

Gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung: Mehr Gesundheit im Quartier

Christa Böhme / Bettina Reimann

1. Sozialräumliche Segregation und gesundheitliche Ungleichheit in unseren Städten

Kleinräumige Segregation führt seit den 1990er Jahren in vielen deutschen Städten zu selektiven Auf- und Abwertungen von Wohngebieten und damit zur Herausbildung benachteiligter Stadtteile, die im Vergleich zur Gesamtstadt besonders komplexe soziale, ökonomische, infrastrukturelle und bauliche Problemlagen aufweisen¹. In diesen Quartieren leben in der Regel überdurchschnittlich viele sozioökonomisch benachteiligte und arme Haushalte: Arbeitslose, Migranten, Alleinerziehende, kinderreiche Familien.

Die sozioökonomischen Benachteiligungen der Quartiersbevölkerung gehen einher mit gesundheitlichen Problemen. Denn Armut stellt ein erhebliches Gesundheitsrisiko dar: Menschen mit geringem Einkommen, niedriger beruflicher Stellung oder Bildung, sterben in der Regel früher und leiden zudem häufiger an gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Richter/Hurrelmann 2006, S. 11). Dieser Befund sozialbedingter gesundheitlicher Ungleichheiten ist durch Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys 2003-2006 (RKI 2010; RKI 2006, S. 83ff.) erneut bestätigt worden:

- Krankheitsleiden wie Schlaganfall, chronische Bronchitis, Schwindel, Rückenschmerzen und Depressionen werden durch eine sozial benachteiligte Lage begünstigt.
- Knapp 50 Prozent der 20- bis 59-jährigen Arbeitslosen leiden unter gesundheitlichen Beschwerden, bei den Erwerbstätigen der gleichen Altersgruppe sind es rund 30 Prozent.
- Alleinerziehende Mütter leiden vermehrt unter Bronchitis, Leber- und Nierenleiden sowie psychischen Erkrankungen.
- Essstörungen kommen bei 11- bis 17-Jährigen in der unteren Sozialschicht und in der Hauptschule fast doppelt so häufig vor wie in der oberen Sozialschicht bzw. im Gymnasium.
- Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und Migrationshintergrund üben zwei- bis dreimal seltener Sport in oder außerhalb eines Vereins aus.

Dabei sind neben sozialbedingten Gesundheitsproblemen (ungesunde Ernährung, Bewegungsarmut, starker Alkoholkonsum, Vernachlässigung von Kindern u.a.) in benachteiligten

¹ Diese Entwicklung betrifft nicht nur Deutschland. Als Folge von Globalisierung, Transformationsprozessen sowie damit zusammenhängenden wirtschaftlichen und sozialen Restrukturierungen haben sich in Städten aller EU-Staaten benachteiligte Quartiere herausgebildet (Bundestransferstelle Soziale Stadt 2008; s. 93ff.).

Stadtteilen auch vermehrt umweltbedingte Gesundheitsrisiken und -belastungen festzustellen. Hierzu zählen ein hohes Verkehrsaufkommen und damit verbundene erhöhte Lärm- und Schadstoffemissionen sowie Unfallrisiken. Aber auch quantitative und qualitative Defizite in der Grün- und Freiflächenausstattung verschlechtern in vielen benachteiligten Quartieren die gesundheitliche Lage, da sie mit einem Mangel an Erholungs-, Spiel- und Bewegungsflächen, an Aufenthalts- und Treffmöglichkeiten sowie einem ungünstigen Mikroklima einhergehen.

Angesichts des Zusammenhangs zwischen Armut und Gesundheit und der hieraus resultierenden Konzentration entsprechender Probleme in benachteiligten Stadtteilen muss die Förderung der Gesundheit in benachteiligten Quartieren ein zentrales Handlungsfeld der Stadtteilentwicklung sein.

2. Der Stadtteil – eine besondere Herausforderung und Chance für die Gesundheitsförderung

Allerdings birgt das Setting Stadtteil – im Vergleich zu anderen Settings wie Kita, Schule oder Betrieb – einige besondere Herausforderungen, die die Umsetzung gesundheitsfördernder Strategien in benachteiligten Quartieren erschweren können (vgl. Reimann et al. 2010; Bär et al. 2009a; Bär et al. 2004):

- Der Stadtteil ist keine Organisationseinheit, sondern eine räumliche Einheit von ganz unterschiedlicher Größe.
- Innerhalb des Stadtteils überlagern sich häufig unterschiedliche Zuschnitte von Schulbezirken, Fördergebieten, politischen Zuständigkeitsbereichen, Wahlkreisen und statistischen Gebieten.
- Jeder Stadtteil hat seine eigene komplexe Ausgangs- und Problemlage, die auf die Gesundheit seiner Bewohnerschaft Einfluss nimmt.
- Im Vergleich zu anderen Settings wie Kita, Schule oder Betrieb ist der Stadtteil vor allem hinsichtlich des Akteursspektrums und der Kooperationsstrukturen vielschichtiger.
- Der Stadtteil ist gegenüber anderen Settings heterogener, zum Teil diffuser; Strukturen, Verantwortlichkeiten und Angebote im Stadtteil sind vielfältig, nicht immer bekannt bzw. manchmal nicht klar definiert.

