



Soziale Stadt

info 11

www.sozialestadt.de

Der Newsletter zum Bund-Länder-Programm Soziale Stadt

März 2003

Schwerpunkt: Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung – Schlüsselthema integrierter Stadtteilentwicklung	2
Aktivierende Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche aus Migrantenfamilien	9
Für ein gesundes Leben in einem lebendigen Stadtteil – Gesundheits- treffpunkt West in Bremen	11
Gesundheit – Schwerpunktthema der Sozialen Stadt in Ludwigshafen	13
Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention	15
Acht Jahre Kongresse „Armut und Gesundheit“	16
Soziale und gesunde Stadt: Integrierte Berichterstattung als Planungsgrundlage	18
Das Aktionsbündnis Gesundheit im Oberhausener Knappenviertel	20
„Soziale Stadt – meine Sicht“	22
Quartiersmanagement-Arbeit in Fürth/Bayern	23
„Sozialraumanalyse“ – Für ein integriertes, interdisziplinäres Verständnis	26
Hinweise zum Bezug von Soziale Stadt info	19
Impressum	8
Veranstaltungshinweise	28

Liebe Leserin, lieber Leser,

Soziale Stadt und Gesundheitsförderung werden noch zu selten miteinander in Verbindung gebracht. Bei Zielen sowie Maßnahmen und Projekten im Rahmen der Umsetzung des Programms Soziale Stadt spielt das Handlungsfeld Gesundheitsförderung bisher eine untergeordnete Rolle. Vor allem Erfahrungen in den Modellgebieten der Sozialen Stadt aber zeigen, dass es in den Quartieren erhebliche gesundheitliche Probleme gibt: In den Schulen werden bei Kindern und Jugendlichen motorische Störungen, Haltungsschäden, Allergien und Folgen von Fehlernährung festgestellt; Drogen- und Suchtprobleme, Depressionen und auch Hunger sind in den benachteiligten Stadtteilen durchaus keine Ausnahmeerscheinungen.

Dass Armut und Gesundheitsrisiken zusammenhängen, ist lange schon bekannt und wird spätestens seit der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (WHO 1986) sowie dem bald darauf gegründeten Gesunde-Städte-Netzwerk auch offensiv thematisiert. Auch auf den seit 1995 jährlich veranstalteten Kongressen „Armut und

Gesundheit“ wurden in den letzten Jahren Gesundheitsprävention und -förderung als Aufgabenbereiche der Sozialen Stadt zu Schwerpunktthemen.

In einem Viertel der Programmgebiete kommt Gesundheitsförderung auf der Projekt- und Maßnahmenebene bereits zum Tragen. Aufklärung, Beratung, Vorsorge und Vernetzung bilden zentrale Elemente entsprechender Strategien. In dieser Info-Ausgabe werden Beispiele aus München, Bremen, Ludwigsburg und Oberhausen sowie die Entwicklung eines regionalen Berichtssystems zur Gesundheit vorgestellt.

In Deutschland nimmt die Aufmerksamkeit für sozial- und umweltbedingte Gesundheitsrisiken und -probleme zu – aber noch zu langsam. Es ist daher nötig, so das Plädoyer im Difu-Positionsbeitrag zum Schwerpunktthema, das Handlungsfeld Gesundheitsförderung bei der Umsetzung des Programms Soziale Stadt deutlich zu stärken. In diesem Sinne: *Gesundheit!* – wie auch in der Rubrik „Soziale Stadt – meine Sicht“ vom Koordinator des Netzwerks Gesunde Städte ausgerufen wird.

■ Ihre Difu-Projektgruppe Soziale Stadt

Schwerpunkt: *Gesundheitsförderung – Schlüsselthema integrierter Stadtteilentwicklung*

Die Konzentration benachteiligter Haushalte – Arbeitslose, Empfängerinnen und Empfänger von Sozialhilfe, Migrantinnen und Migranten, Alleinerziehende, kinderreiche Familien – in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf ist verbunden mit einer Konzentration von Armut in diesen Gebieten. Mit Armut wiederum ist auch in Deutschland ein beträchtlich erhöhtes Gesundheitsrisiko verbunden¹. Die Sterblichkeit beispielsweise ist bei Arbeitslosen um das 2,6-fache höher als bei Erwerbstätigen (vgl. Traibert 2002: 137). Auch der Krankenstand liegt bei Personen mit niedrigem sozio-ökonomischem Status deutlich höher als bei Besserverdienenden (vgl. Rosenbrock/Geene 2000). Ein Grund hierfür liegt in der Zunahme gesundheitlicher Belastungen infolge sozialer Benachteiligung bei gleichzeitiger Abnahme der persönlichen, ökonomischen und sozialen Ressourcen zur Bewältigung dieser Belastungen (vgl. unter anderem Babitsch 2000: 130 ff.). Die überwiegend mittelschichtorientierten Angebote der Gesundheitsprävention und -förderung werden von diesen Bevölkerungsgruppen kaum in Anspruch genommen (vgl. Grahlen/van Os-Fingsberg 2000: 90). Häufig kommen ungesunde Verhaltensweisen hinzu, etwa Rauchen, übermäßiger Alkohol- und Drogenkonsum, Fehlernährung, Bewegungsmangel (vgl. Babitsch 2000: 131).

Die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten ist aufgrund eigener oder mittelbar erlebter Migration², Unkenntnis über bestehende Vorsorge- und Versorgungsangebote, mangelnder Sprachkenntnisse und anderem Kulturverständnis besonders hohen Belastungen ausgesetzt. Allerdings gibt

es bisher nur punktuell Daten zu ihrer gesundheitlichen Lage³: So liegt beispielsweise die Sterblichkeit ausländischer Säuglinge um 29 Prozent höher als die der deutschen, und auch das Risiko, einen Arbeitsunfall zu erleiden, ist bei gleichem Geschlechts- und Berufsstatus etwas höher (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen [Hrsg.] 2000: 160). Ein für den Stadtteil Nürnberg-Gostenhof (Ausländeranteil: über 40 Prozent) 1997 erstellter Stadtteilgesundheitsbericht (vgl. Stadt Nürnberg, Gesundheitsamt

[Hrsg.] 1997) kommt zu dem Ergebnis, dass die Zahngesundheit der ausländischen Kinder im Stadtteil überdurchschnittlich schlecht ist: Bei 63 Prozent der Kinder ausländischer Herkunft im Alter von drei bis sechs Jahren war das Gebiss behandlungsbedürftig, bei deutschen Kindern waren es nur 40 Prozent.

Seit der Ottawa-Charta der World Health Organization (WHO) von 1986 und der damit verbundenen Gründung des bundesdeutschen Gesunde-Städte-

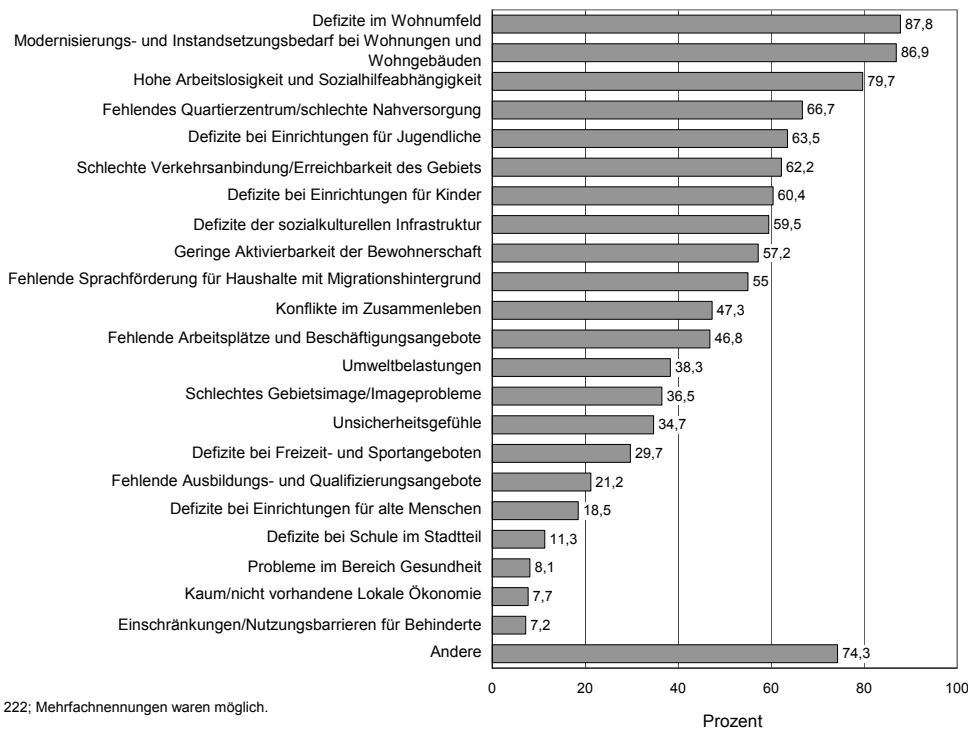
Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 (Auszug) Aufruf der Konferenzteilnehmerinnen und -teilnehmer

Die Teilnehmer der Konferenz rufen dazu auf:

- an einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik mitzuwirken und sich dafür einzusetzen, dass politisches Engagement für Gesundheit und Chancengleichheit in allen Bereichen zustande kommt;
- allen Bestrebungen entgegenzuwirken, die auf die Herstellung gesundheitsgefährdender Produkte, die Erschöpfung von Ressourcen, auf ungesunde Umwelt- und Lebensbedingungen oder auf eine ungesunde Ernährung gerichtet sind und die Lösung öffentlicher Gesundheitsprobleme wie die der Luftverschmutzung, Gefährdung am Arbeitsplatz sowie Raum- und Siedlungsplanung in den Mittelpunkt zu rücken;
- die gesundheitlichen Unterschiede innerhalb der Gesellschaften und zwischen ihnen abzubauen und den von den Regeln und Traditionen dieser Gesellschaften geschaffenen gesundheitlichen Ungleichheiten entgegenzuwirken;
- die Menschen selber als die Träger ihrer Gesundheit anzuerkennen und zu unterstützen und auch finanziell zu befähigen, sich selbst, ihre Familie und Freunde gesund zu erhalten. Soziale Organisationen und die Gemeinde sind dabei als entscheidende Partner im Hinblick auf Gesundheit, Lebensbedingungen und Wohlbefinden zu akzeptieren und zu unterstützen;
- die Gesundheitsdienste und ihre Mittel auf die Gesundheitsförderung umzuorientieren und auf das Zusammenwirken der Gesundheitsdienste mit anderen Sektoren, anderen Disziplinen und vor allem mit der Bevölkerung selbst hinzuwirken;
- die Gesundheit und ihre Erhaltung als wichtige gesellschaftliche Investition und Herausforderung zu betrachten und sich den globalen ökologischen Fragen unseren Lebens und Überlebens zuzuwenden.

Die Konferenzteilnehmer rufen dazu auf, sich in diesem Sinne zu einer starken Allianz zur Förderung der öffentlichen Gesundheit zusammenzuschließen.

Probleme in den Programmgebieten (Befragung)



Quelle: Deutsches Institut für Urbanistik, Strategien für die Soziale Stadt. Erfahrungen und Perspektiven, Entwurfssfassung, Stand: März 2003, S. 54.

Netzwerks (vgl. Stender in diesem Heft; <http://www.Gesunde-Staedte-Netzwerk.de/>) im Jahr 1989 wird dem Zusammenhang von Armut und Gesundheit allmählich größere Aufmerksamkeit zuteil. Ausdruck hierfür ist beispielsweise der bundesweite Kongress „Armut und Gesundheit“, der seit 1995 jährlich in Berlin stattfindet (vgl. Beitrag in diesem Heft). In den letzten Jahren hat der Zusammenhang von Gesundheitsförderung und sozialer Stadtteilentwicklung bei der inhaltlichen Ausrichtung des Kongresses zunehmend an Bedeutung gewonnen. So widmete sich in den Jahren 2001 und 2002 jeweils ein eigener Veranstaltungsblock dem Thema „Soziale Stadt und Gesundheit“. Deutlich wurde bei diesen Veranstaltungen, dass einerseits soziale Stadtteilentwicklung ein wesentliches Element integrierter Gesundheitsförderungs politik ist, andererseits Gesundheitsprävention und -förderung Voraussetzungen sind, um

der Benachteiligung von Bewohnerinnen und Bewohnern in den Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf entgegenzuwirken.

Handlungsfeld Gesundheit: bisher noch geringe Relevanz in der Programmumsetzung

In der vom Deutschen Institut für Urbanistik (Difu) im Rahmen der bundesweiten Programmbegleitung in den Programmgebieten durchgeführten Befragung wurden allerdings nur für 8,1 Prozent der Gebiete explizit *gesundheitliche Probleme* angegeben. Damit gehört der Bereich Gesundheit zu den Schlusslichtern bei den Problemnennungen. Als eine Ursache für die geringe Anzahl von Nennungen kann die mangelnde Aufmerksamkeit, die dem Thema Gesundheit in der traditionellen Stadterneuerung entgegengebracht wird, angesehen werden⁴. Zudem wurden möglicherweise umweltbedingte⁵ Gesundheitsprobleme –

wie beispielsweise das Gesundheitsrisiko Lärm – aufgrund des mehrheitlich stadtplanerischen Berufshintergrunds der Antwortenden teilweise den Problembereichen Umweltbelastungen und Defizite im Wohnumfeld zugeordnet⁶. Der tatsächliche Anteil gesundheitlicher Probleme in den Gebieten muss daher als deutlich höher eingeschätzt werden.

Dies zeigen auch die Erfahrungen in den 16 Modellgebieten des Programms Soziale Stadt: in 14 dieser Gebiete wird von den PvO-Teams über Gesundheitsprobleme der Quartiersbevölkerung berichtet. Im Vordergrund stehen dabei gesundheitliche Probleme bei Kindern und Jugendlichen wie Überge-

wichtigkeit, Haltungsschäden, Atemwegserkrankungen, Karies, Allergien sowie motorische und Sprachentwicklungsstörungen⁷. Die Symptome der gesundheitlichen Vernachlässigung von Kindern können, wie für das Modellgebiet Hamburg-Altona – Lurup konstatiert, bis zum Zustand der Verwahrlosung reichen: „In Gesprächen mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Schulen, Kinderbetreuungseinrichtungen und Jugendeinrichtungen wurde wiederholt betont, dass Kinder – insbesondere nach Wochenenden – teils völlig ausgehungert sind“ (Breckner und andere 2002: 41). Im Modellgebiet Berlin-Kreuzberg – Kottbusser Tor tritt dieses Problem noch offensichtlicher zutage: „Hungernde Menschen“, so das Quartiermanagement, „sind durchaus keine Seltenheit. Neben den erwachsenen Obdachlosen sind vermehrt Kinder aller Nationalitäten zu beobachten, die sich von achtlos weggeworfenen Essensresten

ernähren“ (Beer/Musch 2002: 46). Darüber hinaus wird für rund ein Drittel der Modellgebiete über ausgeprägte Probleme in Zusammenhang mit Drogen und Sucht berichtet.

Neben diesen sozial bedingten Gesundheitsgefahren werden für mehr als die Hälfte der Modellgebiete auch umweltbedingte Gesundheitsrisiken genannt, vor allem hohe Verkehrsbelastungen und damit verbundene Lärm- und Schadstoffemissionen sowie erhöhte Unfallrisiken. Besonders in den durch Altbau geprägten Gebieten ist zudem häufig eine quantitative und qualitative Unterversorgung mit Grün- und Freiflächen festzustellen, die zu einem ungünstigen Mikroklima und zu einem Mangel an Erholungsraum sowie an Spiel- und Bewegungsflächen für Kinder und Jugendliche führt. Anders als in den U.S.A. liegen für Deutschland noch kaum Untersuchungen vor, inwieweit diese umweltbedingten Gesundheitsrisiken Ausdruck einer sozialräumlich ungleichen Verteilung von Umweltbelastungen sind (vgl. Maschewsky 2002: 38 f.).

Etwas mehr als ein Viertel der in der Difu-Befragung Antwortenden (28,8 Prozent) gibt an, dass im Programmgebiet *gesundheitsbezogene Maßnahmen und Projekte* durchgeführt werden. Auch wenn diese Zahlen verglichen mit der geringen Anzahl von Problemnennungen unerwartet hoch erscheinen, rangiert Gesundheit damit bei den Handlungsfeldern integrierter Stadtteilentwicklung an letzter Stelle. Dabei wird die Relevanz des Handlungsfelds durch die Mitwirkung des Verwaltungsbereichs Gesundheit in der Programmumsetzung deutlich beeinflusst: Soweit die kommunale Gesundheitsverwaltung bei der Erarbeitung des Integrierten Handlungskonzepts beteiligt war (in 43 von 187 Gebieten), erhöht sich der Anteil der Gebiete mit gesundheitsorientierten Maßnahmen auf rund 60 Prozent.

