



Expertenworkshop

Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in den Quartieren des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt“



Eine Veranstaltung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und des bundesweiten Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“
Berlin, 23. April 2008





Expertenworkshop

Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in den Quartieren des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt“

23. April 2008 in Berlin

Inhalt

Grußworte	1
Begrüßung Dr. Monika Köster (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)	1
Grußwort Dr. Petra Drohsel (Bundesministerium für Gesundheit)	3
Grußwort Angelika Baestlein (Bundesministerium für Bau, Verkehr und Stadtentwicklung)	5
Grußwort Carola Gold (Kooperationsverbund / Gesundheit Berlin)	8
Prävention im Setting Stadtteil/ Settings im Stadtteil - Warum? Wie? Mit welcher Qualität? (Prof. Rolf Rosenbrock, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung)	10
Ergebnisse der Arbeitsgruppen	25
Arbeitsgruppe 1: Warum „läuft“ in Ihrem Quartier das Thema Gesundheit?	26
Arbeitsgruppe 2: Was kann der Gesundheitsbereich den Quartieren anbieten?	32
Arbeitsgruppe 3: Wer gehört dazu, wenn Gesundheit im Stadtteil stark gemacht wird?.....	37
Arbeitsgruppe 4: Wie geht „Gesundheit“ (ÖGD, Entscheidungsträger in Politik und Verwaltung) mit dem sozialräumlichen Ansatz um?	42
Arbeitsgruppe 5: Wie gewinne ich die Bewohnerinnen und Bewohner für das Thema Gesundheit?	47
Arbeitsgruppe 6: Was macht die Qualität gesundheitsfördernder Angebote im Quartier aus?.....	52
Arbeitsgruppe 7: Was sind Hürden / Hindernisse für das Thema Gesundheit im Quartier?	57
Arbeitsgruppe 8: Wie kann ein Quartier / ein Quartiersmanagement unterstützt werden, wenn Gesundheit im Stadtteil stark gemacht werden soll?	62
Verabschiedung durch Dr. Frank Lehmann (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)	69
Tagesordnung	
Teilnehmerinnen und Teilnehmer	



Grußworte

Begrüßung Dr. Monika Köster (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)



Ich freue mich sehr, Sie alle im Namen der BZgA zu unserem Workshop, „Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in den Quartieren des Bund-Länder-Programms Soziale Stadt“ begrüßen zu können.

Ich freue mich besonders, Frau Dr. Drohsel , Bundesministerium für Gesundheit und Frau Baestlein, Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung heute hier begrüßen zu können. Dann möchte ich Herrn Professor Ro-

senbrock sehr herzlich begrüßen und mich gleichzeitig auch für die Gastfreundschaft bedanken. Schön, dass wir die Räumlichkeiten des Wissenschaftszentrums Berlin für unseren heutigen Expertinnen- und Expertenworkshop nutzen können. Dann freue ich mich, Frau Gold für die Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes hier begrüßen zu können.

Ich möchte zu Beginn kurz auf den Nationalen Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ eingehen, der mit seinen Zielsetzungen und in der Umsetzung seiner Arbeitsschwerpunkte um die Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in Deutschland kümmert. Viele von Ihnen und Ihren Organisationen sind selbst Mitglied des Kooperationsverbundes.

Der bundesweite Kooperationsverbund wurde 2001 von der BZgA initiiert und wird zurzeit aus einer Zusammenarbeit zwischen BZgA, allen Landesvereinigungen für Gesundheit, der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung, dem BKK-Bundesverband und den Ersatzkassen VdAK/AEV getragen. Der Kooperation gehören alle Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, weitere Krankenkassen, Bundesverbände der Ärzteschaft, fünf Wohlfahrtsverbände und drei Länderministerien an. Insgesamt sind 51 Partnerorganisationen im Kooperationsverbund vertreten. Die Arbeit des Kooperationsverbundes wird begleitet durch einen Arbeitskreis aus nationalen und internationalen Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis sowie Akteurinnen und Akteuren aus dem Gesundheitsförderungs- und Wohlfahrtsbereich.

D.h. hier existiert ein sehr großer Verbund zentraler Akteure, die diese wichtige Aufgabe der Stärkung und Verbreitung guter Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten engagiert und gemeinsam angehen.



Um die Vernetzung auf Ebene der Bundesländer bis hinein in die praktische Arbeit vor Ort zu unterstützen, wurden Regionale Knoten aufgebaut, die seit Anfang 2007 in allen 16 Bundesländern arbeiten. Diese knüpfen mit ihrer Arbeit an landesbezogene Strukturen an.

An dieser Stelle ergibt sich folgerichtig die Verknüpfung zu dem Thema des heutigen Expertinnen- und Experten-Workshops Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in den Quartieren des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt“.

Frau Dr. Drohsel wird gleich die Tagung auch offiziell eröffnen. Sie selbst hat vor einiger Zeit ganz offiziell den Startschuss gegeben, mehr zu tun für die Verbindung der beiden Bereiche Gesundheitsförderung und Arbeit in den Quartieren.

In diesem Sinne ist die heutige Veranstaltung im Rahmen eines Maßnahmenprogramms als ein Meilenstein in die Richtung zu sehen, die Arbeit in den Quartieren des Programms Soziale Stadt intensiver als bisher auch auf Gesundheitsförderung auszurichten und auf der anderen, im Bereich der Gesundheitsförderung verstärkt soziallagenbezogene sozialräumliche Ansätze umzusetzen.

Es wird heute im Rahmen des Workshops darum gehen, ressort- und sektorenübergreifend bestehende Ansätze zusammen zu bringen. Es ist das Ziel, bewährte Ansätze und Strategien zusammen zu führen und voneinander zu lernen. Es geht darum, die Arbeit in den Quartieren in Richtung Gesundheitsförderung zu unterstützen. Wir möchten mit Ihnen gemeinsam erörtern, welche Unterstützung und welche Arbeitshilfen vor Ort benötigt werden. Ich freue mich daher besonders, dass so viele Praktikerinnen und Praktiker anwesend sind. Wir werden in den Arbeitsgruppen die Möglichkeit haben, die konkreten Aspekte sehr intensiv zu diskutieren.

Ich wünsche uns einen intensiven und konstruktiven Austausch sowie gute und praxisrelevante Arbeitsergebnisse. Ich darf jetzt Frau Dr. Drohsel bitten, die Tagung offiziell zu eröffnen.

Grußwort Dr. Petra Drohsel (Bundesministerium für Gesundheit)



Sehr geehrte Damen und Herren,

ich begrüße Sie sehr herzlich zur heutigen Veranstaltung.

Aus der Einladung können Sie entnehmen, dass zwei Bundesministerien, nämlich das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung heute mit Ihnen über das Programm „Soziale Stadt“ diskutieren wollen.

Aus der Sicht des BMG heißt das: Wir wollen Gesundheitsförderung in die Stadtteile bringen. Gesundheit ist eine Voraussetzung für die Chance auf soziale Teilhabe. Maßnahmen der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention, insbesondere in den benachteiligten Stadtteilen, sind Bausteine, um soziale Ausgrenzung zu verhindern. Gerade im Sinne einer nachhaltigen Strategie der Stadtentwicklungspolitik ist es daher notwendig, die gesundheitlichen Auswirkungen zu berücksichtigen.

So ist es beispielsweise eine fußgänger- und fahrradfreundliche Umgebung und ausreichende Bewegungsmöglichkeiten für alle Altersgruppen wichtig. Bewegungsmöglichkeiten zu schaffen ist ein wesentlicher Baustein um gesundheitsförderliche Lebensstile zu ermöglichen. Ebenso leistet der Klimaschutz einen wesentlichen Beitrag zum vorsorgenden Gesundheitsschutz. Ziel dieser Politik ist der Zugewinn an Gesundheit und Lebensqualität für die gesamte Bevölkerung.

Die Ergebnisse des Kinder- und Jugendsurveys des Robert Koch-Instituts haben gezeigt, dass 15% der 3- bis 17jährigen übergewichtig sind. Deutlich wurde auch dass deren motorische Fähigkeiten im Hinblick auf Koordination und Beweglichkeit akuten Handlungsbedarf aufzeigte. Ursachen gibt es viele!

Urbanisierung ist ein Stichwort oder auch die Medien (Computerspiele) u.a.m. haben den natürlichen Bewegungsdrang erheblich reduziert. Gesundheitsförderung im Stadtteil, im Quartier, ist aber auch in Zeiten des demografischen Wandels wichtig. Wir kennen alle Wohngebiete mit hoher Verkehrsbelastung, räumlicher Enge und Mangel an Freizeitflächen. In solchen Wohngebieten wünschen wir uns doch alle die soziale Stadt und Gesundheitsförderung.

Die größte Wahrscheinlichkeit, nachhaltige Erfolge für die Gesundheit der Bevölkerung zu erzielen, liegt in der strukturellen Verankerung der Gesundheitsförderung in den Settings, insbesondere in den Quartieren und Stadtteilen. Dazu ist die ressortübergreifende Zusammenarbeit in der kommunalen Politik erforderlich.



Erfolgversprechende Projekte sind auf eine solche Kooperation angewiesen. Wichtige Akteure im Stadtteil sind unter anderem das Gesundheitsamt, das Jugendamt, das Sozialamt, das Grünflächenamt und das Verkehrsamt. Solche Settingmaßnahmen sind hoch komplex und es gibt noch wenig Wissen über erfolgversprechende Konzepte. Das wollen wir ändern!

Wir haben auf Bundesebene nun den ersten Schritt zu einer vernetzten, also zur ressortübergreifenden Zusammenarbeit gemacht. Wir wollen aufzeigen, wie das Programm „Soziale Stadt“ für Projekte der Gesundheitsförderung genutzt werden kann und wie diese Projekte aussehen können.

Zu diesem Zweck haben wir auf der Internetseite des BZgA – Kooperationsprojekts „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ an prominenter Stelle ein Modul „Gesundheitsförderung im Stadtteil“ eingerichtet.

Darüber hinaus hat die BZgA die Partner des Kooperationsverbundes in den 16 Bundesländern - die sog. Regionalen Knoten - für Projekte der Gesundheitsförderung in den Stadtteilen sensibilisiert. So kann das Programm Soziale Stadt in die Fläche getragen werden.

Ich hoffe dass die heutige Veranstaltung Sie ermutigt und Ihnen zeigt, welche Partner wichtig sind und wie Finanzierung möglich ist. Es werden Ihnen auch vorbildliche Beispiele aus dem Themenbereich Ernährung und Bewegung vorgestellt, so dass Sie zur Nachahmung ermuntert werden.

Auf diesem Weg haben wir schon weitere Kooperationspartner gefunden. So wird der Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes die Gesundheitsförderung in sozial benachteiligten Stadtteilen im Programmgebiet Soziale Stadt auf seinem Kongress Ende Mai 2008 vorstellen.

Nachdem die Landesgesundheitsbehörden am 11. April diesen Jahres beschlossen haben einen Antrag in die Bauministerkonferenz der Länder einzubringen, sind wir zuversichtlich, dass die Gesundheitsförderung im Programm der Sozialen Stadt stärker berücksichtigt wird.

Meine Damen und Herren, wir gehen mit unserer Initiative neue Wege der Verknüpfung von Politikbereichen. Dies ist notwendig und überfällig, um die Gesundheit der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern.

Ich wünsche Ihnen und uns auf diesem Weg viel Erfolg.

Grußwort Angelika Baestlein (Bundesministerium für Bau, Verkehr und Stadtentwicklung)



Ich begrüße Sie auch seitens des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung ganz herzlich zu dieser Veranstaltung. Unser Thema ist heute, wie wir die Ressortpolitiken Gesundheit und Stadtentwicklung noch stärker verschränken können, um einen Mehrwert für alle zu erreichen.

Frau Dr. Drohsel hat aus der Perspektive der Gesundheitspolitik gesprochen.

Als „Bau- und Stadtentwicklungsministerium“ gehen wir das Thema aus der Perspektive des Stadtquartiers an - also aus einer Querschnittsperspektive, die fachübergreifendes und integriertes Handeln zwingend voraussetzt. Unsere Instrumente liegen vor allem in der investiven Förderung. Weil aber die Wohn- und Lebensbedingungen in den Stadtteilen insgesamt verbessert werden müssen, muss die baulich-investive Förderung ergänzt werden durch vielfältige Beiträge anderer Fachressorts auf der Ebene von Bund, Ländern und Gemeinden. Das können etwa finanzielle Beiträge aus Förderprogrammen sein oder personelle Ressourcen.

Vor allem aber geht es um die Mitwirkung der Akteure im Quartier. Integrierte Entwicklungskonzepte müssen von vielen mitgetragen werden, und die Projekte müssen im Quartier vernetzt sein.

Ansatzpunkt des Programms Soziale Stadt

Selbstverständlich besteht vor allem in den Stadtquartieren Handlungsbedarf, in denen sich Probleme konzentrieren. Um diese Quartiere geht es in der heutigen Diskussion.

In den Fördergebieten des Städtebauförderungsprogramms „Soziale Stadt“ sind es - neben Mängeln in der Bausubstanz, im Wohnumfeld und in der Infrastrukturausstattung - vor allem Probleme wie hohe Arbeitslosigkeit, Einkommensarmut, niedrige Bildungsabschlüsse, fehlende berufliche Qualifikation insbesondere auch von Jugendlichen, mangelnde Wirtschaftstätigkeit und daher auch schlechtere Lebensbedingungen und Zukunftsperspektiven der Quartiersbewohner. Oft kommen Belastungen oder Konflikte im sozialen Zusammenleben hinzu, auch im Zusammenleben verschiedener ethnischer Gruppen.

Damit entstehen manifeste Benachteiligungen und Risiken der räumlichen und sozialen Ausgrenzung. Negative Entwicklungstendenzen können sich verfestigen und wechselseitig verstärken, wenn es nicht gelingt, die Abwärtsspiralen zu unterbrechen.



Hier setzt das Bund-Länder-Programm Soziale Stadt an: Es soll in belasteten Quartieren eine Trendwende zur Stabilisierung und Aufwertung einleiten und den hier lebenden Menschen Chancen eröffnen, wieder am Gemeinwesen Stadt teilzuhaben.

Das Programm hat inzwischen einen erheblichen Umfang: Seit dem Programmstart 1999 bis 2007 sind bundesweit fast 500 Gebiete in rund 320 Gemeinden in die Förderung aufgenommen worden. Dabei gilt entsprechend der Aufgabenverteilung im bundesstaatlichen System: Die Programmausgestaltung und -umsetzung ist Aufgabe der Länder und Gemeinden. Der Bund setzt den allgemeinen gesetzlichen Rahmen und beteiligt sich mit Finanzhilfen nach Art. 104b Grundgesetz an der Finanzierung, entscheidet aber nicht über die konkreten Fördermaßnahmen vor Ort.

Wichtiger Handlungsbereich: Gesundheit

Dass ein Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit besteht, ist seit langem bekannt: Faktoren wie Einkommen, beruflicher Status und Bildungsgrad haben erheblichen Einfluss auf Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten.

Eine Konzentration von sozioökonomisch benachteiligten Personengruppen in bestimmten Stadtteilen geht auch mit einer räumlichen Konzentration von Gesundheitsrisiken einher. Zu den sozial bedingten Gesundheitsrisiken kommen in benachteiligten Quartieren umweltbedingte Risiken hinzu: Hohe Verkehrsbelastungen mit entsprechenden Lärm- und Schadstoffemissionen oder Mängel in der Grün- und Freiflächenausstattung.

Auf die Bedeutung der Gesundheitsförderung in den Programmgebieten der Sozialen Stadt hat die Bauministerkonferenz der Länder bereits 2005 in ihrem „Leitfaden zur Ausgestaltung der Gemeinschaftsinitiative Soziale Stadt“ hingewiesen. Dort heißt es:

„Viele Menschen in den Quartieren haben erhebliche gesundheitliche Probleme. Dies senkt ihre Lebenserwartung und ihre Lebensqualität und reduziert die Möglichkeit ihrer Integration in den Arbeitsmarkt. Durch integrierte gesundheitsfördernde Maßnahmen kann dem vorgebeugt oder begegnet werden.“

Auch der Deutsche Bundestag hat 2007 in seinem Beschluss „Förderung gesundheitsrelevanten Verhaltens zur Prävention von Fehl- und Mangelernährung, Übergewicht und Bewegungsmangel insbesondere bei Kindern und Jugendlichen“ gefordert, „den Sozialraumbezug der Gesundheitsförderung auszubauen und darauf hinzuwirken, dass geeignete Maßnahmen in den bereits bestehenden Programminhalten des Bund-Länder Programms Soziale Stadt berücksichtigt werden.“ (BT-Drs. 16/5258)

In der Praxis ist das ein langer und manchmal mühsamer Weg. Bei der 2005/2006 durchgeführten Befragung in den Programmgebieten der Sozialen Stadt, die das Deutsche Institut für Urbanistik als unsere Bundestransferstelle durchgeführt hat, wurde nur in einem Viertel der Gebiete berichtet, dass Maßnahmen und Projekte mit explizitem Gesundheitsbezug durchgeführt werden.



Es gibt aber immer mehr Anzeichen, dass den Erkenntnissen über die sozialräumliche Bedeutung der Gesundheitsförderung mehr Aktivitäten folgen, und zahlreiche Beispiele aus der Praxis belegen das. Manches Projekt dient auch der Gesundheitsförderung, ohne dass das ausdrücklich im Titel steht (z.B. Sportprojekte, Projekt ‚Stadtteilmütter‘).

Wichtig ist, dass die Angebote im Stadtteil verankert sind. Mögliche Bündnispartner sind das Quartiersmanagement, kommunale Ämter (Gesundheitsamt, Jugendamt, Umweltamt), Schulen, Kindergärten, Krankenkassen, Berufsgruppen wie Ärzte, Apotheker, Hebammen, Logopäden, aber auch z.B. Sportvereine und Selbsthilfegruppen.

Auch auf Bundesebene gibt es verstärkte fachübergreifende Zusammenarbeit im Rahmen von Präventionsstrategien, etwa bei den Arbeiten am „Nationalen Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten“ und der „Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit“. Die sozialräumliche Dimension ist dabei ein Thema.

Fördermöglichkeiten im Programm Soziale Stadt

Viele Maßnahmen können im Städtebauförderungsprogramm Soziale Stadt gefördert werden:

- zum einen alle baulich-investiven Maßnahmen, mit denen Gebäude, Wohnumfeld und wohnungsnaher Infrastruktur erneuert und verbessert werden;
- zum andern - zumindest im Rahmen von Modellvorhaben - ergänzende Projekte zur sozialen Integration, zur Sprachförderung, zur Verbesserung von Schul- und Bildungsabschlüssen, zur Betreuung von Jugendlichen in der Freizeit, aber auch für Projekte im Gesundheitsbereich.

Diese zusätzliche Möglichkeit, mit einem Teil der Mittel Modellvorhaben zu fördern, ist erstmals im Bundeshaushaltsplan 2006 geschaffen worden; sie wird weiter fortgesetzt. Damit wurden die Ansätze zur Bündelung unterschiedlicher Maßnahmen auch von Seiten der Städtebauförderung gestärkt.

Allerdings können Modellvorhaben keine Dauerförderung sein. Sie sollen zusätzliche - und zeitlich begrenzte - Anstöße geben, um durch verstärkte Einbindung anderer Beteiligter dauerhaft mehr Ressourcen in die Gebiete der Sozialen Stadt zu lenken („zeigen, wie es gehen kann“). Sie sollen aber nicht andere Ressortprogramme ersetzen und unsere Partner aus ihrer fachlichen und finanziellen Verantwortung entlassen. Dies ist nicht Aufgabe der Städtebauförderung; abgesehen davon, dass sie es auch finanziell gar nicht leisten könnte.

Ausblick

Quartiere haben ihre besonderen Problemstrukturen - in baulicher Sicht, in sozialer Hinsicht, in der Zusammensetzung der Bevölkerung. Entsprechend haben sie auch jeweils spezifische Handlungspotenziale.



Die Beteiligten vor Ort müssen gemeinsam „passgenaue“ Konzepte entwickeln.

Dabei kann man aus den Erfahrungen Anderer lernen: Am meisten aus guten Beispielen, aber auch aus weniger gelungenen Beispielen - indem auf Hindernisse und Handlungsbedarf aufmerksam gemacht wird, mit denen man sich befassen muss.

Das Programm „Soziale Stadt“ war von Anfang an als „lernendes Programm“ konzipiert, und wir wollen diesen konstruktiven Ansatz auch im Rahmen der heutigen Veranstaltung fortsetzen. In diesem Sinne wünsche ich uns eine lebhafte Diskussion und viel „Input“ aus der Praxis, der uns auf dem schwierigen Weg der Bündelung weiterbringt.

Grußwort Carola Gold (Kooperationsverbund / Gesundheit Berlin)



Auch ich begrüße Sie herzlich als Vertreterin der Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Es wurde ja schon gesagt, mehr als fünfzig bundesweite Partner haben sich im Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ zusammengeschlossen.

Es ist nicht immer leicht, die Logiken dieser verschiedenen Partner zusammen zu führen, von Krankenkassen, Landesvereinigungen für Gesundheit, Wohlfahrtsverbänden und Landesministerien – also von all den Akteuren, die sich in diesem Verbund zusammengefunden haben. Und auch innerhalb der beteiligten Verbände ist es nicht immer einfach, sich, selbst wenn man ein gemeinsames Ziel hat, dann auch schnell zu verstehen und daraus zu Aktivitäten zu kommen.

Umso wichtiger ist das, was der Kooperationsverbund jetzt in fast viereinhalb Jahren erreicht hat. Wir haben es geschafft, dass bundesweit Akteure gemeinsam an diesem Thema arbeiten, dass sogar Geld in diesen Prozess fließt, und dass dies nicht nur ein Austausch auf der Bundesebene ist, sondern er auch in den Ländern stattfindet.

Dass es heute um das Thema Soziale Stadt geht, hat für die Partner im Kooperationsverbund eine besondere Bedeutung. Hier geht es um konkrete Maßnahmen und Synergien, die die gesundheitliche Lage sozial Benachteiligter verbessern können. Sie, Frau Drohsel, haben dies bereits in Ihrem Beitrag dargestellt.

Gleichzeitig ist es sehr wichtig, dass es heute um das Thema Soziale Stadt geht - für uns im Kooperationsverbund ist es noch einmal einfacher, an konkreten Themen zu arbeiten. Warum wir gerade auf das Programm Soziale Stadt gekommen sind, das haben Sie, Frau Baestlein, bereits in Ihrem Beitrag berichtet: In diesen Stadtteilen bündeln sich die sozia-



len Problemlagen - und das, was wir im Kooperationsverbund als gute Praxis identifiziert haben und was wir verbreitern möchten, das ist für diese Gebiete ein guter Input.

Ich freue mich, dass Sie heute unserer Einladung zu diesem Expertenworkshop gefolgt sind. Wir wollen an Ihr Expertenwissen anknüpfen: Wir möchten in den Arbeitsgruppen möglichst viel an Informationen bekommen, wie wir all das, was es an Initiativen, an tollen Ideen schon gibt, möglicherweise noch besser strukturell verankern können. Wie wir Empfehlungen an die Ministerien geben können, wie wir mit unseren Partnern in den Wohlfahrtsverbänden, in den Krankenkassen, gemeinsam nach Wegen suchen können wie sie möglicherweise ihre Systeme noch etwas besser auf eine Unterstützung dieser Initiativen und Aktivitäten abstellen. Ich möchte mich noch einmal bei Frau Dr. Drohsel für die Initiative bedanken, die Ministerien in eine ressortübergreifende Zusammenarbeit gebracht zu haben und auch die Partner, die am Thema Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten bereits arbeiten, mit einzubeziehen.

Als wir im Jahr 2000 auf dem Kongress Armut und Gesundheit das erste Mal das Programm Soziale Stadt intensiver behandelt haben war es nur eine Handvoll Projekte, die etwas zum Thema Gesundheit gemacht haben. Heute sind es deutlich mehr, aber nach unserer Auffassung noch viel zu wenige. 2000 hätten wir uns nicht erträumt, dass wir heute hier gemeinsam in einen so intensiven Erfahrungsaustausch treten werden.

Ich wünsche uns viele Produkte und Ihnen viele Eindrücke, damit wir tatsächlich in einem systematischen Prozess voran kommen.




Prävention im Setting Stadtteil/ Settings im Stadtteil - Warum? Wie? Mit welcher Qualität? (Prof. Rolf Rosenbrock, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung)



Auf den folgenden Seiten sind die Folien des Beitrags von Prof. Rolf Rosenbrock dokumentiert. Eine ausführlichere Darstellung der Inhalte finden Sie in der Veröffentlichung *Rosenbrock, Rolf 2008: Primärprävention - Was ist das und was soll das?, Discussion Papers der Forschungsgruppe Public Health, März 2008. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.*

Dieser Beitrag kann kostenlos auf der Website des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung heruntergeladen werden:

<http://skylla.wz-berlin.de/pdf/2008/i08-303.pdf>



WZB Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung

Prävention im Setting Stadtteil/ Settings im Stadtteil Warum? Wie? Mit welcher Qualität?

Rolf Rosenbrock

Workshop zum Bund-Länder-Programm „Soziale
Stadt“ - 23. April 2008 im WZB

WZB Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung

Gesundheitspolitik

...ist das gesellschaftliche
Management von
Gesundheitsrisiken vor und
nach ihrem Eintritt.

„Soziale Stadt“
23.04.2008, WZB

Rolf Rosenbrock
Setting Stadtteil/Settings im Stadtteil

2



WZB Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung

Gesundheit der Bevölkerung

Drei Megatrends:

- **Steigende Lebenserwartung**
- **Dominanz chronischer Erkrankungen**
- **Sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen**

„Soziale Stadt“
23.04.2008, WZB

Rolf Rosenbrock
Setting Stadtteil/Settings im Stadtteil

3

WZB Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung

Zentrale Herausforderungen der Gesundheitspolitik

- **Integrierte Versorgung chronisch Kranker**
 - **disease management**
- **Primärprävention**
 - **risk management**
- **„insbesondere“ sozial benachteiligte Gruppen**
- **Ziel: „compression of morbidity“**

„Soziale Stadt“
23.04.2008, WZB

Rolf Rosenbrock
Setting Stadtteil/Settings im Stadtteil

4



WZB Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Compression of morbidity

Wenn das Lebensalter beim Beginn chronischer Erkrankungen im Bevölkerungsdurchschnitt schneller steigt als die Lebenserwartung zunimmt, verringert sich der Anteil ‚krankter Jahre‘ an der Lebenszeit.

„Soziale Stadt“
23.04.2008, WZB

Rolf Rosenbrock
Setting Stadtteil/Settings im Stadtteil

5

WZB Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

```

graph TD
    A["Soziale Ungleichheit  
(Unterschiede in Wissen, Geld, Macht und Prestige)"]
    B["Unterschiedliche gesundheitliche Beanspruchungen  
Bilanz aus:  
Gesundheitliche Belastungen | Gesundheitliche Ressourcen"]
    C["Unterschiedliche gesundheitliche Versorgung"]
    D["Unterschiedliche gesundheitsrelevante Lebensstile"]
    E["Gesundheitliche Ungleichheit  
(Unterschiede in Morbidität und Mortalität)"]

    A --> B
    A --> C
    A --> D
    A --> E
    B --> D
    C --> D
    C --> E
    D --> E
    E --> A
  
```

„Soziale Stadt“
23.04.2008, WZB

Rolf Rosenbrock
Setting Stadtteil/Settings im Stadtteil

6



WZB Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung

Primärprävention ^ = Risikosenkung

Belastungen senken **Ressourcen stärken
(Gesundheitsförderung)**

Quelle: Eigene Darstellung

„Soziale Stadt“
23.04.2008, WZB

Rolf Rosenbrock
Setting Stadtteil/Settings im Stadtteil

7

WZB Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung

Gesundheitsressourcen

werden benötigt, um

1. die psychischen und physischen Bewältigungsmöglichkeiten von Gesundheitsbelastungen zu erhöhen,
2. die Handlungsspielräume zur Überwindung gesundheitlich belastenden Verhaltens zu vergrößern,
3. die Handlungskompetenzen für die Veränderung solcher Strukturen zu entwickeln und frei zu setzen, die
 - a) entweder direkt Gesundheit belasten oder
 - b) gesundheitsbelastendes Verhalten begünstigen

„Soziale Stadt“
23.04.2008, WZB

Rolf Rosenbrock
Setting Stadtteil/Settings im Stadtteil

8



Gesundheitsressourcen (,extern‘ ,objektiv‘)

- **Bildung**
- **Einkommen**
- **Handlungsspielräume**
- **soziales Kapital**

Gesundheitsressourcen (,intern‘ , ,subjektiv‘)

- **Wille zum Sinn (Viktor Frankl)**
- **self efficacy (Albert Bandura)**
- **locus of control (Julian Rotter)**
- **hardiness (Suzanne Kobasa)**
- **sense of coherence (Aaron Antonovsky)**
- **empowerment (Julian Rappaport)**
- **control of destiny (Leonard Syme)**
- **health literacy (Ilona Kickbusch)**
- ...



Health Literacy

- **Entscheidungsmöglichkeiten für oder gegen die Gesundheit im täglichen Leben zu erkennen**
- **Entscheidungen für oder gegen die Gesundheit zu treffen**
- **diese Entscheidungen auch individuell und kollektiv umzusetzen**
- nach I. Kickbusch (2006)

Interventionen nach dem ‚state of the art‘ der Primärprävention

- zielen sowohl auf Belastungssenkung als auch auf Ressourcenförderung ab,
- nehmen sowohl krankheitsspezifische als auch unspezifische Belastungen und Ressourcen in den Blick,
- berücksichtigen gesundheitsrelevante Kontexte und versuchen sie zu verändern,
- beziehen in größtmöglichem Ausmaß die Zielgruppen der jeweiligen Intervention auf allen Stufen der Problembearbeitung ein,
- sind projektangemessen qualitätsgesichert.

WZB Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Primärprävention – 6 Typen

	Information, Aufklärung, Beratung	Beeinflussung des Kontexts
Individuum	z. B. Ärztliche Gesundheitsberatung	z. B. ‚präventiver Hausbesuch‘
Setting	z. B. Anti-Tabak-Aufklärung in Schulen	z. B. Betriebliche Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung
Bevölkerung	z. B. ‚Esst mehr Obst‘ ‚Sport tut gut‘ ‚Rauchen gefährdet die Gesundheit‘	z. B. HIV/Aids-Kampagne

Quelle: Rosenbrock 2003

‚Soziale Stadt‘ 23.04.2008, WZB Rolf Rosenbrock Setting Stadtteil/Settings im Stadtteil 13

WZB Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Ein Setting ist ein durch

- formale Organisation und/oder
- regionale Situation und/oder
- gleiche Lebenslage und/oder
- gemeinsame Werte/Präferenzen

definierter Sozialzusammenhang.

‚Soziale Stadt‘ 23.04.2008, WZB Rolf Rosenbrock Setting Stadtteil/Settings im Stadtteil 14



WZB Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Setting-Intervention

- systemische und partizipative Intervention
- Identifikation von Zielen und Aktionen durch *stakeholder*
- Veränderung von Wahrnehmung, Verhalten und Strukturen
- Ziel: ‚lernende Organisation‘

‚Soziale Stadt‘
23.04.2008, WZB

Rolf Rosenbrock
Setting Stadtteil/Settings im Stadtteil

15

WZB Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Die Wirkung einer Intervention von außen ist nicht vorhersagbar; sie hängt von den komplexen internen Kommunikationsmustern ab, die sich in einem permanenten Veränderungsprozeß befinden.

Grossmann/Scala 1994

‚Soziale Stadt‘
23.04.2008, WZB

Rolf Rosenbrock
Setting Stadtteil/Settings im Stadtteil

16



Prävention im Setting desto einfacher,

- je mehr vorgegebene Strukturen und Interaktionen
- je klarer definiert die *stakeholder*
- je mehr Verbindlichkeit
- je geringer die Fluktuation

Setting-Interventionen:

Prävention/Gesundheitsförderung in Settings

- Verhaltensprävention

Entwicklung gesundheitsförderlicher Settings

- Strukturentwicklung



Praxisfelder Setting/Lebenswelt-Interventionen:

- Betriebliche Gesundheitsförderung
- BZgA-Kooperationsverbund ‚Gesundheitliche Chancengleichheit‘
- GKV-Modellprojekte ‚gesund leben lernen‘
- Programm ‚Soziale Stadt‘
- Plattform ‚Ernährung und Bewegung‘
- Projekte und Programme
 - Gesundheit und Armut
 - Gewaltprävention
 - Kriminalitätsprävention
 - Drogenprävention
 - ...

Akteure Setting/Lebenswelt-Interventionen

Bund
EU
Länder
Kommunen
Behörden
Sozialversicherungen
Wohlfahrtsverbände
Kammern
Kirchen
Gewerkschaften
Stiftungen
Vereine
Basisisinitiativen



Qualität in der Gesundheitssicherung

bezeichnet

„das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünschter gesundheitlicher Interventionsergebnisse erhöhen und mit dem gegenwärtigen professionellen Wissensstand übereinstimmen.“

(Institute of Medicine/USA, zit. nach Lohr 1990)

Qualitätssicherung

- o Qualitätsentwicklung
- o Wirkungsmessung



WZB Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung

**Primärprävention:
Belastungssenkung + Ressourcenförderung**

Dilemma:

**Je einfacher die Intervention, desto leichter
die Wirkungsmessung**

**Größere, bessere Wirkungen bei komplexeren
Interventionen**

„Soziale Stadt“
23.04.2008, WZB

Rolf Rosenbrock
Setting Stadtteil/Settings im Stadtteil

23

WZB Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung

Lebenswelt-/Setting-Interventionen

Gesundheitliche Wirksamkeit?

- „Endpunkt“: langes Leben in Gesundheit
- multifaktorielles Geschehen
- lange Zeiträume
- komplexe Interventionen
- nicht standardisierbar
- ...

„Soziale Stadt“
23.04.2008, WZB

Rolf Rosenbrock
Setting Stadtteil/Settings im Stadtteil

24



Lebenswelt-/Setting-Interventionen

Zwei Suchprozesse

- **Interventionsformen**
- **Qualitätssicherung**

Lebenswelt-/Setting-Interventionen

„proven interventions“

„promising interventions“

- theoriefundiertes Wirkmodell
- empirisch überprüft
- Plausibilität der Übertragbarkeit
- Qualitätssicherung

Quelle: Smedley/Syme, IoM 2001



WZB Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung

Lebenswelt-/Setting-Interventionen

Qualitätssicherung – zwei Ansätze:

- externe Evaluation
 - o von oben und aussen
- partizipative Qualitätsentwicklung
 - o von unten und innen

„Soziale Stadt“
23.04.2008, WZB

Rolf Rosenbrock
Setting Stadtteil/Settings im Stadtteil

27

WZB Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung

Seid realistisch: fordert das Unmögliche

Graffiti Berlin, 1968

Es ist besser eine Kerze anzuzünden, als die Dunkelheit zu beklagen.

Chinesisches Sprichwort

„Soziale Stadt“
23.04.2008, WZB

Rolf Rosenbrock
Setting Stadtteil/Settings im Stadtteil

28



Ergebnisse der Arbeitsgruppen

Im Folgenden werden die zentralen Arbeitsergebnisse der acht Arbeitsgruppen vorgestellt. Den Anfang jeder Darstellung macht die Präsentationsfolie, anhand derer die Moderatorinnen und Moderatoren die Ergebnisse ihrer Arbeitsgruppe dem Abschlussplenum vorstellten. Es folgt eine knappe, auf wenige Punkte beschränkte Zusammenfassung und anschließend werden zentrale Aussagen und Themen der Arbeitsgruppen aufgeführt.

Bei der Darstellung wurde Wert darauf gelegt, die Vielschichtigkeit der Diskussion sowie die Vielfalt der Blickwinkel und Einschätzungen einzufangen und abzubilden. Deshalb ergeben sich nicht immer ein widerspruchsfreies Bild oder eine stringente Argumentation. Vielfach werden Fragen formuliert, die im Rahmen der Diskussion nicht beantwortet werden konnten. Auch widersprüchliche Wahrnehmungen und Sichtweisen werden dargestellt, gleichzeitig sind über die Arbeitsgruppen hinweg viele Inhalte feststellbar, die immer wieder angesprochen werden. Auf den folgenden Seiten finden Sie also ein vielschichtiges Material, das uns dabei helfen wird, gemeinsam den Prozess der Stärkung gesundheitsfördernder Ansätze im Stadtteil zu gestalten.

Vielen Dank an alle Moderatorinnen und Moderatoren für ihr Engagement und an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer für ihre Beiträge!

Einige der im Folgenden benutzten Abkürzungen sollen hier kurz erläutert werden:

- § 20 SGB V:** Der § 20 im fünften Sozialgesetzbuch regelt die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen im Bereich der primären Prävention und Selbsthilfe. Der Gesetzestext findet sich unter http://bundesrecht.juris.de/sgeb_5/.
- ARGE:** Arbeitsagenturen und kommunale Träger können gemäß § 44b SGB II bei der Verwaltung von Leistungen nach dem 2. Buch Sozialgesetzbuch (Grundsicherung für Arbeitsuchende, Arbeitslosengeld II) Arbeitsgemeinschaften nach privatem oder öffentlichem Recht bilden. Diese werden als ARGE bezeichnet.
- Difu:** Deutsches Institut für Urbanistik
- GBE:** Gesundheitsberichterstattung (auf Ebene von Kommunen, Bundesländern und dem Bund)
- GKV:** Gesetzliche Krankenversicherung
- LVG:** Landesvereinigung für Gesundheit
- LOS:** Programm „Lokales Kapital für soziale Zwecke“, in dem Mittel des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend für sogenannte „Mikroprojekte“ in den Programmgebieten der Sozialen Stadt eingesetzt werden können. Weitere Informationen unter www.los-online.de.
- ÖGD:** Öffentlicher Gesundheitsdienst.
- WZB:** Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.



**Arbeitsgruppe 1:
Warum „läuft“ in Ihrem Quartier das Thema Gesundheit?**

Arbeitsgruppe 1:
Warum „läuft“ in Ihrem Quartier das Thema Gesundheit?

„Die Gesundheitsförderung ist der nachhaltige Prozess ...

... wenn es gelingt, an bestehende Problemlagen und Kontakte anzuknüpfen und Motivation aus dem Stadtteil heraus zu entwickeln.“



vorgestellt von Heike Pallmeier (Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung)



Teilnehmer/innen der Arbeitsgruppe 1:

Matthias Albrecht (Runder Tisch Prävention von Kinderunfällen Dortmund); Stefan Bräunling (Gesundheit Berlin); Elke Anna Eberhard (Regionaler Knoten Bremen); Christiane Färber (Hamburger Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz); Daniela Fritsch (Regionaler Knoten Thüringen); Monika Köster (BZgA); Uwe Lummitsch (Familienbündnis Wolfen); Friedrich Meyer (Planungsgruppe Meyer, Schwab, Heckesmüller; Quartiersmanagement Fürth); Heike Pallmeier (Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung); Christl Riemer-Metzger (Münchner Aktionswerkstatt Gesundheit); Maike Schmidt (Techniker Krankenkasse Hauptverwaltung); Tomas Steffens (Bundesverband des Diakonisches Werks der EKD); Billie Trumpp von Eicken (Gemeinschaftspraxis Hasenberg [Psychoanalyse für Jugendliche]); Eberhard Warncke-Seithe (Stadtteilbüro Jena-Winzerla)

Moderation: Heike Pallmeier (Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung)

Fachlicher Input: Christl Riemer-Metzger (Münchner Aktionswerkstatt Gesundheit)

Zusammenfassung

- Gesundheitsförderung braucht **Anknüpfungspunkte**.
Diese müssen sich nicht unbedingt immer mit Gesundheit beschäftigen.
- Gesundheitsförderung braucht **Partner**.
Neben den Akteuren mit unmittelbarem Gesundheitsbezug (z.B. Öffentlicher Gesundheitsdienst oder Gesunde Städte-Netzwerk) gibt es eine Vielzahl ebenfalls wichtiger Partner!
- Gesundheitsförderung braucht **Motivation**.
Die aktive Beteiligung der Bewohner/innen des Stadtteils kann diese motivieren, meist aber braucht es Professionelle und Anstöße von außen, um Prozesse in Gang zu bringen.
- Gesundheitsförderung braucht **Nachhaltigkeit**.
Nachhaltigkeit entsteht in Strukturen (z.B. Bürgerhäuser oder Netzwerke), aber auch durch fortdauernde Handlungsweisen und Einstellungen.



An welche Aktivitäten wurde angeknüpft?

- Bestehende Arbeitskreise, in allen Bereichen (z.B. Migration, Verkehr, Gesundheit, Kinder und Jugendliche).

„Je größer die Stadt, die Erfahrung hab ich gemacht, desto besser kann man auf Strukturen zurück greifen. In Kleinstädten oder in Stadtrandgebieten sind die Strukturen wahrscheinlich nicht ganz so da.“

- Problem: Strukturentwicklung vs. Basisbezug. *„Wir können nicht auf Strukturen zurück greifen, aber wir können natürlich auf Kontakte zurück greifen. Wir haben den Vorteil, dass wir mit den Menschen direkt, ständig, täglich zusammen sind“.*
- Bürgerbefragungen.
- Projekte werden von den Bewohnern und Bewohnerinnen an die aktiven Institutionen heran getragen.
- Es gibt fast überall entweder Ruinen von Gesundheitsprojekten oder aktuell durchgeführte Programme. Dann ist es wichtig Bilanz zu ziehen, darauf aufzubauen, daran anzudocken. *„Es gibt immer ein paar Wurzeln, die man begießen kann, damit dann eine gesundheitsförderliche Pflanze rauskommt.“*
- Kleine Anknüpfungspunkte, z.B. schlechte Ernährungssituation: *„Das Bewusstsein schwirrt herum. Und wenn man in diesen Initiativen drin ist, gelingt es relativ leicht, da was zu machen, dass es expliziter und klarer und gesundheitsfördernder ist.“*
- Hilft die öffentliche Diskussion über Gesundheitsthemen als Türöffner für Projekte?
- Auch implizite Gesundheitsaktivitäten müssen aufgegriffen und gestärkt werden! Zum Beispiel ist die Förderung der Wohnverhältnisse ein Ansatzpunkt, damit die Menschen nicht so oft umziehen müssen.
- Bei expliziten Gesundheitsaktionen beteiligen sich oft Akteure wie Fitnessstudios, Apotheken etc., die sich in längerfristige sozialogenbezogene Aktivitäten kaum einbinden lassen.
- Bürgerinitiativen

Wer gehört dazu, damit das Thema Gesundheit „läuft“?

- Langfristiges Stadtteilmanagement.
- Arbeitskreise, Verbände der sozialen Einrichtungen.
- Gesunde-Städte-Netzwerk.
- Es braucht einen, der ´s zuerst anpackt, einen „Kümmerer“. Es ein Dilemma, solche Personen zu unterstützen und sich gleichzeitig nicht von ihrem Engagement abhängig zu machen. Auf schon aktive Akteure zugehen!



- Welche Akteure gehören dazu, wenn man einen weiteren Gesundheitsbegriff ansetzt? Zum Beispiel: Sportvereine, Erzieher/innen, Elterninitiativen, der „Arbeitskreis Migration“.
- Der ÖGD darf nicht ausgeblendet werden!

Was hat motiviert?

- „*Gesundheitsberichterstattung von unten*“: Die Bewohner/innen werden gefragt „*Was könnte euch gesünder machen, was ist euer Thema?*“

„*Von den Bürgern auszugehen und zu sagen: Was findet ihr denn gesund in eurer Stadt, was findet ihr ungesund, das bringt auch noch mal einen ganz anderen Blick, als wenn von oben jemand kommt und sagt: Ernährung ist falsch bei euch, Bewegung ist falsch, dieses, jenes.*“

Das Thema Bewegung wird dann beispielsweise erst für Kinder umgesetzt, danach auch für die Erwachsenen: Plätze umgestalten, Boule-Bahn bauen.

- Bürgerbefragung und die Erkenntnis: „*Ich wusste gar nicht, dass so viele so denken wie ich*“.
- Auch wenn dies zunächst ein Blick auf Defizite ist: Persönliche Betroffenheit wirkt motivierend - hohe Unfallrate, Unsicherheit, Drogenprobleme im Stadtteil. Entscheidend für die Motivation ist die Wahrnehmung der Benachteiligung gegenüber anderen Stadtteilen.
- Die Identifikation mit dem eigenen Quartier: „*Wir sind gar nicht so schlecht wie unser Ruf*“. Dazu kommt dann auch die Erkenntnis, was es im Stadtteil Gutes gibt. Ein Ausgangspunkt ist also: Mangelndes Selbstwertgefühl. Ziele sind immer: Selbstwertgefühl und Handlungsfähigkeit (= Empowerment).
- Neue Verbindungen, wenn man mit dem neuen Thema Gesundheit quer zu den bestehenden Strukturen einlädt: neue Zusammenarbeit, neuer Blick auf das Thema.
- Es läuft gut, wenn man Zusammenarbeitsstrukturen vorfindet, sich kennen lernt und dann etwas gemeinsam unternimmt. Und wenn die, die daran teilnehmen, dann auch Erfolge sehen. Vernetzte Arbeit ist am aufwändigsten, aber notwendig.
- Unterstützung durch andere Akteure.
- Input von außen, z.B. das Forschungsprojekt des Difu.
- Methoden: Blitzbefragungen im Rahmen von Stadtteilstesten, Auswertung durch die Fachhochschule, Schülerbefragungen, Zukunftswerkstatt.
- Unser Problem beim Thema Motivation: Wir haben zu wenig Erkenntnisse über die Bedarfslagen und Ressourcen der verschiedenen sozial benachteiligten Gruppen.
- Hoffnung auf (weitere) finanzielle Mittel.



- Teilweise sind gar keine Mittel aufzutreiben, um nachhaltig arbeiten zu können. Gleichzeitig steigt die Armut. Arbeitskreise werden unabhängig, ggf. ehrenamtlich aufgebaut.

Wie kann Nachhaltigkeit gefördert werden?

- Wie können die ersten Aktivitäten, das Engagement der „Kümmerer“, in einen Regelbetrieb übergeleitet werden?
- Aus dem Kümern entsteht Kompetenz: Befähigung der Akteure vor Ort.
- Eigentlich können nur die Kommunen Nachhaltigkeit sicherstellen. Aber inwieweit können und wollen die Kommunen die Maßnahmen des Programms „Soziale Stadt“ mit übernehmen?
- Durch ein gesundheitsförderndes Projekt kann eine Haltung entstehen, Aufmerksamkeit für das Thema Gesundheit. Dies hält an, auch wenn die Initiatoren den Stadtteil wieder verlassen.
- Eine mögliche Argumentation gegenüber Kostenträgern: Ressourcen und Aktivitäten bündeln, Stellen bündeln, und da gehört Gesundheit mit rein.
- Es braucht: Nachhaltigkeit, langfristige Perspektiven, Strukturen, eine Anlaufstelle („Bürgerhaus“)!
- Die Gesundheitsförderung ist die Nachhaltigkeitsstrategie - das Quartiersmanagement kommt und geht auch wieder! Gesundheit muss verortet werden, z.B. in der Schule, im Quartierzentrum.

Was ist der Mehrwert für das Quartier?

- Neue Netzwerke, neue Formen der Zusammenarbeit, auch neue Verknüpfungen in der Wahrnehmung des Themas Gesundheit.
- Sind „harte“ Ergebnisse nachweisbar? Können wir nach einer Maßnahme behaupten, es gebe beispielsweise „weniger dicke Kinder“ im Quartier?
- Engagement, zum Teil auch aus dem Zorn über schlechtes Quartiersmanagement heraus.
- Kompetenzerweiterung der einzelnen Akteure.
- An dem Tag das Richtige für die Bürgerinnen und Bürger tun und das anbieten, was die Leute brauchen.
- Gegenseitiger Respekt.



Weitere Aspekte / Fragen:

- Die Sichtweise auf Gesundheit ist allgemein sehr medizinisch ausgerichtet. Ein Grund dafür ist Unsicherheit in vielen Fragen.
- Problem: Wettbewerb zwischen den Akteuren um Gelder.
- Akteure in sozial benachteiligten Stadtteilen, die nicht Programmgebiet der Sozialen Stadt sind, fühlen sich oft doppelt benachteiligt.



Arbeitsgruppe 2: Was kann der Gesundheitsbereich den Quartieren anbieten?

Arbeitsgruppe 2:
Was kann der Gesundheitsbereich den Quartieren anbieten?

**„Herausforderung:
Unterschiedliche Organisationslogiken
kompatibel machen!“**



vorgestellt von Martina Kolbe (Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt)



Teilnehmer/innen der Arbeitsgruppe 2:

Gesine Bär (Deutsches Institut für Urbanistik); Heiner Brandi (Sportjugend Berlin); Mandy Göhler (Quartiersmanagement Wittenberg); Christina Göth (Regionaler Knoten Rheinland-Pfalz); Iris Grimm (Regionaler Knoten Bayern); Frederick Groeger-Roth (LAG Soziale Brennpunkte Niedersachsen); Monika Hommes (Bundesministerium für Gesundheit); Louise Jacobi (Brunnenviertel Stadtteilmanagement, Berlin); Astrid Leicht (Fixpunkt e.V.), Christian Lorentz (Gesundheitsamt Hamburg-Eimsbüttel); Helene Luig-Arlt (Büro für Stadtteilmanagement Langballig); Uwe Prümel-Philippson (Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung); Dagmar Schwarte (Gesundheitsamt Münster / Sekretariat des Gesunde Städte-Netzwerks); Susanne Vogl (AOK Berlin).

Moderation: Martina Kolbe (LVG Sachsen-Anhalt)

Zusammenfassung

- Gesundheitsförderung braucht **Fachlichkeit**.
Erfolgreiche Erfahrungen und Zugänge – von Akteuren aus dem Gesundheitsbereich und darüber hinaus - müssen zusammengetragen und gebündelt werden. Dabei gilt es, aus den unterschiedlichen fachlichen Perspektiven entstehende Hürden der Zusammenarbeit zu erkennen und zu überwinden und Anbieter bei der Entwicklung, Beantragung und Durchführung von Angeboten zu unterstützen.
- Gesundheitsförderung braucht **Brücken**.
Um Akteure aus unterschiedlichen Handlungsfeldern zusammenzubringen braucht es eine wirkungsvolle Vermittlung, die die unterschiedlichen Perspektiven, Strukturen und Fachsprachen wechselseitig verständlich macht und so Brücken für gemeinsame Aktivitäten baut.
- Gesundheitsförderung braucht **finanzielle Ressourcen**.
Mögliche Geldgeber (z.B. Krankenkassen) sollten möglichst schon in die Planungsphase gesundheitsfördernder Interventionen einbezogen werden – dies stärkt die Zusammenarbeit und vermeidet unnötigen Aufwand auf beiden Seiten.



- Welche Zielgruppen sollen prioritär angesprochen werden?
 - ✓ Bildungs- und institutionenferne Gruppen.
 - ✓ Migrant/innen.
 - ✓ Arbeitslose.
 - ✓ junge Familien (migrantischer Hintergrund / sozial schwach).
 - ✓ Kinder/Jugendliche und ihre Familien.
 - ✓ Frauen / Schwangere.
 - ✓ „Problemgruppen“ (Außenseiter).
 - ✓ Ältere Menschen.

Was „braucht“ mein Quartier am nötigsten?

- Persönliche Kommunikation
 - ✓ **Kommunikation mit anderen Akteuren und der Zielgruppe** ist ein zentraler Faktor, um das Gelingen von Projekten zu sichern. Andernfalls kann ein Projekt auch bei bester finanzieller Ausstattung scheitern.
 - ✓ Auch die **Kommunikation mit den Geldgebern** ist wichtig: Oft können Projektanträge nicht bewilligt werden, da die verfolgten Konzepte nicht mit der Förderungslogik (z.B. von Krankenkassen) vereinbar sind. Um dies zu vermeiden, sollte bereits im Planungsstadium Kontakt zu möglichen Geldgebern aufgenommen werden, um die Möglichkeiten einer künftigen Zusammenarbeit auszuloten. Durch den direkten Kontakt können z.B. auch Verständigungsprobleme vermieden werden, die aus unterschiedlichen (Fach-) Sprachen resultieren. Ggf. werden hier (wie auch in anderen Bereichen des fachübergreifenden Kontaktes) „Sprachmittler“ benötigt. *„Wir treffen uns zu spät.“*
 - ✓ **Problem nicht kompatibler Strategien:** Die Geldgeber sind meist interessiert an klar strukturierten und relativ standardisierten Interventionen, während die Projektanbieter vor Ort eher auf lokal angepasste, auf die Bedarfe der jeweiligen Zielgruppen zugeschnittene Projekte ausgerichtet sind. Die wechselseitigen Erwartungen können oftmals nicht gleichzeitig optimiert werden.
Beispiel: Angebote für Migrant/innen erreichen dann die Zielgruppe besonders gut, wenn sie von „Peers“ angeboten werden. Diese weisen aber oftmals nicht die (z.B. von der GKV) geforderten formalen Qualifikationen auf. Hier muss entschieden werden, welche der beiden Ansprüche (optimales Qualifikationsniveau / optimale Zielgruppenerreichung) vorübergehend zurück gestellt wird.
Hinweis: In den Leitlinien der GKV zur Umsetzung des § 20 SGB V ist dies berücksichtigt, indem die Ansprüche zur Umsetzung von Setting-Interventionen im Vergleich zu Kursangeboten weicher gefasst sind.
 - ✓ **Problem intransparenter Strukturen:** Wer macht eigentlich was? Oft ist es hilfreich, im Sinne eines „Wegweisers“ Informationen über die vorhandenen Struk-



turen und Ansprechpartner/innen schnell verfügbar zu haben (z.B. als „Gesundheitswegweiser“).

- ✓ Es braucht eine **„Brücke“ zwischen den Strukturen des Quartiersmanagements und des kommunalen Gesundheitsbereiches** (insb. Gesundheitsamt). Oft bestehen noch zu wenige Berührungspunkte und wechselseitige Erfahrungen in der Zusammenarbeit. Schwierig ist weiterhin, dass die Gesundheitsämter (insb. in den Landkreisen) oftmals räumlich relativ weit entfernt von den Sozialen Stadt-Gebieten sind und nicht dieselbe kleinräumige Perspektive haben wie die Quartiersmanagements. Auch ist die Arbeit (abgesehen von den Untersuchungen in Schulen und Kitas) eher an „Komm-Strukturen“ ausgerichtet.
- ✓ Der Gesundheitsbereich / die Gesundheitsämter können die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung durch **fachlichen Input** (z.B. Gesundheitsberichte) und die Vermittlung in bereits bestehende Netzwerke unterstützen.
- Unterstützung / Ressourcen
 - ✓ Der **Unterstützungsbedarf** sollte nicht allein auf zusätzliche finanzielle oder personelle Mittel verkürzt werden.
 - ✓ Die **fachliche Unterstützung** bei der Entwicklung von Inhalten und Konzepten sowie die Vermittlung von Methoden (z.B. zu Qualitätsentwicklung oder Bedarfsbestimmung) ist eine zentrale Ressource.
 - ✓ Wie lenke ich **vorhandene Ressourcen** sinnvoll in einen wichtigen Themenbereich (hier: Gesundheitsförderung)?
 - ✓ **Unterstützung bei der Erstellung von Anträgen** bzw. Vereinfachung der Antragsformalitäten auf Seiten der Geldgeber. Darunter darf allerdings nicht die fachliche Qualität der Maßnahme leiden – zentrale Parameter (z.B. Zielgruppe und Zielsetzungen) müssen klar benannt werden.
 - ✓ Unterstützung bei der stärkeren **Vernetzung der Quartiersmanagements mit dem Gesundheitsbereich**. „*Wer kommt zu wem?*“ Hierbei müssen auch die unterschiedlichen fachlichen Hintergründe und Organisationslogiken berücksichtigt werden.
 - ✓ Die Auflage eines **Partnerprogramms** des Gesundheitsbereiches zum Programm „Soziale Stadt“ wäre sinnvoll, um die Gesundheitspotenziale in den Gebieten der Sozialen Stadt systematisch entwickeln zu können.

„Ich sitze oft über Förderanträgen und muss mir überlegen: Wie stricke ich den Bedarf den ich sehe, in einen Förderantrag rein? Und da scheitert es einfach oft. Dass ich mir sage: Es ist eine Unverhältnismäßigkeit dessen was machbar ist, was für mich realistisch ist und umsetzbar ist und dem, was ich an Voraussetzungen schaffen muss um diesen Antrag so zu stricken, wie er verlangt wird.“



Was kann der Gesundheitsbereich für das Quartier tun?

(Antworten von Akteuren aus dem Gesundheitssektor)

- Aktive Mitwirkung im Rahmen des integrierten Handlungskonzeptes.
- Fachlichkeit einbringen.
- (Thema) Gesundheit einbringen.
- verschiedene Angebote durchführen.
- Bewegungsförderung / Infrastruktur / Programme.

„An eines möchte ich erinnern: Der Öffentliche Gesundheitsdienst, der ist eigentlich immer im Quartier. Der macht seine Untersuchungen in der Schule, der macht seine Untersuchungen in den Kindergärten. Und das ist etwas, was denen, die im Quartier schon seit 20 Jahren teilweise in ihrem Süppchen rühren, teilweise auch gar nicht so klar. Und da gibt es ganz viele Verbindungen, die man auch nutzen kann.“

Was kann ich tun?

(Akteure aus dem Gesundheitssektor)

- Geld und Kompetenz organisieren.
- vernetzen und Modelle anstoßen.
- Netzwerkaufbau fördern.
- Vernetzung.
- Vernetzen und initiieren.
- Transparenz schaffen.
- Beratung anbieten.
- Lobby für gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung sein.
- Stärkung zivilgesellschaftlicher Strukturen und bürgerschaftlichen Engagements.

„Mir ist noch mal ganz deutlich geworden, man muss auf jeden Fall als Partner einen aus der Gesundheitspolitik bekommen, der einfach begreift was da los ist, um das zu kommunizieren in die Verwaltung und in die Politik vor Ort. Man muss einen starken Partner haben, der sich da drauf setzt und das wie ein Steckenpferd betreibt. (...) Der auch Verwaltung beeinflussen kann.“

„Es gibt den Gender-Mainstreaming-Ansatz. Ich denke mir, der gesundheitsförderliche Ansatz sollte genauso gehandhabt werden, dann wären viele Probleme nicht da.“



Arbeitsgruppe 3:

Wer gehört dazu, wenn Gesundheit im Stadtteil stark gemacht wird?

Arbeitsgruppe 3:

Wer gehört dazu, wenn Gesundheit im Stadtteil stark gemacht wird?

„Neue Partner für Zusammenarbeit und Finanzierung gewinnen, z.B. Wohnwirtschaft, NGO's, IHK, ARGE, Wissenschaft und Krankenkassen“

„Gewinn für die Kooperationspartner sichtbar machen und Entlastung schaffen“

„Blinde Flecken bei der Definition der Zielgruppen identifizieren, z.B. Männer und Alte“



vorgestellt von Petra Hofrichter (Landesvereinigung für Gesundheit Hamburg)



Teilnehmer/innen der Arbeitsgruppe 3:

Silke Andresen (BMVBS); Fred-Jürgen Beier (Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg); Christa Böhme (Deutsches Institut für Urbanistik); Carola Brückner (QM Stendal-Stadtsee); Manfred Dickersbach (Institut für Gesundheit und Arbeit NRW); Yves Douma (Gesundheit Berlin); Kathrin Feldmann (Stadtkontor, Potsdam); Carola Gold (Gesundheit Berlin); Hauke Gollin (QM Schönwalde 2); Petra Hofrichter (Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung); Andreas Klages (DOSB – Abteilung Sportentwicklung); Frank Lehmann (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung); Maria Ohlig (Wohnungsgenossenschaft am Beutelweg); Tobias Prey (Bezirksamt Mitte von Berlin); Helga Rake (Plankontor Gesellschaft für Stadterneuerung); Kerstin Reetz-Schulz (Projekt KiNET, Dresden); Antje Richter (Regionaler Knoten Niedersachsen); Hubert Schiefer (Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt); Annett Schmok (Regionaler Knoten Brandenburg)

Moderation: Petra Hofrichter (Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung)

Zusammenfassung

- Gesundheitsförderung braucht viele **Partner**.
Gesundheit entsteht dort, wo die Menschen leben. Auf die Gestalt von Lebenswelten nehmen viele Akteure Einfluss. Sie alle können einen Beitrag leisten, egal ob Partner aus dem Quartier oder Unterstützer von außerhalb.
- Gesundheitsförderung braucht **Themen**.
Wenn gemeinsam konkrete Themen und Ziele benannt werden, wird es leichter sein, engagierte Partner mit ins Boot zu nehmen.
- Gesundheitsförderung braucht **Zusammenarbeit**.
Zusammenarbeit (Kooperation) ist kein Selbstläufer, sondern voraussetzungsreich. Um dauerhaft zu sein, erfordert sie klare Strukturen, engagierte Akteure und auch Ressourcen. Dies muss nicht immer Geld sein.



Mögliche Partner

- Quartiersmanagement ist eine wesentliche Struktur.
- Arbeitskreise, vorhandene Strukturen im Bereich soziale Stadt sind wichtig.
- Finanziere sind wichtige Partner und gehören dazu: Krankenkassen, Kommunale Mittel.
- ARGEN.
- Umweltamt und das Grünflächenamt: gesunde Umwelt, Bewegungsmöglichkeiten Umfeldgestaltung.
- Ärzte, Kinderärzte, Schulärzte.
- „Wissenschaft“.
- Wohnungsbaugenossenschaft.
- Kitas, Schulen, Horte, Jugendzentren.
- Sportvereine.
- Allgemeiner Sozialdienst.
- Familienzentren.
- Erziehungsberatung.
- Bewohnerinitiative.

Wichtige Handlungsfelder können sein

- Erreichung von Arbeitslosen.
- psychische Gesundheit in Schulen (z.B. Leistungsdruck, Magersucht).
- Männer sind ein ‚blinder Fleck‘ in der Gesundheitsförderung!

Voraussetzungen

- Kontakt zur Bevölkerung.
- Verständigung braucht Zeit, es müssen viele Missverständnisse aus dem Weg geräumt werden.
- Kleine Schritte und Hartnäckigkeit sind bei der Netzwerkbildung nötig.
- Bereitschaft, über das normalerweise Übliche hinaus Verantwortung zu übernehmen, ist bei den Partnern eine gute Voraussetzung für die Schaffung von Strukturen.
- Steuerungsgruppen als Struktur für Vernetzung.



- Beschäftigungsträger (ARGEN) sollten verpflichtet werden zum Handeln, aber dafür müssen sie auch den Freiraum haben.
- Einheitliche Sprache muss gefunden werden.

Widerstände, Schwierigkeiten

- Es gibt einen Mangel an sog. „nichtinvestiven“ Mitteln! Soziale Stadt ist ein Bauprogramm und die nichtinvestiven Mittel müssen häufig von den anderen Partnern kommen. Es gibt jedoch bereits regional Beispiele, bei denen im Rahmen von Sozial Stadt 80% nichtinvestiv und lediglich 20% investiv gefördert werden.
- ARGEN: Konkurrenzsituation zu Krankenkassen, Unterschiedliche Herangehensweisen, Problem des sogenannten ‚doppelten Auftrags‘. Die ARGEN sind wichtige Partner, aber schwierig zu aktivieren, vor allem wegen einer klientelbezogenen und nicht gebietsbezogenen Arbeitsweise. Unterschiedliche Professionen haben andere Sprachen: Gesundheit ist für die ARGE zumeist ein ‚böhmisches Dorf‘.
- Daten der GBE sind regional nicht kleinteilig genug, um Bedarf differenziert abzubilden.

Strategien und Lösungen

- Gemeinsames Handlungskonzept erarbeiten
- Handlungskonzepte müssen Gesundheit neben Bildung und anderen Themen als eigenständigen Bereich benennen. Das sollte von der Basis her eingefordert werden.
- Kollegen in den einzelnen Einrichtungen und aus der Gemeinwesenarbeit mit „ins Boot“ holen.
- Den Partnern Arbeit abnehmen: Z.B. Ärzte gewinnen, indem sie Arbeit in das Netzwerk auslagern können. Beispiel U-Untersuchungen.
- Gute Erfahrungen wurden mit Verfügungsfond gemacht.
- Lösungen sind auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung zu suchen oder im Bereich Projekte mit Arbeitslosen.
- Institutionelle Förderung der Gesundheitsförderung im Stadtteil. Weg vom Modellprojekt hin zu einer strukturellen Basis!
- Steuerung der Aktivitäten muss auf kommunaler Ebene laufen.
- Eigennutzen der Akteure herausarbeiten und herausstellen.
- Prioritäten der einzelnen Partner müssen berücksichtigt werden, nicht nur auf die letztendlichen Zielgruppen schauen.
- Leidensdruck der Akteure verringern, indem man deren Interessen wahrnimmt.



- Auf Projektebene sind Moderationskompetenzen und die Fähigkeit wichtig, Abläufe effizient zu gestalten.
- Modellvorhaben sind eine Krücke, um die investiven Vorgaben des Programms Soziale Stadt auch durch nichtinvestive Vorhaben zu ergänzen. Das muss auch offensiv genutzt und eingefordert werden.
- Wichtig ist, auch anderen Ressourcen zu gewinnen: Beispiele sind das Programm E&C [Bundesmodellprogramm „Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, durchgeführt von 2000 bis 2006, www.eundc.de], Kooperationen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) oder die Initiierung von Partnerprogrammen.



Arbeitsgruppe 4:

Wie geht „Gesundheit“ (ÖGD, Entscheidungsträger in Politik und Verwaltung) mit dem sozialräumlichen Ansatz um?

Arbeitsgruppe 4:

Wie geht „Gesundheit“ (ÖGD, Entscheidungsträger in Politik und Verwaltung) mit dem sozialräumlichen Ansatz um?

„Politischer Prozess als Argumentationshilfe für die Arbeit vor Ort“

„Der Umgang im ÖGD mit dem sozialräumlichen Ansatz ist unterschiedlich, abhängig von Ressourcen Stadtstaaten/Flächenländer“

„Es braucht einen Prozess der systemischen Gesundheitsförderung (top down vs bottom up)“

„Kordinierungsstelle in Stadtteilen notwendig!“

„Wichtig: Qualifizierung von Quartiersmanager/innen!“



vorgestellt von Stefan Koesling (Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen)



Teilnehmer/innen der Arbeitsgruppe 4:

Angelika Baestlein (Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung); Gisela Bill (Armut und Gesundheit in Deutschland e.V.); Eberhard Göpel (Hochschule Magdeburg-Stendal); Stephan Koesling (Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung); Susanne Kümpers (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung); Barbara Leykamm (Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg); Ulla Meurer (Stadtteilverein Dransdorf); Ingrid Papies-Winkler (Plan und Leitstelle Gesundheit des Bezirksamtes Friedrichshain-Kreuzberg); Klaus D. Plümer (Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen); Bettina Reimann (Difu); Christine Schäfer (Magistrat der Stadt Hanau); Marcus Wächter (Regionaler Knoten Saarland)

Moderation: Stephan Koesling (Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung)

Zusammenfassung

- Gesundheitsförderung braucht **personelle Ressourcen**.
Wenn Gesundheitsämter oder andere Akteure längerfristig und strukturiert die Gesundheitsförderung im Stadtteil voran bringen sollen, benötigen sie fachlich qualifiziertes Personal, das über die notwendige Zeit verfügt.
- Gesundheitsförderung braucht **viele Orte und Akteure**.
Die Möglichkeiten der Gesundheitsämter für ein Engagement in der Gesundheitsförderung sollten gestärkt werden. Es gibt aber noch viele andere Orte und Akteure, die wichtig sind (z.B. die Bereiche Stadtentwicklung oder Jugendhilfe).
- