

Bettina Reimann, Christa Böhme, Gesine Bär



Mehr Gesundheit im Quartier

Prävention und
Gesundheitsförderung in der
Stadtteilentwicklung

o|ifu

Edition Difu

Stadt
Forschung
Praxis

Bettina Reimann
Christa Böhme
Gesine Bär

Mehr Gesundheit im Quartier

**Prävention und Gesundheitsförderung
in der Stadtteilentwicklung**

Edition Difu – Stadt Forschung Praxis

Bd. 9

Deutsches Institut für Urbanistik



Impressum

Autorinnen:

Dr. rer. soc. Bettina Reimann (Projektleitung)
Deutsches Institut für Urbanistik GmbH

Dipl.-Ing. Christa Böhme
Deutsches Institut für Urbanistik GmbH

Dipl.-Soz. Gesine Bär
Ehemals Deutsches Institut für Urbanistik GmbH, jetzt Gesundheit Berlin e.V.

Redaktion:

Dipl.-Pol. Patrick Diekelmann

Textverarbeitung, Graphik und Layout:

Christina Blödorn

Umschlaggestaltung:

Elke Postler, Berlin

Umschlagfoto:

Reinhard Stremmler, Stendal

Druck und Bindung:

Mercedes-Druck, Berlin

Dieser Band ist auf Papier mit dem Umweltzertifikat PEFC gedruckt.

ISBN: 978-3-88118-472-4 • ISSN: 1863-7949

© Deutsches Institut für Urbanistik GmbH 2010

Die diesem Forschungsbericht zugrunde liegenden Arbeiten wurden im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 01 EL 0605 durchgeführt. Die Verantwortung liegt allein bei den Autorinnen.

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind unter <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Deutsches Institut für Urbanistik GmbH
Zimmerstr. 13-15
D-10969 Berlin

Telefon: (030) 3 90 01-0
E-Mail: difu@difu.de
Internet: www.difu.de

Inhalt

Vorwort	7
Zusammenfassung	9
Summary	19
1. Einführung	29
1.1 Ausgangslage	29
1.2 Ziel der Untersuchung	31
1.3 Methodisches Vorgehen	32
1.3.1 Fallstudienauswahl	33
1.3.2 Kurzcharakteristik der Fallstudien-Stadtteile	33
1.3.3 Evaluationsziele	40
1.3.4 Ansatz und Adressaten der Evaluation	41
1.3.5 Evaluationsmethoden	42
1.3.6 Evaluationsverlauf/Prozessbegleitung durch die Begleitforschung	45
1.4 Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung – eine Erläuterung	46
2. Strategisch-konzeptionelle Ausrichtung gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung	49
2.1 Stadtteilbezogene Gesundheitsberichterstattung	49
2.1.1 Hintergrund und Untersuchungsfragen	49
2.1.2 Ergebnisse aus den Fallstudien	50
2.1.3 Qualitätskriterien/Qualitätsanforderungen	57
2.1.4 Empfehlungen	59
2.2 Integrierte Entwicklungs- und Handlungskonzepte für den Stadtteil	61
2.2.1 Hintergrund und Untersuchungsfragen	61
2.2.2 Ergebnisse aus den Fallstudien	62
2.2.3 Qualitätskriterien/Qualitätsanforderungen	64
2.2.4 Empfehlungen	66
3. Strukturen für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung: Akteure, Kooperationen und Steuerung	69
3.1 Ressortübergreifende Kooperation in der Kommunalverwaltung	70
3.1.1 Hintergrund und Untersuchungsfragen	70
3.1.2 Ergebnisse aus den Fallstudien	71
3.1.3 Qualitätskriterien/Qualitätsanforderungen	74
3.1.4 Empfehlungen	75

3.2	Kooperationen zwischen Kommune und Krankenkassen(verbänden)	76
3.2.1	Hintergrund und Untersuchungsfragen	76
3.2.2	Ergebnisse aus den Fallstudien	82
3.2.3	Qualitätskriterien/Qualitätsanforderungen	89
3.2.4	Empfehlungen	90
3.3	Netzwerkentwicklung im Stadtteil	92
3.3.1	Hintergrund und Untersuchungsfragen	92
3.3.2	Ergebnisse aus den Fallstudien	93
3.3.3	Qualitätskriterien/Qualitätsanforderungen	97
3.3.4	Empfehlungen	98
3.4	Lokale Koordinierungsstellen Gesundheit	99
3.4.1	Hintergrund und Untersuchungsfragen	99
3.4.2	Ergebnisse aus den Fallstudien	100
3.4.3	Qualitätskriterien/Qualitätsanforderungen	104
3.4.4	Empfehlungen	105
4.	Projekte und Maßnahmen für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung	107
4.1	Projektentwicklung und -umsetzung	107
4.1.1	Hintergrund und Untersuchungsfragen	107
4.1.2	Ergebnisse aus den Fallstudien	108
4.1.3	Qualitätskriterien/Qualitätsanforderungen	123
4.1.4	Empfehlungen	126
4.2	Nutzung vorhandener und Schaffung neuer Finanzierungsmodelle	128
4.2.1	Hintergrund und Untersuchungsfragen	128
4.2.2	Ergebnisse aus den Fallstudien	130
4.2.3	Qualitätskriterien/Qualitätsanforderungen	133
4.2.4	Empfehlungen	133
4.3	Verfügungsfonds Gesundheit	136
4.3.1	Hintergrund und Untersuchungsfragen	136
4.3.2	Ergebnisse aus den Fallstudien	137
4.3.3	Qualitätskriterien/Qualitätsanforderungen	140
4.3.4	Empfehlungen	141

5. Gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung: Projektergebnisse im wissenschaftlichen Kontext	143
5.1 Spezifizierung des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Stadtteile und Programmgebiete der Sozialen Stadt	143
5.1.1 Einordnung und Systematisierung des Settings „Stadtteil“	144
5.1.2 Diskussion über die Eignung von Stadtteilverfahren für die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit	146
5.1.3 Nutzung von Strukturen der „Sozialen Stadt“ für eine verstärkte lokale Gesundheitsförderung	148
5.2 Partizipative und aktivierende Evaluation	150
5.2.1 Herausforderungen für partizipative und aktivierende Evaluation von gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklungsprozessen	151
5.2.2 Standards partizipativer und aktivierender Begleitforschung/Evaluation	153
6. Zentrale Handlungsempfehlungen	155
6.1 Strategien und Konzepte für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung	155
6.2 Strukturen für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung	157
6.3 Projekte und Maßnahmen für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung	161
Anhang	167
Anhang 1: Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner	167
Anhang 2: Projektantrag (Formular) Verfügungsfonds Gesundheit	173
Anhang 3: Projektdokumentationsblatt Verfügungsfonds Gesundheit	179
Literatur	185

Vorwort

Dass Armut ein erhebliches Gesundheitsrisiko darstellt, ist mittlerweile fast ein Allgemeingut. In diesem Kontext gewinnt Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte an Relevanz. Gleichwohl sind Strategien, Strukturen sowie Maßnahmen und Projekte, die explizit die Gesundheitsförderung im Stadtteil bzw. in benachteiligten Stadtteilen befördern, bislang noch wenig erprobt und noch seltener evaluiert worden.

Wie Gesundheitsförderung auf Quartiersebene und die wissenschaftliche Begleitung eines solchen Ansatzes gelingen können, wird in diesem Band – unter Bezugnahme auf empirische Ergebnisse – dargestellt. Die wissenschaftliche Arbeit hierfür wurde im Rahmen des Regierungsprogramms „Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen“ und gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) von August 2006 bis Juli 2009 vom Deutschen Institut für Urbanistik als Forschungsprojekt mit dem Titel „Mehr als gewohnt: Stadtteile machen sich stark für Gesundheitsförderung“ durchgeführt.

Ohne die engagierte Mitarbeit der als Fallstudien ausgewählten Kommunen – Fürth, Halle (Saale) und Hamburg – wären die Forschungsarbeiten nicht möglich gewesen. Weitere Kooperationspartner des Projektes waren der BKK Bundesverband, die BKK Landesverbände Bayern, NORD und Ost sowie die Techniker Krankenkasse. Ihnen allen sei an dieser Stelle für Ihre Unterstützung und Ihr Engagement herzlich gedankt.

All jenen, die noch mehr Interesse am Thema haben, möchten wir die Difu-Arbeitshilfe „Kinder- und jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil“ (siehe Eigenanzeige am Ende dieses Bandes) empfehlen, in der Gute-Praxis-Beispiele aus dem ganzen Bundesgebiet illustrieren, wie Gesundheitsförderung als Teil der Stadtteilentwicklung implementiert werden kann.

Februar 2010

Bettina Reimann, Christa Böhme, Gesine Bär

Zusammenfassung

Anlass der Untersuchung

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, wird spätestens seit der Verabschiedung der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung durch die Weltgesundheitsorganisation WHO im Jahr 1986 offensiv thematisiert. Menschen mit geringem Einkommen, niedrigem beruflichem Status oder geringer Bildung sterben in der Regel früher und leiden zudem häufiger an gesundheitlichen Beeinträchtigungen, wobei Kinder und Jugendliche hiervon besonders negativ betroffen sind. Diese Benachteiligungen konzentrieren sich räumlich in benachteiligten Stadtteilen, die im Vergleich zur Gesamtstadt besonders komplexe soziale, ökonomische, infrastrukturelle, bauliche und eben auch gesundheitliche Problemlagen aufweisen. Gleichzeitig verfügen viele dieser Stadtteile über Ressourcen und Stärken: Mancherorts bestehen Selbsthilfe-Netzwerke sowie durch Eigeninitiative entstandene und/oder durch Stadtpolitik beförderte Aktivitäten und Strukturen, die zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Lebensbedingungen beitragen oder beitragen können.

Angesichts dieser Ausgangslage stellt sich die Aufgabe, Stadtteilentwicklung und Gesundheitsförderung stärker als bislang üblich miteinander zu verknüpfen und gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung zu einem Thema in den Kommunen zu machen. Die Gesundheitsförderung im Stadtteil stellt für Kommunen, Krankenkassen und stadtteilbezogene Gesundheitsakteure jedoch eine besondere Herausforderung dar. Gegenüber anderen Settings¹ (Schule, Betrieb, Kita) ist das Setting Stadtteil nämlich ein diffuserer Sozialzusammenhang (Lebenswelt), in dem Strukturen, Verantwortlichkeiten und Angebote nicht klar definiert sind. Es kann daher nicht „einfach“ auf bereits bestehende Verfahren der Setting-Entwicklung zurückgegriffen werden. Interventionen sind damit schwieriger zu konzipieren und zu evaluieren. Hinzu kommt, dass die Sozialraum- bzw. Stadtteilorientierung in der Gesundheitsförderung bislang nur unzureichend entwickelt ist.

Es verwundert daher nicht, dass bislang wenige Erfahrungen vorliegen, wie der Setting-Ansatz auf Stadtteile übertragen werden kann. Strategien, Verfahren, Strukturen, Akteursspektrum und Projekte, die explizit die Gesundheitsförderung im Stadtteil befördern, sind bislang wenig erprobt und noch seltener evaluiert worden.

1 Gesundheitsförderung wird bereits seit vielen Jahren in bestimmten Settings wie Betrieben und Schulen durchgeführt. Die WHO definiert Setting (engl.: Umgebung, Schauplatz) als „the place or social context in which people engage in daily activities in which environmental, organizational and personal factors interact to affect health and wellbeing“ (WHO 1998: 19). „Weiter heißt es, dass Setting einen Ort oder einen sozialen Kontext bezeichnet, der ‚normalerweise‘ physisch begrenzt ist, sich durch Beteiligte mit verschiedenen Rollen auszeichnet und über eine Organisationsstruktur verfügt“ (Engelmann/Halkow 2008: 28).

Vor diesem Hintergrund hat das Difu im Rahmen des Regierungsprogramms „Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen“ und gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung von September 2006 bis Juli 2009 das Forschungsprojekt „Mehr als gewohnt: Stadtteile machen sich stark für Gesundheitsförderung“ durchgeführt. Im Mittelpunkt standen die Weiterentwicklung und Evaluation von gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklungsprozessen, wobei das Difu die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation übernahm. Kooperationspartner waren der BKK Bundesverband, die BKK-Landesverbände Bayern, NORD und Ost, die Techniker Krankenkasse sowie die Städte Fürth, Halle (Saale) und Hamburg. Die vorliegende Publikation stellt die Ergebnisse des Forschungsprojektes vor².

Ziel und methodisches Vorgehen

Übergreifend zielte das Projekt auf den Aufbau, die Weiterentwicklung und Evaluation von Strategien, Strukturen sowie Projekten und Maßnahmen der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung. Ziel war es, einen praxistauglichen Implementationsansatz der Primärprävention für die Zielgruppen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene auszuarbeiten, der vor allem in sozial benachteiligten Stadtteilen einsatzfähig ist und dort zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beisteuern kann. Gleichzeitig sollte ein Beitrag zur wissenschaftlichen Debatte über die Einsatzmöglichkeiten und Wirkungsweisen des Setting-Ansatzes als (Kern-)Strategie der Gesundheitsförderung sowie zur Methodendiskussion im Bereich partizipativer und aktivierender Evaluation geleistet werden.

Der im Projekt entwickelte Ansatz zur Gesundheitsförderung wurde in drei Stadtteilen (Fürth-Innenstadt, Halle-Silberhöhe und Hamburg Altona-Lurup), die Programmgebiete der „Sozialen Stadt“ sind oder waren, sich jedoch hinsichtlich ihrer Problemlagen, Handlungsbedarfe und Arbeitsstände der stadtteilorientierten Gesundheitsförderung unterscheiden, erprobt. Mit der Fallstudienanalyse wurde keine Repräsentativität, sondern Exemplarität angestrebt. Mittels der Fallstudien wurden die spezifischen Besonderheiten in den jeweiligen Einzelfällen einschließlich der maßgeblichen Rahmenbedingungen herausgearbeitet, um auf diese Weise zu einem tieferen Verständnis der kommunalen Praxis zu gelangen.

Um im Sinne der Zielsetzung erfolgreich zu sein, mussten in den Kommunen und Stadtteilen Lernprozesse initiiert und in Gang gesetzt werden. Hierbei spielte die prozessbegleitende Evaluation eine Schlüsselrolle: Analysen und Ergebnisse der Begleitforschung des Difu wurden kontinuierlich an die Akteure rückgekoppelt

2 Der Transfer der Projektergebnisse in die Praxis wird durch eine weitere Veröffentlichung gewährleistet. In der Difu-Arbeitshilfe „Kinder- und jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil“ (Bär/Böhme/Reimann 2009b) wird modellhaft und mit zahlreichen Gute-Praxis-Beispielen aus dem gesamten Bundesgebiet dargestellt, wie Gesundheitsförderung als Teil der Stadtteilentwicklung und der Quartiersarbeit erfolgreich und qualitätsgesichert implementiert und etabliert werden kann.

und beförderten den Dialog zwischen Praxis und Wissenschaft. Die Evaluation richtete sich hierbei im Schwerpunkt auf die Entwicklung von Strategien und Strukturen der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung, zum Teil aber auch auf konkrete gesundheitsfördernde Projekte und Maßnahmen. Dieser partizipative und aktivierende Evaluationsansatz wurde gewählt, um eine möglichst breite Akzeptanz für den Implementationsansatz gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung und auf diese Weise eine Basis für die Verstetigung der Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung im Stadtteil zu schaffen.

Die Evaluation basierte auf einer Kombination von quantitativen und qualitativen Methoden, wobei Letztere überwiegen. Das Spektrum reicht von der Analyse und Auswertung von Materialien, Sekundärliteratur und Daten über beobachtende Teilnahmen sowie mündliche und standardisierte schriftliche Befragungen bis hin zu leitfadengestützten Experteninterviews und Gruppendiskussionen.

Zentrale Untersuchungsergebnisse: Qualitätselemente gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung

In den drei Fallstudien Fürth-Innenstadt, Halle-Silberhöhe und Hamburg Altona-Lurup wurden gemeinsam von lokalen Akteuren (Fachverwaltung, Kommunalpolitik, Quartiermanagement, Krankenkassen) und Begleitforschung des Difu besondere Herausforderungen für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung identifiziert. Insbesondere sind dies:

- Aufbau einer Kooperation zwischen Kommunen, Krankenkassen(verbänden) und weiteren Stadtteilakteuren,
- Entwicklung und Qualifizierung von Projekten, die sich für die Gesundheitsförderung in sozial benachteiligten Stadtteilen besonders eignen,
- Verzahnung gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung mit Ansätzen und Praxis sozialer Stadtteilentwicklung.

Um sich diesen Herausforderungen stellen zu können, wurden vom Difu gemeinsam mit den Vor-Ort-Akteuren in den Fallstudien Qualitätselemente der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung entwickelt und erprobt. Wenngleich die Umsetzung in den Fallstudien entsprechend der lokalen Gegebenheiten (insbesondere Grad der politischen Rückendeckung, zur Verfügung stehende Ressourcen, Spektrum der Akteure) unterschiedlich verlief, kann übergreifend festgestellt werden, dass der Einsatz der im Folgenden dargestellten Qualitätselemente entscheidend dazu beigetragen hat, auf Quartiersebene neue Mechanismen zu aktivieren und zu etablieren, die es den Kommunen, Krankenkassen und dem Quartiermanagement ermöglichen, die Gesundheitsförderung im Stadtteil und seiner Bewohnerinnen und Bewohner voranzutreiben.

Stadtteilbezogene Gesundheitsberichterstattung

Eine auf einzelne Stadtteile orientierte Gesundheitsberichterstattung steckt gegenwärtig noch „in den Kinderschuhen“. Die Analyse der spezifischen Gegebenheiten im Quartier – Probleme und Bedarfe, aber auch Ressourcen und Potenziale – ist jedoch notwendige Grundlage für die Entwicklung qualitätsgerichteter Maßnahmen zur stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung. Für eine dem umfassenden Verständnis von Gesundheitsförderung der WHO gerecht werdende Erfassung der gesundheitlichen Lage in benachteiligten Stadtteilen erscheint es sinnvoll, indikatorenbasiert Daten zu allgemeinen bzw. umweltbezogenen Gesundheitsbelastungen (z.B. Lärm- und Luftbelastung), zu individuellen bzw. sozialen Gesundheitsbelastungen (z.B. Arbeitslosigkeit, Sozialhilfebezug), zum Gesundheitszustand der Stadtteilbevölkerung (z.B. Übergewicht, Motorik- und Sprachstörungen bei Kindern) sowie zur Gesundheitsversorgung (z.B. Anzahl der Arztpraxen, Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen) und Gesundheitspotenzialen (z.B. öffentliche Grünflächen, Gesundheitsprojekte in Kitas und Schulen) aufzubereiten und diese Daten um qualitative Einschätzungen von Vor-Ort-Akteuren und der Bewohnerschaft zu ergänzen. Die Gesamtschau der Erfassung und Auswertung von gesundheitsbezogenen Daten, Indikatoren und Informationen muss in die Ermittlung von Handlungsbedarfen münden. Darauf aufbauend sollte die stadtteilbezogene Berichterstattung auch bereits erste Handlungsansätze aufzeigen.

Integrierte Entwicklungs- und Handlungskonzepte für den Stadtteil

Integrierte Entwicklungs- und Handlungskonzepte sind wichtige Instrumente, um eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung systematisch voranzubringen. Nach der Bedarfsanalyse im Rahmen der kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung ist das Erstellen eines solchen Konzepts ein konsequenter nächster Schritt. Ein Entwicklungs- und Handlungskonzept verschafft zum einen Orientierung und zum anderen – soweit das Konzept politisch beschlossen ist – Planungssicherheit. Bei seiner Erstellung bietet sich die Chance, mit den Stadtteilakteuren und der Quartiersbewohnerschaft in einen Dialog über Entwicklungsaufgaben und Maßnahmenswerpunkte im Gebiet zu treten.

Ressortübergreifende Kooperation in der Kommunalverwaltung

Gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung tangiert je nach Größe und Ausdifferenzierung der Kommunalverwaltung eine Reihe von verschiedenen Fachressorts. Hierzu zählen vor allem die Bereiche Gesundheit, Umwelt, Sport, Kinder, Jugend und Familie, Soziales, Bildung sowie Stadtentwicklung. Für den Aufbau und die Weiterentwicklung der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung ist daher die

Beteiligung eines breiten Spektrums an Fachämtern erforderlich, die ressortübergreifend zusammenarbeiten sollten.

Kooperation zwischen Kommune und Krankenkassen(verbänden)

Neben den Kommunen sind Krankenkassen wichtige Partner bei der Setting-Entwicklung im Stadtteil. Mit ihrer Hilfe und durch ihre Kooperation mit den Kommunen kann Gesundheitsförderung in Stadtteilen – vor allem in den klassischen Handlungsfeldern von Gesundheitsförderung (Ernährung, Bewegung, Suchtprävention, Stressbewältigung) – gestärkt werden. Die Kooperation zwischen Kommune und Krankenkassen erfolgt bislang selten direkt, in der Regel bedarf sie einer Vermittlung durch eine intermediäre Instanz (Quartiermanagement, Koordinierungsstelle Gesundheitsförderung, Begleitforschung).

Netzwerkentwicklung im Stadtteil

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, das neben den zuständigen Kommunalverwaltungen (insbesondere Gesundheit, Stadtentwicklung, Jugend, Sport, Umwelt) beispielsweise Kitas, Schulen, Jugendtreffs, Krankenkassen und Ärzte umfasst. 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.

Koordinierungsstelle Gesundheit im Stadtteil

Ein wichtiger Motor für die komplexe Steuerungs- und Koordinierungsaufgabe eines gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklungsprozesses auf der Quartiersebene und im intermediären Bereich ist eine lokale Koordinierungsstelle für Gesundheitsförderung. Ähnlich wie das Quartiermanagement im Rahmen des Programms „Soziale Stadt“ soll die lokale Koordinierungsstelle zum systematischen Aufbau von selbst tragenden sowie nachhaltig wirksamen Strukturen im Quartier beitragen. Zentrale Aufgaben liegen in den Bereichen Koordination und Moderation, Projektentwicklung, Aktivierung und Beteiligung, Öffentlichkeitsarbeit sowie Berichtswesen. Ist die lokale Koordinierungsstelle Gesundheit nicht ohnehin direkt

beim Quartiermanagement angesiedelt, sollten diese zwei lokalen Einrichtungen eng zusammenarbeiten, um Parallelstrukturen zu vermeiden.

Projektentwicklung und -umsetzung

Das Spektrum der Handlungsfelder für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung ist breit und reicht über klassische Gesundheitsthemen wie Ernährung, Bewegung und Sport, Stressbewältigung, Suchtprävention über Gewaltprävention, Unfallprävention, Schwangerschaft und Elternschaft bis hin zu eher baulichen Bereichen wie Wohnen und Wohnumfeld, Umwelt und Verkehr. Welche Handlungsfelder schwerpunktmäßig in den Blick genommen werden, muss sich an den jeweiligen örtlichen Bedarfslagen im Stadtteil orientieren.

Finanzierung

Der gesundheitsfördernde Impuls im Stadtteil kann dann besonders wirksam umgesetzt werden, wenn zusätzliche finanzielle Ressourcen mobilisiert werden. Für die Programmgebiete der „Sozialen Stadt“ bieten hier die sozial-integrativen Modellvorhaben der Sozialen Stadt eine gute, aber bislang für Gesundheitsthemen noch wenig genutzte Möglichkeit. Auch Mittel der Krankenkassen, die laut dem Sozialgesetzbuch (§ 20, Abs. 1 SGB V) für Prävention und Gesundheitsförderung eingesetzt werden sollen, sind für die Setting-Entwicklung in benachteiligten Stadtteilen eine geeignete Finanzierungsbasis. Zudem können weitere Mittel von Stiftungen oder der öffentlichen Hand eingeworben werden.

Verfügungsfonds Gesundheit

Ein stadtteilbezogener Verfügungsfonds, über dessen Mitteleinsatz möglichst durch lokale Gremien entschieden werden sollte, kann für die zügige und dezentrale Projektumsetzung ein wichtiges Instrument darstellen, dem darüber hinaus eine zentrale Funktion in Hinblick auf Aktivierung der Vor-Ort-Akteure und der Quartiersbevölkerung zukommt. Die schnelle, unbürokratische Bezuschussung kleiner Vorhaben unterstützt dezentral im Stadtteil das vorhandene Engagement und führt zu einer zügigen Realisierbarkeit von Ideen. Zuwendungsgebern wird bei pauschalen Bewilligungen zudem der Aufwand einer kleinteiligen Mittelbewilligung und -abrechnung erspart. Die Vergabe der Mittel erfolgt im Idealfall durch Stadtteilgremien, in denen lokale Akteure und Bewohnerschaft vertreten sind, oder durch eine eigens eingerichtete Bürgerjury.

Zentrale Untersuchungsergebnisse: Spezifizierung des Setting-Ansatzes für sozial benachteiligte Stadtteile

Einordnung und Systematisierung des Settings Stadtteil

Der Stadtteil als Setting für gesundheitsfördernde Innovation birgt – im Vergleich zu anderen Settings wie Kita, Schule oder Betrieb – einige Besonderheiten und spezielle Herausforderungen:

- Der Stadtteil ist keine Organisationseinheit, sondern eine räumliche Einheit von ganz unterschiedlicher Größe.
- Innerhalb des Stadtteils sind Schulbezirke, Fördergebiete, politische Zuständigkeitsbereiche, Wahlkreise und statistische Gebieten oftmals unterschiedlich zugeschnitten und überlagern sich in Teilen, ganz oder auch gar nicht.
- Stadtteile haben jeweils sehr unterschiedliche sowie komplexe Ausgangs- und Problemlagen, die auf die Gesundheit Einfluss nehmen.
- Im Vergleich zu anderen Settings ist der Stadtteil vor allem hinsichtlich des Akteursspektrums und der Kooperationsstrukturen komplexer.
- Der Stadtteil ist gegenüber anderen Settings heterogener, zum Teil diffuser; Strukturen, Verantwortlichkeiten und Angebote im Stadtteil sind vielfältig, nicht immer bekannt bzw. manchmal nicht klar definiert.

Nutzen und Mehrwert des Stadtteilansatzes bestehen insbesondere darin, dass er die Konzentration auf bestimmte – beispielsweise benachteiligte – Stadtteile und damit verbunden die Bündelung und den effektiven Einsatz beschränkter personeller und finanzieller Ressourcen ermöglicht.

Eignung von Stadtteilverfahren für die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit

Für die Evidenzgewinnung, das heißt für die empirisch nachgewiesene Wirksamkeit, in der settingbasierten Gesundheitsförderung geht es vor allem darum, systematisch Bedingungen, Strukturen und Prozesse einer gesundheitsfördernden Intervention zu identifizieren, die für ihren Erfolg verantwortlich und übertragbar sind. Die im Forschungsprojekt entwickelten Qualitätselemente für die Strategie- und Strukturentwicklung sowie die Good-Practice-Kriterien für die Bewertung von Maßnahmen und Projekten leisten hierzu einen Beitrag. Mit Blick auf Wirkungsnachweise für die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit besteht der Beitrag des vorgelegten Qualitätskonzeptes vor allem darin, auf Quartiersebene innovative und tragfähige Mechanismen zu aktivieren und zu etablieren, die es den

lokalen Akteuren und Zielgruppen ermöglichen, sich zukünftig wirkungsvoll der Aufgabe gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung zu widmen.

Nutzung von Strukturen der „Sozialen Stadt“ für eine verstärkte lokale Gesundheitsförderung

Die Strukturen des Programms „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt“ (kurz: Soziale Stadt) eignen sich in besonderer Weise dafür, sie in Richtung gesundheitsförderndes Setting zu erweitern. So haben „Soziale Stadt“ und settingbasierte Gesundheitsförderung wesentliche Handlungsprinzipien gemeinsam. Vorhandene Instrumente der Strategieentwicklung im Programm „Soziale Stadt“ lassen sich um das Handlungsfeld Gesundheit/Gesundheitsförderung ergänzen und vorhandene Programmstrukturen lassen sich für die settingbasierte Gesundheitsförderung sinnvoll nutzen. Im Ergebnis verstärken sich „Soziale Stadt“ und settingbasierte Gesundheitsförderung im Zusammenwirken gegenseitig.

Zentrale Untersuchungsergebnisse: Partizipative und aktivierende Evaluation

Die Entwicklung einheitlicher Qualitätskriterien partizipativer und aktivierender Gesundheitsforschung und eine Verständigung über deren Standards stehen noch am Anfang, sollten jedoch mit Blick auf die Verbesserung der wissenschaftlichen Wirkungsanalyse komplexer gesundheitsfördernder Interventionen wie dem Setting-Ansatz weiter betrieben werden. Aufbauend auf den Ergebnissen des Forschungsprojektes, das insbesondere Kommunen und Krankenkassen an der Evaluation aktivierend beteiligt hat und dessen Erkenntnisse aus der Evaluation in erster Linie diesen beiden Akteursgruppen (Adressaten) zur Verfügung stehen sollen, lassen sich folgende Standards für eine partizipative und aktivierende Evaluation formulieren:

- *Beteiligung der Adressaten am Prozess der Evaluation:* Grundlegend für die partizipative und aktivierende Evaluation ist die Beteiligung der Adressaten der Evaluation an den verschiedenen Evaluationsphasen.
- *Frühzeitige Verständigung über die Rolle der Begleitforschung:* Möglichst zu Beginn sollte die Evaluationsinstanz bzw. die Begleitforschung ihre Rolle im Verlauf der Setting-Entwicklung darlegen und zur Diskussion stellen. Sollten sich im Projektverlauf Veränderungen in der Rollenwahrnehmung ergeben, sind diese offenzulegen und erneut abzustimmen. Im Zuge der Setting-Entwicklung sollte zwischen der Begleitforschung und den Adressaten der Evaluation eine Verständigung darüber erfolgen, wie die Rolle der Begleitforschung bewertet wird.

- *Frühzeitige Abstimmung und Transparenz von Bewertungskriterien der Evaluation:* Die Evaluationsinstanz bzw. die Begleitforschung sollte zu Beginn einer Evaluationsmaßnahme (Projektbeginn) sowie im Verlauf der Evaluation ihre Bewertungskriterien offenlegen. Die partizipative und aktivierende Evaluation setzt voraus, dass diese Bewertungskriterien nicht nur transparent sind, sondern auch nachvollzogen werden können und auf Zustimmung stoßen, das heißt, sie müssen erörtert und abgestimmt werden.
- *Zielgruppenspezifische und adressatenorientierte Aufbereitung und Kommunikation der Evaluationsergebnisse:* Die partizipative und aktivierende Evaluation setzt voraus, dass Evaluationsergebnisse in regelmäßigen Abständen vorgestellt und diskutiert werden. Damit die Ergebnisse für die jeweiligen Adressaten und Zielgruppen inhaltlich nachvollziehbar sind, müssen sie entsprechend aufbereitet werden. Nur auf Basis einer gemeinsamen Sprache kann ein Austausch erfolgen.
- *Umgang mit Heterogenität:* Die partizipative und aktivierende Evaluation muss die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Akteure und Kooperationspartner mit verschiedenen Rationalitäten, Interessen, Funktionen und institutionellen Bindungen miteinander in Austausch treten können. Hierfür gilt es, einen geeigneten Rahmen und geeignete Formen zu finden. Wie dieser Rahmen aussieht, hängt von lokalen und akteursbezogenen Kontextbedingungen ab; die Verständigung hierüber kann durch die Begleitforschung moderiert und befördert werden.
- *Umgang mit lokalen Eigendynamiken:* Zudem muss die Evaluation stets darauf achten, dass sie Raum lässt für lokale Eigendynamiken, die den aktivierenden Evaluationsprozess prägen.
- *Konsensorientierung:* Trotz Heterogenität der Beteiligten und lokalen Eigendynamiken hat die Evaluation einen Rahmen zu schaffen, der eine Abstimmung über gemeinsame Vorgehensweisen und Ziele ermöglicht und auf Konsens bei der Umsetzung der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung ausgerichtet ist. Dies schließt nicht aus, dass die Akteure unterschiedliche Interessen verfolgen.
- *Kontinuität und Verbindlichkeit:* Die partizipative und aktivierende Evaluation sollte in ihrem Vorgehen Verbindlichkeit besitzen und Verlässlichkeit ausstrahlen sowie dafür Sorge tragen, dass Prozesse und Strukturen, die im Rahmen des Evaluationsprozesses aufgebaut oder befördert wurden, längerfristig Bestand haben und nicht nach Auslaufen der Evaluationsphase abgebrochen werden.

Summary*

Premise

Poverty represents a considerable health risk, and socio-economic parameters such as income, occupational status and education are closely connected to living conditions that have a detrimental impact on health, health-related behaviour and state of health. These facts have been heavily focused upon ever since the WHO's adoption of the Ottawa Charter for Health Promotion in 1986. People on a low income, with a low occupational status or low level of education generally die earlier and suffer from health problems more frequently. Children and young people are particularly affected by these factors. These disadvantages are spatially concentrated in disadvantaged urban districts, where social, economic, infrastructural, construction- and health-related problems can be observed and are particularly complex compared to the city as a whole. At the same time, many of these districts possess resources and strengths: in some of the districts, self-help networks as well as activities and structures created by individual initiative and/or promoted by municipal policies have been put in place. These can and do contribute to an improvement of living conditions.

In view of this, municipalities must take up the task of forging a stronger link between urban district development and health promotion than has thus far been the case, and must make health promotion as part of urban district development an item on the agenda. Urban district health promotion does, however, represent a considerable challenge to municipalities, health insurance companies and local healthcare players. Compared to other "settings"¹ (school, company, day care centres), the district environment is a more diffuse social context (i.e. living environment), where structures, responsibilities and offerings are not clearly defined. For this reason it is not possible to "simply" fall back on existing procedures for the development of settings. It is harder to draw up and evaluate intervention plans. Additionally, the development of social space- or district-based approaches to health promotion has been insufficient up till now.

It is therefore not surprising that, so far, few records exist on how the settings-based approach could be implemented in districts. So far, there has been inadequate testing of strategies, procedures, structures, the spectrum of players and projects that explicitly advance urban district health promotion, and even less evaluation.

* Übersetzung: TITELBILD Subtitling and Translation GmbH.

1 Health promotion has been taking place in certain settings such as companies and schools for a number of years now. The WHO defines "setting" as "the place or social context in which people engage in daily activities in which environmental, organizational and personal factors interact to affect health and wellbeing" (WHO 1998: 19). "A setting is also a place or social context that is 'usually' physically confined, is characterized by participants with different roles and possesses an organizational structure"(Engelmann/Halkow 2008: 28).

Against this background, the German Institute of Urban Affairs (Difu) conducted the research project "Mehr als gewohnt: Stadtteile machen sich stark für Gesundheitsförderung" (More than just living: Districts campaign for health promotion) as part of the German government programme "Health Research: Scientific Research for the People". The project was funded by the Ministry of Education and Research from September 2006 to July 2009. The focus was on the further development and evaluation of district development processes for health promotion. Difu was responsible for the scientific monitoring and evaluation. Cooperative partners were the Federal Association of Company Health Insurance (BKK Bundesverband), its regional associations BKK Landesverbände Bayern, NORD and Ost, the health insurance company Techniker Krankenkasse as well as the municipalities of Fürth, Halle (Saale) and Hamburg. The results of the research project are presented in this document.²

Objective and methodical approach

Overall, the project was aimed at the design, further development and evaluation of strategies and structures, as well as projects and measures for health promotion as part of urban district development. The objective was to draw up a practicable approach to the implementation of primary prevention among the target groups (children, youths and young adults), which can be especially implemented in disadvantaged urban districts and might contribute to reducing socially-related inequality in health chances. At the same time, it should contribute to the scientific debate on the possibilities of application and effectiveness of the settings-based approach as a (core) health promotion strategy, as well as to the discussion on methods relating to participatory and activating evaluation.

The health promotion approach developed in the project was tested in three urban districts (Fürth inner city, Halle-Silberhöhe and Hamburg Altona-Lurup), which are or were also focus areas in the "Socially Integrative City" programme, but exhibit different problems, necessities and work statuses with regard to district-oriented health promotion. The case study analysis aimed at an illustrative rather than a representative analysis. Such a case study-oriented approach shed light on the specific and distinctive features of each individual case, including the relevant frameworks, which in turn facilitated a greater understanding of the municipal practices.

2 The transfer of the project results into practice will be detailed in a subsequent publication. The Difu-Arbeitshilfe "Kinder- und jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil" (District health promotion for children and young people, Bär/Böhme/Reimann 2009b) is an exemplary study on how health promotion can be successfully implemented and established in a quality-assured fashion as part of urban development policies and neighbourhood initiatives and names several examples of best practice from the whole of Germany.

To safeguard success in the sense of meeting objectives, learning processes had to be initiated and implemented in the municipalities and urban districts. Accompanying evaluation played a key role here: analyses and results of Difu's concomitant research were continuously fed back to the relevant players and so promoted a dialogue between practice and science. The evaluation primarily focused on the development of strategies and structures for health promotion as part of urban district development, but also on the concrete health promotion projects and measures. This participatory and activating evaluation approach was selected to maximise the breadth of acceptance of the implementation-oriented approach whereby health is promoted as part of urban district development, which, in turn, creates a basis for the continuation of quality development in urban district health promotion.

The evaluation was based on a combination of quantitative and qualitative methods, with the latter predominating. The spectrum ranges from the analysis and evaluation of materials, secondary literature and data on observed participation as well as oral and standardized written questionnaires to guideline-based expert interviews and group discussions.

Key research findings: qualitative elements in health promotion as part of urban district development

In the three case studies, Fürth inner city, Halle-Silberhöhe and Hamburg Altona-Lurup, particular challenges to health promotion as part of urban district development were identified by both local players (governmental departments and municipalities, neighbourhood management committees, health insurance companies) and Difu's concomitant research. The most salient of these challenges were:

- building cooperation between municipalities, health insurance companies (and associations) and other local players,
- developing and classifying projects that are particularly suited to health promotion in disadvantaged urban districts,
- integrating health promotion as part of urban district development with social urban district development approaches and practices.

To be able to meet these challenges, Difu developed and tested qualitative elements of health promotion as part of urban development in the case studies together with the local players. Although implementation in the case studies was carried out differently according to local factors (especially the level of political backing, available resources, spectrum of actors involved), overall it can be ascertained that the application of the qualitative elements as detailed below has contributed considerably to activating and establishing new mechanisms at neighbourhood level. These mechanisms have enabled municipalities, health in-

insurance companies and neighbourhood management committees to press ahead with health promotion in the district and among the residents.

Reporting on health matters in urban districts

Reporting on health matters in individual urban districts is currently still in its infancy. The analysis of specific circumstances in the neighbourhood – problems and needs, but also resources and potential – is, however, a necessary basis for the development of quality-oriented measures for district-oriented health promotion. To create a record of the situation with regards to health in disadvantaged urban districts that meets the requirements of the WHO's definition of health promotion, it may be useful to prepare indicator-based data on general and environment-related health risks (e.g. noise and air pollution), individual and social health risks (e.g. unemployment, obtainment of social benefits), the health of the district population (e.g. obesity, disorders in speech and motor skills among children) as well as the health service (e.g. number of health clinics, participation in research for early diagnosis) and health potential (e.g. public green spaces, health projects at day care centres and schools), and to supplement this data with qualitative assessments by local players and residents. The overall picture that emerges from this record and the evaluation of health-related data, indicators and information should lead to the identification of necessary action. Building on this, district-oriented reporting on health matters should already demonstrate initial approaches to action.

Integrated development and action plans for the urban district

Integrated development and action plans are important instruments for systematically advancing health promotion as part of urban district development. According to the market analysis carried out within the framework of micro-spatial reporting on health matters, the creation of such a plan represents a logical next step. A development and action plan leads on the one hand to orientation and, on the other – insofar as the plan has been politically decided – to planning security. Putting together such a plan presents an opportunity to enter into dialogue with local players and neighbourhood management committees, whereby development tasks and the focal points of local measures can be discussed.

Interdepartmental cooperation between municipal governments

Health promotion as part of urban district development affects a number of different governmental departments depending on the size of the municipal govern-

ment and how it is differentiated. Areas of particular importance here include health, environment, sport, children, young people and family, social affairs, and education, as well as urban development. To set up and further develop health promotion as part of urban district development it is necessary that a broad spectrum of municipal departments participate and engage in interdepartmental collaboration.

Cooperation between municipalities and health insurance companies (and associations)

Besides municipalities, health insurance companies also represent an important partner in the setting development of the urban district. Their help and cooperation with the municipalities will strengthen district health promotion – especially in the "classic" health promotion fields (nutrition, exercise, addiction prevention, stress management). Cooperation between municipality and health insurance companies has so far rarely been direct. Generally an intermediary body (neighbourhood management committee, health promotion coordination office, concomitant research) has been responsible for mediating between the two.

Urban district network development

The formation of health-oriented networks for the urban district often preludes district-oriented health promotion activities. The aim of building networks is to establish cooperative health promotion in the sense that as many healthcare players as possible are responsible for setting up local alliances in the district, involving not only the responsible municipal departments (especially for health, urban development, youth, sport and environment) but also, for example, day care centres, schools, youth clubs, health insurance companies and doctors. The formation of networks enables a pointed and action-oriented collaboration between healthcare players who, up till now, have often worked independently of one another. The tasks of such networks are to investigate health-related problems in the urban district, develop strategies and measures to combat these problems and to practically implement the measures and projects.

District health coordination office

An important driving force behind the complex governing and coordinating task of health promotion as part of urban development processes at both neighbourhood and intermediary level is a local office for the coordination of health promotion. Not unlike the neighbourhood management committees within the "Socially

Integrative City" programme, the local coordination office should contribute to the systematic creation of self-supporting and sustainable structures in the neighbourhood. Central duties lie in the areas of coordination and moderation, project development, activation and participation, public relations and reporting. If the local coordination office is not already closely linked to the neighbourhood management committee, these two local bodies should engage in close collaboration, to avoid the danger of creating parallel structures.

Project development and implementation

Health promotion as part of urban district development consists of a broad spectrum of fields, ranging from classic health-related topics such as nutrition, exercise and sports, stress management, addiction, violence and accident prevention, pregnancy and parenthood through to more construction-related areas such as living and living conditions, environment and traffic. The corresponding local needs of the urban district are integral in deciding what fields of action need to be focused upon.

Financing

The impetus for health promotion in the urban district can be implemented particularly effectively when additional financial resources are mobilized. The programme's socially integrative pilot initiatives represent a good, but as yet relatively untapped opportunity in the area of health-related topics for the "Socially Integrative City" programme areas. Revenue should also be available from health insurance companies for prevention and health promotion purposes, as stipulated in the German Social Security Code (§ 20, section 1 SGB V). This constitutes a suitable basis of financing for setting development in disadvantaged urban districts. Additional funding may be provided by foundations or public authorities.

Health contingency fund

A district-oriented contingency fund may represent an important instrument for speedy and decentralized project implementation, and, moreover, plays a central role in mobilizing local players and neighbourhood residents, with local committees deciding on how revenue from such a fund is allocated. Subsidizing smaller projects quickly and unbureaucratically supports the existing engagement in the urban district in a decentralized fashion and leads to the faster realization of ideas. Funding bodies are also spared the effort of drawing up individual grant approvals and invoices when blanket approval is given. The allocation of funds

will ideally be in the hands of district committees that represent local players and residents, or a civil jury set up by the district itself.

Key research findings: specification of the settings-based approach for socially disadvantaged urban districts

Classification and systemization of the urban district setting

The urban district as a setting for innovation in the field of health promotion harbours – in comparison to other settings such as day care centres, schools or companies – a number of distinctive features and special challenges:

- The urban district is not an organizational unit, but a spatial unit that can differ greatly in size.
- School districts, funding areas, areas of political responsibility, constituencies and statistical areas are often organized differently within a district and may overlap partly, completely or not at all.
- Urban districts have highly varying and complex problems and backgrounds, which have an effect on health issues.
- The urban district is more complex than other settings, especially with regards to the spectrum of players and cooperation structures.
- The urban district is more heterogeneous than other settings, and also more diffuse in part; structures, responsibilities and offerings in the urban district are manifold, and not always known or clearly defined.

The benefits and added value of the urban district approach lie particularly in the fact that it enables the project to focus on specific – for example disadvantaged – urban districts and thus limited personal and financial resources can be pooled and effectively applied.

Suitability of district procedures for the reduction of health inequality

In order to gather evidence, i.e. to determine the empirically-supported effectiveness in settings-based health promotion, it is necessary to systematically identify conditions, structures and processes in health promotion intervention that are behind its success and can be transferred to other areas. Both the quality components developed in the research project and the best practice criteria for the evaluation of measures and projects contribute to this. In view of the evidence of effectiveness for the reduction of health inequality, the quality concept put forward makes a particularly important contribution to the activation and establish-

ment of innovative and sustainable mechanisms at neighbourhood level, which enable local players and target groups to dedicate themselves effectively to the task of health promotion as part of urban district development in the future.

Use of "Socially Integrative City" structures for intensified local health promotion

The structures within the "Districts with Special Development Needs – the Socially Integrative City" (in short: Socially Integrative City) programme are particularly suited for expansion in the direction of the health promotion setting. "Socially Integrative City" and settings-based health promotion share the same fundamental principles of action. Existing instruments for strategy development in the "Socially Integrative City" programme can be supplemented with the health/health promotion field of activity and existing programme structures can be usefully implemented in settings-based health promotion. As a result, "Socially Integrative City" and settings-based health promotion mutually strengthen each other through collaboration.

Key research findings: participatory and activating evaluation

The development of a model set of quality criteria for participatory and activating evaluation and an understanding of its standards are still in their infancy, but should be continued in view of the improvement of scientific analysis of the effect of complex health promotion interventions such as the settings-based approach. Building on the results of the research project, which in particular enabled the active involvement of municipalities and health insurance companies in the evaluation, and the findings which should first and foremost be made available to these two groups of players (addressees), the following standards for a participatory and activating evaluation can be formulated:

- *Addressees' participation in the evaluation process:* The addressees' participation in the various phases of the evaluation is fundamental for participatory and activating evaluation.
- *Early agreement on the role of the concomitant research:* If possible, the evaluation body or concomitant research should present its role in the setting development and enable discussion about this role at the very beginning of the process. Should role perception changes occur during the course of the project, participants should be made aware of these changes, and a second vote should take place. During the course of the setting development an understanding needs to be reached between the concomitant research and ad-

addressees of the evaluation regarding the assessment of the concomitant research's role.

- *Early voting procedure and transparency of evaluation criteria:* The evaluating body and the concomitant research should present their evaluation criteria at the start of an evaluation measure (project start) and also during the course of the evaluation. Participatory and activating evaluation requires not only that evaluation criteria are transparent, but also that they are comprehensible and have been agreed to, i.e. they must be discussed and voted on.
- *Target group- and addressee-oriented preparation and communication of evaluation results:* Participatory and activating evaluation requires that evaluation results are presented and discussed on a regular basis. The results should be comprehensible to the respective addressees and target groups, and need to be prepared accordingly. An exchange of ideas can only take place when there is a common language.
- *Handling of heterogeneity:* Participatory and activating evaluation must enable the players and cooperating partners to enter in a dialogue despite their different reasoning, interests, functions and institutional commitments. This means that a suitable framework and suitable forms need to be found. The nature of this framework depends on the local and player-oriented context; the concomitant research can moderate and facilitate understanding with regards to this.
- *Handling local dynamics:* Additionally, the evaluation must constantly ensure that it leaves room for local dynamics, which shape the activating evaluation process.
- *Consensus orientation:* Despite participants' heterogeneity and local dynamics, the evaluation should create a framework that enables voting on collective procedures and objectives to take place and is oriented to consensus in the implementation of health promotion as part of urban district development. This does not exclude the possibility that players will pursue different interests.
- *Continuity and commitment:* Participatory and activating evaluation must assume the commitment to carry out its procedures and display a reliable image, as well as bear the responsibility for the long-term robustness of processes and structures that were designed or promoted as part of the evaluation process and ensure that these are not aborted as soon as the evaluation phase has come to an end.

1. Einführung

1.1 Ausgangslage

Kleinräumige Segregation führt seit den 1990er-Jahren in vielen Städten zu selektiven Auf- und Abwertungen von Wohngebieten und damit auch zur Herausbildung benachteiligter Stadtteile, die im Vergleich zur Gesamtstadt besonders komplexe soziale, ökonomische, infrastrukturelle und bauliche Problemlagen aufweisen (Klagge 2003). In diesen Stadtteilen leben in der Regel überdurchschnittlich viele sozioökonomisch benachteiligte und damit arme Haushalte: Arbeitslose, ALG-II-Empfänger¹, Migranten, Alleinerziehende, kinderreiche Familien (vgl. Becker u.a. 2006: 25 ff.). Die sozioökonomischen Benachteiligungen der Bevölkerung gehen einher mit gesundheitlichen Problemen. Denn 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: 11; Mielck 2005). Dieser Befund sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten wird durch Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (RKI 2006: 83 ff.) und des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey 2003–2006 (Hölling/Schlack 2006; Lampert/Starker/Mensink 2006) bestätigt und für Kinder und Jugendliche spezifiziert. Gleichzeitig verfügen viele dieser benachteiligten Stadtteile über vielfältige, zum Teil versteckte Ressourcen und Stärken: Mancherorts bestehen Selbsthilfe-Netzwerke sowie durch Eigeninitiative und Stadtpolitik beförderte Aktivitäten und Strukturen, die bereits zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Lebensbedingungen beitragen oder aber hierfür zukünftig genutzt werden können.

Vor diesem Hintergrund kommen Prävention und kommunaler Gesundheitsförderung wachsende Bedeutung zu. Es stellt sich die Herausforderung, Stadtteilentwicklung und Gesundheitsförderung – stärker als bislang üblich – miteinander zu verknüpfen und gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung zu einem Thema in den Kommunen zu machen. Erste Schritte in diese Richtung sind bereits zu erkennen. So ist beispielsweise gesundheitspolitisch eine neue Sensibilität für stadtteilbezogene Aktivitäten zu beobachten (vgl. SVR 2007, Abs. 852). Auch wird gegenwärtig Präventionsansätzen für besondere Zielgruppen wie Kinder und Jugendliche, die in einkommensschwachen und bildungsfernen Haushalten aufwachsen

1 Nur zur einfacheren Lesbarkeit verzichten wir darauf, stets männliche und weibliche Schreibweisen zu verwenden.

und in benachteiligten Stadtteilen leben, erhöhte Aufmerksamkeit entgegengebracht (vgl. u.a. Deutscher Bundestag 2009; RKI/BZgA 2008).

Allerdings stellt die notwendige Kooperation für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung eine große Herausforderung dar. Sie erfordert die Mitwirkung vieler Politikbereiche und gesellschaftlicher Akteure sowie die Bildung von Partnerschaften für gesündere Stadtteile. Anreize und Grenzen der Zusammenarbeit ergeben sich dabei aus einer komplizierten Gemengelage von (föderalen) Zuständigkeitsverteilungen der öffentlichen Hand, gesetzlichen Aufträgen für die Krankenkassen und den öffentlichen Gesundheitsdienst, zwei gescheiterten Präventionsgesetzinitiativen (2005 und 2008) sowie marktförmigen Konkurrenzen zwischen Krankenkassen und in gewisser Weise auch zwischen sozialen Trägern.

Praktische Erfahrungen mit der Umsetzung von Gesundheitsförderung im Stadtteil liegen bislang eher nur punktuell in Form von einzelnen quartiersbezogen durchgeführten Gesundheitsprojekten vor. Umfassende Ansätze gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung, die neben Projekten auch strategisch orientiert sind und den Aufbau von gesundheitsfördernden Strukturen berücksichtigen, stellen noch die Ausnahme dar. Dies zeigen auch die Erfahrungen aus dem Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – Soziale Stadt“ (kurz: Soziale Stadt), das 1999 von Bund und Ländern mit dem übergeordneten Ziel aufgelegt worden ist, die Lebensbedingungen in benachteiligten Stadtteilen umfassend zu verbessern. Trotz komplexer sozial- und umweltbedingter Gesundheitsrisiken und -belastungen in den Gebieten spielt das Handlungsfeld Gesundheit(sförderung) noch immer eine untergeordnete Rolle in der Programmumsetzung. In einer 2005/2006 von der Bundestransferstelle Soziale Stadt beim Deutschen Institut für Urbanistik (Difu) durchgeführten bundesweiten Befragung der kommunalen Ansprechpartner für die Programmgebiete wurden nur für ein Viertel der Gebiete aktuell durchgeführte gesundheitsbezogene Maßnahmen und Projekte benannt. Das Handlungsfeld Gesundheit gehört damit bei den Handlungsfeldern integrierter Stadtteilentwicklung zu den Schlusslichtern (vgl. Böhme 2007; BMVBS 2008: 56 f.).

Mittlerweile hat das Thema Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt zwar deutlich an Fahrt gewonnen: So ist die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in den Quartieren des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt“ Ziel der intensivierten Zusammenarbeit zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und dem Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS). Vor allem aber ist es dem auf Initiative und mit Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gegründeten bundesweiten Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ in jüngster Zeit gelungen, das Themenfeld „Gesundheitsförderung im Quartier“ zu erschließen und wichtige Impulse zur Stärkung stadtteilbezogener Gesundheitsförderung – insbesondere in Form der „Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier“ (Gesundheit Berlin 2008) – zu geben (Kilian 2008; Lehmann 2006). Gleichwohl sind umfassende Ansätze gesundheitsfördernder Stadt-

teilentwicklung in der Programmumsetzung vor Ort immer noch eher selten. Vielmehr handelt es sich bei den Präventionsmaßnahmen in den Quartieren meist „um einzelne Angebote und kurzfristige Initiativen, die oft keine nachhaltige Wirkung bei der Zielgruppe entfalten oder keine langfristige gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebenswelt erreichen“ (Gold 2009: 7).

1.2 Ziel der Untersuchung

Vor diesem Hintergrund hat das Difu im Rahmen des Regierungsprogramms „Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen“ und gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) von September 2006 bis Juli 2009 das Forschungsprojekt „Mehr als gewohnt: Stadtteile machen sich stark für Gesundheitsförderung“ durchgeführt. Kooperationspartner waren der BKK Bundesverband, die BKK-Landesverbände Bayern, NORD und Ost, die Techniker Krankenkasse sowie die Städte Fürth, Halle (Saale) und Hamburg.

Ziel des Projektes war es, Strategien, Strukturen, Abläufe und Projekte gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung (weiter) zu entwickeln und zu evaluieren. Im Ergebnis sollte ein praxistauglicher Implementationsansatz der Primärprävention für die Zielgruppen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene ausgearbeitet werden, der vor allem in sozial benachteiligten Stadtteilen einsatzfähig ist und dort zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beiträgt. Dabei wurde eine Verbindung des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung (vgl. Kapitel 1.4) mit Strukturen und Instrumenten der Stadtteilentwicklung angestrebt – insbesondere solcher, die sich bei der Umsetzung des Programms „Soziale Stadt“ bewährt haben (Integrierte Entwicklungskonzepte, Quartiermanagement, ressortübergreifende Arbeitsgruppen in der Verwaltung, Verfügungsfonds) und daher stärker als bislang für die Gesundheitsförderung nutzbar gemacht werden sollten. Zudem wurde der Einsatz von Krankenkassenmitteln für die Setting-Förderung im Stadtteil erprobt.

Die Ergebnisse des Projektes sollen Kommunen, Quartiermanagerinnen und -managern, Krankenkassen sowie weiteren Gesundheitsakteuren im und für den Stadtteil Hilfestellungen bei der Umsetzung und Qualifizierung gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung geben. Daneben sollte aber auch ein Beitrag zur wissenschaftlichen Debatte über die Einsatzmöglichkeiten und Wirkungsweisen des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung sowie zur Methodendiskussion im Bereich Qualitätsentwicklung und Evaluation settingbasierter Gesundheitsförderung geleistet werden. Denn in der Fachöffentlichkeit besteht weitgehend Konsens, dass die äußerst heterogene Praxis der Gesundheitsförderung in verschiedenen Settings bislang unzureichend in Bezug auf wirksame Strategien und Outcome untersucht worden ist (Altgeld 2008; vgl. Engelmann/Halkow 2008). Insbesondere für die Gesundheitsförderung in Kommunen wird „der evaluative Kenntnisstand

als mindestens lückenhaft“ bezeichnet (Elkeles 2006: 48; zit. nach Engelmann/Halkow 2008: 80; vgl. Loss u.a. 2007).

Dem Ergebnistransfer in die Praxis dient zum einen die Veröffentlichung einer Arbeitshilfe „Kinder- und jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil“, in der modellhaft und mit Gute-Praxis-Beispielen aus dem ganzen Bundesgebiet dargestellt ist, wie Gesundheitsförderung als Teil der Stadtteilentwicklung und der Quartiersarbeit erfolgreich und qualitätsgesichert implementiert und etabliert werden kann (Bär/Böhme/Reimann 2009b). Ergänzt und um neue Schwerpunkte erweitert wird die Arbeitshilfe durch diesen Band, der auf Basis der empirischen Untersuchung analytisch aufgearbeitete Erkenntnisse und daraus abgeleitete Qualitätskriterien/Qualitätsanforderungen für die Entwicklung und Umsetzung von Strategien, Strukturen und Projekten der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung sowie konkrete Handlungsempfehlungen für Bund, Länder, Kommunen, Krankenkassen und Quartiermanagement umfasst. Dabei ist der Übergang zwischen Qualitätskriterien/Qualitätsanforderungen einerseits und Empfehlungen andererseits nicht immer trennscharf, sondern teils fließend.

1.3 Methodisches Vorgehen

Der im Projekt entwickelte Ansatz zur Gesundheitsförderung wurde in drei Stadtteilen (Fürth-Innenstadt, Halle-Silberhöhe und Hamburg Altona-Lurup), die Programmgebiete der „Sozialen Stadt“ sind bzw. waren, sich jedoch hinsichtlich ihrer Problemlagen, Handlungsbedarfe und Arbeitsstände der stadtteilorientierten Gesundheitsförderung unterscheiden, erprobt. Mit dieser *Fallstudienanalyse* wurde keine Repräsentativität, sondern Exemplarität angestrebt. Dabei wurden die spezifischen Besonderheiten in den jeweiligen Stadtteilen einschließlich der maßgeblichen örtlichen Rahmenbedingungen herausgearbeitet, um auf diese Weise zu einem tieferen Verständnis der kommunalen Praxis zu gelangen.

Um im Sinne der Zielsetzung erfolgreich zu sein, mussten Lernprozesse initiiert und in Gang gesetzt werden, d.h. die beteiligten Kommunen und Stadtteile mussten sich als lernende Systeme begreifen. Hierbei spielte die prozessbegleitende Evaluierung eine Schlüsselrolle: Analysen und Ergebnisse der Begleitforschung wurden kontinuierlich an die Akteure rückgekoppelt und beförderten den Dialog zwischen Praxis und Wissenschaft. Die Evaluation richtete sich hierbei im Schwerpunkt auf die Entwicklung von Strategien und Strukturen der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung, zum Teil aber auch auf konkrete gesundheitsfördernde Projekte.

1.3.1 Fallstudienauswahl

Bei der Auswahl der Fallstudien-Stadtteile wurden folgende Kriterien zugrunde gelegt:

- Programmgebiet „Soziale Stadt“ und/oder Mitglied der Kommune im Gesunde-Städte-Netzwerk,
- Bevölkerungsstruktur mit einem überdurchschnittlichen oder hohen Anteil an jungen Menschen in prekären Lebenslagen bzw. mit sozio-ökonomischen Benachteiligungen,
- Vorhandensein gesundheitsspezifischer Strukturdaten und die Bereitschaft der Verwaltung, diese zur Verfügung zu stellen,
- Bereitschaft der Kommune, eigene Mittel (z.B. Programmmittel „Soziale Stadt“) bzw. personelle Ressourcen für das Vorhaben sowie allgemein für die kommunale Gesundheitsförderung zur Verfügung zu stellen,
- Bereitschaft der Kommune, Zielvereinbarungen zu schließen bzw. bereits existierende Integrierte Entwicklungs- und Handlungskonzepte für den Stadtteil auf Gesundheitsförderung zu qualifizieren.

Darüber hinaus sollte die Auswahl der Fallstudien-Stadtteile zum einen verschiedene Bundesländer (darunter ein neues Bundesland) und unterschiedliche Gemeindegrößen berücksichtigen. Zum anderen sollten die Fallstudien in Hinblick auf den Aufbau, die Entwicklung und die Verstetigung der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung zum Zeitpunkt des Projektbeginns unterschiedlich weit fortgeschritten sein.

1.3.2 Kurzcharakteristik der Fallstudien-Stadtteile

Fürth-Innenstadt

In der Fürther Innenstadt – einem innerstädtischen Altbau-/Sanierungsgebiet – leben rund 17 500 Menschen. Etwa ein Drittel der Stadtteilbewohner ist ausländischer Herkunft, etwa ein Viertel jünger als 25 Jahre. Die Arbeitslosigkeit im Stadtteil ist überdurchschnittlich hoch, das Bildungsniveau niedrig. Die Bausubstanz ist teilweise sanierungsbedürftig, und es mangelt an Grün- und Spielflächen.



Foto: Gesine Bär.



Foto: Planungsgruppe Meyer-Schwab-Heckelsmüller GbR.

Das Themenfeld Gesundheitsförderung spielte in der Innenstadt von Fürth – seit 1999 ein Programmgebiet der „Sozialen Stadt“ – bis zum Jahr 2005 kaum eine Rolle; jedenfalls gehörte es nicht zu den bearbeiteten Handlungsfeldern in der sozialen Stadtteilentwicklung. Andererseits wurden im Zuge der primär städtebaulichen Ausrichtung der Programmumsetzung bereits mittelbar zahlreiche gesundheitsfördernde Effekte ausgelöst, z.B. durch Wohnumfeldmaßnahmen und Schulhofumgestaltungen. Für den Aufbau von gesundheitsfördernden Partnerschaften bestand in der Innenstadt von Fürth keine Netzwerkstruktur, an die angeknüpft werden konnte. Auch gab es noch keine fachämterübergreifende Behandlung des Themenfeldes Gesundheitsförderung.

Im Kanon der drei Fallstudien steht die Fürther Innenstadt für den Typus „Weißer Fleck“ (Bär u.a. 2004: 29); das heißt, zum Zeitpunkt des Projektbeginns war dies ein Stadtteil, in dem noch keine direkte Gesundheitsförderung betrieben wurde und der somit quasi ein weißer Fleck auf der Landkarte der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung war.

Mit der Teilnahme am Forschungsprojekt setzten Stadtpolitik und Verwaltungsspitzen ein entschiedenes Zeichen für eine nachhaltige Verankerung des Themas in der Stadtteilentwicklung und bekräftigten damit, dass sie sich durch gegenseitigen Austausch, wissenschaftliche Unterstützung und den Transfer von Erfahrungen und guten Beispielen im Themenfeld fit machen und für die Gesundheitsförderung im Stadtteil einsetzen wollen.



Foto: Silke Wessling.

Halle-Silberhöhe

Der Stadtteil Silberhöhe entstand während der 1980er-Jahre in Plattenbauweise. Die seit 1989/90 einsetzenden hohen Bevölkerungsverluste im Zuge der Arbeitsmigration in die alten Bundesländer, der ab Mitte der 1990er-Jahre einsetzende Suburbanisierungsprozess sowie die negative natürliche Bevölkerungsentwicklung haben die Silberhöhe zu einem stark schrumpfendem Stadtteil werden lassen. Die Bevölkerung im Stadtteil hat seit 1990 um rund 60 Prozent abgenommen. 2005 lebten nur noch rund 15 600 Bewohner im Stadtteil. Mit Hilfe der Förderung im Rahmen des Programms „Stadtumbau Ost“ konnten von 2002 bis Ende 2005 rund 3 600 Wohnungen abgerissen werden. Dies war bei einer Leerstandsquote von 27 Prozent jedoch erst ein Zwischenstand; in den nachfolgenden Jahren folgten weitere Abrisse.



Fotos: Gesine Bär/Bettina Reimann.

Nicht nur die abnehmende Bevölkerungszahl, sondern auch eine starke Fluktuation und die schwierige soziale Lage vieler Bewohner prägen die Situation im Stadtteil. Vor allem die Zahl der Familien ist stark zurückgegangen (von über 40 Prozent in 1995 auf 25 Prozent in 2005). Die Gruppe junger Erwachsener (18 bis 30 Jahre) ist prozentual gewachsen. Die Arbeitslosenquote allgemein (2005: 19,5 Prozent) sowie die Jugendarbeitslosigkeit (2005: 4,3 Prozent) liegen im Stadtteil deutlich über dem städtischen Durchschnitt. 2005 lebten in Silberhöhe knapp 40 Prozent der unter 65-Jährigen von ALG II oder Sozialgeld (Bundesagentur für Arbeit 2006).

Silberhöhe war seit 1999 ein Programmgebiet der „Sozialen Stadt“. Zum Zeitpunkt des Projektstarts lief die Förderung allerdings aus. Zwar wird ein Quartiermanagement weiterhin von der Stadt finanziert, jedoch hatten die während der Programmumsetzung aufgebauten Gremienstrukturen an Verbindlichkeit verloren.

Halle-Silberhöhe steht beispielhaft für Stadtteile, in denen Gesundheitsförderung über einzelne Projekte und aktive Teilsettings (einzelne Schulen und Kitas) sozial-räumlich und niedrigschwellig betrieben wird, die Projekte jedoch nicht in einen übergreifenden konzeptionellen Rahmen der Stadtteilentwicklung eingebunden sind.

Hamburg Altona-Lurup

In Hamburg Altona-Lurup, einem städtebaulich und sozial heterogenen Stadtteil, der sich in verschiedene Quartiere untergliedert, leben rund 33 000 Menschen. Ein Fünftel der Stadtteilbewohner ist unter 18 Jahre alt (Stand: Ende 2005). Obwohl der Anteil ausländischer Bevölkerung in Lurup mit rund 15 Prozent dem gesamtstädtischen Durchschnitt entspricht, liegt er für bestimmte Luruper Quartiere und in bestimmten Altersgruppen deutlich darüber (Stand 2004). Knapp jeder dritte Haushalt in Lurup ist eine Familie. Ein Viertel der Familien wird von einem allein erziehenden Elternteil geführt (Haushaltsgenerierung 1999). Die Arbeitslosenquote und die Quote der ALG-II-Empfänger sind im Vergleich zum Bezirk Altona und zur Stadt Hamburg hoch (Stand Ende 2005). Auch hier zeigen quartiersbezogene Erhebungen, dass die kleinräumigen Unterschiede in Lurup erheblich sind.



Fotos: Sabine Tengeler.

Vor allem wegen der ausgeprägten Konzentration sozialer Problemlagen in den Wohngebieten Flösseviertel und Lüdersring/Lüttkamp wurden bereits seit Anfang der 1990er-Jahre Fördermittel zunächst aus Hamburgischen Landesprogrammen zur Stadtentwicklung („Revitalisierungsprogramm“, „Soziale Stadtteilentwicklung“, „Aktive Stadtteilentwicklung“) sowie seit 1999 auch aus dem Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ investiert. Dies zeitigte auch für die Gesundheitsförderung relevante Erfolge:

- Im Stadtteil Lurup wurde im Rahmen des Landesprogramms „Aktive Stadtteilentwicklung“ Gesundheitsförderung als wichtiges Handlungsfeld bearbeitet. Vor allem die Bewegungsförderung (Psychomotorik) etablierte sich im Verlauf der letzten Jahre zu einem zentralen Bestandteil der Stadtteilentwicklung.
- Mit dem Luruper Forum besteht im Stadtteil ein funktionierender Zusammenschluss von über 50 professionellen Akteuren aus Stadteleinrichtungen, von kommunalen Verwaltungen und aus der Politik sowie von aktiven Bewohnern.
- Mit Hilfe eines Aktionsfonds aus dem Programm „Soziale Stadtteilentwicklung“, über den das Luruper Forum verfügt, können bedarfsorientiert kleinteilige Projekte gefördert werden.
- Im Rahmen der Stadtteilentwicklung haben viele Akteure im Stadtteil über die Jahre Erfahrungen mit moderierten Verfahren und Methoden zur Beteiligung und Aktivierung gesammelt.

Ende 2006 ist Lurup aus dem Programm „Aktive Stadtteilentwicklung“ ausgeschieden und in eine vierjährige Nachsorgephase übergeleitet worden. Mit dem damit verbundenen Ende des Quartiermanagements im Jahr 2006 entfiel eine wichtige koordinierende Stelle im Stadtteil. Zudem waren mit dem Auslaufen der Programmförderung Verstetigung und weitere finanzielle Absicherung gesundheitlicher Themen unsicher.

Im Kanon der drei Fallstudien steht Hamburg Altona-Lurup für den Typus „Vorreiter“ (Bär u.a. 2004: 29); das heißt, es handelt sich um einen Stadtteil, der als modellhaft hinsichtlich der stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung (Konzept und Verfahrensstand) beurteilt werden und der anderen Stadtteilen als Lernfeld dienen kann.

1.3.3 Evaluationsziele

Die Evaluation der Entwicklung von Strategien und Strukturen der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung, zum Teil aber auch konkreter gesundheitsfördernder Projekte hatte folgende Zielsetzungen:

- *Beitrag zur Qualitätsentwicklung:* Da Setting-Interventionen ausgesprochen komplex sind, können Wirkungen nicht bzw. nur sehr eingeschränkt nachgewiesen und auf einzelne Maßnahmen zurückgeführt werden (vgl. Kolip/Müller 2009). Die Evaluation diene daher weniger der Messung von Wirkungen konkreter Maßnahmen auf die Gesundheit, sondern zielte auf die Beförderung und die Profilierung einer qualitätsgesicherten Setting-Entwicklung. Im Mittelpunkt standen die Identifizierung von Bedingungen, Strukturen und Prozessen einer gesundheitsfördernden Intervention sowie von damit verbundenen Erfolgsfaktoren und Schwachstellen (vgl. Glattacker/Jäckel 2007; Loss u.a. 2007; Trojan 2001).
- *Entwicklung und Bewertung von Qualitätselementen der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung (Strategie-, Struktur- und Projektebene):* Die Entwicklung, Erprobung und Bewertung von Qualitätselementen der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung (vgl. Kapitel 3 bis 5) hatte für die Evaluation vielfältige Funktionen. Die Qualitätselemente
 - ▲ dienten der Systematisierung des Evaluationsprozesses,
 - ▲ gaben Impulse für die Einbindung der lokalen Partner in die prozessbegleitende und partizipativ angelegte Evaluation,
 - ▲ dienten während der Umsetzung dem regelmäßigen Austausch der lokalen Projektbeteiligten mit der wissenschaftlichen Begleitung und gaben Anlass, sich über Fortschritte, Umsetzungshemmnisse und weiteren Unterstützungsbedarf zu verständigen,
 - ▲ bildeten die Grundlage für Wirksamkeitsnachweise und Bewertungen der strategischen, strukturellen und projektbezogenen Ausrichtung der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung.

Für alle Qualitätselemente wurden mit Blick auf die Evaluation Kriterien für die Zielerreichung abgestimmt und festgelegt.

- *Qualitätssicherung auf Projektebene:* Für eine erfolgreiche Umsetzung der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung sind neben den Qualitätselementen Gute-Praxis-Kriterien für Projekte im Setting Stadtteil erforderlich. Diese wissenschaftlich fundierten Kriterien geben für die Praxis Hilfestellungen, wie Gesundheitsförderung als Teil der Stadtteilentwicklung und der Quartiersarbeit erfolgreich und qualitätsgesichert implementiert und etabliert werden kann (vgl. Bär/Böhme/Reimann 2009b).

- *Aufzeigen von Möglichkeiten zur Verstetigung gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklungsprozesse:* Die Ergebnisse der Evaluation bilden die Grundlage für Empfehlungen an Bund, Länder, Kommunen, Krankenkassen und Quartiermanagements (vgl. Kapitel 3 bis 5). Auf diese Weise sollen Prozesse der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung verstetigt werden.

1.3.4 Ansatz und Adressaten der Evaluation

Evaluationsansatz

Die Evaluation war schwerpunktmäßig formativ angelegt, das heißt, sie fand über die gesamte Projektlaufzeit prozessbegleitend statt. Kriterien, Indikatoren sowie Messinstrumente wurden zu Projektbeginn mit den Beteiligten festgelegt und im Dialog mit Vorort-Akteuren ermittelt. Dieser Evaluationsansatz wurde gewählt, um eine möglichst breite Akzeptanz für die angewandten Methoden zu schaffen, so dass diese im Ergebnis zu einer Verstetigung der Qualitätsentwicklung von gesundheitsförderlichen Strategien im Stadtteil führen. Dies bedeutete, dass beispielsweise Ziele und Indikatoren zur Messung der Zielfindung nicht vor Projektbeginn festgelegt werden konnten. In einer Schlussphase erfolgte eine ergebnisorientierte Evaluation der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung in den drei Fallstudien. Diese Mischform aus Prozessanalyse und Ergebnis-/Wirkungsanalyse wurde auch in anderen Studien als geeignet eingeschätzt und praktiziert (IfS 2004; Loss u.a. 2007; dies. 2009; Zimmer-Hegmann/Sucato 2007).

Ein weiteres zentrales Kennzeichen des Forschungsansatzes war der partizipative und aktivierende Ansatz. Partizipation und Aktivierung sind zentrale Voraussetzungen und integrale Bestandteile von Gesundheitsförderung und somit nicht nur für die Durchführung von Maßnahmen sicherzustellen, sondern auch auf deren Qualitätssicherung und Evaluation zu übertragen (vgl. Wright 2007). Während Wright (2007) die Teilhabe der unmittelbaren Zielgruppen von Gesundheitsförderung an allen Projektphasen, d.h. an der Bestandsaufnahme, der Strategiebildung, der Planung und Umsetzung von Interventionen sowie an der Auswertung, einfordert, wurden im vorliegenden Forschungsprojekt die verschiedenen Stufen der Teilhabe auf die am Prozess der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung beteiligten Akteure aus der Kommune, den Krankenkassen und den Fallstudien-Stadtteilen – und damit auf Stakeholder – angewandt.

Für die Steuerung und Gestaltung der Prozesse wurde den lokalen Entscheidungsträgern und Akteuren eine weitgehende Eigenständigkeit eingeräumt, wobei Maßnahmen von „hands-on implementation research“ (Kliche 2008) durch die Begleitforschung ergriffen wurden, um bestmögliche Unterstützung zu geben und Umsetzungsmöglichkeiten unter guten Bedingungen zu befördern. Beispielsweise wurden verbindliche Kooperationen und Zielvereinbarungen sowie die Aufnahme

lokal entwickelter Gesundheitsförderungsstrategien in das Integrierte Entwicklungskonzept für die Stadtteilentwicklung befördert, die Einbindung wichtiger Stakeholder (z.B. Krankenkassen) gezielt unterstützt und wichtige Informationen und Bedarfslagen weitergeleitet. Potvin/Richard/Mercille (2009: 264) bezeichnen einen solchen Evaluationsansatz unter Bezugnahme auf Fawcett u.a. (1996) als eine „Empowerment-Evaluation“, die, wie der Begriff bereits impliziert, auf das Empowerment lokaler Akteure zielt. Demnach handeln wissenschaftliche Evaluatoren als Unterstützer, geben Hilfestellungen, stellen Informationen zur Verfügung. Die Empowerment-Evaluation basiert auf einer Zusammenarbeit und Interaktion zwischen Wissenschaft und Praxis (Zielgruppen bzw. Adressaten der Evaluation).

Adressaten der Evaluation

Adressaten des Forschungsprojektes sind vorrangig Verantwortliche in Kommunalverwaltung und -politik, Krankenkassen(verbände), lokale Koordinierungsstellen (Quartiermanagements, Geschäftsstellen Gesundheitsförderung, Gesunde-Stadt-Koordination). Im Projektkontext wurden darüber hinaus anlassbezogen weitere Einrichtungen, Träger, Vereine im Stadtteil und andere wichtige Stadtteilakteure in die Evaluation einbezogen. Die Beteiligung der Bewohnerschaft erfolgte mittelbar über die Projektentwicklung und den Projektverlauf; sie war nicht expliziter Gegenstand der Evaluation.

1.3.5 Evaluationsmethoden

Die Evaluation basiert auf einer Kombination von quantitativen und qualitativen Methoden, wobei Letztere überwiegen. Das Spektrum reicht von der Analyse und Auswertung von Materialien, Sekundärliteratur und Daten über beobachtende Teilnahmen sowie mündliche und schriftliche Befragungen bis hin zu leitfadengestützten Experteninterviews und Gruppendiskussionen (vgl. Anhänge 1 bis 7).

Literatur- und Materialrecherche sowie Datenaufbereitung

Für die jeweiligen Fallstudien wurden Berichte, Studien, Protokolle und Ratsbeschlüsse, die im weitesten Sinne mit sozialer und integrierter Stadtteilentwicklung, mit der Umsetzung der „Sozialen Stadt“, mit dem Aufbau und der Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung zu tun haben, gesichtet und ausgewertet. Vorliegende, themenrelevante Daten wurden gesammelt und aufbereitet sowie durch Interviews mit Gebietsakteuren ergänzt (vgl. Anhänge 1 und 2). Die Ergebnisse der Recherchen wurden in Vorort-Analysen Gesundheit zusammengefasst.

Teilnahme an Steuerungsgruppensitzungen und anderen Gremien

Die Begleitforschung hat über die gesamte Projektlaufzeit an den lokalen Steuerungsgruppensitzungen (vgl. Kapitel 1.3.6 und 3) regelmäßig teilgenommen, dort inhaltliche Inputs geleistet und Tischvorlagen zugearbeitet sowie die Protokollierung und Zielausrichtung der Sitzungen unterstützt. Zudem hat die Begleitforschung an anderen projektbezogenen Sitzungen bzw. stadtteilbezogenen Gremien wie den Runden Tischen in Hamburg Altona-Lurup und den Projektgruppen-Treffen in Fürth-Innenstadt (vgl. Kapitel 4) teilgenommen und für diese Sitzungen z.T. inhaltliche Beiträge vorbereitet. Diese Beiträge zielten im Wesentlichen auf Zwischenergebnisse der Begleitforschung (z.B. Vorstellung der Vorort-Analysen, Auswertung der Projekte).

Netzwerkbefragung

Mittels einer schriftlichen Befragung aller in den drei Fallstudien am Prozess der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung im Projektzusammenhang beteiligten Akteure, die zu Beginn sowie zum Ende des Forschungsprojekts durchgeführt wurde, konnten Daten zu folgenden Themen erhoben werden:

- Umfang und Intensität der Vernetzung der jeweils eigenen Institution mit anderen Akteuren,
- Bewertung der Mitwirkung von Fachverwaltungen, professionellen Gesundheitsakteuren, Vereinen/Selbsthilfegruppen, Kindern und Jugendlichen,
- Bewertung der Qualität der Zusammenarbeit (Stabilität, Effektivität),
- Bewertung der gesundheitsbezogenen Infrastruktur im Stadtteil,
- Erwartung an Zusammenarbeit (bei Folgebefragung Anfang 2009: Nutzen der Zusammenarbeit).

Da die Befragung zu Beginn und Ende des Projektes durchgeführt wurde, konnte der Fortschritt bzw. die Veränderung im Bereich Netzwerkentwicklung dargestellt werden.

Leitfadengestützte Experteninterviews

In allen drei Fallstudien wurden mit Vertretern der lokalen Koordinierungsstellen, mit projektbezogenen Ansprechpartnern und mit den beteiligten Krankenkassen(verbänden) gegen Ende des Projektes leitfadengestützte Experteninterviews geführt (vgl. Anhänge 4 bis 7). Thematisch orientierten sich diese Gespräche an der Bewertung des gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklungsprozesses, an den

Erforderlichkeiten und Erfahrungen der lokalen Koordinierungs- und Netzwerkarbeit, an der Bewertung der Zusammenarbeit mit und zwischen Kommunen und Krankenkassen sowie an der Bewertung der Begleitforschung des Difu.

Zudem wurden im Juli 2007 mit sechs ausgewiesenen Fachvertretern der krankenkassengetragenen betrieblichen Gesundheitsförderung Gespräche geführt – vier bei Krankenkassen(verbänden) beschäftigte und zwei in der Forschung und Beratung tätige Mitarbeiter.

Auswertung Projektanträge und Projektdokumentationen

Für die Evaluation der Projekte wurden die Projektanträge (vgl. Anhang 2) sowie die Projektdokumentationen (vgl. Anhang 3) systematisch ausgewertet, z.B. in Hinblick auf die Zielgruppen, die Handlungsfelder, die Kooperationsformen und Trägerschaften, die Laufzeit, auf die Zielerreichung und den Nutzen für den Stadtteil.

Fokusgruppen/Gruppendiskussionen

Als qualitative Erhebungsmethode wurde gegen Ende des Projektes ein Gruppendiskussionsverfahren durchgeführt. Die Gruppendiskussion ist eine Erhebungsmethode, die Daten durch die Interaktionen der Gruppenmitglieder gewinnt, wobei die Thematik durch das Interesse des Forschers bestimmt wird (Lamnek 1998). Damit erfolgte in allen drei Fallstudien die gleichzeitige Befragung von mehreren Personen unter Berücksichtigung der Interaktionen über ein vorgegebenes Thema mit Aufzeichnung der Äußerungen und Diskussionsleitung. Ziel war es, Meinungen und Einstellungen von Einzelnen und einer Gruppe zu erheben. Im Vordergrund standen hier die Erfahrungen und die (kollektiven) Bewertungen, wobei im Rahmen der Gruppengespräche Meinungsbildungsprozesse in der Gruppe nachvollzogen werden konnten (Gruppendynamik, Verhandlungsstrategien, kollektiver Problemlösungsprozess, Erfahrungsaustausch).

Mittels der Gruppendiskussion wurde eine Teilevaluierung derjenigen vor Ort angestoßenen und entwickelten Projekte und Maßnahmen durchgeführt, die durch die Begleitforschung nicht selbst untersucht werden konnten und von denen zum Zeitpunkt der Gespräche noch keine abschließenden Ergebnisse vorlagen (vgl. Kapitel 4). Die Teilnehmer der Gruppendiskussionen waren aufgefordert, die Projektwirkungen und die entstandenen Kooperationen in Hinblick auf ihre Wirkungen für die Stadtteilentwicklung und die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu bewerten.

An den insgesamt sechs Gesprächen haben die Antragsteller von Projekten, die das Projekt durchführenden Projektleiter/Fachkräfte, Vertreter der kooperierenden

Einrichtungen bzw. der Zielgruppen sowie die lokalen Koordinatorinnen in der jeweiligen Fallstudienstadt teilgenommen.

Darüber hinaus hatten die drei während der Projektlaufzeit durchgeführten Fallstudien austausche (vgl. Kapitel 1.3.6) sowie ein Gesprächskreis mit Vertretern von Krankenkassen(verbänden) den Charakter von Gruppendiskussionen und wurden entsprechend vorbereitet, durchgeführt und ausgewertet.

1.3.6 Evaluationsverlauf/Prozessbegleitung durch die Begleitforschung

Im Verlauf des Projektes zeigte sich, dass der Strategie- und Strukturevaluation ein vergleichsweise großer Raum gegenüber der Projektevaluation eingeräumt werden musste. Vor allem der Aufbau und die Weiterentwicklung von Strukturen für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung in den Fallstudien erwiesen sich als zeitaufwändig und komplex. Da eine Strategie- und Strukturentwicklung aber auch nachhaltigere Wirkungen auf die Stadtteilentwicklung verspricht, entsprach dieser Fokus in der Evaluation einer bewussten Prioritätensetzung.

Im Einzelnen verlief der Evaluationsprozess folgendermaßen:

- Zu Projektbeginn fanden in allen Fallstudien Auftaktsitzungen statt, an denen die Begleitforschung, politische Verantwortungsträger und verschiedene Fachämter aus den Fallstudien sowie vereinzelt das lokale Quartiermanagement teilnahmen. Auf diesen Sitzungen erläuterte die Begleitforschung den Projekt- und Evaluationsansatz, die Rolle der Begleitforschung, und es wurden zudem Verantwortlichkeiten und (Projekt-)Strukturen in den Fallstudien abgestimmt. Im Ergebnis wurden für alle Fallstudien projektbezogene Steuerungsgruppen eingerichtet.
- Im Rahmen der Steuerungsgruppensitzungen, an denen die Begleitforschung regelmäßig teilnahm, erfolgten die gemeinsame Verständigung über die Ziele und das Vorgehen in den Fallstudien sowie über die Evaluationskriterien der Begleitforschung.
- Für die Sitzungen bereitete die Begleitforschung inhaltliche Inputs und Tischvorlagen vor. Auf dieser Basis erfolgte die (Weiter-)Entwicklung, Steuerung und Optimierung des gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklungsprozesses durch die Praxisakteure, wobei die als Vorschlag zu verstehenden Vorlagen der Begleitforschung jeweils lokal unterschiedlich interpretiert und aufgegriffen wurden.
- Auf Anregung der Begleitforschung und unter Federführung der lokalen Steuerungsgruppen erfolgten die lokale Abstimmung, die Anpassung und der Einsatz von Qualitätselementen.

- Während der gesamten Projektlaufzeit gab es einen regelmäßigen Austausch von Informationen und über Arbeitsabläufe, Erkenntnisse und Ergebnisse zwischen Begleitforschung (Difu) und Akteuren vor Ort (insbesondere Geschäftsstellen, Steuerungsgruppen).
- Die Bewertung des Umsetzungsprozesses in den Fallstudien (Strategie-, Struktur- und Projektebene) erfolgte im Rahmen gemeinsamer Diskussionen (Begleitforschung und Vorort-Akteure) und im Austausch zwischen den Fallstudien (erster und zweiter Fallstudienaustausch).
- Während der Projektlaufzeit wurden in allen Fallstudien auf mindestens drei Terminen die Zwischenergebnisse der Evaluation für die strategische und strukturelle Weiterentwicklung der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung sowie die Projektumsetzung vorgestellt und diskutiert. Die Ergebnisse der Diskussionen flossen jeweils in die Abschlussergebnisse der Evaluation ein.
- Am Ende der Projektlaufzeit erfolgte die abschließende Diskussion der vorläufigen Evaluationsergebnisse zunächst einzeln in den jeweiligen Fallstudien und daran anschließend – im Vergleich der Fallstudien – mit Praxispartnern aus allen Fallstudien gemeinsam (dritter Fallstudienaustausch). Auch die Ergebnisse dieser Diskussionen wurden für den Abschluss der Evaluation berücksichtigt.

1.4 Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung – eine Erläuterung

Um ein einheitliches Verständnis sicherzustellen, erscheint es zweckmäßig, eingangs den im Mittelpunkt dieser Untersuchung stehenden Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung zu erläutern und zu konkretisieren.

Der Begriff Setting bezeichnet einen Ort oder einen sozialen Kontext, der in der Regel physisch begrenzt ist, sich durch Beteiligte mit verschiedenen Rollen auszeichnet und über eine Organisationsstruktur verfügt (Engelmann/Halkow 2008: 28). Im deutschsprachigen Raum wird der Setting-Begriff in der Gesundheitsförderung häufig mit Lebenswelten umschrieben, wobei unter Bezugnahme auf Engelmann und Halkow (ebenda: 12 ff.) hervorzuheben ist, dass der Begriff Lebenswelten in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen (Philosophie, Soziologie, Psychologie) unterschiedliche Bedeutungszuweisungen erfahren hat, in der Regel jedoch die Beziehungen zwischen Menschen mit ihrer natürlichen und alltäglichen bzw. sozialen Umwelt umfasst (z.B. Behavior-Setting-Konzept nach Barker 1968).

Der Setting-Ansatz orientiert auf das unmittelbare Lebensumfeld der Menschen und stellt eine Kernstrategie der Gesundheitsförderung dar. Die Menschen sollen dort eine Verbesserung ihrer Lebensumstände erfahren und aktiv mitgestalten können, wo sie sich am häufigsten aufhalten. Für Kinder und Jugendliche sind dies in der Regel Kindergärten und Schulen, für junge Erwachsene z.B. der Aus-

bildungsplatz und die Hochschule, für Erwachsene der Arbeitsplatz und für alle Bewohnergruppen der Stadtteil, in dem sie leben (WHO 1998). „Ein Setting ist ein durch formale Organisation, regionale Situation und/oder gleiche Lebenslage und/oder gemeinsame Werte bzw. Präferenzen definierter und den beteiligten Personen subjektiv bewusster sowie dauerhafter Sozialzusammenhang. Von ihm gehen wichtige Impulse auf die Wahrnehmung von Gesundheit, auf Gesundheitsbelastungen und/oder -ressourcen aus“ (SVR 2005: 103).

Settingbezogene Gesundheitsförderung setzt damit am Alltag der Menschen an und an den Orten, die Einfluss haben auf das Wohlbefinden. Das heißt, Institutionen wie Schule, Kita und Betrieb, aber auch das Wohnumfeld, das Quartier und der Stadtteil werden zum Ausgangspunkt und Gegenstand gesundheitsfördernder Entwicklung, wobei das Setting hierbei im Sinne einer Organisations- und Strukturentwicklung gesundheitsfördernd profiliert werden soll (vgl. Loss u.a. 2007). Neben der Schaffung von Strukturen betrifft dies auch den Aufbau von Kompetenzen („capacity building“, vgl. Labonte/Laverack 2001a und 2001b). Nach Hawe u.a. (2000; zit. nach Nickel/Trojan 2009: 280) umfasst das Konzept des Capacity Building den Aufbau von Gesundheitsstrukturen und -leistungen, die Problemlösungsfähigkeiten von Organisationen und Gemeinschaften sowie die Programmaufrechterhaltung und Nachhaltigkeit.

Der Setting-Ansatz zielt auf die Schaffung gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen (Lebenswelten) und die Herstellung von gesundheitlicher Chancengleichheit. Der Ansatz kombiniert Verhaltens- und Verhältnisprävention und gilt derzeit als einer der viel versprechenden Ansätze der Gesundheitsförderung, auch und gerade für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen (Baric/Conrad 1999; Geene 2004; Geene/Rosenbrock 2004). Die Erfahrungen zeigen, dass solche Interventionen, die die Lebensumwelt verändern, zur Verminderung der gesundheitlichen Folgen von sozialer Ungleichheit geeignet und wirksam sind (Geyer 2003; SVR 2005). Es geht dabei nicht nur um den Abbau von gesundheitlichen Belastungen, sondern vor allem um den Aufbau von Kompetenzen und Fähigkeiten sowie um die aktive Mitgestaltung durch die Setting-Mitglieder. Insofern gilt für die Setting-Arbeit, nicht *für* die Menschen, sondern *mit* ihnen zusammen etwas zu verändern. Eine Beteiligung ist dabei in allen Phasen wichtig, von der Definition der Problemlagen über die Prioritätensetzung bis zur Umsetzung und Auswertung eines gemeinsam geplanten Veränderungsprozesses. Zielgruppengerechte Voraussetzungen für eine Partizipation zu schaffen, ist bereits ein wichtiger Teil der Setting-Entwicklung.

Vereinfacht ausgedrückt umfassen Setting-Interventionen drei Aspekte: Sie stärken die Kompetenzen und Ressourcen der im Setting lebenden Personen (individuelle Ebene), sie entwickeln darüber hinaus gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen (Strukturebene), und sie binden in diesen Prozess möglichst viele Personen oder Personengruppen ein (Partizipation) (Gesundheit Berlin 2008; Kilian/Geene/Philippi 2004). Interventionen zur Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings werden im Rahmen eines partizipativ gestalteten Prozesses der Veränderung

des Settings von den Nutzern des Settings selbst identifiziert und meist auch (mit)gestaltet (Rosenbrock 2008: 20). Die Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings wird als umso aussichtsreicher eingeschätzt, „je klarer identifizierbar und institutionalisiert die Akteure und Interessenträger (Stakeholder) im/am Setting sind, je mehr stabile Strukturen und Interaktionen und je mehr Verbindlichkeiten es gibt und je geringer die Fluktuation ist“ (ebenda: 23).

2. Strategisch-konzeptionelle Ausrichtung gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung

Um Gesundheit im Stadtteil zielgerichtet fördern zu können, muss zunächst im Rahmen stadtteilbezogener Gesundheitsberichterstattung geklärt werden, welche Bedarfe, aber auch welche Potenziale im Quartier im Bereich Gesundheit existieren. Hierauf aufbauend sind in einem zweiten Schritt die Absichten und Ziele gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung sowie die für die Erreichung der Ziele vorgesehenen Schwerpunkte und Maßnahmen – also ein Handlungskonzept – zu bestimmen.

2.1 Stadtteilbezogene Gesundheitsberichterstattung

2.1.1 Hintergrund und Untersuchungsfragen

Aufgabe von Berichterstattung ist es, Problemlagen und Handlungsbedarfe in einzelnen Politikfeldern zu identifizieren und „so zu beschreiben, dass sich anschließend adäquate Programme und Maßnahmen entwickeln, planen, umsetzen und evaluieren lassen“ (Mossakowski/Süß 2009: 23). In Deutschland sind sowohl ressortbezogen (u.a. Gesundheit, Umwelt, Soziales) als auch hinsichtlich der räumlichen Ebene (Bund, Land, Kommune) unterschiedliche Formen der Berichterstattung etabliert. Dabei sind die Kommunen im Gegensatz zu Bund und Ländern nicht gesetzlich zur Berichterstattung verpflichtet.

Auch wenn Gesundheitsberichterstattung eine freiwillige Aufgabe für die Kommunen darstellt, liegen entsprechende Berichte – so die Ergebnisse einer im Jahr 2007 bei den Gesundheitsämtern in Deutschland durchgeführten Befragung – für viele Kommunen vor: Immerhin drei Viertel aller antwortenden Gesundheitsämter gaben an, in den vergangenen fünf Jahren Gesundheitsberichte erstellt zu haben, die Hälfte sogar jährlich (Stockmann u.a. 2008: 679).

Eine auf einzelne Stadtteile sozialraumorientierte Gesundheitsberichterstattung steckt jedoch gegenwärtig noch „in den Kinderschuhen“ und liegt nur für einige wenige Kommunen und Quartiere in Deutschland vor (vgl. Bär/Böhme/Reimann 2009b: 20 f.), nicht zuletzt weil es für eine solche kleinräumige Berichterstattung – anders als für die Gesundheitsberichterstattung der Länder (AOLG 2003) – kein einheitliches Konzept und damit auch keine festgelegten Standards und Indikatoren gibt (IMS 2007: 3).

Die Analyse der spezifischen Gegebenheiten im Quartier ist jedoch eine notwendige Grundlage für die Entwicklung qualitätsgerichteter Maßnahmen zur stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung. Ziel stadtteilbezogener Gesundheitsberichterstattung ist es, Probleme und Bedarfe, aber auch Ressourcen und Potenziale im

Quartier zu identifizieren und zu bewerten, die für die Initiierung eines stadtteilbezogenen Handlungskonzeptes zur Gesundheitsförderung wichtig sind. Stadtteilbezogene Gesundheitsberichterstattung in diesem Sinne ist darüber hinaus eine wichtige Entscheidungsgrundlage für kommunalpolitische Beschlüsse zur Gesundheitsförderung sowie eine zentrale Voraussetzung für das finanzielle Engagement von Krankenkassen im Setting Stadtteil (vgl. Kapitel 3.2) und – nicht zuletzt – Basis für die Qualitätsentwicklung und Evaluierung der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung.

Vor diesem Hintergrund wurde im Forschungsvorhaben insbesondere folgenden Fragestellungen nachgegangen:

- Welche Aspekte und Themen müssen für eine Erfassung der gesundheitlichen Lage in benachteiligten Stadtteilen berücksichtigt werden?
- Welche Indikatoren sind für eine stadtteilbezogene Gesundheitsberichterstattung geeignet?
- Welche Hemmnisse und Restriktionen bestehen in Hinblick auf die kleinräumige Datenerhebung und -auswertung?
- Reichen quantitative Methoden allein zur Erfassung der gesundheitlichen Lage im Quartier aus oder müssen sie durch qualitative Erhebungen ergänzt werden?
- Wie können kleinräumige Gesundheitsdaten im Sinne einer integrierten Berichterstattung mit kleinräumigen Sozialdaten oder Umweltdaten zusammengebracht und verknüpft werden?
- Wie kann Öffentlichkeit über die Berichterstattung hergestellt werden?

2.1.2 Ergebnisse aus den Fallstudien

Vorort-Analysen

Zu Projektbeginn erarbeitete die Begleitforschung des Difu für alle drei Fallstudien sogenannte Vorort-Analysen Gesundheit. Mit diesen Vorort-Analysen wurden folgende Ziele verfolgt:

- Bestandsaufnahme von Problemen und Potenzialen der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung,
- Bestandsaufnahme der gesundheitlichen Lage von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen,
- Zusammenstellung der Handlungsbedarfe aus Sicht ausgewählter lokaler Akteure,

- Grundlage für Diskussion und Weiterentwicklung der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung vor Ort,
- Impuls für Strategie und Umsetzungskonzept für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung.

Für diese Analysen hat die Begleitforschung eine themenbezogene Aufbereitung vorliegender amtlicher Statistiken vorgenommen und themenrelevante Berichte ausgewertet. Zudem wurden mit ausgewählten kommunalen und Stadtteilakteuren (Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Fachverwaltungen, Kitas, Schulen und Jugendclubs, Streetworker, ARGE, Ärzte u.a.) leitfadengestützte Interviews geführt (vgl. Anhänge 1 und 2).

Die Ergebnisse der Recherchen wurden in 60- bis 80-seitigen Folienberichten (Powerpoint-Präsentationen) zusammengefasst, die für alle drei Fallstudien nach einer einheitlichen Gliederung aufgebaut waren:

1. Kurzcharakteristik des Stadtteils
2. Lebenslagen, die die Gesundheit betreffen
3. Gesundheitliche Lage im Stadtteil
 - a. Allgemeine Gesundheitssituation (Verkehr, Luft, Lärm)
 - b. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
 - c. Gesundheitliche Versorgung und Inanspruchnahme von Leistungen
4. Gesundheitsakteure und Projekte
5. Ansätze einer gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung
6. Probleme, Potenziale, Handlungsbedarfe aus Sicht der Akteure
7. Empfehlungen der Begleitforschung

Diese Berichtsform wurde von den Vorort-Akteuren gegenüber einem Fließtext bevorzugt, da sie die Aufnahme und die Verbreitung der Ergebnisse erleichtert. Die Berichtsform eignet sich zudem für eine laufende Ergänzung und Fortschreibung. So konnten beispielsweise die Ergebnisse der Diskussionen über die Vorort-Analysen in Fachkreisen und der Stadtteilöffentlichkeit kurzfristig in die Berichte integriert werden.

Diese Diskussionen und damit die Verbreitung der Vorort-Analysen verliefen in den drei Fallstudien unterschiedlich:

- In *Fürth-Innenstadt* wurde die Vorort-Analyse durch das Difu in der für den Prozess der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung neu eingerichteten Steuerungsgruppe Gesundheitsförderung (vgl. Kapitel 3.1) präsentiert und diskutiert. Eine über diesen engen Fachkreis hinausgehende öffentliche Präsentation und Diskussion der Ergebnisse wurde von der Steuerungsgruppe abgelehnt, da sich deren Mitglieder hiervon keinen Nutzen versprachen. Die Ergebnisse der Diskussionen in der Steuerungsgruppe wurden im Anschluss von der Begleitforschung in den Bericht integriert, wobei insgesamt wenig Ergän-

zungen vorgenommen, sondern die Ergebnisse vielmehr eher nur zur Kenntnis genommen wurden. Im weiteren Verlauf des Prozesses diente die Vorort-Analyse der Steuerungsgruppe als Orientierungsrahmen für die Erörterung von Handlungserfordernissen und Zielgruppenausrichtung.

- In *Halle-Silberhöhe* wurde die Vorort-Analyse in der für das Forschungsvorhaben eingerichteten Projektarbeitsgruppe erörtert. Zudem wurde die Vorort-Analyse bei einem stadtteilöffentlichen Werkstattgespräch (vgl. Kapitel 3.3) diskutiert und allen Teilnehmern zur Verfügung gestellt. Da nachfolgend keine weiteren Werkstattgespräche mehr stattfanden, erfolgte keine systematische und gemeinsame Ableitung von Zielen, Handlungsbedarfen oder eine gemeinsame Ausrichtung auf bestimmte Zielgruppen. Die Vorort-Analyse wurde über die lokale Koordinatorin für das Forschungsvorhaben der Verwaltung und dem Netzwerk „Gesunde-Stadt-Projekt Halle“ zur Kenntnis gegeben.
- In *Hamburg Altona-Lurup* wurde die Vorort-Analyse ebenfalls in der für das Forschungsvorhaben eingerichteten Projektgruppe Gesundheitsförderung durch das Difu präsentiert und diskutiert. Die Mitglieder der Projektgruppe betonten hierbei, dass der Stadtteil über vielfältige Ressourcen und Stärken verfüge, die bei der Berichterstellung gegenüber den dargestellten Schwächen und Problemen hervorgehoben werden sollten, insbesondere um Stigmatisierungen des Stadtteils zu vermeiden und um Fortschritte in der sozialen Stadtteilentwicklung zu verdeutlichen. Der Bericht wurde daraufhin durch die Forschungsbegleitung entsprechend überarbeitet. Die Vorort-Analyse wurde allen Projektbeteiligten zur Verfügung gestellt. Eine stadtteilöffentliche Präsentation und Diskussion der Ergebnisse erfolgte am Runden Tisch (vgl. Kapitel 3.3). Im Zuge der Diskussion der Vorort-Analyse wurden Handlungsfelder und Schwerpunktsetzungen der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung erörtert, ausgewählt und schriftlich fixiert.

In allen drei Fallstudien diente die Vorort-Analyse mit ihrer lokalen und zielgruppenspezifischen Konkretisierung von Bedarfen im Stadtteil als Grundlage für Förderanträge bei Krankenkassen(verbänden). In Halle-Silberhöhe wurde der Bericht darüber hinaus von den Akteuren im Stadtteil zur Akquise weiterer Projektmittel und zur (erfolgreichen) Bewerbung für den Deutschen Kinderschutzpreis 2008 genutzt.

Zusatzerhebungen

Im Rahmen der Projektlaufzeit wurden in allen drei Fallstudien zusätzliche Erhebungen durchgeführt:

- In *Fürth-Innenstadt* wurde zum einen die Haushaltsbefragung im Rahmen der Evaluation der Programmumsetzung Soziale Stadt in Fürth durch die Universi-

tät Erlangen im Auftrag der Stadt um Gesundheitsbelange ergänzt, wobei die Auswertung der Ergebnisse zu Projektende noch nicht vorlag. Zum anderen wurde eine Zielgruppenumfrage bei Kindern und Jugendlichen als eines der ersten aus dem Verfügungsfonds Gesundheit (vgl. Kapitel 4.3) geförderten Projekte durchgeführt. Die Ergebnisse der Umfrage lieferten wichtige Informationen für die Steuerungsgruppe sowie die beteiligten Krankenkassen und bildeten die Basis für die weitere Projektentwicklung (z.B. Schwimmkurse).

- Da es keine Daten zur gesundheitlichen Situation und/oder Einstellung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen gab, wurde in *Halle-Silberhöhe* gemeinsam von der Sekundarschule, dem Deutschen Kinderschutzbund und dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst eine Schülerbefragung konzipiert und darauf aufbauend eine Erhebung durchgeführt. Die Daten konnten jedoch aufgrund formaler Hindernisse nur schulintern ausgewertet und nicht öffentlich verwendet werden.
- In *Hamburg Altona-Lurup* ergänzte der Zahnärztliche Dienst im Gesundheitsamt Altona die Erhebung lokaler Daten und Bedarfe durch eine Zusammenstellung der zahnärztlichen Untersuchungsdaten von Schul- und Kindergartenkindern in Lurup. Zudem zog der Zahnärztliche Dienst für Lurup Untersuchungen von Kita-Kindern vor. Auswertung und Diskussion dieser Zusatzerhebungen blieben innerhalb der Projektlaufzeit allerdings weitgehend offen.

Entwicklung und Abstimmung eines Indikatorensatzes

Zudem wurde in Ergänzung zu der Vorort-Analyse in allen drei Fallstudien ein von der Begleitforschung entwickelter Indikatorensatz für eine kleinräumige Gesundheitsberichterstattung (vgl. Übersicht 1) mit den am Forschungsprojekt beteiligten Akteuren erörtert und abgestimmt. Die insgesamt 50 vorgeschlagenen Indikatoren beziehen sich auf folgende Bereiche:

- Charakteristik des Stadtteils,
- allgemeine bzw. umweltbezogene Gesundheitsbelastungen,
- individuelle bzw. soziale Gesundheitsbelastungen,
- Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Stadtteil,
- Gesundheitsversorgung und Inanspruchnahme,
- Gesundheitspotenziale/Ressourcen für Gesundheitsförderung.

Übersicht 1: Indikatorensatz für eine kleinräumige Gesundheitsberichterstattung

Indikator	Datenquelle
Charakteristik des Stadtteils	
Gesamteinwohnerzahl	kommunale Statistik, Statistisches Landesamt
Zu- und Wegzüge Personen/1.000 Einwohner	kommunale Statistik, Statistisches Landesamt
Saldo Geburten/Sterbefälle/1.000 Einwohner	kommunale Statistik, Statistisches Landesamt
Anteil Altersgruppen/100 Einwohner	kommunale Statistik, Statistisches Landesamt
Geschlechteranteil nach Altersgruppen/ 100 Einwohner der Altersgruppe	kommunale Statistik, Statistisches Landesamt
Ausländer-/Migrantenanteil nach Altersgruppen/ 100 Einwohner der Altersgruppe	kommunale Statistik, Statistisches Landesamt
durchschnittliche Haushaltsgröße (Personen/Haushalt)	kommunale Statistik, Statistisches Landesamt
durchschnittliche Wohnfläche pro Person (m ² /Einwohner)	Statistisches Landesamt
Anteil sanierungsbedürftiger Wohnungen	Vorbereitende Untersuchungen nach Bau- gesetzbuch
Anteil Sozialbauwohnungen	kommunales Wohnungsamt, Vorbereitende Untersuchungen nach Baugesetzbuch
Allgemeine/umweltbezogene Gesundheitsbelastungen	
Pkw-Dichte (Pkw/1.000 Einwohner)	Kfz-Zulassungsstelle
Kinder und Jugendliche als Opfer von Verkehrs- unfällen/100 Einwohner unter 18 Jahren	Verkehrs- und Unfallstatistik, Polizei
Feinstaubbelastung der Luft	kommunales Umweltamt, Landesamt für Um- weltschutz
Lärmbelastung in dB(A) nach Pegelklassen	kommunales Umweltamt, Landesamt für Um- weltschutz
Siedlungsdichte (Einwohner/Hektar)	Katasteramt, Stadtplanungsamt, Statistisches Landesamt
Anteil versiegelter Fläche in qm/Gesamtfläche	Katasteramt, Stadtplanungsamt
Individuelle/soziale Gesundheitsbelastungen	
Arbeitslosenquote (registrierte Arbeitslose/1.000 abhängige Erwerbspersonen zuzügl. Arbeitslose)	Bundesagentur für Arbeit, ARGE
Jugendarbeitslosenquote (registrierte Arbeitslose unter 25 Jahren/100 Einwohner von 15 bis unter 25 Jahren)	Bundesagentur für Arbeit, ARGE
Quote der Arbeitslosengeld-II-Empfänger (Empfän- ger von Arbeitslosengeld II/1.000 Einwohner im Al- ter von 15 bis 64 Jahren)	Bundesagentur für Arbeit, ARGE
Anteil Sozialhilfeempfänger (Empfänger von lau- fender Hilfe zum Lebensunterhalt/1.000 Einwohner)	kommunale Statistik, Statistisches Landesamt, Bundesagentur für Arbeit, ARGE
Anteil Grundsicherungsempfänger nach SGB/ 1.000 Einwohner	Bundesagentur für Arbeit, ARGE
Anteil unter 15-jähriger Empfänger von SGB-II- Leistungen /100 Einwohner bis unter 15 Jahren	kommunale Statistik, Bundesagentur für Arbeit
durchschnittliches Haushaltseinkommen in Euro/Einwohner	Marktforschungsinstitute, kommunale Statistik

Indikator	Datenquelle
Anteil der Schüler nach Schularten in der 7. Klasse/Gesamtzahl Schüler	Schulträger
Anteil der Schulabgänger nach Art des Schulabschlusses/alle Schulabgänger	Schulträger
Anteil Schulabgänger ohne Abschluss/alle Schulabgänger	Schulträger
Anteil Kinder und Jugendliche als Opfer von Gewalttaten/100 Einwohner unter 18 Jahren	Polizeistatistik
Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Stadtteil	
Anteil Kinder mit Übergewicht und Untergewicht/100 untersuchte Kinder	Schuleingangsuntersuchungen
Anteil Kinder mit Allergien/100 untersuchte Kinder	Schuleingangsuntersuchungen
Anteil Kinder mit Sprachstörungen/100 untersuchte Kinder	Schuleingangsuntersuchungen
Anteil Kinder mit Störungen der Motorik/100 untersuchte Kinder	Schuleingangsuntersuchungen
Anteil Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten/100 untersuchte Kinder	Schuleingangsuntersuchungen
Anteil Kinder mit Sehstörungen/100 untersuchte Kinder	Schuleingangsuntersuchungen
Anteil Kinder mit Karies/100 untersuchte Kinder	Reihenuntersuchungen des Gesundheitsamtes
Anteil Kinder mit psychische Problemen/100 untersuchte Kinder	Schuleingangsuntersuchungen
Anteil von Kindern mit Suchtgefährdung/100 untersuchte Kinder	Expertengespräche
Anteil von Kindern und Jugendlichen als Opfer von Unfällen (Verkehr, Haushalt, Freizeit)/100 Einwohner unter 18 Jahren	Unfallversicherungen
Gesundheitsversorgung und Inanspruchnahme	
Anzahl der ambulant tätigen Kinderärzte/1.000 Einwohner	Gesundheitsamt
Anzahl der ambulant tätigen Ärzte/1.000 Einwohner	Gesundheitsamt
Angebotsspektrum und Leistungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Stadtteil	Gesundheitsamt
Anteil der Kinder mit allen Früherkennungsuntersuchungen (U1-U9)/100 untersuchte Kinder	Schuleingangsuntersuchungen
Anteil der grundimmunisierten Kinder/100 untersuchte Kinder	Schuleingangsuntersuchungen
Inanspruchnahme stationärer Versorgung	(Kinder-)Ärzte/Kliniken

Indikator	Datenquelle
Gesundheitspotenziale/Ressourcen für Gesundheitsförderung	
Anzahl und Zustand öffentlicher Grünflächen	Vorbereitende Untersuchungen nach Baugesetzbuch, eigene Erhebung
Anzahl und Zustand Spielplätze	Vorbereitende Untersuchungen nach Baugesetzbuch, eigene Erhebung
Anzahl und Zustand Sportflächen	Vorbereitende Untersuchungen nach Baugesetzbuch, eigene Erhebung
Länge Fahrradwege in km	Vorbereitende Untersuchungen nach Baugesetzbuch, eigene Erhebung
Länge Spielstraßen in km	Vorbereitende Untersuchungen nach Baugesetzbuch, eigene Erhebung
Anteil der in Kitas betreuten 3- bis 5-Jährigen/ 100 Einwohner zwischen 3 und 5 Jahren	Jugendamt
Gesundheitsprojekte an Kitas und Schulen	eigene Erhebung

In allen drei Fallstudien wurde der Indikatorensatz prinzipiell als ein für die stadtteilbezogene Berichterstattung geeignetes Instrumentarium eingeschätzt. Im Detail gab es jedoch unterschiedliche Beurteilungen der Priorität und Aussagekraft einzelner Indikatoren sowie der Vollständigkeit des Indikatorensatzes:

- In *Fürth-Innenstadt* wurden lediglich einige zusätzliche Indikatoren (z.B. Zahl der Alleinerziehenden, Anzahl und Art der Sportvereine) bzw. Austauschindikatoren (Verkehrsaufkommen statt Pkw-Dichte) angeregt.
- In *Halle-Silberhöhe* wurden zwar alle 50 Indikatoren als wichtig eingestuft, elf davon allerdings nur mit mittlerer Priorität (als solche wurden mit Ausnahme der Luftbelastung alle umweltbezogenen Indikatoren bewertet).
- In *Hamburg Altona-Lurup* wurden einzelne Indikatoren für einen Stadtteilbericht als nicht aussagekräftig eingestuft („Pkw-Dichte“, „Luftbelastung“, „Verkehrsunfälle“). Folgende Indikatoren wurden zur Ergänzung vorschlagen:
 - ▲ Betreuungs- und Versorgungssituation von Kitakindern: Kontingente der Betreuungsstunden, Versorgung mit Frühstück und Mittagessen;
 - ▲ Versorgungssituation von Schulkindern: Mittagessen in Schulen (Anteil der Kinder, die das Angebot nutzen, Inanspruchnahme der Zuschüsse für Mittagsversorgung),
 - ▲ Daten zur „sozialen Nachbarschaft“: u.a. vorhandene Treffpunkte, Pförtnerlogen,
 - ▲ Altersarmut: Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter.

Hemmnisse für die Erhebung der Indikatoren können sich nach Ansicht der Akteure in den Fallstudien vor allem ergeben durch:

- dezentrale Datensammlung,
- mangelndes Wissen über vorhandene Daten,

- mangelnde Datenaufbereitung,
- fehlende quartiersbezogene Daten,
- Datenschutz (wegen kleiner Fallzahlen).

Fazit

- Die Vorort-Analyse hat sich in allen drei Fallstudien als ein hilfreiches Instrument zur Erfassung lokaler Bedarfslagen und zur Abstimmung einer strategischen Ausrichtung gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung erwiesen.
- Das gleichzeitige Benennen von Potenzialen neben den aufgezeigten Problemen im Stadtteil stellt eine wichtige Grundlage für ressourcenorientierte Zielformulierungen dar.
- Die Möglichkeiten einer öffentlichen Diskussion der Vorort-Analyse und einer damit verbundenen Weiterentwicklung der Analyse wurden in Fürth und Halle nur teilweise, in Hamburg Altona-Lurup hingegen umfänglich ausgeschöpft, was in Lurup eine bedarfsorientierte Zielformulierung und Entwicklung von Umsetzungsschritten deutlich befördert hat.
- Die Zusatzerhebungen waren in allen drei Fallstudien weniger in einem systematischen, sondern eher in einem explorativen Vorgehen begründet.
- Der von der Begleitforschung auf Basis des breit gefächerten Indikatorensatzes vorgeschlagene integrierte Ansatz der Berichterstattung und der Indikatorensatz selbst wurden in allen Fallstudien prinzipiell befürwortet.
- Die Fortschreibung der Vorort-Analyse sowie der Umgang mit dem vorgeschlagenen Indikatorensatz waren jedoch zum Ende der Projektlaufzeit in allen drei Fallstudien noch weitgehend offen. Lediglich in Hamburg Altona-Lurup hat sich das Gesundheitsamt des Bezirks Altona bereit erklärt, die Koordinierung und Federführung für die kleinräumige Gesundheitsberichterstattung zu übernehmen.

2.1.3 Qualitätskriterien/Qualitätsanforderungen

Für eine dem umfassenden Verständnis von Gesundheitsförderung gerecht werdende Erfassung der gesundheitlichen Lage in benachteiligten Stadtteilen ist es erforderlich, folgende Bereiche bei der stadtteilbezogenen Berichterstattung zu berücksichtigen:

- gesundheitsrelevante Charakteristika des Stadtteils (u.a. Lage, Bevölkerungsstruktur und -entwicklung, Bau- und Nutzungsstruktur),

- gesundheitliche Lage im Stadtteil
 - ▲ allgemeine bzw. umweltbedingte Gesundheitsbelastungen (z.B. Lärm- und Luftbelastung),
 - ▲ individuelle bzw. sozial bedingte Gesundheitsbelastungen (z.B. Arbeitslosigkeit, Sozialhilfebezug),
 - ▲ Gesundheitszustand der Stadtteilbevölkerung (z.B. Übergewicht, Motorik- und Sprachstörungen bei Kindern),
 - ▲ Gesundheitsversorgung und deren Inanspruchnahme (z.B. Anzahl der Arztpraxen, Teilnahme Früherkennungsuntersuchung),
 - ▲ Gesundheitspotenziale/Ressourcen für Gesundheitsförderung (z.B. öffentliche Grünflächen, Gesundheitsprojekte in Kitas und Schulen),
- Gesundheitsakteure im und für den Stadtteil,
- bereits vorhandene Ansätze für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung (u.a. Programmumsetzung „Soziale Stadt“, gebietsbezogene Planungen und Strategien verschiedener Fachressorts).

Für die stadtteilbezogene Gesundheitsberichterstattung sollte ein Methodenmix aus quantitativen und qualitativen Verfahren zum Einsatz kommen. Die Analyse statistischer Daten verschafft zwar einen Überblick über die Größenordnung bestimmter Problemlagen, kann aber keine Aussagen zu ihren Ursachen und möglichen Bewältigungsstrategien liefern. Neben der Analyse statistischer Daten sind daher qualitative Interviews mit Experten und Schlüsselpersonen ein besonders geeignetes Instrument der primären Datengewinnung. Auch Befragungen der Stadtteilbewohnerschaft oder einzelner Bevölkerungsgruppen können wichtige zielgruppenspezifische Informationen liefern.

Die Gesamtschau der Erfassung und Auswertung von gesundheitsbezogenen Daten, Indikatoren und Informationen muss in die Ermittlung von Handlungsbedarfen münden. Darauf aufbauend sollte die stadtteilbezogene Berichterstattung auch bereits erste Handlungsansätze aufzeigen, die später in ein integriertes Handlungskonzept für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung einfließen können (vgl. Kapitel 2.2).

Nicht zuletzt um ihrer Evaluierungsfunktion gerecht zu werden, sollten stadtteilbezogene Gesundheitsberichte regelmäßig fortgeschrieben werden. Nicht immer wird eine vollständige Fortschreibung des Berichts erfolgen müssen; im Einzelfall können auch lediglich ergänzende Erhebungen (z.B. Befragungen einzelner Zielgruppen) sinnvoll und ausreichend sein. Auf jeden Fall sollte darauf geachtet werden, dass die jeweiligen Fortschreibungsstationen in den Berichten nachvollziehbar dokumentiert werden.

Die Vermittlung von Ergebnissen der stadtteilbezogenen Berichterstattung an die Bewohnerschaft und Stadtteilakteure sowie die institutionelle und politische Ebene ist unabdingbar und sollte grundsätzlich als offener Kommunikations- und Dis-

kussionsprozess organisiert werden (VSOP 1998). Nicht zuletzt kann dieser Prozess dazu beitragen, Institutionen und Personen dafür zu gewinnen, Verantwortung für bestimmte Aufgaben zu übernehmen, und damit die Umsetzungschancen von Projekten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zu erhöhen. Darüber hinaus kann die Diskussion der Berichtsergebnisse, z.B. im Rahmen von Werkstätten, Runden Tischen, Stadtteilkonferenzen, wichtige Hinweise für die Fortschreibung liefern und die Netzwerkentwicklung sowie den Informationsaustausch zwischen den Akteuren befördern.

Insbesondere in Programmgebieten der Sozialen Stadt kann es sinnvoll sein, den stadtteilbezogenen Gesundheitsbericht als integralen Bestandteil eines verschiedenen Politikressorts zusammenbringenden Quartiersberichtes (z.B. Sozialraumanalyse) zu erstellen. Eine solche integrierte Berichterstattung kann zu Kooperationen jenseits gängiger Politik- und Verwaltungsgrenzen beitragen und damit Synergieeffekte auslösen und befördern (Süß/Trojan/Füller 2005: 255).

Stadtteilbezogene Gesundheitsberichterstattung darf nicht nur auf die Quartiers-ebene ausgerichtet sein, sondern muss auch die Gesamtstadtebene in den Blick nehmen. Dies kann durch eine gesamtstädtische Berichterstattung, die gleichzeitig kleinräumig differenziert, oder aber durch ein In-Bezug-Setzen des Quartiersberichts zu vorhandenen gesamtstädtischen Berichten erfolgen. Nur so können problematische Entwicklungen in Stadtteilen frühzeitig aufgedeckt werden und die Berichterstattung quasi als Seismograph für Handlungsbedarf wirken. Zudem besteht bei alleiniger Betrachtung des Stadtteils die Gefahr der mehrfachen Fehlinterpretation von Evaluationsergebnissen: wenn beispielsweise Probleme nur sozialräumlich verschoben werden, sich der Befund vor Ort bei gebietsbezogener Betrachtung dennoch als „Erfolg“ darstellt, oder aber wenn eine Verbesserung im Quartier nur eine allgemeine Entwicklung spiegelt, die gesamtstädtisch ohne Präventions- und Interventionsmaßnahmen ebenso erfolgt ist (Becker 2003: 215).

2.1.4 Empfehlungen

Bund und Länder

- Von Bundes- und Länderseite sollte der Aufbau eines einheitlichen Kernindikatorensystems für die kleinräumige Gesundheitsberichterstattung unterstützt werden. Bei dessen Anwendung müssen zwar die spezifischen Gegebenheiten (u.a. Datenlage und -verfügbarkeit, lokalspezifische Indikatoren, finanzielle und personelle Kapazitäten) in den jeweiligen Quartieren und Kommunen Berücksichtigung finden; mit dem Angebot einheitlicher Kernindikatoren könnten jedoch sowohl Umsetzungsschwellen gesenkt als auch „Datenfriedhöfe“ vermieden werden.

Kommune

- Ein kommunales Fachamt sollte die Federführung und Koordinierung der stadtteilbezogenen Berichterstattung übernehmen. In kreisfreien Städten kann diese Aufgabe von dem hier regelmäßig vorhandenen Gesundheitsamt wahrgenommen werden. In kreisangehörigen Kommunen dagegen, bei denen das Gesundheitsamt in der Regel auf Kreisebene angesiedelt ist, sollte das für Stadtteilentwicklung zuständige Amt in enger fachlicher Kooperation mit dem Kreisgesundheitsamt die federführende und koordinierende Funktion ausüben.
- Die Einbindung weiterer Verwaltungsbereiche (u.a. Statistik, Stadtentwicklung, Umwelt, Verkehr, Jugend, Bildung) sollte verbindlich geregelt und mit Blick auf die Datenerfassung und -aufbereitung sollte die Aufgabe des jeweiligen Amtes klar festgelegt sein.
- Von der Kommune sollten Möglichkeiten einer Zusammenarbeit mit Hochschulen im Sinne einer Campus-Community-Partnership bei der kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung geprüft werden.

Quartiermanagement/lokale Koordinierungsstelle Gesundheit

- Aufgabe des Quartiermanagements bzw. der lokalen Koordinierungsstelle Gesundheit sollte es sein, hinsichtlich der Ergebnisse der Berichterstattung einen offenen Kommunikations- und Diskussionsprozesses zu initiieren und zu moderieren und hierin die Bewohnerschaft und Stadtteilakteure sowie die institutionelle und politische Ebene einzubinden.

Krankenkassen

- Die Krankenkassen sollten – soweit keine datenschutzrechtlichen Bedenken bestehen – die stadtteilbezogene Gesundheitsberichterstattung durch Aufbereitung und Zulieferung ihnen zur Verfügung stehender relevanter Morbiditätsdaten unterstützen und zudem prüfen, ob sie weitere geeignete Daten erheben können.

2.2 Integrierte Entwicklungs- und Handlungskonzepte für den Stadtteil

2.2.1 Hintergrund und Untersuchungsfragen

Integrierte Entwicklungs- und Handlungskonzepte sind wichtige Instrumente, um eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung systematisch voranzubringen. Nach der Bedarfsanalyse im Rahmen der kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung ist das Erstellen eines solchen Konzepts ein konsequenter nächster Schritt. Ein Entwicklungs- und Handlungskonzept verschafft zum einen Orientierung und zum anderen – soweit das Konzept politisch beschlossen ist – Planungssicherheit. Bei seiner Erstellung bietet sich die Chance, mit den Stadtteilakteuren und der Quartiersbewohnerschaft in einen Dialog über Entwicklungsaufgaben und Maßnahmenswerpunkte im Gebiet zu treten.

Während kommunale Entwicklungs- und Handlungskonzepte für den Gesundheitsbereich bislang noch selten erstellt werden, sind sie in anderen Handlungsbereichen wie Stadtentwicklung, Umwelt, Verkehr, Bildung und Jugendhilfe als bewährte Instrumente bereits gängige Routinen. Für die Stadtteilebene liegen vor allem im Zusammenhang mit der Umsetzung des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt“ Erfahrungen mit Integrierten Entwicklungs- und Handlungskonzepten vor (vgl. Difu 2003b: 74 ff.; BMVBS 2008: 15 ff.).

In der Praxis lassen sich zwei unterschiedliche Typen von Integrierten Entwicklungs- und Handlungskonzepten für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung unterscheiden:

1. *Integrierte Handlungskonzepte für Gesundheitsförderung im engeren Sinne:* Unterschiedliche Bedarfe, Ressourcen, Akteure und Planungen der Gesundheitsförderung im Stadtteil werden zusammengeführt sowie Ziele und Maßnahmvorschläge abgeleitet. „Gesundheit“ ist dabei die Klammer, die das Konzept zusammenhält.
2. *Integrierte Handlungskonzepte in einer umfassenderen Variante:* Strategische Überlegungen verschiedener Politikbereiche und ein entsprechend breites Spektrum an Handlungsfeldern bilden die Basis des Konzepts. Das Handlungsfeld Gesundheit oder Gesundheitsförderung ist explizit genannt und entsprechend mit konkreten Zielen und Maßnahmen untersetzt. Zu den anderen Politikfeldern zählen beispielsweise Kinder-, Jugend- und Familienpolitik, Soziales, Bildung, Arbeit, Wohnen und Stadtentwicklung, Umwelt und Verkehr. Die einzelnen Handlungsfelder werden im Konzept nicht isoliert nebeneinander, sondern integrativ und unter Herausstellung ihrer inhaltlichen Bezüge behandelt. Projekte und Maßnahmen solcher Konzepte sind in der Regel nicht eindimensi-

onal auf ein Handlungsfeld, sondern auf einen Zielbeitrag zu mehreren Politikbereichen ausgerichtet (sogenannte Mehrzielprojekte) (Difu 2003b: 84 f.).

Vor diesem Hintergrund wurde im Forschungsvorhaben insbesondere folgenden Fragestellungen nachgegangen:

- Wie erfolgt in den Fallstudien die konzeptionelle Verankerung von Gesundheitsförderung im Stadtteilentwicklungsprozess?
- Welches Gesundheitsverständnis wird hierbei zugrunde gelegt?
- Welche Ebenen (Kommune, Quartier) und welche Akteure (Verwaltung, Fachöffentlichkeit, Stadtteilakteure, Quartiersbevölkerung) sind für die konzeptionelle Verankerung von Gesundheitsförderung in Stadtteilentwicklungsprozessen relevant und sollten beteiligt werden?
- Welche Bausteine muss ein Entwicklungs- und Handlungskonzept umfassen, um eine leistungsfähige Grundlage für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung darzustellen?
- Wie wichtig ist ein politischer Beschluss von Entwicklungs- und Handlungskonzepten?

2.2.2 Ergebnisse aus den Fallstudien

Die schriftliche Fixierung von Zielen, Strategien, Maßnahmen und Projekten für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung in Integrierten Entwicklungs- und Handlungskonzepten stellte sich in der Praxis in den Fallstudien sehr unterschiedlich dar:

Fürth-Innenstadt

Angesichts des umfassenden Handlungsbedarfes, der aus der Vorort-Analyse erkennbar geworden war, wurde in der Innenstadt von Fürth das Integrierte Handlungskonzept zur Umsetzung des Programms „Soziale Stadt“ fortgeschrieben und das Handlungsfeld Gesundheitsförderung per Stadtratsbeschluss in das Konzept für die Stadtteilentwicklung neu aufgenommen. Dabei wurden ausgehend von einem breit angelegten Gesundheitsverständnis überprüfbare Zielsetzungen und Umsetzungsschritte für die stadtteilbezogene Gesundheitsförderung in den Bereichen Gesunde Ernährung sowie Sport und Bewegung, aber auch in den Handlungsfeldern Umwelt und Natur sowie Aktivierung und Beteiligung im Handlungskonzept festgelegt und damit über die klassischen Themen der Gesundheitsförderung hinausgegangen. Die inhaltliche Abstimmung der Konzepterweiterung

wurde in der Steuerungsgruppe Gesundheit und im Arbeitskreis Soziale Stadt (vgl. Kapitel 3.1) vorgenommen.

Halle-Silberhöhe

In Halle-Silberhöhe wurde weder ein eigenes Konzept zur gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung erstellt noch eine um das Handlungsfeld Gesundheit ergänzte Fassung des Integrierten Entwicklungs- und Handlungskonzepts „Soziale Stadt“ verfolgt. Zur Integration der verschiedenen fachspezifischen Planungen für den Stadtteil wurde lediglich im Rahmen der Vorort-Analyse eine Querschau aus den Bereichen Schulentwicklungsplanung, Stadtteilentwicklung, Lokale Agenda 21, Gesundheit und Verkehrsentwicklung durch die wissenschaftliche Begleitung vorgelegt. Eine gemeinsame Diskussion über diese Vorlage zum integrierten Vorgehen wurde im Projektzeitraum aber nicht geführt. Der hierfür erforderliche Abstimmungsprozess auf Stadtteilebene fand nicht statt, so dass auch eine gemeinsame Interpretation und Definition des Gesundheitsbegriffes nicht erfolgen konnte. In der Folge lag der Projektentwicklung – nicht zuletzt aufgrund der engen Förderkriterien der Krankenkassen – ein eher klassischer Gesundheitsbegriff zugrunde, der eine Konzentration auf die Handlungsfelder Ernährung, Sport und Bewegung, Suchtprävention, Entspannung und medizinische Prävention bedingte.

Hamburg Altona-Lurup

Für Hamburg Altona-Lurup waren bereits vor Beginn des Forschungsvorhabens in dem für die Teilgebiete Lüdersring und Flösseviertel erstellten integrierten Quartiersentwicklungskonzept gesundheitsfördernde Themen (v.a. Psychomotorik) querschnittsbezogen verankert. Das Verfahren zur Erstellung des Konzeptes wurde von den Akteuren vor Ort vor allem wegen des erfolgreichen Beteiligungsprozesses rückblickend als wertvoll, aufgrund seines Aufwandes jedoch als nicht wiederholbar eingestuft. Zudem führte die auslaufende Förderung des Programms „Aktive Stadtteilentwicklung“ dazu, dass eine gesundheitsfokussierte Fortschreibung des Konzepts nicht angestrebt wurde. Im Projektverlauf wurden aber am Runden Tisch (vgl. Kapitel 3.1.) für verschiedene inhaltliche und strukturelle Handlungsfelder (Gesunde Ernährung, Bewegung, Suchtprävention, Seelische Gesundheit, Gesundheitsberatung vor Ort, Vernetzung und Kooperation im Stadtteil) und für unterschiedliche Zielgruppen der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung Ziele für die weitere Projektentwicklung und -umsetzung festgelegt und durch die Geschäftsstelle Gesundheitsförderung (vgl. Kapitel 3.4) dokumentiert. Dieser Prozess basierte auf einem vergleichsweise breiten Gesundheitsverständnis, indem z.B. Verknüpfungen zur Sprachentwicklung und zu kreativen und künstlerischen Themen hergestellt wurden.

Für die Strategiediskussion in der Fürther Innenstadt haben sich die gesundheitsbezogene Erweiterung des Integrierten Handlungskonzepts und das breite Verständnis von Gesundheit als nützlich erwiesen. Insbesondere der kommunalpolitische Beschluss der Fortschreibung des Konzepts hat das Engagement und die Beteiligung eines breiten Spektrums von Fachämtern an der Setting-Entwicklung befördert. Das Beispiel Hamburg Altona-Lurup zeigt jedoch, dass nicht nur auf Verwaltungsebene und in der Fachöffentlichkeit, sondern auch im Rahmen von stadtteilöffentlichen Verfahren und Gremien die strategische (Weiter-)Entwicklung gesundheitsfördernder Stadtteilprozesse systematisch und erfolgreich betrieben werden kann.

2.2.3 Qualitätskriterien/Qualitätsanforderungen

Aus Erfahrungen – insbesondere aus der Umsetzung des Programms „Soziale Stadt“ (Difu 2003b: 79 ff.) – lassen sich mehrere *Bausteine* ableiten, die als Fundament für einen leistungsfähigen Einsatz von Integrierten Entwicklungs- und Handlungskonzepten dienen können:

- Problem- und Potenzialanalyse,
- Bedarfsermittlung,
- Definition quartiersspezifischer Entwicklungsziele,
- Darstellung von Strategien, Maßnahmen und Projekten mit Angabe von Trägern, Zielgruppen, Zeitplan der Umsetzung und Finanzierung.

Neben dem Benennen von Problemen und Defiziten im Stadtteil stellt die Darstellung von Potenzialen (z.B. bestehende Arbeitszusammenhänge und Netzwerkstrukturen, aktive Teilsettings wie Kitas und Schulen) ein Qualitätsmerkmal Integrierter Entwicklungs- und Handlungskonzepte und eine wichtige Grundlage für die Festlegung von stadtteilbezogenen Zielen dar. Des Weiteren hängt die Qualität des integrierten Konzepts entscheidend davon ab, dass seine Zielsetzungen an den lokalen Bedarfen orientiert, möglichst konkret und nachvollziehbar sowie überprüfbar und realistisch formuliert sind (vgl. Partizipative Qualitätsentwicklung 2008). Zudem ist ein Arbeits- und Zeitplan wichtig, um die Maßnahmen- und Projektplanung in terminierte Arbeitspakete zu überführen. Eine Finanzierungsübersicht hilft, das Konzept realistisch zu untermauern. Ein besonderes Qualitätselement schließlich ist es, wenn das Konzept Überlegungen zur Verstetigung von Maßnahmen nach dem Auslaufen von programm- oder projektbezogenen Förderungen enthält.

Für die Konzeptentwicklung ist es wichtig, dass bei der Bearbeitung von Zielen und Handlungsfeldern, die für die Gesundheitsförderung im Stadtteil relevant sind, ein *breites Gesundheitsverständnis* zugrunde gelegt wird. Auf dieser Grundlage kann das klassische Spektrum von Gesundheitsförderung (u.a. Ernährung, Bewegung, Suchtprävention) um z.B. die Bereiche Umwelt und Städtebau ergänzt

werden, und es kann deutlich gemacht werden, welche gesundheitsfördernden Effekte auch von Maßnahmen in diesen Bereichen (z.B. Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung, Anlegen von Grün- und Freiflächen) ausgehen.

Der *Partizipation* kommt bei der Erarbeitung des Entwicklungs- und Handlungskonzepts ein bedeutender Stellenwert zu. Die Beteiligung bezieht sich dabei auf zentrale Stadtteilakteure und -institutionen sowie auf die Bewohnerschaft. Die gemeinsame Arbeit am Konzept bringt die für die Umsetzung wichtigen Akteure bereits in der Planungsphase zusammen, wirbt für die gemeinsame Sache der Gesundheitsförderung, kann wichtige Zielgruppen aktivieren, den lokalen Bedarfen Raum geben und Umsetzungschancen erhöhen.

Dabei sollte das Handlungskonzept als Teil eines *kontinuierlichen lokalen Lernprozesses* verstanden werden, der einen laufenden öffentlichen Austausch über den Entwicklungsprozess und einen Abgleich der gesteckten Ziele mit dem bislang Erreichten (Erfolge, Misserfolge, Änderungsbedarfe) umfasst (Difu 2003a: 12). Die Ergebnisse dieses Lernprozesses bieten die Grundlage für eine Anpassung der Konzepte an sich kontinuierlich wandelnde Bedingungen (Fortschreibung).

Ein Integriertes Entwicklungs- und Handlungskonzept benötigt *politische Rückendeckung* sowohl für bereits formulierte Ziele und Verfahren als auch für die Möglichkeit, diese im Rahmen der Fortschreibung zu verändern. Nur so lassen sich Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung sowie persönliches Engagement der Beteiligten dauerhaft aufrechterhalten. Gute Praxis setzt daher voraus, dass das Konzept von der Stadtpolitik bestätigt und seitens der Verwaltung unterstützt wird.

Eine erfolgreiche Umsetzung gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung hängt schließlich davon ab, inwieweit es gelingt, gebietsbezogene Maßnahmen, Projekte, Verfahren und Strategien mit der gesamstädtischen Entwicklungspolitik zu verknüpfen und dabei *gesamstädtische Wirkungszusammenhänge* nicht aus dem Blick zu verlieren. Dies ist beispielsweise notwendig, um zu verhindern, dass quartiersbezogenen Strategien durch übergeordnete Politiken entgegengewirkt wird. Auf der einen Seite sollten daher bei der Entwicklung und Fortschreibung Integrierter Entwicklungs- und Handlungskonzepte gesamstädtische Ziele und Strategien berücksichtigt und auf der anderen Seite dafür Sorge getragen werden, dass die quartiersbezogenen Konzepte durch Akteure, die für die Entwicklung der gesamstädtischen (Planungs-)Ziele und Strategien verantwortlich sind, zur Kenntnis genommen werden (vgl. Difu 2003a: 10).

2.2.4 Empfehlungen

Bund/Länder

- Bund und Länder sollten auf die Entwicklung Integrierter Entwicklungs- und Handlungskonzepte zur Gesundheitsförderung und Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit in benachteiligten Stadtteilen hinwirken und die Kommunen motivieren, vorhandene Arbeitshilfen zur Erstellung solcher Konzepte (u.a. Bär/Böhme/Reimann 2009b; Gesundheit Berlin 2008) aktiv zu nutzen.

Kommune

- Für benachteiligte Stadtteile mit ausgeprägten gesundheitlichen Problemlagen sollte die Kommune ein Integriertes Entwicklungs- und Handlungskonzept zur Gesundheitsförderung und Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit erstellen. Soweit das Quartier Programmgebiet der „Sozialen Stadt“ ist, kann das im Rahmen der Programmumsetzung zu erarbeitende Integrierte Entwicklungs- und Handlungskonzept diese Funktion übernehmen, indem das Thema Gesundheitsförderung als Handlungsfeld mit überprüfbaren Zielsetzungen und Umsetzungsschritten in das Konzept aufgenommen wird.
- Die Verantwortung für die Erarbeitung und Fortschreibung des Integrierten Entwicklungs- und Handlungskonzeptes zur stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung sollte bei einem kommunalen Fachamt liegen (z.B. Gesundheit, Stadtentwicklung, Jugend), wobei darauf zu achten ist, dass alle anderen relevanten Ämter in die Konzepterstellung einbezogen werden.
- Ein Integriertes Entwicklungs- und Handlungskonzept benötigt politische Rückendeckung: sowohl für bereits formulierte Ziele und Verfahren als auch für die Möglichkeit, diese im Rahmen der Fortschreibung zu verändern. Das Konzept sollte daher von der Kommunalpolitik bestätigt werden (Difu 2003a: 12).

Quartiermanagement/lokale Koordinierungsstelle Gesundheit

- Das Quartiermanagement/die lokale Koordinierungsstelle Gesundheit sollte darauf hinwirken, die Teilhabe von lokalen Akteuren aus stadtteilbezogenen Einrichtungen und Institutionen und insbesondere der Quartiersbevölkerung an der Erarbeitung des Konzepts zu ermöglichen. Dies umfasst auch das aktive Organisieren der Interessen vor Ort, also die Identifizierung von Problemlagen und Wünschen der Quartiersbevölkerung, die Unterstützung der Ideenproduktion sowie die Beförderung der Kommunikation im Stadtteil (Difu 2003a: 33). Ein solches partizipatives Vorgehen bringt die für die Umsetzung

wichtigen Akteure bereits in der Planungsphase zusammen, wirbt für die gemeinsame Sache der Gesundheitsförderung, kann wichtige Zielgruppen aktivieren und erhöht die Umsetzungschancen.

Krankenkassen

- Die örtlichen Krankenkassen sollten sich aktiv am öffentlichen Diskurs über das Integrierte Entwicklungs- und Handlungskonzept beteiligen und hierbei ihre Erfahrungen mit settingbezogener Gesundheitsförderung einbringen. Auf diese Weise können sie einen wichtigen Beitrag zur Qualifizierung der Konzeptentwicklung leisten und wirksame Maßnahmen zur Gesundheitsförderung von sozial Benachteiligten aufzeigen.
- Zudem sollten sie bereits in der Phase der Konzepterarbeitung Aussagen zu möglichen kassengetragenen Projektfinanzierungen treffen, damit diese bei der Finanzierungsplanung des Konzeptes berücksichtigt werden können.

3. Strukturen für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung: Akteure, Kooperationen und Steuerung

Der Aufbau von Strukturen für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung ist eine komplexe Herausforderung, vor allem weil die Setting-Entwicklung auf Stadtteilebene ein breites Spektrum an Akteuren umfasst. Die stadtteilorientierte und gesundheitsbezogene Zusammenarbeit dieser Akteure erfordert eine auf Kooperation und Konsensfindung basierende Steuerungsform, die auf mehreren Ebenen (Verwaltungsebene, Quartiersebene und intermediärer Bereich) angesiedelt ist und verschiedene Akteursgruppen (Bewohnerschaft, Institutionen, Fachverwaltung, Politik, Krankenkassen) einbezieht (Difu 2003b: 170 ff.). Für eine solche Steuerungsform hat sich als Oberbegriff die englische Bezeichnung „governance“ durchgesetzt (Benz u.a. 2007).

Die konkreten Steuerungs- und Koordinierungsaufgaben im Rahmen gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung sind vielfältig (vgl. Mitchell/Shortell 2000; Difu 2003b: 176 f.) und umfassen u.a.:

- die Einbettung der gebietsbezogenen Prozesse zur Gesundheitsförderung in eine gesamtstädtische Politik gesundheitsfördernder Stadtentwicklung,
- den Aufbau und die Organisation von handlungs- und ebenenübergreifenden Arbeitsweisen,
- die Aktivierung und Beteiligung der Quartiersbevölkerung unter Mitwirkung ortsansässiger Institutionen (z.B. Schulen, Kitas), lokaler Gesundheitsakteure sowie lokaler Vereine, Initiativen und Verbände,
- die Akquise und den gezielten Einsatz von kommunalen und privaten Ressourcen für die Gesundheitsförderung,
- die Beobachtung des Entwicklungsfortschritts sowie das Betreiben von Qualitätsentwicklung und Evaluation.

Damit ist die für eine erfolgreiche gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung erforderliche Steuerung ein eigenes Aufgabenfeld, das umfassende zeitliche und personelle Ressourcen sowie ein hohes Maß an „commitment“ und Einsatzbereitschaft aller Beteiligten voraussetzt. Anreize und Grenzen der Zusammenarbeit zwischen den Akteuren ergeben sich zudem aus einer komplizierten Gemengelage von (föderalen) Zuständigkeiten der öffentlichen Hand, gesetzlichen Aufträgen für die Krankenkassen und dem öffentlichen Gesundheitsdienst, marktförmigen Konkurrenzen zwischen Krankenkassen und in gewisser Weise auch zwischen sozialen Trägern.

Im Folgenden wird dargestellt, dass Aufbau und Profilierung von Strukturen für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung zunächst eine ressortübergreifende Kooperation in der Verwaltung erfordern (vgl. 3.1). Darüber hinaus trägt die Kooperation zwischen Kommunen und Krankenkassen(verbänden) zur Profilierung

und Erweiterung von Strukturen für die lokale Gesundheitsförderung bei (vgl. 3.2). Zur Gewinnung weiterer Partner stellen die Bildung oder die Weiterentwicklung von gesundheitsbezogenen Netzwerken für den Stadtteil einen wichtigen Baustein und häufig den Auftakt für Aktivitäten zur stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung dar (vgl. 3.3). Für die Moderation und Vernetzung der verschiedenen Akteure sowie für die Kommunikation zwischen den verschiedenen Steuerungsebenen (Verwaltungsebene, Quartiersebene und intermediärer Bereich) ist eine lokale Koordinierungsstelle unverzichtbar (vgl. 3.4).

3.1 Ressortübergreifende Kooperation in der Kommunalverwaltung

3.1.1 Hintergrund und Untersuchungsfragen

Gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung tangiert je nach Größe und Ausdifferenzierung der Kommunalverwaltung eine Reihe von verschiedenen Fachressorts. Hierzu zählen vor allem die Bereiche Gesundheit, Umwelt, Sport, Kinder, Jugend und Familie, Soziales, Bildung sowie Stadtentwicklung. Für die Implementation gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung ist daher die Beteiligung eines breiten Spektrums an Fachämtern erforderlich, die ressortübergreifend zusammenarbeiten sollten. Die konkrete Motivation für die Mitwirkung der kommunalen Akteure ist in der Regel in den eigenen Aufgaben und der Wahrnehmung der durch zunehmende soziale und gesundheitliche Ungleichheit ausgelösten gesundheitlichen Problemlagen begründet, gleichzeitig aber auch stark von der persönlichen Überzeugung und Bereitschaft der jeweiligen Mitarbeiter abhängig. Meist wird die Kooperation nur dann betrieben, wenn für alle beteiligten Seiten die Vorteile dieser Zusammenarbeit erkennbar sind („Win-win-Situationen“).

Der kommunale öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) steht bei der stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung in einer besonderen Verantwortung. So weisen die ÖGD-Landesgesetze dem ÖGD bei der Gesundheitsberichterstattung explizit eine federführende Rolle zu. Auch Prävention und Gesundheitsförderung sind als Aufgaben in den in jüngerer Zeit reformierten ÖGD-Gesetzen deutlicher als bisher hervorgehoben (Hegger/Beske 2003). In der Umsetzungspraxis treten diese – meist wenig spezifizierten – Aufgaben jedoch neben die Reihenuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen (z.B. Schuleingangsuntersuchungen) sowie die Kontrollaufgaben im Gesundheitsschutz und Hygienebereich, ohne dass gleichzeitig eine bessere Ressourcenausstattung in den kommunalen Ämtern erfolgt. Das Gegenteil war und ist angesichts kommunaler Haushaltsengpässe der Fall. Eine weitere wesentliche Restriktion für die Mitwirkung des kommunalen ÖGD an gesundheitsfördernden Stadtteilverfahren stellt der Umstand dar, dass in der Regel nur die kreisfreien Städte über ein eigenes Gesundheitsamt verfügen, in den kreisangehörigen Kommunen ist der ÖGD beim Kreis angesiedelt. Im letzteren Fall ist der ÖGD aufgrund der Zuständigkeit für das gesamte Kreisgebiet kaum in der La-

ge, Aktivitäten auf einzelne Stadtteile zu konzentrieren. Handlungsspielräume des ÖGD für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung sind daher zwar vorhanden und auch gesetzlich untermauert, im Arbeitsalltag jedoch aufgrund der dargelegten Restriktionen eher gering. Gleichwohl gelingt es einigen Gesundheitsämtern, auch unter diesen schwierigen Rahmenbedingungen im Verbund mit anderen Ämtern wichtige Beiträge für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung zu leisten und geeignete Kooperationen zu initiieren.

Untersuchungsfragen

Vor diesem Hintergrund wurde im Forschungsprojekt insbesondere folgenden Fragestellungen nachgegangen:

- In welchem Fachbereich ist das Themenfeld Gesundheitsförderung innerhalb der Verwaltung verankert? Wer ist politisch zuständig?
- Für welche Fachbereiche ist Gesundheitsförderung ein Themenfeld, das mit dem eigenen Aufgabenbereich in Berührung steht?
- Welche Anreize und welche Anlässe müssen geschaffen werden, um gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung zu einem gemeinsamen Thema und Handlungsfeld verschiedener Fachressorts zu entwickeln?
- Wie können handlungs- und ebenenübergreifende Arbeitsweisen für das Handlungsfeld gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung aufgebaut oder weiterentwickelt werden?
- Wie kann die Rolle des ÖGD im Prozess der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung profiliert werden?

3.1.2 Ergebnisse aus den Fallstudien

Fürth-Innenstadt

In der Innenstadt von Fürth erfolgte der Aufbau von verwaltungsorientierten Strukturen für die Förderung der Gesundheit im Stadtteil im Wesentlichen durch die Etablierung der Steuerungsrunde Gesundheit, die auch nach Abschluss des Forschungsprojektes fortgeführt wird. In dieser sind alle relevanten Fachämter (Stadtplanung, Jugend, Soziales, Integration, Sport, Umwelt), der Kinder- und Jugendärztliche Dienst, das Kreisgesundheitsamt, das Quartiermanagement, die im Stadtteil im Laufe des Projektes eingerichtete Geschäftsstelle Gesundheit sowie Krankenkassen – Techniker Krankenkasse und BKK Landesverband Bayern – vertreten. Während der Projektlaufzeit hat auch die Difu-Begleitforschung an der Steuerungsrunde teilgenommen. Das etwa alle drei Monate tagende Gremium wird

vom Quartiermanagement moderiert. Die Ergebnisse der Sitzungen werden in den Arbeitskreis Soziale Stadt der Stadt Fürth weitergeleitet und dort erörtert, so dass die Abstimmung zwischen Gesundheitsförderung im Stadtteil und sozialer Stadtteilentwicklung im Zuge der Programmumsetzung Soziale Stadt sichergestellt ist.

Die politische Rückendeckung wurde zu Projektbeginn durch einen Ratsbeschluss zur Unterstützung der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung deutlich hervorgehoben. Zudem wurden über das Programm Soziale Stadt Mittel in Höhe von rund 40 000 Euro für investive Projekte mit gesundheitsfördernden Effekten (vor allem Aktivspielplatz; vgl. 4.1.2) zur Verfügung gestellt.

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass in Fürth-Innenstadt ein breites Spektrum der Fachämter an der Umsetzung der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung beteiligt ist, wobei die Rolle einzelner Fachämter sowie die Zusammenarbeit mit dem Kreisgesundheitsamt noch ausgebaut und geschärft werden kann¹. Der Grad der politischen Rückendeckung in Fürth ist hoch, was auch dazu beigetragen hat, dass eine stabile Kooperation mit den beteiligten Krankenkassen hergestellt werden konnte.

Halle-Silberhöhe

Die Stadt Halle (Saale) ist seit 1992 Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland², was dazu geführt hat, dass in Halle viele Beteiligte aus Vereinen, Verbänden, Initiativen und der Verwaltung an gesundheitsrelevanten Projekten und thematischen Arbeitskreisen zusammenarbeiten. Das Gesunde-Stadt-Projekt hat jedoch in den letzten Jahren in der Stadtverwaltung Halle an Bedeutung verloren. Die zuständige Mitarbeiterin wurde mehrfach anderen Verwaltungsbereichen zugeordnet und ihr Zeitkontingent für die Betreuung des Gesunde-Stadt-Projekts herabgesetzt. Nicht zuletzt haben akute Haushaltsnöte der Stadt dazu beigetragen, dass verwaltungsintern die Kooperationsmöglichkeiten jenseits von Kernaufgaben, aber auch die Zusammenarbeit der Kommune mit sozialen Trägern im Rahmen des Gesunde-Stadt-Projekts minimiert wurden.

Diese schwierigen Rahmenbedingungen schränkten die Möglichkeit, in der Verwaltung neben der Mitarbeiterin des Gesunde-Stadt-Projekts weitere Ansprechpartner für eine Mitwirkung an der Fallstudie Halle-Silberhöhe zu gewinnen, stark ein. Positiv entwickelt hat sich jedoch die Zusammenarbeit zwischen Gesunde-Stadt-Projekt und dem beim Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) der Stadt an-

¹ Wenngleich die Kapazitäten des ÖGD in Fürth für Prävention begrenzt sind, ist von Vorteil, dass der Kinder- und Jugendärztliche Dienst innerhalb der Fürther Stadtverwaltung angesiedelt ist.

² Die Gesunde-Städte-Bewegung ist eine Initiative des Europäischen Regionalbüros der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Umsetzung der Regionalstrategie „Gesundheit 21“. Das Ziel der WHO ist es, Gesundheit in allen Politikbereichen zu einem Hauptthema zu machen und den einzelnen Menschen für eine selbstbestimmte Gesundheit zu sensibilisieren. In der Bundesrepublik Deutschland erfolgte die Gründung des nationalen Gesunde-Städte-Netzwerks im Juni 1989. Mittlerweile ist das Netzwerk auf über 70 Mitglieder angewachsen.

gesiedelten Kinder- und Jugendärztlichen Dienst. Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) unterstützte die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung durch Bereitstellung vorhandener Daten und Expertenwissen sowie durch die Generierung neuer Daten über eine Schülerbefragung. Auch wirkte der ÖGD bei den im Projektverlauf in Halle-Silberhöhe durchgeführten Stadtteilgesundheitstagen mit. Im Ergebnis konnte auf der Arbeitsebene eine gute Verwaltungskooperation etabliert werden. Die Leitungsebene des ÖGD konnte hingegen nicht für die Unterstützung der Setting-Entwicklung in Halle-Silberhöhe gewonnen werden.

Hamburg Altona-Lurup

Für Hamburg Altona-Lurup ist festzustellen, dass seitens der zuständigen Fachbehörde, der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG), ein großes Interesse an der Verstetigung der bereits vor Beginn des Forschungsvorhabens erfolgreich initiierten Setting-Entwicklung besteht. Seinen Niederschlag findet dies u.a. in der finanziellen Unterstützung einer während der Projektlaufzeit neu etablierten lokalen Koordinierungsstelle Gesundheit im Stadtteil (vgl. 3.4.2) sowie im personellen Engagement der Fachbehörde. Das Forschungsprojekt wurde damit zu einem weiteren Baustein für eine auf kleinräumige kommunale Gesundheitsförderung orientierte und als solche bereits im ÖGD-Gesetz des Landes Hamburg verankerte Vorgehensweise.

Ressortübergreifende Zusammenarbeit und politische Rückendeckung wurden strukturell durch den Aufbau einer Projektarbeitsgruppe abgesichert. In der während der Projektlaufzeit etwa alle vier Monate tagenden Projektarbeitsgruppe waren neben der BSG das Gesundheitsamt Altona, das Sozialraummanagement Altona, die lokale Koordinierungsstelle Gesundheit, die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG), der BKK Bundesverband NORD sowie die Techniker Krankenkasse vertreten. Die Sitzungen der Arbeitsgruppe wurden vom Difu in seiner Funktion als Begleitforschung moderiert.

Das Gesundheitsamt Altona hat während der Projektlaufzeit im Rahmen der ressortübergreifenden Kooperation eine zunehmend aktive Rolle übernommen. Ausgangspunkt hierfür war ein in der ersten Projekthälfte zu den Möglichkeiten der Unterstützung des Stadtteilverfahrens durchgeführter Gesprächstermin im Gesundheitsamt Altona, der auf Wunsch der zuständigen Leitung einberufen worden war. Zu dieser Sitzung hatte die Begleitforschung des Difu eine Tischvorlage und einen Input vorbereitet und damit einen Anreiz für die projektbezogene Kooperation geliefert. Im weiteren Projektverlauf nahm das Gesundheitsamt sowohl an der Projektarbeitsgruppe als auch am Runden Tisch (vgl. Kapitel 3.3) teil.

Die Ergebnisse der Fallstudien zeigen, dass eine aktive politische Unterstützung der Verwaltungsspitze die Umsetzung der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung befördert. Dies setzt voraus, dass die politische Zuständigkeit für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung verbindlich geregelt wird. Dies ist allerdings – insbesondere wenn das Themenfeld neu aufgebaut wird – keine Selbstverständlichkeit.

Die Projektverläufe in den Fallstudien zeigen zudem, dass für den Aufbau und die Weiterentwicklung von Strukturen – gerade bei einem hohen Maß an politischer Rückendeckung – ein breites Spektrum von Fachämtern mobilisiert werden kann. Gleichzeitig wird aber auch deutlich, dass die Rolle des Gesundheitsressorts insbesondere zu Projektbeginn nicht immer klar definiert oder herausgestellt war. Für die ressortübergreifende Zusammenarbeit und die Einbindung weiterer Partner, wie z.B. Krankenkassen(verbände), erweisen sich feste Strukturen, z.B. Arbeits- oder Steuerungsgruppen, als hilfreich und förderlich. Hierdurch wird die Verständigung auf ein gemeinsames Vorgehen befördert.

3.1.3 Qualitätskriterien/Qualitätsanforderungen

Der Erfolg der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung hängt ganz wesentlich davon ab, dass politische Zuständigkeiten und Entscheidungswege geklärt sind, eine politische Federführung für das Themenfeld Gesundheit im Stadtteil abgestimmt ist und das Vorgehen durch politische Beschlüsse abgesichert wird. Die inhaltliche Einbindung der Politik auf allen Steuerungs- und Handlungsebenen und im laufenden Prozess kann zu einer wichtigen Erfolgsvoraussetzung für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung werden.

Da die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung verschiedene Themen und damit unterschiedliche Ressorts der Fachverwaltung betrifft (insbesondere Gesundheit, Stadtentwicklung, Jugend, Soziales, Integration, Sport, Umwelt), lässt sich die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung dann umfassend und nachhaltig aufbauen und implementieren, wenn die verschiedenen Fachverwaltungen ressortübergreifend zusammenarbeiten und gemeinsam Strategien, Zielsetzungen und Vorgehen abstimmen und Maßnahmen befördern.

Auf Verwaltungsebene erweist es sich als sinnvoll, eine ressortübergreifende Steuerungsgruppe einzurichten. Darüber hinaus sollte eine politisch verantwortliche Person bzw. ein Amt nominiert werden, die oder das für die Vernetzung der involvierten Ämter, die Steuerung des Einsatzes kommunaler Ressourcen, die Umsetzung von Konzepten und Strategien sowie die Finanzplanung zuständig ist (vgl. Difu 2003b: 178). Für das Management von Einzelprojekten sollten dagegen Mitarbeiter der verschiedenen beteiligten Verwaltungsressorts zuständig sein, um die koordinie-

rende Person bzw. das hierfür zuständige Amt operativ zu entlasten. Alternativ kann auf Unterstützung durch intermediäre Akteure zurückgegriffen werden.

3.1.4 Empfehlungen

Bund/Länder

- Eine ressortübergreifende Zusammenarbeit sollte nicht allein auf kommunaler, sondern auch auf Bundes- und Landesebene erfolgen, da die einzelnen Ministerien mit den jeweiligen Fachpolitiken wichtige Rahmenbedingungen für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung in den Kommunen setzen. So sollte bei Entscheidungen der relevanten Fachpolitiken systematisch geprüft werden, ob besondere Schwerpunkte für gesundheitlich benachteiligte Stadtteile gesetzt werden können.

Kommune

- Beim Aufbau und der Weiterentwicklung gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung sollte ein breites Spektrum an Fachämtern beteiligt sein (Gesundheit, Umwelt, Sport, Kinder, Jugend und Familie, Soziales, Bildung sowie Stadtentwicklung), wobei dem Gesundheitsressort, soweit die Kommune über ein eigenes Gesundheitsamt verfügt, eine Schlüsselrolle zukommen kann. Dies bedeutet aber nicht zwangsläufig die Übernahme der Federführung für den Prozess der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung durch den Gesundheitsbereich. Diese Rolle kann auch von anderen stark involvierten Ressorts wie den Bereichen „Stadtentwicklung“ oder „Kinder, Jugend und Familie“ wahrgenommen werden.
- Als sinnvoll hat sich die Einrichtung einer Steuerungsgruppe als operatives Kernteam für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung erwiesen. Neben den Vertretern der relevanten Fachämter sollten diesem Gremium die politische Federführung sowie das Quartiermanagement angehören. Soweit sich einzelne Krankenkassen im Stadtteilprozess engagieren, kann es zweckmäßig sein, auch diese in die Steuerungsgruppe einzubinden.
- Die Steuerungsgruppe sollte mit entscheidungsbefugten Mitarbeitern besetzt sein, um ohne Rücksprache mit den vertretenen Verwaltungseinheiten beschluss- und handlungsfähig zu sein.
- Bei der Etablierung der Steuerungsgruppe sollte darauf geachtet werden, dass Doppelstrukturen vermieden werden. Gegebenenfalls kann es auch ausreichen, in bestehenden Gremien (z.B. ressortübergreifende Arbeitsgruppe zur Umsetzung des Programms Soziale Stadt) die gesundheitsfördernde Stadtteil-

entwicklung regelmäßig auf die Tagesordnung zu setzen und die Runde entsprechend fachlich zu erweitern.

- Die Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes bei stadtteilbezogenen und soziallagensensiblen Vorgehensweisen sollte durch aktive Mitwirkung und Ressourcenkonzentration insbesondere in Hinblick auf kleinräumige Berichterstattung, Konzeptentwicklung und koordinierende Aufgaben gestärkt werden.

Quartiermanagement/lokale Koordinierungsstelle Gesundheit

- Das Quartiermanagement/die lokale Koordinierungsstelle sollte regelmäßig an den Sitzungen der ressortübergreifenden Steuerungsgruppe teilnehmen und dabei den Austausch zwischen „Verwaltungs- und Lebenswelt“ (Friedmann 2002) befördern, indem einerseits die Ergebnisse der Steuerungsgruppenarbeit in den Stadtteil getragen und andererseits Kenntnisse aus der laufenden Vorort-Arbeit in die Steuerungsgruppe eingebracht werden.

3.2 Kooperationen zwischen Kommune und Krankenkassen(verbänden)

Eine zentrale Zielsetzung des Forschungsprojektes richtete sich auf den Aufbau einer die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung stützenden Kooperation zwischen Kommunen und Krankenkassen(verbänden). Grundlage hierfür sind die

- Rahmenbedingungen für den Einsatz von Krankenkassenmitteln zur Prävention und Gesundheitsförderung, weitere, ggf. auch nicht-monetäre Unterstützungsmöglichkeiten und -potenziale durch Krankenkassen(verbände) sowie darüber hinaus die konkreten Ansätze der Setting-Entwicklung einzelner Krankenkassen(verbände) (vgl. 3.2.1),
- Vorbereitung und Umsetzung von Interventionen, die primär auf benachteiligte Stadtteile zielen und (durch Strukturbildung) nachhaltig Gesundheit fördern; dies wird am Beispiel der drei Fallstudien erläutert (vgl. 3.2.2).

3.2.1 Hintergrund und Untersuchungsfragen

Rahmenbedingungen für den Einsatz von Krankenkassenmitteln bei der kommunalen Gesundheitsförderung

Grundlage für ein Engagement von Krankenkassen im Stadtteil ist die im Sozialgesetzbuch verankerte Förderung von Prävention (§ 20 SGB V): „Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und

insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“.

Stadtteile werden im Leitfaden Prävention der Spitzenverbände der Krankenkassen (seit 1. August 2008: Spitzenverband Bund der Krankenkassen) ausdrücklich als Settings für präventive Maßnahmen der Krankenkassen genannt. Vor allem die Förderung von sozial benachteiligten Stadtteilen und die Kooperation mit dem Programm „Soziale Stadt“ werden nachdrücklich empfohlen (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände 2008: 14).

Konkrete Förderung kann gemäß Leitfaden in den Bereichen Bedarfserhebung, Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen, Öffentlichkeitsarbeit, Fortbildung von Multiplikatoren in Prävention und Gesundheitsförderung, Dokumentation, Evaluation und Qualitätssicherung gewährt werden. Dabei gelten die folgenden Förderkriterien (ebd.: 26):

- „Für die geplanten Aktivitäten besteht ein eindeutig erkennbarer Bedarf.
- Es werden insbesondere sozial benachteiligte Zielgruppen in ihren Lebensumfeldern erreicht.
- Eine gesundheitsfördernde Gestaltung von Lebensräumen für diese Zielgruppen wird initiiert.
- 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.
- Der für das Setting zuständige Träger bringt einen angemessenen Anteil an Eigen-/ Drittmitteln – auch in Form geldwerter Leistungen – in die projektbezogenen Aktivitäten ein.“

Ein stadtteilbezogenes Engagement von Krankenkassen ist jedoch nicht selbstverständlich und wurde bislang wenig erprobt. Dies lässt sich aus den Präventionsberichten des Medizinischen Dienstes ablesen, in denen jährlich die Fördertätigkeiten der Krankenkassen nach § 20 SGB V dokumentiert werden. Die krankenkassengetragene Präventionsförderung unterteilt sich in drei große Förderbereiche: individueller Ansatz der Primärprävention, betriebliche Gesundheitsförderung und nicht-betrieblicher Setting-Ansatz (MDS 2002)³. Unter den „nicht-betrieblichen Settings“ spielt der Bereich „Stadtteil/Ort“ bislang eine untergeordnete Rolle. In der Umsetzung im Jahr 2007 fiel der Förderbereich „Stadtteil/Ort“ mit 4,5 Prozent der geförderten Maßnahmen in „nicht-betrieblichen Settings“ gegenüber Schulen und Kitas sehr niedrig aus. Jedes fünfte Projekt in diesem Förderbereich wurde für Grundschulen (22 Prozent) oder Kitas (21 Prozent) gemeldet. Hauptschulen und Berufsschulen zählen mit jeweils 16 Prozent der gemeldeten Projekte ebenfalls zu den Spitzenreitern. Das Setting „Stadtteil/Ort“ wurde von 2001 bis 2007 mit insgesamt 348 Projekten von den Kassen gefördert (MDS 2002-2008).

Für die Stärkung des Engagements von Krankenkassen im Setting Stadtteil können die Erfahrungen der betrieblichen Gesundheitsförderung – zumindest zum Teil – genutzt werden. Grundsätzlich optimistisch bezüglich der Übertragung von Erfahrungen aus der betrieblichen Gesundheitsförderung auf nicht betriebliche Settings wie sozial benachteiligte Stadtteile zeigt sich beispielsweise Rosenbrock (2004: 87 ff.): Die „Substanz des Modells betrieblicher Gesundheitsförderung“ – Kernelemente hierbei sind der Fokus auf Organisationsentwicklung, das partizipative Vorgehen, der Qualitätszirkel aus Berichterstellung, Zielformulierung, Maßnahmenplanung und -umsetzung sowie die Zielüberprüfung unter Beteiligung aller betroffenen Gruppen – könnte in anderen Settings bei entsprechender Adaption Wirkung entfalten. Von anderen Experten⁴ werden Schwierigkeiten der stadtteilbezogenen Setting-Förderung für Krankenkassen vor allem darin gesehen, dass die mitgliederunabhängige Förderung nicht attraktiv für die Kassen sei, die Komplexität des Settings Stadtteil eine (zu) große organisatorische Aufgabe für die Beteiligten darstelle und Projekte in sozial benachteiligten Stadtteilen im Verhältnis von eingesetzten Mitteln zu erreichten Teilnehmern häufig zu teuer seien. Zudem werden Probleme bei der Verstetigung, beispielsweise von Kursangeboten, gesehen, da kommunale Partner häufig keine Fortführung und kontinuierliche Förderung der Angebote sicherstellen könnten.

3 Dabei sollen 2,74 Euro pro Versichertem und Jahr für die Primärprävention eingesetzt werden. Laut Selbstbindung sind 50 Cent davon für nicht-betriebliche Settings vorgesehen. Im Berichtsjahr 2007 liegt die insgesamt verausgabte Summe mit knapp 300 Mio. Euro und rund 4,25 pro Versichertem deutlich über dem vorgeschriebenen Sollwert; allerdings bleibt sie für den Bereich der nicht-betrieblichen Settings mit 35 Cent pro Versichertem (insgesamt 17,6 Mio. Euro) wie auch in den Vorjahren unter der angestrebten Summe (MDS 2008: 12 f.).

4 Laut Experteninterviews mit sechs ausgewiesenen Fachleuten der krankenkassengetragenen betrieblichen Gesundheitsförderung im Juli 2007, vgl. 1.3.5.

Angesichts dieser Herausforderungen und der Ausgangslage haben sich bislang in dem kleinen und noch nicht systematisch aufgearbeiteten Feld der Setting-Förderung im Stadtteil nur einzelne Krankenkassen bzw. Krankenkassenverbände profiliert. Dies wird im Folgenden – unter Bezugnahme auf Krankenkassen(verbände), die am Forschungsprojekt beteiligt waren – dargelegt.

Betriebskrankenkassen

Die Betriebskrankenkassen (BKK) haben mit der Setting-Förderung im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung langjährige Erfahrung. Zur Entwicklung des Settings Stadtteil hat vor allem der BKK Bundesverband in den letzten Jahren durch eine Reihe von Aktivitäten im Rahmen der Initiative „Mehr Gesundheit für alle“ wichtige Beiträge geleistet. Der BKK Bundesverband gab 2003 zunächst wissenschaftliche Gutachten für die nicht betriebliche Setting-Förderung in Auftrag (Rosenbrock/Schröer/Bellwinkel 2004). In dem Hauptgutachten sowie einem vertiefenden Teilgutachten wurde den Fördermöglichkeiten im Rahmen des Bundes-Länder-Programms „Soziale Stadt“ besondere Aufmerksamkeit geschenkt (Rosenbrock 2004; Bär u.a. 2004). In einer Kooperation des BKK Bundesverbands mit der vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend als Partnerprogramm der „Sozialen Stadt“ geförderten Programmplattform „Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten“ wurden diese Bemühungen bis 2006 fortgesetzt.

Zudem ist der BKK Bundesverband Mitglied im bundesweiten Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ und wirkt dort an der Entwicklung von Kriterien guter Praxis mit. Darüber hinaus haben BKK Bundesverband, verschiedene BKK-Landesverbände und auch einzelne Betriebskrankenkassen Modellprojekte der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung unterstützt. Die Projekterfahrungen wurden unter anderem zur Weiterentwicklung des Präventionsleitfadens der Krankenkassen genutzt. Hervorzuheben sind hier das Projekt „Gesund älter werden im Stadtteil“ (BKK 2009) sowie das Projekt „Gesundheit erleben im Stadtteil“ der BKK Novitas in Duisburg-Neumühl (Russ/Pfeifer 2007). In Ersterem wurden in elf nordrhein-westfälischen Städten gezielt die Strukturen des Quartiermanagements unterstützt und einzelne Betriebskrankenkassen für Projektpatenschaften gewonnen, um gezielt gesundheitsfördernde Angebote und Kompetenzen für ältere Menschen im Stadtteil verfügbar zu machen. Im Gesundheitsprojekt in Duisburg-Neumühl stand die kommunale Jugendarbeit in einem Freizeittreff im Mittelpunkt der Förderung.

Die Ergebnisse beider Projekte geben wichtige Hinweise für eine erfolgreiche Kooperation von Kommunen und Krankenkassen:

- Initiativen zur Gesundheitsförderung in sozial benachteiligten Stadtteilen bedürfen einer gesamtstädtischen, politischen Unterstützung (BKK 2009: 9 ff.).

- Finanzierungsvoraussetzung durch die Krankenkassen ist eine Kofinanzierung der beteiligten Projektpartner bzw. der Kommune.
- Vorhandene Strukturen der „Sozialen Stadt“ lassen sich nutzen, bedürfen aber der expliziten thematischen Erweiterung und ggf. auch Qualifizierung. Im Projekt „Gesund älter werden im Stadtteil“ zeigte sich, dass eine fachliche Qualifizierung der Quartiermanager im Bereich Gesundheitsförderung anzuraten ist sowie organisatorische Voraussetzungen geschaffen werden müssen, wie beispielsweise eine verbindliche Auftragserweiterung der Quartiermanagements sowie eine Bereitstellung zusätzlicher Ressourcen durch die Kommune (BKK 2009: 12 f.).
- Gesundheitsförderung im Stadtteil ist „ein ‚Geschäft‘ von Mensch zu Mensch“. Die Ergebnisse von „Gesund älter werden im Stadtteil“ zeigen, dass Stadtteilprojekte dann am besten funktionieren, wenn persönliche Beziehungen zwischen Akteuren aus unterschiedlichen Einrichtungen und Berufsfeldern entstehen (BKK 2009: 16).
- Im Zusammenspiel verschiedener Akteure leistet die Krankenkasse einen wichtigen Beitrag. Die Präventionsberater können Initiatoren oder Moderatoren sein und Krankenkassenmittel zur Finanzierung von Gesundheitsförderungsaktivitäten im Stadtteil einbringen (Russ/Pfeifer 2007).
- Die Förderung ist an den einzelnen Stadtteil anzupassen, da vor Ort die Bedarfe bekannt sind und der Erfolg der Setting-Förderung im lokalen Entwicklungsprozess begründet ist (BKK 2009: 20 ff.). Hierbei ermöglicht das Spektrum der Fördermöglichkeiten, wie sie im Leitfaden formuliert sind, eine lokal abgestimmte Unterstützung durch die Krankenkassen.

Techniker Krankenkasse

Die Techniker Krankenkasse (TK) widmet sich seit einigen Jahren intensiv der Entwicklung nicht-betrieblicher Settingförderung. So ist sie auch Mitglied des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Zudem baut sie seit 2007 einen Förderbereich „Gesunde Kommune“ auf, über den eine finanzielle Unterstützung für kommunale Gesundheitsförderungsprojekte beantragt werden kann. Soziale-Stadt-Gebiete und Kommunen des Gesunde-Städte-Netzwerks sind dabei besonders angesprochen. Familien sind wichtige Zielgruppen der Förderung. Entsprechend des TK-Informationsblattes „Gesunde Kommune“ sind innerhalb eines Gesamtkonzeptes Maßnahmen förderfähig, die folgende Ziele verfolgen:

- Bedarfsermittlung (unter Beteiligung der Betroffenen),
- Qualifizierung,
- gesundheitsförderlicher Strukturauf- und -ausbau,
- Vernetzung von Aktivitäten,

- Vermittlung von gesundheitsbezogenen Informationen,
- Projekt- und Prozessberatung,
- Qualitätssicherung, Dokumentation und Evaluation.

Dieses Förderspektrum entspricht den Kriterien des Leitfadens Prävention der Spitzenverbände der Krankenkassen, setzt darüber hinaus aber einen deutlicheren Akzent auf Setting-spezifische Elementen wie die Förderung von Vernetzung und Strukturentwicklung.

Mittelbar hat die Techniker Krankenkasse die Gesundheitsförderung im Stadtteil durch andere Setting-Bereiche, insbesondere Kita und Schule, bereits seit vielen Jahren gefördert. Bei der direkten Stadtteolförderung ist demgegenüber der Fokus auf die Kooperation verschiedener Institutionen im Stadtteil und auf Projekte gerichtet, die über den Wirkungsbereich einzelner Einrichtungen hinausgehen. Für die Beratung der lokalen Partner setzt die Techniker Krankenkasse regionale Präventionsberater ein, die auch Kursangebote sowie qualifizierte Gesundheitsfachkräfte für stadtteilbezogene Projekte vermitteln können.

Untersuchungsfragen

Vor diesem Hintergrund wurde im Forschungsprojekt insbesondere folgenden Fragestellungen nachgegangen:

- Welche Voraussetzungen müssen geschaffen werden, damit Krankenkassen stärker als bislang das Setting Stadtteil fördern und für die Gesundheitsförderung in sozial benachteiligten Stadtteilen aktiv werden?
- Welche Voraussetzungen müssen geschaffen werden, damit sich Kommunen und Krankenkassen gemeinschaftlich und partnerschaftlich für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung engagieren?
- Welche Rolle nehmen die Krankenkassen im Prozess der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung ein? Wo liegen ihre Handlungsspielräume und Interessen?
- An welche Voraussetzungen ist die Finanzierung von strukturellen und projektbezogenen Maßnahmen durch die Krankenkassen geknüpft?
- Muss und kann das Spektrum der Fördermöglichkeiten der Krankenkassen für die Setting-Entwicklung Stadtteil angepasst und modifiziert werden?
- Wie können vorhandene Strukturen der „Sozialen Stadt“ besser als bislang für den Aufbau von Partnerschaften und Netzwerken zwischen Kommunen, Krankenkassen und Vorort-Akteuren genutzt werden?

- Welche Angebote und Projekte der Krankenkassen eignen sich in besonderer Weise für die Gesundheitsförderung (von Kindern und Jugendlichen) in sozial benachteiligten Stadtteilen? Wie können diese Projekte vor Ort breiter als bislang bekannt gemacht werden?

3.2.2 Ergebnisse aus den Fallstudien

Im Tandem für Gesundheit: Kooperatives Engagement von Krankenkassen(verbänden) und Kommunen in den drei Fallstudien

Die Zusammenarbeit von Kommunen und Krankenkassen bei stadtteilbezogener Gesundheitsförderung bedarf bislang noch einer starken Vermittlungsarbeit. Im Forschungsprojekt konnte die wissenschaftliche Begleitforschung des Difu die Zusammenarbeit in drei Fallstudienstädten unterstützen und neben dem BKK Bundesverband die BKK-Landesverbände Bayern, NORD und Ost sowie die Techniker Krankenkasse für eine Projektmitarbeit gewinnen. Zur Vorbereitung und Beförderung der konkreten Unterstützungsleistung durch die Krankenkassenverbände hatte das Difu in 2007 ein Konzeptpapier erarbeitet und mit dem BKK Bundesverband abgestimmt. Ausgehend von den Kriterien für die Projektförderung aus dem Präventionsleitfaden der Krankenkassen wurden verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten empfohlen, deren Kompatibilität mit dem Leitfaden aufgezeigt und Vorschläge zum konkreten Antragsverfahren für Projektmittel gemacht. Demnach sollten die Mitwirkungsmöglichkeiten der Krankenkassen im Wesentlichen drei Bereiche umfassen:

1. Vermittlung von Wissen
 - ▲ z.B. Beratung/Schulung von Stadtteil-Akteuren,
 - ▲ z.B. Information über wirksame Präventionsangebote;
2. Vernetzungsarbeit
 - ▲ z.B. Mitarbeit in Steuerungsgruppen oder Moderation von Gesundheitszirkeln im Stadtteil
 - ▲ z.B. Aufbau von Kooperationsbeziehungen zwischen regionalen/lokalen Vertretungen der Krankenkassen und den Fallstudienstadtteilen
3. Förderung
 - ▲ z.B. Strukturentwicklung (Koordinierungsstellen, Vorort-Analysen, Moderation)
 - ▲ z.B. kasseneigene Projekte im Stadtteil
 - ▲ z.B. Förderung von im Stadtteil entwickelten Einzelprojekten
 - ▲ z.B. Verfügungsfonds Gesundheitsförderung

Wie im Folgenden ausgeführt wird, wurden alle drei Bereiche für die Mitwirkung der Krankenkassen an der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung im Forschungsprojekt erprobt.

Vermittlung von Wissen

Grundsätzlich können die Krankenkassen gesundheitsförderndes Know-how beisteuern, indem sie ihren Projektpartnern im Setting Stadtteil zertifizierte Fachkräfte aus ihrem Gesundheitsberater-Pool vermitteln. Im Folgenden wird beispielhaft dargestellt, wie auf diese Weise im Forschungsprojekt eine Lösung für ein typisches Problem bei der krankenkassenfinanzierten Setting-Förderung gefunden werden konnte: Schlüsselpersonen im Quartier stehen zur Durchführung gesundheitsfördernder Angebote bereit, verfügen jedoch nicht über die Qualifikation, die von den Krankenkassen für Kursleitungen verlangt werden.

Im Zuge des Aufbaus und der Qualifizierung der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung entstanden in den Fallstudien eine Reihe kleinerer Projektideen für gesundheitsfördernde Kursangebote für Kinder, Jugendliche und Familien. So wollte beispielsweise das Mütterzentrum in Fürth einen Kochkurs für die im Zentrum betreuten Kinder anbieten. Die Hauswirtschaftskraft des Mütterzentrums sollte diesen Kurs anleiten, besaß aber nicht die von den Krankenkassen vorausgesetzte Zertifizierung, die eine Bedingung für die kassengetragene Förderung ihres Honorars darstellte. Um gleichwohl zentrale Ziele der Setting-Förderung wie Schulung von lokalen Akteuren und Aufbau von Gesundheitswissen vor Ort umzusetzen, wurde eine Ernährungsberaterin der Techniker Krankenkasse als Projektberaterin eingesetzt. Dieses Modell des „train the trainer“ wurde in Fürth ein weiteres Mal im Rahmen einer Motorikschulung angewendet. Dieses Vorgehen erscheint besonders geeignet, um einerseits die von den Krankenkassen geforderten Qualitätsstandards für Kursangebote einzuhalten und zum anderen lokale Multiplikatoren zu schulen und somit auch über das konkrete Kursangebot hinaus Wissen im Stadtteil zu verankern. Eine wichtige Voraussetzung für den Einsatz der Fachkräfte der Krankenkassen ist allerdings, dass deren Honorarkosten in einem angemessenen Verhältnis zum sonstigen Kostenumfang der Kursangebote stehen.

Vernetzungsarbeit

Die Vernetzung im Stadtteil wurde in den Fallstudien durch die Krankenkassen auf zweierlei Weise unterstützt:

- Zum einen haben regionale Präventionsberater der Techniker Krankenkasse und die für den Förderbereich „Gesunde Kommune“ verantwortlichen Mitarbeiterinnen aus der Hauptverwaltung der Techniker Krankenkasse in Hamburg sowie die Präventionsverantwortlichen der beteiligten BKK-Landesverbände die lokalen Projektgremien (Steuerungsgruppe, Projektgruppe) in Hamburg und Fürth aktiv unterstützt.
- Zum anderen haben die Vertreter der Krankenkassen Kontakte zu Gesundheitsfachkräften (Ergotherapeutin, Ernährungsberaterin), zu überregionalen

Ansprechpartnern (Bayrisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit) und weiteren Projekten vermittelt (z.B. „Mit Migranten für Migranten“⁵ und „Fiese Falle“⁶). Diese Form von Vernetzungshilfe wurde vor allem in der Innenstadt von Fürth realisiert.

Förderung

Die Förderung durch die Krankenkassenpartner fand überwiegend in Form der finanziellen Unterstützung von im Stadtteil entwickelten Maßnahmen statt, die entweder der Struktur- oder der Projektförderung zugeordnet werden können.

Strukturförderung: Unter Strukturförderung werden der Aufbau, die Erweiterung bzw. der Erhalt bestehender Strukturen durch Expertenwissen, personelle Ressourcen oder finanzielle Mittel sowie die Unterstützung und Weiterentwicklung von koordinierenden und steuernden Tätigkeiten vor Ort gefasst. Analog zur betrieblichen Gesundheitsförderung ist eine solche Strukturförderung durch die Krankenkassen auf Stadtteilebene leitfadenskonform. Demnach werden koordinierende Tätigkeiten und die Moderation von Stadtteilrunden bzw. „Gesundheitszirkeln“ oder auch die Unterstützung von Quartiermanagements bzw. der Aufbau von Koordinierungsstellen für Gesundheitsförderung als förderfähig angesehen. Im Forschungsprojekt konnte die BKK-Förderung für den Aufbau und den Betrieb der Geschäftsstelle Gesundheit in Fürth (vgl. 3.4) genutzt werden.

Projektförderung: Bei der Projektförderung durch die Krankenkassen lassen sich in den Fallstudien drei Varianten unterscheiden:

- Zum einen wurden den Fallstudien-Stadtteilen von den Krankenkassen entwickelte Eigenprojekte zur Umsetzung angeboten. So wurden beispielsweise vom BKK Bundesverband und den BKK-Landesverbänden Arbeitsmaterialien und Projektleitfäden zu den Projekten „Kita-Koffer“, „MiMi – Mit Migranten für Migranten“ und „Kiezdetektive“ an die lokalen Koordinatorinnen weitergegeben⁷.

5 Um das Wissen von Migranten über Gesundheit und die Nutzung des Deutschen Gesundheitsdienstes zu verbessern, wurde 2003 das Projekt „MiMi – Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Deutschland“ vom Ethno-Medizinischen Zentrum e.V. (EMZ) entwickelt. MiMi wird finanziert vom BKK Bundesverband und den BKK-Landesverbänden NORD, Bayern, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen-Bremen und Hessen sowie aus privaten Sponsorenmitteln.

6 Die Kampagne „Fiese Falle!“ ist Teil der BKK-Initiative „Mehr Gesundheit für alle“. Der BKK Bundesverband bündelt mit der Initiative mehr als 60 Modellprojekte und Strukturmaßnahmen, die Impulse für mehr Gesundheitsgerechtigkeit setzen und auch von den BKK-Landesverbänden und den Betriebskrankenkassen unterstützt werden. Das Präventionsseminar „Fiese Falle!“ richtet sich vorrangig an Kinder der Klassen 5 und 6 und hat das Thema Rauchen zum Gegenstand.

7 Im Projektverlauf konnte jedoch in keiner Fallstudie ein vorhandenes Eigenprojekt der Kassen implementiert werden. Die Kita-Koffer wurden zwar gerne genutzt und über die Geschäftsstellen für Gesundheitsförderung auch an lokale Einrichtungen verliehen, eine systematische und kontinuierliche Nutzung sowie eine ergänzende Erzieherinnenfortbildung fanden jedoch nicht statt. Auch ist es innerhalb der Projektlaufzeit in den Fallstudien nicht gelungen, ausgebildete „MiMIs“

- Zum anderen wurden im Stadtteil selbst entwickelte größere Einzelprojekte von den Krankenkassen gefördert. So haben der BKK Landesverband NORD und der BKK Landesverband Ost beispielsweise „connect Lurup“ – ein Vernetzungs- und Schulungsprojekt für Fachkräfte zur Unterstützung von Kindern aus suchtbelasteten Familien (Bär/Böhme/Reimann 2009b) –, mehrere Ernährungs- und Bewegungsprojekte im Luruper Flusseviertel und das Projekt „Gesunde Ernährung in der Familie“ in Halle-Silberhöhe gefördert. In Halle wurden zudem die Mittel der Techniker Krankenkasse für ein umfangreiches Bewegungsprojekt mit den lokalen Sportvereinen genutzt (vgl. Kapitel 4). Solche größeren Einzelprojekte ermöglichen ein vergleichsweise hohes Maß an Professionalisierung und können als „Leuchtturmprojekte“ Ausstrahlungs- und Impulseffekte im Stadtteil haben. Wichtig für die Gebietsentwicklung ist, dass sie in einen konzeptionellen Rahmen eingebettet sind (z.B. Integriertes Entwicklungs- und Handlungskonzept) und durch kommunale Ansprechpartner steuernd begleitet werden.
- In Hamburg Altona-Lurup und Fürth Innenstadt stellte zudem der von der Techniker Krankenkasse angebotene Verfügungsfonds Gesundheitsförderung und damit die Entwicklung und Erprobung eines Modells zur „Mikrofinanzierung für gesundheitsfördernde Stadtteilprojekte“ einen wesentlichen Baustein in der Projektförderung dar (vgl. 4.3). Für Halle-Silberhöhe kam die Einrichtung eines solchen Verfügungsfonds nicht in Betracht, da weder ein hierfür erforderlicher gemeinsam betriebener Entwicklungsprozess mit einer kontinuierlichen Stadtteilkoordination und regelmäßigen Gremienstrukturen aufgebaut werden konnte, noch auf Seiten der Krankenkassenpartner regionale Partner für eine regelmäßige Unterstützung der Projektbegleitung bereit standen.

Verfügungsfonds Gesundheitsförderung

Im Rahmen des Verfügungsfonds konnten für kleinere, schnell zu realisierende Projekte „Mikrofinanzierungen“ zur lokalen Gesundheitsförderung vergeben werden. Bei der Vergabe der Mittel konnte in Hamburg Altona-Lurup an das lokale Verfahren im Rahmen des „Soziale Stadt“-Verfügungsfonds angeknüpft werden; für die Innenstadt von Fürth musste dagegen ein neues Verfahren entwickelt werden. Mit dem Verfügungsfonds sollte nicht nur ein passgenauer und zügiger Mitteleinsatz ermöglicht werden, sondern auch die lokale Verantwortung und Partizipation gestärkt werden. Die Beteiligung der Bewohner und Stadtteilakteure sollte daher im Vergabeverfahren gewährleistet sein.

zum Einsatz zu bringen. Auch das Konzept „Kiezdetektive“ wurde von keiner Fallstudienstadt aufgegriffen. Im Fall „connect“ gelang der Transfer des Projektkonzepts vom benachbarten Stadtteil Hamburg-Osdorf auf Lurup. Begünstigend für den Transfer waren das Interesse des Trägers an der erneuten Durchführung, die Projektfinanzierung sowie ein Bedarf bei den lokalen Multiplikatoren.

Über den Verfügungsfonds finanziert werden konnten:

- Maßnahmen der Qualifizierung, z.B. Seminare, Tagungen, Entwicklung von Handbüchern und Leitfäden,
- Aktivitäten der Vernetzung und Koordination, z.B. Einrichtung von Arbeitsgruppen,
- Maßnahmen und Projekte zur Vermittlung von gesundheitsbezogenen Informationen, praktischen Fertigkeiten,
- Maßnahmen und Projekte zur Förderung von Handlungs-, Entscheidungs- oder Selbstwahrnehmungskompetenzen,
- Projekt- und Prozessberatung,
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung, Dokumentation und Evaluation der Projekte.

Notwendige Voraussetzungen für die Bereitstellung solcher „Setting-Budgets“ durch die Techniker Krankenkasse war ein klares Bekenntnis der Kommune zur gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung sowie darüber hinaus die Kompatibilität der geförderten Mikroprojekte mit den Kriterien des Präventionsleitfadens der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20 SGB V. In einem Vertrag zwischen Kommune und Techniker Krankenkasse wurden daher die Förderkriterien für Verfügungsfondsprojekte durch einen 19 Punkte umfassenden Katalog detailliert geregelt. Ein Teil der Kriterien bezieht sich auf die Projektorganisation, eine solide Antragstellung sowie ein professionelles Projektmanagement (Vorliegen von Genehmigungen, Beschreiben des Personaleinsatzes und der Qualifikationen des Teams, realistische Zielformulierung, Kosten-, Arbeits- und Zeitplanung sowie Evaluation und Dokumentation). Eine weitere Kriteriengruppe beschreibt inhaltliche Anforderungen an die zu fördernden Projekte: eindeutiger Bezug zu Prävention und Gesundheitsförderung, Themenrelevanz und Aktualität, Vorhandensein eines Handlungsbedarfs, Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit, ausgewiesener Zielgruppenbezug, Verbesserung von individuellem Verhalten sowie von gesundheitsfördernden Rahmenbedingungen, Einhaltung der Qualitätsanforderungen des Leitfadens, Beteiligung der Zielgruppen und Herstellung von Nachhaltigkeit. Das Ziel der Nachhaltigkeit kann dabei über verschiedene Arten erreicht werden:

- Das Projekt baut gesundheitsförderliche Strukturen auf.
- Nach Ablauf der Projektförderung sollen die Projektziele eigenständig weiterverfolgt werden (Verstetigung).
- Das Projekt ist auf andere Gemeinden, Städte, Bundesländer übertragbar.
- Die Zielgruppen und deren Multiplikatoren sind systematisch eingebunden und werden ggf. qualifiziert.

- Es sind personelle und finanzielle Ressourcen vorhanden, um das Projekt dauerhaft – und damit auch nach Ablauf der finanziellen Unterstützung durch die Techniker Krankenkasse – fortzuführen.

Schließlich wird mit einer dritten Gruppe von Ausschlusskriterien formuliert, was nicht über die Mittel des Verfügungsfonds gefördert werden kann: reine Kita- oder Schulprojekte (die gesondert beantragt werden müssen), bereits bestehende Projekte, der Absatz kommerzieller Produkte, Forschungen oder Screenings, öffentliche Regelaufgaben und dauerhafte Finanzierungen, Finanzierung von vorhandenem Personal (für konkrete Projektbewilligungen und -umsetzungen sowie die Vergabeverfahren in Fürth-Innenstadt und Hamburg Altona-Lurup vgl. ausführlich 4.3).

Zu Projektende wurde das Instrument „Verfügungsfonds“ sowohl von der Techniker Krankenkasse als auch von den Gebietsakteuren positiv bewertet⁸. Als Gründe für diese positive Bilanz wurde angeführt, dass der Fonds zur Stärkung und Aufwertung des Stadtteils beitrage und die Geschäftsstellenarbeit sinnvoll ergänze. Zudem qualifiziere der Fonds die Suche nach und die Umsetzung von bedarfsorientierten und qualitätsgesicherten Projekten. Gerade das kleinteilige, kontinuierliche Arbeiten wurde als förderlich für die stetige lokale Weiterentwicklung erachtet. Kritisch wurden dagegen der hohe Aufwand in der Startphase des Fonds (Vertragsverhandlung, Entwicklung der Vergabestrukturen) sowie die aufwändige Vermittlung des Verfahrens in die Stadtteilöffentlichkeit betrachtet. Empfohlen wurde, bei zukünftigen Verfügungsfondsverfahren auf einen ausreichenden zeitlichen Vorlauf zur Klärung und Vermittlung der Förderkriterien zu achten. Darüber hinaus sei es sinnvoll, seitens der Stadtteilakteure bereits in der Ideenphase von Projekten den Kontakt zu den Ansprechpartnern der Krankenkasse zu suchen. Auf diese Weise könnte frühzeitig geklärt werden, ob Projekte, die aus Stadtteilsicht als sinnvoll und dringlich eingeschätzt würden, auch tatsächlich mit den Mitteln des Fonds finanziert werden können. Eine solche frühzeitige Vorklärung der Förderbedingungen könne Missstimmungen vorbeugen, die die beabsichtigte aktivierende Wirkung des Fonds zu konterkarieren drohen.

Fazit

Die Erfahrungen im Forschungsprojekt bestätigen die Ausgangshypothese, dass Gesundheitsförderung in Stadtteilen sinnvoll mit Hilfe der Krankenkassen und durch die Kooperation von Krankenkassen und Kommunen gestärkt werden kann. Dabei zeigt sich, dass vor allem in „klassischen“ Handlungsfeldern der Prävention

8 Zur Evaluation des Instruments „Verfügungsfonds“ wurden die abschließenden Interviews mit den Krankenkassenvertretern hinzugezogen sowie insgesamt sechs Gruppendiskussionen in den drei Fallstudienstädten, an denen die Antragsteller der geförderten Projekte, durchführende Fachkräfte, Projektleiter, Vertreter der kooperierenden Einrichtungen bzw. der Zielgruppen sowie die lokalen Koordinatorinnen für Gesundheitsförderung teilgenommen haben (vgl. Kapitel 1.3.5 und Anhänge 4 bis 7).

und Gesundheitsförderung wie Ernährung, Bewegung und Suchtprävention eine kassengetragene Unterstützung erfolgt, was sowohl an den entsprechend ausgerichteten Förderkriterien der Krankenkassen als auch an den im Stadtteil entwickelten Projektideen zum Thema Gesundheitsförderung liegt.

Die Ergebnisse des Forschungsprojekts zeigen, dass die Suche nach maßgeschneiderten Lösungen in den Quartieren geeignete Ansprechpartner auf Seiten der Krankenkassen für diese „Einzelfallberatungen“ erforderlich macht. Hier scheint das Zusammenfassen der Kompetenzen auf der Ebene der regionalen Präventionsberater, wie von der Techniker Krankenkasse praktiziert, ein Schritt in die richtige Richtung zu sein. Diese regionalen Kontaktpersonen für die Vorort-Akteure kennen die Fördermöglichkeiten der Kasse im Bereich der Setting-Förderung und der Kursangebote sowie die Einsatzmöglichkeiten der durch die Kasse entwickelten Eigenprojekte.

Das Zustandekommen eines kassengetragenen Verfügungsfonds kann als ein Projekterfolg gewertet werden, der zu Beginn der Fallstudienarbeit noch sehr unsicher war. Die Zusammenarbeit der Kassenvertreter und der lokalen Ansprechpartner war von einer großen gegenseitigen Offenheit und Lernbereitschaft getragen, ohne die die Entwicklung des Instruments nicht hätte gelingen können. Es wurde aber auch deutlich, dass die vertragliche Gestaltung des Verfügungsfonds sowie die Umsetzung des Bewilligungsverfahrens zentrale Punkte darstellen, die zukünftig weiterentwickelt werden sollten. Dies betrifft vor allem die Frage, wie der hohe Aufwand der kleinteiligen Finanzierung und Verwaltung sowohl auf Seiten der Krankenkassen als auch auf Seiten der lokalen Koordinierung reduziert werden kann.

Die bislang über den Fonds finanzierten Projekte hatten jeweils eine Laufzeit von unter einem Jahr und ein Projektvolumen von unter 2 000 Euro (vgl. Kapitel 4). Dennoch war die Finanzierung auch für diese vergleichsweise geringen Budgets häufig auf mehrere Schultern verteilt. Wegen einer fehlenden Bündelung der Mittel auf einer übergeordneten Ebene (Länder oder Bund) fiel dieses sogenannte „Filletieren“ der Projektfinanzierung in den Aufgabenbereich der lokalen Koordinatorinnen für Gesundheitsförderung und verursachte dort einen beträchtlichen Koordinations- und Verwaltungsaufwand. Die Notwendigkeit, Mittel zu bündeln, ergibt sich vor allem aus einer engen Auslegung der Förderrichtlinien der Krankenkassen, die eine Kofinanzierung durch andere und vor allem die Beteiligung der öffentlichen Hand an der Förderung der Projekte vorschreiben. Der Bündelungsaufwand könnte deutlich reduziert werden, wenn dieses Erfordernis der Kofinanzierung nur für den Gesamtprozess gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung, nicht aber für jedes einzelne Mikroprojekt gelten würde.

In engem Zusammenhang mit dem zuvor genannten Punkt steht die Forderung nach Verhältnismäßigkeit des Verfahrensaufwands bei einzelprojektbezogener Anwendung der Förderkriterien. Da der zwischen Krankenkasse und Kommune vertraglich vereinbarte Rahmen des Fonds Förderkriterien enthält und das Spektrum der förderfähigen Maßnahmen festlegt, scheint eine pauschale Bewilligung

der Mittel des Verfügungsfonds für begrenzte Laufzeiten vertretbar, zumal anhand der erforderlichen Projektdokumentationen der sachgerechte Umgang mit den Fördermitteln nachvollzogen und darauf aufbauend und in Abstimmung mit allen Beteiligten etwaige Weiterentwicklungs- und Anpassungsbedarfe der Förderkriterien berücksichtigt werden können. Der Vorteil auf Seiten der Kassen bei einer solchen vereinfachten Verfahrensweise läge in einem für sie erheblich reduzierten Aufwand für die kontinuierliche Betreuung des Fonds.

Abschließend ist festzustellen, dass es in der Projektlaufzeit nicht bzw. nur sehr eingeschränkt gelungen ist, ein kassenübergreifendes Engagement in den Fallstudienstädten zu organisieren. Aufgrund der wenigen direkt in Sachsen-Anhalt ansässigen Krankenkassen konnten in Halle dafür keine Ansprechpartner gefunden werden, in Fürth war die Situation durch Krankenkassenfusionen während der Projektlaufzeit zu unruhig, als dass sich Initiatoren auf Seiten der Betriebskrankenkassen dafür gefunden hätten. In Hamburg hingegen bestand bereits vor Projektbeginn in Form einer gemeinsamen Ausstattung der Projektförderung bei der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung eine kassenübergreifende Zusammenarbeit mit dem Senat.

3.2.3 Qualitätskriterien/Qualitätsanforderungen

Die Ergebnisse der Fallstudien zeigen, dass verschiedene Qualitätsanforderungen das Engagement der Krankenkassen im Setting Stadtteil befördern (vgl. auch Bär/Böhme/Reimann 2009b):

- Zentrale Voraussetzung für eine Beteiligung der Krankenkassen ist die Federführung und Verantwortungsübernahme durch die Kommune für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung, die unter anderem durch politische Beschlüsse, die personelle Mitwirkung der Verwaltung sowie die finanzielle Unterstützung der Stadtteilentwicklung mit kommunalen Mitteln ihren Ausdruck finden kann.
- Eine Herausforderung für die Krankenkassen ist es, im Wechselspiel mit den beteiligten kommunalen Ämtern die eigene Rolle im stadtteilbezogenen Entwicklungsprozess zu finden. Der regelmäßige Austausch in einer gemeinsamen Abstimmungsrunde sowie die Vermittlungs- und Moderationsfunktion der wissenschaftlichen Begleitung haben sich für diese Rollenklärung als hilfreich erwiesen.
- Schriftliche Kooperationsvereinbarungen zur Mitwirkung sowie zur jeweiligen Rolle und Aufgabe von Krankenkassen und Kommunen im Prozess der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung haben sich in den Fallstudien als weiterer Erfolgsfaktor für das Engagement von Krankenkassen herausgestellt. Für die Umsetzung eines durch die Krankenkassen finanzierten Verfügungsfonds hat sich zudem der Abschluss eines Vertrages zwischen Kasse und

Kommune bewährt, der als Rahmen für die weitere, dann weniger formelle Ausgestaltung der Zusammenarbeit und die Mittelbewilligung dienen kann.

- Nicht nur der regelmäßige Kontakt und Austausch mit Mitarbeitern der Verwaltung ist für die Krankenkassen eine wichtige Motivation zur Mitwirkung, auch die Kommunikation des Kassenengagements in die politisch-administrativen Strukturen der Kommune und des jeweiligen Bundeslandes hinein – im Sinne eines „politischen Marketings“ – ist ein wichtiges Motiv für die Krankenkassen, sich an der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung zu beteiligen.

3.2.4 Empfehlungen

Bund und Länder

- Erfahrungen mit Kooperationen zwischen Kommunen und Krankenkassen(verbänden) mit dem Ziel gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung liegen über das Forschungsprojekt hinausgehend noch kaum vor. Um innovative und beispielgebende Ansätze zu erproben, sollten von Bund und Ländern Modellvorhaben zur Förderung der Zusammenarbeit zwischen Kommunen und Krankenkassen ausgelobt sowie forschend und evaluierend begleitet werden. Die Forschungs- und Evaluationsergebnisse sollten über vorhandene Kommunikationsstrukturen wie die des bundesweiten Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ in der Fachöffentlichkeit verbreitet werden.

Kommune

- Um die Krankenkassen für eine Kooperation zu gewinnen, ist die Federführung der Kommune beim Prozess der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung sicherzustellen, unter anderem durch politische Beschlüsse, Konzept- und Projektentwicklung, Strukturbildung, personelle Ressourcen der Verwaltung sowie durch finanzielle Unterstützung der Stadtteilentwicklung mit öffentlichen Mitteln.
- Ein aktives Zugehen der Kommune auf die Krankenkassen(verbände) – wenn möglich durch die politische oder durch die Verwaltungsspitze – ist für die Initiierung einer Kooperation zwischen Kommune und Krankenkassen unerlässlich.
- Für eine dauerhafte Kooperation ist eine kontinuierliche und anlassbezogene Kontaktpflege mit den Krankenkassen(verbänden) seitens der Kommunen ein wesentlicher Erfolgsfaktor.

Quartiermanagement/lokale Koordinierungsstellen

- Das Quartiermanagement/die lokale Koordinierungsstelle Gesundheit sollte den Krankenkassen(verbänden) als Ansprechpartner und Knotenstelle für den Kontaktaufbau zu der Kommune und einzelnen Fachressorts zur Verfügung stehen und wichtige Anliegen und Informationen der Krankenkassen resp. der Kommune an den jeweils anderen Akteur vermitteln. Dies erleichtert den Krankenkassen den Einstieg in das für sie unübersichtliche Setting Stadtteil/Kommune.

Krankenkassen

- Soweit die Krankenkassen eine gestaltende Rolle im gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklungsprozess anstreben, sollten sie sich bereits in die Konzept- und Strategieentwicklung aktiv einbringen und auch an den Sitzungen der kommunalen Steuerungsgruppe teilnehmen. Auf diese Weise können die Kassen einen wichtigen Beitrag zur Qualifizierung gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung leisten und gleichzeitig – gemeinsam mit der Kommune – ihre Rolle im stadtteilbezogenen Entwicklungsprozess klären. Wenn die Krankenkassen den Fokus auf die Durchführung einzelner Projekte richten, ist eine spätere Einbindung (Umsetzungsphase) ausreichend.
- Die Suche nach maßgeschneiderten Lösungen in den Quartieren macht geeignete Ansprechpartner auf Seiten der Krankenkassen für diese „Einzelfallberatungen“ erforderlich⁹. Das Modell der regionalen Präventionsberater, wie von der Techniker Krankenkasse praktiziert, kann für die Einrichtung einer solchen Kompetenzstelle ein Vorbild sein.
- Die Krankenkassen sollten – jenseits des Wettbewerbsgedankens – ein gemeinsames finanzielles Engagement in der soziallagensensiblen gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung prüfen. Für die Kommunen und die Quartiere würde ein kassenübergreifendes Handeln eine erhebliche Erleichterung bedeuten, da es das ansonsten erforderliche „Klinkenputzen“ bei verschiedenen Krankenkassen entbehrlich machen würde.

⁹ Hierdurch könnten auch die Implementation von Eigenprojekten der Kassen (z.B. Kita-Koffer) und die lokale Anpassung bewährter Projektkonzepte (z.B. connect) befördert werden.

3.3 Netzwerkentwicklung im Stadtteil

3.3.1 Hintergrund und Untersuchungsfragen

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 und der Netzwerkarbeit wird eine zielgerichtete und handlungsbezogene Zusammenarbeit bis dato häufig separiert arbeitender Gesundheitsakteure möglich.

Anlass und Aufgaben gesundheitsbezogener Netzwerkarbeit können die Ermittlung von Gesundheitsproblemen und -potenzialen im Stadtteil, die Entwicklung von gemeinsamen Strategien und Maßnahmen sowie die kooperative Umsetzung von Maßnahmen und Projekten sein.

In der bisherigen Praxis sind insbesondere freie Träger der Gesundheits- und Gemeinwesenarbeit, Schulen, Kinderbetreuungseinrichtungen, Sportvereine und Selbsthilfegruppen sowie Vertreter verschiedener Verwaltungsbereiche – vor allem Jugend und Gesundheit – in gesundheitsbezogenen Netzwerken aktiv. Bislang unterrepräsentiert sind häufig Ärzte, Krankenkassen und andere eher medizinisch orientierte Akteure.

Häufiger als unmittelbar gesundheitsbezogene Netzwerke existieren in Stadtteilen jedoch Netzwerke und Akteurskreise, die sich der Stadtteilentwicklung insgesamt widmen und das Thema Gesundheitsförderung in der Regel nicht explizit zum Gegenstand ihrer Arbeit haben, gleichwohl aber mittelbar für die Gesundheitsförderung im Stadtteil einen Beitrag leisten oder leisten könnten.

Netzwerke entstehen nicht nebenbei und erhalten sich nicht ohne Weiteres am Leben, sie bedürfen einer (zeit- und personal)aufwändigen und kompetenten Pflege, die vor allem die Moderation der unterschiedlichen Akteure aus Verwaltung, Politik, Krankenkassen, Gesundheits- und Stadtteilakteuren sowie Bewohnerschaft umfasst.

Untersuchungsfragen

Vor diesem Hintergrund wurde im Forschungsprojekt insbesondere folgenden Fragestellungen nachgegangen:

- Welche stadtteilbezogenen Netzwerkstrukturen werden bereits für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung genutzt oder können zukünftig hierfür mobilisiert werden? Welche Rolle kommt hierbei Netzwerken zu, die be-

reits im Zusammenhang mit der Programmumsetzung „Soziale Stadt“ aufgebaut wurden?

- Wie gelingt es, gesundheitsbezogene Netzwerke im Stadtteil aufzubauen, wenn Netzwerkstrukturen im Quartier noch nicht etabliert sind?
- Welches sind die relevanten Akteursgruppen für die gesundheitsfördernde Netzwerkarbeit im Stadtteil und wie gelingt es, diese für die Netzwerkarbeit zu gewinnen?
- Wo können und sollten die notwendigen Moderations- und Steuerungsaufgaben im Rahmen der Netzwerkarbeit angesiedelt werden?

3.3.2 Ergebnisse aus den Fallstudien

Fürth-Innenstadt

Da in der Fürther Innenstadt zu Projektbeginn kein Netzwerk im Stadtteil existierte, das für die Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen genutzt werden konnte, musste das Hauptaugenmerk auf den Aufbau eines Netzwerks zwischen den vielen, zum Teil stadtweit agierenden Einzelakteuren gelegt werden.

Hierfür war und ist die Anfang 2008 für die Fürther Innenstadt beim Quartiermanagement eingerichtete lokale Koordinierungsstelle Gesundheit, die hier Geschäftsstelle Gesundheit heißt, ein wichtiger Impulsgeber und Knotenpunkt. Sie initiierte als erste Plattform für die Netzwerkbildung Projektgruppen, die auf Einladung der Geschäftsstelle in unregelmäßigen Abständen zu gesundheitsrelevanten Themen (gesunde Ernährung und Integration; Sport, Natur und Bewegung) zusammenkommen und auch nach Ablauf des Forschungsprojektes weiter bestehen. Vereine, Institutionen sowie freie Träger im Stadtteil stellen zusammen knapp die Hälfte der an diesen Projektgruppen beteiligten Akteure. Darüber hinaus nehmen engagierte Einzelpersonen aus Bürgervereinen sowie freischaffende Projektanbieter teil. Jugendeinrichtungen und Migranten(vereine) sind in den Projektgruppen noch wenig präsent. Im Ergebnis konnten in der Projektlaufzeit durch die Einrichtung der Projektgruppen zwar unterschiedliche Akteure neu zusammengebracht werden, Funktion und Nutzen der Projektgruppen sind jedoch noch nicht ausreichend entwickelt, nicht zuletzt aufgrund ihres bislang geringen Verbindlichkeitsgrads.

Um den Kontakt und den Austausch zwischen Akteuren, die gemeinsam einen Beitrag zur Gesundheitsförderung im Stadtteil leisten können, zu unterstützen, initiierte die Geschäftsstelle über die Projektgruppen hinaus Gesprächsrunden zwischen dem Sportamt, dem Jugendamt sowie Kinder- und Jugendeinrichtungen im Stadtteil. Zudem besuchte die Geschäftsstelle gemeinsam mit dem Gesundheitsamt alle Kitas der Innenstadt, um für das Thema Gesundheitsförderung im Stadtteil und projektbezogene Kooperationen zu werben. Schließlich moderierte die Geschäftsstelle ver-

schiedene Gesprächsrunden zwischen unterschiedlichen Akteuren mit dem Ziel, eine Finanzierung für ein geplantes Familienhebammenprojekt zu finden.

Die Ergebnisse einer Netzwerkbefragung der Begleitforschung zu Projektende zeigen, dass sich während der Projektlaufzeit die Kooperation zwischen den Stadtteilakteuren verbessert hat und das Vorgehen beim Netzerkaufbau positiv bewertet wird. So gaben die Akteure mehrheitlich an, innerhalb der letzten zwölf Monate Arbeitskontakte geknüpft und Projektpartner gefunden zu haben. Übereinstimmend wurde die Geschäftsstelle als wichtiger Motor für die Netzwerkarbeit und neuer Partner in der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung anerkannt. Geschätzt werden insbesondere die Bereitstellung von Informationen über die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen im Stadtteil sowie der neu initiierte Wissens- und Informationsaustausch. Die Stabilität der Vernetzung wurde von den befragten Akteuren jedoch als noch nicht gesichert eingeschätzt. Verbesserungsbedarfe wurden zudem hinsichtlich des Zugangs zu Zielgruppen, der Teilnahmergewinnung für Projekte und der finanziellen Unterstützung von Projekten formuliert.

Halle-Silberhöhe

Im Juni 2007 wurde in Halle-Silberhöhe eine Stadtteilgesundheitskonferenz durchgeführt, zu der Stadtteilakteure aus der Kinder- und Jugendarbeit, der sozialen Stadtteilentwicklung und dem Handlungsfeld Gesundheit eingeladen waren. Eine regelmäßig tagende Runde konnte nach diesem Auftakt allerdings nicht etabliert werden. Den Vorschlägen der wissenschaftlichen Begleitung nach regelmäßigen oder zumindest themenbezogenen punktuellen Treffen wurde entgegengehalten, dass bereits ein gut funktionierendes Netzwerk im Stadtteil existiere, welches die Bedarfe der Träger nach Information und Kooperation gut bediene.

Die Befragungen zur Netzwerkentwicklung zu Beginn der projektbezogenen Fallstudienarbeit 2007/08 und Ende 2009 bestätigen diese hohe Zufriedenheit mit der bestehenden Form der Zusammenarbeit¹⁰. Stabilität und Effektivität der Zusammenarbeit wurden zu beiden Zeitpunkten als gut bewertet. Allerdings war das Gesunde-Stadt-Projekt Halle nicht allen Beteiligten bekannt. Kontakte mit der Gesunde-Stadt-Koordinatorin hat es aber, wie die Befragung 2009 zeigt, infolge des Projekts deutlich häufiger gegeben. Auch der Kinder- und Jugendärztliche Dienst konnte im Projektverlauf stärker in die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung eingebunden werden. Insgesamt wurde jedoch mehrheitlich angegeben, dass sich die Zahl der Kontakte zum Spektrum der rund 50 genannten Akteure innerhalb des Untersuchungszeitraums nicht wesentlich verändert habe. Insbesondere waren Einrichtungen des Kinder- und Jugendbereichs – Schulen/Schulsozialarbeit,

10 Der Rücklauf ist allerdings mit acht Personen in 2007 und 13 Personen in 2009 sehr klein.

Fachverwaltung Kinder, Jugend, Familie Kindergärten und Jugendclubs – gut vernetzt. Darüber hinaus waren Sportvereine, die Fachverwaltung Schule und Bildung sowie der Allgemeine Soziale Dienst aktive Netzwerkpartner. Wenig Kontakt bestand zu gesamtstädtischen oder im Landkreis vorhandenen Institutionen und Einrichtungen wie der Behindertenbeauftragten, dem Familienhebammenprojekt, der Selbsthilfekontaktstelle sowie den Fachverwaltungen Umwelt, Grünflächen und Verkehr.

Die 2007 genannten Erwartungen an die Zusammenarbeit spiegeln den eher informellen Charakter des Netzwerks wider, dessen Beteiligte vor allem ein Interesse an Information und informellem Austausch haben, hingegen für die gemeinsame Akquise von Mitteln, die gemeinsame Strategieentwicklung und den Austausch über Qualitätsstandards nur wenig Interesse aufbringen. Der Nutzen der Zusammenarbeit wird in der Befragung 2009 von nahezu allen Befragten daher auch vor allem im Kontaktaufbau zu wichtigen Partnern sowie im Informationsaustausch über das Gebiet und die gesundheitliche Lage der Kinder und Jugendlichen gesehen. Zudem wurde festgestellt, dass ein besserer Zugang und Kontakt zu den Zielgruppen entstanden sei. Insgesamt wird vor allem ein Interesse an trägerzentrierten Einzelaktionen deutlich.

Hamburg Altona-Lurup

Netzwerkarbeit war in Hamburg Altona-Lurup bereits zu Projektbeginn ein zentrales und fest in der sozialen Stadtteilentwicklung verankertes Handlungsfeld. So konnte für die Vernetzungsaktivitäten im Rahmen des Forschungsprojektes an das bereits etablierte Luruper Forum angeknüpft werden, in dem sich rund 50 Aktive (Bewohner, Stadtteilakteure, Verwaltung, lokale Politik) monatlich treffen, um über die soziale Stadtteilentwicklung zu diskutieren und über Mikrofinanzierungen im Rahmen des Programms „Aktive Stadtteilentwicklung“ zu entscheiden.

Auf dieses gut funktionierende Stadtteil-Netzwerk aufbauend, hat sich die im April 2007 eingerichtete lokale Koordinierungsstelle Gesundheit, die hier Geschäftsstelle für Gesundheitsförderung heißt, als wichtiger Motor und Schlüsselstelle für die Profilierung der Netzwerkarbeit in Hinblick auf eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung erwiesen. So hat sich, initiiert durch die Arbeit der Geschäftsstelle für Gesundheitsförderung, 2007 ein Runder Tisch für Gesundheitsförderung gebildet, der drei bis vier Mal im Jahr tagt und über die Projektlaufzeit hinaus Bestand hat¹¹. Kennzeichnend für dieses gesundheitsbezogene Netzwerk in Lurup ist die starke Präsenz lokaler Institutionen (v.a. Kitas und Schulen). Im Projektverlauf konnten Kontakte zu Kitas und Sportvereinen intensiviert werden. Der Austausch zwischen

11 Durch den Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ wurde dieser Netzwerkaufbau im Rahmen des Projekts „Gesund Kurs halten in Lurup“ im Jahr 2009 als ein Good-Practice-Projekt ausgezeichnet (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de).

Fachverwaltungen im Bezirk (Schule, Jugend) mit Stadtteilinstitutionen (Schule, Kitas, Jugendeinrichtungen) befand sich zum Zeitpunkt des Projektabschlusses im Aufbau und gewann zunehmend an Verbindlichkeit. Gleichzeitig hat die gesundheitsbezogene Profilierung der Netzwerkarbeit dazu beigetragen, die bereits vor Projektbeginn bestehenden Vernetzungen zu festigen, das Luruper Forum weiter zu beleben und neue Kooperationen zu befördern¹².

Auf Basis der Ergebnisse einer Netzwerkbefragung der Begleitforschung wurde zu Projektende von Akteuren aus dem Bereich gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung festgestellt, dass sich während des Erhebungszeitraums von zwölf Monaten die Arbeit durch die gemeinsame Abstimmung und Verständigung auf relevante Handlungsfelder sowie durch den Kontakt zu Zielgruppen verbessert habe. Insbesondere seien Kontakte zu Kitas und Sportvereinen aufgebaut bzw. intensiviert worden. Die Stabilität der Zusammenarbeit wurde zu Projektende als gut und im Vergleich zum Projektbeginn als deutlich verbessert eingeschätzt. Zugleich wurden die Kooperation und das zielgerichtete Vorgehen ebenfalls als verbessert bewertet. Viele Akteure gaben an, Lerneffekte durch den Austausch über Erfahrungen und von Informationen zur gesundheitlichen Lage im Stadtteil zu erzielen. Mehrheitlich wurde eine große Bereitschaft zum Ausdruck gebracht, weiterhin für Gesundheitsförderung aktiv zu bleiben.

Insgesamt ist festzuhalten, dass Gesundheitsförderung als Tätigkeitsfeld bei den lokalen Akteuren an Bedeutung gewonnen hat. Die Geschäftsstelle für Gesundheitsförderung erweist sich hierbei als wichtiger Knotenpunkt und zentraler Partner in der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung. Darüber hinaus sind der Runde Tisch und das dort praktizierte beteiligungsorientierte „Planning for Real“-Verfahren¹³ dafür geeignet, eine gemeinsame Strategieentwicklung und deren Umsetzung anzuschieben.

Fazit

Die Ergebnisse aus den Fallstudien machen deutlich, dass Aufbau und Weiterentwicklung von Netzwerken für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung kein „Selbstläufer“ sind. Vielmehr bedarf es für diesen Prozess geeigneter Netzwerke, die die verschiedenen Akteure und Akteursgruppen zusammenbringen und das Netzwerk pflegen und weiterentwickeln. Für die Wahrnehmung dieser Aufgabe haben sich in den Fallstudien lokale Koordinierungsstellen bzw. Ge-

12 Damit hatte die Geschäftsstelle Gesundheit in Hamburg Altona-Lurup eine – nach der Beendigung des Quartiermanagements – wichtige und notwendige Funktion inne.

13 „Planning for Real“ ist ein gemeinwesenorientiertes und mobilisierendes Planungsverfahren, das die Zielsetzung verfolgt, die Beteiligungsmöglichkeiten von Bewohnern bei der Entwicklung und Verbesserung ihres Stadtteils oder ihrer Region zu erweitern und zu fördern. Planning for Real wurde von Dr. Tony Gibson 1977 entwickelt und steht unter der Schirmherrschaft der Neighbourhood Initiatives Foundation (NIF) (vgl. www.buergergesellschaft.de; www.planning-for-real.de).

geschäftsstellen für Gesundheitsförderung als unerlässlich erwiesen, die mit kompetenten Mitarbeiterinnen besetzt sind. Die in zwei Fallstudien neu eingerichteten Geschäftsstellen haben zu einer qualifizierten und strategischen Vernetzung der Akteure vor Ort beigetragen. Eine enge Zusammenarbeit (ggf. auch Personalunion) von Quartiermanagement und Geschäftsstelle Gesundheit – wie im Fall der Fürther Innenstadt – erweist sich dabei für die Netzwerkarbeit als sinnvoll. Erleichtert wird die gesundheitsbezogene Netzwerkbildung, wenn – wie in Hamburg Altona-Lurup – an bestehende Netzwerkstrukturen aus dem Kontext „Soziale Stadt“ angeknüpft werden kann.

Die Ergebnisse aus den Fallstudien machen auch deutlich, dass die Akteure von gesundheitsbezogenen Netzwerken sich zu einem möglichst frühen Zeitpunkt über Zielsetzungen und Funktionen des Netzwerkes verständigen und hierbei die unterschiedlichen Interessen der Akteursgruppen thematisieren sollten. Zudem ist es wichtig, dass Anlässe und Anreize für die Zusammenarbeit – z.B. durch die Stadtverwaltung, die lokale Politik oder das Quartiermanagement – geschaffen werden.

3.3.3 Qualitätskriterien/Qualitätsanforderungen

Netzwerke werden – so zeigen die Erfahrungen in den Fallstudien-Stadtteilen – durch Beteiligungskulturen stabilisiert. Die gemeinsame Verständigung auf geeignete Kooperationsformen bildet den Grundstock für ein Netzwerk und prägt dieses nachhaltig; nicht zuletzt ist dieser Kommunikationsprozess die Voraussetzung dafür, dass ein möglichst breiter Kreis von Akteuren und Einrichtungen (z.B. Ärzte/Therapeuten, Krankenkassen, Verwaltung, öffentlicher Gesundheitsdienst, Stadtteileinrichtungen, Bürgervertretungen) das Netzwerk trägt.

Wichtige Qualitätsmerkmale von Netzwerken im Sinne gesundheitsfördernder Partnerschaften im Stadtteil sind zudem die Freiwilligkeit der Zusammenarbeit sowie die Orientierung auf das gemeinsame Ziel, die Gesundheit im Stadtteil zu verbessern (vgl. Mitchell/Shortell 2000; WHO 1998).

Die Dauerhaftigkeit und Nachhaltigkeit von Netzwerken wird befördert, wenn zu Beginn von den verschiedenen Akteuren unter Berücksichtigung und Abstimmung der unterschiedlichen Interessen eine gemeinsame Strategie entwickelt wird, die im weiteren Prozess als überprüfbare Richtschnur für die Zusammenarbeit dient.

Die Netzwerkarbeit und Kooperation im Setting Stadtteil wird darüber hinaus durch die Beteiligung von Vertretern aus Teilsettings des Stadtteils (insbesondere Kitas, Schulen) sowie die Einbindung von Akteuren aus laufenden gesundheitsfördernden Angeboten (Familienhebammen, Mütterberatung, schulärztliche Beratung u.a.) qualifiziert.

Netzwerkarbeit ist zeitintensiv und erfordert kompetente Netzwerker. Für die Initiierung, strategische Ausrichtung und Qualitätsentwicklung der Netzwerkarbeit

bedarf es daher in der Regel einer intermediären Instanz. Diese Aufgabe kann beispielsweise das Quartiermanagement oder eine eigens eingerichtete lokale Koordinierungsstelle Gesundheit übernehmen, wobei diese lokale Einrichtung personell qualifiziert besetzt werden sowie eine anforderungsgerechte Sachausstattung erhalten muss (vgl. 3.4).

3.3.4 Empfehlungen

Bund und Länder

- Bund und Länder sollten bei ihrer Förderpolitik stärker den Vernetzungsaspekt berücksichtigen – sei es durch eine gezielte Förderung lokaler Bündnisse und Strukturentwicklungen, sei es mittels Förderauflagen zur Bildung von Partnerschaften.
- Darüber hinaus sollten die Länder – soweit dies noch nicht der Fall ist – das Instrument der kommunalen Gesundheitskonferenzen in ihren Landesgesundheitsgesetzen als Vernetzungsstruktur verankern. Damit wird dem Koordinierungsauftrag des ÖGD Rechnung getragen.

Kommune

- Wesentliche Aufgabe der Kommune ist es, den Prozess der Netzwerkbildung für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung zu initiieren und personelle und/oder finanzielle Ressourcen für eine das Netzwerk aufbauende und koordinierende intermediäre Instanz (Quartiermanagement, Koordinierungsstelle Gesundheit o.Ä.) bereitzustellen.
- Gemeinsam mit der koordinierenden Einrichtung im Stadtteil sollte die Kommune lokal abgestimmte und angepasste Formen für die Zusammenarbeit im Netzwerk entwickeln und hierbei die verschiedenen Interessen und Hintergründe der Beteiligten berücksichtigen. Insbesondere in Programmgebieten der „Sozialen Stadt“ ist dabei auf die Vermeidung von Doppelstrukturen zu achten.
- Die Kommune sollte sicherstellen, dass alle relevanten Fachämter aktiv und regelmäßig im Netzwerk mitwirken.
- Zudem sollte die Kommune für Qualifizierung und Fortbildung der mit Netzwerkaufbau- und -koordination betrauten Personen Sorge tragen; hierzu zählt auch die Ermöglichung eines regelmäßigen Erfahrungsaustausches mit anderen Netzwerken (z.B. durch Teilnahme an Veranstaltungen im Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ oder der Regionalen Knoten des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“).

Quartiermanagement/lokale Koordinierungsstelle Gesundheit

- Soweit im Stadtteil sowohl ein Quartiermanagement als auch eine Koordinierungsstelle Gesundheit tätig sind, sollten diese im Rahmen der Netzwerkarbeit eng zusammenarbeiten.
- Bereits die Phase der Problem- und Bedarfsanalyse sowie der Entwicklung einer Strategie für einen gesundheitsfördernden Stadtteil sollte durch die aktive Einbeziehung von lokalen Akteuren aus stadtteilbezogene Einrichtungen und Institutionen für die Netzerkennung genutzt werden.
- Die Bildung eines Netzwerks kann durch einen Erfahrungsaustausch und die Verständigung über gute lokale Praxis motiviert werden. Von diesem – kontinuierlich zu führenden – Austausch über Wissen und Erfahrungen profitieren alle Beteiligten und legen damit zugleich den Grundstein für eine Qualitätsentwicklung der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung. Das Quartiermanagement/die lokale Koordinierungsstelle Gesundheit sollte daher einen solchen gemeinsamen Lernprozess der Akteure im und für den Stadtteil initiieren und befördern.
- Das Quartiermanagement/die lokale Koordinierungsstelle Gesundheit sollte als intermediäre Instanz insbesondere auch die Krankenkassen(verbände) aktiv in die Netzerkennung und -arbeit im Stadtteil einbeziehen (z.B. Vermittlung von Kontakten zwischen Krankenkassen und Kitas/Schulen im Stadtteil).

Krankenkassen

- Die Krankenkassen sollten als Schlüsselakteur aktiv an der Netzwerkarbeit für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung mitwirken und ihr Wissen und ihre Erfahrungen hinsichtlich settingbezogener Gesundheitsförderung einbringen. Auf diese Weise können die Kassen einen wichtigen Beitrag zur Qualifizierung gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung leisten und sich gleichzeitig neue Partner und Kooperationen für ihre Präventionsarbeit erschließen.

3.4 Lokale Koordinierungsstellen Gesundheit

3.4.1 Hintergrund und Untersuchungsfragen

Für die Vernetzung der unterschiedlichen Akteure und die Vermittlung zwischen Verwaltung, Politik, Krankenkassen, Gesundheits- und Stadtteilakteuren sowie Bewohnerschaft ist eine lokale Moderation unverzichtbar, die beispielsweise im

Rahmen von Stadtteilforen und -konferenzen, Runden Tischen, Werkstattgesprächen unter anderem den Informationsfluss zwischen allen beteiligten Ebenen sicherstellt, Verfahrenstransparenz herstellt sowie Aufgaben der Mediation, des Dialogmanagements und der Öffentlichkeitsarbeit übernimmt (vgl. Difu 2003b: 178). Diese Moderationsaufgabe oder „Brückenfunktion“ (Trojan/Hildebrandt 1990) sollte sinnvollerweise von einer lokalen Koordinierungsstelle wahrgenommen werden. Ähnlich wie das Quartiermanagement im Rahmen des Programms „Soziale Stadt“ soll die lokale Koordinierungsstelle Gesundheit zum systematischen Aufbau von selbst tragenden sowie nachhaltig wirksamen Strukturen im Quartier beitragen. Die lokalen Koordinierungsstellen Gesundheit können beim Quartiermanagement angedockt sein oder mit diesem eng zusammenarbeiten.

Untersuchungsfragen

Vor diesem Hintergrund wurde im Forschungsprojekt insbesondere folgenden Fragestellungen nachgegangen:

- Wie können lokale Koordinierungsstellen Gesundheit aufgebaut und abgesichert werden?
- Mit welchen Kompetenzen und Ressourcen müssen lokale Koordinierungsstellen Gesundheit ausgestattet werden?
- Wer kommt als Förderer und wer kommt als Träger der Koordinierungsstellen in Frage?
- Wie können die Koordinierungsstellen in laufende Prozesse und Strukturen der Stadtteilentwicklung eingebettet werden?
- Wie sieht das Aufgabenspektrum der Koordinierungsstellen im Prozess der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung aus?
- Welchen Nutzen bringen die Koordinierungsstellen für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung?

3.4.2 Ergebnisse aus den Fallstudien

Fürth-Innenstadt

Bis zum 1.1.2008 gab es in der Innenstadt von Fürth keine Geschäftsstelle Gesundheit. Es existierte aber ein Quartiermanagement, welches das Themenfeld Gesundheitsförderung zwar bis dato nicht explizit bearbeitet, sich jedoch mit Unterstützung der Fachämter und lokalen Politik die Fokussierung auf das Themenfeld Gesundheitsförderung zum Ziel gesetzt hatte. Um die Gesundheitsförderung

stärker und direkter in die soziale Stadtteilentwicklung einzubetten, gesundheitsbezogene Netzwerke aufzubauen sowie notwendige Informationen zu streuen und Krankenkassenangebote bekannt zu machen, wurde Anfang 2008 beim Quartiermanagement eine Geschäftsstelle Gesundheit eingerichtet, die über die Projektlaufzeit hinaus Bestand hat.

Die Förderung der Geschäftsstelle in Höhe von jährlich 20 000 Euro erfolgte von 1.1.2008 bis 31.12.2009 über den BKK Bundesverband und den BKK Landesverband Bayern (1. Jahr) sowie über den BKK Landesverband Bayern (2. Jahr). Während dieses Zeitraumes unterstützte die Kommune die Geschäftsstelle durch die Übernahme der Miete für Räumlichkeiten, die Bereitstellung von erforderlicher Technik und durch Mittel für Bewirtung. Im Ergebnis ergibt sich für die Geschäftstellentätigkeit eine Personalkapazität von elf Stunden pro Woche, die von einer Person ausgefüllt wird. Die Fortführung der Geschäftstellentätigkeit ab 2010 wird für zunächst weitere zwölf Monate durch die Bereitstellung von kommunalen Mitteln aus dem Jugend- und Sozialamt sowie durch ergänzende Stiftungsmittel sichergestellt.

Durch die personelle und organisatorische Verknüpfung der Geschäftsstelle Gesundheit mit dem Quartiermanagement wird die Verankerung im Stadtteil deutlich befördert. Auch ist auf diese Weise der Zugang zu bereits etablierten Strukturen (Verwaltungsebene) und Fördermitteln („Soziale Stadt“, Fachämter) erleichtert. Die Kommune sowie einzelne Fachämter unterstützen die Geschäftsstelle durch eine enge inhaltliche Zusammenarbeit, finanzielle Projektförderungen sowie die Vermittlung von Kontakten zu Vereinen, insbesondere im Sport- und Umweltbereich.

Die Geschäftsstelle trat ihre Arbeit mit klar formulierten Zielsetzungen an. Übergreifend zielt die Tätigkeit der Geschäftsstelle auf den Aufbau, die Weiterentwicklung und die Verstetigung der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung unter besonderer Berücksichtigung der Zusammenarbeit von Kommune und Krankenkassen(verbänden). Bereits nach einer einjährigen Laufzeit konnte die Geschäftsstelle zahlreiche Erfolge vorweisen:

- Vernetzung der Akteure auf Stadtteilebene durch den Aufbau von Projektgruppen und zahlreiche Gesprächstermine zur Projektentwicklung und zur Zusammenführung verschiedener, einander bislang unbekannter Akteure,
- Herausgabe einer Infomail und laufende Öffentlichkeitsarbeit, insbesondere über Aktivitäten der Krankenkassen(verbände),
- Informationen über aktuelle und geplante Angebote der Gesundheitsförderung,
- kontinuierliche Beratung der Antragsteller und Projektträger des „Verfügungsfonds Gesunde Innenstadt Fürth“ (vgl. 4.3) sowie Qualifizierung der Anträge in Abstimmung mit der Techniker Krankenkasse.

Halle-Silberhöhe

Die Verantwortung für die gebietsbezogene Koordination lag in Halle-Silberhöhe bei der kommunalen Ansprechpartnerin für das Forschungsprojekt, die die gesamtstädtischen Belange im Rahmen des Gesunden-Stadt-Projektes betreut. Ihre Tätigkeiten umfassten den Aufbau und die Begleitung der Projekt-Arbeitsgruppe in Silberhöhe sowie die regelmäßige Information verschiedener Verwaltungsgremien über den Stand des Forschungsprojektes. Die Entwicklung der Anträge beim BKK Landesverband Ost und bei der Techniker Krankenkasse wurden ebenfalls von hier aus initiiert und begleitet. Die kommunale Projektkoordinatorin war durch die fehlende kommunale Rückendeckung für das Gesunde-Städte-Projekt in ihren zeitlichen Ressourcen sehr eingeschränkt.

Eine Geschäftsstelle Gesundheit im Stadtteil konnte in der Projektlaufzeit nicht eingerichtet werden. Zudem fiel das lokale Quartiermanagement als Anlaufstelle durch die längerfristige Erkrankung der Quartiermanagerin aus. Nach Auslaufen des Forschungsprojekts plant der Deutsche Kinderschutzbund die Beantragung einer Geschäftsstelle für Gesundheitsförderung im Stadtteil.

Hamburg Altona-Lurup

Um in Hamburg Altona-Lurup die bereits vor Beginn des Forschungsprojekts erzielten Erfolge der stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung erhalten und neue Projekte und Maßnahmen umsetzen zu können, wurde finanziell unterstützt von der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) und durch die Projektgelder der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) von April 2007 bis Ende 2009 eine Geschäftsstelle für Gesundheitsförderung eingerichtet. Die Förderung der Geschäftsstelle unterteilte sich zunächst in drei Förderperioden (4/2007-3/2008: HAG; 4/2008-3/2009: BSG; 4/2009-12/2009: BSG). Finanziert wurden zwei bei einem lokalen Kinder- und Jugendhilfeträger mit geringem Stundenbudget angebundene Honorarkräfte.

Die Einrichtung einer zunächst projektmäßig angelegten Geschäftsstelle für Gesundheitsförderung zielt auf die Klärung der Fragen, ob und wie das Thema Gesundheitsförderung im Stadtteil verstetigt und wie die gesundheitsfördernden Ziele des Quartiersentwicklungskonzepts an die veränderten Bedingungen (Beendigung der Programmförderung, Ende des Quartiermanagements) angepasst werden können. Im Wesentlichen zielt die Geschäftsstelle auf die strategische Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung im Stadtteil, auf den Aufbau und die Verstetigung von lokalen Netzwerken zur Gesundheitsförderung, die Entwicklung von Projekten und die Beratung von Trägern und Bewohnern.

Im ersten Jahr ihrer Tätigkeit gelang es der Geschäftsstelle für Gesundheitsförderung im Rahmen des Projektes „Gesund Kurs halten“, eine Strategie der Gesund-

heitsförderung für den Stadtteil zu entwickeln sowie einen Runden Tisch für Gesundheitsförderung aufzubauen. Die Ergebnisse der Arbeit des Runden Tisches Gesundheitsförderung, konkret die Abstimmung von gemeinsamen Handlungsfeldern sowie die Sammlung und Weiterentwicklung von Projektideen und möglichen Beiträgen der einzelnen Akteure, wurde und wird durch die Geschäftsstelle dokumentiert und regelmäßig in der Stadtteilzeitung sowie als Jahresdokumentation veröffentlicht. Des Weiteren stellen die Projektentwicklung und das Verfahrensmanagement wichtige koordinierende Aufgaben der Geschäftsstelle dar.

Die besonderen Qualifikationen und Kompetenzen der Geschäftsstellenmitarbeiterinnen im Bereich Moderation haben wesentlich zum Erfolg der Arbeit beigetragen; dies gilt insbesondere für die Netzwerkarbeit. Zudem gelang der Geschäftsstelle eine kompetente Betreuung und Verwaltung des Verfügungsfonds Gesundheit, was sich allerdings als sehr zeitaufwändig herausstellte.

Aufgrund ihrer erfolgreichen Arbeit wird die Geschäftsstelle für Gesundheitsförderung weiterhin finanziert. Damit hat die BSG Funktion und Stellenwert der Geschäftsstelle im Rahmen der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung in Hamburg Altona-Lurup anerkannt.

Fazit

Die Einrichtung und der Betrieb von Geschäftsstelle Gesundheit bzw. Geschäftsstelle für Gesundheitsförderung in der Innenstadt von Fürth und in Hamburg Altona-Lurup leisteten in beiden Fallstudien einen wichtigen Beitrag für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung. Der Schwerpunkt lag dabei auf dem Aufbau und der Stärkung gesundheitsfördernder Strukturen, insbesondere:

- der Erarbeitung einer politikfeldübergreifenden, integrierten Strategieentwicklung,
- der stadtteilbezogene Vernetzung wichtiger lokaler und regionaler Akteure und
- der zusätzlichen Akquise von Mitteln zur Projektumsetzung (z.B. in Form eines Verfügungsfonds).

Auch wenn viele Maßnahmen sich noch im Aufbau und der Entwicklung befinden, haben die beiden Geschäftsstellen – in Fürth in Zusammenarbeit mit dem Quartiermanagement – ganz wesentlich dazu beigetragen, dass

- die Sozialraumorientierung in der kommunalen Gesundheitsförderung an Relevanz gewinnt,
- die Strukturen, Verantwortlichkeiten und Angebote für die gesundheitsfördernde Stadtentwicklung an Kontur gewinnen,

- die stadtteilbezogene Gesundheitsförderung (Setting Stadtteil) für Krankenkassen(verbände) attraktiv wird,
- eine die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung stützende Kooperation zwischen Kommunen und Krankenkassen(verbänden) im Aufbau ist,
- der Aufbau, die Weiterentwicklung und in Ansätzen bereits die Verstetigung von Strategien, Verfahren und Strukturen der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung auf der politischen Agenda an Relevanz gewinnen,
- die Maßnahmen der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung mit den Maßnahmen der sozialen Stadtentwicklung (Programmumsetzung „Soziale Stadt“) verzahnt werden,
- Projekte, die sich für die Gesundheitsförderung in sozial benachteiligten Stadtteilen besonders eignen, gefördert und umgesetzt werden.

3.4.3 Qualitätskriterien/Qualitätsanforderungen

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor einer Koordinierungsstelle ist ihre fachliche Kompetenz im Bereich Gesundheitsförderung. Darüber hinaus sollten die dort tätigen Fachkräfte sowohl ausgeprägte soziale Kompetenzen und Verhandlungsgeschick als auch organisatorische und methodische (Moderation, Mediation, Öffentlichkeitsarbeit) Kompetenzen aufweisen. Zudem sollten sie mit dem Stadtteil vertraut sein (Probleme, Potenziale, relevante Akteursgruppen, Institutionen und Angebote).

Um als Anlaufstelle im Stadtteil präsent und sichtbar zu sein, ist die Einrichtung eines Vor-Ort-Büros mit einer anforderungsgerechten Sachausstattung sinnvoll. Sofern sich dies anbietet sowie möglich und umsetzbar ist, können die lokalen Koordinierungsstellen Gesundheit in Programmgebieten der „Sozialen Stadt“ auch die Räumlichkeiten des Quartiermanagements nutzen.

Zentrale Voraussetzung für eine qualitätsgesicherte Arbeit ist zudem die Bereitstellung der hierfür notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen. Diese sollten möglichst für einen langfristigen Zeitraum sichergestellt werden, denn weder Quartiermanagement noch eine lokale Koordinierungsstelle Gesundheit sind kurzfristig angelegte Instrumente, vielmehr dienen sie der dauerhaften Entwicklung und Stabilisierung von benachteiligten Quartieren sowie der nachhaltig wirksamen Gesundheitsförderung und Prävention. Die Koordinierungsstellen sollten daher über eine zumindest mittelfristig abgesicherte Finanzierung verfügen, so dass ausreichend lange Vertragslaufzeiten für die dort tätigen Fachkräfte und damit für die personelle Kontinuität als Voraussetzung für den notwendigen Aufbau von Vertrauen gewährleistet sind.

Der Erfolg der Koordinierungsstellen ist darüber hinaus nicht zuletzt davon abhängig, dass sie durch politische Beschlüsse abgesichert sind und basierend auf dieser politischen Rückendeckung ausreichend große Gestaltungsspielräume erhalten.

3.4.4 Empfehlungen

Bund/Länder

- Erfahrungen zu Koordinierungsstellen Gesundheit liegen über das Forschungsprojekt hinausgehend in Deutschland noch kaum vor¹⁴. Um innovative und beispielgebende Ansätze zu erproben, sollten von Bund und Ländern daher entsprechende Modellprojekte ausgelobt werden, die forschend und evaluierend begleitet werden. Dabei sollte der Transfer der Forschungs- und Projektergebnisse in die Kommunen gewährleistet sein.
- Darüber hinaus sollte seitens Bund und Ländern die Auflage eines Präventionsprogramms für benachteiligte Stadtteile als Partnerprogramm zur „Sozialen Stadt“ geprüft werden, dessen Mittel u.a. für die Finanzierung von Koordinierungsstellen Gesundheit eingesetzt werden könnten.

Kommune

- Für benachteiligte Stadtteile mit ausgeprägten gesundheitlichen Problemlagen sollte die Kommune vor Ort eine Koordinierungsstelle Gesundheit einrichten und die hierfür erforderlichen personellen und materiellen Ressourcen – ggf. in Kooperation mit Krankenkassen und/oder durch Fördermittel von Bund und/oder Land – sicherstellen.
- Dabei sollte die Koordinierungsstelle über eine zumindest mittelfristig abgesicherte Finanzierung verfügen, so dass ausreichend lange Vertragslaufzeiten für die dort tätigen Fachkräfte und damit für die personelle Kontinuität als Voraussetzung für den notwendigen Aufbau von Vertrauen gewährleistet sind.
- Bei der Ermittlung der notwendigen personellen Ressourcen für die Koordinierungsstelle ist zu berücksichtigen, dass der Arbeitsaufwand, solange sich die Netzwerkarbeit sowie die stadtteilbezogene Gesundheitsförderung noch in der Aufbauphase befinden, deutlich höher ist als in der späteren Konsolidierungsphase.

¹⁴ Eine Ausnahme bilden der Arbeitskreis „Gesundes Heimfeld“ in Hamburg sowie die Gesundheitsteams in Trier (vgl. Bär/Böhme/Reimann 2009b: 68 ff. und 102 ff.).

- Für eine wirksame Umsetzung der komplexen Moderations- und Koordinierungsaufgaben im Stadtteil empfiehlt sich ein verwaltungsexterner Status der Koordinierungsstelle.
- In Programmgebieten der „Sozialen Stadt“ kann die Koordinierungsstelle Gesundheit direkt beim Quartiermanagement angesiedelt sein oder mit diesem eng zusammenarbeiten. Alternativ können die Koordinierungsaufgaben bei einer zentralen Stadtteileinrichtung verortet sein. Auf jeden Fall sollte der Aufbau parallel arbeitender und daher konkurrierender Strukturen vermieden werden.

Lokale Koordinierungsstelle Gesundheit/Quartiermanagement

- Soweit die lokale Koordinierungsstelle Gesundheit nicht ohnehin direkt beim Quartiermanagement angesiedelt ist, sollten die zwei lokalen Einrichtungen eng zusammenarbeiten, um Parallelstrukturen zu vermeiden.

Krankenkassen

- Die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen sollte grundsätzlich prüfen, inwieweit eine finanzielle Unterstützung von Koordinierungsstellen Gesundheit im Rahmen von Leistungen der Primärprävention nach § 20 Sozialgesetzbuch V möglich ist, und ggf. Koordinierungsstellen Gesundheit explizit als förderungsfähige Maßnahme in ihren Leitfaden Prävention aufnehmen.
- Die Krankenkassen sollten aktiv mit der Koordinierungsstelle Gesundheit kooperieren und ihr Wissen und ihre Erfahrungen hinsichtlich settingbezogener Gesundheitsförderung in deren Arbeit einbringen. Auf diese Weise können die Kassen einen wichtigen Beitrag zur Qualifizierung der Koordinierungsstelle Gesundheit leisten.

4. Projekte und Maßnahmen für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung

4.1 Projektentwicklung und -umsetzung

4.1.1 Hintergrund und Untersuchungsfragen

Das Spektrum der Handlungsfelder für gesundheitsfördernde Projekte und Maßnahmen im Stadtteil ist breit und reicht über klassische Gesundheitsthemen wie Ernährung, Bewegung und Sport, Stressbewältigung, Suchtprävention über Gewaltprävention, Unfallprävention, Schwangerschaft und Elternschaft bis hin zu eher baulichen Bereichen wie Wohnen und Wohnumfeld, Umwelt und Verkehr. Welche Handlungsfelder schwerpunktmäßig in den Blick genommen werden, muss sich an den jeweiligen örtlichen Bedarfslagen im Stadtteil orientieren.

Dabei trägt – unabhängig vom Handlungsfeld – die Art und Weise, wie Projekte und Maßnahme entwickelt und wie sie umgesetzt werden, wesentlich dazu bei, dass Gesundheitsförderung als Teil der Stadtteilentwicklung und der Quartiersarbeit erfolgreich und qualitätsgesichert implementiert und etabliert werden kann. Hierbei sind neben der inhaltlich-thematischen Ausrichtung der Projekte und Maßnahmen vor allem der Prozess der Ideenentwicklung und Auswahl der Projekte, Akteurskonstellationen, Kooperationsformen und Trägerschaften, der Stadtteilbezug der Maßnahmen und ihr Nutzen für den Stadtteil, das Erreichen und die Partizipation der Zielgruppen sowie die Dokumentation und Evaluation der Maßnahmen und Projekte relevant.

Untersuchungsfragen

Vor diesem Hintergrund wurde im Forschungsprojekt und in den Fallstudien insbesondere folgenden Fragestellungen nachgegangen:

- Welche Arbeitsstrukturen eignen sich als „legitime“ Foren des Stadtteils, um die unterschiedlichen Akteursgruppen in die Projektentwicklung und Projektauswahl einzubinden?
- Welche Themen und Handlungsfelder der Gesundheitsförderung eignen sich für das Setting Stadtteil?
- Welcher stadtteilbezogene Nutzen kann von gesundheitsfördernden Projekten und Maßnahmen ausgehen?
- Welche Zielgruppen werden mit stadtteilbezogenen Projekten und Maßnahmen erreicht?

- Wie können die Zielgruppen (Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene und Eltern) in den Prozess der Projektentwicklung eingebunden und an der Projektumsetzung beteiligt werden?
- Welche Akteurskonstellationen sind geeignet, um stadtteilbezogene Projekte umsetzen zu können?

4.1.2 Ergebnisse aus den Fallstudien

Ideenentwicklung und Projektauswahl

In der *Innenstadt von Fürth* lieferte der Verfügungsfonds Gesundheit der Techniker Krankenkasse (TK) (vgl. Kapitel 4.3) wichtige Impulse für den Austausch der Akteure über Bedarfe und Projektideen, die Suche nach Projektpartnern und die inhaltliche Ausgestaltung der Projekte. Die Sammlung von und der Austausch über Projektideen sowie die Erörterung von Bedarfen erfolgten auf Initiative der Geschäftsstelle Gesundheit im Rahmen von Projektgruppensitzungen mit einem größeren Personenkreis (vgl. Kapitel 3.3.2) sowie in bilateralen Gesprächen zwischen Geschäftsstelle Gesundheit und einzelnen Projektträgern, Institutionen oder Akteuren. Sobald eine Idee konkretisiert werden konnte, stellte der Projektträger einen Kurzantrag auf Mittel des Verfügungsfonds, in dem das Projekt unter Bezugnahme auf Förderkriterien, inhaltliche Ausrichtung, Zielgruppen, Stadtteilbezug und Kooperationspartner kurz erläutert wurde. Im Austausch zwischen Geschäftsstelle Gesundheit und dem zuständigen Präventionsberater der Techniker Krankenkasse wurde die Projektidee auf die Förderfähigkeit durch den TK-Verfügungsfonds Gesundheit geprüft, und im Bedarfsfall wurden Idee und Kurzantrag unter Berücksichtigung der Förderkriterien der Techniker Krankenkasse überarbeitet. Eine Befürwortung der Projekte wurde durch die Geschäftsstelle vorbereitet und erfolgte zudem durch die Steuerungsgruppe (vgl. Kapitel 3.1.1). Eine Jury oder ein anderes Stadtteilgremium mit der Befugnis für die Befürwortung und endgültige Auswahl der Projekte existierte zum Zeitpunkt des Projektendes nicht.

In *Halle-Silberhöhe* verliefen Prozesse für die Entwicklung von Projektideen sowie das Projektauswahlverfahren im Rahmen bilateraler Gespräche oder institutions- und einrichtungs-intern. Eine breite Stadtteil-Öffentlichkeit oder explizite Anlässe für ein Zusammenkommen und Beraten im größeren Kreis gab es hierfür nicht. Stattdessen wurden die vorhandenen Strukturen (z.B. Arbeitskreis Sport und Gesundheit) und Kontakte der Koordinatorin des Gesunde-Stadt-Projekts genutzt. Es zeigte sich, dass die Phase der Projektfindung durch Ressourcen- und Kapazitätsprobleme und durch weitere Rahmenbedingungen der Kooperation zwischen Trägern und Kommune stark beeinflusst wurde. Die Bereitstellung von Fördermitteln durch die Krankenkassen(verbände) löste keine umfangreichen bzw. von mehreren Personen und Institutionen getragenen Aktivitäten für die Projektent-

wicklung aus. Vielmehr erwies sich die Antragstellung zum Teil als zu große Belastung für die örtlichen Träger.

In *Hamburg Altona-Lurup* wurde der Austausch über Projektideen am Runden Tisch (vgl. Kapitel 3.3.2) angestoßen und erfolgte auf der Basis von Bedarfsanalysen und gemeinsam erarbeiteten Zielstellungen. Die Projektideen wurden darauf aufbauend in Kleingruppen und bilateralen Gesprächen weiterentwickelt und konkretisiert. Wie in der Fürther Innenstadt hat der Verfügungsfonds Gesundheit der Techniker Krankenkasse, gemeinsam mit dem bereits bestehenden Verfügungsfonds aus der Aktiven Stadtteilentwicklung in Höhe von 10 000 Euro jährlich, die Entwicklung von Projekten befördert. Darüber hinaus haben die Fördermittel des BKK Landesverbandes NORD zahlreiche Aktivitäten zur Projektentwicklung und -umsetzung ausgelöst. Die Projektideen wurden mit Unterstützung der Geschäftsstelle Gesundheitsförderung weiterentwickelt und – wie in Fürth-Innenstadt – in Form von Kurzanträgen schriftlich fixiert. In der Regel erfolgte vor der schriftlichen Fassung der Projektideen bzw. der Antragstellung eine Verständigung zwischen Geschäftsstelle Gesundheitsförderung und Techniker Krankenkasse bzw. BKK Landesverband NORD über die Förderfähigkeit der Projektidee. Die tatsächliche Auswahl der Projekte für die zur Verfügung stehenden Fonds- und Fördermittel wurde am Runden Tisch (BKK-Projekte) und im Luruper Forum (Projekte für den Verfügungsfonds Aktive Stadtteilentwicklung und Verfügungsfonds Gesundheit der Techniker Krankenkasse) getroffen. Im Luruper Forum sind Bewohner, Initiativen, Einrichtungen, Institutionen, Unternehmen, Politik und Verwaltung vertreten, denen gemeinsam ist, dass sie etwas zur Entwicklung von Lurup beitragen wollen.

Projekte im Überblick

In der Tabelle 1 wird zunächst ein Überblick über das Projektspektrum in den einzelnen Fallstudien – unter Bezugnahme auf die Fördergeber sowie das Handlungsfeld, die Zielgruppen, die Laufzeit und die Kosten der einzelnen Projekte – gegeben. Hierbei berücksichtigt wurden Projekte mit Gesundheitsbezug, die durch das Forschungsprojekt „Mehr als gewohnt. Stadtteile machen sich stark für Gesundheitsförderung“ initiiert, angestoßen, unterstützt oder in dessen Rahmen gefördert wurden und die bis April 2009 abgeschlossen waren, noch liefen oder bereits bewilligt waren. Darüber hinaus werden seit Abschluss des Untersuchungszeitraums in den Fallstudien weitere und neue Projekte durchgeführt sowie bereits erfolgreich abgeschlossene Projekte wiederholt. Diese Projekte stehen noch im Zusammenhang mit dem Forschungsprojekt, können in der Tabelle 1 jedoch nicht mehr berücksichtigt werden.

Tabelle 1: Projekte Fürth-Innenstadt

Projekttitel	Handlungsfeld	Zielgruppe /Teilnehmer	Laufzeit	Fördergeber	Kosten in Euro
Geschäftsstelle Gesundheit	Strukturbildung	Stadtteilakteure und Stadtteilbevölkerung	Januar 2008 bis Dezember 2009	BKK	Jährlich 20 000
Fiese Falle	Suchtprävention	Schüler der 5. und 6. Klasse/400 Personen	15./16. Oktober 2008	BKK und Deutsche Gesellschaft für Nikotinprävention e.V. (DGNP)	
Zielgruppenumfrage	Aktivierung	Schulen und Jugendeinrichtungen/325 Kinder + 192 Jugendliche	Juli bis September 2008	Techniker Krankenkasse	935
Gesunde Obst- und Gemüsepause	Ernährung	Kinder von 6-14 Jahren, Multiplikatoren, Migranten/alle Grundschüler im Stadtteil	Schuljahr 2008/2009, 1x im Quartal	Techniker Krankenkasse	515/Quartal
Der Natur auf der Spur	Bewegung/Natur und Umwelt/seelische Gesundheit	Kinder bis 6 Jahre, Behinderte, Migranten/12 Kinder	Mai bis November 2009, 20 Termine	Techniker Krankenkasse und Umweltamt	1 900 EUR
Kinderkochprojekt im Cafe 13	Ernährung	Kinder aus der Hausaufgabenbetreuung des Mütterzentrums, Eltern/8 Kinder	Schuljahr 2008/2009	Techniker Krankenkasse	876 + 500 Schulung von Diätassistentin
Unterwegs mit den vier Elementen	Bewegung/Natur und Umwelt/Seelische Gesundheit	Kinder von 6-14 Jahren, Migranten/23 Kinder	Juni/Juli 2008, 8 Termine à eine Stunde	Soziale Stadt Fürth und Umweltamt	558
Schwimmkurse für Nichtschwimmerkinder	Bewegung	Grundschüler / zehn Kinder	15-wöchig	Sportamt Fürth	
Gesundheitstag an Fürther Innenstadt-Schulen	Ganzheitliche Gesundheitsförderung	Schüler	Juli und November 2008	Sonstige	
Aktivspielplatz im Wiesengrund	Bewegung/Natur und Umwelt	Kinder und Jugendliche	Ab Mai/Juni 2008	Soziale Stadt Fürth	Ca. 45 000

Tabelle 2: Projekte Halle-Silberhöhe

Projekttitel	Handlungsfeld	Zielgruppe/Teilnehmer	Laufzeit	Fördergeber	Kosten in Euro
Gesunde Ernährung in der Familie	Ernährung	Familien, Mitarbeiter aus kooperierenden Einrichtungen	Juni 2008 bis Mai 2009	BKK	14 310
Familie aktiv (Gesunde-Stadt-Projekt)	Bewegung/psychische Gesundheitsförderung	Familien, Multiplikatoren/ ca. 200 Personen	September 2008 bis März 2009, eine Schulung dauert max. 24 Wochen	Techniker Krankenkasse	13 980
Stadtteilgesundheitsstage	Ganzheitliche Gesundheitsförderung	Kinder und Erwachsene/ ca. 400 Teilnehmer 2007 und ca. 800 Teilnehmer 2008	2007 und 2008	Überwiegend Eigenmittel der teilnehmenden Institutionen und Einrichtungen	o.A.

Tabelle 3: Projekte Hamburg Altona-Lurup

Projekttitel	Handlungsfeld	Zielgruppe / Teilnehmer	Laufzeit	Fördergeber	Kosten in Euro
Geschäftsstelle Gesundheitsförderung	Strukturbildung	Stadtteilakteure und Stadtteilbevölkerung	April 2007 bis März 2009	Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V und Hamburger Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz	13 880
„Topfgucker“ und „Bewegung in der und um die Schule Franzosenkoppel herum“	Bewegung/Ernährung	Schulkinder, 1.-4. Klasse/ jeweils 10-15 Kinder	Seit März 2009	BKK	6 100
Connect	Gesundheitsberatung vor Ort/seelische Gesundheit	Fachkräfte Stadtteil Lurup/ bedarfsorientiert	April 2008 bis März 2009	BKK	4 860

Projekttitel	Handlungsfeld	Zielgruppe / Teilnehmer	Laufzeit	Fördergeber	Kosten in Euro
Kita Swattenweg – Bewegen und gesund ernähren – jetzt	Bewegung/Ernährung	Familien, Eltern/ max. 20 Teilnehmer	Seit März 2009, acht Kurstermine à 4 Stunden	BKK	4 200
Mutterschwimmen	Bewegung/psychische Gesundheit	Mütter, Migrantinnen mit Kindern/15 Teilnehmer	2009	Techniker Krankenkasse	1 900
Stressreduktion durch Arbeit mit dem Medium Ton	Stressreduktion	Kinder von 6-14 Jahren/ 20 Teilnehmer	Oktober 2008 bis Juli 2009	Techniker Krankenkasse, Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt	1 370
Homepage Gesundheit	Gesundheitsberatung vor Ort	Bewohnerschaft v.a. Jugendliche, Migranten, Eltern	2009/2010	Techniker Krankenkasse	1 125
Vom Aufbruch zur Entspannung	Stressreduktion	Kinder von 6-14 Jahren/ 16-20 Teilnehmer	März bis September 2009, 15 Stunden	Techniker Krankenkasse	750
Gesundheitssong	Beteiligung/Aktivierung, Öffentlichkeitsarbeit	Kinder von 6-14 Jahren, Eltern an drei Schulen/ ca. 70 Teilnehmer	April bis Dezember 2009	Techniker Krankenkasse, Hamburger Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, SAGA GWG, Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt	3 400

Insgesamt wurden in *Fürth-Innenstadt* während des Forschungsvorhabens neun Projekte sowie das Strukturprojekt „Geschäftsstelle Gesundheit“ umgesetzt. Inhaltlich umfassten die Projekte ein breit gefächertes Handlungsspektrum (Bewegung, Ernährung, Stressreduktion, seelische Gesundheit, Suchtprävention, Natur und Umwelt, Aktivierung/Beteiligung), wobei die meisten Projekte im Handlungsfeld Bewegung angesiedelt waren. Hervorzuheben ist, dass die Themen Natur und Umwelt herausgestellt und mit Bewegungsförderung verbunden wurden. Vier der zehn Projekte wurden aus dem Verfügungsfonds Gesundheit der Techniker Krankenkasse finanziert, wobei bei einem der vier Projekte das Umweltamt die Kofinanzierung übernahm. Zwei der Projekte wurden durch den BKK Bundes- und den Landesverband Bayern gefördert. Zwei weitere Projekte wurden im Rahmen der Programmumsetzung „Soziale Stadt“ unterstützt, wobei auch hier das Umweltamt einmal kofinanzierte. Darüber hinaus finanzierte das Sportamt ein Projekt. Das Finanzvolumen der einzelnen Projekte war mehrheitlich gering und lag unter 1 000 Euro. Nur zwei Projekte haben ein deutlich höheres Finanzvolumen: die Geschäftsstelle Gesundheit mit jährlich 20 000 Euro und das investive Bauprojekt Aktivspielplatz mit 45 000 Euro. Im April 2009 waren vier dieser Projekte bereits abgeschlossen. Die Projektlaufzeit lag mehrheitlich bei bis zu drei Monaten sowie bei bis zu zwölf Monaten.

In *Halle-Silberhöhe* wurden drei Projekte umgesetzt. Dabei wurden die Handlungsfelder Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheitsförderung in den Blick genommen. Zwei der Projekte stellten die Familie als Zielgruppe ins Zentrum. Beide Projekte wurden mit Unterstützung der im Projekt beteiligten Krankenkassen(verbände) konzipiert und von diesen finanziert. Das einzelne Projektvolumen war mit jeweils etwa 14 000 Euro deutlich höher als in Fürth und Hamburg. Die Projektlaufzeiten lagen bei sechs oder zwölf Monaten. Die Projekte wurden weitgehend in der Laufzeit des Forschungsprojekts umgesetzt.

In *Hamburg Altona-Lurup* wurden während des Forschungsvorhabens acht Projekte sowie das Strukturprojekt „Geschäftsstelle Gesundheitsförderung“ umgesetzt. Inhaltlich umfassten diese Projekte ein Spektrum von sechs zentralen Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung: Bewegung, Ernährung, Gesundheitsberatung vor Ort, psychische Gesundheit, Stressreduktion sowie Aktivierung/Beteiligung/Öffentlichkeitsarbeit. Da viele der Projekte die Handlungsfelder Ernährung und Bewegung miteinander verbinden, bilden diese einen Schwerpunktbereich in der Projektumsetzung. Gegenüber den anderen Fallstudien zeichnet sich die Projektumsetzung in Lurup durch die Entwicklung einer eigenen Homepage zur Gesundheitsförderung im Stadtteil sowie durch Projekte in den Bereichen psychische Gesundheit und Stressbewältigung aus. Fünf der Projekte wurden durch die Techniker Krankenkasse (Verfügungsfonds Gesundheit), drei durch den BKK Bundesverband und den BKK Landesverband NORD finanziert. Mehrheitlich hatten die Projekte ein ähnlich geringes Finanzvolumen wie in

Fürth. Alle Projekte mit Ausnahme der Geschäftsstelle hatten eine Laufzeit von unter einem Jahr.

Stadtteilbezug und Nutzen für den Stadtteil

Im Rahmen der Projektentwicklung und -umsetzung für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung in den Fallstudien sollten dem Stadtteilbezug und dem Nutzen des Projektes für den Stadtteil ein besonderer Stellenwert zukommen. Es stellte sich jedoch heraus, dass nicht selbsterklärend ist, was unter Stadtteilbezug von Projekten zu verstehen ist. Eine Verständigung über den Stadtteilbezug der Projekte erfolgte innerhalb der Fallstudien insbesondere zu zwei Zeitpunkten: zum einen im Zuge der Projektentwicklung und damit im Vorfeld der Projektumsetzung, zum anderen im Rahmen des Austausches der Vor-Ort-Akteure über die Projektwirkungen am Ende des Forschungsvorhabens. Darüber hinaus wurde in Hamburg Altona-Lurup über den Stadtteilbezug von Projekten auf einer Sitzung des Runden Tisches diskutiert.

In *Fürth-Innenstadt* wurde der (geplante) Nutzen für den Stadtteil bereits in den Projekt-Anträgen erläutert: Er betraf beispielsweise die Heranführung von Kindern an Freizeitbeschäftigungen im Stadtteil, die Erweiterung des Wissens über Bedarfe und Wünsche der Kinder und Jugendlichen aus dem Stadtteil, die Förderung der Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an der Entwicklung des Stadtteils sowie die Förderung des Austausches zwischen den Stadtteilbewohnern. Übergreifend sollten zudem die Gesundheit sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher verbessert und die Integration sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher im Stadtteil gefördert werden.

Nach Durchführung der Projekte beurteilten die Projektträger das Stadtteilverfahren weitgehend positiv. So wurden positive Effekte des Settings Stadtteil mit folgenden Aspekten in Zusammenhang gebracht:

- Der Zielgruppenbezug von gesundheitsfördernden Angeboten und Maßnahmen wird durch den Fokus auf sozial Benachteiligte und Bedürftige, die im Stadtteil konzentriert leben, befördert.
- Die Erreichbarkeit der Zielgruppe wird z.B. über Stadtteileinrichtungen und -institutionen verbessert.
- Die Vernetzung und (persönliche) Kontakte sowie der Informationsaustausch zwischen den Stadtteilakteuren werden befördert,
- Im Vergleich zur Gesamtstadt können Ergebnisse schneller erzielt werden.
- Erfolge können im Stadtteil gut sichtbar und transparent gemacht werden.

Der Nutzen der Projekte für den Stadtteil wurde in *Halle-Silberhöhe* im Rahmen der Beantragung der umgesetzten Projekte beschrieben und bezog sich insbesondere auf die Schaffung von gesundheitsfördernden Angeboten im Stadtteil, den Aufbau und die Weiterentwicklung von Strukturen für Kooperationen und Netzwerke, die Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit für Gesundheitsförderung im Stadtteil sowie – allgemein und übergreifend – auf die Verbesserung der Gesundheit sozial benachteiligter Bewohner (Familien, Kinder).

Die Beurteilung des Stadtteilverfahrens im Rahmen von Gruppengesprächen mit Projektträgern und -beteiligten am Ende des Forschungsvorhabens fiel auch in Halle-Silberhöhe ausgesprochen positiv aus. So wurde die Stadtteilebene als „optimal“ angesehen, da durch die große Anzahl der Einrichtungen viele Menschen und nicht nur die jeweilige Klientel einzelner Einrichtungen erreicht werden. Auch habe sich die Stadtteilebene für den gegenseitigen Informationsaustausch beispielsweise über Angebote und Bedarfe als geeignet erwiesen. Einschränkend wurde jedoch festgestellt, dass der Zugang zu Zielgruppen über konkrete Einrichtungen häufig besser als über die allgemeine Ansprache im Stadtteil gelinge.

Auch in *Hamburg Altona-Lurup* wurden der Stadtteilbezug und der geplante Nutzen für den Stadtteil in den Projektanträgen dargelegt. Sie bezogen sich auf die Schaffung von Transparenz bei gesundheitsfördernden Angeboten im Stadtteil, die Verringerung von Konflikten im Stadtteil, den Aufbau von lokalen Selbsthilfegruppen und Kooperationsnetzwerken, die Schaffung von lokalen Beratungsangeboten, die Erweiterung des Wissens über Gesundheit bei der Stadtteilbevölkerung, die Verbesserung der Gesundheit sozial benachteiligter Menschen sowie auf die bessere Nutzung und Zugänglichkeit der im Stadtteil vorhandenen Ressourcen.

Wie in den beiden anderen Fallstudien fiel die Beurteilung des Stadtteilverfahrens auch in Altona-Lurup weitgehend positiv aus. Im Vergleich zu einrichtungsbezogenem Vorgehen (Kita, Schule) wurden folgende Vorteile ausgemacht:

- Projekte gewinnen durch den Ausbau und die Neuausrichtung von Kooperationen zwischen verschiedenen Einrichtungen und Akteuren aus dem Stadtteil eine neue Qualität.
- Die Zahl der Ansprechpartner, die die Fachkräfte sowie Eltern und Kinder für sich und ihren Beratungsbedarf nutzen können, ist gegenüber Teilsettings (Kita, Schule) größer; es entstehen mehr Schnittstellen und Möglichkeiten für den Austausch.
- Schule gewinnt im Verbund mit anderen Stadtteilakteuren und -einrichtungen durch die Etablierung gesundheitsfördernder Angebote – gerade bei Eltern – ein besseres Image.
- Die Beteiligung der Zielgruppen und Bewohnerschaft und ihre Möglichkeiten zur Mitgestaltung werden gefördert, da der öffentliche Raum im Stadtteil hierfür viele Möglichkeiten bietet.

- Im Vergleich zu bezirklichen Angeboten erreichen Stadtteilprojekte die Zielgruppen besser, da soziale Ungleichheiten und gesundheitliche Benachteiligungen beim Projektzuschnitt und der Zielgruppenansprache besser berücksichtigt werden können.

Zielgruppen und Zielgruppenansprache

Etwas mehr als die Hälfte der Projekte in *Fürth-Innenstadt* war auf zehn bis 25 Teilnehmer ausgerichtet, die restlichen Projekte können als „Großprojekte“ bezeichnet werden. Hierbei handelte es sich um zwei Gesundheitstage, die an allen Innenstadtsschulen durchgeführt wurden, eine Zielgruppenumfrage, die 517 Teilnehmer (Kinder und Jugendliche) umfasste, und das Suchtpräventionsprojekt „Fiese Falle“ (Themenfeld Rauchen), das etwa 400 Schüler erreichte. Zudem waren alle Grund- und Hauptschüler im Stadtteil an der „Obst- und Gemüsepause“ beteiligt.

Fast alle Projekte (acht) hatten Kinder und Jugendliche im Alter von sechs bis 14 Jahren als Zielgruppe. Vergleichsweise wenige Projekte (je eines) richteten sich explizit an Eltern oder an Kinder bis zu sechs Jahren; etwas mehr (zwei Projekte) nahmen Jugendliche zwischen 14 bis 18 Jahren in den Blick. Kein Projekt war auf die Zielgruppe der jungen Erwachsenen orientiert.

Die Projekte waren mehrheitlich nicht geschlechtsspezifisch ausgerichtet. Drei Projekte richteten sich explizit an Migranten, wobei durch die anderen Projekte Migranten – als eine Zielgruppe unter anderen – ebenfalls angesprochen werden sollten.

Die Ansprache sozial benachteiligter Zielgruppen im Stadtteil (Kinder und Jugendliche, Eltern) erfolgte in der Innenstadt von Fürth im Wesentlichen über die Einbindung ausgewählter Institutionen im Stadtteil (z.B. Hort Pfisterkiste, Mütterzentrum). Zudem gab es kostenfreie Angebote einschließlich Kursmaterial (z.B. Schwimmkurse), und es wurden Projektzuschnitte befürwortet, die Kompetenzen, Interessen, Probleme und Handlungsbedarfe sozial Benachteiligter aufgriffen.

In *Halle-Silberhöhe* wurden Projekte für eine große Teilnehmerzahl umgesetzt. So nahmen an den Stadtteilgesundheitstagen rund 400 (2007) bzw. 800 Teilnehmer (2008) sowie am Projekt „Familie aktiv“ etwa 200 Teilnehmer teil. Auch am Projekt „Gesunde Ernährung in der Familie“ haben laut Zwischenbericht 155 Kinder und rund 30 Multiplikatoren und Eltern teilgenommen. Mit Blick auf die Zielgruppen der Projekte standen insbesondere Eltern und Familien im Vordergrund sowie Kinder zwischen sechs und 14 Jahren. Darüber hinaus richteten sich die Projekte – nachgeordnet – an Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren sowie Multiplikatoren. Nicht realisiert wurden Projekte für die Zielgruppen Kinder bis sechs

Jahre und junge Erwachsene, ebenso wenig wie geschlechtsspezifische Angebote oder eine geschlechtersensible Ausgestaltung der Projekte.

Der Zugang zu sozial benachteiligten Zielgruppen wurde im Projekt „Gesunde Ernährung in der Familie“ vor allem über die Kooperation mit Schulen und Kinderbetreuungseinrichtungen im Stadtteil angestrebt. Ob dies gelang, stand zum Ende des Forschungsprojektes noch nicht fest. Im Bewegungsprojekt „Familie aktiv“ war beabsichtigt, über eine Kooperation zwischen Sportvereinen und Stadtteilinstitutionen, wie dem Stadtteilzentrum des Deutschen Kinderschutzbundes, die Bekanntheit und Attraktivität der Bewegungsangebote zu steigern. Darüber hinaus wurden kostenfreie Angebote in den „normalen“ Betreuungsalltag der Kinder integriert.

Bei den Projekten in *Hamburg Altona-Lurup* handelte es sich überwiegend um Kurse mit maximal 20 Teilnehmern. Zielgruppen waren schwerpunktmäßig Sechsbis 14-Jährige und ihre Eltern. Andere Alters- und Zielgruppen waren demgegenüber unterrepräsentiert. Nur ein Projekt war geschlechtsspezifisch ausgerichtet (Mütterschwimmen). Zwei Projekte richteten sich explizit an Migranten, diese stellen jedoch auch eine Zielgruppe für die restlichen Projekte dar. Der Fokus auf soziale Benachteiligung wurde durch Kooperationspartner, direkte Teilnehmerwerbung, spezielle Themenwahl, Möglichkeit zu individueller Beratung und kleine Gruppen berücksichtigt. So wurden folgende Maßnahmen ergriffen: Einbindung von Stadtteilinstitutionen, die zum Alltag der Kinder und Jugendlichen gehören (z.B. Schulen, Kitas), Projekthalte, die die besondere Situation sozial Benachteiligter aufgreifen (z.B. Suchtbelastung), gezielte Ansprache belasteter Familien durch Stadtteilakteure, um für die Teilnahme an Projekten zu werben, kostenfreie Angebote und Bereitstellung von Kursutensilien (z.B. Badeanzüge). Der Zugang zu Eltern und deren Einbindung erwiesen sich insgesamt als schwierig.