Der Querschnittscharakter des Handlungsfelds Gesundheit führt allerdings dazu, dass Maßnahmen in anderen Bereichen vielfach auch Gesundheitsbezug aufweisen⁸. So dient eine Reihe von Maßnahmen in den Handlungsfeldern Umwelt, Verkehr sowie Wohnumfeld und öffentlicher Raum gleichzeitig dazu, umweltbedingte Gesundheitsrisiken zu mindern. Einen bedeutenden Beitrag zur Gesundheitsförderung leisten auch viele Maßnahmen im Sportbereich. Ebenso haben Beschäftigungsmaßnahmen gesundheitsfördernde Wirkung, da sie zu einer Verbesserung der ökonomischen Situation sowie des Selbstwertgefühls der Bewohnerinnen und Bewohner beitragen (vgl. z.B. Junge-Reyer 2000: 32).

Die Vermutung liegt jedoch nahe, dass diese mittelbar gesundheitsfördernden Wirkungen in anderen Handlungsfeldern häufig von den Akteuren nicht gezielt eingeplant werden, sondern eher nebenbei und unbeabsichtigt entstehen. Diese Annahme wird unter anderem dadurch erhärtet, dass gesundheitsbezogene Maßnahmen nur von 2,3 Prozent der Antwortenden für besonders wichtig erachtet werden. Dieses Ergebnis spiegelt die geringe Aufmerksamkeit wider, die das Thema Gesundheit bei den überwiegend städtebaulich und planerisch orientierten Programmverantwortlichen in den Kommunen genießt.

Stadtteilbezogene Strategien zur Gesundheitsprävention und -förderung

Der Schwerpunkt der Projekte und Maßnahmen im Handlungsfeld Gesundheit liegt – dies zeigen die Erfahrungen in den Modellgebieten und die Beispiele der Projektdatenbank „Soziale Stadt“ (vgl. www.sozialestadt.de/praxisbeispiele/projekte/) – bei präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten⁹. Charakteristisch ist dabei die Fokussierung auf den Lebensraum und die alltäglichen Lebensweisen der Bewohnerinnen und Bewohner. Dieser gebietsbezogene Ansatz korres-

pondiert mit dem seit 1986 zur Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung zunehmend verfolgten „Setting-Ansatz“ der WHO (vgl. Göpel 2002: 16). Als Settings werden Lebensbereiche mit ihren spezifischen sozialen und organisatorischen Strukturen bezeichnet, wie z.B. Schule, Betrieb, Stadtteil, Quartier, in denen Menschen sich überwiegend aufhalten und unter anderem ihre Gesundheit bestimmenden Lebensmuster entwickeln. Stadtteilbezogene Gesundheitsprävention und -förderung in den Programmgebieten zielen zum einen darauf ab, niedrigschwellige Angebote für schwer erreichbare Zielgruppen zu entwickeln, zum anderen soll durch Netzwerkbildung die Kooperation im Gesundheitswesen verbessert werden.

Entwicklung niedrigschwelliger Angebote für einzelne Zielgruppen

Niedrigschwellige zielgruppenspezifische Maßnahmen der Gesundheitsprävention und -förderung werden vor dem Erfahrungshintergrund entwickelt, dass traditionelle Angebote sich überwiegend an der Mittelschicht orientieren und besonders gefährdete Gruppen in gesundheitlich benachteiligten sozialen Lagen in der Regel nicht erreichen. Die neu entwickelten Angebote berücksichtigen daher besonders die für Gesundheit bedeutsamen Lebensbedingungen sowie die personalen und sozialen Ressourcen der angesprochenen Gruppen. Bewährt hat es sich hierbei, wenn die Maßnahmen – entsprechend dem Setting-Ansatz – in Räumen und Einrichtungen im Stadtteil stattfinden, die den Zielgruppen vertraut sind. Dies können Schulen, Kinderbetreuungseinrichtungen, Vereine, auch Moscheen oder andere soziale und religiöse Einrichtungen sein.

■ Angebote für Kinder und Jugendliche

Eine wichtige Zielgruppe dieser Angebote bilden Kinder und Jugendliche: zum einen weil sie häufig bereits gesundheitlich stark beeinträchtigt sind, zum anderen weil bei dieser Gruppe

ein hohes Gesundheitspotenzial vorhanden ist, das aktiviert und erhalten werden soll. Im Vordergrund stehen dabei Vor-Ort-Projekte zur Versorgung mit gesunden Mahlzeiten und zur Sensibilisierung für den Zusammenhang zwischen Ernährung und Gesundheit, Bewegungsangebote sowie Maßnahmen der Gewalt- und Suchtprävention¹⁰.

In Bremen-Schwachhausen wurde durch eine gemeinsame Initiative einer Schule im Stadtteil, der Senatsverwaltungen für Bildung und Wissenschaft sowie für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales und der Fraueninitiative quirl e.V. das Konzept *Essen in Schulen* entwickelt. In der Schulküche wird für die Schülerinnen und Schüler vollwertige Gemeinschaftsverpflegung hergestellt und ausgegeben. Gleichzeitig werden erwerbslose Frauen über den Beschäftigungsträger Fraueninitiative quirl e.V. beschäftigt und qualifiziert. Ziel des vom Niedersächsischen Ministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten initiierten Projekts *PreisWerte Ernährung* im Stadtteil Lüneburg-Kaltenmoor ist die Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten der Gebietsbevölkerung sowie der Essensversorgung der Schülerinnen und Schüler im Stadtteil. Gemeinsam mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Projekts wurden folgende Angebote und Aktivitäten entwickelt: Mittagstisch für die Schülerschaft, Bewohnerfrühstück, Seminare zur Ernährung, Herausgabe eines Kochbuchs sowie Bereitstellung von „Qualitätsimbissen“ bei Veranstaltungen. Im Rahmen des Projekts *Lernen geht durch den Magen* werden Grundschulkinder und jüngere Kinder weiterführender Schulen (sechs bis zwölf Jahre) des Stadtteils Wuppertal-Osterbaum in einer im Nachbarschaftsheim untergebrachten Kinderkantine mit einem warmen Mittagessen versorgt, außerdem bekommen sie Unterstützung und Anleitung bei den Hausaufgaben und haben die Möglichkeit zum freien Spiel. Auch

das *Gesundheitshaus* in Gelsenkirchen-Bismarck/Schalke-Nord engagiert sich besonders intensiv in Projekten mit Kindern und Jugendlichen: Die Palette reicht von der AIDS-Aufklärung bis hin zum Anti-Gewalt-Training; im Rahmen eines auf zwei Jahre angelegten Modellprojekts Gesundheitsförderung im Vorschulalter werden in Kindergärten neue Wege der Bewegungsförderung erprobt.



Projekt „Lernen geht durch den Magen“ im Stadtteil Wuppertal-Osterbaum.
Foto: Mitarbeiterinnen der Kinderkantine

derung und Unterstützung von Selbsthilfe im Stadtteil dar: durch die Projekte sollen Frauen in Eigeninitiative andere Frauen aus dem Stadtteil kennen lernen und gegenseitige Hilfe organisieren können. Auf diese Weise werden gleichzeitig Eigenaktivität und Eigenverantwortung gefördert.

Kooperationspartner beim Projekt "Kinderkantine"	
Benötigte Ressourcen	Anbieter und Kostenträger der Ressource
Organisation	Offene Tür des Nachbarschaftsheim Wuppertal e.V.
Raum für Essensaufnahme und Hausaufgaben	
Transportfahrzeug und -personal	
Pädagogische Betreuung und Hausaufgabenhilfe	Grundschulen im Stadtteil
Kontakt zu Eltern und Kindern	
Werbung	Diakonie – Stationäre Einrichtung für Obdachlose (Bodelschwinghaus)
Küchenausstattung für Essenszubereitung und -transport	
Personal	Stadt Wuppertal: 1 Stelle im Programm „Hilfe zur Arbeit“
Sachkosten z.B. Lebensmittel	Sponsoren (Aldi-Supermarkt und Kirchengemeinde St. Petri)

■ Angebote für Frauen

Andere Maßnahmen richten sich speziell an Frauen im Stadtteil und bieten diesen Gelegenheit, sich über Möglichkeiten der Gesundheitsförderung zu informieren und beraten zu lassen¹¹. Wesentliches Ziel ist hierbei, die Frauen anzuregen, selbst etwas für die eigene Gesundheit zu tun, „gesundes Leben“ (z.B. in Bezug auf Ernährung, Körperpflege) im Alltag zu üben sowie gezielt zusätzlich benötigte medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Zudem geht es bei vielen Angeboten darum, die Frauen in ihrer Rolle als Mutter für das Thema „Gesundheitsförderung“ zu sensibilisieren und ihnen dessen Bedeutung für die Entwicklung ihrer Kinder näher zu bringen. Weiteres wesentliches Element dieser Angebote stellen die För-

Beispiele frauenbezogener Gesundheitsprojekte sind die *Luruper Frauen-oase* in Hamburg-Altona und das Projekt *Mutter-Kind-Turnen und noch mehr* in Recklinghausen-Hochlarmark. „Unter dem Dach der ‚Luruper Frauen-oase‘ arbeiten in der Anzahl der Personen variierende und von ihren Inhalten unterschiedliche Projekt-, Themen- oder Interessengruppen unter der ehrenamtlichen Koordination einiger Frauen...“ (Breckner und andere 2002: 45). Eines der Luruper Projekte ist der Sonntagsbrunch, veranstaltet in den Räumen eines Vereins. Nach dem gemeinsamen Frühstück werden die Kinder im Rahmen eines psychomotorischen Bewegungsangebots von zwei speziell dafür ausgebildeten Mitarbeiterinnen betreut. Diese „kinderfreie Zeit“ nutzen die Frauen und Mütter,

um sich über Möglichkeiten der Gesundheitsförderung zu informieren und zu beraten. Informationen und Beratung erhalten sie von Fachfrauen aus dem Gebiet und Mitarbeiterinnen des Hamburger Frauengesundheitszentrums. Bei dem Projekt „Mutter-Kind-Turnen und noch mehr“ hat sich in der Trägerschaft des Stadtteilbüros und der Stadt eine Gruppe von 15 Müttern zusammengefunden, die gemeinsam mit ihren Kleinkindern spielen, singen und basteln. Dabei wird besonders auf die sprachliche Entwicklung der Kinder (zwei Drittel sind Kinder mit Migrationshintergrund) geachtet, sie soll unter anderem mit einem kontinuierlichen Angebot zur Bewegungserziehung („Lernen durch Bewegung“) unterstützt werden. In Kooperation mit dem Sportverein und der Volkshochschule wird dieses Angebot durch Vortragsreihen zu Themen wie „Gesunde Ernährung“ und „Bewegung im Kleinkind- und Vorschulalter“ erweitert. Ein ähnliches Angebot macht auch das *Gesundheitshaus Bismarck in Gelsenkirchen*.

Häufig richten sich frauenspezifische Angebote insbesondere an *Migrantinnen*¹². Bei dieser Gruppe bestehen oft große Informationsdefizite zu Fragen der Gesundheit und zu den bestehenden Vorsorge- und Versorgungsangeboten, da mangelnde Sprachkenntnisse sowie das kulturell und sozial geprägte Rollenverständnis diesen Frauen den Zugang zu entsprechenden Informationen und einer optimalen Gesundheitsversorgung erschweren. Als Maßnahmen für diese Zielgruppe haben sich neben muttersprachlichen Informationsmaterialien offene Kursangebote, Gesprächskreise und vor allem Hausbesuche bei den Frauen sowie direkte Hilfe bei gesundheitlichen Problemen in der Familie bewährt.

In der *Interkulturellen Begegnungsstätte Bayouma-Haus* (Gebiet Boxhagener Platz, Berliner Ortsteil Friedrichshain) werden im Rahmen eines dort ange-

siedelten Gesundheitsprojekts, das sich vorrangig an Migrantinnen richtet, Vorträge zur Gesundheitsprävention und -aufklärung gehalten, Aufklärungsmaterialien zu gesundheitlichen Themen in verschiedenen Sprachen erstellt, gezielte Präventionsarbeit in Kooperation mit den Gesundheitsdiensten des Bezirks betrieben, Multiplikatorenveranstaltungen für Fachpersonal aus dem Bereich Gesundheit und Soziales sowie für ausländische Familien an der Volkshochschule durchgeführt.

Bildung von Netzwerken zur stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung

Ziel der Bildung von Netzwerken zur stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung¹³ ist es, kooperative Gesundheitsförderung im Sinne eines Aktionsbündnisses Gesundheit im Stadtteil zu etablieren, das von allen im Gesundheitswesen und für die Gesundheitsförderung tätigen Akteuren im Stadtteil gemeinsam getragen wird. Mögliche Bündnispartner sind dabei unter anderem das Gesundheitsamt, freie Träger der Gesundheits- und Gemeinwesenarbeit, Selbsthilfegruppen, Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Krankenkassen, Sportvereine sowie Schulen und Kinderbetreuungseinrichtungen. Erfahrungen zeigen, dass durch die Initiierung solcher Netzwerke häufig überhaupt das erste Mal die Gelegenheit zum Kennenlernen, zum Austausch unterschiedlicher Sichtweisen und Ideen

zur Gesundheitsförderung sowie zum gemeinsamen Handeln im Stadtteil entsteht.

Unter dem Motto „Gesundes Heimfeld“ haben sich in Hamburg-Heimfeld-Nord verschiedene Akteure im *Arbeitskreis Gesundes Heimfeld* zusammengeschlossen. Monatlich treffen sich Vertreterinnen und Vertreter von Gesundheitsamt, Kindertagesstätten, Schulen, Kinderschutzzentrum, Jugendclub, Frauentreff, Stadtteildiakonie und Stadtteilbüro, diskutieren aktuelle Fragen, setzen gemeinsame Arbeitsschwerpunkte und führen stadtteilbezogene Aktionen mit dem Ziel durch, die Bevölkerung dazu anzuregen, selbst für ihre Gesundheit aktiv zu werden. Zielgruppen sind vorrangig Eltern und Kinder. Als Arbeitsschwerpunkte ergaben sich aufgrund einer Befragung in der Bevölkerung die Themen „Ernährung“ und



Gesundheitshaus Bismarck in Gelsenkirchen
Videostil: Daylight Berlin

„Bewegung“ sowie „Erziehung“, zu denen z.B. Informationsveranstaltungen, eine Frauenbewegungswoche und gesundheitsbezogene Angebote auf dem jährlichen Stadtteilstadtteilfest organisiert wurden.

Stärkung von Gesundheitsförderung als Handlungsfeld für die Soziale Stadt

Gesundheitsförderung wird – obwohl sie ein Schlüsselbereich integrierter Stadtteilentwicklung ist – in der bisherigen Programmumsetzung Soziale Stadt eher vernachlässigt, auch wenn in einigen Programmgebieten bereits erfolgversprechende Ansätze für eine stadtteilbezogene Gesundheitsförderung festzustellen sind. Es erscheint daher nötig, dieses Handlungsfeld im Rahmen integrierter Stadtteilentwicklung zu stärken. Denn Gesundheitsprävention und -förderung sind wesentliche Voraussetzungen, um der Benachteiligung der Bewohnerinnen und Bewohner in benachteiligten Stadtteilen entgegenzuwirken. Um das Thema „Gesundheit“ stärker in den Diskurs der Akteursnetze integrierter Stadtteilentwicklung einzubringen, ist es unter anderem erforderlich, dass sich alle im Gesundheitswesen und für die Gesundheitsförderung tätigen Akteure im Stadtteil mehr als bisher in die integrierte Stadtteilentwicklung einbringen und vor Ort auf den verschiedenen Ebenen der Programmumsetzung – Verwaltungsebene, intermediäre Ebene, Quartiersebene – mitwirken. Hilfreich hierfür ist es, wenn das Quartiermanagement als Schlüsselinstrument zur Umsetzung des Programms Soziale Stadt das Thema „Gesundheitsförderung“ aktiv in seine Arbeit integriert und Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen zwischen den relevanten Akteuren in der Verwaltung, im intermediären Bereich sowie im Quartier anstößt, unterstützend mit aufbaut und koordiniert.