Gleichzeitig bietet der Stadtteil aber trotz oder zum Teil gerade wegen seiner Komplexität erhebliche Chancen für die Gesundheitsförderung, denn die kommunale Lebenswelt ist von hoher gesundheitlicher Relevanz für die dort lebenden Menschen: Jüngere Untersuchungen belegen, dass das Wohnquartier als eigenständiger Einflussfaktor auf die Gesundheit wirkt (Bertelsmann Stiftung 2010). Zugleich können die Menschen im Wohnquartier in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen erreicht werden (GKV-Spitzenverband 2010, S. 31ff.). Der

Setting-Ansatz kann daher in benachteiligten Stadtteilen auf vielfältige Weise dazu beitragen, sozialraumorientiert und soziallagenbezogen die gesundheitliche Lage zu verbessern:

- Insbesondere stärkt er die Gesundheitsförderung bei Zielgruppen, die über die traditionellen Settings (Kita, Schule, Betrieb) in der Regel nicht erreicht werden. Denn durch die quartiersbezogene und damit organisationsunspezifische Herangehensweise können „vergessene Zielgruppen“ (Altgeld/Leykamm 2003) in den Blick genommen werden, die sonst gar nicht oder kaum zu erreichen sind. Hierzu zählen insbesondere Arbeitslose und ältere Menschen.
- Zudem kann der Stadtteil für die Quartiersbewohner und damit auch für Menschen aus prekären Verhältnissen stabilisierend wirken, insbesondere dann, wenn es durch Maßnahmen im Bereich der (gesundheitsfördernden) Stadtteilentwicklung gelingt, das Wohnumfeld mit seinen Grün- und Freiflächen sowie (halb-)öffentlichen Räumen derart zu gestalten, dass es soziale Kontakte, Bewegung und sportliche Betätigung befördert.
- Schließlich ist es im Setting Stadtteil möglich, die verschiedenen Teilsettings im Gebiet, insbesondere Schulen, Kitas und Betriebe, zu koordinieren und ihre Aktivitäten im Sinne einer Präventionskette aufeinander abzustimmen. Auf diese Weise befördern die aktiven Teilsettings im Stadtteil nicht nur die Gesundheit in ihrer Organisation, sondern qualifizieren gleichzeitig die übergreifende Setting-Arbeit im Stadtteil.

Wegen der besonderen Herausforderungen, aber auch wegen der vielfältigen Chancen, die mit dem quartiersbezogenen Setting-Ansatz verbunden sind, erscheint die Orientierung an erprobten und bewährten Qualitätsstandards sinnvoll, wenn Gesundheitsförderung im Stadtteil nachhaltig und ressourcensensibel verankert werden soll. Solche Standards werden im Folgenden vorgestellt.

3. Basis des Handelns: Stadtteilbezogene Gesundheitsberichterstattung

Maßnahmen stadtteilbezogener Gesundheitsförderung sollten auf der Analyse der spezifischen Gegebenheiten eines Quartiers basieren. Ziel einer solchen stadtteilbezogenen Gesundheitsberichterstattung ist es, Probleme und Bedarfe, aber auch Ressourcen, Potenziale sowie bereits vorhandene Strukturen (z.B. bestehende Arbeitszusammenhänge und Netzwerkstrukturen, aktive Teilsettings wie Kitas und Schulen) im Quartier zu identifizieren und zu bewerten (Loss et al. 2009, S. 233). Sie stellt damit eine zentrale Grundlage für den Prozess gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung sowie die Entwicklung ziel- und passgenauer Maßnahmen und Projekte dar. Gleichzeitig ist stadtteilbezogene Gesundheitsberichterstattung eine wichtige Entscheidungsgrundlage für kommunalpolitische Beschlüsse zur Gesundheitsförderung und – nicht zuletzt – Basis für die Qualitätsentwicklung und Evaluierung gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung (vgl. Beitrag von Süß/Wolf in diesem Band).

Für die stadtteilbezogene Gesundheitsberichterstattung ist in der Regel ein Methodenmix aus quantitativen und qualitativen Verfahren erforderlich. Bei den quantitativen Verfahren steht die Auswertung von Sekundärdaten aus amtlichen Statistiken (z.B. Bevölkerungsstatistik, Arbeitsmarktdaten, Daten aus Schuleingangsuntersuchungen, Umweltdaten) im Vordergrund. Die für einen anderen Zweck erhobenen Sekundärdaten haben den Vorteil, dass sie bereits vorliegen und unmittelbar und in der Regel kostenfrei zur Verfügung stehen. Häufig werden die Auswertungen der Daten jedoch durch mehrere, sich teils überlagernde statistische Gebiete im Stadtteil oder – insbesondere bei sehr kleinen Quartieren – durch datenschutzrechtliche Auflagen erschwert. Ferner ist zu berücksichtigen, dass die Analyse statistischer Daten zwar einen Überblick über die Größenordnung bestimmter Problemlagen verschafft, aber keine Aussagen zu ihren Ursachen liefern kann (IMS 2007, S. 3ff.).

