. Im Folgenden werden zwei davon vorgestellt. Während sich das Projekt „Lenzgesund“ in erfolgreicher Weise einer Verbesserung der Entwicklungschancen kleiner Kinder im Stadtteil Hamburg-Eimsbüttel annimmt, zeichnet sich der „Gesundheitsladen Nordstadt“ in Hannover vor allem durch die Integration besonders schwer erreichbarer Zielgruppen aus.

### Lenzgesund

Im Mittelpunkt des Präventionsprogramms „Lenzgesund – vernetzte frühe Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre“ steht die nachhaltige Verbesserung der Entwicklungschancen von kleinen Kindern. Gemeinsam mit dem Quartiermanagement (Stadtteilbüro der Lawaetz-Stiftung) und dem Verein Lenzsiedlung e.V., einem Verein für Kinder, Jugend und Gemeinwesen, wurde das Projekt für das sozial benachteiligte Quartier „Lenzsiedlung“ in Hamburg-Eimsbüttel vom Gesundheitsamt vorbereitet und im Rahmen des Runden Tisches mit weiteren Kooperationspartnern weiterentwickelt und umgesetzt. Das Präventionsprogramm fördert den Zugang zur Gesundheitsversorgung, es stärkt das Gesundheitsbewusstsein der Bewohnerschaft und vernetzt und qualifiziert die Anbieter medizinischer und sozialer Dienstleistungen. Für die Handlungsbereiche Geburtsvorbereitung, Versorgung nach der Geburt und im ersten Lebensjahr, Impfen, Frühe Hilfen/Frühförderung und in den Feldern Zahngesundheit, Ernährung, Bewegung, gesundheitliche Handlungskompetenz werden Maßnahmen angeboten und langfristig Strukturen aufgebaut.



Eine Familienhebamme im Stadtteil bietet werdenden Müttern vor und nach der Geburt sowie im ersten Lebensjahr des Kindes Beratung und Begleitung an. Jede Familie wird nach der Geburt eines Kindes von der Hebamme zu Hause aufgesucht und bei Bedarf individuell unterstützt. Der Mütter- und Krabbeltreff im Bürgerhaus Lenzsiedlung unterstützt die Mütterberatung. Er bietet Entlastung für die Eltern, Kontakt zu gleichaltrigen Kindern und ihren Eltern – vor allem den Müttern – sowie Beratung in Fragen der Kinderbetreuung. Erzieherinnen und Erzieher können die Eltern auf Aspekte der Kindergesundheit ansprechen oder Kontakt zur Mütterberatung herstellen. Das Bürgerhaus bietet durch die Organisation von Veranstaltungen z.B. zum Thema Teenagerschwangerschaft die Gelegenheit, gesundheitsrelevante The-

men niedrigschwellig und zielgruppenorientiert zu vermitteln.

Ein weiterer Schwerpunkt des Programms ist die Förderung der Beteiligung und Kommunikation der Bewohnerinnen und Bewohner. Im Rahmen von Kleinprojekten wird die Vermittlung gesundheitsrelevanter Themen mit gemeinsamen Aktivitäten verbunden. Beispielhaft für die zielgruppenorientierte Ausrichtung der Angebote wurde speziell für Väter und deren Kinder ein Bewegungsangebot konzipiert, um so die sonst schwer zugängliche Gruppe der sozial benachteiligten Väter zu erreichen.

Das Präventionsprogramm „Lenzgesund“ wird im Rahmen eines dreijährigen Forschungsprojekts durch das Institut für Medizin-Soziologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Hauptschwerpunkte des Forschungsprojekts sind die Entwicklung eines Handlungskonzepts für geschlechtersensible Prävention und Gesundheitsförderung sowie die Entwicklung eines Evaluationsinstruments für präventionsbezogene Strukturbildung. Eine Quartiersdiagnose zur gesundheitlichen Situation im Stadtteil soll Strukturen und Kapazitäten für gesundheitsfördernde Maßnahmen aufzeigen.

### Gesundheitsladen Nordstadt

Der Diakonie- und Gesundheitsladen Nordstadt ist seit dem Jahr 2000 in einem sozial benachteiligten Gebiet der Hannoverschen Nordstadt angesiedelt. Er liegt zentral im Stadtteil und hat seine vielfältigen Angebote offen einsehbar platziert. Für die Bewohnerinnen und Bewohner des Stadtteils ist er während der täglichen Erledigungen leicht erreichbar und dadurch zu einer Kontaktstelle geworden.

Die Angebote der Einrichtung sind vielfältig, Ziel ist die Förderung positiver gesundheitsrelevanter Verhal-



tensweisen bei den verschiedenen Zielgruppen. Neben allgemeiner Beratung umfassen die Angebote beispielsweise Vortragsreihen zu verschiedenen Gesundheitsthemen, Vermittlung/Begleitung bei Kuren, Arztgängen und Behördenbesuchen oder auch offene Gruppen (u.a. Kochen). Das Essensangebot, z.B. das von bis zu 40 Personen besuchte wöchentliche offene Frühstück, ist für viele der Einstieg in das breite Beratungs- und Hilfeangebot des Diakonie- und Gesundheitsladens Nordstadt. Aber auch die Möglichkeiten, zu duschen und Wäsche zu waschen, sind gut geeignete Zugangswege zu den sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen des Stadtteils, ebenso wie die Infobörse über kostenlose Tauschangebote, ein Schaufensterflohmarkt und die Kleiderkammer.

Die Angebote richten sich an Menschen aller Altersgruppen, d.h. an Kinder (und ihre Mütter), an Jugendliche und junge Erwachsene und auch an Ältere, vornehmlich Alleinstehende. Sie sind für beide Geschlechter konzipiert und werden von Männern wie Frauen angenommen. Ein besonderer Erfolg in der Vergangenheit war die Integration von Randgruppen (et-

wa jungen Punks) in die Gruppenarbeit mit Bewohnerinnen und Bewohnern des Stadtteils.

Der Gesundheitsladen kooperiert mit mehreren Netzwerken im Stadtteil (u.a. mit einem breiten Verbund von mehr als 30 Partnern) oder in der Gesamtstadt Hannover. Durch das Angebot der Begleitung zu Behörden und Ärzten besteht ein enges Kooperationsnetzwerk, das von verschiedenen Seiten gewinnbringend genutzt werden kann: Betroffene erhalten Unterstützung bei der Durchsetzung ihrer Bedarfe und Interessen, die Institutionen des gesundheitlichen und sozialen Sektors können gleichzeitig auf arbeitserleichternde Vermittlungsdienste zurückgreifen, durch die allzu zeitintensive Beratungen vermieden werden.

Über die regelmäßige Betreuung von Ehrenamtlichen werden viele Aktivitäten dauerhaft möglich (z.B. die Kleiderkammer), die sich allein aus den personellen Kapazitäten des hauptamtlichen Teams nicht verwirklichen ließen. Die Bandbreite des Angebots wird mit Methoden der aktivierenden Befragung erweitert und regelmäßig aktualisiert.

Die vollständigen Projektbeschreibungen sowie weitere Informationen zum Good-Practice-Ansatz und seinen Kriterien sind abrufbar unter: [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) > Datenbank Gesundheitsprojekte

## Literatur

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (Hrsg.) (2006): Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006, Bergisch Gladbach.

BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2006): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen (Gesundheitsförderung Konkret 5), zweite erw. Aufl., Köln.

Kilian, Holger/Geene, Raimund/Philippi, Tanja (2004): Die Praxis der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte im Setting, in: Rosenbrock/Bellwinkel/Schröer (Hrsg.): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“ (Reihe Gesundheitsförderung und Selbsthilfe 8), Essen, S. 151–230.

Lehmann, Frank (2004): Auf dem Weg zu Kriterien für „Good-Practice-Angebote“ der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, in: Geene/Halkow: Armut und Gesundheit. Strategien der Gesundheitsförderung, Frankfurt a.M., S. 397–400.

Luber, Eva/Geene, Raimund (Hrsg.) (2004): Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung. Wer weiß, was gut ist: Wissenschaft, Wirtschaft, Politik, BürgerInnen?, Frankfurt a.M.

- Autoren:  
Sven Brandes  
Holger Kilian  
Gesundheit Berlin e.V.  
Friedrichstr. 231  
10969 Berlin  
E-Mail: [brandes@gesundheitberlin.de](mailto:brandes@gesundheitberlin.de)  
[kilian@gesundheitberlin.de](mailto:kilian@gesundheitberlin.de)

Fotos S. 10/13: Diakonie- und Gesundheitsladen Nordstadt;

Fotos S. 11/12: Projekt Lenzgesund

---

# Krankenkassen als Partner in der stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung

---

**Seit dem Jahr 2000 sieht § 20 Abs. 1 SGB V für die primäre Prävention durch die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland einen starken Soziallagenbezug vor: Danach sollen Krankenkassen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen einen Beitrag leisten.**

Die Notwendigkeit eines solchen Engagements wird durch verschiedene Studien nachdrücklich bestätigt. Laut BKK Gesundheitsreport 2006 (BKK Bundesverband 2006a) ist der Krankenstand bei Arbeitslosen etwa doppelt so hoch wie jener bei Erwerbstätigen. Im Vergleich zu Erwerbstätigen sind Arbeitslose infolge von psychischen Erkrankungen 3,6-mal länger arbeitsunfähig. Arbeitslose verbringen zudem mehr als doppelt so viele Tage im Krankenhaus wie Erwerbstätige. Häufigste Ursachen sind psychische Erkrankungen, infolge derer arbeitslose Männer achtmal länger stationär behandelt werden müssen als erwerbstätige Männer.

In einer Studie des Instituts für Prävention und Gesundheitsförderung an der Universität Duisburg/Essen (Bödecker u.a. 2006; Friedel 2005) mit mehr als 300 000 Probanden wurde das Risiko der Frühberentung untersucht. Es wurde festgestellt, dass es eine sehr starke inverse, lineare Beziehung zwischen verschiedenen Sozialschichtindikatoren wie Qualifikation, Einkommen, Prestige und Gesundheit gibt. So ist etwa das Risiko eines Arbeiters aus dem untersten Lohnsegment, vor dem Erreichen der Altersgrenze aus gesundheitlichen Gründen die Arbeit aufgeben zu müs-

sen, um rund das Fünffache höher als bei einem männlichen Hochschulabsolventen, und zwar auch dann, wenn wesentliche Belastungen aus der Arbeitswelt kontrolliert werden.

Soziale Ungleichheit hinsichtlich Gesundheit ist damit keineswegs nur ein Thema sozialer Randgruppen. Maßnahmen der Prävention, die dies nicht berücksichtigen, verstärken ungewollt die soziale Ungleichheit in der Bevölkerung. In der Regel gehen höhere Belastungen in der Arbeitswelt oder auch höhere Belastungen durch ungewollte Arbeitslosigkeit nicht nur mit einem gesundheitlich riskanteren Lebensstil, sondern auch mit einer deutlichen Abstinenz von präventiven Angeboten der Krankenkassen einher (vgl. u.a. Mielck 2000; Rosenbrock u.a. 2004; Sachverständigenrat 2005).

## **Aus dem Leitfaden Prävention der Spitzenverbände der Krankenkassen**

„Ziel der Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz ist es, unter aktiver Beteiligung der Betroffenen (Partizipation) die jeweiligen Gesundheitspotenziale und -risiken im Lebensbereich zu ermitteln und einen Prozess geplanter organisatorischer Veränderungen anzuregen und zu unterstützen. Dieser Prozess soll über die Schaffung gesundheitsgerechterer Verhältnisse die gesundheitliche Situation der Betroffenen nachhaltig verbessern. Dafür soll u.a. die Kooperationsfähigkeit innerhalb des jeweiligen Settings sowie zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Organisationen, Institutionen oder informellen Gruppen ausgebaut werden (Vernetzung). Denn der erfolversprechende ganzheitliche Ansatz lässt sich nur realisieren, wenn die originär zuständigen Träger und weitere Akteure mit ihren jeweiligen Kompetenzen und finanziellen wie personellen Ressourcen zusammenwirken. Parallel und verknüpft mit dem Bemühen, Gesundheit als Organisationsprinzip in Settings zu integrieren und zu etablieren,

sollte weiterhin auch die persönliche Handlungsfähigkeit des Einzelnen für die Gestaltung seiner gesundheitlichen Lebensbedingungen gestärkt werden (Empowerment) und auch der Einzelne zu gesundheitsgerechtem Verhalten motiviert und befähigt werden.

Ein besonderer Vorteil von Settings besteht auch darin, dass sich einerseits sozial Benachteiligte dort am besten erreichen lassen (aufsuchende Information und Intervention), andererseits jegliche Form einer kontraproduktiven Stigmatisierung vermieden wird, da in diesen Settings nicht ausschließlich sozial Benachteiligte anzutreffen sind...

Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Eine erfolgreiche Gesundheitsförderungspolitik ist deshalb auf das Zusammenwirken und die gemeinschaftliche Bereitstellung von Ressourcen aller für die jeweiligen Settings Verantwortlichen tragenden Akteure angewiesen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen empfehlen, Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz außerhalb von Betrieben zu verstärken und hierfür zunächst mindestens 50 Cent pro Kopf ihrer Versicherten zu verwenden. Bei der Umsetzung von Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz wird empfohlen, bereits vorhandene Strukturen Kassenarten übergreifender Organisation (Auswahl und Begleitung geeigneter Projekte) und der Qualitätssicherung zu nutzen.

Grundsätzlich kommt eine Förderung durch die Krankenkassen nur in Betracht, wenn Settingträger einen angemessenen Anteil an Eigen-/Drittmitteln – auch in Form geldwerter Leistungen – in die Aktivitäten einbringen und weitere für die Settings verantwortliche Partner inhaltlich und finanziell eingebunden sind. Eine Förderung kann nur dann erfolgen, wenn sich die im bzw. für das Setting Verantwortlichen zur Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen verpflichtet haben.“ (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2006, S. 11 f.).

In der aktuellen Fassung ihres Leitfadens Prävention empfehlen deshalb die Spitzenverbände der Krankenkassen (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2006), auf Interventionen zu setzen, die primär auf Lebensräume bzw. Settings abzielen und durch Strukturbildung Gesundheit fördern. Beispielhaft werden Kommunen/Stadtteile, Kindergärten, Schulen, Einrichtungen der Altenhilfe sowie Betriebe als für die primäre Prävention geeignete Settings aufgeführt.

Maßgeblich für die Förderungsfähigkeit von Setting-Ansätzen durch die gesetzlichen Krankenkassen sind der Soziallagenbezug, die Lebensweltorientierung sowie die Anwendung folgender Methoden/Strategien:

- „Die für das jeweilige Setting zuständigen Hauptakteure sind in die Planung und Durchführung kooperativ eingebunden.“
- Die geplanten Aktivitäten führen über die Krankheitsvermeidung hinaus zu einer Stärkung von gesundheitsfördernden und -schützenden Rahmenbedingungen.
- Der Projektverlauf und seine Ergebnisse werden im Projektteam regelmäßig reflektiert und bewertet (Qualitätssicherung).
- In die Maßnahmenplanung und -durchführung sind die Zielgruppen aktiv einbezogen, um sie zu gesundheitsförderlichem Verhalten zu befähigen (Empowerment).
- Die geplanten Aktivitäten münden in einer dauerhaften Verstetigung des Prozesses.
- Die geplanten Aktivitäten führen zu einer weiteren Vernetzung zwischen Institutionen – auch außerhalb des Gesundheitsbereiches im engeren Sinn – und fördern eine konstruktive Zusammenarbeit.“ (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2006, S. 21)

Beispielhaft wird das Vorgehen unter anderem für das Setting „Kommu-

ne/Stadtteil“ konkretisiert. Der Stadtteil bzw. die Kommune wird als Sozialraum verstanden, den es gesundheitsförderlich zu entwickeln gilt. Ausdrücklich wird auf das Bundesländer-Programm Soziale Stadt Bezug genommen, das darauf abzielt, zur Erhöhung der Lebensqualität im Stadtteil und damit auch zur Verbesserung der gesundheitlichen Lebensbedingungen der Bevölkerung beizutragen. Damit sind in diesem Programm bereits strukturell Parallelen zum gesetzlichen Auftrag der Krankenkassen angelegt, die genutzt werden sollten.

#### **Zum Beispiel: Projekte des BKK Bundesverbands**

Der BKK Bundesverband hat als Mitverfasser des Leitfadens Prävention diese Empfehlung bereits in mehreren seiner rund 60 soziallagenbezogenen Maßnahmen- und Strukturprojekte, die im Rahmen der BKK-Initiative „Mehr Gesundheit für alle“ seit Anfang 2003 durchgeführt werden, umgesetzt (BKK Bundesverband 2006b; ders. 2004). Beispielhaft genannt sei hier die Kooperation mit dem vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderten Programm „Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten“ (E&C), das als Partnerprogramm der Sozialen Stadt fungiert.

Hintergrund für die Kooperation war die Überlegung, dass gute Beispiele von Quartiermanagement den Idealvorstellungen von stadtteilbezogener Gesundheitsförderung sehr nahe kommen. Denn die Quartiermanagerinnen und -manager vor Ort kennen den Zugang zu den Zielgruppen, können vernetzen, treffen den richtigen Ton und sind dadurch in der Lage, auch gesundheitsförderliche Themen, z.B. mehr Bewegung, gesündere Ernährung, zu transportieren – und zwar besser, als dies die klassischen Gesundheitsförderer tun können.

Perspektivisch sollen die Strukturen der Sozialen Stadt für weitere BKK-Projekte nutzbar gemacht werden. Mit dem Projekt „Gesund älter werden im Stadtteil“ ist dies bereits gelungen (ein gemeinsames Projekt von BKK Bundesverband und BKK Landesverband NRW in Kooperation mit dem Ministerium für Bauen und Verkehr NRW und dem Innenministerium NRW sowie mit Unterstützung der Robert Bosch Stiftung). Ältere, sozial benachteiligte Menschen, die bisher nicht durch Angebote der Gesundheits- und Bewegungsförderung erreicht wurden, sollen in ihrem Lebensumfeld (Stadtteil) sensibilisiert und zu gesundheitsförderlicher Lebensweise aktiviert werden, um so zu einem möglichst langen Erhalt von Selbständigkeit und Beschwerdefreiheit beizutragen. Mittel wie Ziele sind dabei die Aktivierung zu mehr altersgerechter Bewegung und gesundheitsförderlicher Lebensweise sowie die Schaffung und Unterstützung hierzu notwendiger Strukturen und Angebote im Stadtteil.

Quartiermanagerinnen und -manager sind ideal geeignet für die Schaffung von Zugangswegen und die Vernetzung bereits vorhandener Institutionen und Akteure in den Stadtteilen. Sie werden im Projekt genutzt, um Sportvereine, Einrichtungen der Altenhilfe, Wohlfahrtsträger und Kirchengemeinden sowie die Ärzte und Krankenkassen vor Ort zu vernetzen und zu gemeinsamem Handeln zu motivieren. Betriebskrankenkassen haben ihre Unterstützung in einzelnen Stadtteilen zugesichert und Projektpartnerschaften übernommen.

In Stadtteilen, in denen es schon zuvor zentrale Anlaufstellen gab, wie z.B. Begegnungs- oder Kulturzentren, Nachbarschaftsheime oder Gemeindehäuser, konnten diese auch in das Projekt mit eingebunden werden. Da sie von Menschen aller Altersgruppen und vor allem kulturübergreifend genutzt werden, bieten die dort bereits

etablierten Angebote wie z.B. das Seniorenmittagessen, die Seniorencafés oder -gesprächskreise einfache und gute Zugänge zur Zielgruppe. Über Informationsveranstaltungen und Schnupperkurse wird hier das Interesse der Menschen für Themen und Angebote der Gesundheitsförderung geweckt.

Durch das persönliche Engagement Einzelner, die mit ihren Angeboten im Stadtteil präsent sind, wird die nötige Akzeptanz und Vertrauensbasis geschaffen, um auch das Umfeld der an Präventionskursen Teilnehmenden auf die Aktivitäten aufmerksam zu machen und eine Art Schneeballeffekt auszulösen. So konnten in einem Stadtteil mit Hilfe einer engagierten türkischen Übungsleiterin bereits einige der dort angesprochenen türkischen Frauen zum Besuch eines eigens für sie eingerichteten Gymnastikkurses motiviert werden. Durch „Mund-zu-Mund-Propaganda“ und die Mithilfe einer türkischen Ärztin sollen die Teilnehmerzahlen erhöht werden.

In anderen Stadtteilen konnten Kontakte zu den Einrichtungen des organisierten Sports hergestellt und diese als Kooperationspartner gewonnen werden. Ein von Stadtteilmanagement und Sport gemeinsam verfolgter Ansatz sucht in Kooperation mit Institutionen/Organisationen der Seniorenarbeit die „Älteren“ in ihrer Lebenswelt auf. Auf diese Weise werden feste Bestandteile des Tagesablaufs mit Bewegungsangeboten verquickt. Mittel- und langfristiges Ziel ist dabei, die Senioren für Bewegungsangebote zu interessieren, in Gruppen zusammenzufassen und diese schließlich, wenn sinnvoll und machbar, in die Strukturen des organisierten Sports vor Ort einzugliedern. Eine Mitarbeiterin des Stadtsporthundes sucht die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eines Seniorencafés während der Kaffeezeiten auf und macht einige Schnupperangebote. Diese wiederum führen dazu,

dass die Teilnahme an eigens eingerichteten Kursen mit zielgruppenspezifischer Ausrichtung steigt.

Vielfach ist es gar nicht notwendig, neue Angebote zu initiieren. Wie sich zeigt, gibt es häufig bereits eine Vielzahl von Angeboten, die jedoch in einem „Dschungel“ von Informationen untergehen und für den einzelnen älteren Menschen kaum zu überblicken sind. Hier konnte für den betreffenden Stadtteil ein „Gesundheitswegweiser“ geschaffen werden, der die relevanten Informationen zusammenfasst und im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit gezielt beworben wird.

#### Literatur

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2006): Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006.

BKK Bundesverband (Hrsg.) (2006a): BKK Gesundheitsreport 2006, Essen.

BKK Bundesverband (Hrsg.) (2006b): Mehr Gesundheit für alle, Zwischenbilanz 2006. Sonderbeilage in: Die BKK, Heft 12/2006.

BKK Bundesverband, Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg, Gesundheit Berlin e.V. (Hrsg.) (2004): Kiezdetektive – Kinderbeteiligung für eine gesunde und zukunftsfähige Stadt. Ein Umsetzungsleitfaden, Essen/Berlin.

■ Autor:  
Michael Bellwinkel  
BKK Bundesverband  
Kronprinzenstraße 6  
45128 Essen  
E-Mail: BellwinkelM@bkk-bv.de

Bödecker/Friedel/Friedrichs/Röttger (2006): Kosten der Frühberentung (Fb 1080, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin), Dortmund/Berlin/Dresden.

Friedel (2005): Frühberentung und soziale Schichtung. Forschungsprojekt des Instituts für Prävention und Gesundheitsförderung an der Universität Duisburg/Essen.

Mielck (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit – Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, Bern.

Rosenbrock / Bellwinkel / Schröer (Hrsg.) (2004): Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen, Bremerhaven.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005): Gutachten 2005 – Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Bonn.

# Gesundheitsteams vor Ort

## Ein Projekt des Landes Rheinland-Pfalz in benachteiligten Stadtteilen

Die Notwendigkeit eines gezielteren Ressourceneinsatzes in der Gesundheitsförderung für diejenigen Menschen, die einen besonders hohen Förderbedarf haben, ist in den letzten Jahren erfreulicherweise zunehmend in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt. Damit einhergehend wurde als Resultat von Umsetzungsschwierigkeiten die Aufmerksamkeit für die besonderen Herausforderungen geschärft, die es zu stemmen gilt, wenn man eben mit den gesundheitsfördernden Maßnahmen nicht mehr nur offene Türen einrennen möchte, sondern jene Menschen erreichen will, die aus verschiedensten Gründen zunächst viel Unterstützung benötigen, um sich überhaupt der Thematik einer gesunden oder gesünderen Lebensführung zu öffnen und um schließlich bereit zu sein, bestimmte Verhaltensweisen in einem oft langwierigen Prozess zu verändern.

Eine Voraussetzung, um Zielgruppen mit besonderem Förderbedarf zu erreichen, ist zunächst die Wahl eines geeigneten Settings. Ein solches Setting stellen benachteiligte Stadtteile dar. Der Beitrag von Christa Böhme in diesem Heft geht hierauf ausführlich ein, weshalb im Folgenden auf diesen Aspekt bei der Vorstellung des Projekts „Gesundheitsteams vor Ort“ verzichtet wird.

### Ausgangssituation

Das Projekt „Gesundheitsteams vor Ort“ wurde durch die rheinland-pfälzische Gesundheitsministerin Malu Dreyer in diesem Bundesland für Familien in Stadtteilen mit schwierigem sozialem Umfeld initiiert. Dieses Projekt ist ein Bestandteil der überge-



„Fit im Leben mit starkem Essen“ – Gesunde Ernährung selbst produziert - Grundschüler in Trier-Nord, Foto: Maria Ohlig

ordneten Initiative „Viva Familia“ ([www.vivafamilia.de](http://www.vivafamilia.de)) des gleichen Ministeriums zur Förderung von Familien in Rheinland-Pfalz.

Etabliert wurde das Projekt modellhaft an zwei rheinland-pfälzischen Standorten, in der Mainzer Neustadt und in Trier-Nord, zwei sozial benachteiligten Stadtteilen, die Programmgebiete der Sozialen Stadt sind. An beiden Standorten konnten die Projekte nach einer Vorbereitungsphase 2006 mit der Umsetzung beginnen. Eine Fortsetzung des Projekts ist bis Ende 2007 sichergestellt und über diesen Zeitraum hinaus angestrebt.

### Zielgruppe, Zielsetzung und Zugang

Zielgruppe sind Menschen in benachteiligten Lebenslagen, so beispielsweise Familien mit finanziellen, familiären oder beruflichen Schwierigkeiten, Alleinerziehende oder Familien

mit Migrationshintergrund. Aufgrund des hohen Anteils von Migrantinnen und Migranten in der Mainzer Neustadt wurde an diesem Modellstandort ein besonderer Schwerpunkt auf das Thema Migration und Gesundheit gelegt.

Das Projekt soll einen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Menschen in benachteiligten Lebenslagen leisten. Eigenverantwortung und Gesundheitskompetenzen sollen ausgebaut werden. Ein wichtiger Ansatz ist hierbei die Prävention und Gesundheitsförderung. Schwerpunktthemen sind die Wahrnehmung von Früherkennungsangeboten, die Gesundheitsfürsorge für Säuglinge, Kinder und Jugendliche, die Impfprophylaxe, Stillen, gesunde Ernährung, Bewegungsförderung, Zahngesundheit sowie die psychische und psychosexuelle Gesundheit.

Ein zweites zentrales Anliegen ist es, der Zielgruppe den Zugang zu den Regelangeboten des Gesundheitswesens zu erleichtern. Hemmschwellen für die Inanspruchnahme professioneller Hilfe etwa durch Ärztinnen und Ärzte, Hebammen usw., aber auch für die Beteiligung an Selbsthilfegruppen sollen abgebaut werden. Dabei werden keine Parallelstrukturen aufgebaut.

Da die Zielgruppe mit herkömmlichen Angeboten des Gesundheitssystems („Kommstruktur“) schlecht erreicht werden kann, sollen die Maßnahmen einen niedrighschwelligeren, aktiv aufsuchenden Charakter haben und möglichst dicht in die Lebenszusammenhänge der Zielgruppe (z.B. in typische Treffpunkte, Versammlungsorte, religiöse Zentren, Familien) („Gehstruktur“) integriert werden. Sie sollen mit den herkömmlichen Angeboten des Gesundheitssystems und bestehenden örtlichen (stadtteilbezogenen) Strukturen, wie sie in den Programmgebieten der Sozialen Stadt vielerorts zu finden sind, verknüpft werden.

### Planung und Realisierung der Maßnahmen, Projektstruktur

**Die „Gesundheitsteams“:** Durchgeführt werden die Gesundheitsmaßnahmen durch „Gesundheitsteams“. Diese bestehen aus Fachkräften des Gesundheits- und Sozialbereichs (Ärztinnen/Ärzte, Hebammen, Psychologinnen/Psychologen, Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Sozialpädagogen/Sozialpädagoginnen Sozialarbeiter/innen), die berufsgruppenübergreifend zusammenarbeiten.

**Projektkoordination:** An beiden Standorten wird die Koordinierung des Projekts von einer Projektkoordinatorin übernommen, der hierfür eine halbe Planstelle zur Verfügung steht. Träger der Koordinationsstelle ist in Trier das „Quartiersmanagement Trier-Nord“, angesiedelt bei der Wohnungsgenossenschaft am Beutelweg, und in Mainz der Caritasverband Mainz e.V.

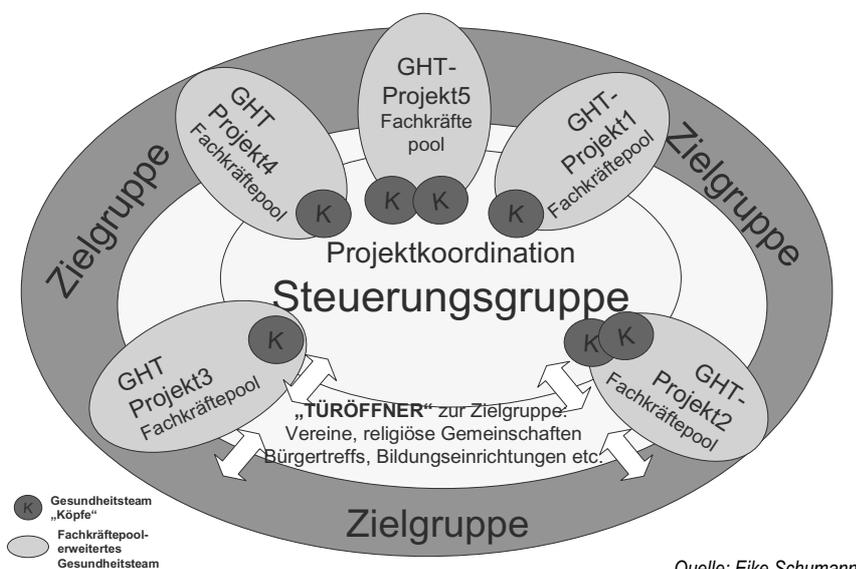
**Steuerungsgruppe:** Planung und Vorbereitung von Maßnahmen erfolgen durch eine Steuerungsgruppe, die

durch die Projektkoordinatorin einberufen und geleitet wird. Die Steuerungsgruppe hat die Aufgabe, entsprechend der Bedarfssituation, Projektvorhaben zu planen, vorzubereiten und mit bereits vor Ort bestehenden Angeboten und Initiativen zu koordinieren. Die Steuerungsgruppe stellt die für die Projektarbeit notwendigen Hintergrundinformationen bereit, ermittelt Bedarfe und erarbeitet Lösungsansätze. Sie besteht neben den „Gesundheitsteam“-Mitgliedern und der Projektkoordinatorin aus *Fachkräften* (z.B. aus Einrichtungen, Initiativen und Projekten des Gesundheits- und Sozialbereichs) sowie *„Schlüsselpersonen“* als *„Türöffner“*, die gute Kontakte zur Zielgruppe und deren Einrichtungen (Vereine, Bürgertreffs, Initiativen) haben.

**Die Maßnahmen:** Die Maßnahmen werden für jeden Projektstandort in einer Jahresplanung durch die Steuerungsgruppe festgelegt. Je nach Bedarf werden die thematischen Schwerpunkte gesetzt. An dieser Stelle kann nur eine beispielhafte Nennung von Maßnahmen erfolgen. Ein ausführliches Konzept kann bei der Autorin angefordert werden.

Abbildung: Projektstruktur, aus der Konzeptdarstellung des Projekts

## Gesundheitsteams vor Ort



Ein zentrales Angebot in beiden Standorten ist die „Sprechstunde vor Ort“, ein niedrighschwelliges, wohnortnahes (z.B. im Stadtteilbüro angesiedeltes) medizinisches und zahnmedizinisches Angebot, bei dem Fachleute vor Ort regelmäßig bestimmte Untersuchungen und Beratungen anbieten (Überprüfung des Impfstatus, Blutzuckerbestimmung, Hör- und Sehtests, Sprachentwicklungsprüfungen, Größen- und Gewichtsbestimmung, Blutdruckmessung). In Mainz wird parallel eine „mobile Sprechstunde“ in Form von Modulen mit Informations- und Beratungsangeboten zu Themen wie Kindergesundheit, Impfung, Früherkennung, Krebsvorsorge, Brustselbstuntersuchung, Zahngesundheit, Bewegung und Ernährung aufgebaut. Diese

Module sollen dann als Veranstaltungsreihe an „Alltagsorten“ der Zielgruppe mit Unterstützung der „Schlüsselpersonen“ umgesetzt werden.

Beispiele für weitere Maßnahmen aus beiden Standorten (2006 und 2007):

- bewegungs- und haltungsorientierte Angebote für schwangere Frauen und frisch Entbundene
- Frühstück für Mütter mit Babys: Gesundheitsberatung, Information und Austausch
- „Stark durch Stillen“, Unterstützung durch Information und Beratung
- „Erste Hilfe für mein Kind“
- körper-, bewegungs-, haltungs- und gesundheitsorientierte Angebote für türkisch sprechende Frauen
- „Offener Gesprächskreis Frauengesundheit“, gruppenpädagogisches Angebot zu Fragen der Frauengesundheit in türkischer Sprache
- „Migranten für Migranten“: mehrsprachige und kultursensible Informationsveranstaltungen zu den Themen Gesundheit, Ernährung, Alkoholkonsum, Familienplanung usw.
- Dolmetscherdienst von Medizinstudentinnen und -studenten
- „Frauen in Bewegung“, gesundheitswirksame körper- und bewegungsorientierte Angebote für Frauen
- „Gesundheit durch Bewegung“ für Männer
- „Mädchen-Gesundheits-Führerschein“
- „Boys and girls get fit“ in Trier-Nord, Sportangebot für Jungen und Mädchen

### Finanzierung

Gefördert wird das Projekt durch das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen in Rheinland-Pfalz sowie durch die gesetzlichen Krankenkassen (AOK Rheinland-Pfalz, BKK-Landesverband

Rheinland-Pfalz und Saarland, IKK Südwest-Plus sowie Landesverband VdAK/AEV). Im Jahr 2006 wurde das Projekt mit Mitteln in Höhe von insgesamt etwa 93 000 Euro gefördert, wobei sich der Beitrag des Landes auf rund 61 000 Euro und der Beitrag der gesetzlichen Krankenkassen auf etwa 32 000 Euro belief. Auch in diesem Jahr werden von beiden Partnern Mittel in vergleichbarer Höhe zur Verfügung gestellt.

### Qualitätssicherung

Eine verbindliche Orientierungshilfe bei der Planung und Durchführung von Maßnahmen stellt ein im Konzept verankerter Zielkriterienkatalog dar. Die Einhaltung der Kriterien ist Voraussetzung für eine Förderung von Maßnahmen. Dieser Zielkriterienkatalog erleichtert darüber hinaus die objektive Auseinandersetzung unter den Projektpartnern und hilft bei Entscheidungsfindungen und Kurskorrekturen im Projektverlauf. Im Katalog sind Kriterien hinsichtlich der Zielgruppe, der thematischen Schwerpunktsetzung, der Zugangswege und Maßnahmen sowie zur Projektstruktur festgelegt.

- Autorin:  
Dr. Eike Christiane Schumann  
Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz  
Referat Gesundheitsförderung  
Bauhofstraße 9  
55116 Mainz  
E-Mail: Eike.Schumann@masgff.rlp.de



„StelzArt“ - Gesundheitsprävention mit Jugendlichen in Trier-Nord, Foto: Uli Morrissey



„StelzArt“ – Jugendliche in Trier-Nord beim Basketballspiel auf Stelzen, Foto: Uli Morrissey



„Gesund von Kopf bis Fuß“ - Gesundheitstag in der Ambrosius-Grundschule in Trier-Nord, Foto: Maria Ohlig



„Soziale Stadt –  
meine Sicht“

## Setting „Stadtteil“ – Schlüsselfaktor für Erfolg und Nachhaltigkeit bei der Förderung gesund- heitlicher Chancen- gleichheit

Unzweifelhaft ist in den letzten Jahren im Bereich „Gesundheitsförderung in benachteiligten Stadtteilen“ ein Fortschritt zu beobachten. Auch in der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Soziale Brennpunkte Niedersachsen, dem Landesnetzwerk für soziale Stadtentwicklung in Niedersachsen, und im bundesweiten Zusammenschluss BAG Soziale Stadtentwicklung und Gemeinwesenarbeit wird das Thema intensiv diskutiert und weiterentwickelt.

Ein zentraler Faktor für die Verbreitung stadtteilbezogener Gesundheitsförderung ist allerdings (wie so oft) die Finanzierung. Hierbei spielt die Umsetzung des § 20 Sozialgesetzbuch V, nach dem die gesetzlichen Krankenkassen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen einen Beitrag leisten sollen, eine zentrale Rolle. Da aber nach meinem

Kenntnisstand in diesem Bereich – über einzelne Modellvorhaben hinaus – *in der Fläche* noch zu wenig in Bewegung gekommen ist, soll hier auf die Schlüsselstellung des Settings („benachteiligter“) „Stadtteil“ für Ansätze der Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit hingewiesen werden. Über diese Schlüsselstellung scheinen auf Seiten der Gesundheitsförderung oft noch Unklarheiten zu bestehen.

Für einen ganzheitlichen Ansatz der Gesundheitsförderung und für Erfolg wie Nachhaltigkeit gesundheitsfördernder Maßnahmen ist das Setting „Stadtteil“ unverzichtbar. Über das Setting „Kindertagesstätte“ werden nicht alle Kinder und ihre Eltern in benachteiligten Stadtteilen erreicht. Etliche Kinder gehen in diesen Stadtteilen nicht in vorschulische Einrichtungen, vor allem Kinder aus sozial besonders benachteiligten Haushalten und aus Migrantenfamilien. Auch das Setting „Schule“ stößt an seine Grenzen, wenn es sich um „bildungsferne“ Bevölkerungsgruppen handelt, die für die Institution Schule kaum erreichbar sind. Gesundheitsfördernde Ansätze nur an diesen beiden Settings festzumachen, greift angesichts der vielfältigen Problemlagen systematisch zu kurz. Die einzelnen gesundheitsfördernden Ansätze entfalten dann keine nachhaltige Wirkung und verpuffen, wenn sie keine Änderungen in den Elternhäusern nach sich ziehen (z.B. gesundes Frühstück usw.).

### Anknüpfungspunkte stadtteilbezogener Gesundheitsförderung

Im Setting „Stadtteil“ sind neben den bekannten Risikofaktoren zahlreiche Potenziale für gesundheitsförderliche Ansätze vorhanden. Dazu gehören die vielfältigen individuellen Ressourcen einzelner Bewohnerinnen und Bewohner, die sich in Stadtteilzentren und Projekten – meist ehrenamtlich – engagieren. Zu nennen sind hier aber auch die zum Teil gesundheitsförderlichen Lebensstile (Ernährungs- und

Kochgewohnheiten usw.) in bestimmten Migranten-Communities sowie die Kompetenzen der vielen in sozialen Einrichtungen und Projekten aktiven Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Die Förderung durch die Krankenkassen sollte dort ansetzen und vor allem folgende Maßnahmen vorsehen:

- **Bedarfsanalyse vor Ort:** Die vorliegenden Untersuchungen im Rahmen der Sozialen Stadt sind oft stark städtebaulich ausgerichtet und für die langfristige Planung und Beurteilung gesundheitsfördernder Ansätze nicht geeignet.
- **Koordinationsstelle für ein gesundheitsförderndes Gesamtkonzept mit allen Einrichtungen im Stadtteil:** Um die verschiedenen Handlungsfelder im Sinne einer Gesamtstrategie zu bündeln, ist es nötig, einen „Kristallisationskern“ zu schaffen, der die lokale gesundheitsbezogene Vernetzungsstruktur anschiebt und pflegt. Wichtig ist hierbei, keine Parallelstrukturen zu bestehenden Koordinationseinrichtungen im Stadtteil zu schaffen, sondern diese um das Handlungsfeld „Gesundheit“ zu erweitern.
- **Schlüsselprojekte:** Über alle Vernetzung und Koordinierung hinaus gibt es eine Vielzahl von möglichen neuen Aktivitäten und Projekten, die notwendig sind, um einen gesundheitsförderlichen Stadtteil zu schaffen. Präventionsangebote, die aus einem Gesamtkonzept heraus als Bedarf ermittelt werden, sollten unter Beteiligung der Krankenkassen finanziert werden, wenn möglich in Form eines „Pools“ oder „Fonds“, der dem Stadtteil zu Verfügung steht, um die Angebotslücken zu schließen.

Die Prioritäten sollten in der *Förderung einer lokal spezifischen Entwicklungsstrategie* liegen – und nicht in

der Schaffung einzelner Leuchtturmprojekte, deren Übertragbarkeit häufig zweifelhaft ist.

Nach meiner Erfahrung sind *drei* – eng miteinander verknüpfte – *strategische Handlungsfelder* für eine gesundheitsförderliche Gesamtstrategie zentral:

- 1. Vernetzung:** Bestehende Angebote und Projekte zu vernetzen, schafft Synergien; Angebotslücken können gezielt geschlossen, zusätzliche Bedarfe ermittelt werden.
- 2. Qualifizierung:** Im Vordergrund stehen die gesundheitsbezogene Qualifizierung von Schlüsselpersonen aus dem Stadtteil und der Aufbau eines Multiplikatoren-pools.
- 3. Befähigung:** Die Bewohnerinnen und Bewohner des Gebiets sollen dazu befähigt werden, ihre Lebensbedingungen gesundheitsförderlich zu gestalten und ihre sozialen Kompetenzen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit zu verbessern; die lebensweltlichen Netzwerke und die nachbarschaftlichen Unterstützungsformen sind zu intensivieren.

### Aufbau von Strukturen

Um einen Gesamtansatz zur Gesundheitsförderung in benachteiligten Stadtteilen zu etablieren, sind die Quartiermanagements und Einrichtungen der Gemeinwesenarbeit vor Ort geeignete Ankerpunkte. Die Ausgangslagen und Bedarfe in den jeweiligen Gebieten sind allerdings zu unterschiedlich, um auf übergeordneter Ebene konkrete Förderprojekte zu benennen. Dies ist auch eine Schwierigkeit bei der von manchen Krankenkassen verfolgten Förderpraxis einzelner „Good“- oder „Best-practice“-Modellvorhaben: Viele der vorgeschlagenen „Modelle“ existieren

bereits in den Stadtteilen (z.B. Kinderstadtteilplan, Kochbücher); vor allem aber fehlt ein *strategischer* Ansatz, der den Aufbau von nachhaltigen *Strukturen* befördert.

Um der kontraproduktiven Praxis verschiedener Krankenkassen, Einzelvorhaben zu fördern, entgegenzuwirken, muss die Landes- und Bundesebene ihre Steuerungsaufgabe wahrnehmen. Auf der Ebene des Landesgesundheitsministeriums sollte mit den Krankenkassen eine „Poollösung“ zur Finanzierung stadtteilbezogener Gesundheitsprojekte erarbeitet werden (wie z.B. modellhaft in Rheinland-Pfalz, vgl. hierzu den Beitrag von Schumann in diesem Heft). Fachlich begleitet werden sollte dies durch die im Rahmen des bundesweiten Kooperationsprojekts „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ (Federführung: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) auf Landesebene eingerichteten „Regionalen Knoten“.

- Autor:  
Frederick Groeger-Roth  
LAG Soziale Brennpunkte  
Niedersachsen e.V.  
Stiftstraße 15  
30159 Hannover  
E-Mail: geschaeftsstelle@lag-nds.de

Foto: LAG Soziale Brennpunkte

ABONNEMENT

### Sie möchten Soziale Stadt info abonnieren?

Schicken Sie uns eine E-Mail:  
**sozialestadt@difu.de**

oder ein Telefax:  
**030/39 001-269**

Geben Sie bitte Ihren vollständigen Namen, die Adresse, ggf. Dienststelle oder Institution, aber auch Telefon, Telefax an.

Oder senden Sie einfach eine Postkarte an:  
Deutsches Institut für Urbanistik,  
Straße des 17. Juni 112,  
10623 Berlin.

### Suchen Sie ältere Ausgaben des Soziale Stadt info?

Alle bisherigen Soziale Stadt infos stehen unter [www.sozialestadt.de](http://www.sozialestadt.de) zum Download bereit.

online

---

# Gesund leben lernen im Westlichen Ringgebiet in Braunschweig

---

## Rahmenbedingungen

Das Westliche Ringgebiet mit einer Bevölkerung von etwa 13 700 Menschen ist ein Gebiet der Sozialen Stadt und gehört zu den einkommensärmeren Gegenden Braunschweigs. 25 Prozent der Kinder dort leben in Haushalten, die Hilfen zum Lebensunterhalt beziehen.

Träger des von November 2003 bis März 2005 laufenden Projekts war die Stadt Braunschweig. Durchgeführt wurde es durch das Quartiermanagement (plankontor GMBH) und die Gesundheitsplanung der Stadt Braunschweig. Die Finanzierung als Modellprojekt im Rahmen des Aktionsprogramms Umwelt und Gesundheit (APUG) erfolgte aus Mitteln des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS).

## Ziele und Zielgruppen des Projekts

Die Leitziele von „Gesund leben lernen im Westlichen Ringgebiet“ stehen in engem Zusammenhang mit der Agenda 21 und dem umfassenden Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Nach deren Ottawa-Charta lässt sich Gesundheit mit Wohlbefinden in körperlicher, mentaler und sozialer Hinsicht umschreiben. Das Modellprojekt zielt darauf ab, den Menschen im Quartier „ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO 1986). Es ging darum, die Bewohnerinnen und Bewohner nach und nach für umweltbezogene Gesundheitsrisiken und Gesundheitsprävention zu sensibilisieren sowie die

Themen Umwelt und Gesundheit im Stadtteil dauerhaft zu verankern.

Mit „Gesund leben lernen im Westlichen Ringgebiet“ wurden zwei für die Gesundheit des Einzelnen wesentliche Risikobereiche erfolgreich im Stadtteil thematisiert: zum einen die Gefahren, die von einer belasteten Umwelt ausgehen, zum anderen die negativen Auswirkungen individuellen Fehlverhaltens, vor allem in Sachen Ernährung und Bewegung. Das Projekt richtete sich in erster Linie an die Kinder und Jugendlichen im Quartier, die durch neuartige und offensichtlich attraktive Angebote angesprochen und aktiviert wurden. Aber auch die Erwachsenen, gerade auch als Eltern oder Multiplikatoren, sowie Einrichtungen wurden durch Feste, Aktionen, Zeitungsartikel, Beratung und aktivierende Befragungen einbezogen und veranlasst, sich mit dem Themenkomplex Umwelt und Gesundheit auseinanderzusetzen.

## Aktivitäten und Maßnahmen

Zu Projektbeginn erfolgte in Werkstattgesprächen eine Bestandsaufnahme der umwelt- und gesundheitsbezogenen Probleme und Risiken. Daran waren Schulen, Kitas, Ärztinnen und Ärzte, Apotheken, das Gesundheitsamt, die Familienhebamme und nicht zuletzt die Bewohnerinnen und Bewohner des Viertels beteiligt.



Foto: plankontor

Aus der Bestandsaufnahme wurden die Handlungsfelder für das Projekt entwickelt. Neben der Gesundheitsbildung und -beratung standen hier die Umweltberatung sowie die Einbeziehung der Bewohnerschaft in Gestaltungsprozesse im Vordergrund. Bewegung, Ernährung, Schadstoffbelastung und Lärm bildeten die thematischen Schwerpunkte.

Die Projektaktivitäten waren darauf ausgerichtet, die Quartiersbevölkerung zu motivieren, zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation aktiv beizutragen. Stadteilfeste und Auftaktveranstaltungen zu Bildungs- und Beratungsreihen in Kooperation mit Umweltverbänden und Gesundheitsanbietern dienten der Informationsvermittlung. Während Projekttagen konnten Kinder und Jugendliche Themen wie gesunde Ernährung oder Mülltrennung in der Praxis bearbeiten. Auf Stadtteilspaziergängen spürten die Kinder als „Umweltdetektive“ die Hauptgesundheitsrisiken in ihrem Stadtteil auf. Zudem wurden in einem partizipativen Verfahren ein „Kinder-

kochbuch“ entwickelt und – im Rahmen von Projektwochen zum Thema „Wasser“ – ein großes „Wasserbild“ gemalt. Das Bild hatte gleichzeitig den Zweck, Wirkung und Erfolge der Projektwochen zu messen.

Begleitet wurde das Projekt durch aktivierende Befragungen, Gesundheits- und Umweltfeste sowie Beratungsangebote im Stadtteilbüro.

### Ergebnisse und Erfahrungen

Über die eingesetzten Methoden gelang es, sozial benachteiligte Kinder, Jugendliche und deren Eltern direkt auf Gesundheits- und Umweltbelange aufmerksam zu machen. Durch die vielfältigen Aktionen wurden die Themen Umwelt und Gesundheit inhaltlich miteinander verknüpft.

Die Kinder, die in den „Aktionsbausteinen“ des Projekts intensiv mit Risiken wie etwa der Wasserverschmutzung, mit der Müllproblematik oder mit Energiefragen vertraut gemacht wurden, werden jedoch zu Hause häufig kaum angehalten, ihr Umwelverhalten weiter zu verbessern. Insofern kommt Einrichtungen wie Kindertagesstätten und Schulen ein Großteil der entsprechenden Aufgabenverantwortung zu. Dort wird das im Modellprojekt Gelernte auch nach dessen Auslaufen auf einem kindgerechten Niveau mit den Mädchen und Jungen – und, wenn möglich, auch mit deren Eltern – eingeübt, jedoch nicht in der Tiefe und Breite, die das APUG-Projekt ermöglichte. In den Einrichtungen konzentriert man sich angesichts mangelnder Kapazitäten vor allem auf die Probleme der Kinder im Hinblick auf Ernährung und Bewegung sowie Verhaltensauffälligkeiten – trotz allen Interesses bleibt zu wenig Raum für die Umweltthemen. Außerdem müssten die Erzieherinnen und Erzieher kontinuierlich die Chance zur Weiterbildung im umweltpädagogischen Bereich erhalten – wie etwa im Rahmen des

Projekts „Gesund leben lernen im Westlichen Ringgebiet“ geschehen.

Das Projekt hat dazu beigetragen, dass die Einrichtungen für Gesundheits- und Umweltthemen offener sind und auch vermehrt für gesunde Ernährung und mehr Bewegung sorgen. Einige Einrichtungen haben sich mittlerweile ein besonderes Profil gegeben, das die Themen Ernährung und Bewegung zur Prävention aufgreift. Auch viele Bürgerinnen und Bürger, die als Multiplikatoren wirken können, wurden für Gesundheits- und Umweltfragen sensibilisiert. Insgesamt ist der Präventionsgedanke im Quartier heute deutlich stärker präsent.

Der Arbeitskreis „Umwelt und Gesundheit“ – in ihm sind die Stadt, das Quartiermanagement und die Kooperationspartner aus den Einrichtungen vertreten – hat wesentlich zur kontinuierlichen Verbreitung und Erweiterung der Projektaktivitäten auch über die Modellphase hinaus beigetragen. Die Ergebnisse aus dem Arbeitskreis sollen in Planungsprozesse der Stadt einfließen. Ursprünglich war ein Gesundheitshaus zur Verstetigung gesundheitsfördernder Maßnahmen im Stadtteil geplant. Es hat sich jedoch als sinnvoll erwiesen, das Thema Gesundheit in verschiedenen Einrichtungen – auch baulich – zu implementieren.

Aus der Kooperation zwischen Quartiermanagement, Gesundheitsamt und Gesundheitsplanung der Stadt sowie lokalen Akteuren entwickelte sich so ein Netzwerk, das die Bewusstseinsbildung für umweltbezogene Gesundheitsrisiken nachhaltig fördert.

#### ■ Autorin/Autor:

Helga Rake  
plankontor GmbH  
Hugo-Luther-Straße 60a  
38118 Braunschweig  
E-Mail: plankontor-rake@freenet.de

Rainer Schubert, MPH  
Stadt Braunschweig  
Fachbereich Soziales und Gesundheit  
Hamburger Straße 226  
38114 Braunschweig  
E-Mail: rainer.schubert@braunschweig.de

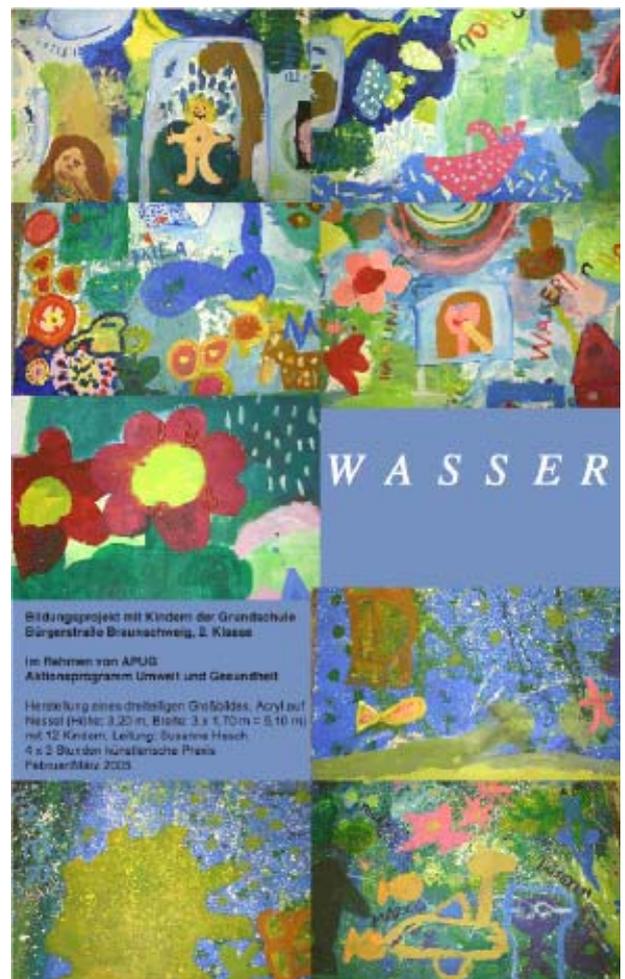


Foto und künstlerische Leitung: Susanne Heesch

---

# „Gesunder Sprengelkiez“ – Ein Stadtteil macht mobil

---

Das Berliner Quartiersmanagement-Gebiet Sparrplatz-Wedding („Sprengelkiez“) wird bereits seit 1999 im Bund-Länder-Programm Soziale Stadt gefördert. Als Reaktion auf die mangelhafte soziale Infrastruktur, auf das Fehlen niedrigschwelliger gesundheitsbezogener Angebote – insbesondere für Migrantenfamilien – und auf gesundheitliche Probleme vieler Kinder im Kiez (Übergewicht, Mängel in der Motorik und Koordination, Defizite in der Sprachentwicklung) war Gesundheitsförderung von Anfang an ein Handlungsfeld der sozialen Stadtteilentwicklung im Sprengelkiez.

## Interkulturelle Gesundheitsförderung

Das Projekt „Gesunder Sprengelkiez“ konzentriert sich auf interkulturelle Gesundheitsförderung für benachteiligte Familien, Kinder und Jugendliche, die bisher von entsprechenden Angeboten nur wenig erreicht werden. Wir wollen zielgruppenspezifisch die gesundheitlichen Potenziale der Bewohnerinnen und Bewohner stärken, indem wir gemeinsam mit der Quartiersbevölkerung gesundheitsförderliche Maßnahmen entwickeln und durchführen. Zur langfristigen Etablierung von Gesundheitsförderung im Stadtteil sollen Vernetzungsstrukturen von Akteuren des Gesundheitsbereichs im Kiez ausgebaut und gestärkt werden. Es geht uns darum, lokale Erfahrungen beim Aufbau von individuellen Kompetenzen sowie von gesundheitsförderlichen Strukturen im speziellen Setting „Stadtteil“ auszuwerten und auch für andere Stadtteile nutzbar zu machen. Das Projekt wird extern evaluiert.

Angesiedelt ist das Projekt „Gesunder Sprengelkiez“ im SprengelHaus, einem interkulturellen Gemeinwesenzentrum im Quartier. Gefördert wird es aus Mitteln des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt“ und des



Foto: Brigitte Kretschmann

Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE). Träger des Projektes und gleichzeitig Betreiber des SprengelHauses ist der Verein „Gemeinsam im Stadtteil e.V.“, ein Zusammenschluss von gemeinnützigen Organisationen und privatem Gewerbe. Das SprengelHaus hat sich mittlerweile zu einem Impulsgeber und Fokus für stadtteilbezogene Aktivitäten entwickelt.

## Aus Ideen und Initiativen werden Angebote

Umgesetzt und koordiniert wird der „Gesunde Sprengelkiez“ von zwei Gesundheitsförderinnen, die Ideen aus dem Kiez aufnehmen und Initiativen anschieben und unterstützen. Die Projektstruktur ist ausgerichtet auf ein ständiges Kursangebot zur Bewegungsförderung und gesunden Ernäh-

rung, auf das Initiieren von Selbsthilfe und Selbstorganisation, auf Fachveranstaltungen zu Gesundheitsthemen, jährlich stattfindende Gesundheitstage im Stadtteil zur Vernetzung der Gesundheitsakteure sowie auf Fachforen, in denen die Effekte und Wirkungen der Projektmaßnahmen diskutiert werden.

Wir haben ein breites Kursangebot zur Bewegungsförderung im SprengelHaus und an vielen Orten im Kiez aufgebaut. Das Bewegungsangebot für Kita-Kinder nimmt einen großen Umfang in unserem Projekt ein, weil viele Kinder ein hohes Maß an motorischen Entwicklungsdefiziten aufweisen.

Das offene Turnangebot teilt sich auf in:

- offenes Kinderturnen mit Eltern für Kinder im Alter von eineinhalb bis drei Jahren im Gymnastikraum des SprengelHauses,
- HipHop für Mädchen im Alter von acht bis zwölf Jahren,
- Bewegung für Kinder mit Gewichtsproblemen.

Ein weiterer Aspekt unseres Projektes liegt in der Partizipation und Selbstorganisation der Bewohnerinnen und Bewohner im Hinblick auf die Initiierung neuer Maßnahmen. So äußerten Frauen, die während der Gesundheitstage ein Schnupperangebot in Shiatsu wahrnahmen, den Wunsch, weiterhin Shiatsu zu machen. Mit Projektmitteln konnten wir einen Kurs einrichten. Einige Frauen aus dem Eltern-Deutschkurs einer Grundschule lernen jeden Montag im Anschluss an den Unterricht Fahrrad fahren. Ande-

re Frauen treffen sich zur Gymnastik im Gymnastiksaal des SprengelHauses.

Die Maßnahmen zu gesunder Ernährung finden in mehreren Kitas und Jugendfreizeiteinrichtungen statt. Kita-Kinder arbeiten zum Thema „Apfel, Möhre und Co.“. In Jugendfreizeiteinrichtungen befassen sich Jugendliche mit „Gesunder Ernährung – wieso, weshalb, warum?“. Sie erhalten altersgerechte Informationen zu gesunder Ernährung und lernen gleichzeitig, einfache gesunde Gerichte selbst zuzubereiten. Es ist vorgesehen, „Gesunde Ernährung – wieso, weshalb, warum?“ auch an Schulen im Kiez einzurichten.

### Kooperationen schaffen Netzwerke

Eine wichtige Aufgabe der Gesundheitsförderinnen besteht darin, eine Vernetzungsstruktur der Gesundheitsakteure aufzubauen, um Gesundheitsförderung und Prävention im Stadtteil nachhaltig zu verankern. Erste Schritte in diese Richtung sind die vielfältigen Kooperationen, die sich zur Planung und Durchführung der vielen Projektaktivitäten gebildet haben. So führen wir unsere Informationsveranstaltungen zu gesundheitsförderlichen Themen in Kooperation mit Einrichtungen und Trägern aus dem Kiez durch. Auf diese Weise erreichen wir zum einen Menschen, die sonst gesundheitsförderliche Angebote wenig in Anspruch nehmen. Zum anderen entstehen durch die Zusammenarbeit Synergien, die die Einrichtungen für ihre tägliche Arbeit nutzen können.

Das Gleiche gilt für die Gesundheitstage. Unter dem Motto „Gesundheit leben im Alltag“ bündeln sie im SprengelHaus und an vielen anderen Orten im Sprengelkiez die im Quartier vorhandenen Angebote zur Gesundheitsförderung und machen diese einem breiten Publikum bekannt. An den Gesundheitstagen beteiligen sich mittlerweile viele Einrichtungen, Träger und Initiativen aus dem Gebiet. Es

entstehen vielfältige Kooperationen und breite Netzwerke, die für ein zukünftiges Zusammenarbeiten bei Prävention und Gesundheitsförderung im Stadtteil genutzt werden können. Als Resultat der guten Zusammenarbeit und mit Unterstützung der Gesundheitsförderinnen haben einige Gesundheitsakteure eine Fachgruppe „Gesundheitsförderung im Sprengelkiez“ mit dem Ziel ins Leben gerufen, eine bedarfsgerechte Angebotsstruktur zu ermöglichen und Nachhaltigkeit zu fördern.

Mit unserem Projekt haben wir ein niedrigschwelliges gesundheitsförderliches Angebot auf den Weg gebracht, das im Kiez auf großes Interesse stößt. Durch die Kooperation mit lokalen Einrichtungen und Institutionen gelang es uns, neue Zugänge zu Zielgruppen zu eröffnen, die üblicherweise von gesundheitsförderlichen Maßnahmen nicht erreicht werden. Es wird viel Zeit benötigt, um die entstandenen Kommunikationsstrukturen im Kiez zu pflegen und weiterzuentwickeln. Das Erreichte auszubauen und nachhaltig zu sichern, dazu braucht es Ressourcen auch der Krankenkassen (§ 20 Sozialgesetzbuch V).

### Unser Fazit

Die Erfahrungen im Sprengelkiez zeigen, dass niedrigschwellige Gesundheitsförderung als langfristige Aufgabe im Setting „Stadtteil“ angelegt sein muss. Die beschriebenen Aktivitäten müssen angeschoben, koordiniert, vernetzt und begleitet werden und benötigen Kontinuität, damit sie nachhaltig wirken können. Hierzu braucht es Gesundheitsförderer, die in Stadtteilzentren angesiedelt sind. Sie eröffnen Räume, in denen Prozesse der Selbstfindung und der positiven Selbstverstärkung stattfinden können.

- Autorin:  
Jutta Kreibaum  
Projekt „Gesunder Sprengelkiez“  
SprengelHaus  
Sprengelstraße 15, 13353 Berlin  
E-Mail: gesunder-sprengelkiez@gisev.de

Fotos unten: Sabine Peschke



# Sozialraumorientierte Gesundheitsförderung in Jena-Winzerla

## Projekthintergrund

Bisher existieren integrative Programmansätze der Gesundheitsförderung und der Stadtentwicklung häufig nebeneinander. Ausgehend von einem im thüringenweiten Arbeitskreis „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ geäußerten Bedarf, konkrete, ressourcenschonende Projektideen zu entwickeln, wurde daher durch den bei der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. angesiedelten Regionalen Knoten Thüringen als Teil des bundesweiten Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ ([www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)) ein sozialraumorientiertes Gesundheitsförderungsprojekt in Jena-Winzerla ins Leben gerufen. Winzerla, ein Plattenbaugebiet am Rande von Jena, ist Programmgebiet des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt“. Die in den 70er- und 80er-Jahren im komplexen Wohnungsbau errichtete Großsiedlung ist überwiegend durch 5- und 6-geschossige zum Teil recht dichte Bebauung gekennzeichnet.

## Ausgangssituation in Jena-Winzerla

Eine Stadtteilanalyse der Fachhochschule Jena aus dem Jahr 2003 liefert Daten zur Charakterisierung des Stadtteils und bietet erste Ansatzpunkte für die Beschreibung eines Bedarfes an gesundheitsfördernden Maßnahmen. Für die kommenden Jahre wird ein „Durchaltern“ des Stadtteils prognostiziert. Die Zahl der Haushalte mit Kindern ist weiter rückläufig. Der Anteil der Alleinerziehenden an allen Haushalten steigt; gemessen an der Gesamtbevölkerung Jenas wohnt in

Winzerla der höchste prozentuale Anteil an allein erziehenden Elternteilen. Gleichzeitig weist der Stadtteil Winzerla im Gesamtstadtgebiet Jena den zweithöchsten Anteil an Arbeitslosen (Stand: 27.10.2006) und den höchsten Anteil an arbeitslosen Jugendlichen unter 25 Jahren auf. Die Bewohnerinnen und Bewohner äußern trotz vielfältiger Probleme eine



hohe Zufriedenheit und Verbundenheit mit ihrem Stadtteil. Kritisch wird die voranschreitende soziale Umstrukturierung des Stadtteils beurteilt. Gekennzeichnet ist dieser Prozess durch einen sinkenden Anteil an Familien und einen steigenden Anteil kleiner, einkommensschwacher Haushalte.

Der Stadtumbauprozess stellt vor allem soziale Maßnahmen und eine Verbesserung der Qualität der öffentlichen Räume in den Vordergrund. Ansätze zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit kommen, bedingt durch ihren Querschnittscharakter, vielfach aus anderen Bereichen – außerhalb des Gesundheitssektors. Gemeinsam mit dem Stadtteilbüro vor Ort und dem Jugendamt der Stadt Jena wurde vom Regionalen

Knoten des Landes Thüringen ein integriertes Handlungskonzept entwickelt, wobei vor allem an den gesundheitsförderlichen Potenzialen der Akteure im Stadtteil angeknüpft wird. Neben bereits existierenden Netzwerken, z.B. der Vernetzungsgruppe Kinder- und Jugendarbeit, basiert die Projektentwicklung auf den Wünschen, Bedürfnissen und Ideen der Bürgerinnen und Bürger. Ziel ist es, Angebote der Gesundheitsförderung in bestehende Strukturen und Netzwerke zu integrieren, um den Stadtteil als ein gesundheitsförderliches Setting zu entwickeln.

Erfahrungen und Kompetenz des Quartiermanagements in den Bereichen Partizipation, Empowerment und Netzwerkarbeit, niedrigschwellige Arbeitsweise und Zielgruppennähe der Akteure aus dem Stadtteil sowie die inhaltlichen Ideen aus der Gesundheitsförderung ermöglichen wechselseitige Synergien im Planungsprozess.



## Erste Schritte in der Projektumsetzung

Vor dem Hintergrund dieser Rahmenbedingungen wurde im Dezember 2004 eine Projektgruppe zur Gesundheitsförderung im Stadtteil gegründet. Basierend auf einer zum damaligen Zeitpunkt noch überblicksartigen Analyse der Ausgangssituation wurden erste Projektideen entwickelt und eine Planung für das weitere Vorgehen entworfen. Organisatorisch wurde das Thema Gesundheitsförderung in die Vernetzungsgruppe Kinder- und Jugendarbeit integriert. Um die Datenbasis zu verbreitern, wurden die subjektiven Vorstellungen und Ideen zu Gesundheit und deren Förderung bei den Bewohnerinnen und Bewohnern erhoben und damit weitere Anknüpfungspunkte für das Projekt gesammelt. Die gleichen Fragen werden aktuell in Form von Zukunftswerkstätten mit Kindern und Jugendlichen in den Schulen des Stadtteils bearbeitet. Die Ergebnisse sollen der integrierten Stadtplanung der Stadt Jena von den Jugendlichen vorgestellt werden.

Mitte 2005 starteten die ersten gesundheitsfördernden Mikroprojekte. Im Rahmen eines Stadtteilstes erhielten die Bewohnerinnen und Bewohner Gelegenheit, spielerisch ihre Sinne auszuprobieren und zu schulen. Der in Winzerla ansässige Jugendclub „Hugo“ entwickelte in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt der Stadt Jena unterschiedliche Projektangebote zur Gesundheitsförderung, die mit Schülerinnen und Schülern der Regelschule umgesetzt wurden. Im Jugendclub wurde auch eine Gesundheitswoche mit dem Schwerpunkt „Sinneswahrnehmung“ durchgeführt, in deren Verlauf nicht nur Jugendliche, sondern vor allem in den Vormittagsstunden auch die Schulen und Kindertagesstätten sowie Vereine, Projekte und Initiativen der Kinder- und Jugendarbeit angesprochen wurden. Parallel hierzu führt der Jugendclub die Jugendaktion „Gut Drauf –



Bewegen. Entspannen. Essen“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) durch. Die Aktion „Ich geh zur U! Und Du?“ der BZgA fand in drei Kindertagesstätten statt. Aus einem Frühstücksangebot für Eltern im Kinderbüro der Initiative „Kinderfreundliche Stadt Jena“ e.V. entstand ein Kochkurs für junge Mütter mit dem Ziel, gemeinsam Grundlagen einer gesunden und dabei preiswerten Ernährung zu erproben. Über das Kochen hinaus wurden den Frauen hauswirtschaftliche Kompetenzen vermittelt.

## Perspektiven

Mit Hilfe der Mikroprojekte in den Einrichtungen vor Ort und öffentlichkeitswirksamer Angebote soll unter dem Motto „Gesundheitsfreundliches Winzerla“ das Bewusstsein für Gesundheitsförderung im Stadtteil gefördert werden. Das Projekt lebt von den Ideen, den Erfahrungen, dem Wissen und dem Engagement aller Beteiligten. Es befindet sich in der Aufbauphase und wird kontinuierlich weiterentwickelt. Durch die Netzwerkarbeit ergeben sich im Entwicklungsverlauf neue spannende Synergien und Ko-

operationen. Ziel ist es, zum einen die Ziel- und Altersgruppen der Mikroprojekte zu erweitern und zum anderen das Projekt über die Etablierung einer Stadtteilgesundheitskonferenz nachhaltig in den vor Ort ansässigen Strukturen zu verankern.

## Rahmenbedingungen der Projektumsetzung

Projekträger ist der Regionale Knoten Thüringen an der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. – AGETHUR – in Kooperation mit dem Stadtteilbüro Jena-Winzerla und dem Jugendamt der Stadt Jena. Die sozialraumorientierte Gesundheitsförderung in Jena-Winzerla wird von der AOK-Thüringen

im Rahmen des § 20 Sozialgesetzbuch V gefördert. Die im Prozess gesammelten Erfahrungen und Ergebnisse sollen im Rahmen der Koordinations- und Vernetzungsfunktion des Regionalen Knotens Thüringen anderen Quartieren zur Verfügung gestellt werden, um zu einer kontinuierlichen und nachhaltigen Verknüpfung von Stadtentwicklung und Gesundheitsförderung beizutragen.

- Autorin/Autor:  
Uta Maercker  
Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V.,  
– AGETHUR –  
Regionaler Knoten Thüringen  
Carl-August-Allee 1  
99423 Weimar  
E-Mail: maercker@agethur.de

Eberhard Warncke-Seithe  
Stadtteilbüro Winzerla  
Anna-Siemens-Straße 25  
07745 Jena  
E-Mail: warncke-seithe@  
stadtteilbuero-winzerla.jetzweb.de

Fotos: Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. – AGETHUR –

---

# Friendly Monsters

## Ein gelungenes Beispiel für ein handlungsfeld-übergreifendes Projekt in Mannheim

---

Das Sanierungsgebiet Rainweidenstraße, ein etwa 5,8 Hektar großer Teil des Mannheimer Stadtteils Neckarstadt-West, wurde aufgrund der vielschichtigen städtebaulichen und sozialen Probleme im Jahre 2001 in das Programm Soziale Stadt aufgenommen. Das Gebiet war durch mangelnde Attraktivität und das Fehlen von Perspektiven geprägt. Viele ökonomisch aufstrebende Familien verließen das Quartier. Einkommensschwache Haushalte sowie Haushalte mit Integrationsdefiziten zogen nach.

Um die Situation im Stadtteil zu verbessern, wurde das Diakonische Werk Mannheim von der Stadt mit der Durchführung von Gemeinwesenarbeit und pädagogischer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen beauftragt. Zu diesem Zweck wurde ein Stadtteilbüro im Gebiet eingerichtet.

Im Rahmen dieser Arbeit entstand das Projekt „Friendly Monsters“, das die Handlungsfelder Stadtkultur, Wohnen/Wohnumfeld und Gesundheit miteinander verknüpft: Unter Anleitung des PlayArt-Künstlers Joerg Schulze wurde gemeinsam mit Kindern und Jugendlichen aus dem Stadtteil eine beispielbare Großskulptur aus Eichenholzstämmen geplant, entworfen und gebaut, die als spiel- und bewegungsförderndes Angebot einen Beitrag zur Gesundheitsprävention der Kinder im Gebiet leistet.

Etwa zehn bis 18 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland neigen zu Übergewicht. Bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien ist der Anteil in der Regel sogar deutlich höher. Um dem Trend zum Überge-

wicht entgegenzuwirken, sollte den Kindern und Jugendlichen durch die Anlage eines Spielplatzes die Möglichkeit zur Bewegung in ihrem direkten Wohnumfeld gegeben werden.

### Kooperationspartner

Bei Entwicklung und Umsetzung des Projekts kooperierten vier im Stadtteil tätige Institutionen:

- YEPP (Youth Empowerment Partnership Programme): Das Programm geht auf eine Initiative europäischer und amerikanischer Stiftungen zurück und hat zum Ziel, die Eigeninitiative, Berufsfähigkeit und soziale Verantwortung von Jugendlichen zu stärken. Der Modellversuch Mannheim ist eine Gemeinschaftsaktion von Stadt, interkulturellem Bildungszentrum sowie der Freudenberg-Stiftung und ist als lokales Mobilisierungsprojekt für den Stadtteil Neckarstadt-West konzipiert. Als Teil eines stiftungsinitiierten europäisch-



Die jugendlichen Akteure bei der Inbesitznahme ihrer „Friendly Monsters“ im Rahmen eines Bewohnerfestes. Fotos: Andreas Gonell

transatlantischen Programms ist YEPP Mannheim mit anderen Projektregionen in Frankreich, Bosnien-Herzegowina, Finnland, Belgien, Italien und Irland verbunden;

- GBG – Mannheimer Wohnungsgesellschaft mbH als größtes Mannheimer Wohnungsunternehmen mit insgesamt 16 000 Wohnungen stadtweit und Eigentümerin der Wohnsiedlung Rainweidenstraße;
- Diakonisches Werk Mannheim als mit der Gemeinwesenarbeit und pädagogischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen beauftragter freier Träger im Sanierungsgebiet;
- Kulturamt der Stadt Mannheim, bei dem das Projekt „Friendly Monsters“ ein Teilprojekt der Gesamtinitiative „Kultur in der Neckarstadt: West“ bildet.

Umgesetzt wurde das Projekt mit dem Holzbildhauer Joerg Schulze. Er verfügt über vielfältige Referenzen in der Projektarbeit mit Kindern und Jugendlichen. Skulpturen und Spielgeräte in Freianlagen, die unter seiner Anleitung mit Kindern und Jugendlichen entstanden sind, finden sich im gesamten Bundesgebiet.

## Aufgabenteilung

Mit der Projektleitung waren je ein Vertreter von YEPP und des städtischen Kulturamts beauftragt. Ihre Aufgabe umfasste vor allem die Abstimmung zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer, die Überwachung der termingerechten Durchführung der Arbeiten sowie die Kontrolle der Projektkosten.

Die GBG beteiligte sich an der Finanzierung des Projekts, stellte das Grundstück zur Aufstellung der Skulptur sowie eine Wohnung für den Künstler Joerg Schulze zur Verfügung.

Das Diakonische Werk stellte die Infrastruktur zur Verfügung, aktivierte und begleitete die Kinder und Jugendlichen und wirkte bei der handwerklichen Arbeit mit.

Aufgaben des Künstlers waren künstlerische Beratung, pädagogische kreative Arbeit mit der Zielgruppe, Beratung und Unterstützung des Auftraggebers zur Überwachung der im Projekt eingebundenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Handwerkerinnen und Handwerker.

## Projekttablauf

Aufgabe war die Planung und Errichtung einer beispielbaren Großskulptur in enger Zusammenarbeit zwischen dem Künstler sowie den Kindern und Jugendlichen aus dem Wohnumfeld. Planung und Entwurf sollten an den Bedürfnissen der Zielgruppe orientiert sein. Das Projekt wurde in der Zeit von März bis Juli 2003 durchgeführt und gliederte sich in drei Phasen:



Die beispielbare Großskulptur „Friendly Monsters“ kurz vor der Fertigstellung im Juli 2003.  
Foto: Kulturamt Mannheim

- In der ersten Phase wurden der Kontakt zwischen dem Künstler und den Kindern hergestellt, das Konzept von „Friendly Monsters“ erläutert und gemeinsam ein Modell für die beispielbare Großskulptur entwickelt.
- In der zweiten Projektphase wurde das Modell in die Praxis umgesetzt, wobei sich ältere Kinder beim Schleifen, Anmalen, Modellzeichnen und Schnitzen beteiligten.
- Die dritte Phase umfasste den Aufbau der beispielbaren Großskulptur überwiegend durch den Künstler und eine Baufirma sowie die Abnahme durch den TÜV.

Im Rahmen eines Kinderfestes wurde der Spielplatz im Wohnumfeld der Gebäude in der Rainweidenstraße am 18. Juli 2003 öffentlichkeitswirksam eingeweiht.

Die Kosten für das Projekt beliefen sich auf etwa 42 000 Euro (ohne Kosten für Personal, Projektleitung, Koordination, sozialpädagogische Betreuung und Evaluation).

## Projekterfolge

Das Hauptziel des Projekts, die Errichtung einer multifunktionalen beispielbaren Großskulptur in Zusammenarbeit von Künstler und Kindern/Jugendlichen aus dem Wohnumfeld, wurde in vollem Umfang erreicht. Das Wohnumfeld wurde aufgewertet und gleichzeitig eine nachhaltige gesundheitsfördernde Bewegungsmöglichkeit geschaffen.

In der fünfmonatigen Projektzeit beteiligten sich insgesamt 34 Kinder und Jugendliche, davon 18 Mädchen und 16 Jungen. Etwa drei Viertel von ihnen waren im Alter bis zu 14 Jahren. Die Kinder konnten im Rahmen des Projekts die Erfahrung machen, über eigene Leistungsgrenzen hinauszuwachsen. Die Arbeiten haben die Fähigkeiten der Kinder und Jugendlichen zur Teamwork gefördert. Es

wurden die Kreativität, die handwerkliche und die soziale Kompetenz geschult.

Wie die Praxis zeigt, wird das Spielgerät sehr gut angenommen. Zu Vandalismus ist es bislang nicht gekommen.



Foto: Andreas Gonnell

Die Kooperation der verschiedenen Institutionen war erfolgreich und hat die Beteiligten bestärkt, bei weiteren Projekten zusammenzuarbeiten.

Durch die Berichterstattung in den regionalen Medien und das Einweihungsfest wurden das Innen- wie das Außenimage des Stadtteils erheblich verbessert und nachhaltig aufgewertet.

Im Ergebnis präsentiert sich das Projekt „Friendly Monsters“ als gutes Beispiel für handlungsfeldübergreifende Aktionen im Sinne der Programmziele der Sozialen Stadt. Das Projekt leistet einen wesentlichen Beitrag zur Umsetzung der Programmziele „Förderung von Bürgermitwirkung, von Zusammenleben im Stadtteil und von sozialer Integration“ sowie „Gesundheitsvorsorge“. Die Bürgerinnen und Bürger engagierten sich für die Gemeinschaft, nachbarschaftsbezogene

Netze wurden geknüpft. Durch das Projekt wurden die örtlichen Potenziale gestärkt und die Motivation der Bewohnerinnen und Bewohner, an vergleichbaren Initiativen mitzuwirken, gefördert.

Das Projekt „Friendly Monsters“ ist ein gelungenes Beispiel für

- die Schaffung eines spiel- und bewegungsfördernden Angebots für Kinder und Jugendliche,
- nachhaltige Jugendarbeit,
- die Förderung von Fantasie und Kreativität,
- den Abbau von Vandalismus durch eigenes Mitgestalten der Lebensumwelt,
- Stadtteilmarketing nach außen und innen,
- innovative und kreative Stadtgestaltung.

■ Autor:  
Rainer Zingler  
Stadt Mannheim  
FB Wohnen und Stadterneuerung  
E 2  
68159 Mannheim  
E-Mail: rainer.zingler@mannheim.de

---

## Mehr als gewohnt – Stadtteile machen sich stark für Gesundheitsförderung

---

### Bericht aus einem laufenden Forschungsprojekt

---

#### Gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung: Handlungsbedarf erkannt

Zwischen individuellem Gesundheitsverhalten, den jeweiligen Lebensverhältnissen (z.B. im Hinblick auf Gesundheitsbelastungen in den Bereichen Umwelt, Verkehr, Wohnen) und sozialökonomischen Parametern wie Einkommen, beruflichem Status und Bildung besteht ein enger Zusammenhang (Bundesregierung 2005; Mielck 2000). So ist mit Armut ein beträchtliches Gesundheitsrisiko verbunden. Da Kinder und Jugendliche besonders von Armut betroffen sind, zeigen sich bei ihnen spezifische gesundheitliche Belastungen (Klocke 2001; RKI 2004).

Der lebensweltorientierte Ansatz der Gesundheitsförderung geht davon

aus, dass Menschen ihre Gesundheit nicht losgelöst von ihrer sozialen Situation und den sie umgebenden Rahmenbedingungen nachhaltig beeinflussen können. Er verbindet daher die „Verhältnis-“ und die „Verhaltensprävention“ und bezieht die Lebenswelten in einen gesundheitsfördernden Entwicklungsprozess ein (Setting-Ansatz). Der Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung hat zum Ziel, Organisationen (Betriebe, Kindergärten, Schulen) oder Strukturen (Städte, Stadtteile) so weiterzuentwickeln, dass Belastungen verringert und Ressourcen gestärkt werden. Erfahrungen wurden bislang insbesondere in der betrieblichen und der schulischen Gesundheitsförderung gesammelt. Für die Stadtteil- und Quartiersarbeit liegen bislang nur



„Schaustelle“ auch für Fürther Kinder. Foto: Difu

wenige diesbezügliche Erkenntnisse vor, denn noch ist die Sozialraumorientierung in der Gesundheitsförderung nur unzureichend entwickelt (Geene/Rosenbrock 2004).

Eine Konzentration auf soziale Benachteiligung und räumliche Problemlagen findet allerdings seit einigen Jahren im Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt“ und der Programmplattform für Kinder und Jugendliche „E & C – Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten“ statt. Hier steht die Verbesserung der Lebenswelt im Rahmen einer sozialen Stadt(teil)entwicklung bzw. einer sozialraumbezogenen Kinder- und Jugendhilfe explizit im Vordergrund. Im Kern sind Programmatik und Vorgehen bei Sozialer Stadt und beim gesundheitsförderlichen Setting eng verwandt: Beide zeichnen sich durch einen ganzheitlichen Ansatz und vernetzte Arbeitsstrukturen aus, setzen auf Aktivierung und Beteiligung der Bewohnerschaft. Gesundheitsförderung wird in der Sozialen Stadt bislang jedoch nur unzureichend als eigenständiges Handlungsfeld erkannt und als solches bearbeitet (Böhme 2003). Implizit jedoch wurde und wird Gesundheitsförderung bei der Umsetzung von Maßnahmen im Rahmen der Sozialen Stadt an sehr vielen Stellen betrieben, beispielsweise im Zuge von Wohnumfeldverbesserungen, Verkehrsberuhigungen und Schulhofgestaltungen.

### Das Projekt: Ansätze, Methoden, Ziele und Akteure

Mit dem Projekt „Mehr als gewohnt: Stadtteile machen sich stark für Gesundheitsförderung“<sup>1</sup> sollen Strukturen, Abläufe und Projekte der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung weiterentwickelt und evaluiert werden. Ziel der Analyse: ein praxistaugliches Modell zur Implementation von Primärprävention für die Zielgruppen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene auszuarbeiten, das vor



Luruper Jugendliche erneuern ihre Trainerhütte am Bolzplatz. Foto: Sabine Tengeler, Öffentlichkeitsarbeit für Gemeinwesenentwicklung, Hamburg

allem in sozial benachteiligten Stadtteilen einsatzfähig ist und dort dazu beiträgt, sozial bedingte Ungleichheit im Hinblick auf Gesundheitschancen abzumildern. Mit diesem auf den Stadtteil und die Lebenswelt bezogenen Ansatz sollen gesundheitsfördernde Entwicklungen in Gang gesetzt und verstärkt werden. Der Setting-Ansatz für Stadtteile wird im Rahmen des Projektes mit Verfahren der Stadtteilentwicklung verbunden, die sich bei der Umsetzung des Programms Soziale Stadt bewährt haben. Das Konzept der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung hat mehrere Kernbestandteile:



Langerpunkt in Halle-Silberhöhe. Foto: Difu

- Erfassung der sozialen und gesundheitlichen Problemlagen vor Ort,
- Verankerung von Gesundheit in lokalen Handlungskonzepten, Strategien und Aktionsplänen,

- Erweiterung des klassischen Spektrums von Gesundheitsförderung um z.B. baulich-städtebauliche Aufwertung, Umwelt,
- Kooperation von Verwaltung, Gesundheitsakteuren, Vor-Ort-Aktiven und Bewohnerschaft,
- Ansprache der Menschen in ihrem täglichen Wohnumfeld sowie
- kontinuierliche Qualitätssicherung und Evaluation.

Erprobt werden soll das Ganze in drei Stadtteilen: Fürth-Westliche Innenstadt, Halle-Silberhöhe und Hamburg-Altona-Lurup. Alle drei sind oder waren Programmgebiete der Sozialen Stadt, unterscheiden sich jedoch hinsichtlich Problemlage, Handlungsbedarf und Arbeitsstand in Sachen gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung. Im Vordergrund des gewählten Settings stehen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene – häufig mit Migrationshintergrund –, die besonderen Risikobelastungen ausgesetzt sind. Mit dem partizipativen Anspruch des Projektes sollen die Bewältigungskompetenzen der Zielgruppen gestärkt und personelle wie sozialräumliche Ressourcen gefördert werden. Aufsuchende Arbeit und projektbezogene Beteiligungsformen, die sich in den Programmgebieten der Sozialen Stadt bewährt haben, sind dabei wichtige Methoden, um die Zielgruppen besser einzubeziehen. Das Projektteam wird die Vor-Ort-Akteure beratend begleiten und methodisch unterstützen. Hierdurch sollen bestehende Strukturen, etwa stadtteilbezogene Akteursnetzwerke, im Hinblick auf Gesundheitsförderung weiterentwickelt und modifiziert werden. Letztlich soll der Gesamtprozess der stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung von den Gebietsverantwortlichen getragen und mit Zielen und konkreten Maßnahmen unteretzt werden. Ausdrücklich sollen hierbei die Krankenkassen einbezogen werden. Der BKK Bundesverband als Projektkooperationspartner unter-

stützt den Aufbau einer solchen Zusammenarbeit.

### Erste Projektergebnisse

Das Projekt kann auf sein erstes Arbeitsquartal zurückblicken. Es zeigte sich, dass alle Kooperationspartner ein großes Interesse an der Projektumsetzung haben. Bereits in dieser frühen Projektphase bildeten sich Schwerpunktthemen heraus:

- Entwicklung und Aufbau stadtteilorientierter Gesundheitsberichterstattung, einschließlich Festlegung von Indikatoren, mit denen sich die soziale und gesundheitliche Lage bestimmen lässt,
- Erreichbarkeit und Motivation bislang schwer zugänglicher Zielgruppen,
- Verstetigung sozialer und gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung auch nach dem Auslaufen von Fördermitteln.

Eine begleitende – primär prozess- und strukturorientierte – Evaluation wird im Rahmen des Forschungsprojektes entwickelt und durchgeführt. Die Projektergebnisse sollen Kommunen und Krankenkassen dabei helfen, gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung umzusetzen und entsprechende Maßnahmen zu implementieren.

### Literatur

- Böhme, Christa (2003): Erfahrungen aus dem Programm Soziale Stadt, in: Löhr, Rolf-Peter/Geene, Raimund/Halkow, Anja (Hrsg.), Die soziale Stadt – Gesundheitsförderung im Stadtteil, Berlin, S. 7–9.
- Bundesregierung (2005): Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin.
- Geene, Raimund/Rosenbrock, Rolf (2004): Soziallagenbezogene Gesundheitsförderung im Setting – Sozialräumliche Orientierung in der Planung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen, in: Meinschmidt, Gerhard (Hrsg.): Sozialstrukturatlas Berlin, Berlin.
- Klocke, Andreas (2001): Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit, in: Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 03/01.
- Mielck, Andreas (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, Bern.
- RKI, Robert-Koch-Institut (2004): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin.

- Autorinnen:  
Gesine Bär  
Dr. rer. soc. Bettina Reimann  
Deutsches Institut für Urbanistik  
Straße des 17. Juni 112  
10623 Berlin  
E-Mail: baer@difu.de  
reimann@difu.de

<sup>1</sup> Das Projekt wird im Rahmen des Regierungsprogramms „Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen“ durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert. Die Projektlaufzeit erstreckt sich von September 2006 bis April 2009. Auftragnehmer ist das Deutsche Institut für Urbanistik; Kooperationspartner sind der BKK Bundesverband sowie die Städte Fürth, Halle und Hamburg.