Anmerkungen

1. Vgl. unter anderem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) (2001); Rosenbrock/Geene (2000: 10 ff.); Mielck (2000); Knopf und andere (1999: 169 ff.).
2. „Migration geht in der Regel mit Trennungen, großen Zukunftsängsten, rechtlichen Unsicherheiten und im Falle von Flüchtlingen zusätzlich oft mit traumatischen Erlebnissen und schwierigen sozialen Lebensbedingungen in Deutschland einher“ (Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. [Hrsg.] [2002: Editorial]).
3. Die Datenbasis zur Morbidität wie auch zur Inanspruchnahme von gesundheitlichen Diensten durch Migrantinnen und Migranten ist immer noch mangelhaft, da weder repräsentative Untersuchungen explizit zu ihrer gesundheitlichen Situation vorliegen, noch diese Bevölkerungsgruppe bislang differenziert in allgemeine Studien zur Gesundheitssituation einbezogen ist. Vgl. Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.) (2000: 159).
4. So wurde beispielsweise in einem vom Institut für Medizin-Soziologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf durchgeführten Forschungsprojekt zu „Gesundheitsförderung, Bürgerbeteiligung und Stadtentwicklung“ untersucht, ob und inwieweit Gesundheitsbelange im Sanierungsgebiet Osterkirkenviertel in Hamburg-Altona eine Rolle spielen. Dabei zeigte sich, dass ein expliziter Gesundheitsbezug fast gänzlich fehlt. Vgl. Alf Trojan und andere (1998: 23 f.).
5. Die Unterscheidung zwischen sozial bedingten und umweltbedingten Gesundheitsgefahren ist Bestandteil eines sozial-ökologischen Modells von Gesundheit. Dieses Modell bildet die theoretische Grundlage für das von der World Health Organization (WHO) in der Ottawa-Charta von 1986 erstellte Leitkonzept zur Gesundheitsförderung. Vgl. Alf Trojan und andere (1998: 15).
6. In der in Endnote 4 genannten Studie wurde auch festgestellt, dass Verkehrs- und Umweltbelastungen zwar im Rahmen des untersuchten Sanierungsverfahrens genannt wurden, jedoch ohne das Gesundheitsargument. Vgl. Trojan und andere (1998: 23 ff.).
7. Allgemein zur gesundheitlichen Lage von benachteiligten Kindern und Jugendlichen vgl. Hock/Holz/Simmedinger (2000); Bezirksamt Mitte von Berlin, Abteilung Gesundheit und Soziales (Hrsg.) (2001: 34 ff.); Bundesamt für Strahlenschutz (Hrsg.) (o.J.).
8. Wechselwirkungen zwischen Handlungsfeldern sind durch die hier noch sehr disziplinär ausgerichtete Befragung jedoch nicht erfasst. Vielfach wurde die Querschnittsorientierung einzelner Bereiche auch erst nach und nach in der Programmumsetzung deutlich.
9. Während Prävention bei der gezielten Vermeidung von Krankheiten und Gesundheitsstörungen durch Verminderung von Belastungen und Risiken ansetzt, strebt Gesundheitsförderung vor allem eine Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale an. Dies bezieht sich sowohl auf den einzelnen Menschen als auch auf alle gesellschaftlichen Ebenen. Vgl. Walter und andere (2001: 23).
10. Vgl. hierzu z.B. die folgenden Projekte in der Projektdatenbank „Soziale Stadt“: Essen in Schulen (Bremen, Bremen-Schwachhausen/Vahr, Schwachhausen), Umstrukturierung des Mensabetriebs im Bildungszentrum Mümmelmannsberg (Hamburg, Hamburg-Mitte, Mümmelmannsberg), PreisWerte Ernährung (Niedersachsen, Lüneburg, Kaltenmoor), Gesundheitshaus Bismarck (Nordrhein-Westfalen, Gelsenkirchen, Bismarck/Schalke-Nord), „Wir haben was gegen Gewalt“ – Soziale Maßnahmen zur Prävention von Gewalt im sozialen Nahraum (Bayern, Regensburg, Humboldtstraße); Lernen geht durch den Magen – Kinderkantine (Nordrhein-Westfalen, Wuppertal, Osterbaum).
11. Vgl. hierzu z.B. die folgenden Projekte in der Projektdatenbank „Soziale Stadt“: Luruper Frauenoase (Hamburg, Hamburg-Altona, Lurup), Gesundheitshaus in Bismarck (Nordrhein-Westfalen, Gelsenkirchen, Bismarck/Schalke-Nord), Mutter-Kind-Turnen und noch mehr (Nordrhein-Westfalen, Recklinghausen, Hochlarmark), Schutzengel e.V. – Gesundheitliche und soziale Unterstützung für werdende und junge Familien im Stadtteil (Schleswig-Holstein, Flensburg-Neustadt).
12. Vgl. hierzu z.B. die folgenden Projekte in der Projektdatenbank „Soziale Stadt“: Gesundheitsprojekt in der Interkulturellen Begegnungsstätte Bayouma-Haus (Berlin, Berlin-Friedrichshain/Kreuzberg, Boxhagener Platz), Gesundheitshaus in Bismarck (Nordrhein-Westfalen, Gelsenkirchen, Bismarck/Schalke-Nord).
13. Vgl. hierzu z.B. Stappert/Leßmann (2000: 40 ff.) sowie das folgende Projekt in der Projektdatenbank „Soziale Stadt“: Gesundes Heimfeld – Netzwerk für quartiersorientierte Gesundheitsförderung (Hamburg, Hamburg-Harburg, Heimfeld-Nord).

Literatur

- Babitsch, Birgit (2000), Was macht arme Frauen krank?, in: Geene, Raimund/Gold, Carola (Hrsg.), Gesundheit für Alle! Wie können arme Menschen von kurativer und präventiver Gesundheitsversorgung erreicht werden?, Berlin, S. 126–136 (Materialien für Gesundheitsförderung, Bd. 4).
- Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.) (2000), Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland, Bonn.
- Beer, Ingeborg/Musch, Reinfried (2002), „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt“. Modellgebiet Kottbusser Tor, Berlin-Kreuzberg, Endbericht im Rahmen der Programmbegleitung vor Ort, Berlin (unveröffentlicht).
- Bezirksamt Mitte von Berlin, Abteilung Gesundheit und Soziales (Hrsg.) (2001), Gesundheitliche und soziale Lage der Schulanfänger in Berlin-Mitte, Berlin.
- Breckner, Ingrid, Heike Herrmann, Toralf Gonzalez und Dieter Läßle (2002), Endbericht der „Programmbegleitung vor Ort“ des Modellgebiets Hamburg-Altona-Lurup im Rahmen des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt“, Hamburg.
- Bundesamt für Strahlenschutz (Hrsg.) (o.J.), Dokumentation: Forum Kinder-Umwelt und Gesundheit. Eine Veranstaltung im Rahmen des Aktionsprogramms Umwelt und Gesundheit am 23. und 24. November in München, o.O.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) (2001), Lebenslagen in Deutschland. Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin.
- Göpel, Eberhard (2002), Gesundheit fördern durch bürgerschaftliches Engagement. Aktuelle Ziele und Voraussetzungen für eine Neuordnung öffentlicher Gesundheitspolitik, in: Wechselwirkung, H. 6, S. 16–26.
- Grahlén, Rainer/van Os-Fingsberg, Sybille (2000), Lernen mit Herz, Hirn und Hand. Kommunikation auf dem Weg zur Gesundheit, in: Geene, Raimund/Gold, Carola (Hrsg.), Gesundheit für Alle! Wie können arme Menschen von kurativer und präventiver Gesundheitsversorgung erreicht werden?, Berlin, S. 89–93 (Materialien für Gesundheitsförderung, Bd. 4).
- Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) (Hrsg.) (2002), Stadtpunkte. Aktuelle Information der HAG zur Gesundheitsförderung in Hamburg, Nr. 4.
- Hock, B., G. Holz und R. Simmedinger (2000), Gute Kindheit – Schlechte Kindheit? Armut und Zukunftschancen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Abschlußbericht zur Studie im Auftrag des Bundesverbandes der Arbeiterwohlfahrt, Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Frankfurt.
- Junge-Reyer, Ingeborg (2000), Gesellschaftliche Strategien gegen Armut, in: Geene, Raimund/Gold, Carola (Hrsg.), Gesundheit für Alle! Wie können arme Menschen von kurativer und präventiver Gesundheitsversorgung erreicht werden?, Berlin, S. 30–36 (Materialien für Gesundheitsförderung, Bd. 4).
- Knopf, H., und andere (1999), Sozialschicht und Gesundheit, in: Gesundheitswesen, Sonderheft 2, S. 169–177.
- Maschewsky, Werner (2002), Umweltgerechtigkeit herstellen. Neue Strategien an der Schnittstelle von Umwelt, Gesundheit und Sozialpolitik, in: Wechselwirkung, H. 6, S. 38–39.
- Mielck, Andreas (2000), Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, Bern.
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2001), Soziale Lage und Gesundheit. Entschließung der 10. Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen am 31.08.2001, Düsseldorf.
- Rosenbrock, Rolf/Geene, Raimund (2000), Sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen und Gesundheitspolitik, in: Geene, Raimund/Gold, Carola (Hrsg.), Gesundheit für Alle! Wie können arme Menschen von kurativer und präventiver Gesundheitsversorgung erreicht werden?, Berlin, S. 10–26 (Materialien für Gesundheitsförderung, Bd. 4).
- Stadt Nürnberg/Gesundheitsamt (Hrsg.) (1997), Stadtteilgesundheitsbericht Gostenhof. Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Nürnberg.
- Stappert, Dorothea/Leßmann, Marianne (2000), Aktionsbündnis Gesundheit. Kooperative Gesundheitsförderung in einem benachteiligten Stadtquartier. Knappenviertel Oberhausen, in: Ministerium für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), Quergedacht – Selbstgemacht. Integrierte Handlungsansätze in Stadtteilen mit besonderem Erneuerungsbedarf. Dokumentation zur Veranstaltung am 21. Oktober 1999 in Köln-Kalk, Düsseldorf, S. 40–43.
- Trabert, Gerhard (2002), Armut und Gesundheit. Im Teufelskreis von Unterversorgung und Krankheit, in: Blätter der Wohlfahrtspflege, H. 4, S. 136–137.
- Trojan, Alf, und andere (1998), Soziale Stadtentwicklung. Eine intersektorale Aufgabe für die Gesundheitsförderung, in: Heine-mann, Horst (Hrsg.), Stadtentwicklung und Gesundheit, Frankfurt am Main, S. 11–37.
- Walter, Ulla, Friedrich Wilhelm Schwartz und Friederike Hoepner-Stamos (2001), Zielorientiertes Qualitätsmanagement und aktuelle Entwicklungen in Gesundheitsförderung und Prävention, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen, Köln, S. 18–37 (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 15).

Impressum

Herausgeber:

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

Redaktion:

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

Layout und DTP:

Susanna Mayer

Redaktionskontakt:

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

Herstellung:

Druckerei
Wilhelm Schwarz KG, Berlin

Abdruck:

bei Angabe der Quelle frei,
Belegexemplar erbeten.



Soziale Stadt *info* wird
auf 100-prozentigem
Recyclingpapier gedruckt.

Die Finanzierung erfolgt im Auftrag
des Bundesministeriums für Verkehr,
Bau- und Wohnungswesen (BMV/BW)
durch das Bundesamt für Bauwesen
und Raumordnung (BBR) aus Mitteln
des Programms „Experimenteller
Wohnungs- und Städtebau“ (ExWoSt).

Aktivierende Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche aus Migrantenfamilien

Aufbau und Unterstützung eines offenen Kindertreffs in München-Neuperlach



Im offenen Kindertreffpunkt in München-Neuperlach können die Kinder und Jugendlichen selbst bestimmen, wie sie ihre Freizeit gestalten.

Fotos: Christl Riemer-Metzger

Die *Münchner Aktionswerkstatt G'sundheit (MAG's)* ist eine Einrichtung in freier Trägerschaft (Verein MAG's and MORE e.V.), wird größtenteils vom Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München finanziert und arbeitet auf der Grundlage vertraglich vereinbarter Aufgaben und Handlungsleitlinien. MAG's betreibt mobil Gesundheitsförderung für jeweils rund drei Jahre in zwei Stadtteilen Münchens, bezieht sich dabei auf den aktuellen Bedarf vor Ort und kooperiert mit allen relevanten Partnern vor Ort (sozialen Institutionen, politischen und anderen Gremien, engagierten Bürgerinnen und Bürgern, Betrieben). Der Schwerpunkt der Arbeit liegt auf Projekten für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche; ein zentrales Element der

Arbeit ist es, die Beteiligung der Betroffenen sowie engagierter Bürgerinnen, Bürger und sozialer Einrichtungen zu fördern.

Der *Kindertreff Oskar-Maria-Graf-Zentrum* ist mit Unterstützung von MAG's 1999 als Modellprojekt entstanden und wird inzwischen in der Trägerschaft des Frauentreffpunkts (Initiative vor Ort) als mindestens dreijähriges Projekt weitergeführt; die Finanzierung erfolgt über das Jugendamt der Landeshauptstadt München.

Das Projekt liegt in einem Wohngebiet mit etwa 2 000 Bewohnerinnen und Bewohnern; dort leben 90 Prozent der Kinder in Familien mit Eltern meist ausländischer Herkunft und oft schwierigen sozialen Verhältnissen.

Im Wohngebiet gibt es kaum Spiel- und Freizeitangebote; den Kindern wird jedoch in der Regel von den Eltern verboten, das Wohngebiet zu verlassen. Unter den Kindern herrscht häufig eine Atmosphäre von Langeweile gepaart mit aggressivem, unsozialem Verhalten.

Ziel des Projekts ist es, die Lebensbedingungen von benachteiligten Kindern im Wohngebiet zu verbessern, gesundheitsfördernde Angebote für Kinder, z.B. bezüglich Bewegung und Ernährung, zu schaffen und vor allem die Kinder und Jugendlichen selbst an der Gestaltung des Treffpunkts und der Angebote zu beteiligen. Die *Zielgruppe* bilden vorwiegend Kinder und Jugendliche im Alter von sechs bis 16 Jahren aus Familien des unmittelbaren Wohnumfelds. Der Treffpunkt ist zweimal pro Woche je drei Stunden geöffnet. Zusätzliche Angebote werden je nach Möglichkeiten gestaltet. Von Beginn an besuchen durchschnittlich jeweils rund 50 Kinder den Treffpunkt, bei größeren Ereignissen 80 bis 100. Personell ist der Treffpunkt mit einer halben Sozialarbeiter-Stelle ausgestattet, zusätzlich arbeiten drei Honorarkräfte sowie einige Eltern ehrenamtlich stundenweise bei der Betreuung und bei Angeboten mit.

Das *Besondere am Konzept* besteht unter anderem darin, dass der Treffpunkt nicht für sich allein existiert, sondern weitere passende Angebote aus dem Stadtteil und solche mit thematischem Bezug integriert – das heißt, es wird mit wenig Personal kostengünstig, vernetzt und auf aktuelle Bedürfnisse bezogen gearbeitet. Beispielsweise wird ein Angebot zur Gewaltprävention gemacht, wenn starke soziale Konflikte auftreten. Der Treff-

punkt arbeitet außerdem bewusst mit einer sehr großen Altersspanne; selbst ein- und zweijährige Kinder werden integriert, um den älteren, mit der Betreuung betrauten Geschwistern die Teilnahme am Treff zu ermöglichen. Ältere Jugendliche haben zusammen mit einer Streetworkerin abends die Möglichkeit, die Räume zu nutzen.

Die *Unterstützungsleistung* von MAG's für den Kindertreffpunkt bestand aus folgenden Elementen:

- Entwicklung eines Modellprojekts mit den ehrenamtlich arbeitenden Mitarbeiterinnen;
- Beratung bezüglich Planung, Durchführung und weiterer Entwicklung des Projekts;
- Verknüpfung mit weiteren Projekten (Stadtteilspaziergang/Fotosafari, Unterstand usw.);
- Unterstützung der Eigeninitiative bei Personal, Helfenden und Kindern/Jugendlichen;
- Sicherung einer längerfristigen Finanzierung und einer halben Personalstelle;
- Finden von Sponsoren;
- Unterstützung der Öffentlichkeitsarbeit;
- Unterstützung der Fortbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Der Kindertreffpunkt wurde als *Modellprojekt* eingerichtet, stieß und stößt auf rege Nachfrage vor Ort und wirkt insgesamt äußerst positiv auf die Entwicklung der Kinder. *Bewährt* haben sich besonders folgende Kennzeichen:

- Der offene Treffpunkt direkt im Wohngebiet der Kinder/Jugendlichen schafft eine große Nähe und intensive Aneignung durch die Kinder/Jugendlichen.
- Der offene Rahmen entspricht den Bedürfnissen der Kinder/Jugendlichen (z.B. ihre kleineren Geschwister mitzubringen, zu kommen und zu gehen, wie es ihnen passt).
- Die Kinder/Jugendlichen werden in die Programmgestaltung aktiv ein-

bezogen, dies entspricht ihrem Wunsch nach Selbstgestaltung und erzeugt hohe Eigenverantwortung.