Partizipation der Zielgruppen

Im Rahmen der meisten Projekte in der *Innenstadt von Fürth* bestanden – insbesondere für Kinder – vielfältige Möglichkeiten, sich aktiv an der Projektumsetzung zu beteiligen und beispielsweise bei Koch- oder Naturerlebnisprojekten eigene Akzente zu setzen. Die Einbindung und Partizipation von Eltern und älteren Jugendlichen bei der Umsetzung von Projekten erwies sich demgegenüber als schwieriger und erfolgte seltener. In Hinblick auf die Projektentwicklung wurden die Zielgruppen der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung zumindest partiell mittels einer Schülerbefragung zu Wünschen und Bedarfen beteiligt. Die Ergebnisse der Befragung bildeten die Ausgangsbasis für die Entwicklung einiger Projekte und Maßnahmen.

Der Schwerpunkt der Partizipation der Zielgruppen in *Halle-Silberhöhe* lag im Bereich der Umsetzung von Projekten und umfasste Mitmach-Angebote an den Ge-

sundheitstagen sowie bewegungsfördernde Aktivitäten. Die Partizipation erstreckte sich nicht auf den Prozess der Projektentwicklung.

In *Hamburg Altona-Lurup* kam die Partizipation der Zielgruppen insbesondere in Mitmach- und Mitgestaltungsangeboten bei der Projektumsetzung zum Ausdruck. So hatten Kinder und Jugendliche viel Handlungs- und Spielraum bei der Ausgestaltung kreativer und musikalischer Arbeiten sowie altersangemessener Entspannungsübungen. Die Projektentwicklung erfolgte auch hier in der Regel nicht unter Beteiligung der Zielgruppen, sondern unter Einbindung von Multiplikatoren, Bürgervereinen, Elternvertretern sowie engagierten Ehrenamtlichen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Beteiligung der Zielgruppen in allen drei Fallstudien auf Mitmach- und Mitgestaltungsmöglichkeiten bei der Projektumsetzung fokussierte und die Projektentwicklung bis auf wenige Ausnahmen ohne Partizipation der Zielgruppen erfolgte.

Kooperationen

Das Setting Stadtteil bietet gegenüber Teilsettings wie Kita und Schule ein wesentlich breiteres Spektrum an potenziellen Partnern für die Entwicklung und Umsetzung von Projekten. In den Fallstudien wurde dieses Potenzial unterschiedlich genutzt.

In *Fürth-Innenstadt* waren in der Regel zwei bis fünf Akteure bzw. Institutionen in die Projekte einbezogen. Eine Besonderheit stellte dabei das ausgeprägte Engagement der Fachämter – insbesondere Sport und Umwelt – dar, die wiederum Vereine und Initiativen aus dem Umwelt- und Sportbereich für die Entwicklung und Umsetzung von Projekten mobilisierten. Bildungseinrichtungen (Schulen) waren zwar häufig beteiligt, nahmen aber selten eine eigeninitiierte und aktiv gestaltende Rolle ein. Um Schulen als eigenständigen Akteur im Stadtteil für Gesundheitsförderung zu aktivieren, sind daher noch weitere Anstrengungen – vor allem seitens der Koordinierungsstelle Gesundheit – erforderlich. Eine Zielgruppe, die stärker als bislang einbezogen werden könnte, sind Elternbeiräte.

In *Halle-Silberhöhe* haben sich an der Projektumsetzung vor allem im Handlungsfeld Gesundheitsförderung bereits aktive Einrichtungen beteiligt, die gleichzeitig über eine gute Infrastruktur (z.B. Schulküche) verfügen, die für Projekte genutzt werden konnte. In den einzelnen Projekten kooperierten zwischen zwei und acht Einrichtungen miteinander; hierzu zählen neben Grundschule, Sekundarschule, Hort sowie Kinder- und jugendärztlichem Dienst vor allem mehrere Sportvereine, eine freischaffende Ernährungsberaterin und – im Rahmen der Stadtteilgesundheitstage – gewerbliche Unternehmen.

In *Hamburg Altona-Lurup* erfolgte die Projektumsetzung mehrheitlich in Kooperation von zwei Institutionen. Auffällig war das starke Engagement der Schulen (ü-

berwiegend Grundschulen), die ebenso wie das Stadtteilhaus an vielen Projekten mitarbeiteten. Darüber hinaus haben in Altona-Lurup insbesondere Sportvereine, Kulturschaffende (Töpferwerkstatt, Grafiker, Tonstudio, Singgruppe), Kitas und andere soziale Einrichtungen (Evangelische Jugendhilfe, KiFaZ, Suchthilfezentrum) an der Projektumsetzung mitgewirkt. Besonders hervorzuheben ist, dass sich die kommunale Wohnungsbaugesellschaft aktiv in den Prozess der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung und die Projektförderung eingebracht hat.

Wirkungen der Projekte

Die Projekte wurden – mit Ausnahme der beiden Geschäftsstellen Gesundheit(sförderung) in Hamburg Altona-Lurup und Fürth-Innenstadt (vgl. Kapitel 3.4) – im Hinblick auf ihre Wirkungen nicht einzeln evaluiert. In der Regel war dies nicht möglich, da die meisten Projekte zum Ende des Forschungsvorhabens noch nicht abgeschlossen waren. Die Wirkungen der Projekte wurden jedoch im Rahmen von Gruppengesprächen und damit unter Berücksichtigung subjektiver Meinungen und gruppenbezogener Meinungsbildungsprozesse erfasst (vgl. 1.3.5). An den Gruppengesprächen nahmen die Antragsteller der Projekte, die das Projekt durchführenden Projektleiter/Fachkräfte, Vertreter der kooperierenden Einrichtungen bzw. der Zielgruppen sowie die lokalen Koordinatorinnen in der jeweiligen Fallstudienstadt teil.

Die Beurteilung der Gesamtwirkung der Projekte fiel in *Fürth-Innenstadt* in diesen Gesprächen weitgehend positiv aus. So wurde festgestellt, dass Projekte und Projektmittel der Krankenkassen und Kommune den Aufbau und die Etablierung des Themenfeldes Gesundheitsförderung in der Stadtteilentwicklung befördern und zudem Anlass für Austausch und Kooperation zwischen unterschiedlichen Akteuren bieten, die sich bis zu diesem Zeitpunkt häufig noch gar nicht kannten bzw. noch nicht zusammengearbeitet hatten. Konstatiert wurde jedoch auch, dass der Prozess der Ideenfindung für Projekte (noch) extern, z.B. durch die Geschäftsstelle, angeschoben und unterstützt werden müsse.

Die Beurteilung der Wirkungen einzelner Projekte im Hinblick auf die teilnehmenden Kinder fiel sehr differenziert und positiv aus:

- Kindern habe Wissen vermittelt werden können, z.B. über gesunde Ernährung,
- Kinder hätten nicht nur vieles über Gesundheit, sondern auch über Sozialverhalten, den Umgang miteinander sowie über Körperhygiene gelernt,
- Kinder gewännen über die Projekte Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein,
- Kinder seien stolz und begeistert bei der Sache,
- Kinder freuten sich über Aufmerksamkeit,

- Kinder seien im Projekt ruhig, ausgeglichen und aufmerksam,
- Kinder eigneten sich Fähigkeiten an – z.B. Schwimmen –, jedoch hatten diese Lernerfolge einen ausgesprochen hohen personellen Betreuungsbedarf.

Zudem wurden in den Gruppengesprächen die Wirkungen einzelner Projekte im Hinblick auf Multiplikatoren und Fachkräfte diskutiert. Positiv hervorgehoben wurde hierbei der Effekt der fachlichen Unterstützung und Weiterbildung dieses Personenkreises, z.B. durch das Hinzuziehen von qualifiziertem Fachpersonal aufgrund der entsprechenden Förderaufgabe der Techniker Krankenkasse. Zudem lernten die Multiplikatoren und Fachkräfte die besonderen Bedarfe und Wünsche der teilnehmenden Zielgruppe besser kennen.

In den Gruppendiskussionen zum Austausch über Projekterfahrungen in *Halle-Silberhöhe* wurden auch Probleme und Herausforderungen bei der Projektumsetzung erörtert. Als besonders wichtiges Thema in diesem Zusammenhang wurde die Erreichbarkeit der Eltern herausgestellt. Betont wurde, dass vielen Sozialarbeiterinnen und Erzieherinnen in Kindereinrichtungen die Eltern ihrer Schützlinge häufig nicht bekannt seien, unter anderem weil die Kinder ohne Begleitung zur Einrichtung kämen. Auch über Schulen gelänge der Zugang zu den Eltern nur schwer. Konstatiert wurde jedoch auch, dass Eltern, die sich einmal engagiert haben, häufig erneutes Engagement und Interesse zeigten. Mit Blick auf die inhaltliche Ausrichtung der Projekte bestand Einigkeit darüber, dass Angebote zur Entspannung im Stadtteil nicht angenommen würden, so dass das Themenfeld nicht weiterverfolgt werden solle. Hingegen wurde ein großer Bedarf an Projekten im Themenfeld „Gesunde Ernährung“ gesehen.

Die Beurteilung der Gesamtwirkung der Projekte fiel auch in Halle-Silberhöhe weitgehend positiv aus. Auch hier wurde hervorgehoben, dass Projekte und Fördermittel der Krankenkassen und Kommune die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung vorantrieben. Dabei wurden kurze Projektlaufzeiten (etwa ein Jahr) favorisiert, da sich Projektteilnehmer nicht über einen längeren Zeitraum binden ließen.

Ebenso fiel die Beurteilung der Wirkung einzelner Projekte auf Kinder in Halle-Silberhöhe weitgehend positiv aus. Es wurde berichtet, dass die Kinder im Projektzusammenhang ruhiger und ausgeglichener seien und sich kooperativ verhielten, begeistert mitmachen würden und die Projekte – insbesondere den Ernährungsführerschein – erfolgreich beendeten. Zudem wurden positive Wirkungen auf Multiplikatoren/Fachkräften festgestellt. So lernten Mitarbeiter von Einrichtungen mehr über die Bedarfe der Kinder. Auch die Einrichtungen selbst, insbesondere Schulen, profitierten, indem sie das Vertrauen der Eltern über die Projektangebote gewannen. Durch die externe fachliche Unterstützung (z.B. durch Hinzuziehung einer Diätassistentin) sei es zudem gelungen, die Angebote zu qualifizieren und das Personal zu professionalisieren.

In den Gruppendiskussionen zum Austausch über Projekterfahrungen in *Hamburg Altona-Lurup* wurde mit Blick auf die Gesamtwirkung der Projekte vor allem die Vielzahl kleiner Projekte positiv bewertet. Begründet wurde dies damit, dass diese Projekte Anlässe für eine kontinuierliche Kommunikation und Kooperation bieten und laufend für gesundheitsfördernde Bedarfe im Stadtteil sensibilisieren würden. Die Beurteilung der Wirkungen einzelner Projekte auf die teilnehmenden Kinder und Familien fiel ebenfalls positiv aus. Festgestellt wurde, dass das Selbstbewusstsein und die Selbstwahrnehmung der Kinder gesteigert werden konnte, dass die Kinder Spaß bei der Projektumsetzung hätten und Stolz auf die Projektergebnisse und ihre Leistungen seien. Als besonders sinnvoll wurden Projekte für kleinere Gruppen eingeschätzt, da diese Projektsituation die Möglichkeiten einer individuellen Betreuung verbessere. Positiv beurteilt wurde zudem die projektbezogene Verknüpfung gesundheitsfördernder Inhalte mit anderen Themen wie kreatives Arbeiten, Tanz und Freizeitgestaltung. Über solche Themen, die für die Teilnehmenden zunächst im Vordergrund stehen und mit Spaß und Freude verbunden sind, könnten die Zielgruppen dann auch erfolgreich an für sie weniger attraktiven gesundheitsfördernde Themen herangeführt werden. In Hinblick auf die Wirkungen einzelner Projekte auf Multiplikatoren und Fachkräfte wurden positive Effekte für die Weiterqualifizierung der Kursleiterinnen, den eigenen Ruf im Kollegenkreis im Stadtteil und der damit einhergehende Kompetenzgewinn hervorgehoben.

Zukunftswünsche

Abschließend wurden in den Gruppengesprächen in allen drei Fallstudien vor dem Hintergrund der Erfahrungen und Wirkungen der Projekte Wünsche für die Zukunft erfragt. Hierbei glichen sich die Antworten in den drei Fallstudien; gewünscht wurden vor allem

- Kontinuität und eine damit verbundene Nachhaltigkeit der Projekte,
- Verstetigung und Ausbau eigener und erfolgreicher Projekte,
- neue Projekte in den Themenfeldern gesunde Ernährung, Hygiene, Bewegung und Schwimmen, Sexualpädagogik, allgemeine Lebenskompetenzen,
- Projekte in neuen Themenfeldern wie Zahngesundheit, Sinnesschulungen sowie Projekte für junge Mütter und ihre Babys,
- neue Ansätze wie Kompetenzteams zur Gesundheitsförderung an allen Grundschulen und Ausbau der Ganztagschulen,
- Einsatz von Fachpersonal in den Projekten.

In den Fallstudien-Stadtteilen zeigen sich in Hinblick auf die Projektentwicklung und -umsetzung vor allem folgende Ergebnisse:

- Das Angebotsspektrum der Projekte ist breit angelegt und umfasst nicht nur klassische Gesundheitsthemen, sondern im Sinne eines umfassenden Gesundheitsbegriffs auch Maßnahmen beispielsweise in den Bereichen Umwelt und Natur. Gleichwohl dominieren Bewegungs- und Ernährungsprojekte sehr stark.
- Die im Rahmen der Vorort-Analysen ermittelten Bedarfslagen werden bei der Projektentwicklung in einigen Handlungsfeldern aufgegriffen (v.a. Ernährung, Bewegung). Andere Handlungsbedarfe bleiben dagegen bislang unberücksichtigt (z.B. Zahngesundheit).
- Überwiegend werden der Stadtteilbezug und der projektspezifische Nutzen für das Quartier in der Konzeption bzw. dem Antrag zum Projekt dargelegt, teilweise wird der Bezug zum Stadtteil jedoch allein geografisch und mit der räumlichen Lage der durchführenden Einrichtung (Schule, Kita u.a.) begründet.
- Soziale Ungleichheiten und gesundheitliche Benachteiligungen werden beim Projektzuschnitt und bei der Zielgruppenansprache berücksichtigt.
- Die Angebote richten sich überwiegend an Sechs- bis 14-Jährige sowie deren Eltern; jüngere Kinder, ältere Jugendliche sowie junge Erwachsene werden dagegen deutlich weniger in den Blick genommen. Der Zugang zu den Eltern und deren Einbindung erweisen sich häufig als schwierig.
- Die Projektentwicklung erfolgt in der Regel ohne Partizipation der Zielgruppen, während die Umsetzung vielfach Mitmach- und Mitgestaltungsmöglichkeiten umfasst. Ausgeprägt ist die Partizipation vor allem dort, wo Mitwirkungsstrukturen (z.B. im Rahmen des Quartiermanagements) bereits erprobt wurden und wo – zumindest teilweise – eigenständig im Stadtteil über Mittel zur Förderung von Maßnahmen verfügt werden kann.
- In der Regel kooperieren in den Projekten mehrere Akteure und Institutionen, wobei vor allem Schulen häufig beteiligt sind.
- Geschlechtsspezifisch ausgerichtete Projekte und Maßnahmen stellen die Ausnahme dar.
- Die Mehrzahl der in den Fallstudien entwickelten Projekte hat eine Laufzeit von bis zu einem Jahr.
- Förderlich für die Beteiligung der Zielgruppen sind eher kleine Projekte mit überschaubarer Teilnehmerzahl und einer vergleichsweise kurzen Laufzeit.

- Einige Projekte werden mit Unterstützung der Krankenkassen qualifiziert; in diesem Zusammenhang hilfreich ist die Weiterbildung von Multiplikatoren aus dem Stadtteil.

4.1.3 Qualitätskriterien/Qualitätsanforderungen

Der Prozess der Projektentwicklung und -umsetzung von der Idee über die Umsetzung bis zur Auswertung sollte Gegenstand von Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung sein. Eine wichtige Herausforderung hierbei ist es, geeignete Beteiligungsformen für Zielgruppen und potenzielle Projektträger sowie weitere Vorort-Akteure zu entwickeln, so dass diese den Projektentwicklungs- und -umsetzungsprozess aktiv mitgestalten, indem sie beispielsweise Ideen einbringen und Bedarfe artikulieren und an der Umsetzung und Auswertung mitwirken bzw. diese federführend verantworten. Zugleich kann der Austausch zwischen Projektträgern und Projektbeteiligten über den Verlauf und die Wirkungen der Projekte, über gute lokale Praxis und funktionierende Angebote wesentlich dazu beitragen, aus Erfahrungen zu lernen und Projekte zu qualifizieren.

Als Grundlage hierfür können die folgenden Kriterien für gute Praxis von Maßnahmen und Projekten im Bereich gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung dienen, deren Entwicklung und Zusammenstellung auf verschiedenen Good-Practice-Analysen basieren (Difu 2003a, 2004, 2006; BZgA 2005; Böhme u.a. 2006) und die unabhängig von einer konkreten Zuordnung eines Projekts zu einem bestimmten thematischen Handlungsfeld Anwendung finden können. Dabei wird zwischen Basiskriterien und Zusatzkriterien differenziert. Basiskriterien sind Kriterien, die bei der Projektentwicklung für eine Qualitätssicherung der Maßnahmen auf jeden Fall zu berücksichtigen sind, während die Beachtung der Zusatzkriterien stärker von der spezifischen Projektausrichtung abhängig ist.

Basiskriterien

- *Stadtteilorientierung:* Maßnahmen- und Projekte gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung müssen einen klaren Bezug zum Stadtteil, zum Quartier haben und damit gebietsbezogen ausgerichtet sein. Dieser Bezug kann in der Konzeption des Projekts oder der Maßnahme selbst verankert sein. Die gebietsbezogene Ausrichtung kann aber auch dadurch hergestellt sein, dass das Projekt oder die Maßnahme Bestandteil eines – möglichst politisch abgesicherten – Integrierten Entwicklungs- und Handlungskonzeptes für den Stadtteil ist und damit gleichzeitig gewährleistet ist, dass die Maßnahme oder das Projekt Teil eines umfassenden stadtteilbezogenen Zielsystems ist und keine isolierte Einzelaktivität bleibt. Stadtteilorientierung bedeutet aber nicht, dass durch das Projekt oder die Maßnahme immer der gesamte Stadtteil in den

Blick genommen werden muss; Stadtteilorientierung liegt auch dann vor, wenn die Maßnahme oder das Projekt auf zentrale Einrichtungen bzw. Settings im Stadtteil wie Schule oder Kitas ausgerichtet ist. In diesem Fall ist die Kooperation verschiedener Stadtteilakteure bedeutsam und unterscheidet das jeweilige Projekt von anderen schulinternen oder rein kitabezogenen Aktivitäten.

- *Gesundheitsorientierung*: Es muss eine Projektkonzeption existieren, aus der ein klarer Zusammenhang mit Gesundheit sowie eine hierauf basierende Formulierung eines Gesundheitsziels hervorgehen, sodass damit eine explizite Gesundheitsorientierung vorliegt. Bei Projekten und Maßnahmen, die nicht primär zum Gesundheitsbereich zählen (z.B. Projekte und Maßnahmen in den Handlungsfeldern Wohnen und Wohnumfeld sowie Umwelt), reicht es auch aus, wenn die implizite Gesundheitsorientierung deutlich erkennbar wird.
- *Zielgruppenorientierung*: Die Zielgruppe muss präzise eingegrenzt sein und – zumindest teilweise – der Gruppe „Sozial Benachteiligte“ (insbesondere auch Migranten) angehören. Das Projekt oder die Maßnahme kann sich zudem an Multiplikatoren für diese Zielgruppe richten.
- *Beteiligung*: Es müssen zielgruppengerechte Voraussetzungen für eine Beteiligung geschaffen sein, denn gesundheitsfördernde Maßnahmen und Projekte haben nur dann eine Chance auf nachhaltigen Erfolg, wenn die Zielgruppe aktiv mitwirken kann. Insbesondere durch umfassende Beteiligungsformen, die eine Mitwirkung in allen Phasen von der Definition der Problemlagen und der Prioritätensetzung über die Projektentwicklung bis zur Umsetzung ermöglichen, wird dieses Qualitätskriterium erfüllt. Zudem sind niedrighschwellige und/oder aufsuchende Beteiligungsangebote, mit denen gemeinhin beteiligungsferne Bevölkerungsgruppen angesprochen werden, von zentraler Bedeutung.
- *Kooperation*: In das Projekt involvierte Akteure und Einrichtungen sollten in stabilen und vernetzten Strukturen kooperieren. Dabei kann es sich um Kooperationen innerhalb der Kommunalverwaltung handeln, um Kooperationen der Kommunalverwaltung mit Einrichtungen außerhalb der Verwaltung und im Stadtteil oder um Kooperationen verwaltungsexterner und/oder Stadtteilakteure untereinander. Wichtig hierbei ist auch, bislang üblicherweise zu wenig eingebundene Kooperationspartner wie Krankenkassen und Ärzte für eine Zusammenarbeit zu gewinnen.

Zusatzkriterien

- *Verknüpfung von Verhaltens- und Verhältnisprävention*: Erfolgreiche gesundheitsfördernde Strategien verbinden beide Ansätze miteinander. Denn Maß-

nahmen, die allein auf die Beeinflussung des Verhaltens setzen, greifen zu kurz, wenn nicht auch die Lebensumstände der Menschen berücksichtigt werden, deren Verhalten beeinflusst werden soll. Nicht in jedem Einzelprojekt wird die Verknüpfung aber möglich und auch sinnvoll sein.

- *Innovativer Gehalt:* Innovative Projekte sind solche, mit denen bisherige Vorgehens- und Verfahrensstandards überschritten und neue Wege gegangen werden. Sie zeichnen sich also durch ein besonderes Maß an Kreativität und Experimentierfreude aus, allerdings sollte der „innovative Gehalt“ immer problemadäquat, zielführend und damit inhaltlich begründet sein. Zudem kann ein Projekt/eine Maßnahme, die an einem Ort zu einem bestimmten Zeitpunkt innovativ ist, woanders bereits Standard sein.
- *Impulswirkung:* Ein einzelnes Projekt, eine einzelne Maßnahme kann eine große Impulswirkung für die gesamte stadtteilbezogene Gesundheitsförderung haben (Anstoßwirkung im Sinne von „Leuchtturmprojekten“). Impulswirkung kann aber auch dadurch entstehen, dass eine Maßnahme in andere Stadtteile transferiert wird.
- *Kommunikation:* Projekte und Maßnahmen können durch Kommunikation dazu beitragen, für das Themenfeld Gesundheitsförderung und Stadtteilentwicklung zu sensibilisieren und das Problembewusstsein und Engagement möglichst vieler Akteure für das Themenfeld zu befördern. Kommunikation in diesem Sinne ist auch, wenn das Projekt eine Plattform zur Ermöglichung und Erleichterung der Partizipation der Bürger (z.B. in Form von Anregungen, Beschwerden und Fragen) einrichtet und beständig pflegt (z.B. über eine eigene Projekt-Website, regelmäßige Newsletter, Informationsbroschüren). Darüber hinaus umfasst Kommunikation den regelmäßigen Kontakt zu lokalen und regionalen Informationsmedien.
- *Befähigung und Qualifizierung/Ressourcenorientierung:* Wesentliches Ziel von Gesundheitsförderung ist die Befähigung und Qualifizierung (Empowerment) der Bevölkerung zur selbstverantwortlichen gesundheitsfördernden Gestaltung ihrer Lebensbedingungen. Viele Projekte und Maßnahmen setzen daher direkt bei der Zielgruppe der sozial Benachteiligten an, bauen auf deren Stärken und Ressourcen auf und unterstützen sie mittels Information, gesundheitsbezogener Bildung sowie der Verbesserung ihrer Kompetenzen im Umgang mit Gesundheit bei der Entwicklung ihrer Persönlichkeit und Fähigkeiten. Auch die Befähigung und Qualifizierung von Multiplikatoren für diese Zielgruppe erfüllt indirekt dieses Kriterium.
- *Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Aspekten:* Dieses Kriterium resultiert aus der Erkenntnis, dass Mädchen und Jungen unterschiedliche gesundheitliche Belastungen, aber auch Ressourcen aufweisen, was ein geschlechtsspezifisches Vorgehen erfordert. Durch geschlechtsspezifische Aus-

richtung können Wirksamkeit und Akzeptanz von Maßnahmen und Projekten stadtteilbezogener Gesundheitsförderung erhöht werden.

- *Diversity-Orientierung:* Hintergrund für dieses Kriterium ist die Erkenntnis, dass Migranten sowie – weiter differenziert – verschiedene ethnische, kulturelle und soziale Gruppen unterschiedliche Anforderungen an gesundheitliche Dienstleistungen stellen und bei der Projektentwicklung daher die vielfältigen ethnischen, kulturellen und sozialen Prägungen der Zielgruppen und an Gesundheitsförderung partizipierenden Personen wahrgenommen, genutzt und gefördert werden sollten.
- *Langfristigkeit:* Diese Kriterium zielt darauf, dass Projekte und Maßnahmen nicht nur aus einmaligen oder kurzfristigen Aktionen bestehen, sondern langfristig konzipiert sein sollten, so dass deren aufgebaute Strukturen auch nach der anfänglichen Förderung weiter existieren und deren intendierte gesundheitsfördernden Wirkungen nach Ablauf des Vorhabens fortauern.
- *Evaluation und Qualitätsmanagement:* Die Wirksamkeit von Projekten und Maßnahmen kann durch Selbst- oder Fremdevaluation nachgewiesen und ihre Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität aufgrund der Evaluationsergebnisse im Sinne eines Qualitätsmanagements kontinuierlich entwickelt und verbessert werden.

4.1.4 Empfehlungen

Bund und Länder

- Bund und Länder sollten geeignete Kommunikationsplattformen für den direkten Wissenstransfer und Erfahrungsaustausch zwischen Kommunen, Krankenkassen, Quartiermanagern, Wissenschaft und anderen relevanten Akteuren über Kriterien guter Praxis für Projekte und Maßnahmen einer gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung beispielsweise im Rahmen von Veranstaltungen im Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ oder des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ (weiter)entwickeln.
- Von Bund und Ländern im Bereich gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung geförderte Modellvorhaben und -projekte (u.a. gesundheitsbezogene Modellvorhaben „Soziale Stadt“, Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten) sollten in Hinblick auf Erfolg versprechende Handlungsansätze und deren Übertragbarkeit auf andere Stadtteile untersucht werden.

- Um spontane und eher zufällige Projekte zugunsten strategisch ausgerichteter Projektentwicklungen zu vermeiden, scheint ein gemeinsamer Aktionsrahmen, ein gemeinsames Handlungskonzept für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung unerlässlich. Nur auf diese Weise kann die Einbettung der Einzelprojekte in eine übergreifende Strategie- und Zielentwicklung sichergestellt werden.
- Der Projektfindungsprozess sollte mit möglichst viel Offenheit und Transparenz und unter Beteiligung der Stadtteilöffentlichkeit geführt werden. Um die Quartiersbevölkerung für die Teilnahme an diesem Diskussionsprozess erfolgreich zu motivieren, müssen verstärkt zielgruppenorientierte Aktivierungs- und Beteiligungsansätze, insbesondere neue Methoden mit Betonung niedrigschwelliger Angebote, zum Einsatz kommen und die hierfür erforderlichen Personal- und Sachmittel bereitgestellt werden.
- Um eine möglichst hohe Projektqualität und starke Wirkung für die gewünschten Zielgruppen zu erreichen, sollte prozessbegleitend eine Verständigung über gute lokale Praxis und funktionierende Angebote unter den Prozessbeteiligten (Fachämter, Quartiermanagement/Koordinierungsstelle Gesundheit, Krankenkassen, Gesundheitsakteure im Stadtteil u.a.) als ein Beitrag zu Qualitätsmanagement und -entwicklung erfolgen. Auf dieser Basis kann Bewährtes ermittelt und auf weitere Zielgruppen und Standorte ausgeweitet werden. Darüber hinaus kann ein solcher Prozess auch der Schärfung des Stadtteilbezugs der Projekte dienen.
- Damit der Prozess der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung weniger den Charakter eines „kurzfristigen Strohfeuers“ als vielmehr eines „längerfristigen Engagements“ hat, sollten neben kleineren kurzfristigen Projekten auch ein/zwei „Schlüsselprojekte“ längerfristig über mehrere Jahre durchgeführt und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit evaluiert werden.
- Verstärkt sollten gesundheitsfördernde Projekte und Angebote für Kleinkinder, ältere Jugendliche und junge Erwachsene entwickelt bzw. entsprechende Einrichtungen und Multiplikatoren (Kitas, Jugendclubs, Beschäftigungsträger) in der Projektentwicklung unterstützt werden.
- Analog gilt es, die Lücke bei geschlechtsspezifischen und kultursensiblen Projekten und Angeboten zu schließen.

Krankenkassen

- Die Krankenkassen sollten ihr Wissen und ihre Erfahrungen aktiv in die Projektentwicklung einbringen. Dies könnte beispielsweise nach dem Vorbild der

Techniker Krankenkasse durch regionale Präventionsbeauftragte erfolgen. Auf diese Weise können die Kassen einen wichtigen Beitrag zur Qualifizierung der Angebote und Maßnahmen leisten.

- Darüber hinaus können die Krankenkassen durch die Bereitstellung von Schulungspersonal für die Qualifizierung von Stadtteil-Multiplikatoren einen Beitrag zum Erfolg gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung leisten. Indem dezentral Wissen bei Stadtteilakteuren platziert wird, das auch über das eigentliche Projekt hinaus Wirkung entfalten kann, wird ein wichtiges Kriterium der nachhaltigen Setting-Förderung erfüllt.
- Schließlich sollten die Krankenkassen prüfen, welche ihrer Eigenprojekte für die Gesundheitsförderung in benachteiligten Stadtteilen geeignet sind bzw. hierfür qualifiziert werden können, und diese Projekte den Akteuren vor Ort zum Einsatz anbieten.

4.2 Nutzung vorhandener und Schaffung neuer Finanzierungsmodelle

4.2.1 Hintergrund und Untersuchungsfragen

Zentral für eine erfolgreiche gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung ist die ausreichende Finanzierung sowohl von Projekten als auch der erforderlichen Koordinierungs- und Vernetzungsaktivitäten. Dabei lassen sich vor allem drei Finanzierungsquellen unterscheiden:

- *Programm- und Modellprojektförderung durch Bund und Länder:* Es existiert bislang zwar kein Förderprogramm von Bund oder Ländern, das explizit und exklusiv auf gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung ausgerichtet ist. Gleichwohl gibt es einige Programme und Modellprojektförderungen, deren Fördermittel – neben anderen Bereichen – auch für Gesundheitsförderung im Quartier eingesetzt werden können. Hierzu zählen:
 - ▲ das Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ (insbesondere sozial-integrative Modellvorhaben „Soziale Stadt“),
 - ▲ das Programm „STÄRKEN vor Ort“ als Nachfolger des ESF-Programms „Lokales Kapital für soziale Zwecke (LOS)“,
 - ▲ der Nationale Aktionsplan „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ (insbesondere Förderschwerpunkt „Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten“),
 - ▲ verschiedene Modellprojektförderungen der Länder.
- *Kommunale Haushaltsmittel:* Vor dem Hintergrund der angespannten kommunalen Haushalte sind die finanziellen Spielräume für Prävention und Ge-

sundheitsförderung eher gering – zumal Gesundheitsförderung zu den freiwilligen Gestaltungsaufgaben der Kommunen gehört. Nur vereinzelt besitzen Kommunen daher einen eigenen Haushaltstitel für Gesundheitsförderung. Da kommunale Gesundheitsförderung eine Querschnittsaufgabe darstellt, kommen für die Finanzierung gesundheitsfördernder Stadtteilaktivitäten aber nicht nur exklusive Mittel des Gesundheitsbereichs, sondern auch Etats anderer kommunaler Ressorts in Betracht. Insbesondere ist hier an Mittel der Bereiche Umwelt, Grünflächen, Bauen, Sport sowie Bildung zu denken.

- *Mittel der Krankenkassen:* Seit der Gesundheitsreform 2000 sind die Krankenkassen verpflichtet, Leistungen der Primärprävention im Rahmen des § 20 Sozialgesetzbuch V durchzuführen. Entsprechende Maßnahmen sollen vor allem einen Beitrag zur Verringerung sozialer Ungleichheit leisten. Im Leitfaden der Krankenkassen (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2008) zur Umsetzung dieser Vorschrift ist für den Setting-Ansatz explizit die Förderung von präventiven Stadtteilaktivitäten erwähnt. Dabei wird ein Schwerpunkt auf benachteiligte Stadtteile und die Verknüpfung mit dem Programm „Soziale Stadt“ gelegt. Grundsätzlich können Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz von Krankenkassen finanziell in folgenden Bereichen unterstützt werden:
 - ▲ Bedarfserhebung,
 - ▲ Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen,
 - ▲ Öffentlichkeitsarbeit,
 - ▲ Fortbildung von Multiplikatoren in Prävention und Gesundheitsförderung sowie Dokumentation,
 - ▲ Evaluation und Qualitätssicherung.
- ▲ Bei den verhaltenspräventiven Maßnahmen werden folgende Handlungsfelder prioritär gefördert: Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressbewältigung/Entspannung, Suchtmittelkonsum. Die Förderung beschränkt sich im Wesentlichen auf nicht investive Kosten und stellt daher in den Gebieten der „Sozialen Stadt“ eine gute Ergänzung zu den investiven städtebaulichen Fördermitteln dar.

Untersuchungsfragen

Vor diesem Hintergrund wurde im Forschungsprojekt insbesondere folgenden Fragestellungen nachgegangen:

- Welche Finanzmittel und Förderquellen lassen sich für eine kontinuierliche und strukturell verankerte Stärkung stadtteilbezogener Gesundheitsförderung erschließen?

- Unter welchen Voraussetzungen setzen kommunale Fachämter ihre Haushaltsmittel stärker als bislang für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung ein?
- Wie lassen sich die Mittel der Krankenkassen im Setting Stadtteil möglichst einfach und dennoch an den Förderkriterien der Krankenkassen orientiert für die Gesundheitsförderung im Stadtteil zum Einsatz bringen?
- Wie gelingt eine von Kommunen und Krankenkassen gemeinsam getragene Förderung von Projekten und Maßnahmen für die Gesundheitsförderung im Stadtteil?
- Wie kann es gelingen, das Wissen über potenzielle Finanzierungsquellen für die Gesundheitsförderung im Stadtteil bei Vorort-Akteuren zu verbessern?

4.2.2 Ergebnisse aus den Fallstudien

Durch die Bereitstellung von finanziellen Mitteln der am Forschungsvorhaben beteiligten Krankenkassen(verbände) konnten für die projektbezogene Umsetzung der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung wesentliche Voraussetzungen geschaffen und Impulse gesetzt werden (vgl. Kapitel 3 und 5.3). Dieser Anstoß wiederum gab den Kommunen Anlass, das Engagement der Krankenkassen durch eigene Förderangebote zu ergänzen sowie eigene Akzente zu setzen.

Fürth-Innenstadt

In der Innenstadt von Fürth ging die Entscheidung für die Teilnahme am Forschungsvorhaben mit der Erklärung der Kommune einher, sich für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung einzusetzen. So wurde zu Beginn des Forschungsprojektes beschlossen, einen Teil der Programmmittel „Soziale Stadt“ für etwa drei größere Projekte im Themenfeld Gesundheitsförderung zur Verfügung zu stellen. Der Aktivspielplatz, der mit diesen Mitteln finanziert wird, sollte dem im Aufbau befindlichen Prozess der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung einen Impuls geben und die Bereitschaft der Kommune signalisieren, sich für das Thema stark zu machen. Hingegen wurden ausdrücklich keine Modellvorhaben der „Sozialen Stadt“ oder Mittel aus dem Aktionsfonds „Soziale Stadt“ zum Einsatz gebracht.

Durch das Engagement der Kommune, Gesundheitsförderung als Teil der sozialen und integrierten Stadtteilentwicklung zu etablieren, gelang es zudem, Gesundheitsförderung als ein Handlungsfeld verschiedener Fachpolitiken und Fachämter zu entwickeln. Insbesondere das Natur- und Umwelt- sowie das Sportamt enga-

gierten sich hier und stellten eigene Haushaltsmittel für die Umsetzung von Projekten zur Verfügung.

Diskutiert, jedoch nicht abschließend entschieden wurde, dass die an der Steuerungsgruppe beteiligten Fachämter (Stadtentwicklung, Jugend, Soziales, Integration, Natur und Umwelt, Sport) jährlich einen Teil ihrer Haushaltsmittel in einen gemeinsamen Finanzierungstopf für die Gesundheitsförderung im Stadtteil einzahlen, um so Mittel für die Umsetzung von handlungsrelevanten Projekten zur Verfügung zu stellen. Dieser Topf sollte der Funktion nach dem Aktionsfonds der „Sozialen Stadt“ gleichkommen.

Das finanzielle Engagement der Kommune (Haushalte der Fachämter und Programmmittel „Soziale Stadt“) zielte nicht zuletzt auf die Komplementierung und Ergänzung finanzieller Förderungen der Krankenkassen(verbände). Dies war auch erforderlich, denn ein Teil der Projekte, denen zwar ein starker Bezug zum Thema Gesundheitsförderung bescheinigt wurde, entsprach dennoch nicht den Förderkriterien der Krankenkassen und war daher über diese nicht förderfähig.

Halle-Silberhöhe

In Halle-Silberhöhe war die Ausgangslage für ein finanzielles Engagement der Kommune für die stadtteilbezogene Gesundheitsförderung zum Zeitpunkt der Durchführung des Forschungsvorhabens schlecht. Eine Haushaltssperre verhinderte Aktivitäten in diesem Bereich. Das finanzielle Engagement beschränkte sich daher hier auf das der am Forschungsvorhaben beteiligten Krankenkassen(verbände). Weitere Finanzierungsquellen konnten für den Projektzusammenhang nicht akquiriert oder mobilisiert werden.

Hamburg Altona-Lurup

In Hamburg Altona-Lurup bekundeten sowohl die Landesbehörde (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz) als auch die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG)¹ zu Beginn des Forschungsvorhabens ihr Interesse und ihren Willen zur Unterstützung durch eine gemeinsame Finanzierung und Förderung einer lokalen Geschäftsstelle Gesundheitsförderung (vgl. Kapitel 3). Zudem stand in Lurup für die Umsetzung von Pro-

1 Die HAG ist eine landesweit arbeitende Vereinigung und verbindet Akteure aus allen für die Gesundheitsförderung relevanten Sektoren und Arbeitsfeldern. Sie koordiniert und vernetzt gesundheitsfördernde Aktivitäten und Projekte. Sie erhält Gelder für einen „Projektfördertopf“ von der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz und von den Hamburger Krankenkassen sowie freiwillige Mitgliedsbeiträge und Spenden. Beteiligte Krankenkassen sind die AOK-Rheinland/Hamburg, die Betriebskrankenkassen Landesverband NORD, die Innungskrankenkassen Hamburg und der Verband der Ersatzkassen e.V.

jekten der integrierten Stadtteilentwicklung bereits ein Aktionsfonds in Höhe von jährlich 10 000 Euro zur Verfügung, dessen Mittel durch ein basisorientiertes Gremium, das Luruper Forum, vergeben werden.

Dieses finanzielle Engagement stellte für die am Forschungsvorhaben beteiligten Krankenkassen(verbänden) eine gute Basis und Voraussetzung dar, die schon laufenden Bemühungen für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung durch eigene Fördermittel zu ergänzen. Zum einen förderte die Techniker Krankenkasse einen Verfügungsfonds Gesundheit (vgl. Kapitel 5.3), zum anderen haben der BKK Bundesverband und der BKK Landesverband NORD Projektmittel in Höhe von 20 000 Euro bereitgestellt.

Zudem konnte durch das in Altona-Lurup bereits existierende Netzwerk für Gesundheitsförderung auch die kommunale Wohnungsbaugesellschaft für eine finanzielle Beteiligung an der Umsetzung eines Projektes gewonnen werden.

Dem Problem, dass einige Projektideen nicht mit den Förderkriterien der Krankenkassen übereinstimmten und daher eine Förderung durch die Kassen abgelehnt wurde, konnte für kleinere Projekte mitunter durch eine Förderung über den bereits bestehenden Aktionsfonds Aktive Stadtteilentwicklung abgeholfen werden.

Fazit

Insbesondere durch die Bereitstellung von finanziellen Mitteln der am Forschungsvorhaben beteiligten Krankenkassen(verbände) und Kommunen (in Hamburg Landesmittel) konnten für die projektbezogene Umsetzung der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung in den Fallstudien gute Voraussetzungen geschaffen und Impulse gesetzt werden. Die Bereitschaft von Kommune *und* Krankenkassen(verbänden), sich für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung – zumindest für den Zeitraum des Forschungsvorhabens – finanziell zu engagieren, hat dazu geführt, dass aufeinander abgestimmte Maßnahmen und Projekte entwickelt und umgesetzt werden konnten. Insbesondere in der Fürther Innenstadt, wo Instrumente der Programmumsetzung „Soziale Stadt“ greifen und entsprechende Programmmittel zur Verfügung stehen, sowie in Hamburg Altona-Lurup, wo noch öffentliche Finanzmittel für die Nachsorge nach Auslaufen der Programmförderung „Soziale Stadt“ bereit stehen, kann davon ausgegangen werden, dass als erfolgreich bewährte Maßnahmen und Projekte auch über die Laufzeit des Forschungsvorhabens hinaus gefördert werden. Verwaltungs- und Krankenkassen-externe Akteure konnten in allen drei Fallstudien leider nur in Ausnahmefällen für die Förderung von Projekten der Gesundheitsförderung im Stadtteil gewonnen werden.

4.2.3 Qualitätskriterien/Qualitätsanforderungen

Die Ergebnisse der Fallstudien zeigen, dass verschiedene Qualitätsanforderungen die Nutzung vorhandener und die Schaffung neuer Finanzierungsmodelle im Setting Stadtteil befördern (vgl. auch Bär/Böhme/Reimann 2009b):

- Fördermittel, für deren Vergabe einfache Antragsverfahren ausreichen, befördern bewohnergetragene und lokal verankerte Projekte. Kennzeichnend hierfür sind niedrigschwellige und unbürokratische Verfahren, die auch kleine Projektideen realisierbar machen. Lokale Quartiermanagements oder Koordinierungsstellen können in diesem Verfahren Antragsqualifizierungen unterstützen.
- Quartiersbezogene Rahmenverträge bzw. pauschale Förderzusagen auf der Grundlage eines integrierten Handlungskonzeptes für den Stadtteil können im Setting Stadtteil neue, qualitätsgesicherte und für die beteiligten Akteure verlässliche Möglichkeiten schaffen, Projekte finanziell und inhaltlich abzusichern und das Förderspektrum zu erweitern.
- Ein selbstverwalteter Verfügungsfonds für Gesundheitsförderung kann die Stadtteilarbeit und die Aktivierung von vielen – auch wenig professionalisierten – Akteuren für die Gesundheitsförderung vor Ort befördern. Die schnelle, unbürokratische Bezuschussung kleiner Vorhaben unterstützt dezentral im Stadtteil das vorhandene Engagement und führt zu einer zügigen Realisierbarkeit von Ideen. Zuwendungsgebern wird zudem der Aufwand einer kleinteiligen Mittelbewilligung und -abrechnung erspart. Die Vergabe der Mittel erfolgt idealerweise durch Stadtteilgremien, in denen lokale Akteure und Bewohnerschaft vertreten sind, oder durch eine eigens eingerichtete Bürgerjury.
- Eine möglichst langfristige Finanzierung der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung sollte bei allen Überlegungen zu möglichen Finanzierungsmodellen Richtschnur sein. Sie ist Voraussetzung für eine kontinuierliche und strukturell verankerte Stärkung der Gesundheitsförderung in Kommunen und für die dauerhafte Anlage von Angeboten und Maßnahmen.

4.2.4 Empfehlungen

Adressatenübergreifend

- Häufig werden für die Finanzierung einzelner gesundheitsfördernder Projekte und Maßnahmen verschiedene Finanzierungsquellen gebündelt. Dabei stellen sich in der Praxis vor Ort vor allem die Nicht-Kompatibilität verschiedener Fördermittel, die unterschiedliche Laufzeit von Förderungen, aber auch eine mangelhafte Transparenz der Mittelflüsse als hinderlich heraus. Dadurch

kommt es auf Stadtteilebene zu erheblichem Koordinationsaufwand und Personalbedarf. In diesem Zusammenhang erforderlich ist daher eine stärkere Harmonisierung der Förderungen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene sowie zwischen und mit den Krankenkassen.

- Zudem sollte die noch einen Schritt weiter gehende und unter dem Motto „Quirlen statt Bündeln“ (IfS 2004: 186) stehende Idee eines einheitlichen Finanzierungstopfs für stadtteilbezogene Gesundheitsförderung geprüft werden. In einem solchen Topf würden Gelder aus relevanten Förderprogrammen, der Krankenkassen, der Kommune, von Stiftungen u.a. zusammengeführt, um ihn dann als einheitliche und flexible Finanzierungsquelle für die Umsetzung gesundheitsfördernder Stadtteilprojekte einsetzen zu können. Auf diese Weise könnte der angesichts häufig sehr kleiner Projektsummen (in den Fallstudien regelmäßig unter 1 000 Euro) oft unverhältnismäßig hohe „Filetierungsaufwand“ bei der Projektfinanzierung vermieden werden.

Bund und Länder

- Bund und Länder sollten in Art. 6 Abs. 1 der Verwaltungsvereinbarung Städtebauförderung als Zweck für den Einsatz von Mitteln für Modellvorhaben „Soziale Stadt“ den Bereich Gesundheitsförderung ergänzen. Analog sollte ein entsprechender Hinweis in die Ausschreibungen und Richtlinien der Länder zu den Modellvorhaben „Soziale Stadt“ aufgenommen werden.
- Die Gesundheitsministerien des Bundes und der Länder sollten die Auflage eines quartiersbezogenen Präventionsprogramms prüfen, das u.a. als Partnerprogramm zur „Sozialen Stadt“ fungieren könnte.
- Um generell die aufwändige Mittelakquise und -bündelung auf kommunaler, Quartiers- und Projektebene zu erleichtern, sollten die Länder Informationsstellen einrichten, die über ministerienübergreifende Förderkenntnisse verfügen und u.a. auch über Fördermöglichkeiten gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung Auskunft geben können.
- Wissen zu Finanzierungsmöglichkeiten gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung könnte zudem landesspezifisch bei den Regionalen Knoten des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ gebündelt und durch die Knoten an Kommunen und Quartiere weitergegeben werden.

- Stärker als bisher sollten Kommune und Quartiersebene die Möglichkeit nutzen, gesundheitsfördernde Stadtteilprojekte unter Ausnutzung der Mittel für sozial-integrative Modellvorhaben „Soziale Stadt“ zu finanzieren. Die bisherige Bilanz der geförderten Modellvorhaben zeigt, dass das Potenzial für Gesundheitsprojekte noch nicht umfassend ausgeschöpft wird.
- Häufig werden finanzielle Mittel lediglich zeitlich befristet bereitgestellt. Dies reicht für eine kontinuierliche und strukturell verankerte Stärkung der Gesundheitsförderung in Kommunen nicht aus. Eine langfristige finanzielle Absicherung ist als Basis für die dauerhafte Anlage von Angeboten und Maßnahmen erforderlich. Hierfür kann die Erschließung vergleichsweise neuer Finanzierungsquellen – beispielsweise Krankenkassen, Wohnungsbaugesellschaften, Stiftungen und Sponsoren – durch Kommune und Quartiersebene hilfreich sein, um eine finanzielle Absicherung auch jenseits öffentlicher Förderung zu gewährleisten.
- Schließlich sollte die Kommune einen eigenen Haushaltstitel für die kommunale Gesundheitsförderung einrichten, mit dem auch stadtteilbezogene Aktivitäten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung finanziert werden können.

Krankenkassen

- Die Krankenkassen sollten ihre umfangreichen Antragsanforderungen „verschlanken“, da diese vor allem für Projekte, die nur vergleichsweise geringe Förderbeträge benötigen und von eher wenig professionalisierten Trägern oder von Bewohnern getragen sind, oft eine erhebliche Hürde bei der Beantragung von Projektmitteln darstellen.
- Alternativ zu einzelfallbezogenen Antragsverfahren sollten die Kassen zudem – soweit als Basis hierfür ein integriertes Handlungskonzept für den Stadtteil vorliegt – quartiersbezogene Rahmenverträge für einen festgelegten Zeitraum bzw. pauschale Förderzusagen bis zu einer bestimmten Summe prüfen, die den Abruf von Mitteln für kleinere Projekte auf Basis wenig aufwändiger Antragsskizzen erlauben.
- Der Leitfaden Prävention der Krankenkassen sollte den Anforderungen stadtteilbezogener Gesundheitsförderung angepasst werden: zum einen indem der Katalog der prioritären thematischen Handlungsfelder für die Primärprävention um solche Handlungsfelder erweitert wird, die insbesondere geeignet sind, sozial benachteiligte Stadtteilbewohner und vor allem auch Migranten erfolgreich zu erreichen, und die damit quasi einen Schlüssel zur Gesundheitsförderung bei diesen Zielgruppen darstellen (z.B. Tanz-, Schwimm- und Ballspiel-

angebote). Zum anderen sollten die Qualitätsanforderungen an Anbieter und Kursleiter gesundheitsfördernder Maßnahmen im Setting Stadtteil insoweit gelockert werden, dass Angebote auch von versierten Stadtteilm Bewohnern mit unterstützender und qualifizierender Begleitung durch eine Fachkraft durchgeführt werden können. Auf diese Weise ist eine gute Erreichbarkeit der Zielgruppe wahrscheinlich und es wird gleichzeitig ein Beitrag zu Empowerment und Ressourcenaufbau im Stadtteil geleistet.

- Schließlich ist es für die Projektentwicklung von zentraler Bedeutung, dass die Mitarbeiter des Quartiermanagements/der lokalen Koordinierungsstelle die für die Krankenkassen verbindlichen Förderkriterien des Leitfadens Prävention kennen. Für „Neueinsteiger“ in die Gesundheitsförderung sollten die Krankenkassen daher entsprechende Schulungen anbieten.

4.3 Verfügungsfonds Gesundheit

4.3.1 Hintergrund und Untersuchungsfragen

Stadtteilbezogene Entwicklungsansätze, wie der WHO-Setting-Ansatz oder der Ansatz „Soziale Stadt“ stellen umfassende Ansprüche an Beteiligung. Ziel der Beteiligung ist es letztlich, die Bewohner eines Stadtteils dazu zu befähigen, ihre Interessen selbst zu artikulieren und sich in die lokalen Entwicklungsprozesse aktiv einzubringen. Ein wichtiges Instrument zur Entfaltung des lokalen bürgerschaftlichen Engagements ist ein durch Stadtteilgremien selbstverwaltetes Budget.

Erfahrungen mit diesem Instrument wurden bislang vor allem in der Programmumsetzung „Soziale Stadt“ gesammelt. Nach den Ergebnissen einer von der Bundestransferstelle beim Deutschen Institut für Urbanistik durchgeführten Befragung der kommunalen Ansprechpartner für die Umsetzung des Programms (Becker u.a. 2006: 92 ff.) verfügt über die Hälfte (57 Prozent) der Gebiete der „Sozialen Stadt“ über einen solchen Fonds, der allerdings ganz unterschiedliche Bezeichnungen trägt: z.B. Stadtteilbudgets in Nordrhein-Westfalen, Verfügungsfonds in Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern, Quartierfonds in Berlin, Gebietsfonds in Niedersachsen. Die Höhe der jährlichen Mittel liegt in der Mehrzahl der Fälle zwischen 10 000 und 25 000 Euro. In Berlin gab es mit dem Modell des Quartiersfonds, in dem über zwei Jahre jedem Quartier 500 000 Euro zur Verfügung standen, eine besonders ehrgeizige Variante des Verfahrens, die insgesamt als Erfolg gewertet wurde (Empirica 2003). Erkennbar ist aber auch, dass Fonds für Projekte mit finanziell vergleichsweise kleinem Budget und einem entsprechend geringeren Aufwand für die begleitenden Verfahren die Aktivierung und Beteiligung von sozial benachteiligten Bewohnergruppen besonders gut befördern (Hanhörster/Reimann 2007).

Die Vergabe der Mittel ist in den einzelnen Gebieten unterschiedlich geregelt. Teils entscheidet das Quartiermanagement alleine über die Mittel, meist aber in Kooperation mit anderen Institutionen (Stadtteilkonferenz, Vergabebjury), in denen lokale Akteure und Bewohnerschaft vertreten sind. In einigen Fällen sind mit der Vergabe der Mittel auch eigens eingerichtete Bürgerjurys betraut (Becker u.a. 2006: 94 f.).

Die „Soziale-Stadt“-Evaluationen des Bundes (IfS 2004: 129) und der Länder (vgl. z.B. für Hamburg Mayer 2003) belegen positive Wirkungen des Instruments in Hinblick auf Beteiligung und Aktivierung. Die schnelle, unbürokratische Bezuschussung kleiner Vorhaben unterstützt dezentral im Stadtteil das vorhandene Engagement und führt zu einer zügigen Realisierbarkeit von Ideen.

In der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung wurde ein solches Instrument für Mikrofinanzierungen bislang nicht entwickelt. Im Kontext des Forschungsprojektes wurde es erstmals für diesen Bereich modifiziert und modellhaft erprobt.

Untersuchungsfragen

Dabei wurde im Forschungsprojekt insbesondere folgenden Fragestellungen nachgegangen:

- Unter welchen Bedingungen gelingt die Auflage eines Verfügungsfonds Gesundheit?
- Welcher Voraussetzungen bedarf es, dass ein Verfügungsfonds Gesundheit erfolgreich umgesetzt werden kann?
- Wie kann der Verfügungsfonds Gesundheit ein integraler Bestandteil der sozialen Stadtteilentwicklung werden?
- Welche Voraussetzungen müssen geschaffen werden, dass der Verfügungsfonds Gesundheit auf Stadtteilebene basisdemokratisch verankert und legitimiert ist und einen Beitrag dazu leistet, Beteiligungs- und Aktivierungsprozesse zu befördern?
- Wie kann sichergestellt werden, dass im Rahmen eines solchen Verfügungsfonds gesundheitsfördernde Projekte mit Stadtteilbezug und positiven Wirkungen für die Zielgruppen realisiert werden?

4.3.2 Ergebnisse aus den Fallstudien

Auf Anregung der Begleitforschung des Difu und in enger vertraglicher und inhaltlicher Abstimmung mit den Kommunen hat die Techniker Krankenkasse in der In-

nenstadt von Fürth und in Hamburg Altona-Lurup einen „Verfügungsfonds Gesundheit“ in Höhe von jeweils 20 000 Euro eingerichtet, der die Umsetzung kleinerer und am lokalen Bedarf orientierter Projekte ermöglichen soll (vgl. Kapitel 3.2.2). Der Verfügungsfonds hat über die Laufzeit des Forschungsprojektes hinaus Bestand, ist insgesamt jedoch zunächst auf zwei Jahre befristet. In Halle-Silberhöhe wurde das Angebot der Techniker Krankenkasse nicht aufgegriffen.