Neben der Analyse statistischer Daten sind daher qualitative Interviews mit Experten ein besonders geeignetes Instrument der primären Datengewinnung. „Anders als die ‚nackten Daten‘ geben Aussagen von Fachleuten den Blick frei auf ‚die Menschen hinter den Zahlen‘. Sie tragen dazu bei, Lebenslagen, Probleme und Ressourcen aufzudecken, die über Statistiken noch gar nicht erfasst werden können und formulieren darüber hinaus bestimmte Problembereiche und deren Ursachen, die sich über Statistiken auch nicht erfassen lassen“ (IMS 2007, S. 6). Mögliche Experten in diesem Sinne sind unter anderen Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie des Jugendamtes, Kita- und Schulleitungen im Stadtteil, im Gebiet tätige Sozialarbeiter sowie Quartiersmanager.

Ein weiteres Erhebungsinstrument für die stadtteilbezogene Gesundheitsberichterstattung sind Bewohnerbefragungen, mit denen beispielsweise ermittelt werden kann, wie bereits laufende Aktivitäten zu Gesundheitsförderung und Prävention im Quartier wahrgenommen, genutzt und eingeschätzt werden und welche Ansatzpunkte für zukünftige Projekte und Maßnahmen sowie für Partizipation und Empowerment bestehen (Loss et al. 2009).

Die Gesamtschau der Erfassung und Auswertung von gesundheitsbezogenen Daten und Informationen mündet in die Ermittlung von Handlungsbedarfen. Darauf aufbauend kann die stadtteilbezogene Berichterstattung auch bereits erste Handlungsansätze aufzeigen, die später in ein integriertes Handlungskonzept für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung einfließen können.

4. Integrierte Handlungskonzepte – Richtschnur für das Agieren

Für benachteiligte Stadtteile mit ausgeprägten gesundheitlichen Problemlagen sind integrierte Handlungskonzepte ein wichtiges Instrument, um die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung systematisch voranzubringen. Ein solches Konzept verschafft zum einen Orientierung und zum anderen – soweit das Handlungskonzept kommunalpolitisch beschlossen ist – Planungssicherheit. Zudem bietet sich bei seiner Erstellung die Chance, mit den Stadtteilak-

teuren und der Quartiersbewohnerschaft in einen Dialog über Entwicklungsaufgaben und Maßnahmenswerpunkte im Gebiet zu treten.

In der Praxis lassen sich zwei unterschiedliche Typen von integrierten Handlungskonzepten für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung unterscheiden:

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

Für beide Konzepttypen ist es wichtig, dass bei der Bearbeitung von Zielen und Handlungsfeldern, die für die Gesundheitsförderung im Stadtteil relevant sind, ein Gesundheitsbegriff zugrunde gelegt wird, der ein breites Spektrum an Handlungsfeldern umfasst. Auf dieser Grundlage kann das klassische Spektrum von Gesundheitsförderung (u.a. Ernährung, Bewegung, Suchtprävention) um z.B. die Bereiche Umwelt und Städtebau ergänzt werden und es kann deutlich gemacht werden, welche gesundheitsfördernden Effekte auch von Maßnahmen in diesen Bereichen (z.B. Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung, Anlegen von Grün- und Freiflächen) ausgehen.

Aus Erfahrungen – insbesondere aus der Umsetzung des Bund-Länder-Programms Soziale Stadt (Becker et al. 2003; Bundestransferstelle Soziale Stadt 2008; vgl. www.sozialestadt.de) – lassen sich mehrere Bausteine ableiten, die als Fundament für einen leistungsfähigen Einsatz von Integrierten Handlungskonzepten dienen können:

- Struktur-, Problem- und Potenzialanalyse (Bestandteil der Berichterstattung),
- Bedarfsermittlung (Bestandteil der Berichterstattung),
- Festlegung bedarfsorientierter und möglichst konkreter und überprüfbarer quartiersspezifischer Entwicklungsziele,
- Maßnahmen und Projekte zur Erreichung der Ziele,
- Zeit- und Umsetzungsplan,
- Kostenschätzung und Finanzierungsübersicht.

Eine erfolgreiche Umsetzung der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung hängt wesentlich davon ab, inwieweit es gelingt, Ziele, Maßnahmen und Projekte des stadtteilbezogenen Handlungskonzepts mit der gesamtstädtischen Entwicklungspolitik zu verknüpfen und gesamtstädtische Wirkungszusammenhänge nicht aus dem Blick zu verlieren. Dies ist notwendig, um zu verhindern, dass quartiersbezogenen Strategien durch übergeordnete Politiken entgegengewirkt wird.

5. Alleine geht es nicht: Akteure, Kooperationen und Beteiligung

Für die Setting-Entwicklung auf Stadtteilebene ist ein breites Spektrum an Akteuren relevant. Die stadtteilorientierte und gesundheitsbezogene Zusammenarbeit verschiedener Akteursgruppen aus Bewohnerschaft, Verwaltung, Politik, Krankenkassen sowie weiterer Institutionen und Einrichtungen auf Quartiersebene, z.B. Schulen, Kitas, Jugendclubs, Vereine, erfordert eine auf Kooperation und Konsensfindung basierende Steuerungsform, die auf mehreren Ebenen – Verwaltungsebene, Quartiersebene und intermediärer Bereich – angesiedelt ist (Franke 2003, S. 170ff.). Dem Aufbau von Kooperationsstrukturen – innerhalb der Verwaltung, zwischen Verwaltung und externen Partnern sowie im Stadtteil selbst – sowie von Beteiligungsmöglichkeiten und -angeboten kommt daher für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung ein hoher Stellenwert zu.

Ressortübergreifende Kooperation in der Kommunalverwaltung

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

Eine ressortübergreifende Kooperation für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung ist nicht selbstverständlich. Sie setzt die Sensibilität für das Thema bei allen Beteiligten voraus und es müssen bestehende Ressortgrenzen überwunden werden. Die konkrete Motivation für die Mitwirkung der kommunalen Verwaltungsressorts ist in der Regel von den eigenen Aufgaben und der Wahrnehmung der durch zunehmende soziale und gesundheitliche Ungleichheit ausgelösten gesundheitlichen Problemlagen abhängig, gleichzeitig spielt aber auch die persönliche Überzeugung und Kooperationsbereitschaft der jeweiligen Mitarbeiter hierbei eine zentrale Rolle. Die Kooperationsbereitschaft wird umso größer sein, je besser es gelingt, für alle beteiligten Seiten die Vorteile einer Zusammenarbeit deutlich zu machen (vgl. Beitrag von Stender in diesem Band).

Als sinnvoll hat sich die Einrichtung einer ressortübergreifenden Steuerungsgruppe herausgestellt (Reimann et al 2010; Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 2010b, S. 15). Ein solches operatives Kernteam entwickelt gemeinsam Strategien und Konzepte, bereitet deren Umsetzung vor und steuert den Einsatz kommunaler Ressourcen. Neben den Vertretern der relevanten Fachämter, sollte diesem Gremium die politische Federführung für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung angehören, denn die inhaltliche Einbindung der Politik ist eine wichtige Erfolgsvoraussetzung – nicht zuletzt um die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung durch politische Beschlüsse abzusichern. Zudem kann die Einbindung des Quartiermanagements sowie von Krankenkassenvertretern zweckmäßig sein.

Kooperationen zwischen Kommune und Krankenkassen

Grundlage für ein Engagement von Krankenkassen im Stadtteil ist die im Sozialgesetzbuch verankerte Förderung von Prävention (§ 20 SGB V): „Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“. Stadtteile werden im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes ausdrücklich als Settings für präventive Maßnahmen der Krankenkassen genannt. Dabei werden vor allem die Förderung von sozial benachteiligten Stadtteilen und die Kooperation mit dem Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ (www.sozialestadt.de) empfohlen (GKV 2010, S. 31ff.).

Ergebnisse eines vom Deutschen Institut für Urbanistik mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung durchgeführten Forschungsprojektes (Reimann et al. 2010) zeigen Wege auf, wie die Partnerschaft und Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und Kommunen für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung vorangebracht werden können, machen aber auch die Herausforderungen deutlich, die mit dem Aufbau und der Verstärkung dieser Kooperation verbunden sind:

- Um Krankenkassen (Verbände) für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung als Partner zu gewinnen, muss die Kommune eine Initiativ- und Führungsrolle übernehmen, so dass deutlich wird, dass der Prozess kommunalpolitisch unterstützt wird.
- Krankenkassen und Kommunen haben jeweils eigene Denkweisen und Interessen. Zu Beginn einer Zusammenarbeit sind daher zunächst gemeinsame Interessen zu definieren bzw. ist ein den verschiedenen Interessen ausreichend Rechnung tragendes Vorgehen festzulegen.
- Für Aufbau und Pflege der Zusammenarbeit ist es wichtig, dass sowohl die Kommune als auch die Krankenkassen konkrete Ansprechpartner bereitstellen.
- Der Setting-Prozess und die Zusammenarbeit von Krankenkassen und Kommunen gewinnen an Kontinuität und Verbindlichkeit, wenn es gelingt, einen Rahmen für die Kooperation durch passende Strukturen zu schaffen (z.B. Steuerungsgruppe, Verträge, Kooperationsvereinbarungen).

- Eine wirksame und nachhaltige gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung kann insbesondere dann etabliert werden, wenn die Kommunen und die Krankenkassen sich gemeinsam sowohl auf eine Projektförderung (z.B. Projekte zur gesunden Ernährung oder zur Bewegungsförderung) als auch auf eine Strukturförderung (z.B. Koordinierungsstelle Gesundheit) verständigen.