- Die Kinder/Jugendlichen entwickeln (über gemeinsames Kochen) ein Bewusstsein für gesunde Ernährung und (über Sport- und Tanzaktivitäten) ein besseres Körpergefühl.
- Gespräche über Konfliktlösungsmöglichkeiten und Umgang mit Unterschiedlichkeit helfen den Kindern/Jugendlichen, mit latenter und offener Aggressivität besser umzugehen.
- Das Selbstwertgefühl der Kinder/Jugendlichen wird insgesamt gestärkt und ihre Kreativität gefördert.
- Die Möglichkeit, sich in diesem Treffpunkt aufzuhalten, schafft ein Gegengewicht gegenüber zum Teil schwierigen familiären Situationen.
- Über den Kindertreffpunkt lassen sich aber auch gut Kontakte zu Eltern herstellen und zum Teil sogar ein Austausch unter vorher „verfeindeten“ Parteien fördern (ungezwungenes „Reinschauen“, gemeinsame Feste).
- Bürgerinnen und Bürger, die entsprechende Fähigkeiten zur Mitarbeit haben, können gut in den Prozess mit einbezogen werden.

- Ein Ausgleich der Defizite des Wohngebiets (z.B. solcher, die durch zunehmende Entmischung entstehen) wird angestrebt und mit der Wohnungsbaugesellschaft usw. zu erreichen versucht.

Einige wesentliche Faktoren konnten in erfreulich kurzer Zeit günstig beeinflusst werden. Die potenziellen Geldgeber ließen sich schnell von der Notwendigkeit des Angebots überzeugen. Die passenden Personen mit entsprechenden Fähigkeiten waren bereit, sich zu engagieren. Außerdem waren zufällig genau dort, wo der Bedarf bestand, Räumlichkeiten zu bekommen, und die Wohnungsbaugesellschaft war sehr entgegenkommend. Allerdings entspricht dies auch genau dem Ansatz von MAG's: Es wird versucht, bei Projekten jeweils die verschiedenen, zum Gelingen nötigen Variablen auszuloten, positiv zu beeinflussen und zu verknüpfen, um so ein strukturell passendes Angebot am richtigen Ort zu schaffen.

Kontakt:

- Christl Riemer-Metzger
Münchner Aktionswerkstatt G'sundheit,
Bayerstr. 77a, 80335 München
Telefon: 089 / 543 87 51
Telefax: 089 / 53 29 56 57
E-Mail: riemer-metzger@web.de



Für ein gesundes Leben in einem lebendigen Stadtteil – Gesundheitstreffpunkt West in Bremen

Aktive und bürgernahe Gesundheitsförderung – diesem Auftrag folgt der Gesundheitstreffpunkt (GTP) seit 17 Jahren als Angebot für die Menschen in den Ortsteilen Oslebshausen, Gröpelingen, Walle und Findorff.

Der Grad an Gesundheitsrisiken, Erkrankungen und Einschränkung des Wohlbefindens ist in sozial benachteiligten Stadtgebieten nachweislich höher als in besser gestellten Regionen. Die Bewohnerschaft im Bremer Westen bedarf angesichts der dortigen Problemlagen und sozialen Brennpunkte (hohe Arbeitslosigkeit, viele Sozialhilfe Beziehende, überdurchschnittlicher Ausländeranteil usw.) in besonderem Maße der gesundheitlichen Unterstützung. Wir gehen in unserer Arbeit davon aus, dass Gesundheit alle Aspekte des körperlichen, seelischen, sozialen und kulturellen Wohlbefindens einschließt.

Unsere unterschiedlichen präventiven Aktivitäten sind darauf gerichtet, die Menschen in dieser Region in ihrer gesundheitlichen Lebenskompetenz zu stärken und sie zu befähigen, sinnvoll und selbstbestimmt mit Erkrankungen und Befindlichkeitsstörungen umzugehen. Gesundheit wird dabei als ein Prinzip der Lebensgestaltung verstanden, das es zu fördern und zu verankern gilt.

Konzeptionell orientieren wir uns dabei an den in der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1986 formulierten Zielen zur Gesundheitsförderung. Hierzu gehören unter anderem die Entwicklung persönlicher Kompetenzen, die Schaffung gesund-

heitsförderlicher Lebenswelten und die Unterstützung von Gemeinschaftsaktionen. Diese Ziele finden sich in der Umsetzung bei folgenden Angeboten wieder:

- individuelle psychosoziale Gesundheitsberatung,
- Organisation und Durchführung gesundheitsfördernder Aktivitäten im Stadtteil,
- aktive Förderung der institutionellen Zusammenarbeit durch Vernetzung.

Unser Ziel: Menschen in ihrer gesundheitlichen Lebenskompetenz zu stärken und die Lebensqualität im Bremer Westen zu verbessern.

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort wo wie spielen und lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, daß man sich um sich selbst und für andere sorgt, daß man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und die Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben, sowie dadurch, daß die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen Bürgern Gesundheit ermöglichen.“

(Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation 1986, Auszug)

Individuelle Gesundheitsberatung erfolgt anonym und kostenlos im Treffpunkt oder am Telefon. Eine Anmeldung ist nicht erforderlich. Kontinuierliche Öffnungszeiten und die zwanglose Ladenatmosphäre unserer Einrichtung helfen ebenso Schwellenängste abzubauen wie zusätzliche Beratungsangebote vor Ort. Hierzu gehören z.B. Informationsstände im Rahmen von Stadtteilaktivitäten, auf Wochenmärkten oder in Einkaufszentren. Der Themenbogen der Gesundheitsberatung ist weit gespannt. Er reicht

von allgemeinen Fragen zu Ernährung, Bewegung und Suchtvorbeugung bis hin zu psychischen und sozialen Belastungen im Alltag, wie z.B. Krankheit, Einsamkeit, Arbeitslosigkeit, Abhängigkeiten und Gewalterfahrungen. Im Beratungsprozess geht es neben der Informationsvermittlung vor allem darum, individuelle Ressourcen herauszuarbeiten, gemeinsame Lösungsstrategien zu entwickeln und Selbsthilfepotenziale zu aktivieren.

Der GTP gibt verschiedene regionale Beratungsführer und die Broschüre „Gewalt – hingucken, einmischen, anzeigen. Tipps und Adressen für Opfer, Zeugen und sonstige Betroffene in Bremen und Bremerhaven“ heraus. Er bietet *gesundheitsfördernde Aktivitäten* zu verschiedenen Schwerpunkten und mit unterschiedlichen Zielgruppen. Hierzu gehören Informations- und

Diskussionsveranstaltungen, z.B. Elternabende, Gesprächsgruppen/Kurse, Unterrichtseinheiten, z.B. zum Thema Suchtprävention, Projekttag zur Förderung der Sinneswahrnehmung, Fachtage, z.B. zur Gewaltprävention, oder auch Theaterveranstaltungen. Themen wie Angebotsformen der präventiven Aktivitäten richten sich nach dem aktuellen Bedarf in der Wohnregion, oft werden sie von Kooperationspartnerinnen und -partnern oder von Bürgerinnen und Bürgern an den GTP herangetragen.

Vom Arbeitskreis zum Netzwerk

Die Kooperation mit anderen Einrichtungen und Initiativen ist entsprechend der konzeptionellen Ausrichtung wesentlicher Bestandteil unserer Arbeit. Tatsächlich ist nachhaltige Gesundheitsförderung im Stadtteil ohne den Austausch und die enge Zusammenarbeit mit möglichst vielen Beteiligten weder sinnvoll noch möglich. Sichtbares Resultat ist der 1989 auf Initiative des GTP gegründete „Arbeitskreis Gesundheit im Bremer Westen“, der sich mittlerweile zu einem umfangreichen „Netzwerk Gesundheit im Bremer Westen“ entwickelt hat. Die Bezeichnung „Netzwerk Gesundheit“ trifft die heutige Form der Zusammenarbeit und Arbeitsweise besser, da sie mehr den prozesshaften, unbürokratischen, flexiblen und partnerschaftlichen Umgang der Institutionen miteinander beschreibt. Die Teilnahme vieler verschiedener Einrichtungen, Interessengruppen und Einzelpersonen, die einen breiten Erfahrung- und Wissenshintergrund einbringen, erweist sich dabei als besondere Stärke des Netzwerks, das vor allem folgende Aufgaben hat:

- Gesundheitsprobleme im Stadtteil benennen,
- Ideen und Strategien für diese Probleme entwickeln,
- sich praktisch für die Lösung dieser Probleme engagieren.

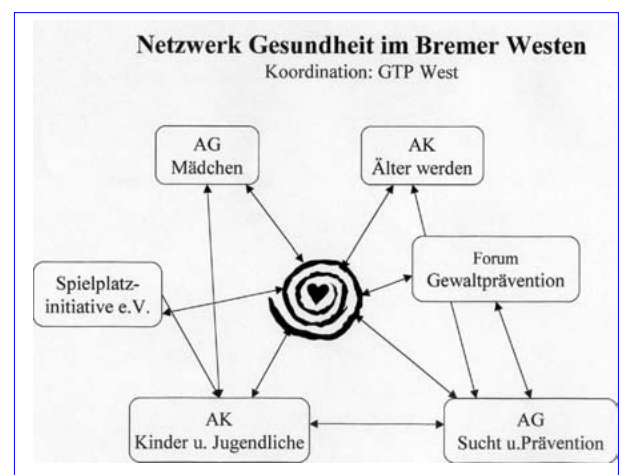
Organisatorisch gliedert sich das Netzwerk derzeit in sechs Arbeitsgruppen/-kreise (siehe Abbildung), die ihre Themen aktions- und handlungsorientiert bearbeiten. Dabei beflügeln öffentlichkeitswirksam und erfolgreich durchgeführte Stadtteilaktivitäten, z.B. Aktionstage, Gesundheitswochen, Veranstaltungsreihen, Ferienprogramme oder Schulhof- und Spielplatzgestaltungen, die Bereitschaft zur Mitarbeit in den Arbeitsgruppen noch zusätzlich. Gemeinsam zu erleben, wie effektiv die Bündelung unterschiedlicher Fähigkeiten und Ressourcen sein kann, schafft Motivation für neue Projekte und festigt die Identifikation mit

der Idee des Netzwerks. Der GTP als unabhängiger Partner fördert diese Zusammenarbeit, indem er die Arbeit des Netzwerks koordiniert, Informationsaustausch und Kooperationen in und zwischen den Arbeitsgruppen organisiert und die Arbeitsergebnisse wieder in den Stadtteil, an die Institutionen sowie zu den Bürgerinnen und Bürgern zurückfließen lässt.

Das Netzwerk Gesundheit ist inzwischen gut verankert und ein akzeptierter Faktor im Bremer Westen geworden. Der GTP verfügt mittlerweile über ein Know-how, das als beispielhaft für die Umsetzung des Netzwerkgedankens angesehen werden kann. Dieses Netzwerk weiter zu pflegen und durch gemeinschaftliche Aktionen immer wieder mit neuem Leben zu erfüllen, bleibt auch in Zukunft eine ständige Herausforderung für uns Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.



Fotos: Gesundheitstreffpunkte e.V.



Quelle: Gesundheitstreffpunkte e.V. (Hrsg.),
10 Jahre Netzwerk im Bremer Westen (Broschüre).

Kontakt:

- Gesundheitstreffpunkte e.V. –
Gesundheitstreffpunkt West –
Gröpelinger Heerstraße 120
28237 Bremen
Telefon: 0421/61 70 79
Telefax: 0421/61 69 147
E-Mail: gtp.west@t-online.de

Gesundheit – Schwerpunktthema der Sozialen Stadt in Ludwigshafen

„Gesundheit von Menschen wird in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt, dort wo sie spielen, lernen und lieben... Gesundheit ist eine zentrale gesellschaftliche Ressource und auch ein Maßstab für den gesellschaftlichen Fortschritt“ (Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986, Auszug).

Diesem Grundsatz folgend ist Gesundheit in Ludwigshafen zu einem Schwerpunktthema der Sozialen Stadt wie auch der Lokalen Agenda geworden. Ziel ist es zum einen, unter Berücksichtigung der engen Bindungen zwischen Menschen und ihrer Umwelt nachhaltige gesundheitsfördernde Lebensbedingungen zu schaffen, zum anderen, die persönlichen Kompetenzen der Menschen weiter zu entwickeln und sie zu ermutigen, sich selbst für ihre Gesundheitsinteressen einzusetzen.

Viele ziehen am gleichen Strang

Gesundheit ist untrennbar verbunden mit den Bereichen Stadtentwicklung, Wohnen, Verkehr, Umwelt, Soziales usw. und damit eine Querschnittsaufgabe für viele Akteurinnen und Akteure auf der kommunalpolitischen Ebene. In Ludwigshafen entwickelte sich über die Querschnittsfunktion der Gleichstellungsbeauftragten eine Projektgruppe, die sich vornahm, das Thema „Gesundheit“ gruppen- und lebensraumbezogen in den Quartieren der Sozialen Stadt anzugehen. An den Planungen beteiligt sind neben der Gleichstellungsstelle die Sparten Kindertagesstätten und Jugendförderung, der Internationale Frauentreff und natürlich auch die Quartiersmanagerinnen und der Quartiersmanager der vier Programmgebiete.

Schon die ersten Überlegungen ließen erkennen: der „rote Faden“ Gesundheit ist bestens geeignet, die Sozialen Stadt-Inhalte der Bürgerbeteiligung und ressortübergreifenden Vernetzung konkret umzusetzen. Da passte es gut, dass nicht nur das Jugendamt und der Internationale Frauentreff selbst in einem der Programmgebiete, dem Westend, liegen, sondern auch das Gesundheitsamt dort seinen Standort hat. Letzteres stand der Idee, Gesundheitsförderung in das Programm Soziale Stadt zu integrieren, sehr aufgeschlossen gegenüber und wird sich mit einigen Aktionen auch aktiv einbringen. Weitere Einrichtungen sagten ihre Mitarbeit zu: die AIDS-Hilfe Mannheim/Ludwigshafen, der Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. Rhein-Neckar (AKF), baff e.V. (Bildung, Ausbildung, Förderung und Frauenprojekte), die Berufsbildende Schule Hauswirtschaft/Sozialpäda-

gogik, der Christlich-Albanische Verein, das Frauencafé e.V., IEDA e.V. (Integration und Emanzipation von Deutschen und Ausländerinnen), einzelne Krankenkassen, die Katholische Familienbildungsstätte, die Verbraucherberatung sowie einzelne Ärztinnen, Psychologinnen und Therapeutinnen.

„Wohl fühlen in Ludwigshafen – Gesund leben in der Sozialen Stadt“

Unter dieses Motto hat die Projektgruppe ihre Aktivitäten und Planungen gestellt und dabei bewusst kalkuliert, dass es bei einzelnen Aktionen auch einmal quartiersbezogen ausschließlich um das „Wohl fühlen“ im Westend, in West, in Mundenheim-Südost oder Oggersheim-West gehen kann.

Information, Beratung und Aufklärung über Gesundheitsrisiken und gesundheitsförderndes Verhalten haben



Aerotrimmgerät. Foto: Stadt Ludwigshafen am Rhein.

in unserem Projekt einen besonders hohen Stellenwert. Und es wird sehr darauf geachtet, dass sie zielgerichtet und adressatengenaue angelegt sind.

So gibt es beispielsweise jeden dritten Mittwoch im Monat den Gesprächskreis „Gesundheit für Frauen im Westend“. Organisiert und durchgeführt wird er von Mitarbeiterinnen des Internationalen Frauentreffs, die fachkundige Leitung hat eine dem Frauentreff seit Jahren eng verbundene Allgemeinmedizinerin. Diese Verbundenheit ist insofern wichtig, als die meisten Teilnehmerinnen Migrantinnen sind. Ein gewisses Vertrauensverhältnis ist für sie wichtige Voraussetzung dafür, dass sie über sie persönlich oder ihre Familien betreffende Gesundheitsfragen überhaupt reden. Jeder Gesprächskreistermin steht unter einem bestimmten Schwerpunktthema, das die Frauen zuvor in Absprache mit der Referentin festgelegt haben. Diese achtet bei der Durchführung besonders auf Anschaulichkeit und praktisches Üben. So waren beispielsweise ihre Informationen zu gesunder Ernährung mit einem gemeinsamen Frühstück verbunden, und das Thema „Krebsvorsorge bei Frauen“ umfasste fachlich angeleitete Tastübungen an Silikonmodellen der weiblichen Brust. Diese Art der Wissensvermittlung und das begleitende Kinderbetreuungsangebot kommen bei den Frauen sehr gut an und bringen nicht zuletzt durch Mundpropaganda den Veranstaltungen von Mal zu Mal mehr (auch deutsche) Teilnehmerinnen.

Unter Beteiligung externer Referentinnen werden auch beim monatlich stattfindenden „Frauenfrühstück in West“ Gesundheitsfragen erörtert. Mit Informationen über gesunde Ernährung brachte sich dort beispielsweise die Verbraucherberatung ein. Dem gleichen Thema widmete sich auch eine Kindertagesstätte im Programmgebiet Westend. Unter dem Motto „Unsere kunterbunte Kinderküche“

fanden dort für Eltern und Kinder Projekttag statt.