Fürth-Innenstadt

In der Innenstadt von Fürth entstanden im Zuge des Fonds dezentral viele Projektideen im Stadtteil, insbesondere in den Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung, Sport und Naturerleben. Für eine bedarfs- und zielgruppenorientierte Ausrichtung der Projekte wurden Kinder und Jugendliche an Schulen und Jugendeinrichtungen befragt, was sie sich wünschen, worin sie sich sportlich betätigen wollen und wo sie sich gerne im Stadtteil aufhalten.

Im Stadtteil gibt es zwar einen Verfügungsfond „Soziale Stadt“, einen Aktionsfonds, über dessen Mittel ein bewohnergetragenes Gremium entscheidet, gibt es jedoch nicht und damit auch keine erprobten bewohnergetragenen Verfahren zum Umgang mit einem Mikroprojektfonds. Aus diesem Grund musste ein neues Verfahren zur Etablierung und zur Umsetzung des Verfügungsfonds Gesundheit geschaffen werden.

Für das Projektantragsverfahren wurde ein einfaches Antragsformular entwickelt, das unter anderem eine Orientierung an den Qualitätskriterien (Stadtteil- und Zielgruppenbezug) sicherstellen soll. Bevor jedoch Anträge gestellt wurden, hatte die Geschäftsstelle Gesundheit eine stark initiierende Rolle inne, d.h. sie musste Antragsteller umfangreich in Hinblick auf die Entwicklung der Idee, die Suche nach Kooperationen, die Darstellung des Stadtteilbezugs und die Förderkriterien beraten. Im Zuge der Ideenentwicklung und Antragstellung war zudem eine enge Abstimmung zwischen Geschäftsstelle und Techniker Krankenkasse erforderlich, um sicherzustellen, dass die Projektidee den Förderkriterien entspricht.

Gerade in der Anfangsphase gestaltete sich der Projektideenfindungsprozess schwierig. Viele Ideen widersprachen den Förderkriterien, so dass diese nicht durch den Verfügungsfonds gefördert werden konnten. Es setzte daher die Suche nach alternativen Fördergebern und Fördertöpfen (Fachamt, „Soziale Stadt“) ein. Für Projekte im Themenfeld Sport und Bewegung sowie Natur, Umwelt und Bewegung konnte eine (Teil-)Finanzierung über das Sport- bzw. das Natur- und Umweltamt gefunden werden. Da dieses Vorgehen von der Steuerungsgruppe Gesundheit als sehr erfolgreich eingestuft wurde, ist beabsichtigt, einen Fonds aufzulegen, der durch begrenzte Mittel verschiedener Fachämter gefüllt wird. Damit soll der Verfügungsfonds Gesundheit der Techniker Krankenkasse komplementiert werden.

Bislang setzt sich der Akteurskreis der Projektantragsteller mehrheitlich aus Einzelpersonen oder einzelnen Institutionen zusammen. Die für den Projektzusammenhang und den Stadtteilbezug häufig erforderliche Kooperation zwischen unterschiedlichen Akteuren und Einrichtungen im Stadtteil kam bislang nur durch Hilfestellung der Geschäftsstelle zustande. Auch war in vielen Projekten das Hinzuziehen von professionellem Schulungspersonal notwendig, das in der Regel mit Unterstützung der Techniker Krankenkasse gewonnen werden konnte.

Für die „idealtypische“ Abwicklung des Verfahrens war es hinderlich, dass im Stadtteil zum Zeitpunkt der Etablierung des Verfügungsfonds Gesundheit keine Vergabestrukturen und Vergabeverfahren eingeführt und erprobt waren. Bislang ist die Entscheidungsfindung ein Prozess, an dem primär die Geschäftsstelle Gesundheit, die Techniker Krankenkasse und einzelne Fachämter beteiligt sind. Die primär verwaltungsinterne Steuerungsgruppe Gesundheit nimmt die Ideen zur Kenntnis, diskutiert sie inhaltlich und befürwortet sie/lehnt sie ab, hat jedoch keine Entscheidungsfunktion. Die Rolle der Projektgruppen ist in diesem Verfahren noch nicht ausgereift. Bislang gibt es keine legitimierte Jury, wie z.B. einen Stadtteilbeirat, so dass in der Regel nach dem Entstehen einer Projektidee eine bilaterale Abstimmung zwischen Geschäftsstelle Gesundheit und Techniker Krankenkasse erfolgt, um eine fördergerechte Ausgestaltung der Idee sicherzustellen. Damit hat der hierfür zuständige regionale Präventionsberater der Techniker Krankenkasse eine wichtige Funktion, was die Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung der Projekte betrifft. Nach der Durchführung der Projekte nehmen die Projektträger eine schriftliche Auswertung auf einem vorbereiteten Projektdokumentationsblatt vor (Resümee der Ziele sowie einzelner Aspekte der Projektumsetzung, z.B. Teilnehmerzahl, Migrantanteil).

Hamburg Altona-Lurup

Auch in Hamburg Altona-Lurup entstanden durch den Fonds dezentral viele Projektideen im Stadtteil, insbesondere in den Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung, Gesundheitsberatung vor Ort, Stressreduktion, Aktivierung/Beteiligung/Öffentlichkeitsarbeit sowie – nur in dieser Fallstudie – im Handlungsfeld psychische Gesundheit.

Der Fonds wurde durch das Luruper Forum, die lokale Geschäftsstelle Gesundheitsförderung und die Mitglieder des Runden Tisches Gesundheitsförderung beworben. Projektantragsteller waren mehrheitlich Einzelpersonen bzw. einzelne Institutionen, wobei Kooperationen mit anderen, in unmittelbarer Nachbarschaft liegenden Institutionen und der Geschäftsstelle sowie dem Stadtteilhaus zustande kamen.

Insbesondere der Projektideenfindungsprozess erwies sich in der Anfangsphase als zuweilen schwierig, da manche Ideen nicht den Förderkriterien der Techniker

Krankenkasse entsprachen. Ein Vorteil in Altona-Lurup gegenüber der Innenstadt von Fürth war jedoch, dass die Vergabestrukturen und das Vergabeverfahren analog zum Verfügungsfonds Aktive Stadtteilentwicklung angelegt werden konnten und eine komplementäre Finanzierung durch diesen Fonds erfolgte (vgl. 5.2).

Für die Entwicklung von Anträgen zu Projekten, die über den Verfügungsfonds gefördert werden sollen, bildeten sich im Stadtteil kleine Arbeitsgruppen. Die Ideenentwicklung erfolgte laufend, u.a. am Runden Tisch, aber auch durch Einzelpersonen. Im Vorfeld der Projektbewilligung wurden durch die Geschäftsstelle Gesundheitsförderung ein einfaches Antragsformular sowie ein Dokumentationsbogen entwickelt. Eine Vorprüfung der Projektskizzen und -ideen erfolgte durch die Geschäftsstelle; im Anschluss wurden die Unterlagen an die Präventionsberaterin der Techniker Krankenkasse weitergeleitet. Diese prüfte die Förderfähigkeit nach Maßgabe der Krankenkassenkriterien. Der endgültigen Antragstellung ging eine mündliche Präsentation im Luruper Forum durch den Projektträger voraus. Daraufhin erfolgte eine Diskussion und Abstimmung über den Antrag im Luruper Forum.

Fazit

Die Erfahrungen mit dem Instrument Verfügungsfonds Gesundheit in den Fallstudien zeigen, dass der Aufbau und die Entwicklung von Strukturen und Verfahren, die für den Verfügungsfonds Gesundheit notwendig sind, hürdenreich und zeitaufwändig sind. Gelingt es, einen Verfügungsfonds einzurichten, ergibt sich eine Reihe von positiven Effekten:

- Durch den Verfügungsfonds entstehen im Stadtteil neue Initiativen, Aktivitäten und Öffentlichkeit für Gesundheitsförderung.
- Das Fondsverfahren qualifiziert die Entwicklung und Umsetzung von bedarfsorientierten Maßnahmen.
- Der Fonds trägt zur Stärkung und Aufwertung des Stadtteils, der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung und der Arbeit des Quartiermanagements bzw. der lokalen Koordinierungsstelle Gesundheit bei.

4.3.3 Qualitätskriterien/Qualitätsanforderungen

Für eine erfolgreiche und qualitätsgesicherte Umsetzung des Verfügungsfonds Gesundheit bedarf es vor allem eines legitimierten Gremiums im Stadtteil, das über die Vergabe der Mittel entscheidet, sowie eines transparenten und möglichst beteiligungsorientierten Verfahrens, auf dessen Grundlage Projekte ausgewählt und Vergabeentscheidungen getroffen werden. Um sicherzustellen, dass Projekte eine

gesundheitsfördernde Zielsetzung aufweisen und geeignet sind, einen positiven Beitrag für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung zu leisten, sind zudem eine kontinuierliche lokale Begleitung des Fonds durch das Quartiermanagement bzw. die lokale Koordinierungsstelle Gesundheit in Hinblick auf die Beratung von Antragstellern, die Abstimmung mit dem Fondsausstatter, die Antragsabwicklung, die Mittelverwaltung und die Dokumentation erforderlich. Das Verfahren zur Umsetzung des Verfügungsfonds Gesundheit kann erleichtert werden, wenn die Förderkriterien vertraglich festgelegt sind und in den Stadtteil kommuniziert werden.

4.3.4 Empfehlungen

Bund und Länder

- Bei der Prüfung der Auflage eines quartiersbezogenen Präventionsprogramms sollten die Gesundheitsministerien des Bundes und der Länder das Instrument des Verfügungsfonds als ein zentrales Element eines solchen Programms mit einbeziehen.

Kommune

- Für benachteiligte Stadtteile mit ausgeprägten gesundheitlichen Problemlagen sollte die Kommune – ggf. in Kooperation mit Krankenkassen – einen Verfügungsfonds Gesundheit einrichten. Dabei ist darauf zu achten, dass ein angemessenes Verfahren und eine von Stadtteilakteuren getragene Struktur (Jury) für Projektauswahl und die Vergabe der Mittel entwickelt werden und politisch akzeptiert sind. Darüber hinaus sollten die Antrags- und Dokumentationsanfordernisse unaufwändig gehalten und für die Administration des Fonds durch das Quartiermanagement bzw. die Koordinierungsstelle Gesundheit ausreichend Ressourcen vorgesehen werden.

Quartiermanagement/lokale Koordinierungsstelle Gesundheit

- Die Umsetzung eines Verfügungsfonds Gesundheit bedarf insbesondere in der Startphase vor der ersten Mittelvergabe einer qualifizierten Informations- und Öffentlichkeitsarbeit durch das Quartiermanagement/die Koordinierungsstelle Gesundheit. Hierfür sind ausreichend personelle und zeitliche Ressourcen einzuplanen.
- Soweit in Programmgebieten der „Sozialen Stadt“ bereits ein Verfügungsfonds „Soziale Stadt“ besteht, sollten Verfahren und Strukturen dieses Fonds auch

für den Verfügungsfonds Gesundheit genutzt werden, um Parallelstrukturen zu vermeiden. Auch sollte eine thematische Verknüpfung erfolgen.

Krankenkassen

- Die Krankenkassen sollten prüfen, inwieweit es ihnen möglich ist – ggf. in Kooperation mit der Kommune und anderen Kassen – Mittel für einen Verfügungsfonds Gesundheit zur Verfügung zu stellen. Vorbild kann hierbei der in den Fallstudien erprobte Verfügungsfonds der Techniker Krankenkasse sein.

5. Gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung: Projektergebnisse im wissenschaftlichen Kontext

Das Forschungsprojekt hat vor dem Hintergrund bestehender Forschungslücken insbesondere an zwei wissenschaftliche Diskurse angeknüpft: einerseits an die wissenschaftliche Debatte über die Einsatzmöglichkeiten und Wirkungsweisen des Setting-Ansatzes und andererseits an die Methodendiskussion in den Bereichen Qualitätsentwicklung, partizipative und aktivierende Evaluation sowie Begleitforschung.

Die Ergebnisse des Forschungsprojektes sind insbesondere in Hinblick auf die folgenden Aspekte von forschungs- und gesundheitspolitischer Bedeutung:

- forschungstheoretische und anwendungsbezogene Auseinandersetzung mit dem gesundheitspolitisch noch nicht etablierten Setting „Stadtteil“,
- Legitimierung des stadtteilbezogenen Setting-Ansatzes über seine Erprobung hinaus als Schlüsselstrategie der Gesundheitsförderung und Rechtfertigung des Einsatzes entsprechender Ressourcen,
- methodische Innovation durch die Erarbeitung und Anwendung von Qualitätskriterien (Erfolgsfaktoren) für die Gesundheitsförderung im Stadtteil,
- exemplarische Umsetzung und Steuerung des Setting-Ansatzes zur Gesundheitsförderung im Rahmen integrierter Stadtteilentwicklung,
- Beförderung einer Diskussion über Wirksamkeitsnachweise der settingbasierten Gesundheitsförderung, insbesondere in Hinblick auf die Nutzung von Strukturen und Instrumenten integrierter Stadtteilentwicklung (z.B. Quartiermanagement, Integrierte Entwicklungs- und Handlungskonzepte, Verfügungsfonds) für die Gesundheitsförderung.

5.1 Spezifizierung des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Stadtteile und Programmgebiete der Sozialen Stadt

Der Setting-Ansatz der WHO umfasst sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Maßnahmen und gilt derzeit als einer der vielversprechendsten Ansätze der Gesundheitsförderung, auch und gerade für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen (WHO 1998; Baric/Conrad 1999; Geene 2004). Die Erfahrungen zeigen, dass solche Interventionen, die die Lebensumwelt verändern, zur Verminderung der gesundheitlichen Folgen von sozialer Ungleichheit geeignet und wirksam sind (Geyer 2003; SVR 2005). Es geht dabei nicht nur um den Abbau von ge-

sundheitlichen Belastungen, sondern vor allem um den Aufbau von Kompetenzen und Fähigkeiten sowie um die aktive Mitgestaltung durch die Setting-Mitglieder.

Erfahrungen wurden bislang insbesondere in den Bereichen der betrieblichen sowie der schulischen Gesundheitsförderung gewonnen. Für den ebenfalls sehr wichtigen Bereich der Stadtteil- und Quartiersarbeit liegen bislang nur wenige Erfahrungen vor, denn die Sozialraumorientierung in der Gesundheitsförderung ist unzureichend entwickelt (Geene/Rosenbrock 2004). Eine systematische Orientierung auf Gesundheitsförderung im Sozialraum fehlt weitgehend, wie auch Erkenntnisse aus der Begleitforschung zum Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ bestätigen (Böhme 2007).

Nicht nur die Praxis der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung ist in der Breite wenig entwickelt, auch ihre wissenschaftliche Aufarbeitung ist dort, wo Praxiserfahrungen vorhanden sind, selten. Dies mag auch daran liegen, dass der Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung einige konzeptionelle Unschärfen beinhaltet (Engelmann/Halkow 2008).

Das Forschungsprojekt hat in mehrfacher Hinsicht zur Weiterentwicklung des wissenschaftlichen Standes der Setting-Forschung beigetragen:

1. Einordnung und Systematisierung des Settings „Stadtteil“ im Vergleich zu anderen Settings,
2. Diskussion über die Eignung von Stadtteilverfahren für die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit,
3. Nutzung von Strukturen des Programms „Soziale Stadt“ für eine verstärkte lokale Gesundheitsförderung.

5.1.1 Einordnung und Systematisierung des Settings „Stadtteil“

Die Ergebnisse des Forschungsprojektes zeigen deutlich, dass der Stadtteil als Setting für gesundheitsfördernde Innovation – im Vergleich zu anderen Settings wie Kita, Schule oder Betrieb – einige Besonderheiten birgt (vgl. auch Bär/Böhme/Reimann 2009a; Bär/Buhtz/Gerth 2004; Altgeld 2003):

- Der Stadtteil ist keine Organisationseinheit, sondern eine räumliche Einheit.
- Diese räumliche Einheit ist von ganz unterschiedlicher Größe. So schwankt beispielsweise die Größe der für das Programm „Soziale Stadt“ ausgewählten Stadtteile sowohl nach der Fläche als auch nach der Einwohnerzahl beträchtlich. Sie reicht von einem bis zu mehr als 1 000 Hektar sowie von weniger als 100 bis zu mehr als 40 000 Einwohner (Bundestransferstelle Soziale Stadt 2006: 22).

- Innerhalb des Stadtteils überlagern sich häufig unterschiedliche Zuschnitte von Schulbezirken, Fördergebieten, politischen Zuständigkeitsbereichen, Wahlkreisen und statistischen Gebieten.
- Stadtteile haben jeweils sehr unterschiedliche sowie komplexe Ausgangs- und Problemlagen, die auf die Gesundheit Einfluss nehmen, beispielsweise in Hinblick auf ihre Sozial- und Wirtschaftsstruktur, die Infrastrukturausstattung, die städtebauliche Struktur, die Qualität von Wohnungen und Wohnumfeld sowie Umweltfaktoren wie Lärmbelastung und Luftverschmutzung.
- Im Vergleich zu anderen Settings wie Kita, Schule oder Betrieb ist der Stadtteil vor allem hinsichtlich des Akteursspektrums und der Kooperationsstrukturen komplexer.
- Der Stadtteil ist gegenüber anderen Settings heterogener, zum Teil diffuser; Strukturen, Verantwortlichkeiten und Angebote im Stadtteil sind vielfältig, nicht immer bekannt bzw. manchmal nicht klar definiert.

Trotz oder zum Teil gerade wegen seiner Komplexität ist der Stadtteil ein wichtiges Setting. Für seine Qualität übernimmt eine Vielzahl von Akteuren – Kommune, Bund und Länder sowie zahlreiche weitere Akteure wie Quartiermanager, Krankenkassen, Bewohnerschaft – Verantwortung und steuert Ressourcen bei. Auch wenn die Abstimmung zwischen den Akteuren insbesondere zu Beginn des Setting-Verfahrens viel Zeit erfordert, sind Nutzen und Mehrwert des Stadtteilansatzes nicht als gering einzustufen. Er ermöglicht die Konzentration auf bestimmte – beispielsweise benachteiligte – Stadtteile und damit verbunden die Bündelung und den effektiven Einsatz beschränkter personeller und finanzieller Ressourcen. Der Setting-Ansatz auf Stadtteilebene erfüllt dabei vor allem die folgenden Funktionen:

- Gesundheitsförderung bei Zielgruppen stärken, die über die traditionellen Settings (Kita, Schule, Betrieb) nicht erreicht werden (komplementäre Funktion): Durch den organisationsunspezifischen Blick auf die gesundheitliche Situation im Quartier werden eher Zielgruppen sichtbar, die zu den „vergessenen Zielgruppen“ (Altgeld/Leykamm 2003) zählen und bislang nicht oder nur unzureichend erreicht werden. Dies sind insbesondere Arbeitslose, ältere Menschen sowie sozial benachteiligte Männer. Zu den Koordinierungsaufgaben auf Stadtteilebene zählt es, diese Zielgruppen einzubinden sowie eine geeignete Maßnahmen- und Angebotsentwicklung anzuschließen.
- Die Koordination verschiedener Teilsettings im Gebiet (koordinierende Funktion): Der Stadtteil umfasst zahlreiche Teilsettings, insbesondere Schulen, Kitas und Betriebe. Diese Teilsettings stehen zum Stadtteil nicht in Konkurrenz, sondern sind dessen integraler Bestandteil. Im Rahmen einer abgestimmten Strategie kommt den aktiven Teilsettings eine wichtige Funktion zu, indem sie die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen selbständig mit den Mitteln und

Methoden ihrer Organisation befördern und gleichzeitig die übergreifende Setting-Arbeit im Stadtteil qualifizieren.

- Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit als kommunale Aufgabe verankern (politisierende Funktion): Der sozialräumliche Ansatz stärkt die politische Verantwortung für Gesundheitsförderung sowie für die Verminderung sozialer Ungleichheit und setzt den stadtteilbezogenen Entwicklungsprozess in Beziehung zur gesamtstädtischen Entwicklung und Ressourcenverteilung.

5.1.2 Diskussion über die Eignung von Stadtteilverfahren für die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit

Lebenswelt- bzw. verhältnisorientierte Maßnahmen für eine verbesserte Gesundheitssituation in sozial benachteiligten Stadtteilen

Für das Forschungsprojekt war eine der Ausgangsthesen, dass mit der Setting-Entwicklung „Stadtteil“ eine Orientierung auf lebenswelt- bzw. verhältnisorientierte Maßnahmen einhergeht und dass diese Maßnahmen zu einer verbesserten Gesundheitssituation für die Bewohnerschaft in sozial benachteiligten Stadtteilen beitragen. Erfahrungen mit der Implementation des Setting-Ansatzes auf allen relevanten Ebenen – d.h. der strategischen, der strukturellen und der projektbezogenen Ebene – bestätigen die Ausgangsthese weitgehend, jedoch nicht vollständig:

- Insbesondere durch die Vorlage und Diskussion der Ergebnisse zur Erfassung kleinräumiger Probleme, Bedarfe und Potenziale wurden für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung relevante Akteure (Fachverwaltungen, lokale Politik, Krankenkassen, Einrichtungen und Träger, Schulen und Kitas) für die Thematik und den Handlungsbedarf sensibilisiert.
- Aufgrund der Steuerung, Koordinierung und wissenschaftlichen Begleitung der Setting-Entwicklung wurde ein abgestimmter Entwicklungsprozess mit wichtigen Stadtteilakteuren in Gang gesetzt, so dass ein breites Spektrum verhaltens- und verhältnispräventiver Strategien und Maßnahmen erarbeitet wurde.
- Die Orientierung an Kriterien guter Praxis beförderte zudem Projekte, die zugleich verhaltens- und verhältnispräventive Zielsetzungen verfolgen.
- Der Aufbau bzw. die Weiterentwicklung von stadtteilbezogenen Netzwerken und Partnerschaften trugen wesentlich dazu bei, dass die Beteiligten vielfältigen Nutzen aus dem Verfahren zogen (z.B. bessere Zielgruppenarbeit, bedarfsorientierte Projektentwicklung, Kooperation zwischen unterschiedlichen Akteuren bei der Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen).
- Es zeigte sich allerdings, dass die Orientierung der beteiligten Akteure auf das Setting „Stadtteil“ nicht selbstverständlich ist, sondern dass eine kontinuierli-

che Beratung und Begleitung, z.B. durch eine lokale Koordinierungsstelle für Gesundheitsförderung, für die Qualitätssicherung erforderlich sind.

- Entscheidend für eine nachhaltige Verbesserung der Angebotssituation sind die Weiterführung und Verstetigung der auf der strategischen, strukturellen und Projektebene im Rahmen des Forschungsvorhabens initiierten Maßnahmen.
- Im Ergebnis der verschiedenen Aktivitäten konnte ein gesunder Lebensstil im Stadtteil durch eine Verbesserung und Verbreiterung der dortigen Gesundheitsangebote gestärkt werden. Deutlich wurde jedoch, dass mehrheitlich klassische Gesundheitsmaßnahmen (Ernährung, Bewegung) mit relativ kurzer Laufzeit und geringem Budget umgesetzt werden und durch den Stadtteilbezug kein gänzlich neuer Projekttypus entsteht. Eine Besonderheit stellt allerdings die durch den Stadtteilbezug ausgelöste projektbezogene Kooperation verschiedener Träger und Einrichtungen im Quartier dar (z.B. gemeinsame Projekte von Kita und Schule).

Wirkungsnachweise und Evidenzbasierung des Setting-Ansatzes

Seit Mitte der 1990er-Jahre ist Gesundheitsförderung mit der Forderung nach Wirksamkeit und Effektivität, Effizienz und Angemessenheit, Standards und Qualität gesundheitsfördernder Maßnahmen konfrontiert. Damit einher geht die Suche, Diskussion, Entwicklung und Erprobung von Methoden, die den Besonderheiten gesundheitsfördernder Interventionen gerecht werden sollen.

Da Setting-Interventionen im Allgemeinen und gemeinde- bzw. stadtteilbezogene Interventionen im Besonderen komplex sind (Kolip/Müller 2009; Loss u.a. 2007), können Wirkungen nicht bzw. nur sehr eingeschränkt auf einzelne Maßnahmen zurückgeführt werden (Bührlen-Armstrong 1998). Gesundheit hängt nicht allein von einer einzelnen Intervention ab, sondern wird durch vielfältige Faktoren beeinflusst. Diese können zwar benannt und aufgezählt werden (vgl. z.B. Indikatoren zur kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung in Kapitel 2), sie entziehen sich in der Regel jedoch einer Wirksamkeitsanalyse (vgl. Halkow/Engelmann 2008: 79). Dieses Problem wird von Zimmer-Hegmann/Sucato (2007: 82) auch für die Evaluation integrierter Programme beschrieben. Einige Autoren vertreten sogar die Ansicht, dass sich die settingbezogene Gesundheitsförderung aufgrund ihrer Vielschichtigkeit und Komplexität einer Ergebnisevaluation entzieht (Kilian/Brandes/Lehmann 2009). Andere Autoren begegnen der Komplexität der Intervention mit Kreativität und Phantasie im Umgang mit dem methodischen Instrumentarium (Potvin/Richard/Mercille 2009).

Für Evaluationen und Wirkungsnachweise – auch des vorliegenden Forschungsprojektes – hat dies zur Folge, dass sie nicht eindeutig geführt werden können, zwangsläufig lückenhaft bleiben müssen und dass damit – und dies gilt in der settingbasier-

ten Gesundheitsförderung allgemein – ein grundsätzlicher Mangel an Evidenz besteht (Engelmann/Halkow 2008; vgl. Kolip/Müller 2009; dagegen argumentiert Müller 2009). Unter Bezugnahme auf das Konzept der „lokalen Evidenz“ (vgl. hier und im Folgenden Wright 2006: 70) stellt dies jedoch kein grundsätzliches Problem dar. Denn im Gegensatz zu der in der evidenzbasierten Medizin üblichen Anwendung des Begriffs Evidenz geht es in der settingbasierten Gesundheitsförderung nicht darum, absolute oder allgemeine Nachweise für ein bestimmtes Verfahren zu liefern. Vielmehr geht es um die Feststellung, „ob die vor Ort konzipierten Interventionen dazu dienen, dem spezifischem lokalen Gesundheitsproblem entgegenzuwirken. (...) Die Bestimmungsmacht über die Angemessenheit der erbrachten Nachweise liegt im konsensuellen Verfahren auf lokaler Ebene“.

Damit geht es für die Evidenzgewinnung in der settingbasierten Gesundheitsförderung vor allem darum, systematisch Bedingungen, Strukturen und Prozesse einer gesundheitsfördernden Intervention zu identifizieren, die (plausibel) für den Erfolg einer Intervention verantwortlich gemacht werden – und die übertragbar sind (Engelmann/Halkow 2008: 84). Die im Forschungsprojekt entwickelten Qualitätselemente für die Strategie- und Strukturentwicklung (vgl. Kapitel 2 und 3) sowie die Good-Practice-Kriterien für die Bewertung von Maßnahmen und Projekten (vgl. Kapitel 4) können hierzu einen Beitrag leisten. Mit diesem Ansatz wird die Frage der Wirksamkeit nicht allein von der Praxis der settingorientierten Gesundheitsförderung aus beantwortet; vielmehr können die wissenschaftlich fundierten und konkretisierten Qualitätselemente und Good-Practice-Kriterien in ein Gesamtkonzept der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung integriert werden und als Basis für die Entwicklung lokaler Strategien, Strukturen und Projekte dienen. Sie stellen damit ein Qualitätskonzept für die settingsbasierte Gesundheitsförderung im Stadtteil dar, das für die Bewertung und Evaluation klare Ziele und Qualitätskriterien benennt.

Zusammenfassend lässt sich mit Blick auf Wirkungsnachweise für die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit feststellen, dass der Beitrag dieses Qualitätskonzeptes nicht darin besteht nachzuweisen, dass auf der Quartiersebene die Häufung oder Quote von Krankheiten signifikant gesenkt wird, sondern darin liegt, auf Quartiersebene innovative und möglichst tragfähige Mechanismen zu aktivieren und zu etablieren, die es den lokalen Akteuren und Zielgruppen ermöglichen, sich zukünftig wirkungsvoll der Aufgabe gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung zu widmen.

5.1.3 Nutzung von Strukturen der „Sozialen Stadt“ für eine verstärkte lokale Gesundheitsförderung

Vor dem Hintergrund der sozialräumlichen Ungleichheiten wurde im Jahr 1999 von Bund und Ländern das Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf –

die soziale Stadt“ (kurz: Soziale Stadt) als Investitionsprogramm der Städtebauförderung mit dem übergeordneten Ziel gestartet, die Lebensbedingungen in benachteiligten Stadtteilen umfassend zu verbessern. Kernelemente des Programms sind ein dezidiertes Gebietsbezug, Ressourcenbündelung (materiell und im Sinne von Know-how), umfangreiche Aktivierung und Beteiligung von Quartiersbevölkerung und lokalen Akteuren, für die Programmumsetzung notwendige Management- und Organisationsformen wie das Quartiermanagement sowie die bedarfsorientierte Entwicklung von Maßnahmen und Projekten (vgl. BMVBS 2008: 18 ff.).

Das Handlungsfeld Gesundheit ist im Laufe der Programmumsetzung erst allmählich in den Fokus gerückt. Trotz komplexer sozial- und umweltbedingter Gesundheitsrisiken und -belastungen in den Gebieten spielt das Handlungsfeld noch immer eine untergeordnete Rolle in der Programmumsetzung. In einer 2005/2006 von der Bundestransferstelle Soziale Stadt beim Deutschen Institut für Urbanistik durchgeführten bundesweiten Befragung der kommunalen Ansprechpartner für die Programmgebiete wurden nur für ein Viertel der Gebiete aktuell durchgeführte gesundheitsbezogene Maßnahmen und Projekte benannt. Das Handlungsfeld Gesundheit gehört damit bei den Handlungsfeldern integrierter Stadtteilentwicklung zu den Schlusslichtern (vgl. Böhme 2007; BMVBS 2008: 56 f.).

Vor diesem Hintergrund richtete sich eine weitere Ausgangsthese des Forschungsprojektes darauf, dass sich die Strukturen der „Sozialen Stadt“ in besonderer Weise dafür eignen, sie in Richtung gesundheitsförderndes Setting zu erweitern; hierfür muss jedoch zunächst die notwendige Sensibilität geschaffen werden. Diese Ausgangsthese konnte vollumfänglich durch die Projektergebnisse bestätigt werden:

- „Soziale Stadt“ und settingbasierte Gesundheitsförderung haben wesentliche Handlungsprinzipien gemeinsam wie integratives und ressortübergreifendes Handeln, den Quartiers- bzw. Stadtteilbezug, die Identifikation von Stakeholdern, die nachhaltige Verbesserung von Lebensbedingungen, die Initiierung von lokalen Aktivitäten sowie die Bürgerbeteiligung und -aktivierung.
- Vorhandene Instrumente der Strategieentwicklung im Programm „Soziale Stadt“ wie Stadtteil-/Sozialraumanalysen und Integrierte Entwicklungs- und Handlungskonzepte lassen sich um das Handlungsfeld Gesundheit/Gesundheitsförderung ergänzen. Auf diesem Weg wird die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung befördert und gleichzeitig das Handlungsspektrum der sozialen Stadtteilentwicklung erweitert.
- Vorhandene Programmstrukturen wie das lokale Quartiermanagement, sozialraumbezogene Steuerungsrunden, Stadtteilräte und Bewohnerjurys sowie Verfügungsfonds mit ihren Vergabeverfahren lassen sich für die settingbasierte Gesundheitsförderung sinnvoll nutzen. Die Effektivität und Effizienz der Instrumente kann hierdurch sowohl für die soziale Stadtteilentwicklung als auch für die Gesundheitsförderung gesteigert werden; hierbei ist jedoch zu beach-

ten, dass eine auf Gesundheitsförderung zugespitzte Erweiterung meist zusätzliches Personal, zusätzliche Gremienvertreter und mitunter neue Kooperationsformen (eigene Steuerungsgruppen) sowie zusätzliche Mittel erfordert.

- Die Partizipation der Zielgruppen ist vor allem dort ausgeprägt, wo Mitwirkungsstrukturen, z.B. im Rahmen des Quartiermanagements, bereits erprobt worden sind und wo – zumindest teilweise – eigenständig über Mittel zur Förderung von Maßnahmen verfügt werden kann.
- Investive Mittel der „Sozialen Stadt“ können insbesondere für Maßnahmen der Verhältnisprävention genutzt werden (z.B. bauliche Projekte zur Verbesserung des Wohnumfelds).
- Im Ergebnis verstärken sich „Soziale Stadt“ und settingbasierte Gesundheitsförderung gegenseitig, sofern sie zusammenwirken (vgl. Boos-Krüger/Pallmeier 2009; Vienken 2007).

5.2 Partizipative und aktivierende Evaluation

Die praktischen Erfahrungen aus der Evaluierung integrierter Projekte und Handlungsansätze zeigen, dass eine fundierte, flexible und gut geplante Evaluierung einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und zum Erfolg von Ansätzen quartiersbezogener Erneuerung und Entwicklung leisten kann und daher auch für eine stadtteilbezogene Gesundheitsförderung zu entwickeln ist (vgl. z.B. Froessler 2002).

Das im Forschungsprojekt formativ und aktivierend angelegte Evaluationsverfahren (vgl. Kapitel 1) sollte die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung durch mehr strategische Steuerung, Qualitätsentwicklung und maßgeschneiderte Interventionen nachhaltig verbessern. Darüber hinaus sollte dieser Forschungs- bzw. Evaluationsansatz eine auf den Fall abgestimmte Analyse und Ursachenerklärung, das Feststellen lokaler Evidenz sowie passgenaue Ansätze zur Weiterentwicklung vor Ort befördern (vgl. Zimmer-Hegmann/Sucato 2007; Wright 2004, 2006).

Damit lässt sich der vorliegende Ansatz in den Bereich der Praxisforschung einordnen, deren Ziel es ist, die Erforschung und Beeinflussung der Praxis durch die Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis konzeptionell weiterzuentwickeln und einen Beitrag für die Wissens- und Evidenzbasierung von Praxisbereichen (Unger/Block/Wright 2007: 22 ff.) sowie die Methodendiskussion der „Praxisbasierten Evidenz“ (ebenda: 34) zu leisten.

5.2.1 Herausforderungen für partizipative und aktivierende Evaluation von gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklungsprozessen

Die Herausforderungen, die sich aus der aktivierenden Evaluation von gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklungsprozessen für die Begleitforschung ergeben, lassen sich drei Bereichen zuordnen:

Setting-Entwicklung

- Heterogenität: An der Entwicklung des Settings „Stadtteil“ sind Akteure und Kooperationspartner mit verschiedenen Rationalitäten, Interessen, Funktionen und institutionellen Bindungen beteiligt.
- Kontextbedingungen: Der Setting-Prozess ist geprägt von Erfahrungen und laufenden Aktivitäten im Stadtteil und in der Gesamtstadt. Darüber hinaus nehmen das politische Umfeld und eine damit verbundene Haltung gegenüber Gesundheitsfragen, Gesundheitspolitik und integrierter Stadtentwicklung Einfluss auf den Setting-Prozess.
- Lokale Eigendynamiken und Eigenlogiken: Das idealtypische Modell des Setting-Ansatzes muss an die Gegebenheiten vor Ort angepasst werden. Die Unterstützung bei dieser Übersetzungsleistung sowie das Aufzeigen lokal angemessener Entwicklungsmöglichkeiten gehören zu den wichtigen Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung.
- Transparenz und gemeinsames Lernen: Für den Setting-Prozess sind faire und öffentliche Verfahren sowie die Offenheit für einen gemeinsamen Lernprozess wichtige Erfolgsfaktoren.
- Konsens: Trotz der Heterogenität der Beteiligten ist es für den Setting-Prozess erforderlich, einvernehmlich vorzugehen und zu entscheiden. Dies erfordert das Ausloten von Schnittmengen und Gemeinsamkeiten und damit zugleich einen Prozess, der moderiert werden muss. Diese Aufgabe wurde häufig durch die Begleitforschung als „Mittlerin“ und „neutrale Instanz“ übernommen.
- Kontinuität/Verbindlichkeit: Der Setting-Prozess gewinnt an Kontinuität und Verbindlichkeit, wenn es gelingt, einen Rahmen für die Kooperation und die Stabilisierung der Zusammenarbeit zu schaffen. Wie dieser Rahmen aussieht, hängt von lokalen und akteursbezogenen Kontextbedingungen ab; die Verständigung hierüber kann durch die Begleitforschung moderiert und befördert werden.

Grundsätzlich hat Evaluation zumindest vier verschiedene Funktionen:

- Erkenntnisfunktion, die durch Erhebung des Ist-Zustandes (Zusammenstellung entscheidungsrelevanter Daten) erfüllt wird und für Steuerungsentscheidungen bzw. die Strategieentwicklung unerlässlich ist;
- Kontrollfunktion, d.h. die Durchführung des Soll-Ist-Vergleiches in Bezug auf Ziele und Wirkungen, die dem frühzeitigen Erkennen von Umsetzungsproblemen und der Entwicklung von Korrekturmaßnahmen dient;
- Dialogfunktion, die dem Austausch und Berichtswesen zwischen Begleitforschung, Zielgruppen, Beteiligten und Betroffenen dient;
- Legitimationsfunktion, die die Rechtfertigung von politischen Entscheidungen sicherstellen soll.

Beim partizipativ-aktivierenden Evaluationsansatz wird der partizipativen Dialogfunktion ein besonderer Stellenwert eingeräumt. Dies hat zur Folge, dass die Rolle der externen und objektiven Evaluationsinstanz durch den partizipativ-diskursiven Ansatz eingeschränkt wird. Demgegenüber gewinnen der mitgestaltende Beratungsauftrag und die Prozessbegleitung an Gewicht. Dieser Forschungs-/Evaluationsansatz erfordert, dass die Forschung die eigene Rolle – und damit beispielsweise den eigenen Beitrag für die Qualitätsentwicklung – reflektieren muss. Die Reflektion und Berücksichtigung der eigenen Rolle kann und sollte dadurch befördert werden, dass das Handeln der Forschung an Standards ausgerichtet wird.

Umsetzung des partizipativen und aktivierenden Forschungsprozesses

Bei der Umsetzung der aktivierend angelegten Evaluation stellten sich in den Fallstudien insbesondere folgende Herausforderungen:

- Kontinuität und Spektrum der Praxispartner: Für den Setting-Prozess galt es, darauf hinzuwirken, eine kontinuierliche Teilnahme eines möglichst breiten Spektrums an Akteuren und Akteursgruppen sicherzustellen und zugleich den Prozess für neue Akteure offenzuhalten;
- aktive und gestaltende Rolle der Praxispartner: Für den Setting-Prozess war es zudem erforderlich, dass die Praxispartner eine aktive und gestaltende Rolle einnehmen und sicherzustellen, dass ihnen diese auch eingeräumt wird;
- Zusammenarbeit von Forschenden und Beforschten: was tun, wenn die Zusammenarbeit nicht funktioniert? Im Rahmen eines partizipativen Ansatzes ist die Eigendynamik des Praxispartners – und damit auch eine mögliche Verwei-

gerungshaltung gegenüber Vorschlägen der Forschung – durch die Forschung zu akzeptieren.

5.2.2 Standards partizipativer und aktivierender Begleitforschung/Evaluation

Die Entwicklung einheitlicher Qualitätskriterien partizipativer und aktivierender Gesundheitsforschung und eine Verständigung über deren Standards stehen noch am Anfang, sollten jedoch mit Blick auf die Verbesserung der wissenschaftlichen Wirkungsanalyse komplexer gesundheitsfördernder Interventionen, wie dem Setting-Ansatz, weiter betrieben werden. Aufbauend auf den Ergebnissen des Forschungsprojektes, das in erster Linie die Evaluation an Kommunen und Krankenkassen adressiert und diese an der Evaluation aktivierend beteiligt hat, lassen sich folgende Standards aktivierender Evaluation formulieren:

- Beteiligung der Adressaten am Prozess der Evaluation: Grundlegend für die partizipative und aktivierende Evaluation ist die Beteiligung der Adressaten der Evaluation an den verschiedenen Evaluationsphasen.
- Frühzeitige Verständigung über Rolle der Begleitforschung: Möglichst zu Beginn sollte die Evaluationsinstanz bzw. die Begleitforschung ihre Rolle im Verlauf der Setting-Entwicklung darlegen und zur Diskussion stellen. Sollten sich im Projektverlauf Veränderungen in der Rollenwahrnehmung ergeben, sind diese offenzulegen und erneut abzustimmen. Im Zuge der Setting-Entwicklung sollte zwischen der Begleitforschung und den Adressaten der Evaluation eine Verständigung darüber erfolgen, wie die Rolle der Begleitforschung bewertet wird.
- Frühzeitige Abstimmung und Transparenz von Bewertungskriterien der Evaluation: Die Evaluationsinstanz bzw. die Begleitforschung sollte zu Beginn einer Evaluationsmaßnahme (Projektbeginn) sowie im Verlauf der Evaluation ihre Bewertungskriterien offenlegen. Die partizipative und aktivierende Evaluation setzt voraus, dass diese Bewertungskriterien nicht nur transparent sind, sondern auch nachvollzogen werden können und auf Zustimmung stoßen, das heißt, sie müssen erörtert und abgestimmt werden.
- Zielgruppenspezifische und adressatenorientierte Aufbereitung und Kommunikation der Evaluationsergebnisse: Die partizipative und aktivierende Evaluation setzt voraus, dass Evaluationsergebnisse in regelmäßigen Abständen vorgestellt und diskutiert werden. Damit die Ergebnisse für die jeweiligen Adressaten und Zielgruppen inhaltlich nachvollziehbar sind, müssen sie entsprechend aufbereitet werden. Nur auf Basis einer gemeinsamen Sprache kann ein Austausch erfolgen.

- **Umgang mit Heterogenität:** Die partizipative und aktivierende Evaluation muss die Voraussetzungen dafür schaffen, dass in dem Prozess Akteure und Kooperationspartner mit verschiedenen Rationalitäten, Interessen, Funktionen und institutionellen Bindungen miteinander in Austausch treten können. Hierfür gilt es, einen geeigneten Rahmen und geeignete Formen zu finden. Wie dieser Rahmen aussieht, hängt von lokalen und akteursbezogenen Kontextbedingungen ab; die Verständigung hierüber kann durch die Begleitforschung moderiert und befördert werden.
- **Umgang mit lokalen Eigendynamiken:** Zudem muss die Evaluation stets darauf achten, dass sie Raum lässt für lokale Eigendynamiken, die den aktivierenden Evaluationsprozess prägen.
- **Konsensorientierung:** Trotz Heterogenität der Beteiligten und lokalen Eigendynamiken hat die Evaluation einen Rahmen zu schaffen, der eine Abstimmung über gemeinsame Vorgehensweisen und Ziele ermöglicht und damit auf Konsens ausgerichtet ist, was die Umsetzung der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung betrifft. Dies schließt nicht aus, dass die Akteure unterschiedliche Interessen verfolgen.
- **Kontinuität und Verbindlichkeit:** Die partizipative und aktivierende Evaluation sollte in ihrem Vorgehen Verbindlichkeit und Verlässlichkeit ausstrahlen und dafür Sorge tragen, dass Prozesse und Strukturen, die im Rahmen des Evaluationsprozesses aufgebaut oder befördert wurden, längerfristig Bestand haben und nicht nach Auslaufen der Evaluationsphase abgebrochen werden.

Diese Standards partizipativer und aktivierender Evaluation sind als Vorschlag zu verstehen. Sie können durch Erkenntnisse ähnlich gelagerter Projekte im Bereich der Aktions- und Praxisforschung (vgl. z.B. „Gütekriterien“ nach Unger/Block/Wright 2007: 35; vgl. Wright 2004; Wright/Block 2006) erweitert oder modifiziert werden.

6. Zentrale Handlungsempfehlungen

Im Folgenden werden die zentralen Handlungsempfehlungen zusammengefasst, wie gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung in den Kommunen aufgebaut sowie weiterentwickelt und wie das Erreichte verstetigt werden kann (vgl. Kapitel 2 bis 4), und zwar entlang der relevanten Adressaten: Bund/Länder, Kommunen, Quartiermanagement/lokale Koordinierungsstellen Gesundheit und Krankenkassen. Die Empfehlungen werden, entsprechend der Konzeption des Forschungsprojektes, mit Blick auf die strategisch-konzeptionelle Ausrichtung gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung sowie deren Strukturen, Projekte und Maßnahmen unterbreitet.

6.1 Strategien und Konzepte für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung

Die stadtteilbezogene Gesundheitsberichterstattung sowie Integrierte Entwicklungs- und Handlungskonzepte sind zentrale Instrumente für die strategisch-konzeptionelle Ausrichtung gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung. Bund/Länder, Kommune, Quartiermanagement/lokale Koordinierungsstelle Gesundheit und Krankenkassen können den Aufbau, die Implementation und die Verstetigung dieser Instrumente entsprechend der folgenden Empfehlungen fördern.

Bund und Länder

- Von Bundes- und Länderseite sollte der Aufbau eines einheitlichen Kernindikatorensystems für die *stadtteilbezogene Gesundheitsberichterstattung* unterstützt werden. Bei dessen Anwendung müssen zwar die spezifischen Gegebenheiten (u.a. Datenlage und -verfügbarkeit, lokalspezifische Indikatoren, finanzielle und personelle Kapazitäten) in den jeweiligen Quartieren und Kommunen Berücksichtigung finden; mit dem Angebot einheitlicher Kernindikatoren könnten jedoch sowohl Umsetzungsschwellen gesenkt als auch „Datenfriedhöfe“ vermieden werden.
- Bund und Länder sollten auf die Entwicklung *Integrierter Entwicklungs- und Handlungskonzepte* zur Gesundheitsförderung und Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit in benachteiligten Stadtteilen hinwirken und die Kommunen motivieren, vorhandene Arbeitshilfen zur Erstellung solcher Konzepte aktiv zu nutzen.

Kommune

- Für die *stadtteilbezogene Berichterstattung* sollte ein kommunales Fachamt die Federführung und Koordinierung übernehmen. In kreisfreien Städten kann diese Aufgabe von dem hier regelmäßig vorhandenen Gesundheitsamt wahrgenommen werden. In kreisangehörigen Kommunen, bei denen das Gesundheitsamt in der Regel auf Kreisebene angesiedelt ist, sollte dagegen das für Stadtteilentwicklung zuständige Amt in enger fachlicher Kooperation mit dem Kreisgesundheitsamt die federführende und koordinierende Funktion ausüben.
- Die Einbindung weiterer Verwaltungsbereiche (u.a. Statistik, Stadtentwicklung, Umwelt, Verkehr, Jugend, Bildung) in die Berichterstattung sollte verbindlich geregelt und mit Blick auf die Datenerfassung und -aufbereitung sollte die Aufgabe des jeweiligen Amtes klar festgelegt sein.
- Für benachteiligte Stadtteile mit ausgeprägten gesundheitlichen Problemlagen sollte die Kommune ein *Integriertes Entwicklungs- und Handlungskonzept* zur Gesundheitsförderung und Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit erstellen. Soweit das Quartier Programmgebiet der „Sozialen Stadt“ ist, kann das im Rahmen der Programmumsetzung zu erarbeitende Integrierte Entwicklungs- und Handlungskonzept diese Funktion übernehmen, indem das Thema Gesundheitsförderung als Handlungsfeld mit überprüfbaren Zielsetzungen und Umsetzungsschritten in das Konzept aufgenommen wird.
- Die Verantwortung für die Erarbeitung und Fortschreibung des Integrierten Entwicklungs- und Handlungskonzeptes zur stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung sollte bei einem kommunalen Fachamt liegen (z.B. Gesundheit, Stadtentwicklung, Jugend), wobei darauf zu achten ist, dass alle anderen relevanten Ämter in die Konzepterstellung einbezogen werden.
- Ein Integriertes Entwicklungs- und Handlungskonzept benötigt politische Rückendeckung: sowohl für bereits formulierte Ziele und Verfahren als auch für die Möglichkeit, diese im Rahmen der Fortschreibung zu verändern. Das Konzept sollte daher von der Kommunalpolitik bestätigt werden.

Quartiermanagement/lokale Koordinierungsstelle Gesundheit

- Aufgabe des Quartiermanagements bzw. der lokalen Koordinierungsstelle sollte es sein, hinsichtlich der Ergebnisse der *stadtteilbezogenen Gesundheitsberichterstattung* einen offenen Kommunikations- und Diskussionsprozesses zu initiieren und zu moderieren und hierin die Bewohnerschaft und Stadtteilakteure sowie die institutionelle und politische Ebene einzubinden.
- Das Quartiermanagement/die lokale Koordinierungsstelle sollte ebenso darauf hinwirken, die Teilhabe von lokalen Akteuren aus stadtteilbezogenen Einrich-

tungen und Institutionen und insbesondere der Quartiersbevölkerung an der Erarbeitung des *Integrierten Entwicklungs- und Handlungskonzepts* zu ermöglichen. Ein solches partizipatives Vorgehen bringt die für die Umsetzung wichtigen Akteure bereits in der Planungsphase zusammen, wirbt für die gemeinsame Sache der Gesundheitsförderung, kann wichtige Zielgruppen aktivieren und erhöht die Umsetzungschancen.

Krankenkassen

- Die Krankenkassen sollten – soweit keine datenschutzrechtlichen Bedenken bestehen – die *stadtteilbezogene Gesundheitsberichterstattung* durch Aufbereitung und Zulieferung ihnen zur Verfügung stehender relevanter Morbiditätsdaten unterstützen und zudem prüfen, ob sie weitere geeignete Daten erheben können.
- Die örtlichen Krankenkassen sollten sich darüber hinaus aktiv am öffentlichen Diskurs über das *Integrierte Entwicklungs- und Handlungskonzept* beteiligen und hierbei ihre Erfahrungen mit settingbezogener Gesundheitsförderung einbringen. Zudem sollten sie bereits in der Phase der Konzepterarbeitung Aussagen zu möglichen kassengeprägten Projektfinanzierungen treffen, damit diese bei der Finanzierungsplanung des Konzeptes berücksichtigt werden können.

6.2 Strukturen für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung

Ressortübergreifende Zusammenarbeit, Kooperation zwischen Kommune und Krankenkassen(verbänden), Netzwerkentwicklung im Stadtteil sowie die Einrichtung einer Koordinierungsstelle Gesundheit im Stadtteil sind wesentliche strukturelle Voraussetzungen für den Aufbau, die Weiterentwicklung und Qualifizierung gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung. Bund/Länder, Kommune, Quartiermanagement/lokale Koordinierungsstelle Gesundheit und Krankenkassen können die Etablierung dieser Strukturen auf der Grundlage nachstehender Empfehlungen unterstützen.

Bund und Länder

- Eine *ressortübergreifende Zusammenarbeit* sollte nicht allein auf kommunaler, sondern auch auf Bundes- und Landesebene erfolgen, da die einzelnen Ministerien mit den jeweiligen Fachpolitiken wichtige Rahmenbedingungen für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung in den Kommunen setzen. So sollte bei Entscheidungen der relevanten Fachpolitiken systematisch geprüft werden,

ob besondere Schwerpunkte für gesundheitlich benachteiligte Stadtteile gesetzt werden können.

- Bund und Länder sollten bei ihrer Förderpolitik stärker die *Netzwerkentwicklung im Stadtteil* berücksichtigen – sei es durch eine gezielte Förderung lokaler Bündnisse und Strukturentwicklungen oder mittels Förderauflagen zur Bildung von Partnerschaften.
- Zudem sollten die Länder – soweit dies noch nicht der Fall ist – das Instrument der kommunalen Gesundheitskonferenzen in ihren Landesgesundheitsgesetzen als Vernetzungsstruktur verankern.
- Erfahrungen mit *Kooperationen zwischen Kommunen und Krankenkassen(verbänden)* mit dem Ziel gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung sowie mit *Koordinierungsstellen Gesundheit* liegen über das Forschungsprojekt hinausgehend noch kaum vor. Um innovative und beispielgebende Ansätze zu erproben, sollten von Bund und Ländern daher entsprechende Modellprojekte ausgelobt und diese forschend und evaluierend begleitet werden. Die Forschungs- und Evaluationsergebnisse sollten über vorhandene Kommunikationsstrukturen wie die des bundesweiten Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ in der Fachöffentlichkeit verbreitet werden.

Kommune

- Beim Aufbau und der Weiterentwicklung gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung sollte im Rahmen einer *ressortübergreifenden Zusammenarbeit* ein breites Spektrum an Fachämtern beteiligt sein (Gesundheit, Umwelt, Sport, Kinder, Jugend und Familie, Soziales, Bildung sowie Stadtentwicklung), wobei dem Gesundheitsressort, soweit die Kommune über ein eigenes Gesundheitsamt verfügt, eine Schlüsselrolle zukommen kann.
- Als sinnvoll hat sich zudem die Einrichtung einer ressortübergreifenden Steuerungsgruppe als operatives Kernteam für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung erwiesen. Neben den Vertretern der relevanten Fachämter sollten diesem Gremium die politische Federführung sowie das Quartiermanagement angehören. Soweit sich einzelne Krankenkassen im Stadtteilprozess engagieren, kann es zweckmäßig sein, auch diese in die Steuerungsgruppe einzubinden.
- Für die Initiierung einer *Kooperation zwischen Kommune und Krankenkassen* ist ein aktives Zugehen der Kommune auf die Krankenkassen(verbände) – wenn möglich durch die politische oder durch die Verwaltungsspitze – unerlässlich.
- Um die Krankenkassen für eine Kooperation zu gewinnen, ist darüber hinaus die Federführung der Kommune beim Prozess der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung sicherzustellen, unter anderem durch politische Be-

schlüsse, Konzept- und Projektentwicklung, Strukturbildung, personelle Ressourcen der Verwaltung sowie durch finanzielle Unterstützung der Stadtteilentwicklung mit öffentlichen Mitteln.