Netzwerkentwicklung im Stadtteil

Die Bildung von gesundheitsbezogenen Netzwerken für den Stadtteil ist häufig der Auftakt für Aktivitäten zur stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung. Ziel der Netzwerkarbeit ist eine kooperative Gesundheitsförderung im Sinne eines von möglichst vielen Gesundheitsakteuren gemeinsam getragenen Aktionsbündnisses im Stadtteil. Mit dem Netzwerkaufbau und der Netzwerkarbeit wird eine zielgerichtete und handlungsbezogene Zusammenarbeit bis dato häufig separiert arbeitender Gesundheitsakteure im Quartier möglich.

In der bisherigen Praxis sind insbesondere freie Träger der Gesundheits- und Gemeinwesenarbeit, Schulen, Kinderbetreuungseinrichtungen, Sportvereine und Selbsthilfegruppen sowie Vertreter verschiedener Verwaltungsbereiche – vor allem Jugend und Gesundheit – in gesundheitsbezogenen Netzwerken aktiv. Bislang unterrepräsentiert sind oftmals Ärzte, Krankenkassen und andere eher medizinisch orientierte Akteure. Häufiger als unmittelbar gesundheitsbezogene Netzwerke existieren in Stadtteilen Netzwerke und Akteurskreise, die sich der Stadtteilentwicklung insgesamt widmen und das Thema Gesundheitsförderung in der Regel nicht explizit zum Gegenstand ihrer Arbeit haben, gleichwohl sie aber mittelbar für die Gesundheitsförderung im Stadtteil einen Beitrag leisten.

Anlass und Aufgaben gesundheitsbezogener Netzwerkarbeit können die Ermittlung von Gesundheitsproblemen und -potenzialen im Stadtteil, die Entwicklung von gemeinsamen Strategien und Maßnahmen sowie die kooperative Umsetzung von Maßnahmen und Projekten sein. Zentral für eine erfolgreiche Netzwerkarbeit ist die Orientierung auf das gemeinsame Ziel, die Gesundheit im Stadtteil zu verbessern (vgl. Mitchell/Shortell 2000; WHO 1998). Die Dauerhaftigkeit und Nachhaltigkeit von Netzwerken wird befördert, wenn zu Beginn von den verschiedenen Akteuren, unter Berücksichtigung und Abstimmung der unterschiedlichen Interessen, eine gemeinsame Strategie entwickelt wird, die im weiteren Prozess als überprüfbare Richtschnur für die Zusammenarbeit dient.

Beteiligungsmöglichkeiten und -angebote

Gesundheitsfördernde Maßnahmen und Projekte haben nur dann eine Chance auf nachhaltigen Erfolg, wenn die Menschen, für die Angebote entwickelt und umgesetzt werden sollen, aktiv mitwirken können (vgl. Beitrag von Bernd/Sinning in diesem Band). Daher müssen zielgruppengerechte Voraussetzungen für eine Beteiligung geschaffen werden. Insbesondere durch umfassende Beteiligungsformen, die eine Mitwirkung in allen Phasen von der Definition

der Problemlagen und der Prioritätensetzung über die Projektentwicklung bis zur Umsetzung ermöglichen, wird dieses Qualitätskriterium erfüllt. Zudem sind niedrigschwellige und/oder aufsuchende Beteiligungsangebote, mit denen gemeinhin beteiligungsferne Bevölkerungsgruppen angesprochen werden, von zentraler Bedeutung (Bundestransferstelle Soziale Stadt 2006, S. 167). Ziel der Beteiligung ist es letztlich, die Bewohner eines Stadtteils dazu zu befähigen, ihre Interessen selbst zu artikulieren und sich in die lokalen Entwicklungsprozesse aktiv einzubringen.

Ein Instrument, das sich in der bisherigen Programmumsetzung der Sozialen Stadt als wirksam hinsichtlich des Aufbaus von mehr Selbstorganisation und Stimulation breiter Bürgerbeteiligung erwiesen hat, ist ein gebietsbezogener Verfügungsfonds. Mit unterschiedlicher Bezeichnung (Stadtteilbudgets in NRW, Verfügungsfonds in Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern, Aktionsfonds in Berlin, Gebietsfonds in Niedersachsen) wurden hier den Quartiermanagements Mittel zur schnellen und unbürokratischen Projektfinanzierung an die Hand gegeben. Die Vergabe der Mittel ist in den einzelnen Gebieten unterschiedlich geregelt. Sie reicht von der Vergabe durch das Quartiermanagement über die Vergabe in Kooperation mit Gremien, in denen lokale Akteure und Bewohnerschaft vertreten sind, bis zur Vergabe durch eigens eingerichtete Bürgerjurys (Bundestransferstelle Soziale Stadt 2006). Ein solcher Verfügungsfonds kann auch für die zügige und dezentrale Umsetzung von Projekten zur Gesundheitsförderung im Stadtteil ein wichtiges Instrument darstellen, dem darüber hinaus eine zentrale Funktion in Hinblick auf Aktivierung der Vor-Ort-Akteure und der Quartiersbevölkerung zukommt. Die rasche, unbürokratische Bezuschussung kleiner Vorhaben unterstützt dezentral im Stadtteil das vorhandene Engagement und führt zu einer zügigen Realisierbarkeit von Ideen. Erfahrungen mit einem solchen aktivierenden Instrument für Mikrofinanzierungen in der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung liegen mit den von der Techniker Krankenkasse in benachteiligten Quartieren von Fürth, Hamburg und Nürnberg finanzierten Verfügungsfonds vor (Reimann et al. 2010, S. 136ff.).