Eine andere Zielgruppe spricht die Mobilausstellung GUT DRAUF der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) an, die für die dritte Septemberwoche geordert werden konnte. In über zehn unterhaltsam wie abenteuerlich gestalteten Stationen der „Mitmachausstellung“ soll Jugendlichen zwischen zwölf und 18 Jahren ein gesünder Umgang mit Ernährung, Bewegung und Stress vermittelt werden. Den Boden unter den Füßen verlieren die Gäste zum Beispiel im Aerotrimmgerät, in dem man sich allein durch die eigene Muskelkraft in alle Richtungen drehen kann. Ein spezielles Xylophon produziert in der Station „Bodysound“ Musik aus Körpergeräuschen wie Kichern, Seufzen, Atmen. Zum Entspannen gibt's einen eigenen kleinen Pavillon. Außerdem kann man ausprobieren, wie sich Ernährung und Pflege auf die Haut auswirken. Rundumklettern ist an der Kletterwand angesagt. Weitere Stationen animieren zum Streetball, Tischleindeckdich-Spielen und zum leckeren und gesunden Essen.

Gesundheitsfragen und Gesundheitstipps finden die Bewohnerinnen und Bewohner der Soziale-Stadt-Quartiere auch regelmäßig in ihren Stadtteilzeitingen.

Wenn es um Gesundheitsförderung geht, reichen Information, Beratung und Aufklärung manchmal nicht aus. Oft sind *weitergehende Angebote* erforderlich. Solche zu initiieren und zu unterstützen hat sich die Projektgruppe ebenfalls zur Aufgabe gemacht. So ist beispielsweise für die beiden Quartiere Westend und West ein Bewegungs- und Lauftreff für Frauen in Planung. Kooperationspartnerin ist die Katholische Familienbildungsstätte. Austragungsort für den Bewegungs- und Lauftreff soll der Friedenspark sein, über den beide Quartiere miteinander verbunden sind.

Begegnung schaffen soll auch ein anderes Angebot, das auf Wunsch von Seniorinnen und Senioren im Westend vorbereitet wird: ein regelmäßig stattfindender Tanztee für die ältere Generation.

Das Projekt „Wohl fühlen in Ludwigshafen – Gesund leben in der Sozialen Stadt“ steht erst am Anfang seiner Realisierung, Ideen gibt es viele. Und erfreulicherweise gibt es auch viele Handlungsträger, die bereit sind, sich im Rahmen ihrer personellen und/oder finanziellen Möglichkeiten einzubringen.

Kontakt:

- Claudia Möller
Projektleiterin „Soziale Stadt“
der Stadt Ludwigshafen a. Rh.
Telefon: 0621/504-2348
Telefax: 0621/504-3078
E-Mail: claudia.moeller@ludwigshafen.de

Wettbewerb Kommunale Suchtprävention

Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention

Auf Anregung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung – Frau Marion Caspers-Merk – hatte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Oktober 2001 erstmals einen kommunalen Wettbewerb ausgeschrieben, in dem nach vorbildlichen Strategien kommunaler Suchtprävention gesucht wurde. Städte, Gemeinden und Landkreise sollten zeigen, welche Maßnahmen zur Suchtprävention durchgeführt werden und wie diese in der Kommune verankert sind. Der Wettbewerb wurde vom Deutschen Institut für Urbanistik (Difu) betreut.

Die Aktion traf auf lebhafte Resonanz. Insgesamt wurden 220 Wettbewerbsbeiträge eingereicht, von denen elf mit Geldpreisen ausgezeichnet wurden; diese Beiträge kamen aus: Stadt Darmstadt, Stadt Dessau, Hansestadt Hamburg, Stadt Ingelheim am Rhein, Stadt Leipzig, Stadt Nürnberg, Gemeinde Wallerfangen, Landkreis Barnim, Landkreis Coesfeld, Landkreis Emmendingen, Landkreis Esslingen.

Ein zusätzlicher Sonderpreis, ausgeschrieben für Wettbewerbsbeiträge, die in besonderer Weise auf die Thematik der sozialen Brennpunkte eingehen, wurde von der Spitzenvereinigung der gesetzlichen Krankenkassen an zwei Kommunen vergeben. Die Krankenkassen haben die gesetzlich verankerte Aufgabe, zur Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beizutragen. Daraus ergibt sich ihr besonderes Interesse an Wettbewerbsbeiträgen, die Präventionsangebote für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen enthalten, die mit den traditionellen Ansätzen und Angeboten der Gesundheitsförderung nicht erreicht werden.

Den Sonderpreis erhielten zu gleichen Teilen der Wettbewerbsbeitrag der Hansestadt Bremen „Suchtpräventives Stadtteilprojekt Mitte/Östliche Vorstadt“ und der Landkreis Karlsruhe für seinen Wettbewerbsbeitrag „Wegschauen ist keine Lösung“.

Zu den Merkmalen des Bremer Stadtteils gehören: hohe Einwohnerdichte, starke „City-Funktionen“ (Kinos, Gaststätten, Diskotheken), hoher Ausländeranteil. Insgesamt ist das „Viertel“ ein Brennpunkt städtischer Probleme und von der Drogenproblematik besonders betroffen. Zielgruppen des Bremer Stadtteilprojekts sind Jugendliche in Schulen, Freizeiteinrichtungen und informellen Gruppen, Lehrkräfte, Jugendarbeiterinnen und -arbeiter sowie Eltern. Organisatorisches Kernstück der Präventionsarbeit ist das „Suchtpräventive Team Mitte/Östliche Vorstadt“, das 1993 gegründet wurde. Bis heute gibt es keine fest beschäftigten, ausschließlich für das Projekt tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, wohl aber immer wieder Personen aus dem Stadtteil, die in flexibler Form mit unterschiedlichem Stundenvolumen und nach Bedarf für das Projekt tätig sind. Der Grundgedanke ist, durch dieses Team weitere Mitarbeiterinnen, Mitarbeiter und Jugendliche aus unterschiedlichen Stadtteileinrichtungen in die Arbeit einzubeziehen, die selbst Projekte entwickeln und durchführen. Fachliche Impulse und Anregungen kommen von der seit 1994 tätigen „Kooperationsrunde Jugendarbeit“, der über 40 Einrichtungen aus dem Stadtteil angehören. Schwerpunkte der Projektarbeit sind unter anderem die Vorhaben „Räume öffnen“, „Aufsuchende Arbeit“, „Mädchen in Bewegung“ und „Alkohol – Party – Jugendliche“. Zu den Charakteristika der Arbeit im Stadtteil gehören Kontinuität, ge-

schlechtsspezifische Präventionsarbeit, Zusammenarbeit mit anderen Gremien im Stadtteil und die Dokumentation der geleisteten Arbeit.

Für die Prämierung des Beitrags aus dem Landkreis Karlsruhe war die Überlegung ausschlaggebend, dass es zwar zahlreiche Präventionsvorhaben gibt, die auf Mittelschichts- und Oberschichtsangehörige zugeschnitten sind, es jedoch an Angeboten für sozial benachteiligte Gruppen aus der Unterschicht mangelt. Die Ursachen hierfür sind vielfältig, sie liegen unter anderem in unterschiedlichen Werthaltungen im Konsumverhalten und bei der Freizeitgestaltung. Aus diesem Grund sind die Krankenkassen besonders an Präventionsstrategien und -maßnahmen interessiert, die auch sozial benachteiligte Gruppen erreichen. Diesem Ziel entspricht der Wettbewerbsbeitrag des Landkreises Karlsruhe in besonderer Weise. Er zeigt, dass mittlerweile auch eher als „konservativ“ eingestufte Ver- und Gebote ihre Berechtigung im Spektrum einer umfassenden Präventionsstrategie haben. Hierzu zählt die im Landkreis engagiert unternommene Aktion zur Umsetzung der Anliegen des Jugendschutzgesetzes. Als Kooperationspartner beteiligten sich hieran die Suchtberatungsstellen des Badischen Landesverbandes gegen die Suchtgefahren, die Arbeitsgemeinschaft Gefährdetenhilfe und Jugendschutz sowie eine Elterninitiative, die Polizeireviere, der Lions Club Bruchsal-Schloß und eine private Firma. Projektbegleitend wurde eine Wirksamkeitsstudie durchgeführt.

Der Wettbewerb wurde mit einer Buchveröffentlichung dokumentiert (Deutsches Institut für Urbanistik/ Bundeszentrale für gesundheitliche

Aufklärung: Bundeswettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“ Oktober 2001 bis Juni 2002. Dokumentation, Berlin 2002). Die Veröffentlichung ist kostenfrei unter der Bestellnummer 33 920 000 bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erhältlich (Fax: 0221/8992-257, E-Mail: order@bzga.de).

Insgesamt gilt der Wettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“ als gelungen. Mit hoher Wahrscheinlichkeit wird er deshalb im Jahr 2003 erneut von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Kooperation mit der Drogenbeauftragten der Bundesregierung ausgelobt werden.

■ Difu

Stadtentwicklung, Versorgung mit Arztmobilen, Zahnprophylaxe und Disease-Management-Programmen.

Inhaltlich zentral waren Schlüsselerkenntnisse wie die des ehemaligen Vorsitzenden des Sachverständigenrates der Konzierten Aktion Friedrich-Wilhelm Schwartz im Vorwort zum Sammelband 1999, „dass arme Menschen eine um sieben Jahre kürzere Lebenserwartung besitzen als reiche“, oder dass arme Menschen gegenüber reichen in nahezu jeder Lebenssituation ein mindestens doppelt so hohes Risiko haben, schwer zu erkranken, zu sterben, einen Unfall zu erleiden oder von Gewalt betroffen zu sein.

Acht Jahre Kongresse „Armut und Gesundheit“

Als studentische Initiative im Rahmen des Aufbaustudiengangs Gesundheitswissenschaften/Public Health wurde im Dezember 1995 in Trägerschaft von „Gesundheit Berlin e.V.“ und der Berliner Ärztekammer erstmals ein bundesweiter Kongress zu „Armut und Gesundheit“ durchgeführt. Die Themen umfassten zunächst die gesundheitlichen Probleme von Migranten, Wohnungslosen und allein erziehenden Frauen. Auch ohne besondere Resonanz aus Wissenschaft, Politik und Verbänden diskutierten gut 200 Betroffene und ihre professionellen Helferinnen und Helfer über Strategien der Gesundheitsförderung und spezifische Bedarfe in den Lebenslagen.

Aus diesen Anfängen ist ein regelmäßiges Forum entstanden, auf dem alljährlich am ersten Dezember-Wochenende Erfahrungen ausgetauscht, Fortschritte und Rückschritte bilanziert und so insgesamt Strukturen gebildet werden, die die Diskussion um soziallagenbezogene Gesundheitsförderung bündeln. Das Engagement vieler Praktikerinnen und Praktiker vor Ort, die regelmäßige Teilnahme von Politikerinnen wie der damaligen Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer und der inzwischen verstorbenen brandenburgischen Sozialministerin

Regine Hildebrandt, von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern wie Rolf Rosenbrock (Sachverständigenrat der Konzierten Aktion) und Ulrike Maschewsky-Schneider (Berliner Zentrum Public Health), von Ärztevertretern wie den Berliner Kammerpräsidenten Ellis Huber und Günther Jonitz haben dazu beigetragen, dass die Kongresse inzwischen mit tausend Teilnehmerinnen und Teilnehmern als größte Public-Health-Veranstaltungen in Deutschland etabliert sind.

Den Skandal gesundheitlicher und sozialer Ungleichheit zum Thema gemacht

Die Veranstalter bemühen sich mit verschiedenen Schwerpunktaussagen, gesundheitliche und soziale Ungleichheit als Skandal aufzudecken und zum öffentlichen Thema zu machen. So lautete das Thema im Jahr 2000 „Armut macht krank!“.

Die Erkenntnisse zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit werden auf Deutschland übertragen und eigene Ergebnisse verbreitet. Neben den Diskussionen über benachteiligte Lebenslagen wird ein gesundheitspolitischer Diskurs geführt, beispielsweise zu Prävention, Gesundheitszielen, Patientenrechten,

Partizipation und Empowerment in der Gesundheitsförderung

Als Konzept zur Stärkung der gesundheitlichen Potenziale armer und ausgrenzter Menschen wird auf den Ansatz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verwiesen. In „Settings“ werden Gesundheitsziele in sozialen Gefügen und Organisationsstrukturen nach den spezifischen Lebensbedingungen formuliert. Das Konzept geht davon aus, dass die Menschen den größten Teil ihrer Zeit in ihren beruflichen, regionalen und sozialen Lebensbereichen verbringen. Der „Setting-Ansatz“ der Gesundheitsförderung zielt darauf ab, mithilfe möglichst vieler Beteiligter die jeweiligen Gesundheitspotenziale im Lebensbereich aufzuspüren und zu entwickeln. Durch aktive Beteiligung der Menschen sollen deren Sachverstand und Handlungsfähigkeit für die Gesundheitsfragen vor Ort genutzt (Partizipation) und gestärkt (Empowerment) werden. Es hat sich nämlich gezeigt, dass die Beteiligung der einbezogenen Menschen, als Betroffene oder Patienten, der Schlüssel für die Entwicklung gesunder Lebenswelten und Lebensstile sein kann. Setting-Bereiche mit langer Erprobung sind dabei die Netzwerke „Gesunde Städte“, „Gesundheitsfördernde Schulen“, „Gesund-

heitsförderung am Arbeitsplatz“ und „Gesundheitsförderndes Krankenhaus“.

Ressortübergreifende Ansätze und sozialogenbezogene Maßnahmen

Das Netzwerkkonzept aufnehmend, stand der siebte Kongress „Armut und Gesundheit“ 2001 unter dem Leitthema „Gesundheitsziele gegen Armut: Netzwerke für Menschen in schwierigen Lebenslagen“. Um sozialogenbezogene Maßnahmen zu entwickeln, zu proklamieren und sie sowohl modellhaft als auch in Formen der Regelversorgung anzuwenden, bedarf es ressortübergreifender Ansätze und einer breiten Koalition von Betroffenen, von Unterstützern aus Politik, Wissenschaft, Krankenkassen, Verwaltung und sozialer Bewegung sowie von professionellen Helferinnen und Helfern, die sich ihre Verantwortung bewusst machen.

Der Kongress 2001 brachte beispielhaft gesundheitspolitische Ansätze mit sozial- und arbeitsmarktpolitischen Überlegungen anderer Ressorts zusammen. So trat neben der damaligen Staatssekretärin im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung Ulrike Mascher – dank der Vermittlung des Deutschen Instituts für Urbanistik (Difu) – der Staatssekretär im Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen Achim Großmann auf. Der Austausch über Erfahrungen, die im Programm Soziale Stadt gemacht werden, ist nunmehr fester Bestandteil der Kongresse „Armut und Gesundheit“ geworden, und das Difu zählt zum festen Kreis der Veranstalter.

Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten – Datenbank zu Projekten und Maßnahmen aufgebaut

Das Leitthema des achten Kongresses am 6. und 7. Dezember 2002 lautete „Orte der Gesundheitsförderung – Die Gesundheitspotenziale von Menschen in schwierigen Lebenslagen stärken“. Neben den vielen Diskussionen auf den 45 Foren war die Etablierung des

Projekts www.datenbank-gesundheitsprojekte.de von besonderer Bedeutung. Als flankierende Maßnahme zum Programm Soziale Stadt hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die Berliner Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, Gesundheit Berlin e.V., damit beauftragt, eine Bestandsaufnahme von Projekten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in der Bundesrepublik Deutschland durchzuführen. Die erhobenen Angebote werden in einer über das Internet recherchierbaren „lebendigen Datenbank“ zusammengeführt, die allen interessierten Akteuren zum Informations- und Erfahrungsaustausch, als Informationspool zur Netzbildung und zur schnellen Verbreitung von aktuellen Informationen dienen soll.

Mit dem Datenbestand liegt nun erstmals ein qualifizierter Überblick über die Vielfalt der gesundheitsförderlichen Maßnahmen und Projekte vor, die sich teilweise oder vorwiegend an Menschen in schwierigen und belastenden Lebenssituationen wenden. Begleitet durch einen Beirat von Fachleuten aus Wissenschaft und Praxis, können daraus auch Kriterien für gelungene Maßnahmen und Strategien (über so genanntes Benchmarking) abgeleitet werden. Insofern bietet die Bestandsaufnahme eine wichtige Grundlage zur Weiterentwicklung und Professionalisierung des Handlungsfelds der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung.

Nach Erfassung der auf dem Postweg eingegangenen Fragebögen in der Datenbank wird es im Frühjahr 2003 möglich sein, sich unter der Adresse www.datenbank-gesundheitsprojekte.de einen aktuellen, differenzierten Überblick über

Angebote der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten zu verschaffen. Unter der genannten Internet-Adresse können die Fragebögen der Erhebung heruntergeladen werden. Auch die Eingabe von Angeboten, Projekten und Maßnahmen via Online-Fragebogen ist möglich. Die Erkenntnisse dieser Bestandsaufnahmen werden auch Grundlage für die Diskussionen auf dem neunten Kongress „Armut und Gesundheit“ am 5. und 6. Dezember 2003 sein.

