



Baden-Württemberg

LANDESGESUNDHEITSAMT
IM REGIERUNGSPRÄSIDIUM STUTT GART

Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt

Forum Baden-Württemberg

20. November 2008
Stuttgart

in FORM



**GESUNDHEITSFÖRDERUNG
BEI SOZIAL BENACHTEILIGTEN**
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Impressum

Herausgeber

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
beim Regierungspräsidium Stuttgart
Nordbahnhofstraße 135
70191 Stuttgart

Telefon: 0711 904-35000 • Fax 0711 904-35010 • abteilung@rps.bwl.de
www.rp-stuttgart.de • www.gesundheitsamt-bw.de

Ansprechpartnerin:

Christine Volk-Uhlmann
Tel. 0711 904 39413
Christine.Volk-Uhlmann@rps.bwl.de

Dezember 2008

Inhaltsverzeichnis

	Einführung	Seite 4
1.	Tagungsablauf	Seite 5
2.	Was erhält Menschen gesund? – gute Gründe für Gesundheitsförderung Rainer Steen	Seite 6
3.	Quartiersmanagement trifft Gesundheitsförderung – Akteure, Bedarfe, Kooperationen Gerald Lackenberger	Seite 10
4.	Aktiv werden für Gesundheit: Präsentation der "Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier" Holger Kilian	Seite 13
5.	Ernährung und Bewegung kommunal vernetzt Barbara Leykamm	Seite 15
6.	„Die Gesunde & Soziale Stadt“ – nur eine Utopie? Parallelen, Interventionen, Werkzeuge Elke Vienken	Seite 16
7.	Chancen und Hürden für das Thema Gesundheit in der Sozialen Stadt – wie funktioniert Zusammenarbeit? Eva Belzner	Seite 22
8.	Gesundheit ist auch Wohnen, arbeiten, soziale Kontakte... – wie fange ich mit Gesundheit an? Gerald Lackenberger	Seite 25
9.	Ausblick	Seite 28

Einführung

Die Ottawa-Charta benennt als entscheidendes Handlungsfeld der Gesundheitsförderung die Schaffung von gesunden Lebenswelten. Wichtige Orte einer lebenswelt- und sozialraumorientierten Gesundheitsförderung sind Stadtteile und Wohnquartiere. Durch das Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ hat die Stadtentwicklung einen entscheidenden Impuls bekommen. Das Programm ist angesiedelt in benachteiligten Stadtteilen mit hoher Arbeitslosigkeit, Hilfsbedürftigkeit und Armutsquote. Die gesundheitliche Situation der Menschen in diesen Stadtteilen ist deutlich schlechter als in anderen Bereichen. Das Programm zielt auf die Verbesserung der Verhältnisse und Strukturen vor Ort. Ein Handlungsfeld der „Sozialen Stadt“ ist die Gesundheitsförderung.

Die Initiierung eines fachlichen Austauschs zwischen Akteuren der Sozialen Stadt und der Gesundheitsförderung in den Bundesländern war auch ein Anliegen von Seiten der Bundesebene. Die Durchführung einer Fachkonferenz lag beim Regionalen Knoten Baden-Württemberg und wurde gefördert mit Mitteln des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung, des Bundesministeriums für Gesundheit, IN FORM und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.. Der Regionale Knoten Baden-Württemberg, der beim Landesgesundheitsamt angesiedelt ist, ist Partner im bundesweiten Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, wo er als eine Art Schaltstelle für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten älteren Menschen auf Landesebene darstellt. Seine Hauptaufgabe ist es, Projekte und Aktivitäten zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit bei sozial Benachteiligten in Baden-Württemberg zu identifizieren und bekannt zu machen. Darüber hinaus unterstützt der Regionale Knoten den Fachaustausch unter den an der Gesundheitsförderung Beteiligten, unter anderem durch die Veranstaltung von Fachtagungen, Konferenzen und Netzwerkgesprächen.

Mit dieser Veranstaltung wurde erstmalig in Baden-Württemberg ein Forum geschaffen für Akteure der Gemeinwesenarbeit, der Stadtentwicklung, der Quartiere der Sozialen Stadt, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Krankenkassen, der Wohlfahrtsverbände und weiterer Partner. Das Forum zeigte einen Überblick über Inhalte und Strukturen der Gesundheitsförderung und der „Sozialen Stadt“ in Theorie und Praxis. In den Workshops wurden Beispiele aus der Praxis vorgestellt, Themen wie Ernährung und Bewegung aufgegriffen und Impulse für die eigene Arbeit gegeben.

Für die kompetente und engagierte Erstellung der Konzeption, die Durchführung und Dokumentation der Forumsveranstaltung danken wir Andrea Schlüter und Gerald Lackenberger.

Wir wünschen Ihnen mit dieser Dokumentation viele weitere Anregungen für die Umsetzung von Gesundheitsförderung in den Quartiersgebieten der Sozialen Stadt.

Barbara Leykamm
Landesgesundheitsamt

1. Tagungsablauf

- 10.00 Begrüßung und Eröffnung
Dr. Günter Schmolz
Leiter des Landesgesundheitsamtes
- Dr. Jürgen Wuthe
Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg
- 10.15 Was erhält Menschen gesund? – gute Gründe für Gesundheitsförderung
Rainer Steen
Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis
- 11.15 Kaffeepause
- 11.30 Quartiersmanagement trifft Gesundheitsförderung – Akteure, Bedarfe, Kooperationen
Gerald Lackenberger
LAG Soziale Stadtentwicklung und Gemeinwesenarbeit Baden-Württemberg
- 12.30 Aktiv werden für Gesundheit: Präsentation der "Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier"
Holger Kilian
Gesundheit Berlin e.V.
- 13.00 Mittagspause mit Imbiss
- 13.45 Ernährung und Bewegung kommunal vernetzt
Barbara Leykamm
Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
- 14.00 Workshops
- W 1 „Die Gesunde & Soziale Stadt“ – nur eine Utopie?
Parallelen, Interventionen, Werkzeuge
Elke Vienken
Soziallagenbezogene Gesundheitsförderung LAG Soziale Stadtentwicklung und Gemeinwesenarbeit Baden-Württemberg
- W 2 Chancen und Hürden für das Thema Gesundheit in der Sozialen Stadt – wie funktioniert Zusammenarbeit?
Eva Belzner
Dezernat für Gesundheit, Landratsamt Ludwigsburg
- W 3 Gesundheit ist auch Wohnen, arbeiten, soziale Kontakte... – wie fange ich mit Gesundheit an?
Gerald Lackenberger
LAG Soziale Stadtentwicklung und Gemeinwesenarbeit Baden-Württemberg
- 16.00 Ausblick
Christine Volk-Uhlmann
Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
- 16.30 Veranstaltungsende

2. Was erhält Menschen gesund? – gute Gründe für Gesundheitsförderung

Rainer Stehen, Rhein-Neckar-Kreis Gesundheitsamt, Referat Gesundheitsförderung und -berichterstattung

Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt Stuttgart 20.11.2008

Was erhält Menschen gesund?

Gute Gründe für Gesundheitsförderung

Rainer Steen (Rhein-Neckar-Kreis/Heidelberg)



Gute Gründe für Gesundheitsförderung

- Gesundheit! Annäherungen an einen Begriff
- Gesundheit ist machbar – aber *anders*
- „Lösungsraum Kommune“? Handlungsebenen
- Determinanten: Einmischen und gestalten...

...eine subjektive Auswahl!



Rhein-Neckar-Kreis Gesundheitsamt
Referat Gesundheitsförderung und -berichterstattung

Rainer Steen
Dipl.-Päd. / Referatsleiter

Wer weiß überhaupt, was Gesundheit ist?

- Gesund ist nie ein Mensch allein – oder etwa ein einzelnes Organ
- Gesundheit ist immer Austausch und Interaktion; sie wird erlebt und gefestigt in der Wechselwirkung mit Menschen und Milieus
- Zu verstehen ist Gesundheit als Prozess, als Fließgleichgewicht. Sie ist nicht, sie wird - „...ein Weg, der sich bildet, indem man ihn geht und gangbar macht“

(Heinrich Schipperges)

Gesundheit muss sich „lohnen“

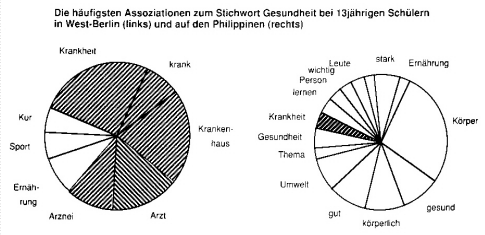


Versuch einer Definition:

- „Da Menschen sich in der Ontogenese, also zwischen Geburt und Tod, beständig verändern, wachsen, reifen und altern, ist Gesundheit gleichsam als **die auf Veränderung angelegte Entfaltung der psychophysischen Möglichkeiten der Individuen** aufzufassen.“
- Zu ergänzen sind die sozialen Ressourcen!

(Niehoff / Braun, Sozialmedizin und Public Health, 2003)

Das Gesundheitsverständnis in verschiedenen Kulturen: Im Westen viel Krankheit – und wenig Ressourcen



Die Kanalisation als Metapher: alle störenden Folgen unserer Lebensweise werden fortgespült

- Das Entsorgungssystem folgt organischem und industriellem Denken:
- „Die Bürger betätigen die Spülung und erwarten, dass alles verschwindet...“, mit minimalem Aufwand und ohne Gestank...“
(Ilona Kickbusch)



Kanalisation in Paris

Motto für eine soziale, gesunde Stadt

- Gesundheit wird von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt, dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.

Ottawa-Charta, 21. November 1986

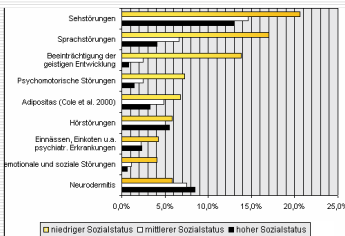
Das ist (k)eine Einladung zum Träumen...