- Weitere wesentliche Aufgabe der Kommune ist es, den Prozess der *Netzwerkbildung* für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung zu initiieren und personelle und/oder finanzielle Ressourcen für eine das Netzwerk aufbauende und koordinierende intermediäre Instanz (Quartiermanagement, Koordinierungsstelle Gesundheit o.Ä.) bereitzustellen.
- Gemeinsam mit der koordinierenden Einrichtung im Stadtteil sollte die Kommune lokal abgestimmte und angepasste Formen für die Zusammenarbeit im Netzwerk entwickeln und hierbei die verschiedenen Interessen und Hintergründe der Beteiligten berücksichtigen. Insbesondere in Programmgebieten der „Sozialen Stadt“ ist auch hier auf die Vermeidung von Doppelstrukturen zu achten.
- Die Kommune sollte sicherstellen, dass alle relevanten Fachämter aktiv und regelmäßig im Netzwerk mitwirken.
- Für benachteiligte Stadtteile mit ausgeprägten gesundheitlichen Problemlagen sollte die Kommune vor Ort eine *Koordinierungsstelle Gesundheit* einrichten und die hierfür erforderlichen personellen und materiellen Ressourcen – ggf. in Kooperation mit Krankenkassen und/oder durch Fördermittel von Bund und/oder Land – sicherstellen.
- Dabei sollte die Koordinierungsstelle über eine zumindest mittelfristig abgesicherte Finanzierung verfügen, so dass ausreichend lange Vertragslaufzeiten für die dort tätigen Fachkräfte und damit für die personelle Kontinuität als Voraussetzung für den notwendigen Aufbau von Vertrauen gewährleistet sind.
- In Programmgebieten der „Sozialen Stadt“ kann die Koordinierungsstelle Gesundheit direkt beim Quartiermanagement angesiedelt sein oder mit diesem eng zusammenarbeiten. Alternativ können die Koordinierungsaufgaben bei einer zentralen Stadtteileinrichtung verortet sein. Auf jeden Fall sollte der Aufbau parallel arbeitender und daher konkurrierender Strukturen vermieden werden.

Quartiermanagement/lokale Koordinierungsstelle Gesundheit

- Soweit die *lokale Koordinierungsstelle Gesundheit* nicht ohnehin direkt beim Quartiermanagement angesiedelt ist, sollten die zwei lokalen Einrichtungen eng zusammenarbeiten, um Parallelstrukturen zu vermeiden.
- Zur Beförderung der *Kooperation zwischen Kommune und Krankenkassen* sollte das Quartiermanagement/die lokale Koordinierungsstelle Gesundheit den

Krankenkassen(verbänden) als Ansprechpartner und Knotenstelle für den Kontaktaufbau zu der Kommune und einzelnen Fachressorts zur Verfügung stehen und wichtige Anliegen und Informationen der Krankenkassen resp. der Kommune dem jeweils anderen Akteur vermitteln. Dies erleichtert den Krankenkassen den Einstieg in das zum Teil unübersichtliche Setting Stadtteil/Kommune.

- Die *Bildung und Entwicklung eines Netzwerks* kann durch einen Erfahrungsaustausch und die Verständigung über gute lokale Praxis motiviert werden. Das Quartiermanagement/die lokale Koordinierungsstelle sollte daher einen solchen gemeinsamen Lernprozess der Akteure im und für den Stadtteil initiieren und befördern und die Krankenkassen(verbände) aktiv in die Netzwerkbildung und -arbeit im Stadtteil einbeziehen (z.B. Vermittlung von Kontakten zwischen Krankenkassen und Kitas/Schulen im Stadtteil).

Krankenkassen

- Soweit die Krankenkassen eine gestaltende Rolle im gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklungsprozess anstreben, sollten sie zur Beförderung der *Kooperation zwischen Kommune und Krankenkassen* an den Sitzungen der kommunalen Steuerungsgruppe teilnehmen. Auf diese Weise können die Kassen einen wichtigen Beitrag zur Qualifizierung gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung leisten.
- Die Suche nach maßgeschneiderten Lösungen in den Quartieren erfordert geeignete Ansprechpartner auf Seiten der Krankenkassen für die Kommune und Quartiermanagement/lokale Koordinierungsstelle Gesundheit. Das Modell der regionalen Präventionsberater, wie von der Techniker Krankenkasse praktiziert, kann für die Einrichtung einer solchen Kompetenzstelle ein Vorbild sein.
- Für die Kommunen und die Quartiere würde ein kassenübergreifendes Handeln eine erhebliche Erleichterung bedeuten, da es das ansonsten erforderliche „Klinkenputzen“ bei verschiedenen Krankenkassen entbehrlich machen würde. Die Krankenkassen sollten daher – jenseits des Wettbewerbsgedankens – ein gemeinsames Engagement in der soziallagensensiblen gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung prüfen.
- Die Krankenkassen sollten aktiv mit der *Koordinierungsstelle Gesundheit* kooperieren und ihr Wissen und ihre Erfahrungen hinsichtlich settingbezogener Gesundheitsförderung in deren Arbeit einbringen. Auf diese Weise können die Kassen einen wichtigen Beitrag zur Qualifizierung der Koordinationsstelle Gesundheit leisten.
- Zudem sollte die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen prüfen, inwieweit eine finanzielle Unterstützung von Koordinationsstellen Gesundheit im Rahmen von Leistungen der Prävention nach § 20 Sozial-

gesetzbuch V möglich ist und ggf. Koordinationsstellen Gesundheit explizit als förderungsfähige Maßnahme in ihren Leitfaden Prävention aufnehmen. Vorbild kann hierbei die Unterstützung des BKK Landesverbandes Bayern und des BKK Bundesverbandes für die Koordinierungsstelle Gesundheit in der Fallstudie Fürth sein.

6.3 Projekte und Maßnahmen für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung

Projekte und Maßnahmen für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung werden durch die Art und Weise ihrer Entwicklung und Umsetzung sowie durch kreative und innovative Formen der Finanzierung und Förderung stark beeinflusst. Bund/Länder, Kommune, Quartiermanagement/lokale Koordinierungsstelle Gesundheit und Krankenkassen haben hierauf maßgeblichen Einfluss. Folgende Empfehlungen werden für die Entwicklung, Umsetzung und Qualifizierung von Projekten und Maßnahmen für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung unterbreitet:

Adressatenübergreifend

- Häufig werden für die *Finanzierung* einzelner gesundheitsfördernder Projekte und Maßnahmen verschiedene Finanzierungsquellen gebündelt. Dabei stellen sich in der Praxis vor Ort vor allem die Nicht-Kompatibilität verschiedener Fördermittel, die unterschiedliche Laufzeit von Förderungen, aber auch eine mangelhafte Transparenz der Mittelflüsse als hinderlich heraus. Dadurch kommt es auf Stadtteilebene zu erheblichem Koordinationsaufwand und Personalbedarf. In diesem Zusammenhang erforderlich ist daher eine stärkere Harmonisierung der Förderungen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene sowie zwischen und mit den Krankenkassen.
- Zudem sollte die noch einen Schritt weiter gehende und unter dem Motto „Quirlen statt Bündeln“ (IfS 2004: 186) stehende Idee eines einheitlichen Finanzierungstopfs für stadtteilbezogene Gesundheitsförderung geprüft werden. In einem solchen Topf würden Gelder aus relevanten Förderprogrammen, der Krankenkassen, der Kommune, von Stiftungen u.a. zusammengeführt, um diesen dann als einheitliche und flexible Finanzierungsquelle für die Umsetzung gesundheitsfördernder Stadtteilprojekte einsetzen zu können. Auf diese Weise könnte der angesichts häufig sehr kleiner Projektsummen oft unverhältnismäßig hohe „Filetierungsaufwand“ bei der Projektfinanzierung vermieden werden.

Bund und Länder

- Für eine Profilierung der *Projektentwicklung und -umsetzung* im Handlungsfeld Gesundheitsförderung sollten Bund und Länder geeignete Kommunikationsplattformen für den direkten Wissenstransfer und Erfahrungsaustausch zwischen Kommunen, Krankenkassen, Quartiermanagern, Wissenschaft und anderen relevanten Akteuren über Kriterien guter Praxis für Projekte und Maßnahmen einer gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung (beispielsweise im Rahmen von Veranstaltungen im Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ oder des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“) (weiter)entwickeln.
- Von Bund und Ländern im Bereich gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung geförderte Modellvorhaben und -projekte (u.a. gesundheitsbezogene Modellvorhaben „Soziale Stadt“, Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten) sollten in Hinblick auf Erfolg versprechende Handlungsansätze und deren Übertragbarkeit auf andere Stadtteile untersucht werden.
- Zur Verbesserung der *Fördermodalitäten* sollten Bund und Länder in Artikel 6 Abs. 1 der Verwaltungsvereinbarung Städtebauförderung als Zweck für den Einsatz von Mitteln für Modellvorhaben „Soziale Stadt“ den Bereich Gesundheitsförderung ergänzen. Analog sollte ein entsprechender Hinweis in die Ausschreibungen und Richtlinien der Länder zu den Modellvorhaben „Soziale Stadt“ aufgenommen werden.
- Die Gesundheitsministerien des Bundes und der Länder sollten die Auflage eines quartiersbezogenen Präventionsprogramms prüfen, das als Partnerprogramm zur „Sozialen Stadt“ fungieren könnte.
- Um generell die aufwändige Mittelakquise und -bündelung auf kommunaler, Quartiers- und Projektebene zu erleichtern, sollten die Länder Informationsstellen einrichten, die über ministerienübergreifende Förderkenntnisse verfügen und u.a. auch über Fördermöglichkeiten gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung Auskunft geben können.
- Wissen über *Finanzierungsmöglichkeiten* gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung könnte zudem landesspezifisch bei den Regionalen Knoten des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ gebündelt und von den Knoten an Kommunen und Quartiere weitergegeben werden.

- Um spontane und eher zufällige Projekte zugunsten strategisch ausgerichteter *Projektentwicklungen* zu vermeiden, scheint ein gemeinsamer Aktionsrahmen, ein gemeinsames Handlungskonzept für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung unerlässlich. Nur auf diese Weise kann die Einbettung der Einzelprojekte in eine übergreifende Strategie- und Zielentwicklung sichergestellt werden.
- Der Projektfindungsprozess sollte mit möglichst viel Offenheit und Transparenz und unter Beteiligung der Stadtteilöffentlichkeit geführt werden. Um die Quartiersbevölkerung für die Teilnahme an diesem Diskussionsprozess erfolgreich zu motivieren, müssen verstärkt zielgruppenorientierte Aktivierungs- und Beteiligungsansätze, insbesondere neue Methoden mit Betonung niedrigschwelliger Angebote, zum Einsatz kommen und die hierfür erforderlichen Personal- und Sachmittel bereitgestellt werden.
- Um eine möglichst hohe Projektqualität und Wirkung für die gewünschten Zielgruppen zu erreichen, sollte prozessbegleitend eine Verständigung über gute lokale Praxis und funktionierende Angebote unter den Prozessbeteiligten (Fachämter, Quartiermanagement/Koordinierungsstelle Gesundheit, Krankenkassen, Gesundheitsakteure im Stadtteil u.a.) als ein Beitrag zu Qualitätsmanagement und -entwicklung erfolgen.
- Damit der Prozess der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung weniger den Charakter eines „kurzfristigen Strohfeuers“ als vielmehr eines längerfristigen Engagements hat, sollten neben kleineren kurzfristigen Projekten auch ein oder zwei „Schlüsselprojekte“ längerfristig über mehrere Jahre durchgeführt und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit evaluiert werden.
- Verstärkt sollten gesundheitsfördernde Projekte und Angebote für Kleinkinder, ältere Jugendliche und junge Erwachsene entwickelt bzw. entsprechende Einrichtungen und Multiplikatoren (Kitas, Jugendclubs, Beschäftigungsträger) in der Projektentwicklung unterstützt werden. Analog gilt es, die Lücke bei geschlechtsspezifischen und kultursensiblen Projekten und Angeboten zu schließen.
- Häufig werden finanzielle Mittel lediglich zeitlich befristet bereitgestellt. Dies reicht für eine kontinuierliche und strukturell verankerte Stärkung der Gesundheitsförderung in Kommunen nicht aus. Zur Verbesserung der *Finanzierungsmodalitäten* ist eine langfristige finanzielle Absicherung als Basis für die dauerhafte Anlage von Angeboten und Maßnahmen erforderlich. Hierfür kann die Erschließung vergleichsweise neuer Finanzierungsquellen – beispielsweise von Krankenkassen-, Wohnungsbaugesellschaften, Stiftungen und Sponsoren – durch Kommune und Quartiersebene hilfreich sein, um eine finanzielle Absicherung auch jenseits öffentlicher Förderung zu gewährleisten.

- Zudem sollte die Kommune einen eigenen Haushaltstitel für die kommunale Gesundheitsförderung einrichten, mit dem auch stadtteilbezogene Aktivitäten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung finanziert werden können.
- Für Programmgebiete der „Sozialen Stadt“ sollten Kommune und Quartiers-ebene stärker als bislang die Möglichkeit nutzen, gesundheitsfördernde Stadtteilprojekte unter Ausnutzung der Mittel für sozial-integrative Modellvorhaben der „Sozialen Stadt“ zu finanzieren. Die bisherige Bilanz der geförderten Modellvorhaben zeigt, dass das Potenzial bei Gesundheitsprojekten noch nicht umfassend ausgeschöpft wird.
- Für benachteiligte Stadtteile mit ausgeprägten gesundheitlichen Problemlagen sollte die Kommune – ggf. in Kooperation mit Krankenkassen – einen *Verfügungsfonds Gesundheit* einrichten. Dabei ist darauf zu achten, dass ein angemessenes Verfahren und eine von Stadtteilakteuren getragene Struktur (Jury) für Projektauswahl und die Vergabe der Mittel entwickelt werden und politisch akzeptiert sind.
- Soweit in Programmgebieten der „Sozialen Stadt“ bereits ein Verfügungsfonds „Soziale Stadt“ besteht, sollten Verfahren und Strukturen dieses Fonds auch für den Verfügungsfonds Gesundheit genutzt werden, um Doppelstrukturen zu vermeiden. Auch sollte eine thematische Verknüpfung erfolgen.

Krankenkassen

- Die Krankenkassen sollten ihr Wissen und ihre Erfahrungen aktiv in die *Projektentwicklung* einbringen. Dies könnte beispielsweise nach dem Vorbild der Techniker Krankenkasse durch regionale Präventionsbeauftragte erfolgen. Auf diese Weise können die Kassen einen wichtigen Beitrag zur Qualifizierung der Angebote und Maßnahmen leisten.
- Darüber hinaus können die Krankenkassen durch die Bereitstellung von Schulungspersonal für die Qualifizierung von Stadtteil-Multiplikatoren einen Beitrag zum Erfolg gesundheitsfördernder Angebote und Maßnahmen im Quartier leisten. Indem dezentral Wissen bei Stadtteilakteuren platziert wird, das auch über das eigentliche Projekt hinaus Wirkung entfalten kann, wird ein wichtiges Kriterium der nachhaltigen Setting-Förderung erfüllt.
- Zudem sollten die Krankenkassen prüfen, welche ihrer Eigenprojekte für die Gesundheitsförderung in benachteiligten Stadtteilen geeignet sind bzw. hierfür qualifiziert werden können, und diese Projekte den Akteuren vor Ort zum Einsatz anbieten.
- Der Leitfaden Prävention der Krankenkassen sollte den Anforderungen stadtteilbezogener Gesundheitsförderung angepasst werden: zum einen indem der

Katalog der prioritären thematischen Handlungsfelder für die Primärprävention um solche Handlungsfelder erweitert wird, die insbesondere geeignet sind, sozial benachteiligte Stadtteilbewohner und vor allem auch Migranten erfolgreich zu erreichen und die damit quasi einen Schlüssel zur Gesundheitsförderung bei diesen Zielgruppen darstellen (z.B. Tanz-, Schwimm- und Ballspielangebote). Zum anderen sollten die Qualitätsanforderungen an Anbieter und Kursleiter gesundheitsfördernder Maßnahmen im Setting Stadtteil insoweit gelockert werden, dass Angebote auch von versierten Stadtteilbewohnern mit unterstützender und qualifizierender Begleitung durch eine Fachkraft durchgeführt werden können. Auf diese Weise ist eine gute Erreichbarkeit der Zielgruppe wahrscheinlich und es wird gleichzeitig ein Beitrag zu Empowerment und Ressourcenaufbau im Stadtteil geleistet.

- Die Krankenkassen sollten ihre umfangreichen Antragsanforderungen „verschlanken“, da diese vor allem für Projekte, die nur vergleichsweise geringe Förderbeträge benötigen und von eher wenig professionalisierten Trägern oder von Bewohnern getragen sind, oft eine erhebliche Hürde bei der Beantragung von Projektmitteln darstellen.
- Alternativ zu einzelfallbezogenen Antragsverfahren sollten die Kassen zur Qualifizierung der *Förder- und Finanzierungsmodalitäten* zudem – soweit als Basis hierfür ein integriertes Entwicklungs- und Handlungskonzept für den Stadtteil vorliegt – quartiersbezogene Rahmenverträge für einen festgelegten Zeitraum bzw. pauschale Förderzusagen bis zu einer bestimmten Summe prüfen, die den Abruf von Mitteln für kleinere Projekte auf Basis wenig aufwändiger Antragsskizzen erlauben.
- In diesem Zusammenhang sollten die Krankenkassen prüfen, inwieweit es ihnen möglich ist – ggf. in Kooperation mit der Kommune und anderen Kassen – Mittel für einen *Verfügungsfonds Gesundheit* zur Verfügung zu stellen. Vorbild kann hierbei der in den Fallstudien erprobte Verfügungsfonds der Techniker Krankenkasse sein.
- Schließlich ist es für die Projektentwicklung von zentraler Bedeutung, dass die Mitarbeiter des Quartiermanagements/der lokalen Koordinierungsstelle die für die Krankenkassen verbindlichen *Förderkriterien* des Leitfadens Prävention kennen. Für „Neueinsteiger“ in die Gesundheitsförderung sollten die Krankenkassen daher entsprechende Schulungen anbieten.

Anhang 1:

Gesprächspartnerinnen
und Gesprächspartner

Fürth

Zielgruppe Kinder

- Frau Wiest, Leiterin Hort Pfisterkiste
- Frau Leidner, Leiterin Kita Altstadtzwerge
- Herr Bräsick, Leiter Kita Sonnenblumenkinder
- Herr Dr. Veh-Hölzlein, Kinderarzt

Zielgruppen Jugendliche, junge Erwachsene

- Frau Küppers, Stadt Fürth, Leiterin der städtischen Jugendarbeit
- Frau Schindehütte, Jugendclub Catch-Up
- Herr Becker, Jugendclub Catch-Up
- Herr Popp, Jugendclub Corner
- Frau Ondrejtschak, ARGE/Fallmanagement U25, Bundesagentur für Arbeit
- Frau Pfaffinger, elan/Kompetenzagentur
- Herr Maderholz, ARGE/Vermittlung, Bundesagentur für Arbeit

Zielgruppe Familien

- Herr Karl, Stadt Fürth, Leiter Soziale Dienste (ASD)
- Herr Haupt, Stadt Fürth, Soziale Dienste (ASD)
- Herr Ott, Stadt Fürth, Soziale Dienste (ASD)

Stadtteilentwicklung

- Herr Meyer und Frau Schwab, Planungsgruppe Meyer-Schwab-Heckelsmüller (Quartiermanagement)

Geschäftsstelle Gesundheit

- Frau Göttlein, Projektagentur Göttlein, Fürth-Innenstadt

Halle

Zielgruppen (Schul-)Kinder und Familien

- Frau Dr. Gröger, Stadt Halle, Fachbereich Gesundheit, Kinder- und Jugend-ärztlicher Dienst
- Frau Heder, Stadt Halle, Fachbereich Kinder, Jugend und Familie
- Frau Schmoll, Sekundarschule Zeitzer Str., Schulsozialarbeiterin
- Frau Zippel, Deutscher Kinderschutzbund, Sozialarbeiterin

Zielgruppe Jugendliche und junge Erwachsene

- Frau Bohne, Straßensozialarbeiterin
- Frau Dr. Radig, ARGE SGB II GmbH/Bundesagentur für Arbeit

Stadtteilentwicklung

- Frau Neubert, Stadt Halle, Fachbereich Stadtentwicklung und -planung

Gesundheitsförderung

- Frau Chaghouri, Halle-Silberhöhe, Amt für Kinder, Jugend und Familie; Koordinatorin Gesunde-Städte-Projekt

Hamburg

Zielgruppe Kinder bis 6 Jahre

- Frau Müller, Leiterin des Kindertagesheims „Zu den 12 Aposteln“ (Kirchengemeinde)
- Frau Dr. Wack, Ärztin der Mütterberatung im Kinder- und Familienzentrum (Kifaz)

Zielgruppe Schulkinder

- Frau Dr. Schrameyer-Wernecke, Schulärztin Osdorf/Lurup
- Frau Berg, Leiterin der Schule Langbargheide

Zielgruppe Jugendliche, junge Erwachsene

- Herr Espe, Straßensozialarbeiter Osdorf/Lurup

Geschäftsstelle für Gesundheitsförderung

- Frau Tengeler und Frau Roddis, Stadtteilhaus Lurup, Hamburg Altona-Lurup

Projektarbeitsgruppe (Gruppendiskussion)

- Frau Hofrichter, Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG)
- Frau Roddis, Stadtteilhaus Lurup
- Frau Schmook, Bezirksamt Altona, Fachamt Sozialraummanagement
- Herr Stender, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, Freie und Hansestadt Hamburg
- Herr Wolgast, BKK Landesverband NORD

Krankenkassen(verbände)

BKK Bundesverband

- Herr Bellwinkel, BKK Bundesverband GbR, Leiter des Referats „Gesundheitsförderung und Selbsthilfe“

BKK Landesverbände

- Herr Zitzlsperger, BKK Landesverband Bayern, Fachbereich Prävention
- Herr Tietz, BKK Landesverband Ost, Referent für Politik und Kommunikation
- Herr Wolgast, BKK Landesverband NORD, Fachbereich Prävention

Techniker Krankenkasse

- Frau Schmidt, Techniker Krankenkasse, Gesundheitsmanagement
- Herr Geschke, Techniker Krankenkasse, Präventionsberater

Anhang 2:

Projektantrag (Formular)
Verfügungsfonds Gesundheit

Antrag TK Verfügungsfonds Gesundes Lurup



Handlungsfelder (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|--|
| ☐ Gesunde Ernährung | ☐ Suchtprävention |
| ☐ Bewegung | ☐ Gesundheitsberatung vor Ort |
| ☐ Stressreduktion | ☐ Beteiligung/Aktivierung |
| ☐ Seelische Gesundheit | ☐ Sonstige, nämlich _____ |

Zielgruppe: (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|--|
| ☐ Kinder bis 6 Jahre | ☐ Migrant/innen |
| ☐ Kinder von 6 bis 14 Jahre | ☐ Mädchen |
| ☐ Jugendliche von 14 bis 18 Jahre | ☐ Jungen |
| ☐ Junge Erwachsene von 18 bis 25 Jahre | |
| ☐ Eltern/Familien | ☐ Senior/innen |
| | ☐ Multiplikatoren/innen |
| ☐ sonstige: | |

Titel des Projektes:

Projektbeschreibung (Kurze Beschreibung des Projektes /Zielsetzung, Zeitraum). Was soll mit dem Geld wann finanziert werden (Kostenaufstellung der Honorare, Sachmittel)? Wenn der Platz für eine Beschreibung nicht ausreicht, bitte ergänzende Unterlagen beifügen:

Der besondere Nutzen des Projekts für den Stadtteil ist:

Das Projekt ist erfolgreich, wenn ... (nennen Sie hier 3 Punkte)

°

°

°

Anzahl der Teilnehmer/innen: _____

vorgesehener Projektzeitraum

☐ Das Projekt umfasst mehrere Termine

☐ Einmalige Veranstaltung

Qualifikation Kurs-/Projektleitung

Kooperationspartner

☐ Wir suchen noch einen geeigneten Kooperationspartner für unser Projekt.

Antragsteller/Träger: _____

Ansprechpartner/in: _____

Straße/HsNr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Kooperationspartner: _____

• **Voraussichtliche Gesamtkosten des Projektes:** _____ EURO

Kostenaufstellung:

Honorarkosten: _____ EURO

Sachmittel: _____ EURO

• **Wieviel Geld wird aus dem TK-Verfügungsfonds Gesundes Lurup beantragt?**

_____ EURO

• **Beteiligen sich noch andere an der Finanzierung des Projektes, der Aktion?**

☐ **Nein** ☐ **Ja, und zwar**

Name	Betrag	
_____	_____	EURO
_____	_____	EURO
_____	_____	EURO

• **Die Mittel sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:**

Bankverbindung: _____

Bankleitzahl: _____

Kontonummer: _____

Kontoinhaber: _____

Ein Rechtsanspruch auf Förderung besteht nicht.

Ort, Datum

Unterschrift

**Information, Beratung, Unterstützung beim Ausfüllen von Anträge,
Einreichen der Anträge in der
Geschäftsstelle für Gesundheitsförderung, Stadtteilhaus Lurup,
Böverstland 38, 22547 Hamburg, Tel. 040 87 97 41 16,
Margret-Roddis@hamburg.de**

Beschluss Luruper Forum am

Zustimmung TK

nein ja Enth. ☐ einstimmig

☐ nein ☐ ja, am

Anhang 3:

Projektdokumentationsblatt
Verfügungsfonds Gesundheit

Verfügungsfonds / Mikrofinanzierungen

Projektdokumentation nach Projektabschluss (Entwurf)

Träger des Projektes (Name, Adresse, eMail etc.)

Name des Projektes:

Das Projekt wurde gefördert von:

Erfahrungen und Ergebnisse bei der Umsetzung des Projekts

Zahl der Teilnehmerinnen

insgesamt:

darunter

☐ Kinder im Alter von

☐ Jugendliche im Alter von

☐ Mädchen im Alter von

☐ Jungen im Alter von

☐ Migrant/innen im Alter von

☐ sozial Belastete im Alter von

☐ Eltern

☐ Alleinerziehende

☐ Familien

☐ andere, und zwar

Haben Sie während des Projekts ☐ andere bzw. ☐ zusätzliche Zielgruppen als im Antrag angegeben einbezogen?

☐ nein

☐ ja, und zwar, weil

Konnte das Projekt sozial benachteiligte Zielgruppen einbeziehen?

☐ nein

☐ ja, und zwar

Dabei gab es aus unserer Sicht folgenden konkreten Nutzen des Projekts für diese Zielgruppen:

Mit welchen Einrichtungen oder Personen haben Sie zusammengearbeitet?

Haben Sie positiven Erfahrungen in der Zusammenarbeit gemacht?

☐ nein ☐ ja, und zwar

Gibt es Pläne für eine weitere Zusammenarbeit?

☐ nein ☐ ja, und zwar

Wie hoch waren die Gesamtkosten? Euro

Wie sind Sie mit der für das Projekt vorgesehenen Zeit und dem beantragten Geld zurechtgekommen?

☐ gut ☐ mittel bzw. ☐ schlecht, weil

☐ der vorgesehene ☐ zeitliche und/oder ☐ finanzielle Rahmen wurde geändert,
weil

Konnten die drei in Ihrem Antrag genannten Ziele erreicht werden?

Ziel 1:

- ☐ ja, so wie gewünscht
- ☐ mit Einschränkungen, weil
- ☐ leider nicht, weil

Ziel 2:

- ☐ ja, so wie gewünscht
- ☐ mit Einschränkungen, weil
- ☐ leider nicht, weil

Ziel 3: ☐ ja, so wie gewünscht

☐ mit Einschränkungen, weil

☐ leider nicht, weil

Gab es (weitere) Probleme bei der Umsetzung des Projektes?

☐ nein ☐ ja, und zwar

Gibt es (darüber hinaus) besondere Projekterfolge?

☐ nein ☐ ja, und zwar

Welchen besonderen Nutzen erbrachten die Projektergebnisse aus ihrer Sicht für die Gesundheitsförderung im Stadtteil?

Sind Bestandteile des Projektes / Ist das Projekt auf andere Projekte übertragbar?

☐ nein ☐ ja, und zwar

Planen Sie oder andere Projektbeteiligte eine Fortführung bzw. Weiterentwicklung des Projekts?

☐ nein ☐ ja, und zwar

Bitte fügen Sie dem Bericht mindestens drei Fotos bei.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Ihr Engagement für die Gesundheitsförderung in Ihrem Stadtteil!

Literatur

- Altgeld, Thomas (2003): Gesundheitsförderliche Settingansätze in benachteiligten städtischen Quartieren, Expertise für die Regiestelle des E&C-Programmes, Hannover (Manuskript).
- Altgeld, Thomas (2008): Jenseits des Elfenbeinturms? Gesundheitsförderung braucht mehr und andere Erfolge, in: Stadtpunkte. Aktuelle Informationen der HAG zur Gesundheitsförderung in Hamburg, Nr. 1: 3 f.
- Altgeld, Thomas, und Barbara Leykamm (2003): Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte muss sektorenübergreifend angelegt sein – Vernetzungsaktivitäten auf Länderebene zwischen dem Gesundheits-, Sozial- und Jugendhilfesektor, in: BZgA: Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure, Köln: 20-42.
- AOLG – Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2003): Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder, dritte, neu bearbeitete Fassung, Bielefeld.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2008): Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008.
- Bär, Gesine (2008): Verfügungsfonds und Mikrofinanzierungen als Instrumente der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung, in: Impulse. Newsletter zur Gesundheitsförderung, H. 58: 22 f., www.gesundheit-nds.de/veroeffentlichungen/newsletterimpulse/index.htm.
- Bär, Gesine, Christa Böhme und Bettina Reimann (2009a): Gesundheitsförderung und Stadtteilentwicklung, in: Detlef Kuhn, Ingrid Papies-Winkler und Dieter Sommer (Hrsg.): Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten. Erfahrungen aus der Lebenswelt Stadtteil, Frankfurt am Main 2009: 249-259.
- Bär, Gesine, Christa Böhme und Bettina Reimann (2009b): Kinder- und jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil, Berlin (Difu-Arbeitshilfe).
- Bär, Gesine, Martina Buhtz und Heike Gerth (2004): Der Stadtteil als Ort von Gesundheitsförderung. Erfahrungen und Befunde aus stadtteilbezogenen Projekten, in: Rolf Rosenbrock, Michael Bellwinkel und Alfons Schröer (Hrsg.): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“, Bremerhaven: 233-294.
- Baric, Leo, und Günter Conrad (1999): Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Settingansatzes der Gesundheitsförderung, Werbach-Gamburg.
- Barker, Roger G. (1968): Ecological Psychology. Concepts and Methods for Studying the Environment of Human Behavior, Stanford, CA.
- Becker, Heidede, Stephanie Bock, Christa Böhme und Thomas Franke (2006): Dritte bundesweite Befragung Programmgebiete „Soziale Stadt“. Endbericht zur Auswertung, im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS), vertreten durch das Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR), Berlin, Download: www.sozialestadt.de/veroeffentlichungen/DF10750.pdf.
- BKK Bundesverband (Hrsg.) (2005): Mehr Gesundheit für alle. Praxisbeispiele 2005, Essen.
- BKK Bundesverband (Hrsg.) (2009): Gesund älter werden im Stadtteil, Essen.
- BMVBS – Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (Hrsg.) (2008): Statusbericht 2008 zum Programm Soziale Stadt, Bearbeitung: Bundestransferstelle Soziale Stadt, Deutsches Institut für Urbanistik, Berlin, Download: <http://www.sozialestadt.de/veroeffentlichungen/statusbericht-langfassung.pdf>.
- Böhme, Christa (2007): Gesundheitsförderung in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf, in: Soziale Stadt info 20: 2-9.

- Böhme, Christa, u.a. (2003): Handlungsfelder integrierter Stadtteilentwicklung, in: Deutsches Institut für Urbanistik im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen: Strategien für die Soziale Stadt. Erfahrungen und Perspektiven – Umsetzung des Bund-Länder-Programms „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt“, Berlin: 98-147.
- Böhme, Christa, u.a. (2006): Lokale Agenda 21 – Umwelt und Gesundheit, Teil 2: Gute-Praxis-Beispiele in Kommunen – Mitmachen lohnt!, Dessau (im Auftrag des Umweltbundesamtes).
- Boos-Krüger, Annegret, und Heike Pallmeier (2009): Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt, in: Monika Alisch (Hrsg.): Lesen Sie die Packungsbeilage. Sozialraumorganisation und Gesundheitsinformation, Opladen.
- Bühren-Armstrong, Bernhard (1998): Evaluationsforschung und Qualitätssicherung in der Personalkommunikativen AIDS-Prävention. Eine Meta-Evaluation, Dissertation, Universität Freiburg.
- Bundestransferstelle Soziale Stadt (2009): 1. Regionalkonferenz zur Sozialen Stadt: Modellvorhaben der Sozialen Stadt und Arbeitshilfe Monitoring. Dokumentation und Auswertung, Berlin.
- Bundesweiter Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ (Hrsg.) (2008): Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in den Quartieren des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt“. Expertenworkshop, Berlin.
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2005): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, Köln 2005 (Gesundheitsförderung konkret, Bd. 5).
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2007 u.a.): Gesund groß werden – Eltern-Ordner, Köln.
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2008): Dokumentation suchtpreventiver Maßnahmen in Deutschland in Kooperation mit den Landeskoordinationen und den kommunalen Fachkräften der Suchtvorbeugung, Köln.
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Gesundheit Berlin e.V. (2009): Gewaltprävention an Schulen in Sachsen-Anhalt, www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/bot_Seite6017.html.
- Deutscher Bundestag (2009): Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland – 13. Kinder- und Jugendbericht – und Stellungnahme der Bundesregierung, BT-Drs. 16/12860 vom 30.4.2009.
- Difu – Deutsches Institut für Urbanistik (2003a): Good Practice in Altbau- und gemischten Quartieren. Eine Analyse im Rahmen des Bund-Länder-Programms „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt“, Berlin 2003 (Arbeitspapiere zum Programm Soziale Stadt, Bd. 10)
- Difu – Deutsches Institut für Urbanistik, im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen (2003b): Strategien für die Soziale Stadt. Erfahrungen und Perspektiven – Umsetzung des Bund-Länder-Programms „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt“, Berlin.
- Difu – Deutsches Institut für Urbanistik (Hrsg.) (2004): 2. Bundeswettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“: Tabakprävention vor Ort. September 2003 bis Mai 2004. Dokumentation, Berlin (im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung).
- Difu – Deutsches Institut für Urbanistik (Hrsg.) (2006): 3. Bundeswettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“: Alkoholprävention vor Ort. Mai 2005 bis Juni 2006. Dokumentation, Berlin (im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung).
- Elkeles, Thomas (2006): Evaluation von Gesundheitsförderung und die Forderung nach Evidenzbasierung – fünf Thesen zur Anwendbarkeit auf Gesundheit, in: Zeitschrift für Evaluation, H. 1: 39-70.

- Empirica (2003): Evaluation des Berliner Quartiermanagements in der Pilotphase 1999-2002. Im Auftrag der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung des Landes Berlin, Berlin, Download: <http://www.sozialestadt.de/gebiete/dokumente/DF8436.phtml>.
- Engelmann, Fabian, und Anja Halkow (2008): Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung, discussion paper, WZB, Berlin.
- Fawcett, S.B., u.a. (1996): Empowering community health initiatives through evaluation, in: D.M. Fetterman, S.J. Kaftarian und A. Wandersman (Hrsg.): Empowerment evaluation. Knowledge and tools for self-assessment and accountability, Thousand Oaks: 161-187.
- Froessler, Dieter (2002): Evaluierung als Beitrag zur Qualitätsentwicklung bei quartiersbezogenen Erneuerungs- und Entwicklungsansätzen, in: vhw Forum Wohneigentum, Nr. 3: 152-157.
- Geene, Raimund (2004): Gemeinsam die Gesundheitsförderung stärken, in: Raimund Geene und Tanja Philippi (Hrsg.): Mehr Gesundheit für alle. Die BKK-Initiative als Modell für soziallagenbezogene Gesundheitsförderung, Bremerhaven: 11-17.
- Geene, Raimund, und Rolf Rosenbrock (2004): Soziallagenbezogene Gesundheitsförderung im Setting – Sozialräumliche Orientierung in der Planung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen, in: Gerhard Meinlschmidt (Hrsg.): Sozialstrukturatlas Berlin, Berlin (Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz).
- Gesundheit Berlin (Hrsg.) (2008): Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier, H. 1-5, Berlin.
- Geyer, Siegfried (2003): Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten. Möglichkeiten und Grenzen von Prävention und Gesundheitsförderung, in: Prävention, H. 26: 35-39.
- Glattacker, M., und W.H. Jäckel (2007): Evaluation der Qualitätssicherung – aktuelle Datenlage und Konsequenzen für die Forschung, in: Gesundheitswesen: 277-283.
- Gold, Carola (2009): Gesundheitsförderung im Quartier systematisch entwickeln, in: Gesundheit Berlin e.V. (Hrsg.): Gesundheitsförderung in den Quartieren der Sozialen Stadt. Auf dem Weg zu einer neuen Qualität der Zusammenarbeit in den Ländern, Berlin: 6-9.
- Hanhörster, Heike, und Bettina Reimann (2007): Evaluierung der Partizipation im Rahmen der Berliner Quartiersverfahren. Gutachten unter besonderer Berücksichtigung der Berlinerinnen und Berliner mit migrantischer Herkunft. Gutachten im Auftrag der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Berlin, Download: <http://edoc.difu.de/edoc.php?id=8TNCG5K9>.
- Hawe, P., L. King, M. Noort, C. Jordens und B. Lloyd (2000): Indicators to help with capacity building in health promotion, Sydney.
- Hegger, Ursula, und Fritz Beske (2003): Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Gesetzgebung der Bundesländer, Kiel.
- Hölling, Heike, und Robert Schlack (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.
- Holtkamp, Lars, Jörg Bogumil und Leo Kißler (2006): Kooperative Demokratie: das demokratische Potenzial von Bürgerengagement, Frankfurt am Main.
- Huber, Ellis (2009): Gesundheitsförderung und kommunale Gesundheitspolitik, in: Detlef Kuhn, Ingrid Papies-Winkler und Dieter Sommer (Hrsg.): Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten. Erfahrungen aus der Lebenswelt Stadtteil, Frankfurt am Main 2009: 93-108.
- IfS – Institut für Stadtforschung und Strukturpolitik (2004): Die Soziale Stadt – Ergebnisse der Zwischenevaluierung, Berlin, www.sozialestadt.de/veroeffentlichungen/evaluationsberichte/.
- IMS – Institut für Medizinsoziologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf in Zusammenarbeit mit Gesundheitsamt Eimsbüttel (Hrsg.) (2007): Beiträge zur Quartiersdiagnose. Kindergesundheit

- in der Lenzsiedlung. Einschätzungen von Fachleuten. Vorschläge für das Präventionsprogramm „Lenzgesund“, Hamburg.
- Jädicke, Wolfgang, Kristine Kern und Hellmut Wollmann (1990): Kommunale Aktionsverwaltung in Stadterneuerung und Umweltschutz, Köln.
- Kilian, Holger (2008): Vernetzung und Qualitätsentwicklung in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung als gemeinsame Aufgabe: der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in der Bundesrepublik Deutschland“, in: Eberhard Göpel (Hrsg.): Systemische Gesundheitsförderung, Frankfurt am Main: 187-200.
- Kilian, Holger, Sven Brandes und Frank Lehrmann (2009): Der Good-Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, in: Petra Kolip und Veronika E. Müller (Hrsg.) (2009): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, Bern: 97-113.
- Kilian, Holger, Raimund Geene und Tanja Philippi (2004): Die Praxis der Gesundheitsförderung im Setting, in: Rolf Rosenbrock, Alfons Schröer und Michael Bellwinkel (Hrsg.): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit, Bremerhaven: 151-230.
- Klagge, Britta (2003): Städtische Armut und kleinräumige Segregation im Kontext wirtschaftlicher und demographischer Bedingungen – am Beispiel von Düsseldorf, Essen, Frankfurt, Hannover und Stuttgart, in: Informationen zur Raumentwicklung, H. 3/4: 161-173.
- Kliche, Thomas (2008): Transferforschung für Prävention und Gesundheitsförderung: Ansätze, Stand, Impulse, Vortrag auf der Fachtagung Präventionsprojekte des BMBF am 19.6.2008 in Berlin, unveröff. Ms.
- Kolip, Petra, und Veronika E. Müller (Hrsg.) (2009): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, Bern.
- Labonte, Ronald, und Glenn Laverack (2001a): Capacity Building in Health Promotion, Part 1: For whom? And for what Purpose? Critical Public Health, H. 2: 111-127.
- Labonte, Ronald, und Glenn Laverack (2001b): Capacity Building in Health Promotion, Part 2: Whose Use? And with what Measurement? Critical Public Health, H. 2: 129-138.
- Lampert, Thomas, Anne Starker und Gert Mensink (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.
- Lehmann, Frank (2006): Kooperationsverbund zur Realisierung der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in Deutschland, in: M. Richter und K. Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit, Wiesbaden: 423-438.
- Loss, Julika, Christine Eichhorn, Eckhard Nagel u.a. (2007): Gemeindenahe Gesundheitsförderung – Herausforderungen an die Evaluation, in: Gesundheitswesen: 77-87.
- Loss, Julika, Christine Eichhorn, Eckhard Nagel, u.a. (2009): Gemeindeanalyse als Planungsgrundlage für ein gemeindenahe Gesundheitsförderungsprogramm – Ergebnisse einer Bevölkerungsbefragung in Karlshud, in: Gesundheitswesen: 232-241.
- Luber, Eva, und Raimund Geene (Hrsg.) (2004): Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung, Frankfurt am Main.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (2002-2008): Präventionsbericht. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung (verschiedene Berichtsjahre, abrufbar unter: www.mds-ev.de).
- Mielck, Andreas (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion, Bern.

- Mossakowski, Karin, und Waldemar Süß (2009): „Daten für Taten“: Kommunale Gesundheitsberichterstattung als Planungsgrundlage für Prävention und Gesundheitsförderung, in: Petra Kolip und Veronika E. Müller (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, Bern: 23-40.
- Müller, Veronika E. (2009): Qualität in der Gesundheitsförderung. Eine Methode für Alle(s)?, in: Petra Kolip und Veronika E. Müller (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, Bern: 41-59.
- Nickel, Stefan, und Alf Trojan (2009): Zur Messung von Kapazitätsentwicklung im Quartier: Konzepte, Methode und Erfahrungen, in: Petra Kolip und Veronika E. Müller (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, Bern: 279-293.
- Potvin, Louise, Lucie Richard und Geneviève Mercille (2009): Die Evaluation von bevölkerungsbezogenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, in: Petra Kolip und Veronika E. Müller (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: 241-277.
- Richter, Matthias, und Klaus Hurrelmann (2006): Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen, in: dies. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, Wiesbaden: 11–31.
- Riemann, K. (1999): „Vorhandenes praxisnah nutzen“. Verfahrensvorschlag zur Qualitätssicherung im Rahmen des zukünftigen § 20 SGB V, in: Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention bei der Umsetzung von § 20 SGB V (n.F.), Tagungsdokumentation zum Workshop der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen am 24. Juni 1999 in Köln, Bergisch Gladbach: 51-64
- RKI – Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2006): Gesundheit in Deutschland, Berlin (Gesundheitsberichterstattung des Bundes).
- RKI/BZgA – Robert-Koch-Institut und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2008): Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Berlin, www.kindergesundheit-info.de/3558.0.html.
- Rosenbrock, Rolf (2004): Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – Problemskizze und ein Politikvorschlag zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 SGB V durch die GKV, in: Rolf Rosenbrock, Michael Bellwinkel und Alfons Schröer (Hrsg.): Präventionsprävention im Kontext sozialer Ungleichheit, Bremerhaven: 7-149.
- Rosenbrock, Rolf (2008): Primäre Prävention – Was ist das und was soll das? Discussion Paper der Forschungsgruppe Public Health, März 2008, Berlin (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung).
- Rosenbrock, Rolf, Michael Bellwinkel und Alfons Schröer (Hrsg.) (2004): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“, Bremerhaven (Gesundheitsförderung und Selbsthilfe, Bd. 8).
- Russ, Holger und Sabine Pfeifer (2007): Gesundheitserleben in Duisburg-Neumühl! Chancen, Möglichkeiten und Grenzen in der Zusammenarbeit mit städtischen Partnern, Vortrag bei der Fachtagung des BKK Bundesverbandes „Mehr Gesundheit für alle: Gemeinsam gesunde Lebenswelten gestalten!“ am 29.11.2007, Berlin.
- Stockmann, Susanne, Joseph Kuhn, Angelika Zirngibl und Ulrich Mansmann (2008): Kommunale Gesundheitsberichterstattung in Deutschland: eine empirische Erhebung, in: Gesundheitswesen: 678-683.
- Süß, Waldemar, Alf Trojan und Alex Füller (2005): Zur Rolle von Berichterstattung in Entscheidungsprozessen, in: Rainer Fehr, Hermann Neus und Ursel Heudorf (Hrsg.): Gesundheit und Umwelt. Ökologische Prävention und Gesundheitsförderung, 1. Auflage Bern: 245-257.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten, Stuttgart.

- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Vernetzung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten. Kurzfassung, Berlin.
- Trojan, Alf (1999): Kommunale Gesundheitspolitik, in: Hellmut Wollmann und Roland Roth (Hrsg.): Kommunalpolitik. Politisches Handeln in den Gemeinden, Opladen: 780-800.
- Trojan, Alf (2001): Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung, in: M.-L. Dierks, U. Walter, I. Windel und F.W. Schwartz (Hrsg.): Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung und Prävention, Köln: 51-72.
- Unger, Hella von, Martina Block und Michael T. Wright (2007): Aktionsforschung im deutschsprachigen Raum. Zur Geschichte und Aktualität eines kontroversen Ansatzes aus Public Health Sicht, discussion paper, WZB, Berlin.
- Vienken, Elke (2007): Verstetigung durch Existenzgründung: Fördermittel intelligent einsetzen!, in: Landesarbeitsgemeinschaft Soziale Stadtentwicklung und Gemeinwesenarbeit Baden-Württemberg (Hrsg.): Strategien zur Verstetigung sozialer Stadtteilentwicklung in Baden-Württemberg. Tagungs-Dokumentation: 33-40.
- VSOP – Verein für Sozialplanung e.V. (1998): Sozialraumanalyse und Sozialraumplanung. Fachpolitische Stellungnahme 1998, www.vsop.de/index.php?page=1125753123&f=1.
- WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, Download: http://www.euro.who.int/About-WHO/Policy/20010827_2?language=German.
- WHO (1998): Health promotion glossary, Division of Health Promotion, Education, and Communication, Download: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf.
- Wright, Michael T. (2004): Partizipative Qualitätssicherung und Evaluation für Präventionsangebote in Settings, in: Rolf Rosenbrock, Michael Bellwinkel und Alfons Schröer (Hrsg.): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit, Reihe „Gesundheitsförderung und Selbsthilfe“, Bd. 8, Essen: 297-347.
- Wright, Michael T. (2006): Auf dem Weg zu einer theoriegeleiteten, evidenzbasierten, qualitätsgesicherten Primärprävention in Settings, in: Jahrbuch für Kritische Medizin: 55-73.
- Wright, Michael T. (2007): Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung, in: Info Dienst für Gesundheitsförderung: 4 f.
- Wright, Michael T., und Martina Block (2006): Partizipative Qualitätssicherung und Evaluation in der lebensweltorientierten Primärprävention, in: W. Kirch und B. Badura: Prävention, Berlin: 157-172.
- Zimmer-Hegmann, Ralf, und Evelyn Sucato (2007): Evaluation in der Sozialen Stadt – ein Überblick aus Länderperspektive, in: Zeitschrift für Evaluation, H. 1: 79-107.



Kinder- und jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil

Von Gesine Bär, Christa Böhme und Bettina Reimann
2009. 232 S., durchgängig vierfarbig, 33,- Euro
Difu-Arbeitshilfe
ISBN 978-3-88118-471-7

Angesichts der sozial und räumlich ungleichen Verteilung von Gesundheitschancen kommt der kommunalen Gesundheitsförderung wachsende Bedeutung zu. Eine besondere Herausforderung besteht darin, Stadtteilentwicklung und Gesundheitsförderung stärker als bislang üblich miteinander zu verknüpfen und gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung zu einem Thema in den Kommunen zu machen. Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in benachteiligten Stadtteilen stellen hierbei eine besondere Zielgruppe dar: zum einen weil sie besonderen Risikobelastungen ausgesetzt sind und ihr Gesundheitszustand schlechter ist als der ihrer Altersgenossen in einkommens- und bildungsstärkeren Familien, zum anderen weil bei diesen Zielgruppen ein hohes Gesundheitspotenzial vorhanden ist, das aktiviert und erhalten werden sollte.

Die Arbeitshilfe zeigt auf, wie kinder- und jugendbezogene Gesundheitsförderung als Teil der Stadtteilentwicklung und der Quartiersarbeit erfolgreich und qualitätsgesichert implementiert und etabliert werden kann. Dafür werden für alle relevanten strategischen und thematischen Handlungsfelder gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung Qualitätselemente sowie Gute-Praxis-Kriterien entwickelt und anhand zahlreicher Gute-Praxis-Beispiele aus den Kommunen illustriert. Auf diese Weise liefert die Arbeitshilfe Kommunen, Krankenkassen und Quartiermanagern als zentralen Akteuren vor Ort eine Art Ideen- und Methodenkoffer mit Anregungen und praktischen Hilfestellungen für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung.



Deutsches Institut für Urbanistik

Verlag und Vertrieb: Deutsches Institut für Urbanistik GmbH
Zimmerstr. 13-15 • 10969 Berlin • Telefon (030) 3 90 01-253
Telefax (030) 3 90 01-275 • E-Mail: verlag@difu.de • Internet: www.difu.de

Veröffentlichungen

■ Edition Difu – Stadt Forschung Praxis

Stadtpolitik und das neue Wohnen in der Innenstadt

Von Gregor Jekel, Franciska Frölich
von Bodelschwingh, Hasso Brühl und
Claus-Peter Echter
2010. Bd. 8. 352 S., Euro 39,–
ISBN 978-3-88118-475-5

Wirkungsanalyse großer innerstädtischer Einkaufszentren

Von Rolf Junker, Gerd Kühn, Christina
Nitz, Holger Pump-Uhlmann
2008. Bd. 7. 232 S., durchgängig
vierfarbig, zahlreiche Abbildungen,
Euro 35,–
ISBN 978-3-88118-461-8

Der große Umbruch

Deutsche Städte und Globalisierung
Von Werner Heinz
2008. Bd. 6. 360 S., Euro 28,–
ISBN 978-3-88118-456-4

Cluster in der Wirtschaftsförderung – vom Marketingbegriff zum Prozessmanagement

Hrsg. Holger Floeting
2008. Bd. 5. 288 S., Euro 31,–
ISBN 978-3-88118-450-2

Investitionsrückstand und Investitionsbedarf der Kommunen

Ausmaß, Ursachen, Folgen, Strategien
Von Michael Reidenbach u.a.
2007. Bd. 4. 468 S., Euro 41,–
ISBN 978-3-88118-454-0

■ Difu-Sonderveröffentlichung

PPP-Projekte in Deutschland 2009

Erfahrungen, Verbreitung, Perspektiven
Ergebnisbericht
Von Busso Grabow und Stefan Schneider
2009. 64 S., zahlreiche, zweifarbige
Abbildungen, Schutzgebühr Euro 10,–
ISBN 978-3-88118-478-6

■ Difu-Arbeitshilfen

Datenschutz und Informationsfreiheit in der Kommune

3., vollständig neu bearbeitete und
erheblich erweiterte Auflage
Von Martin Zilkens
2009. 160 S., Schutzgebühr Euro 28,–
ISBN 978-3-88118-388-8

Erhaltung und Entwicklung zentraler Versorgungsbereiche

Von A. Bunzel, H. Janning, S. Kruse und
G. Kühn
2009. 260 S., teilweise vierfarbig,
Schutzgebühr Euro 33,–
ISBN 978-3-88118-462-5

Das Bebauungsplanverfahren nach dem BauGB 2007

Muster, Tipps und Hinweise für eine
zweckmäßige und rechtssichere
Verfahrensgestaltung
Von Marie-Luis Wallraven-Lindl,
Anton Strunz und Monika Geiß
2007. 222 S., Schutzgebühr Euro 31,–
ISBN 978-3-88118-430-4

Verlag und Vertrieb: Deutsches Institut für Urbanistik GmbH
Zimmerstr. 13-15 • 10969 Berlin • Telefon (030) 3 90 01-253
Telefax (030) 3 90 01-275 • E-Mail: verlag@difu.de • Internet: www.difu.de

Veröffentlichungen

■ Difu-Impulse

Kooperationen im kommunalen Energiemanagement

Fachkongress-Doku
Hrsg. Cornelia Rösler
Bd. 1/2010. 196 S., Schutzgebühr
Euro 20,-
ISBN 978-3-88118-482-3

Optimierung von Stoffströmen in Kommunen – am Beispiel von Gasentladungslampen

Von Maic Verbücheln
Bd. 6/2009. 60 S.,
Schutzgebühr Euro 12,-
ISBN 978-3-88118-479-3

Planspiel interkommunale Verkehrsentwicklungsplanung in der Region München

Dokumentation
Von Ludwig Korte und
Michael Lehmbruck
Bd. 5/2009. 72 S., Schutzgebühr
Euro 15,-
ISBN 978-3-88118-473-1

Klimaschutz im Stadtverkehr: 40 Prozent weniger CO₂ – (k)ein Problem?

Fachtagungs-Doku
Hrsg. Tilman Bracher
Bd. 4/2009. 144 S., Schutzgebühr
Euro 18,-
ISBN 978-3-88118-470-0

Servicestadt Berlin 2016

Von Busso Grabow, Rüdiger Knipp und
Stefan Schneider
Bd. 3/2009. 212 S., teilw. vierfarbig,
Schutzgebühr Euro 23,-
ISBN 978-3-88118-469-4

■ Difu-Papers

Kommunen und ihre Beratungsbedarfe in ausgewählten europäischen Ländern

Von Cristoph Hagen und Werner Heinz
2009. 20 S., Schutzgebühr Euro 5,-

Lebenszufriedenheit in europäischen Städten

Auswertung de Urban Audit European
Perception Suvey
Von Antje Seidel-Schulze
2009. 32 S., Schutzgebühr Euro 5,-

Rückübertragung operativer Dienstleistungen durch Kommunen am Beispiel der Abfallwirtschaft

Von Maic Verbücheln
2008. 24 S., Schutzgebühr Euro 5,-

■ Deutsche Zeitschrift für Kommunalwissenschaften (DfK)

Heft II/2009: Prekarität, Segregation und Amut im Sozialraum

Heftverantwortliche: Jürgen Mansel und
Wilhelm Heitmeyer
102 S., Euro 20,-,
ISBN 978-3-88118-481-6
ISSN 1617- 8203

Heft I/2009: Kommunale Bildungspolitik

Heftverantwortlicher: Klaus Hebborn
106 S., Euro 20,-,
ISBN 978-3-88118-476-2
ISSN 1617-8203

Verlag und Vertrieb: Deutsches Institut für Urbanistik GmbH

Postfach 12 03 21 • 10593 Berlin • Telefon (030) 3 90 01-253

Telefax (030) 3 90 01-275 • E-Mail: verlag@difu.de • Internet: www.difu.de