Kontakt:

- Gesundheit Berlin e.V.
Dr. Raimund Geene
Straßburger Str. 56, 10405 Berlin
Telefon: 030/44 31 90 60
Telefax: 030/44 31 90 63
E-Mail: post@gesundheitsberlin.de
www.gesundheitsberlin.de
www.armut-und-gesundheit.de
www.datenbank-gesundheitsprojekte.de



Fotos: Daniel Rühmkorf

Soziale und gesunde Stadt: Integrierte Berichterstattung als Planungsgrundlage einer nachhaltigen Stadtentwicklung

Im Rahmen des Förderschwerpunkts „Problemorientierte regionale Berichtssysteme für eine nachhaltige Entwicklung“¹ hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 2002 insgesamt 13 Forschungsprojekte bewilligt, die sich mit der Entwicklung neuer wissenschaftlicher Grundlagen und Methoden für Berichtssysteme (Indikatoren, Kennwerte usw.) befassen. Damit soll zur besseren Erfassung und Analyse regionaler Wirtschafts-, Sozial- und Umweltprobleme als den drei Dimensionen einer nachhaltigen Entwicklung beigetragen werden. Die Förderaktivität des BMBF konzentriert sich dabei auf die neuen Bundesländer. Hier besteht aufgrund der sich verschärfenden Problemlagen für die Entscheidungsträger ein besonders hoher Bedarf an aktuellen Daten, Berichtssystemen und Analysen.

Das im Folgenden vorgestellte Forschungsprojekt „Gesundheit“ als integrierendes Leitziel in der Konzeption und Erprobung eines regionalen Berichtssystems nachhaltiger Entwicklung ist Teil des Förderschwerpunkts und am Institut für Medizin-Soziologie² im Fachbereich Medizin der Universität Hamburg angesiedelt. Das Projekt hat sich zum Ziel gesetzt, in Zusammenarbeit mit zehn Städten aus den neuen Bundesländern, die alle Mitglieder des deutschen Gesunde Städte-Netzwerks sind, integrierte Berichterstattung in verschiedenen Politikbereichen zu entwickeln und zu erproben. Gefördert wird das Projekt durch das BMBF von Mai 2002 bis zum April 2005. Die zehn Städte sind: Berlin/Bezirk Lichtenberg, Berlin/Bezirk Marzahn-Hellersdorf, Chem-

nitz, Dresden, Erfurt, Greifswald, Halle/Saale, Magdeburg, Rostock, Stralsund.

Im Rahmen der Forschungsarbeit sollen in Kooperation mit diesen Städten gesundheitsbezogene Problemlagen in den Politikbereichen Gesundheit, Umwelt und Soziales identifiziert und gesundheitsfördernde Maßnahmen geplant werden, deren Ziel die Unterstützung einer gesunden und nachhaltigen Stadtentwicklung ist.

Den konzeptionellen wie theoretischen Hintergrund der Projektarbeit bilden die in der Abbildung aufgezeigten Politik-Programme „Healthy Cities – Gesunde Städte“, „Soziale Stadt“, „Lokale Agenda 21“ und das Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit (APUG), deren gemeinsamer Fokus – neben anderen Zielen – die nachhaltige Verbesserung kommunaler Lebensqualität ist.

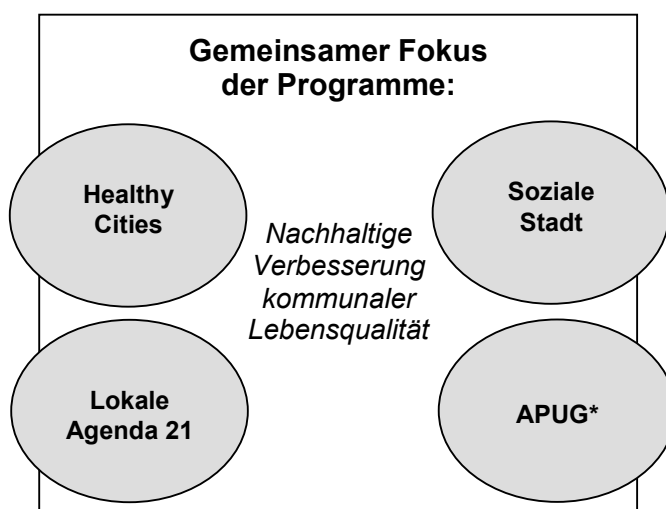
Alle Projektstädte

- sind aktive Mitglieder im Gesunde Städte-Netzwerk;
- haben im Rahmen des Bundes-Länder-Programms Soziale Stadt entsprechende Gebiete ausgewählt und begonnen, Maßnahmen umzusetzen;
- haben der Lokalen Agenda 21 eine kommunale Struktur zur Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen gegeben.

Das Projekt gliedert sich in drei Phasen: die Orientierungsphase im ersten Projektjahr, die Mobilisierungs- und Umsetzungsphase im zweiten Projektjahr sowie die Evaluations- und Transferphase im dritten Projektjahr.

Im Vordergrund der bisherigen Arbeit (erstes Projektjahr) stand der Ausbau des Netzwerks mit den Verbundstädten (besonders mit den Akteuren der Ressorts Gesundheit, Umwelt und So-

Abbildung: Konzeptioneller und theoretischer Hintergrund



*Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit; ab 2003 auch kommunale Aspekte

Quelle: Universität Hamburg, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizin-Soziologie.

ziales sowie mit Agenda 21-Akteuren) und der Abschluss einer für beide Seiten verbindlichen Kooperationsvereinbarung mit den jeweiligen (Ober-) Bürgermeistern zur Festigung des Verbunds, zur Festlegung der Aufgaben und Ziele sowie zur Verteilung der vom BMBF für die Städte selbst zur Verfügung gestellten Mittel, wenn sie beginnen, Berichterstattungskonzepte umzusetzen.

Zu den aktuell anstehenden Aufgaben des Forschungsprojekts und der zehn Verbundstädte gehört es, konkrete Ziele und (Kern-)Indikatoren mit Nachhaltigkeitsbezug für eine integrierte Berichterstattung zu entwickeln und umzusetzen. Anhand vorhandener Berichtssysteme konnte bisher eine Stufenleiter integrierter Berichterstattung formuliert werden, an der sich die Partnerstädte in der Umsetzungsphase orientieren können.

Die Durchführung des Vorhabens ist stark prozessorientiert und erfordert daher ein gut organisiertes Prozessmanagement, um den sich permanent aus dem Prozess heraus ergebenden Arbeitsaufwand zu bewältigen. Zentrale Elemente in der Zusammenarbeit mit den Städten bilden moderierte Diskussionsforen und Workshops in jeweils einer Verbundstadt etwa alle drei Monate. Die gemeinsame Arbeit ist schwungvoll und macht allen Beteiligten viel Spaß.

Im Rahmen der Evaluationsphase soll der Prozess der Implementation der integrierten Berichterstattung untersucht werden. Die Ergebnisse werden mit den Beispielen aus den Projektstädten („models of good practice“) in eine Arbeitshilfe für ein integriertes Berichtssystem einfließen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen: Die Partnerstädte werden im Rahmen des Projekts befähigt, einen integrierten Bericht als Handlungs- und Entscheidungsgrundlage zu konzipieren und zu erproben. Erwartet

werden die Verbreitung und Umsetzung der Arbeitshilfe auch in anderen Städten des deutschen Gesunde Städte-Netzwerks. Vielleicht lassen sich über diesen Weg auch eine bessere Praxis und Verankerung des Handlungsfelds „Gesundheit“ in Programmen nachhaltiger Stadtentwicklung erreichen. Insofern geht es uns nicht nur um „Gesundheit als integrierendes Leitziel“, sondern auch um „Gesundheit als zu integrierendes Leitziel“ in verwandte Querschnitts-Programme.

Kontakt:

- Prof. Dr. Dr. Alf Trojan
Dipl.-Soz. Waldemar Süß
Telefon: 040/428 03 20 96
- Dipl.-Ges.wirtin Wibke Glismann
Telefon: 040/428 03 44 15
Universität Hamburg
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Medizin-Soziologie
Martinistraße 52, 20246 Hamburg
E-Mail: suess@uke.uni-hamburg.de
glismann@uke.uni-hamburg.de

Anmerkungen:

- (1) URL:
<http://www.gsf.de/ptuki/bmbf/laufSchwp/berichtssys/index.html>
- (2) URL:
<http://www.uke.uni-hamburg.de/institute/medizinsoziologie/index.de.html>

ABONNEMENT

**Sie möchten
Soziale Stadt info
abonnieren?**

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

oder ein Telefax:
030/39 001-269

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

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

Das Aktionsbündnis Gesundheit im Oberhausener Knappenviertel

Der Bereich Gesundheitswesen der Stadt Oberhausen erstellte im Frühjahr 1998 einen Bericht über die gesundheitliche Situation der Kinder im Knappenviertel. Dieser verdeutlichte, dass Kinder dort im Vergleich zur Gesamtstadt erhebliche gesundheitliche Defizite aufweisen. Sowohl die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen (U 8 und U 9) als auch die Vollständigkeit des Impfschutzes lagen erheblich unter dem städtischen Durchschnitt. Zusätzlich lag der Anteil der Kinder mit Übergewicht, hohem Kariesbefall, Sprachstörungen, einer herabgesetzten Sehschärfe und motorischen Auffälligkeiten im Knappenviertel deutlich über dem städtischen Durchschnitt.



Zahngesundheitswoche in der Knappenschule. Foto: Peter Hadasch

Aus diesem Grund luden das Stadtteilbüro und der städtische Bereich Gesundheitswesen im Juni 1998 Kinderärztinnen und -ärzte, Lehrerinnen und Lehrer der Grund- und Sonderschulen, Erzieherinnen, Mitglieder des Ausländerbeirats, Vertreterinnen und Vertreter von Sportvereinen und Vereinen zum *Aktionsbündnis Gesundheit* (AB Gesundheit) ein. Hinsichtlich der personellen Zusammensetzung zeigte sich eine ausgesprochen heterogene Gruppe: Es sind Institutionen in städtischer und freier Trägerschaft beteiligt, hierarchisch strukturierte Einrichtungen mit einem hohen Organisationsgrad und kleine Vereine mit Selbsthilfecharakter, Expertinnen und Experten, die vor Ort arbeiten, ebenso wie Vertreter zentraler, auf der gesamtstädtischen Ebene arbeitender Dienststellen.

„Bewegung in Kindergarten und Schule“ war ein erster inhaltlicher Schwerpunkt des AB Gesundheit. Die Verbesserung des Angebots von „Bewegungsräumen“ für Kinder ist Voraussetzung

für eine frühzeitig einsetzende optimale Entfaltung körperlicher Bewegungspotenziale. Ein Raumkataster wurde erarbeitet. Es gibt Auskunft über Lage, Größe und Ausstattung von Räumlichkeiten im Knappenviertel, die zur Durchführung von Bewegungsübungen geeignet sind.

Das AB Gesundheit erwies sich inzwischen als ein engagierter, arbeitsfähiger, kontinuierlicher Kreis. Gemeinsam wurde nach Ansätzen gesucht, um die im Gesundheitsbericht festgestellten Defizite zu beheben. Inzwischen wurde eine Reihe von Veränderungen vor allem im Bereich der Grundschule durchgeführt:

- Impfberatung wurde von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitsdienstes in der Schule zeitgleich mit einem Elternsprechtag angeboten. Nachimpfungen wurden während der Unterrichtszeit durchgeführt und erforderten keine weiten Wege.

- Der Zahngesundheitsdienst legte die Zahngesundheitswoche für alle Kindergärten und Schulen ins Knappenviertel, führte eine Aktion zum Angstabbau durch und besucht die Kindergärten und Schulen vierteljährlich zur Kariesprophylaxe.
- In Zusammenarbeit mit der Kindergruppe der zuverlässigen Grundschule kann ein regelmäßiges Frühstück in der Schule sichergestellt werden.
- Täglich wird in Zusammenarbeit mit Trägern der Jugendhilfe ein Mittagstisch für Schulkinder angeboten.
- Hausaufgabenbetreuung und Freizeitangebote (orientiert an den festgestellten Defiziten) an Schultagen helfen den Kindern, ihren Tagesablauf zu gestalten.
- Die Intensivierung der Elternarbeit war ein wesentlicher Schwerpunkt. Als erste Maßnahmen wurden Elterncafés in Kindergärten und Schulen eingerichtet.

- Eine „Mutter und Kind“-Sportgruppe konnte – unterstützt durch den Sportbund – in den Räumen der Schule angeboten werden.

In der außerschulischen Arbeit gab es ebenfalls neue Ansätze, und es entstand ein wachsameres Problembewusstsein:

- Die Erkenntnisse bestehender Bewegungsdefizite bei Kindern wurden bei der Erarbeitung des Spiel- und Freiraumkonzepts Knappenviertel berücksichtigt. Die Arbeitsgruppe Spiel- und Freiraum konzipierte gemeinsam mit einem Landschaftsarchitekturbüro das Maßnahmebündel „Spielen, Lernen, Bewegen“, in dessen Rahmen Schulhofflächen und Spielplätze im Viertel unter dem Aspekt der Bewegungsförderung umgebaut wurden.
- Um dem Bewegungsmangel der Kinder gegenzusteuern, starteten verschiedene Kooperationspartner unterschiedliche zusätzliche Sportangebote (Basketball, Handball, Karate, Schwimmen). Ein Sportplatz wurde erneuert und ein Bolz- sowie ein Streetballplatz gebaut.
- In der Kindertageseinrichtung (KTE) und in den Kindergruppen des sozialen Brennpunkts wird regelmäßig gemeinsam gekocht und mit den Kindern ein gesünderes Ess- und Trinkverhalten eingeübt.
- Die Mitarbeiterinnen der KTE entwickeln aus der Not eine Tugend: wegen der beengten Räume wird die Einrichtung zur Bewegungsbaustelle umfunktioniert. Die Kinder bauen sich ihr Reich und haben die Möglichkeit, sich zu bewegen.
- Familienfreizeiten in Selbstversorgerhäusern ermöglichen das gemeinsame Lernen von Eltern und Kindern: Die Kinder führen ihre eigene Bank und verwalten ihr Taschengeld, sodass der Verzehr von Süßigkeiten stark reduziert wird; Getränke werden mit viel Phanta-

sie bereitet; die Erwachsenen erproben neue Rezepte usw.

- Im Gebäude der evangelischen Kirche führte der Verein für Gemeinwesenarbeit während der Herbstferien ein einwöchiges Zirkusprojekt mit professionellen Anleiterinnen und Anleitern für 25 Schulkinder durch; dabei zeigten sich große Begabungen.
- Um informelle Gespräche zu ermöglichen, wurden basisnahe Elterncafés in Grundschulen eingerichtet.

Im AB Gesundheit stimmt man überein, dass die Förderung gesundheitlich positiver Verhaltensweisen möglichst früh ansetzen muss und den Eltern eine Schlüsselrolle in der gesundheitlichen Entwicklung ihrer Kinder zufällt. Die Einbeziehung der Eltern in Maßnahmen zur Gesundheitsförderung ist daher Schwerpunkt der weiteren Arbeit des AB Gesundheit im Knappenviertel. Hierbei wird es darauf ankommen, die zwischenzeitlich erarbeitete Sammlung von Gedanken und Ideen zur Elternarbeit in eine praxisnahe Konzeption mit verschiedenartigen Ausrichtungen (Gesprächskreise, aufsuchende Betreuung, Feste usw.) umzusetzen.

Alle Maßnahmen werden durch die Ressourcen der beteiligten Gruppen abgedeckt. Sie sind langfristig angelegt und werden ständig bezüglich ihrer Wirksamkeit diskutiert. Manche Ergebnisse sind sicher nicht messbar. Schulen und Kindergärten sind sich aber einig, dass z.B. die Gewaltbereitschaft der Kinder zurückgegangen ist. Die Kinder entwickeln Verantwortung für die besuchte Einrichtung und betrachten sie auch als Ort der Freizeit.

Der Bereich Gesundheit hat das Intensivprophylaxeprogramm nun seit fünf Jahren statistisch ausgewertet: Am Ende der Grundschulzeit hatte 1996/97 jedes zehnjährige Kind durchschnittlich 2,23 kariöse Zähne, im Schuljahr 2001/02 nur noch 0,57 kranke Zähne.

Dies ist ein guter Erfolg sowohl für den Bereich Gesundheit, der die vierteljährliche Prophylaxe durchführt, als auch für die Einrichtungen, die das Programm intensiv begleiten.

Andere Maßnahmen sind so kurzfristig nicht auswertbar. Wichtig ist aber weiterhin, dass alle Beteiligten im Gespräch bleiben. Sie stimmen dabei die geplanten Maßnahmen miteinander ab und lernen aus den Erfahrungen der anderen. So ist ein stadtteilbezogenes Netzwerk entstanden, das von dem Engagement aller Beteiligten lebt.

- Kontakt:
Dorothea Stappert
Leiterin der Knappenschule
Uhlandstraße 35
46047 Oberhausen
Telefax: 0208/7401680
E-Mail: stadtteilbuero.knappenviertel@oberhausen.de



„Soziale Stadt – meine Sicht“

Gesundheit! Soziale Stadt

Weiß die Soziale Stadt von der Gesunden Stadt und die Gesunde Stadt von der Sozialen? Nicht immer, aber immer öfter – möchte man hoffen. Schopenhauer hat den wohlfeilen Satz geprägt: Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts. Wer dem zustimmt, erkennt den Gesundheitsbereich als wichtigen Arbeitspartner.

Gesunde und Soziale Stadt sind eng verwandte Ansätze, die sich bisher noch ein wenig fremd sind. Dabei liegt verstärkte Kooperation auf der Hand: Gesundheit erhöht Lebenschancen, Chancengerechtigkeit stärkt Gesundheit! Doch auch strategisch gibt es viele Gemeinsamkeiten: Der Aktionsraum ist die Stadt, häufig deren benachteiligte Gebiete. Beide Programme setzen auf Ganzheitlichkeit und Intersektoralität, arbeiten in vernetzten Strukturen; Aktivierung und Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern sind wesentliche Methoden.

Gesundheit durch Kommunalpolitik

Die zurzeit 57 bundesdeutschen Gesunden Städte wirken mit am Ziel, den höchstmöglichen Gesundheitszustand für alle Menschen zu erreichen, wie es in Artikel 1 der Verfassung der Welt-

gesundheitsorganisation heißt. Nahezu 20 Millionen Menschen leben hierzulande in Städten, die eine gesundheitsfördernde kommunale Gesamtpolitik durch die Förderung und Stärkung von Rahmenbedingungen und Kompetenzen für mehr Gesundheit gestalten. Bereits vor über 100 Jahren (1901) wurde die „Philosophie“ dieses Gesundheitsansatzes anschaulich in einem Hamburger Gesundheitsbericht beschrieben: „Denn es genügt nicht, eine Stadt für gesund zu bezeichnen, dass von 1000 Einwohnern nur 15 – 17 sterben, sondern es muss auch verlangt werden, dass die große Masse der 983 bis 985 Überlebenden sich wohl befindet und sich ihres Daseins erfreuen kann.“

Gesundheit und Lebensqualität sind gemeinschaftliche, sektorübergreifende Aufgaben, die auch von Entscheidungen und Planungen in den unterschiedlichen Politikfeldern abhängen. Die Zahl der Kommunen, die Gesundheit stärker auf ihre politische Tagesordnung setzen, wächst langsam, aber stetig.

Vorsorgende Handlungskonzepte

Doch gemacht – jede/r von uns weiß: der Weg zu kommunaler gesundheitsfördernder und sozialer Gesamtpolitik und zu integrierten Handlungskonzepten ist in der Theorie kürzer als in der Wirklichkeit. Vorsorgende, auf längere Zeit ausgerichtete Aufgaben werden schnell zurückgestellt, wenn im aktuellen Tagesgeschäft zügige Reaktionen erwartet werden oder Stelleneinsparungen und Haushaltskürzungen Krisenmanagement verlangen. Umso mehr müssen jene Personen und Initiativen kooperieren, die diese vorsorgende Perspektive in der Kommunalpolitik stärken wollen. Doch die Realität sieht häufig noch anders aus.

Dass ihre Kommune nicht nur Gesunde Stadt ist, sondern auch ein Projekt der Sozialen Stadt umsetzt oder sich der Lokalen Agenda 21 angeschlossen hat, erfahren einige Akteure erst, wenn

sie in ihrer Praxis buchstäblich übereinander stolpern. Ein Grund hierfür: Die Aufgaben werden einzelnen Fachressorts zugeordnet, zu denen sie auf den ersten Blick „gehören“ („Gesunde Stadt den Gesundheitsämtern, Soziale Stadt den Stadtentwicklungs- oder Bauämtern“). Diese Zuteilungen entsprechen zwar der inneren Logik öffentlicher Verwaltungen, werden aber den sozialräumlichen Ansätzen nicht gerecht.

Das Programm der Sozialen Stadt hat dem der Gesunden Städte an politischer Durchsetzungskraft einiges voraus: Bund und Länder stellen Finanzmittel zur Verfügung. Dieser Erfolg wird von den Akteuren der Gesunden Städte nicht ohne Neid, aber auch mit dem nötigen Respekt betrachtet. In Gesunden Städten sind gleichwohl durch kommunale Initiativen in den letzten Jahren verknüpfende oder vermittelnde Strukturen entstanden, die die kommunale Gesundheitsförderung organisieren. Kommunale Gesundheitskonferenzen, Gesundheitshäuser oder Vernetzungs- und Beteiligungsbüros fördern den „Brückenschlag“ zwischen Stadtämtern, Berufsgruppen, Bürgerinnen und Bürgern sowie Institutionen. Je besser diese Einrichtungen funktionieren, desto nachhaltiger entwickelt sich die kommunale Gesundheitsförderung.

Ziel: gesunde und soziale Stadt

Eine sinnvolle Förderung dieser Ansätze und eine beständige Verbesserung der Zusammenarbeit ihrer Akteure setzen Transparenz, die Aktivierung der vorhandenen personellen und sächlichen Ressourcen sowie die Verabredung lokaler, sektorübergreifender Ziele voraus. Ein Beispiel: Das Ziel „Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ kann durch die Förderung umfassender Ernährungs- und Bewegungsansätze (von der Einrichtung eines Marktplatzes bis zu Spielflächen und Radfahrstrecken) oder frühe Unterstützung von Frauen, Müttern und Säuglingen

„rund um die Geburt“ (von der Stärkung nachbarschaftlicher Selbsthilfe bis zum Einsatz von Familienhebammen) konkret angesteuert werden. Die Umsetzung dieser Aktivitäten wird durch einen zielgerichteten Einsatz von Ressourcen der Sozialen wie der Gesunden Stadt erleichtert: die breite Kompetenz der Akteure, Investitionsmittel, lokale Anlauf- und Unterstützungsstellen, Erhebung und Bewer-

tung von Gesundheitsdaten und Organisation von Gesundheitskonferenzen zur Vereinbarung eines lokalen Aktionsprogramms einschließlich Evaluation – zum Zugewinn von Gesundheit und Lebensqualität in den Städten können solche Ansätze einiges beitragen. Von entsprechender Zusammenarbeit, die im Übrigen schon an einigen Stellen beispielgebend funktion-

niert, profitieren alle – zuallererst die Bürgerinnen und Bürger.

- Klaus-Peter Stender,
Koordinator des Gesunde-Städte-Netzwerks Deutschlands
Behörde für Umwelt und Gesundheit der Freien und Hansestadt Hamburg
Telefon: 040/428 48-22 16
E-Mail:
Klaus-Peter.Stender@bug.hamburg.de

Quartiersmanagement-Arbeit in Fürth/Bayern

„Wie in Berlin ist das hier“, behaupten viele, die zum ersten Mal durch das Gründerzeitviertel des Fürther Sozialen Stadt-Gebiets „Westliche Innenstadt“ gehen, nachbarschaftlich und kleinstädtisch mit Kiezatmosphäre für die Bewohnerinnen und Bewohner, gleichzeitig aber auch fremd und verwirrend, nicht nur für Außenstehende.

Wir befinden uns in einem architektonisch wie städtebaulich herausragenden Innenstadtteil mit rund 11 500 Einwohnern, unzerstört im Zweiten Weltkrieg, überbevölkert in den Fünfzigerjahren, verschmäht in den Sechzigern und danach weitgehend vergessen oder verdrängt, mit allen daraus resultierenden Vor- und Nachteilen. Eine wertvolle, aber oft sanierungsbedürftige Bausubstanz trifft auf einen desolaten öffentlichen Raum, in dem es an Spiel- und Grünflächen fehlt, ein multikulturelles Lebensgefühl auf die Probleme einer einseitigen Bevölkerungsstruktur und wegbröckelnden Nahversorgung.

Ende 1999 bewarb sich die Stadt Fürth mit diesem 100 Hektar großen Innenstadtbereich erfolgreich um die Teilnahme am Programm Soziale Stadt. Nach zwei Jahren Programmlaufzeit fand im Juni 2002 ein „Projektetag“ statt, an dem, an einem Ort konzentriert, ein Großteil der bis dahin geför-



Arbeitskreistreffen

derten Projekte präsentiert wurde. Und diese Zusammenschau versetzte so manchen Besucher in erfreutes Staunen.

Der Fürther Weg in die Soziale Stadt war durch ein pragmatisches Herangehen geprägt, das zahlreiche positive Effekte mit sich brachte. Der sofortige Beginn der Ausführung von umsetzungsreif konzipierten Projekten der Stadt Fürth, wie dem Jugend-Internetcafé Connect oder dem Kunst-keller 028 mit Probenräumen für Bands, setzte schon nach kurzer Programmlaufzeit konkrete Zeichen –

zeigte aber auch dessen Schwächen auf. Die Frage der Förderwürdigkeit nicht-investiver Kosten, z.B. der Betreuung des Internetangebots, erwies sich als hoch gesteckte Hürde, deren Überwindung einige Kraft und Zeit kostete.

Die Vergabe der Vorbereitenden Untersuchungen und des Quartiersmanagements an eine Arbeitsgemeinschaft brachte nicht nur eine enorme Zeiterparnis bei den Untersuchungen mit sich, sondern machte auch Übergabe- und Einarbeitungszeiten überflüssig. Die wichtigen ersten Kontakte mit

Bewohnerinnen und Bewohnern, mit Hauseigentümerinnen und -eigenthümern konnten schon während der vorbereitenden Untersuchungen von den Quartiersmanagerinnen und -managern persönlich geknüpft werden. Die zeitgleich laufende Veröffentlichung einer Serie von Stadtrundgängen zu bestimmten Themen in der örtlichen Tageszeitung machte das Programm schnell bekannt und führte zu regen Kontakten im inzwischen eröffneten Stadtteillbüro (Sommer 2000).

Der Bereich Kommunikation und Identifikation ist, über alle Handlungsfelder hinweg, zu einer zentralen Aufgabe des Quartiersmanagements geworden. Die scheinbar kleineren Probleme im Viertel sind die Kristallisationspunkte, die einen niederschweligen Einstieg für viele Bevölkerungsgruppen bieten, um gemeinsam Lösungen zu erarbeiten. Als Beispiel hierfür können die so genannten Baumscheibenpatenschaften genannt werden. Im Zuge einer Straßenneugestaltung wurden kleine Grünbereiche zwischen den Parkflächen eingeplant. Um der befürchteten schnellen Verschmutzung durch Hundekot und Abfälle sowie der mutwilligen Zerstörung vorzubeugen, wurde das Experiment der Patenschaften gestartet. Ein Kindergarten und ein Hort in direkter Nachbarschaft zur Straße konnten spontan für die Planung, Gestaltung und Pflege der Grünflächen gewonnen werden. Im Vorfeld der Bepflanzungsaktion im April 2002 gesellten sich rasch interessierte Anwohnerinnen und Anwohner hinzu. Sie unterstützten die Aktion durch Geldspenden und selbst gebackene Kuchen für die Kinder. Über diesen positiven Auftakt hinaus hat sich das Straßenbild im Laufe des Sommers durch viele weitere private Begrünungsmaßnahmen grundlegend verbessert. Die Straße mit dem schlechtesten Image hat sich so in kurzer Zeit zur Vorzeigestraße gemausert. Für die Pflege der weiteren noch zu bepflanzenden Baumschei-

ben haben sich zahlreiche Anwohnerinnen und Anwohner gemeldet.

Die Vermittlung elementarer Beziehungen zwischen der Bewohnerschaft und ihrem nächsten Wohnumfeld hat sich als überaus wichtig erwiesen. Kinder und Jugendliche spielen dabei die zentrale Rolle. Sie sind es, die den öffentlichen Raum am intensivsten nutzen und am meisten von seiner (selbst mitgestalteten) Qualität profitieren können. Projekte dieser Art müssen längerfristig angelegt sein, bieten aber die größten Chancen, nachhaltig zu wirken.

Beim traditionellen Teil der Stadt-sanierung hat sich das vom Quartiersmanagement in Zusammenarbeit mit dem Stadtplanungsamt speziell für Fürth entwickelte Sanierungsergänzungsprogramm als „Renner“ herausgestellt. Es schließt die große Lücke zwischen der aufwendigen, kostenintensiven Objektsanierung und dem resignierenden „Lassen-wie-es-ist“ der Projekte unter der Rentabilitätsgrenze. Hof- und Fassadensanierungen und der Anbau von Balkonen und Dachterrassen werden gefördert,



Infokasten-Montage



Plakatausstellung am Projektetag



Stand im Hort am Projektetag

wenn sich das Haus insgesamt in saniertem Zustand befindet. Mit diesem Instrument wird Hauseigentümern eine Möglichkeit eröffnet, mit geringem Budget deutliche Verbesserungen der Wohnqualität zu erreichen. Der kurze Genehmigungsweg und die unkomplizierte Handhabung sind dabei die Hauptvorteile gegenüber anderen Fördermöglichkeiten.

Zahlreiche weitere wichtige (Groß-) Projekte, wie die Neugestaltung des zentralen Altstadtplatzes „Grüner Markt“, die Sanierung des Spielplatzes Badstraße oder die Umsetzung einer Uferpromenade für Fußgänger und Radfahrer an der Rednitz, werden vom Quartiersmanagement teilweise mitbegleitet und seien hier lediglich am Rande erwähnt.

Viele Anforderungen, die an das Quartiersmanagement gestellt werden, lassen sich mit dem Begriff „DA-SEIN“ umschreiben. Das Gefühl, Kontaktvermittler, Fürsprecher und Helfer im Hintergrund zu haben, hat auch die Anwohnerinitiative Marienstraße zu ungeahnten Leistungen beflügelt. Aus einem Kreis engagierter Anwohnerinnen und Anwohner, die sich für die Verbesserung der Verhältnisse in der Marienstraße einsetzten, ist in zwei Jahren eine Bürgerinitiative entstanden, die viele Themen zur Verbesserung der Situation im Quartier bearbeitet.

Die Initialzündung für die große Akzeptanz und Mitmachbereitschaft quer durch alle Alters- und Bevölkerungsschichten lieferte das im Juni 2001 erstmals veranstaltete „Marienstraßenfest“. Durch die Herausgabe von Straßenzeitungen mit begleitenden Aktionen (Glühweinstand, Straßensäuberung „I kehr for you“, Pflanzenverteilung) vorbereitet, fand das Fest, nicht zuletzt durch die von den Kindern gestalteten 400 Plakaturkunden und 180 Mitwirkende auf zwei Bühnen, mit etwa 3 000 Besucherinnen und Besuchern einen riesigen Anklang. Die von allen Beteiligten mit zum Teil großem ehrenamtlichem Engagement geleisteten Vorbereitungen öffneten manche Tür in vorher verschlossene Bereiche. Direkte und indirekte Auswirkungen des ersten Straßenfestes waren:

- die Gründung eines multikulturellen Frauenvereins;
- die intensiven Kontakte zu ausländischen Vereinen, die unter ande-

rem zur ersten Stadtführung für türkische Mitbürgerinnen und Mitbürger führten;

- die Entstehung von neuen Musikensembles mit öffentlichen Auftritten im Quartier;
- die Entstehung einer Gruppe von Eigentümern, die Fassadenbegrünungen durchführen werden;
- die Zusage der Stadtverwaltung, in weiteren Straßen Begrünungen durchzuführen;
- die Veranstaltung des zweiten Straßenfests in der Mathildenstraße im Juli 2002.

Wenn es weiter gelingt, durch die Quartiersmanagement-Arbeit die Betroffenheit der Bürgerinnen und Bürger in Bahnen zu lenken und Begeisterung zu erzeugen – diese ist der Hauptauslöser für eine aktive Teilnahme am öffentlichen Leben –, dann kann das Experiment Soziale Stadt in Fürth glücken. Der Hauptaspekt, die Innenstadt wieder mehr ins kommunale Bewusstsein zu rücken und daraus ein neues Selbstbewusstsein nicht nur für die Bewohnerschaft wachsen zu lassen, weist über die sichtbare Sanierung alter Bausubstanz weit hinaus.

Über die Quartiersmanagement-Arbeit des Programms Soziale Stadt hat sich in kurzer Zeit ein direkter, nicht immer vorurteilsfreier, aber reibungsärmerer Kontakt zwischen Bürgerschaft und Verwaltung entwickelt, der Ämter übergreifend

anerkannt ist. Eine Weiterführung dieses Prozesses ist überaus wichtig, wenn nicht die Aussage einer alten Fürther Bürgerin doch noch Gültigkeit erlangen sollte: Wenn's jetzt' nix werd, werd's nimmer...

Kontakt:

- Werner Heckelsmüller
Quartiersmanagement, Planungsgruppe
Meyer-Schwab-Heckelsmüller
Telefon: 0911/7416977
Telefax: 0911/9769667
E-Mail:
meyer-schwab-heckelsmueller@t-online.de

Fotos: W. Heckelsmüller



Streetball beim Mathildenstraßenfest



Bühne beim Mathildenstraßenfest

„Sozialraumanalyse“ – Für ein integriertes, interdisziplinäres Verständnis

In der gegenwärtigen Diskussion und Praxis von sozialer Stadterneuerung, Jugendhilfeplanung und Neuorganisation sozialer Dienste gewinnen Orientierungen am sozialen Raum zunehmend an Bedeutung. Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) formuliert an verschiedenen Stellen Aufträge für eine sozialräumlich ausgerichtete Analyse, Planung und Organisation von Leistungsangeboten und verweist im Konzeptbegriff „Lebensweltorientierung“ ebenfalls auf räumliche Komponenten. Bereits die erste Welle der Neuorganisation sozialer Dienste zielte mit deren Dezentralisierung auf eine auch räumlich effektivere Organisation. Im Rahmen der neuen Steuerungsmodelle wird mit dem „Sozialraumbudget“ eine Ressourcensteuerung eingeführt, bei der öffentliche und freie Träger gemeinsam das – für den Hilfebereich in einem Sozialraum veranschlagte – Budget bewirtschaften sollen. Und mit dem Bund-Länder-Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt“ wird der Sozialraum zum Gegenstand von Analyse, Planung und Handlungsstrategien. Es handelt sich insgesamt um recht unterschiedliche Zusammenhänge und Perspektiven, innerhalb derer die Begriffe „Sozialraum“, „Sozialraumbezug“ und „Sozialraumorientierung“ zum Thema geworden sind.

Die Professionalisierung von Berufsgruppen, die an stadträumlichen Definitions- und Interventionsprozessen beteiligt sind, hat im Laufe der vergangenen Jahrzehnte zu einer „Pluralisierung“ des sozialräumlichen Verständnisses geführt. Eine Integration verschiedener methodischer Konzepte ist bei empirischen Annäherungen an Sozialräume bisher kaum vorzufinden. Die Schnittstellen, über die ein integriertes interdisziplinäres Verständnis

von Sozialräumen zu gewinnen ist, bleiben häufig unbeachtet, weil die Untersuchungen oft immer noch auf ein einzelwissenschaftliches Raumkonzept beschränkt werden.

Wir haben deshalb eine methodische Typologie für die Sozialraumanalyse vorgeschlagen, die diese monodisziplinären Einzelperspektiven zueinander in Bezug setzt. Dabei werden zwei *Typen der Sozialraumanalyse* unterschieden:

- *der gesamtstädtische Ansatz*, bei dem die Teilräume einer Stadt miteinander verglichen werden;
- *der ein städtisches Teilgebiet differenzierende Ansatz*, bei dem sich das Interesse auf die inneren Strukturen und Qualitäten eines in der Stadt ausgewählten Raumes richtet. Diese komplexe Untersuchung kann auf mehrere Ebenen bezogen sein (Mehrebenenanalyse), indem die strukturelle Raumebene mit personalen Handlungsebenen verknüpft wird.

Beim *Typ I, dem gesamtstädtischen Ansatz*, wird in der Regel mit quantitativen Daten nach dem klassischen humanökologischen Modell der „Social Area Analysis“ operiert, um in einer *gesamtstädtischen Analyse* besondere Teilräume zu identifizieren oder die städtischen Teilräume systematisch voneinander zu unterscheiden. Zur Beschreibung und Analyse werden im Allgemeinen Indikatoren und Merkmale aus der kommunalen Statistik herangezogen. Auf der Basis dieser sozioökonomischen Indikatoren werden Strukturmuster gesucht, um urbane Teilräume auf der Ebene der Gesamtstadt signifikant voneinander abgrenzen zu können und dabei Stadtgebiete mit einem besonderen Handlungs- und Interventionsbedarf zu identifizieren.

Beim *Typ II, der Differenzierung eines Teilraumes nach innen*, werden sowohl quantitative als auch qualitative Datenprofile einbezogen. Wegen des Ziels, den Sozialraum tiefenscharf bis zu Lebenswelten der Bewohnerschaft zu durchdringen, kommt eine gemischte Methodologie (Methodenmix) zur Anwendung. Deshalb weist der Typ II sowohl eine (a) strukturanalytische als auch eine (b) verhaltensanalytische Komponente auf. Drei aufeinander folgende Analyseschritte sind für diese Binnenorientierung kennzeichnend: erstens die physische Raumabgrenzung sowie Raumdefinition mit Methoden der Geographie und der Stadt-/Raumplanung, zweitens darauf Bezug nehmend quantitative Datenanalysen über eine Untergliederung von Verwaltungsräumen nach den methodischen Standards der quantitativen empirischen Sozialforschung und drittens die empirische Erfassung von individuell konstruierten Verhaltens- und Nutzungsräumen, deren methodische Grundlagen in den Sozialwissenschaften, in der (Sozial-) Pädagogik, aber auch in Architektur und Stadtplanung (z.B. Burano, Street Reading) entwickelt worden sind.

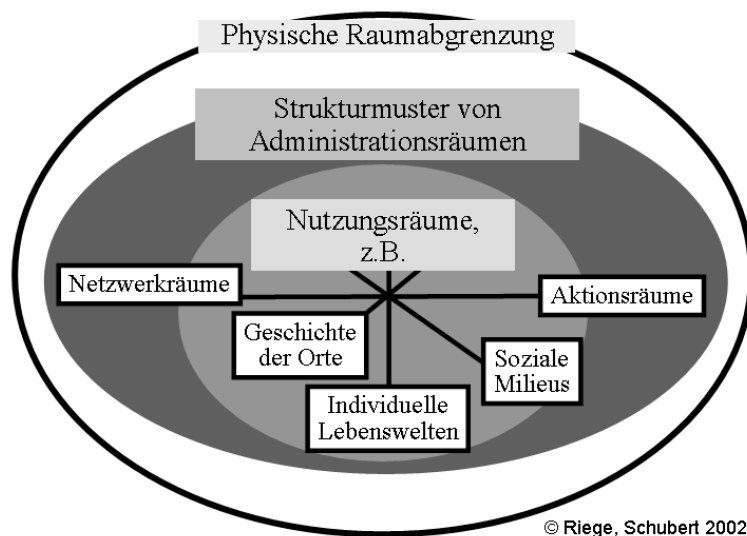
Die *qualitative Betrachtung von Raumstrukturen* eröffnet ein Verständnis vom *räumlichen Verhalten der Bewohnerschaft* und ihren *alltäglichen Nutzungsmustern*. Bei dieser tiefenscharfen Ausleuchtung eines Sozialraumes als „gelebte Struktur“ wird der Blick vor allem auf drei räumliche Verhaltenskontexte gerichtet: Als Erstes interessieren die „*Aktionsräume*“ zwischen Wohnungen und Infrastrukturen sowie den Wegen dazwischen. Als Zweites sind „*Lebenswelten*“ in Gestalt der individuellen räumlichen Bezüge von Interesse, die in den Verhaltensweisen von Einzelnen und Gruppen regelmäßig vor-

kommen. Die dritte Perspektive betrifft die Kennzeichnung räumlicher Bereiche durch „Symbole“, aus denen sich der Zusammenhang von physischer Raumstruktur, sozialen Nutzungen und Bewohnerkulturen sowie der Historie des Ortes und soziokulturellen Mentalitäten bildhaft und kohärent erschließt.

dell Bell. Als drittes traditionelles Verfahren findet die *Burano-Methode* Berücksichtigung, die eine Gruppe von Architekten und Stadtplanern als Stadtbeobachtungsmethode zur Beurteilung der Lebensqualität im Wohnquartier entwickelt hat. In einem weiteren Teil der Veröffentlichung wird der soziale Raum aus der Sicht verschiedener Professionen bewertet.

punkt“ zur „Sozialen Stadt“ in Gemeinwesenarbeit und Stadtteilmanagement beschäftigen sich *Günther Pleiner und Reinhard Thies*. Im dritten Teil des Buches werden aktuelle Fallbeispiele der Sozialraumanalyse präsentiert. *Heiko Geiling* beschreibt eine Stadtteilanalyse in einer städtischen Großsiedlung von Hannover, *Hans-Karsten Heymann* stellt eine Sozialraumanalyse für die kommunale Jugendhilfeplanung in Köln vor, *Brigitte Karhoff und Marlo Riege* zeigen, wie Wohn- und Lebenswelten in „Stadtteilen mit besonderem Erneuerungsbedarf“ erfasst worden sind, *Hille von Seggern und Wulf Tessin* skizzieren die Ergebnisse von Beobachtungen und Experimenten nach der Neugestaltung des Ernst-August-Platzes in Hannover, *Dominik Franzen* vermittelt exemplarisch die Erkundung von Sozialräumen in Köln-Kalk und *Holger Spieckermann* die Konstruktion sozialer Räume durch Netzwerke.

Ebenen (Schichten) der Sozialraumanalyse



Literatur:

Riege, Marlo/Schubert, Herbert (Hrsg.), Sozialraumanalyse: Grundlagen – Methoden – Praxis, Opladen 2002.

Im Zusammenspiel der skizzierten Ebenen wird die Vielschichtigkeit einer interdisziplinär integrierten Sozialraumanalyse deutlich. Sozialräume werden nicht nur auf Indikatoren reduziert, sondern werden in Schichten analysiert (siehe Abbildung).

Dieses Modell wird in einer aktuellen Publikation (Riege/Schubert 2002) vorgestellt und mit Beispielen aus verschiedenen Planungskontexten veranschaulicht. Im ersten Teil des Buchs werden drei Pioniere der sozialräumlichen Empirie präsentiert: Es wird die soziografische Methode der Marienthalstudie von *Paul Lazarsfeld* beschrieben. Es folgt eine Übersicht über das klassische Modell der Sozialraumanalyse von *Eshref Shevky und Wen-*

Andreas Feldtkeller schreibt über die Funktion des gebauten Raumes für das Zusammenleben von Fremden, und *Viktoria Waltz* nähert sich der Sozialraumanalyse – am Beispiel Migration – von einer sozial engagierten Raumplanung her. Aus einem pädagogischen Blickwinkel stellen *Ulrich Deinet und Richard Krisch* Konzepte und Methoden zum Verständnis der Lebensräume von Kindern und Jugendlichen vor. *Norbert Gestring und Andrea Janssen* nehmen eine Bewertung der Sozialraumanalyse aus stadtsoziologischer Sicht vor. Die Grenzen einer rein nähräumlichen Herangehensweise an Probleme in den Städten werden von *Hans-Uwe Otto et al.* aufgezeigt. Und mit dem sozialräumlichen Paradigmenwechsel vom „Sozialen Brenn-

Kontakt:

■ Prof. Dr. Herbert Schubert
Fachhochschule Köln
Fakultät für Angewandte
Sozialwissenschaften
Forschungsschwerpunkt SOZIAL+RAUM+MANAGEMENT
Mainzer Straße 5, 50678 Köln

Telefon: 0221/8275-3484
Telefax: 0221/8275-3349
E-Mail: herbert.schubert@dvz.fh-koeln.de
<http://www.sozial-raum-management.de>

Veranstaltungshinweise

3.4.2003, Gröditz

Fachforum „Umsetzung von Stadtentwicklungskonzepten in Sachsen mit Wohnungsgenossenschaften. Chancen – Erfahrungen – Hindernisse“; Veranstalter: Sächsischer Verein zur Förderung des Genossenschaftsgedankens e.V.; Tagungsort: Mittelschule „Siegfried Richter“, Franz-Liszt-Straße 16, 01609 Gröditz; Anmeldung und Rückfragen: Sächsischer Verein zur Förderung des Genossenschaftsgedankens e.V., Konstantinstraße 12, 04315 Leipzig, Telefon: 0341/699 30 10, Telefax: 0341/699 30 12, E-Mail: genoverein.sachsen@t-online.de

22. bis 26.4.2003, Herzogenrath

Seminar „Wir bringen unseren Stadtteil auf Trab! Eine Anleitung zum Mächtigsein“; Veranstalter: Forum für Community Organizing e.V. (FOCO); Tagungsort: Oswald-von-Nell-Breuning-Haus; Info und Anmeldung: Josef Meiers/Regina Nickel, Wiesenstraße 17, 52134 Herzogenrath, Telefon: 02406/95580, Telefax: 02406/4632, E-Mail: josef-meiers@nell-breuning-haus.de, Internet: www.nell-breuning-haus

28.4.2003, Gelnhausen

Infoveranstaltung zur Fortbildungsreihe 2003–2004 „Gemeinwesenarbeit und Quartiersmanagement in der Sozialen Stadt“ (5 Module zu je 2 Tagen, Beginn Modul 1: 30.6./1.7.03); Veranstalter: BAG Soziale Stadtentwicklung und Gemeinwesenarbeit c/o LAG Soziale Brennpunkte Hessen e.V. in Kooperation mit Burckhardt-Haus e.V.; Info und Anmeldung (bis 15.4.03): Telefon: 06051/89-0, Telefax: 06051/89-240, E-Mail: burckhardtthaus@aol.com

7. bis 9.5.2003, Freiburg im Breisgau

Kongress „76. Deutscher Fürsorgetag: Zwischen Versorgung und Eigenverantwortung – Partizipation im Sozialstaat“; Veranstalter: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge; Tagungsort: Kongresszentrum Konzerthaus Freiburg im Breisgau; nähere Infos: dft.deutscher-verein.de

8. bis 9.5.2003, Stuttgart

Tagung „Praxis ohne Theorie? Wissenschaftliche Diskurse zum Programm Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – Die Soziale Stadt“; Veranstalter: Universität Stuttgart, Institut für Sozialwissenschaften, Abteilung für Politische Systeme und Politische Soziologie; Institut für Sozialforschung und Sozialplanung

Stuttgart/Nürnberg (IfSS); Veranstaltungsort: Deutsche Telekom AG, Tagungshotel Stuttgart, Universitätsstr. 34, 70569 Stuttgart; Anmeldung: Universität Stuttgart, Institut für Sozialwissenschaften, Abteilung für Politische Systeme und Politische Soziologie, Katja Neller, M.A., Telefon: 0711/121-3427, Telefax: 0711/121-2333, E-Mail: katja.neller@po.pol.uni-stuttgart.de

8. bis 9.5.2003, Frankfurt am Main

Fachtagung „Elektronische Vernetzung der Gemeinwesenarbeit“; Veranstalter: Paritätisches Bildungswerk Bundesverband, Paritätisches Bildungswerk Rheinland-Pfalz/Saarland und Combined European Bureau for Social Development (CEBSD); Tagungsort: Wilhelm-Polligkeit-Institut, Frankfurt am Main; Info und Anmeldung: Paritätisches Bildungswerk Bundesverband, Telefon: 069/6706-220, Telefax: 069/6706-203, E-Mail: pb.bv@paritaet.org

8. bis 10.5.2003, Bremen

Tagung „Täter-Opfer-Ausgleich und die Vision einer ‚heilenden‘ Gerechtigkeit“; Veranstalter: TOA Bremen in Kooperation mit dem DBH-Bildungswerk; Tagungsort: Gustav-Heinemann-Bürgerhaus Vegesack, Kirchheide 49, 28757 Bremen; Anmeldung: TOA Bremen, Telefax: 0421/95 80 399, E-Mail: toa-bremen-ltg@nord-com.net

21. bis 23.5.2003, Schwerin

Seminar „Interkommunaler Erfahrungsaustausch zur Stadterneuerung und Sozialplanung“; Veranstalter: Deutsches Institut für Urbanistik (Difu) in Zusammenarbeit mit der Stadt Schwerin; Anmeldung: Deutsches Institut für Urbanistik, z.H. Ursula Kuhn, Postfach 12 03 21, 10593 Berlin, Telefon: 030/39001-148, Telefax: 030/39001-268, E-Mail: fortbildung@difu.de

22.5.2003, Aachen

Tagung „Stadtentwicklung rückwärts... Analysen, Positionen, Konzepte“; Veranstalter: Lehrstuhl für Planungstheorie und Stadtplanung, Prof. Klaus Selle, Fakultät für Architektur, RWTH Aachen; Tagungsort: Technologiezentrum Aachen, Europaplatz; Info und Anmeldung: Gisela Schmitt, Telefon: 0241/8098305, E-Mail: Schmitt@pt.rwth-aachen.de

28.5.2003, Berlin

Fachgespräch „Was machen wir mit der Million? Wenn Bürger für ihr Quartier planen – was können Experten in eigener Sache erreichen?“; Veranstalter: Europäische Akademie für städtische Umwelt; Veranstaltungsort: Europäische Akademie für städtische Umwelt, Bismarckallee 46/48, 14193 Berlin, Telefax: 030/89 59 99 19, E-Mail: am@eaue.de