- Beachte: eindimensionale und ‚ungeprüfte‘ Ziele sind selten nachhaltig



Armut macht krank

Medizinisch relevante Befunde bei Einschüler/-innen in Brandenburg nach Sozialstatus im Jahr 2000 (in Prozent)



Quelle: Holz, Gerda & Richter, Antje (November, 2006) www.wissen-und-wachsen.de/page_gesundheit

Das Mandat der Gesundheitsförderung gründet deshalb auf fünf Handlungsebenen

- Stärkung individueller Kompetenzen und persönlicher Ressourcen
- nachhaltige Förderung von Potenzialen der Selbstorganisation und Beteiligung gesellschaftlicher Gruppen im kommunalen Raum
- bedarfsorientierte und strukturbezogene Gestaltung von Lebenswelten und Institutionen bzw. „Settings“
- Initiierung und bevölkerungsorientierte Nutzung von fachlichen Partnerschaften und Allianzen im Gemeinwesen
- gesundheitpolitische Sensibilisierung und Aktivierung von Multiplikatoren wie „Entscheidern“ im (fach-)politischen Raum

(nach: Ottawa-Charta 1986)

Gesundheit im Gemeinwesen: Keine Frage der Beherrschbarkeit!

Abschied von der Vorstellung, dass alle Risiken technisch zu beseitigen wären: Abwasser, AIDS oder Atommüll...



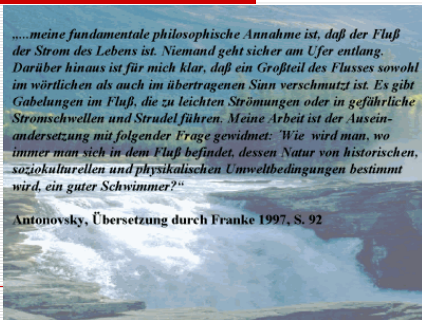
Was die Gesundheitsminister 1991 wollten...

„Die GMK ist sich einig, dass präventive Gesundheitspolitik in den letzten Jahren eine vordringliche Bedeutung gewonnen hat. Sie hält es für erforderlich, dass die Begrenzung der traditionellen Handlungsfelder überwunden und diese durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung ergänzt werden. (...) Diese kann jedoch nicht kostenneutral sichergestellt werden.“

(...) Die GMK hält es für unverzichtbar, dass gesundheitliche Belange bei allen öffentlichen Planungen über den Krankheitsbezug hinaus berücksichtigt werden. Dabei soll das Anliegen ‚Gesundheit‘ ressortübergreifend (...) angesprochen, in Entscheidungen einbezogen und auch durch aktive Bürgerbeteiligung verwirklicht werden.“

Entschließung der 64. GMK von 1991

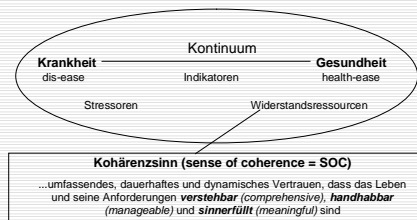
Antonovsky und der Fluss des Lebens



Anleitung(en) zum Mächtig-Sein... (Saul Allinsky)

- Gemeinwesenarbeit & Quartiersmanagement, Partizipation & Empowerment, Nachhaltigkeit & Evidenz, Kontinuität & Langfristigkeit, Projektmanagement & Prozessmoderation, Gesunde Stadt oder Gemeindeorientierung, World Café oder Systemische Beratung... Auweia!
- Gesundheitsförderung: eine Strategie der Ein-fluss-nahme mit ‚Expertenmix‘ und Gestaltungslust...

Salutogenetisches Modell (nach Antonovsky)



Die Determinanten für Gesundheit identifizieren z.B.: Bildungschancen sind auch Gesundheits-Chancen

Bildung und Ausbildung, aber auch soziale Netze und Stützsysteime im Lebensumfeld - mindestens so bedeutsam wie das Krankenhaus um die Ecke...?



Soziale und Gesunde Stadt ?!

(aus dem programmatischen Fundus der „Sozialen Stadt“)

- Beschäftigung
- Qualifizierung und Ausbildung
- Wertschöpfung im Gebiet
- Soziale Aktivitäten und soziale Infrastruktur
- Schule und Bildung
- Gesundheitsförderung
- Umwelt und Verkehr
- Stadtteilkultur
- Sport und Freizeit
- Zusammenleben sozialer und ethnischer Gruppen
- Wohnungsmarkt und Wohnungsbewirtschaftung
- Wohnumfeld und öffentlicher Raum
- Imageverbesserung und Öffentlichkeitsarbeit

Auch die „Gender-Frage“ wird immer mehr eine Determinante für gesunde Entwicklung...

Zum Beispiel: Wenn Jungen im Bildungsprozess immer öfter ‚durchfallen‘ oder zwischen Ritalin-Vergabe und Egoshooter pendeln...



Gesundheit als nationaler Zielkatalog (Bsp.)

1. Ein starker **Solidarität**sinn und ein Gemeinschaftsgefühl in der Gesellschaft
2. Eine **unterstützende soziale Umgebung** für das Individuum
3. Sichere und gleiche Bedingungen in der **Kindheit** für alle
4. Ein hohes **Beschäftigungsniveau**
5. Eine gesunde **Arbeitsumgebung**
6. Zugängliche Grüngebiete für die **Erholung**
7. Eine gesunde **Umwelt**, drinnen und draußen
8. Gesunde Umfeldler und **Produkte**
9. Mehr **körperliche Aktivität**

Nationale Gesundheitsziele Schweden (9 von 18; vgl. BZgA 2002)

Soziales Klima und Ökologie: Eine Aufgabe zwischen Achtsamkeit und Veränderung



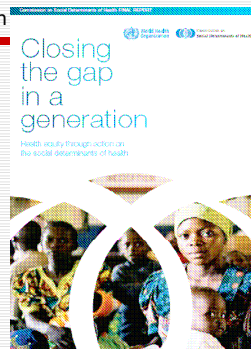
»Du siehst Dinge und fragst:
„Warum?“ ;
doch ich träume von Dingen und sage:
„Warum nicht?“«

George Bernard Shaw (1856-1950)

Global denken – lokal handeln

Gesundheitsbezogene Chancengerechtigkeit und der Abbau sozialer und interkultureller Benachteiligung sind zentrale Ziele der Gesundheitsförderung.

Der Zusammenhang von Armut & Migration und gesundheitlicher Benachteiligung ist ein Skandal am Beginn des 21. Jahrhunderts!



Vielen Dank fürs Zuhören!



Kontakt: rainer.steen@rhein-neckar-kreis.de

Gesundheitsförderung braucht **und bietet** Netzwerke und intersektorale Verständigung



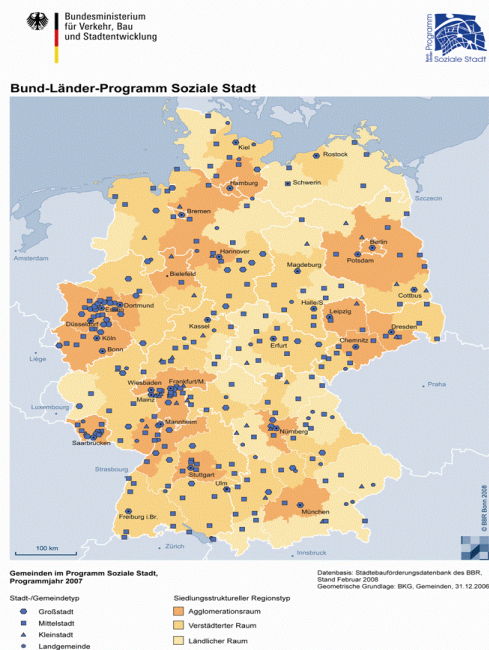
- Fachlicher Austausch an den Grenzen von Ideen, Berufen & Institutionen
- Moderation und Begleitung von Planungsprozessen & Langzeitprojekten
- Vermittlung und Qualitätssicherung von Expertenbeiträgen & Projekten

3. Quartiersmanagement trifft Gesundheitsförderung – Akteure, Bedarfe, Kooperationen

Gerald Lackenberger, LAG Soziale Stadtentwicklung und Gemeinwesenarbeit

I. Das Bund-Länder-Programm "Soziale Stadt,"

Das Programm „Soziale Stadt“ wurde 1999 begonnen, um der zunehmenden sozialen und räumlichen Spaltung in den Städten entgegenzuwirken. Durch das Programm werden gegenwärtig in mehr als 498 Programmgebieten in rund 318 deutschen Städten und Gemeinden neue Herangehensweisen in der Stadtteilentwicklung gefördert. In 2007 waren in Baden-Württemberg 31 Städte und Gemeinden mit insgesamt 51 Programmgebieten Teilnehmer des Bund-Länder-Programms Soziale Stadt.



Ziele des Programms sind:

- die physischen Wohn- und Lebensbedingungen sowie die wirtschaftliche Basis in den Stadtteilen zu stabilisieren und zu verbessern,
- die Lebenschancen durch Vermittlung von Fähigkeiten, Fertigkeiten und Wissen zu erhöhen,
- Gebietsimage, Stadtteilöffentlichkeit und die Identifikation mit den Quartieren zu stärken.

Programmgrundlagen

Der "Leitfaden zur Ausgestaltung der Gemeinschaftsinitiative Soziale Stadt", die jährlich abzuschließenden Verwaltungsvereinbarungen zwischen Bund und Ländern, sowie Richtlinien und vielfältige Veröffentlichungen der Bundesländer geben weiterführende Informationen zur Programmumsetzung, die interessierten und beteiligten Personen als Arbeitshilfe dienen. Das Programm Soziale Stadt ist mittlerweile auch im BauGB, § 171e verankert.