6. Einer muss den Überblick behalten: Lokale Koordinierungsstelle Gesundheit

Für die Vernetzung der unterschiedlichen Akteure und die Vermittlung zwischen Verwaltung, Politik, Krankenkassen, Gesundheits- und Stadtteilakteuren sowie Bewohnerschaft, ist eine lokale Moderation unverzichtbar, die beispielsweise im Rahmen von Stadtteilforen und -konferenzen, Runden Tischen, Werkstattgesprächen den Informationsfluss zwischen allen beteiligten Ebenen sicherstellt, Verfahrenstransparenz herstellt sowie Aufgaben der Mediation, des Dialogmanagements und der Öffentlichkeitsarbeit übernimmt (Franke 2003, S. 178; Reimann et al. 2010; Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 2010a).

Diese Moderationsaufgabe oder „Brückenfunktion“ (Trojan/Hildebrandt 1990) sollte sinnvollerweise von einer lokalen Koordinierungsstelle wahrgenommen werden. Ähnlich wie das Quartiermanagement im Rahmen des Programms „Soziale Stadt“ (Franke 2003) soll die loka-

le Koordinierungsstelle Gesundheit zum systematischen Aufbau von selbst tragenden sowie nachhaltig wirksamen Strukturen im Quartier beitragen. Die lokalen Koordinierungsstellen Gesundheit können beim Quartiermanagement angedockt sein oder mit diesem eng zusammenarbeiten.

Um für das Themenfeld Gesundheitsförderung sowohl grundsätzlich und übergreifend als auch konkret und projektbezogen zu sensibilisieren und zu werben, ist die Koordinierungsstelle fachlich kompetent und mit ausreichenden finanziellen Ressourcen auszustatten. So sollten Ressourcen möglichst für einen mittel- bis langfristigen Zeitraum sichergestellt werden, denn weder Quartiermanagement noch eine lokale Koordinierungsstelle Gesundheit sind kurzfristig angelegte Instrumente, vielmehr dienen sie der dauerhaften Entwicklung und Stabilisierung von benachteiligten Quartieren sowie der nachhaltig wirksamen Gesundheitsförderung und Prävention. Die Finanzierung der Koordinierungsstelle kann über kommunale Mittel sowie über Mittel der Krankenkassen(verbände) erfolgen, wobei diese Mittel auch gebündelt werden können.

Ein gelungenes Beispiel für eine solche Koordinierungsstelle ist die Geschäftsstelle Gesundheit in der Fürther Innenstadt (Bär et al. 2009, S. 63; Reimann et al. 2010, S. 99ff.). Die Geschäftsstelle Gesundheit wurde im Zeitraum 2008/2009 ausschließlich über Mittel des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen BKK Bayern finanziert, in 2010/2011 wird sie gemeinsam vom BKK Landesverband Bayern und der Stadt Fürth sowie durch Stiftungsgelder gefördert. Die Geschäftsstelle Gesundheit ist beim örtlichen Quartiermanagement angegliedert. Sie wurde im Herbst 2010 mit dem 2. Platz des Präventionspreises der Internationalen Bodensee-Konferenz ausgezeichnet.

7. „Ohne Moos nichts los“: Finanzierungswege für einen gesunden Stadtteil

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

- Programmförderung durch Bund und Länder,
- kommunale Haushaltsmittel,
- Mittel der gesetzlichen Krankenkassen.

Programmförderung durch Bund und Länder

Es existiert bislang kein Förderprogramm von Bund oder Ländern, das explizit und exklusiv auf gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung ausgerichtet ist. Gleichwohl gibt es einige Programme und Modellprojektförderungen, deren Fördermittel – neben anderen Bereichen –

auch für die Gesundheitsförderung im Quartier eingesetzt werden können. Hierzu zählen u.a.:

- *Bund-Länder-Programm Soziale Stadt*: Das Bund-Länder-Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die Soziale Stadt“ ist ein investives Förderprogramm für Kommunen, das seit 1999 mit Mitteln der Städtebauförderung aufgelegt wird. Die Programmmittel werden von der Kommune beim Land für solche Quartiere beantragt, die im Vergleich zur Gesamtstadt besonders komplexe soziale, ökonomische, infrastrukturelle und bauliche Problemlagen aufweisen. Projekte zur Gesundheitsförderung können aus dem Programm „Soziale Stadt“ dann gefördert werden, wenn es sich um investive Maßnahmen handelt, z.B. die Errichtung von Gesundheitshäusern oder bewegungsfördernde Umgestaltungen im Wohnumfeld.
- *Nationaler Aktionsplan: „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“*: Das Ernährungs- und Bewegungsverhalten in Deutschland nachhaltig zu verbessern, ist das erklärte Ziel dieses im Jahr 2008 gemeinsam vom Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz aufgelegten nationalen Aktionsplanes. Mit dem Förderschwerpunkt „Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten“ sollen lokale Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsförderung und Prävention im Lebensumfeld der Menschen vernetzt und weiterentwickelt werden. Seit März 2009 wurden insgesamt elf – überwiegend quartiersbezogene – Aktionsbündnisse für zwei Jahre finanziell unterstützt (vgl. www.in-form.de).

Kommunale Haushaltsmittel

Kommunalpolitik und -verwaltung als Gestalter des lokalen Gemeinwesens sind zentrale Akteure einer gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung. Vor dem Hintergrund der angespannten kommunalen Haushalte sind die finanziellen Spielräume hierfür jedoch eher gering – zumal Gesundheitsförderung zu den freiwillig übernommenen Gestaltungsaufgaben der Kommunen gehört. Nur vereinzelt besitzen Kommunen daher einen eigenen Haushaltstitel für die kommunale Gesundheitsförderung. Auch die Gesundheitsämter verfügen meist nur über geringe finanzielle Möglichkeiten, gesundheitsfördernde Aktivitäten regelmäßig und quartiersbezogen zu unterstützen. Da kommunale Gesundheitsförderung eine Querschnittsaufgabe darstellt, kommen für die Finanzierung gesundheitsfördernder Stadtteilaktivitäten aber nicht nur exklusive Mittel der Gesundheitsförderung, sondern auch Etats anderer kommunaler Ressorts in Betracht. Insbesondere ist hier an Mittel der Bereiche Umwelt, Grünflächen, Bauen, Sport sowie Bildung zu denken.

Mittel der gesetzlichen Krankenkassen

Wichtige Partner für die Finanzierung von Gesundheitsprojekten im Quartier sind die Krankenkassen. Nach dem Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes (2010) können Maß-

nahmen nach dem Setting-Ansatz von Krankenkassen finanziell in folgenden Bereichen unterstützt werden:

- Bedarfserhebung,
- Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen in den Bereichen Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressbewältigung/Entspannung und Suchtmittelkonsum,
- Öffentlichkeitsarbeit,
- Fortbildung von Multiplikatoren in Prävention und Gesundheitsförderung,
- Dokumentation, Evaluation und Qualitätssicherung.

Die Förderung beschränkt sich im Wesentlichen auf nicht investive Kosten und stellt daher in den Gebieten der „Sozialen Stadt“ eine gute Ergänzung zu den investiven städtebaulichen Fördermitteln dar.

8. „... und was bringt das alles?“ – Evaluationsansätze für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung

Da Setting-Interventionen der Gesundheitsförderung im Allgemeinen und gemeinde- bzw. stadtteilbezogene Gesundheitsinterventionen im Besonderen komplex sind (Kolip/Müller 2009; Loss et al. 2007), können Wirkungen nicht bzw. nur sehr eingeschränkt auf einzelne Maßnahmen zurückgeführt werden (Bührlen-Armstrong 1998). Gesundheit hängt nicht allein von einer einzelnen Intervention ab, sondern wird durch vielfältige Faktoren beeinflusst. Diese können zwar benannt und aufgezählt werden, sie entziehen sich in der Regel jedoch einer Wirksamkeitsanalyse (vgl. Engelmann/Halkow 2008, S. 79).

Für Evaluationen und Wirkungsnachweise gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung hat dies zur Folge, dass sie nicht eindeutig geführt werden können, zwangsläufig lückenhaft bleiben müssen und dass damit – und dies gilt in der settingbasierten Gesundheitsförderung allgemein – ein grundsätzlicher Mangel an Evidenz besteht (Engelmann/Halkow 2008; vgl. Kolip/Müller 2009). Unter Bezugnahme auf das Konzept der „lokalen Evidenz“ (vgl. hier und im Folgenden Wright 2006, S. 70) stellt dies jedoch kein grundsätzliches Problem dar. Denn im Gegensatz zu der in der evidenzbasierten Medizin üblichen Anwendung des Begriffes Evidenz, geht es in der settingbasierten Gesundheitsförderung nicht darum, absolute oder allgemeine Nachweise für ein bestimmtes Verfahren zu liefern. Vielmehr geht es um die Feststellung, „ob die vor Ort konzipierten Interventionen dazu dienen, dem spezifischem lokalen Gesundheitsproblem entgegenzuwirken. (...) Die Bestimmungsmacht über die Angemessenheit der erbrachten Nachweise liegt im konsensuellen Verfahren auf lokaler Ebene“.

Damit geht es für die Evidenzgewinnung in der stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung vor allem darum, systematisch Bedingungen, Strukturen und Prozesse einer gesundheitsfördernden Intervention zu identifizieren, die (plausibel) für den Erfolg einer Intervention verant-

wortlich gemacht werden – und die übertragbar sind (Engelmann/Halkow 2008, S. 84). Die vorgestellten Qualitätsstandards einer gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung können hierzu einen Beitrag leisten, indem sie in ein Gesamtkonzept gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung integriert werden und als Basis für die Entwicklung lokaler Strategien, Strukturen und Projekte dienen. Sie stellen damit ein Qualitätskonzept für die settingsbasierte Gesundheitsförderung im Stadtteil dar. Dabei besteht der Beitrag des Qualitätskonzeptes allerdings nicht darin nachzuweisen, dass auf der Quartiersebene die Häufung oder Quote von Krankheiten signifikant gesenkt wird, sondern er liegt vielmehr darin, auf Quartiersebene innovative und möglichst tragfähige Mechanismen zu aktivieren und zu etablieren, die es den lokalen Akteuren und Zielgruppen ermöglichen, sich zukünftig wirkungsvoll der Aufgabe gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung zu widmen.