Handlungsfelder für Maßnahmen und Projekte

- Beschäftigung
- Qualifizierung und Ausbildung
- Wertschöpfung im Gebiet
- Soziale Aktivitäten und soziale Infrastruktur
- Schule und Bildung
- Gesundheitsförderung
- Umwelt und Verkehr
- Stadtteilkultur
- Sport und Freizeit
- Zusammenleben unterschiedlicher sozialer und ethnischer Gruppen
- Wohnungsmarkt und Wohnungsbewirtschaftung
- Wohnumfeld und öffentlicher Raum
- Imageverbesserung und Öffentlichkeitsarbeit

Planung und Realisierung durch eher instrumentell-strategische Handlungsfelder

- Quartiersmanagement
- Aktivierung und Beteiligung
- Vernetzung und Kooperation
- Ressourcenbündelung
- Integrierte Handlungskonzepte
- Monitoring
- Evaluierung
- Bildung, Armutsbekämpfung und Gesundheitsförderung als Querschnittshandlungsfelder

Der integrative Ansatz des Programms Soziale Stadt spiegelt sich darin, dass Maßnahmen und Projekte aus allen Politikbereichen realisiert werden und häufig

mehrere Politikbereiche zugleich abdecken. Die Realisierung von Maßnahmen und Projekten in den inhaltlichen Handlungsfeldern der Sozialen Stadt erfordert den Aufbau eines leistungsfähigen Koordinierungs-, Kooperations- und Partizipationsmanagements, das in den instrumentell-strategischen Handlungsfeldern angelegt ist. Bei der Realisierung von Maßnahmen und Projekten in allen Handlungsfeldern geht es auch darum, die unterschiedlichen Lebensrealitäten und Interessen von Frauen und Männern zu berücksichtigen (Gender Mainstreaming).

Typische Maßnahmen sind:

- Installation eines Quartiersmanagement
- Einrichtung von Stadtteilbüros als Anlaufstelle
- Bereitstellung von Stadtteil- und Bürgertreffs
- Bildung/Wahl von Bewohnerräten
- Stadtteilkonferenzen mit Stadtteilakteuren
- Durchführung von Projekten im Rahmen von „Lokales Kapital für soziale Zwecke“ (LOS), Modellvorhaben Soziale Stadt oder BIWAQ

Finanzierung des Programms

Die Fördermittel des Programms werden zu je 30% von Bund und Land gestellt.

Die Kommunen müssen einen Eigenanteil von 40% einbringen. 30% Bund + 30% Land + 40% Kommune = 100%. Aus dieser Gesamtfördersumme können einzelne Maßnahmen in den Programmgebieten mit 40% bis zu 100% gefördert werden.

In Baden-Württemberg werden nur investive Maßnahmen nach Art. 104a Abs.4 GG gefördert.

Programmbegleitung

Die Umsetzung des komplexen und anspruchsvollen Programms Soziale Stadt ist mit einem hohen Bedarf an Erfahrungsaustausch, Wissenstransfer, Kooperation und Öffentlichkeitsarbeit verbunden. Deshalb beauftragte das Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS), vertreten durch das Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) das Deutsche Institut für Urbanistik (Difu) mit der Programmbegleitung für die erste Umsetzungsphase (Herbst 1999 bis Herbst

2003). Mit der im Dezember 2003 eingerichteten "Bundestransferstelle Soziale Stadt" wird nun der bundesweite Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen allen an der Programmumsetzung Beteiligten und Engagierten weiter gesichert und ausgebaut.

Entnommen aus: Soziale Stadt © 2000-2006 Deutsches Institut für Urbanistik. Im Auftrag des BMVBS vertreten durch das BBR. Zuletzt geändert am 16.08.2006 u. 14.04.2008 www.sozialestadt.de

II. Handlungsfeld Gesundheit in Bezug auf weiteren Handlungsfelder

Dritte Befragung der Sozialen Stadt-Programmgebiete 2005/2006:

Gesundheitsförderung liegt im hinteren Feld bei der Durchführung von Maßnahmen und Projekten vor Ort in den Stadtteilen.

III. Gesundheitsförderung in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf

Menschen mit überdurchschnittlich vielen Gesundheitsproblemlagen:

- Ungesunde Ernährung
- Chronische Erkrankungen
- Adipositas
- Suchterkrankungen (Nikotin, Alkohol)
- Psychischen Erkrankungen
- Soziale Isolation
- Zahngesundheit
- Schlechtem Zugang zum Gesundheitswesen

„Hartz IV Empfänger wird man zukünftig am Gebiss erkennen“

- Armut,
 - Arbeitslosigkeit,
 - soziale Isolation,
 - schlechte Wohnbedingungen usw.
- haben konkrete Auswirkungen auch auf die Gesundheit der Bewohner/innen.

IV. Notwendigkeit und Bedarf sind längst festgestellt

Gesundheitsförderung ist nicht der Renner, aber es besteht dringender Nachholbedarf!

Handlungsfelder mit gesundheitsfördernden Aspekten:

- Wohnen und Wohnumfeld
- Nachbarschaften
- Bildung
- Verkehr
- Umwelt
- Soziokultur und Sport
- ...

Verbesserungen in diesen Handlungsfeldern fördern auch die Gesundheit!

V. Akteure im Gesundheitswesen

- Bundes- u. Landesministerien
- Gesundheitsbehörden
- GKV Krankenkassen
- Krankenhäuser
- Arztpraxen (Haus- u. Facharztpraxen)
- Apotheken
- Physiotherapiepraxen
- übrige Heilberufe ...
- (potentielle) Patient/innen

Akteure im Gesundheitswesen auf Stadtebene

- GKV mit örtlichen Büros
- Hausarztpraxen
- Facharztpraxen
- Apotheken
- Physiotherapiepraxen u.a. Heilberufe
- Sport- und Freizeitanbieter (Fitness)
- Quartiersmanagement
- Bewohnerschaft

VI. Sozialraumbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil

- Erfassung der örtlichen gesundheitlichen und sozialen Problemlagen
- Erfassung der örtlichen Ressourcen und Akteure
- Verankerung des Themas bei allen Stadtteilakteuren und in den Handlungskonzepten
- Benennung der gesundheitsfördernden Aspekte aus den übrigen Handlungsfeldern
- Lebensweltorientierung der Gesundheitsakteure, Nutzung des Settingansatzes
- Kooperation mit Gesundheitswesen, Verwaltung, Politik, Bewohnerschaft ...

VII. Rolle des Quartiersmanagement und der Gemeinwesenarbeit

Quartiersmanagement ist keine „eierlegende WollmilchSau“

Quartiersmanagement:

erkennt Bedarfe, sensibilisiert und aktiviert die Akteure, organisiert Netzwerke, vermittelt Kooperationspartner, kennt den Lebensraum der Menschen
Quartiersmanagement bietet den Zugang zum Settingansatz nach der WHO-Charta:

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“

Kontakt:

Gerald Lackenberger,
Stadtteilbüro Haslach, Markgrafenstr. 13,
79115 Freiburg
Tel: 0761-7679005
Mail: gerald.lackenberger@nachbarschaftswerk.de
www.lag-sozialestadtentwicklung-bw.de

4. Aktiv werden für Gesundheit: Präsentation der "Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier"

Holger Kilian, Gesundheit Berlin

Wikipedia sagt über Werkzeugkästen: „In einem Werkzeugkasten befindet sich eine Sammlung von Werkzeugen. Ursprünglich stammt dieser Begriff aus dem Handwerk, wo der Handwerker in einem Werkzeugkasten alle seine Werkzeuge mit sich trug und damit komprimiert verstauen konnte. Dadurch hatte der Handwerker schnell seine wichtigsten Werkzeuge zur Hand. Einen Werkzeugkasten kann man in jedem gut sortierten Baumarkt kaufen. Mittlerweile findet sich eine Menge verschiedener, ausgeklügelter Lösungen, um möglichst viele Werkzeuge übersichtlich und platzsparend zu verstauen.“

An diesen ausgeklügelten Lösungen nahmen sich das Bundesministerium für Gesundheit, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und Gesundheit Berlin ein Beispiel, als sie die so genannte Toolbox mit Arbeitshilfen zur Gesundheitsförderung im Quartier entwickelten. Das Material wird als Element des Nationalen Aktionsplans IN FORM vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert.

Was ist Gesundheitsförderung? Wie und mit wem kann der gesundheitliche Bedarf im Stadtteil bestimmt werden? Welche Inhalte müssen bei der Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen berücksichtigt werden und wie lässt sich die Qualität der Interventionen überprüfen und verbessern? Auf diese und weitere Fragen gibt die „Toolbox“ praxisnahe Antworten. Die Arbeitshilfen sollen insbesondere Akteure im Quartier bei der Planung, Durchführung und Auswertung gesundheitsfördernder Aktivitäten im Stadtteil unterstützen, die bislang noch wenig Berührung mit dem Thema Gesundheitsförderung hatten. Das Verständnis von Gesundheitsförderung gemäß New Public Health, das von Partizipation und Ressourcenorientierung geprägt ist und die Verhältnisorientierung so weit wie möglich in den Mittelpunkt rückt, bestimmt die Darstellungen.

Die Qualitätsstandards, wie sie in den Good Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ eingegangen sind, werden vielfach anschaulich gemacht. Die Leistungen im Sinne der Gesundheitsförderung, die im Rahmen des Programms Soziale Stadt bereits erbracht wurden, werden aufgezeigt.

Schwerpunkte sind

- Förderung gesunder Lebensstile, insbesondere bezogen auf gesunde Ernährung und mehr Bewegung im Alltag
- Erkennen und Stärken gesundheitsförderlicher Ressourcen der Zielgruppen
- Verbesserung der Qualität der Angebote, z.B. bezogen auf die Partizipation der Zielgruppen
- die Nachhaltigkeit gesundheitsfördernder Maßnahmen und Strukturen zu erhöhen

In fünf thematischen Heften werden Hintergrundinformationen, Praxisbeispiele, Tipps und Checklisten für die tägliche Arbeit dargestellt:



Heft 1: Gesunde Lebenswelten schaffen. Hier wird ein ressourcenorientiertes Verständnis von Gesundheitsförderung erläutert; der Setting-Ansatz und Befähigung / Empowerment werden als zentrale Herangehensweisen dargestellt.

Heft 2: Probleme erkennen - Lösungen finden. Dabei geht es um Bedarfsermittlung und Beteiligung / Partizipation.

Heft 3: Ein Projekt entwickeln. Es werden Hilfen angeboten, ein Projekt zu konzeptieren und Finanzanträge dafür zu stellen. Die wichtigsten Partner in den Feldern der Gesundheitsförderung und der Stadtentwicklung werden vorgestellt.

Heft 4: Präventiv handeln: Ernährung - Bewegung - Stressbewältigung. Diese zentralen Handlungsfelder werden jeweils in Bezug auf die besonders bedürftigen Zielgruppen präsentiert.

Heft 5: Erfahrungen nutzen - Qualität stärken. Gemäß der Einschätzung des Sachverständigenrates, wonach die Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung als Suchstrategie anzusehen ist, werden hier vor allem Vorgehensweisen der Selbsteva-

luation vorgestellt, außerdem die praktische Abfrage der Good Practice-Kriterien des Kooperationsverbundes.

Die Arbeitshilfen stehen in einem praktischen Ringordner und im Internet unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de zur Verfügung.

Kontakt:

Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“

c/o Gesundheit Berlin

Friedrichstr. 231

10969 Berlin

Tel. 030-44 31 90 60

Fax 030-44 31 90 63

info@gesundheitliche-chancengleichheit.de

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

5. Ernährung und Bewegung kommunal vernetzt

Barbara Leykamm, Landesgesundheitsamt

Die Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen haben sich infolge der fortschreitenden Technisierung und Mediatisierung der Gesellschaft stark verändert. Kinder und Jugendliche verbringen immer mehr Zeit vor Fernseher und Computer, Spiel- und Bewegungsmöglichkeiten werden zunehmend eingeschränkt. Der Mangel an Bewegung und körperlich-sinnlichen Erfahrungen durch eine spielerische Aneignung der Umwelt führt zu vielfältigen Auffälligkeiten der körperlich-motorischen sowie der psychosozialen Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen. Haltungsschäden, Defizite bei Ausdauer, Kraft und Koordination sowie mangelnde Konzentrationsfähigkeit sind nur einige Beispiele hierfür. Parallel zum Rückgang körperlicher Aktivität haben sich ernährungsbezogene Lebensbedingungen und Verhaltensweisen stetig verändert. Der Zugang zu kalorienreichen Lebensmitteln wie Fast Food, Süßigkeiten und süßen Getränken ist heutzutage sowohl für Erwachsene, als auch für Kinder beinahe zu jeder Zeit und an jedem Ort möglich. Häufig fehlen zudem gleichzeitig gesunde Ernährungsalternativen. Die Folgen von Fehlernährung und Bewegungsmangel lassen nicht lange auf sich warten: Eine Reihe von oft chronisch verlaufenden Krankheiten, wie Adipositas, Altersdiabetes, Bluthochdruck, Fettstoffwechsel-Störungen, Gelenkproblemen und Essstörungen treten immer häufiger und in immer jüngeren Jahren auf. Mit diesen Krankheiten ist oft auch eine eingeschränkte Lebensqualität verbunden.

Um ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen zu unterstützen und Krankheiten wie Adipositas und Diabetes vorzubeugen, ist es notwendig, dass sich Kinder und deren Eltern an eine angemessene Ernährung und regelmäßige Bewegung gewöhnen. Denn Bewegung und eine ausgewogene Ernährung wirken quasi wie ein Motor, der die ganzen Entwicklungs-, Aufbau- und Umbauvorgänge der körperlichen und geistigen Entwicklung in Gang setzt und am Laufen hält.

Damit diese Ziele erreicht werden können ist das gesamte kommunale Umfeld mit all seinen Lebenswelten, in denen Kinder und

Jugendliche spielen, lernen und aufwachsen, so auszugestalten, dass „gesunde Entscheidungen“ möglichst leicht fallen. Es müssen Strukturen entstehen, die im Wohnumfeld, in Kitas, Schulen und im Alltag ausreichend Spiel- und Bewegungsmöglichkeiten bieten und zu gesunder Ernährung motivieren und diese ermöglichen. Es gilt Bewegungsräume für Kinder und Jugendliche leichter zugänglich zu machen, umzugestalten und neu zu schaffen. Bei der Ernährung geht es z. B. darum, in der Kita- und Schulverpflegung Qualitätsstandards einzuführen und das Nahrungs- und Getränkeangebot z. B. in Turnhallen, Schulen und Kitas gesundheitsförderlich anzupassen. Nur wenn „gesunde Entscheidungen“ möglichst leicht fallen, werden diese zu Gewohnheiten und in Alltagsroutinen übernommen.

Die praktische Umsetzung dieser Ziele ist Inhalt des landesweiten Projekts „Gesund aufwachsen in Baden-Württemberg - kommunale Netzwerke für Ernährung und Bewegung“. Es wird im Rahmen einer Gemeinschaftsinitiative der Arbeitsgruppe Prävention und Gesundheitsförderung des Gesundheitsforums Baden-Württemberg derzeit durchgeführt, von der Robert Bosch Stiftung gefördert und koordiniert von Landesgesundheitsamt.

Exemplarisch wird das Modul 1 „Handbuch für Kommunen zur Unterstützung eines gesunden Aufwachsens „vorgestellt.

Landkreise, Städte und Gemeinden gestalten die Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen mit und sind damit für ein gesundes Aufwachsen von enormer Bedeutung. In den Kommunen ist zudem die Kompetenz vorhanden, den eigenen örtlichen Bedarf zu erkennen und mit zugeschnittenen Maßnahmen darauf einzugehen. Eine Koordination dieser Maßnahmen auf kommunaler Ebene bietet die Vorteile einer flexiblen Anpassung an die Lebenswelten und Bedürfnisse der Menschen sowie der Bündelung bestehender örtlicher Ressourcen zur Förderung der Gesundheit.

Zur Qualität kommunaler Gesundheitsinitiativen tragen folgende Arbeitsschritte bei, die im Handbuch praxisnah beschrieben sind:

1. Zusammenarbeit der relevanten kommunalen und regionalen Akteure
2. Analyse der kommunalen Situation und Identifikation von Zielgruppen
3. Definition von gemeinsamen Zielen
4. Entwicklung einer kommunalen Strategie mit zielgruppenspezifischen Maßnahmen

5. Übertragung bewährter Ansätze
6. Kontrolle des Prozesses und der Ergebnisse

Weitere Informationen unter www.gesundheitsamt-bw.de (Pfad Hinweise und Termine)

Kontakt: Dr. Torben Sammet,
E-mail: torben.sammet@rps.bwl.de

6. „Die Gesunde & Soziale Stadt“ – nur eine Utopie? Parallelen, Interventionen, Werkzeuge

Elke Vienken

Um die Parallelen von sozialogen-bezogener Gesundheitsförderung und sozialer Stadtentwicklung erkennen zu können, lassen Sie uns im ersten Schritt eine Annäherung an die Schlüsselbegriffe wagen, um uns danach den Interventionen und Werkzeugen zuzuwenden.

Gesundheit: Die erfrischendste Definition, die ich je gehört habe, stammt vom Geschäftsführer eines JobCenters: „Wenn ich Gesundheit höre, muss ich an Krankheit denken, und damit will ich nichts zu tun haben!“ Gesundheitswissenschaftlich betrachtet bezeichnet Gesundheit weniger einen objektiven, medizinisch messbaren 'Befund' als vielmehr einen subjektiv empfundenen Zustand, der von vielfältigen Faktoren abhängt. Der abhängt von genau den Faktoren, die letztlich den Rahmen bilden für die Entstehung von Gesundheit: Von ökologischen, ökonomischen, sozialen, aber auch vielfältigen kulturellen und individuellen Faktoren. Die Übergänge zwischen 'gesund' und 'krank' sind fließend; das bedeutet: Gesundheit ist kein statischer Zustand, sondern vielmehr ein aktiver Balanceakt. Dieser Balanceakt muss immer wieder neu geschaffen und geschaffen werden im Sinne von Abwehr, Anpassung oder aber zielgerichteter Einflussnahme auf die eben genannten Determinanten für Gesundheit. Gesundheit entsteht somit als integraler Bestandteil unseres Alltags, „dort wo wir leben, lieben, arbeiten und spielen“ – wie die WHO in ihrer Ottawa Charta 1986 einst so wunderbar formulierte.

Unsere etablierte **Präventivmedizin** nun basiert auf dem Risikofaktorenmodell der 50er Jahre und umfasst – ausgehend von der Kernfrage „Was macht den Menschen krank?“ – Strategien und Maßnahmen, die einen Krankheitseintritt verhindern, verzögern oder eine Verschlimmerung bzw. Chronifizierung bereits eingetretener Erkrankungen vermeiden sollen.

Klassische Präventionsprogramme konzentrieren sich in erster Linie auf die Vermeidung entsprechender Krankheitsauslöser und damit verbunden auf individuelle Verhaltensänderung, kontext- und verhältnisbezogene Risikofaktoren wie beispielsweise belastende Wohn- oder Arbeitsbedingungen bleiben dabei in der Regel unberücksichtigt.