Literatur

Altgeld T, Leykamm B (2003). Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte muss sektorübergreifend angelegt sein – Vernetzungsaktivitäten auf Länderebene zwischen dem Gesundheits- Sozial- und Jugendhilfesektor. In: BZgA (Hrsg.): Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure, Köln, S. 20-42.

Bär G, Böhme C, Reimann B (2009). Kinder- und jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil, Berlin (Difu-Arbeitshilfen).

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

Becker H, Böhme C, Meyer U (2003). Integrierte Handlungskonzepte – Steuerungs- und Koordinierungsinstrument für die soziale Stadtteilentwicklung. In: Deutsches Institut für Urbanistik im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen. Strategien für die Soziale Stadt, Berlin, S. 74-97.

Bertelsmann Stiftung (2010). Gesundheit lernen. Wohnquartiere als Chance für Kinder. Ein Kooperationsprojekt von Bertelsmann Stiftung, Robert Koch-Institut und empirica AG, Gütersloh.

Bührlen-Armstrong B (1998). Evaluationsforschung und Qualitätssicherung in der Personalkommunikativen AIDS-Prävention. Eine Meta-Evaluation. Dissertation, Universität Freiburg.

Bundestransferstelle Soziale Stadt im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS), vertreten durch das Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) (2006). Dritte bundesweite Befragung in den Programmgebieten der „Sozialen Stadt“. Auswertungsbericht, Berlin (Bearbeitung: H Becker, S Bock, C Böhme, T Franke).

Bundestransferstelle Soziale Stadt im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) vertreten durch das Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBSR) (2008). Statusbericht 2008 zum Programm Soziale Stadt. Berlin (Bearbeitung: C Böhme, T Franke, W-C Strauss).

Engelmann F, Halkow A (2008). Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung. Discussion paper, Wissenschaftszentrum Berlin.

Franke T (2003). Quartiermanagement – Schlüsselinstrument integrierter Stadtteilentwicklung. In: Deutsches Institut für Urbanistik im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen. Strategien für die Soziale Stadt, Berlin, S. 170-191.

GKV-Spitzenverband (Hrsg. 2010). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010, Berlin.

IMS – Institut für Medizinsoziologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf in Zusammenarbeit mit Gesundheitsamt Eimsbüttel (Hrsg. 2007). Beiträge zur Quartiersdiagnose. Kindergesundheit in der Lenzsiedlung. Einschätzungen von Fachleuten. Vorschläge für das Präventionsprogramm „Lenzgesund“, Hamburg.

Kolip P, Müller V-E (Hrsg. 2009). Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, Bern.

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2010a). Gesund Aufwachsen in Baden-Württemberg. Handbuch zur kommunalen Gesundheitsförderung, Stuttgart.

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2010b). Sozialsituationbezogene Gesundheitsförderung. Erfolgversprechende Zugangswege zu Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen, Stuttgart.

Loss J, Eichhorn C, Nagel E, et al. (2007). Gemeindenahe Gesundheitsförderung – Herausforderungen an die Evaluation. In: Gesundheitswesen, S. 77-87.

Loss J, Eichhorn C, Nagel E, et al. (2009). Gemeindeanalyse als Planungsgrundlage für ein gemeindenahes Gesundheitsförderungsprogramm – Ergebnisse einer Bevölkerungsbefragung in Karlshud. In: Gesundheitswesen, S. 232-241.

Mitchell S-M, Shortell S-M (2000). The Governance and Management of Effective Community Health Partnerships: A Typology for Research, Policy, and Practice. In: The Milbank Quarterly, H. 78, S. 241-289.

Reimann B, Böhme C, Bär G (2010). Mehr Gesundheit im Quartier. Prävention und Gesundheitsförderung im Stadtteil (Difu-Edition, 9).

Richter M, Hurrelmann K (2006). Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, Wiesbaden. S. 11–31.

RKI – Robert-Koch-Institut (Hrsg. 2010). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Berlin (Gesundheitsberichterstattung des Bundes).

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

Trojan A, Hildebrandt H (Hrsg.1990). Brücken zwischen Bürgern und Behörden. Innovative Strukturen für Gesundheitsförderung, Sankt Augustin.

WHO Health Canada (1998). Health Promotion Evaluation: Recommendations to Policy-Makers, Kopenhagen (WHO Regional Office).

Wright M-T (2006). Auf dem Weg zu einer theoriegeleiteten, evidenzbasierten, qualitätsgesicherten Primärprävention in Settings. In: Jahrbuch für Kritische Medizin, S. 55-73.