Gesundheitsförderung hingegen konterkariert diese rein pathogenetisch-defizitäre Betrachtungsweise und verlagert – ausgehend von der Frage „Was erhält den Menschen gesund?“ – den Fokus explizit auf die Stärkung von Handlungsfähigkeit und Kompetenz im jeweiligen sozialen Kontext. Gesundheitsförderung umfasst somit sowohl den Individual- als auch den Strukturansatz; sprich die Verbesserung sowohl der persönlichen Lebensweise als auch der Lebensbedingungen. Anders ausgedrückt: Gesundheitsförderung verknüpft idealerweise Verhaltens- und Verhältnisprävention. Eine wissenschaftliche Rahmenkonzeption der Gesundheitsförderung bildet die Salutogenese des israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky. Salutogenese ~ die Entstehung von Gesundheit. Antonovsky entdeckte im Rahmen seiner Arbeit am Institut für Angewandte Sozialforschung in Jerusalem Anfang der 60er Jahre, dass die Erlebnisse während des zweiten Weltkriegs bei einem Teil der Überlebenden des Holocaust zum Zusammenbruch und schwerster Krankheit geführt haben; ein anderer Teil aber erstarkt daraus hervorging. Die zentrale Frage lautete für ihn deshalb: 'Was sind die Bedingungen dafür, dass ein Mensch an seinen Verletzungen nicht zerbricht, sondern daran wächst?' Sein Ergebnis: Entscheidend für die Entstehung von Gesundheit ist das Kohärenzgefühl; d.h. das Grundvertrauen und die Verankerung in der Welt, um diese – im besten Fall – als sinnvoll zu erleben. Kohärenz drückt sich aus in der Verstehbarkeit der sozialen Umwelt, in der Gestaltbarkeit von Aufgaben sowie der Sinnhaftigkeit als motivationale Komponente.

Damit Kohärenz überhaupt entstehen kann, sind drei Faktoren wichtig:

- Konsistenz; die Erklärbarkeit der eigenen Lebenserfahrungen
- eine Balance von Über- und Unterbelastung und
- die Teilhabe an Entscheidungsprozessen.

Antonovsky unterscheidet nun – abgesehen von den körperlichen – persönliche und soziale Ressourcen, oder anders ausgedrückt personale und soziale Schutzfaktoren zur Lebensbewältigung. Als personale Schutzfaktoren bezeichnet er beispielsweise ein positives Selbstkonzept, Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl, aber auch Bildung, Handlungswissen und Kompetenz. Genauso wichtig wie die personalen sind die sozialen Schutzfaktoren. Wir sprechen heute vom Sozialen Immunsystem: Das Erleben wertvoller Teil einer Gemeinschaft zu sein ist für die Lebensqualität, aber auch für die tatsächliche 'Lebenserwartung in Jahren' eines Menschen von größter Bedeutung. Zu den sozialen Ressourcen gehören Familien- und Freundeskreis, intakte soziale Netze, vernünftige Arbeits- und Lebensbedingungen wie bspw. angemessenes Einkommen und Wohnraum sowie staatliche Daseinsvorsorge in existenziellen Bereichen wie der sozialen Sicherung, Bildung, Erziehung, Kultur und medizinischer Versorgung, aber auch Strom-, Wasser- und Energieversorgung. Als Kernziel der Gesundheitsförderung können wir abschließend nochmals die Stärkung persönlicher Lebenskompetenz und sozialer Ressourcen sowie die Senkung gesundheitsbelastender Faktoren im jeweiligen sozialen Kontext festhalten.

'Sozialer Gradient' von Gesundheit

Denn die Chancen für ein langes gesundes Leben sind auch in einem reichen Land wie dem unseren höchst ungleich verteilt. So trägt das unterste Fünftel einer nach Bildung, Beruf und Einkommen geschichteten Bevölkerungspyramide statistisch betrachtet in jedem Alter ein mindestens doppelt so hohes Risiko ernsthaft zu erkranken, einen Unfall zu erleiden, von Gewalt betroffen zu sein oder vorzeitig zu sterben wie das oberste Fünftel! Hierbei zeigen sich zudem signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede: Betrachtet man die durch-

schnittliche Lebenserwartung in Korrelation zum Einkommen, so haben Männer der einkommensschwächsten im Vergleich zur einkommensstärksten Schicht eine um zehn Jahre verkürzte Lebenserwartung! Bei Frauen beträgt die Differenz „lediglich“ fünf Jahre. Die Ursachen sozial bedingter Disparitäten von Gesundheitschancen liegen sowohl in den schlechteren Lebensbedingungen als auch im riskanteren Gesundheitsverhalten sozial benachteiligter Menschen begründet: Geringes Bildungs- und Einkommensniveau, mangelhafte Wohnverhältnisse, unzureichende soziale Integration und ungenügende Regenerationsmöglichkeiten korrelieren hierbei mit Ernährungsdefiziten, Bewegungsmangel, problematischem Umgang mit Stress sowie erhöhtem Tabak- und Alkoholkonsum. Nun lassen sich rund zwei Drittel des Krankheits- und Sterbegeschehens in der Bundesrepublik auf nur wenige „große“ Erkrankungen zurückführen, als da wären:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Bösartige Neubildungen
- Stoffwechselerkrankungen (z.B. Typ II-Diabetes)
- Chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)
- Chronische Muskel-Skelett-Erkrankungen
- Psychische Erkrankungen
- und Unfälle

So unterschiedlich diese Erkrankungen hinsichtlich Entstehung, Verlauf und Therapie auch sein mögen, so weisen sie doch zwei bedeutende Gemeinsamkeiten auf:

- In Folge tritt zumeist eine Chronifizierung ein, die lebenslanger medizinischer und sozialer Behandlung bzw. Betreuung bedarf und damit rund zwei Drittel der gesamten Kosten der Krankenversorgung verursacht!
- Durch Abbau von Gesundheitsbelastungen in der physischen und sozialen Umwelt sowie durch die Verbesserung individuellen Gesundheitsverhaltens sind sie in erheblichem Maße vermeidbar!

Da sowohl die Erkrankungsraten dieser „großen Erkrankungen“ als auch ihre Ursachenbündel in ärmeren Bevölkerungsschichten signifikant höher liegen als in den Mittel- und Oberschichten, müssen sich die Strategien der Gesundheitsförderung expli-

zit auf die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit der Gesundheits- und Versorgungschancen ausrichten. Um dieses Ziel zu erreichen, bedarf es innovativer, auch experimenteller Ansätze. Erfolgreiche Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen muss nach dem heutigen gesundheits-wissenschaftlichen Kenntnisstand exakt auf die angestrebte Zielgruppe in ihrem Lebenskontext zugeschnitten und in ihre Lebenswelt integrierbar sein, um sowohl die Menschen und ihr gesundheitsförderndes Potenzial tatsächlich zu erreichen als auch die Mittel- und Oberschichtorientierung klassischer präventiver Angebote zu durchbrechen. Bewährt hierbei hat sich der bereits angesprochene Settingansatz (die sog. Lebensweltorientierung); ein Systemansatz, der unter Einbeziehung der relevanten Akteure und angestrebten Zielgruppen die Gesundheitspotenziale im konkreten Lebensbereich wie beispielsweise im Stadtteil aufzuspüren und zu entwickeln sucht.

Und damit spanne ich den Bogen zur Sozialen Stadtentwicklung, denn in ihren prioritären Handlungsgrundsätzen weisen Soziale Stadtentwicklung und Sozialraumbezogene Gesundheitsförderung deutliche Parallelen auf:

- die Stadt / der Stadtteil als zentrale Handlungsebene
- ein integriertes Entwicklungskonzept, d.h. ein auf die konkreten Gegebenheiten vor Ort abgestimmtes Handlungskonzept
- Bürgeraktivierung und -beteiligung
- bei gleichzeitiger Fokussierung auf sozial benachteiligte Menschen
- die Lebensweltorientierung
- Niedrigschwelligkeit der Angebote
- Netzwerkbildung
- interdisziplinär und ressortübergreifend sowie die
- Orientierung an Gestaltungsprozessen und weniger an vorgegebenen Ergebnissen

Das Bund-Länder-Programm Soziale Stadt bindet seit Bestehen Gesundheitsförderung explizit in seine zentralen Handlungsbereiche ein mit dem Ziel, ein nachhaltiges Aktionsbündnis für Gesundheit im

Quartier zu etablieren. Soziale Stadtentwicklung erweist sich hierbei als ein wesentliches Element integrierter Gesundheitsförderung einerseits; soziallagenbezogene Gesundheitsförderung jedoch schafft erst die Voraussetzung für eine nachhaltige Verbesserung von Gesundheits- und Lebenschancen in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf andererseits. Statistisch vielfach belegt leben in allen Sozialen Stadt-Gebieten überdurchschnittlich viele sozioökonomisch benachteiligte Menschen wie Arbeitslose, Sozialhilfeempfänger/innen, Migrant/innen, Alleinerziehende und kinderreiche Familien, so dass aufgrund der beschriebenen sozialen Determinanten von Gesundheit auch von einer Kumulation gesundheitlicher Problemlagen in den Programmgebieten ausgegangen werden muss. Aber –; betrachtet man die Statistiken des Deutschen Instituts für Urbanistik, das die Programmumsetzung wissenschaftlich begleitet, so stellt sich rasch Ernüchterung ein: Gesundheitsförderung – als ein prioritäres Handlungsfeld mit größter Dringlichkeit und gesellschaftlicher Relevanz zwar vielfach postuliert – rangiert de facto an letzter Stelle der Projektlandschaft in allen Sozialen Stadt-Gebieten. Das mag zum einen daran liegen, dass Soziale Stadt ein Förderprogramm mit städtebaulichem Schwerpunkt ist. Aber es liegt mit Sicherheit auch daran, dass sich die Akteure vor Ort der gesundheitsfördernden Aspekte ihrer Arbeit oftmals nicht bewusst sind; diese entsprechend weder konkret in die Projektplanung einbeziehen noch in der Projektdokumentation erwähnen.

Wie können wir dem begegnen?

Erhellend hierzu eine Passage aus der newsletter soziale stadt info 20: „Um das Thema Gesundheit stärker in die integrierte Stadtteilentwicklung einzubringen, ist es erforderlich, dass sich alle Akteure im Stadtteil (...) mehr als bisher in der Umsetzung des Programms Soziale Stadt engagieren und vor Ort mitwirken. Damit dies gelingt, scheint es jedoch einerseits unerlässlich, den Ansatz der sozialräumlichen und stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung stärker in der 'Gesundheitsszene' zu verbreiten und darüber aufzuklären, dass der Stadtteil ein zentraler Ort, ein zentrales Setting der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten ist. Andererseits sollte

das Quartiersmanagement das Thema Gesundheit aktiv in seine Arbeit integrieren und Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen zwischen den relevanten Akteuren in der Verwaltung, im intermediären Bereich und im Quartier anstoßen, unterstützend mit aufbauen und koordinieren. Hilfreich hierfür kann die Einrichtung einer Koordinierungsstelle Gesundheit (...) sein, die als lokaler 'Kristallisationskern' eine gesundheitsbezogene Vernetzungsstruktur im Stadtteil anschiebt, pflegt und moderiert, gemeinsam mit den Netzwerkpartnern eine gesundheitsfördernde Gesamtstrategie für den Stadtteil entwickelt sowie Gesundheitsprojekte initiiert und unterstützt. Aufgabe der Koordinierungsstelle Gesundheit vor Ort sollte es auch sein, die im Rahmen der Programmumsetzung Soziale Stadt entwickelten Beteiligungs- und Aktivierungsstrukturen sowie Zugangswege für die Gesundheitsförderung zu nutzen und weiterzuentwickeln.“

Welche Aufgabenschwerpunkte und Erfolg versprechenden Interventionsansätze lassen sich nun für eine „Koordinierungsstelle Gesundheit“ definieren?

Gesundheitsfördernde Kommunikation

- Gesundheit/Gesundheitsförderung im Quartier ressortübergreifend zum Thema machen im Rahmen beispielsweise von Gesundheitskonferenzen, Stadtteilkonferenzen und Fachtagungen
- darauf aufbauend die Ermittlung der Gesundheitspotenziale und -ressourcen im Quartier im Rahmen einer detaillierten Bestands- und Bedarfsanalyse sowie
- die Formulierung konkreter Handlungsbedarfe in Form eines Ziel- und Maßnahmenkatalogs in Kooperation mit den relevanten Akteuren im Stadtteil

Gesundheitsfördernde Kooperation

- die Einbeziehung aller relevanten Akteure im Stadtteil
- für den Aufbau tragfähiger gesundheitsfördernder Netzwerke
- zur Entwicklung ressourcenschonender Interventionsstrategien
- unter Berücksichtigung alternativer Finanzierungsoptionen

Koordination

- der Projekte und Maßnahmen

- der Bündnispartner für Gesundheit
- strategisch und operativ

Mediation

- zwischen Sozial- und Gesundheitswesen
- interdisziplinär und ressortübergreifend

Identifikation

- von Schnittstellen
- und möglichen Bündnispartnern

Das Deutsche Institut für Urbanistik hebt insbesondere drei Strategien nochmals als zielführend hervor, Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Menschen in den Quartieren nachhaltig zu verankern:

1. Strategie: Netzwerkaufbau mit dem Ziel, Gesundheitsförderung im Sinne eines 'Aktionsbündnisses im Stadtteil' zu verankern.
2. Strategie: Die Schaffung niedrigschwelliger Angebote durch z.B. die gemeinsame Entwicklung von Modellprojekten in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Familiengesundheit, Sucht- und Gewaltprävention.
3. Strategie: Die infrastrukturelle Verankerung stadtteilbezogener Gesundheitsangebote in Gesundheitshäusern oder -läden mit dem Ziel, die gesundheitliche Versorgung im Stadtteil zu verbessern sowie gesundheitsbewusste Verhaltensweisen zu fördern.

Mögliche **Bündnispartner** können hierbei beispielsweise sein:

Bündnispartner des Programms Soziale Stadt, z.B.:

- Quartiersmanagement
- Gesundheitsamt
- Umweltamt
- Sozial- und Jugendamt
- Amt für Stadtentwicklung
- Stadtplanungsamt u.v.m.
- Arbeitsagenturen und JobCenter
- Wohlfahrtsverbände
- Vereine

Aus dem medizinischen Bereich, z.B.:

- Krankenkassen
- Kliniken
- Ärzte, Apotheker, Psychologen, Hebammen, Physiotherapeuten, Logopäden etc.
- Pro familia
- Selbsthilfegruppen

Aus dem Bildungsbereich, z.B.:

- Schulen, Kindergärten, Volkshochschulen, weitere Bildungseinrichtungen
- Hochschulen und Forschungsinstitute
- Kunst- und Kultureinrichtungen wie Kulturzentren, Kreativ- und Malwerkstätten etc.
- Kirchengemeinden und Religionsgemeinschaften
- Wirtschaftsunternehmen mit Affinität zu gesundheitsrelevanten Themen
- sowie Bündnispartner anderer Programme und Netzwerke wie beispielsweise
- Das Gesunde-Städte-Netzwerk
- 'Bündnisse für Familien' sowie
- Begleitprogramme der Sozialen Stadt
- sowie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Aus der Summe unserer vielfältigen Erkenntnisse lassen sich abschließend die wichtigsten gesundheitsbezogenen Aufgaben für Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt ableiten:

- Die Verankerung von Gesundheitsförderung in stadtteilbezogenen Handlungskonzepten und Aktionsplänen.
- Die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit durch gesundheitsfördernde Aktivitäten in benachteiligten Stadtgebieten.
- Der Aufbau tragfähiger gesundheitsfördernder Netzwerke mit Gesundheitsakteuren, Vertretern aus dem Bereich Verwaltung, lokalen Akteuren und Bewohnerschaft.
- Die Förderung der individuellen Gesundheitskompetenzen in Schulen, Kindertagesstätten und anderen Bildungseinrichtungen.
- Die Stärkung des sozialen Zusammenhalts, Unterstützung von Selbsthilfeförderung, Bürgerengagement, Nachbarschaftshilfe und sozialen Netzwerken.
- Die Konzeption von Projekten und Maßnahmen entsprechend dem Alter, dem Geschlecht, dem kulturellen Hintergrund und den Präferenzen der angestrebten Zielgruppe.
- Die Entwicklung geeigneter Rahmenbedingungen für eine gesundheitsverträgliche und -förderliche Umwelt in Zusammenarbeit mit den zuständigen Ämtern.
- Sowie ein Hinwirken auf die konsequente Berücksichtigung von Gesund-

heit / Gesundheitsförderung in kommunalen Entscheidungsprozessen.

Die komplexe Strategieraufgabe der Gesundheitsförderung ist mit den Worten der WHO – als 'Wissenschaft und Kunst zugleich' – sehr treffend beschrieben, denn eine 'Gesunde & Soziale Stadt' lässt sich letztlich nur durch gesamtgesellschaftliches Bemühen erreichen; durch politische Konsensfindung zur Schaffung gesundheitsgerechter Rahmenbedingungen, multisektorale und interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie die Befähigung der Menschen im Stadtteil, in der Gemeinde.

Literaturverzeichnis

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Reihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung.“ Band 6: „Was erhält Menschen gesund?“. Köln 1998.
Band 22: „Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte“. Köln 2003.

Friedrich-Ebert-Stiftung, Wirtschafts- und sozialpolitisches Forschungs- und Beratungszentrum, Abteilung Arbeit und Sozialpolitik (Hrsg.): „Prävention und Gesundheitsförderung“. Bonn 2006.

Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.): „Gesunde Städte-Aktionsprogramm: Kommunale Kompetenzen für Gesundheit“. Halle an der Saale 2004.

Kontakt: elke.vienken@web.de

Göpel, Eberhard; Schubert-Lehnhardt, Viola (Hrsg.): „Gesundheit gemeinsam gestalten 2“. Frankfurt am Main 2004.

Mielck, Andreas: „Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten“. Bern 2000.

Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): „Gesundheitliche Ungleichheit.

Diskussion im Workshop

Zu Beginn der Diskussion wurde überlegt, wie das Thema Gesundheit besser in den Mittelpunkt gestellt werden könnten. Eine Überlegung war, zum Beispiel stärker die Ärzteschaft einzubeziehen. Sinnvoll wäre es auch, Koordinierungsstellen für Gesundheit ergänzend zu den Quartiersmanagern anzusiedeln, damit Quartiersmanagement und Gesundheitsförderung Hand in Hand gehen könnte. Wichtig fanden die Teilnehmenden, Quartiersmanager verstärkt in Gesundheitsnetzwerke einzubinden.

Generell wurde das Thema finanzielle Mittel in der Diskussion oft aufgegriffen. Für kurzfristige Projekte sei es schwieriger an Gelder zukommen, die meisten Projekte müssten von langer Hand geplant werden. Deutlich wurde auch, dass den Menschen in den Gebieten der Sozialen Stadt das Geld für das alltägliche Leben fehlte. Offensichtlich wurde dies auch an dem Beispiel der Praxisgebühr über 10 €,

Grundlagen, Probleme, Perspektiven“. Wiesbaden 2003.

Schüppel, Reinhart: „Diagnostische und therapeutische Leistungsprozesse im Gesundheits- und Sozialwesen“. 3. Auflage, Riedlingen 2002.

Vienken Elke: „Die Gesunde & Soziale Stadt“. Karlsruhe 2008.

die zum Teil von Bürgerinnen und Bürgern nicht aufgebracht werden können. Außerdem wurde von einem Solidaritätsfond berichtet, der für die Wohnungslosenhilfe gegründet wurde. Finanziert wurde dieser Fond aus Spenden, die für einen bestimmten Zeitraum festgelegt wurden, davon konnte dann z.B. eine Krankenschwester zwei bis drei Tage die Woche bezahlt werden, die sich um die Wohnungslosen kümmerte. Eine weitere Möglichkeit wäre die Unterstützung von Zuzahlungen zu gesundheitlichem und medizinischem Bedarf.

Ein weiterer Partner bei der Finanzierung von Projekten können auch die Krankenkassen vor Ort sein (Grundlage: §20 SGB V). Hier könnte auch versucht werden gemeinsam mit dem Gesundheitsamt vor Ort ein Projekt zu initiieren und die Krankenkasse als Kooperationspartner und finanzieller Unterstützer zu gewinnen. Funktionierende Netzwerke stellen oft die Basis und eine gute Voraussetzung für gemeinsame Projekte und finanzielle Unterstützung.

7. Chancen und Hürden für das Thema Gesundheit in der Sozialen Stadt – wie funktioniert Zusammenarbeit?

Eva Belzner, Gesundheitsamt Ludwigsburg

Übersicht

- Vorstellung des Stadtteils
- Kontaktaufnahme
- Projektbeteiligung
- Projekt Miges (Migration und Gesundheit)
- Diskussionsfragen

Ludwigsburg-Eglosheim

- Größter Stadtteil in Ludwigsburg
- dörflicher Kern und Sozialwohnungsgebiete
- 2000–2008 Programm „Soziale Stadt“
- 2003–2008 Projekt LOS – „Lokales Kapital für Soziale Zwecke“
- 2009 STEP: Stadtteilentwicklungsplan

Kontaktaufnahme

- Arbeitsschwerpunkt gesundheitliche Chancengleichheit
- Persönlicher Kontakt
- Weitere Gebiete: www.sozialestadt.de

Projektbeteiligung

- Miges
- LOS-Begleitausschuss
- Mittagstisch/Bürgertreff
- Familienzentrum

Kooperationspartner

- MIKELE: Miteinander – interkulturelle Elternbildung in Ludwigsburg-Eglosheim
- Deutschkurs und internationales Frauenfrühstück vom Verein Frauen für Frauen e.V.

Zielgruppen

- Türkische Frauen aus LB-Eglosheim
- Frauen anderer Nationalitäten

Projektziele

- Vermittlung theoretischer und praktischer Kenntnisse bzgl. gesundheitlicher Themen und Infrastruktur
- Abbau von Hemmschwellen und Ängsten bei den Teilnehmerinnen, die sie an der Nutzung der Regelversorgung hindern

- soziale Integration und Teilhabe der Zielgruppe
- Stärkung der Frauen in ihrer Rolle als Schlüsselperson für die Gesundheit ihrer Familien
- Austausch und Unterstützung in der Gruppe
- Stärkung der gesundheitlichen Eigenverantwortlichkeit

Inhalte der Seminare

- Einschulungs- und Vorsorgeuntersuchungen
- Impfungen
- Kinderkrankheiten
- Verhütung
- Schwangerschaft
- Aids
- Sexualaufklärung: „Wie sag ich´s meinem Kind?“
- Gesunde Ernährung
- Ernährungserziehung
- Ess-Störungen
- Stress- und Konfliktbewältigung
- Psychische Krankheiten
- Zahngesundheit
- Sonnenschutz

Gestaltung der Seminare

- Themen gemeinsam festlegen
- Zeit für Übersetzung einplanen
- Kurze inhaltliche Inputs
- Einfache und verständliche Sprache
- Bezug zur Lebenssituation
- Flexibler Ablauf d.h. auf Fragen eingehen
- Eigene Erfahrungen und Meinungen einbringen
- Viel Zeit zum Erfahrungsaustausch
- Keine Methoden einsetzen, bei denen man schreiben oder lesen muss
- Wenn möglich etwas gemeinsam tun, ausprobieren

Evaluation

- Keine wissenschaftliche Evaluation
- Kontinuierliche Weiterentwicklung durch Rückmeldungen der Teilnehmerinnen
- Wachsende Teilnehmerzahl

Ergebnisse + Wirkungen

- Gegenseitiger Lernprozess
- Teilnehmerinnen als Multiplikatorinnen
- Impfstatus verbessert
- Ängste ggü. Behörden abgebaut
- Andere Angebote und Dienste werden in Anspruch genommen

Weiterentwicklung

- Recherche nach anderen Gruppen im Landkreis
- Angebotsheft mit Themensammlung
- Externe Referentenliste
- Multiplikatoren Ausbildung

Wie gelingt Zusammenarbeit?

- Persönliche Kontakte
- Angebote aufzeigen: was kann ich den anderen geben?
- Bedarf erfahren: wo werde ich gebraucht?
- Ähnliche Haltung und Ziele

Diskussion im Workshop

In der nachfolgenden Diskussion sind die Teilnehmenden besonders an den Projekten „Mittagstisch“ und „Miges“ interessiert. Bei dem Projekt „Mittagstisch“ handelt es sich um ein Angebot im Stadtteil, welches dreimal die Woche besteht und außer einem gemeinsamen Essen, die Möglichkeit zum Kontakte knüpfen und Austausch bietet. Das Essen hierfür wird zum Selbstkostenpreis von der PH Ludwigsburg geliefert und mit Angeboten wie Rezeptaustausch, Gestaltung eines Kochbuches, der Vergleich von Essen früher und heute oder mit einem Austausch über gesundes Essen verbunden.

Es stellt sich die Frage, ob der „Mittagstisch“ zur Verstetigung von selbstständigem gesundem Handeln in den eigenen Haushalten der Bewohner/innen beiträgt. In dem Zusammenhang werden Ergänzungen und weitere Anknüpfungspunkte überlegt. Eine Idee ist ein Angebot wie Mittagstisch zeitweise dahingehend zu erweitern, gemeinsam mit Bewohner/innen einzukaufen und gesund zu kochen.

Wo kann man anknüpfen?

- Stadtteilmanager/Koordinator
- Bestehende Kontakte
- Engagierte Institutionen
- Kindergarten
- Schule

Welche Akteure einbinden?

- Andere Netzwerke
- Krankenkassen
- Hebammen
- Ärzte

Welche Interventionen sind sinnvoll?

- Gesundheitsbildung
- Stadtteilgestaltung
- Bürgerbeteiligung z.B. Ferienangebote von und für Jugendliche

Welche Widerstände gibt es?

- Unwissenheit
- Konkurrenzdenken
- Verteilungskampf bei knappen Ressourcen

Es wurde festgestellt, dass weitere Projekte ausgehend vom „Mittagstisch“ entwickelt und so die Bewohner und Bewohnerinnen für weiterführende Gesundheitsprojekte gewonnen werden könnten.

Bei dem Projekt „Miges“-Migrantinnengesundheit entstand über einen guten Kontakt zum Frauenhaus eine Seminarreihe zum Thema Gesundheit, die in regelmäßigen Abständen durchgeführt wurde. Die Themen der Seminarreihe wurden mit den Teilnehmerinnen gemeinsam ausgewählt und umfassten Bereiche wie Vorsorgeuntersuchungen von Kindern, Impfungen, Sexualität und gesunde Ernährung. Die Rahmenbedingungen der Migrantinnen sind dabei zu beachten, wenn man diese gut erreichen möchte. Das heißt vorab ist zu überlegen, wo sich die Frauen treffen können und welche Zeiten für sie passend sind.

Durch die Seminarreihe wurde erstmals ein Zugang zu Migrantinnen geschaffen, welches in nächster Zeit mit Hilfe eines Multiplikatorenprogramms zu einem größeren Angebot ausgeweitet wird. Im Rahmen des Projektes war das Engagement in dem Stadtteil sehr hoch und bei den Teilnehmerinnen konnte großes Interesse geweckt werden. Es wird versucht, die bisherigen Teilnehmerinnen für das Multiplikatorenprogramm mit einzubeziehen unter dem Gesichtspunkt der Partizipation und Qualifizierung der Menschen vor Ort.

Gegen Ende des Workshops wird noch einmal auf die Ausgangsfrage des Vortags eingegangen, „Wie gelingt Zusammenarbeit?“. Hierbei steht der persönliche Kontakt von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamtes mit Kooperationspartnern im Vordergrund. Das „Andocken“ an schon vorhandene soziale Orte oder Projekte wie Frauenhäuser, Schule, Kindergärten wird als sehr förderlich angesehen. Diese Projekte können als „Türöffner“ für weiterführende Projekte und Angebote dienen

8. Gesundheit ist auch Wohnen, arbeiten, soziale Kontakte... – wie fange ich mit Gesundheit an?

Gerald Lackenberger

Ungesunde Wohnbedingungen:

- Isolierung, Schimmel, Feuchtigkeit, Trittschall, Überbelegung, Anonymität
- Langzeitarbeitslosigkeit: Einkommen, Tagesstruktur, Anerkennung, Sinngebung, Isolation
- Schlechte Bildung: Gesundheitswissen, Bildungswillen, Milieuverhaftung...
- Soziale Aktivitäten und Freizeit: Isolation, Mobilität, nachbarschaftliche Netzwerke, Sport
- Umwelt und Verkehr: Mobilität, Lärm, Emissionen, Anbindung
- Stadtteilimage: Arbeitsmarktchancen, Vorurteile, neue Impulse Lebensgestaltung

Gesundheitsfördernde Aspekte

- Gute Wohnbedingungen: Größe, Behaglichkeit, gute Wärme- u. Schallisolation, Bekanntschaften, Aushelfen
- Erwerbsarbeit: gutes Einkommen, Anerkennung, Sinnstiftung, Status, Bekanntschaften (Kolleg/innen)
- Bildung: Wissen über Gesundheit, Ernährung, Fortbildungstendenzen, Milieuübertritt
- Soziale Aktivitäten und Freizeit: Freundschaften, Mobilitätsanreiz, Netzwerke, Bewegung
- Umwelt und Verkehr: Mobilität, gesunde Luft, weniger Lärm, gesunde Umweltbedingungen
- Stadtteil-Image: Selbstwertgefühl, Stadtteilidentität, bessere Arbeitsmarktchancen

Gesundheits-Label

Nicht überall wo Gesundheit drin steckt, steht auch Gesundheit drauf!

Ottawa-Charta:

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“

Settinansatz

Die WHO-Charta beschreibt den Settinansatz bzw. das Setting als den alltäglichen Lebensraum, den Ort, in dem Interventionen greifen. Auch die Gesundheitsförderung muss dort ansetzen, wenn sie die Menschen in benachteiligten Stadtteilen und Quartieren erreichen will!

Problem der bisherigen Gesundheitserziehung und Prävention

- Zugang über Appellebene
- Zugang über Wissens- und Bildungsebene
- Gesundheitsthemenorientierte Veranstaltungen
- Zentrale Orte außerhalb der Quartiere
- Bekanntmachungen über quartiersferne Medien
- Fehlende Sozialraumorientierung

Mit den bisherigen Ansätzen werden die Menschen in den benachteiligten Stadtteilen und Quartieren nur marginal erreicht.

Neue Wege in der Gesundheitsförderung

- Sozialraumorientierung
- Lebensweltorientierung
- Zielgruppenorientierung
- Bestehende Einrichtungen nutzen
- Örtliche Strukturen nutzen
- Kooperation mit den örtlichen Akteuren
- Kooperation mit dem Quartiersmanagement
- Menschen dort aufsuchen, wo sie sich auskennen

Neue Wege in der Gesundheitsförderung

- „Raus aus dem medizinischen Elfenbeinturm“
- „Rein in die Stadtteile und Quartiere“
- an bestehende Strukturen anknüpfen
- Kooperationen vor Ort auch mit auf den ersten Blick gesundheitsfernen Institutionen eingehen
- vorhandene Netzwerke nutzen
- Quartiersmanagement ansprechen
- Neue Wege des Quartiersmanagement

- Kooperationen suchen mit: Krankenkassen, Arztpraxen und Apotheken im Stadtteil, Heilberufe im Stadtteil
- Gesundheitswesen und Bewohnerschaft an bekannten Orten zusammenbringen
- Gesundheitsthema mitdenken
- Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe wahrnehmen

Neue Wege des Quartiersmanagement
Beispiele:

- Migrantinnenmütter vormittags im Kindergarten ansprechen
- Schule und Gesundheitswesen zusammenbringen
- Dezentralisierung ermöglichen
- Räume bereitstellen
- Bewohner aktivieren
- eigene Zugänge nutzen

Diskussion im Workshop

Im Workshop wurden zu Beginn die Probleme der sozialen Stadtteile diskutiert. Dabei wurde deutlich, dass oftmals drohende Sanierung und der Abbruch von Wohnhäusern im Stadtteil zu Ängsten und Sorgen führt und die Bewohner und Bewohnerinnen wenig an anderen Themen interessiert sind. Die Aufnahme in das Programm „Soziale Stadt“ und der Beginn von Sanierungen finden häufig parallel statt. Eine Lösung kann hier sein, diese Veränderungen und die Sanierung als Aufhänger zunehmen, um mit den Bürger/innen ins Gespräch zu kommen. Langfristig werden auch wieder andere Themen aktuell, die man dann schon in vorhandene aktive Gruppen einbringen kann, wie bspw. das Thema Gesundheit.

Weiterhin wurde überlegt, wie in bestehenden Strukturen gesundheitsfördernde Aspekte eingebracht werden können. Hier wurde angedacht im Rahmen von Mittagstischen gemeinsam zu kochen oder auch in Sprachkursen Einheiten zu dem Thema Gesundheit und Ernährung aufzugreifen. Ein wichtiger Punkt ist die Bürgerbeteiligung bzw. Partizipation bei der Suche nach dem Bedarf.

Informationsmöglichkeiten

- www.sozialestadt.de
- www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
- www.bzga.de
- www.gesunde-staedte-netzwerk.de
- www.euro.who.int
- www.3stadt2.de
- www.stadtteilarbeit.de
- www.los-online.de
- www.bagsozialestadtentwicklung.de
- www.lag-sozialestadtentwicklung-bw.de

Ein Mittel ist die Befragung der Bewohner/innen zu verschiedenen Themen. Andererseits brauche es auch eine professionelle Sicht, um zu erkennen „was ist der Bedarf?“.

Ebenso wurden die Nachhaltigkeit und der finanzielle Rahmen aufgegriffen und die Zukunft für den Stadtteil nach Auslaufen des Programms diskutiert. Es zeigt sich, dass die Aktionen und Strukturen an der Förderung durch das Bund-Länder-Programm hängen, auch wenn versucht wird, ehrenamtliche Strukturen für die Zeit nach dem Programm zu implementieren.

In den Sozialen Stadtteilen ist das Thema Gesundheit unterschiedlich integriert. Teilweise gibt es Zirkel oder Treffen in denen bspw. zweimal im Jahr verschiedene Akteure aus dem Bereich Gesundheit zusammensitzen, sich austauschen und gemeinsame Aktionen planen. Ebenso gibt es Themengruppen, in denen sich die Bewohner/innen zu verschiedenen Themen treffen. Diese Themen-Gruppen treffen sich regelmäßig und aus diesen Themengruppen gehen verschiedene Projekte hervor. An der Umsetzung sind dann oft ganz andere Leute beteiligt.

Das Thema Bürgerbeteiligung und Partizipation wurde noch mal genauer betrachtet. Dabei wurde auch diskutiert, ob die Verhaltensänderung aus eigener Einsicht erfolgt, wenn die Verhältnisprävention richtig greift. Generell zeigt sich, dass die Bürgerbeteiligung größer ist, wenn das Thema nah und anschaulich ist und stark die eigenen Bedürfnisse der Bürger/innen betrifft.

In der abschließenden Runde wurden die Erkenntnisse der Tagung betrachtet. Folgende Äußerungen gab es dazu:

- Viel Neues und Interessantes. Knotenpunkte, Anregungen gefunden. Sehr Informativ.
 - Wenn die soziale Stadt richtig umgesetzt wird, dann ist das auch eine gesunde Stadt.
- Ich möchte den Gesundheitsaspekt in Zukunft stärker mitdenken.
 - Ich werde das Thema Gesundheit in Zukunft offensiver angehen und konkrete Gesundheitsförderung betreiben. D.h. die Bewohner zum Thema befragen und Gesundheitsfragen in Projektgruppen offen ansprechen.
 - Gesundheit ist mehr als Sport und Ernährung. Interessant war, wie das Thema Gesundheit in andere Projekte eingebettet werden kann. Der Austausch mit den unterschiedlichen Stadtteilen war hilfreich.

9. Ausblick

Bei der Forumsveranstaltung Baden-Württemberg wurden die Potentiale und Gemeinsamkeiten für eine Zusammenarbeit von Gesundheitsförderung und Sozialer Stadt sehr deutlich. Ottawa Charta und soziale Gemeinwesenarbeit basieren auf ähnlichen Prinzipien. Gesundheit wird in der Ottawa Charta „als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens“ verstanden. Der Lebensweltbezug ist in der Arbeit in den Quartieren der Sozialen Stadt ein entscheidender Aspekt. Die Umsetzung und Integration von Gesundheitsförderung durch Vernetzung im Rahmen der Stadtteilarbeit wurde daher als außerordentlich sinnvoll eingestuft. Vorhandene Angebote und Projekte sollten auf ihre gesundheitsförderlichen Aspekte geprüft werden, und als Ansatzpunkt für weitere Maßnahmen genommen werden.

Nächste Schritte vor Ort...

- Gesundheitsförderung stärker als Querschnittsthema bei der täglichen Arbeit im Stadtteil mitdenken und integrieren
- Die Bewohnerinnen und Bewohnern für Themen der Gesundheitsförderung sensibilisieren, z. B. auch bei Bürgerbefragungen.
- Die Ressourcen der Stadt auch im Hinblick auf gesundheitliche Aspekte wie z. B. Bewegungsräume, Verpflegungsangebote erkunden. Dabei kann überprüft werden, ob beispielsweise eine Koordinierungsstelle Gesundheitsförderung im Stadtteil implementiert werden kann oder die Einrichtung eines „Gesundheitszirkels“ möglich ist.
- Einrichtungen der Gesundheitsförderung wenden sich direkt mit ihren Angeboten und Ideen an das Quartiersmanagement. Hier heißt es „Raus aus dem Elfenbeinturm und rein in die Stadtteile“.

Der fachliche Austausch und die Vernetzung von Partnern der Sozialen Stadt und der Gesundheitsförderung vor Ort ist ein wichtiger Schritt für eine kooperativ angelegte gesundheitsförderliche Gestaltung von sozialen Stadtteilen.

Nächste Schritte auf Landesebene...

Verbreitung der „Arbeitshilfe für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier“ zur Unterstützung der Gesundheitsförderung im Quartier (voraussichtlich im Januar 2009)

- Weiterführung des fachlichen Austauschs und Intensivierung der Zusammenarbeit zur Verbesserung der Transparenz zwischen beiden Bereichen im Rahmen bestehender Gremien,
 - z.B. durch Beteiligung der Vertreterinnen und Vertreter der Sozialen Stadt im Netzwerk des Regionalen Knotens Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten
 - z.B. durch Mitwirkung von Akteuren der Gesundheitsförderung bei der Landesarbeitsgemeinschaft Soziale Stadtentwicklung zur Gesundheitsförderung
- Klärung der Unterstützungsmöglichkeiten für Quartiersmanager/innen im Bereich der Gesundheitsförderung beispielsweise durch die Gesundheitsämter bei den Stadt-/Landkreisen
- Weitere Kooperationsveranstaltungen...

Kontakt:

Barbara Leykamm • mail: barbara.leykamm@rps.bwl.de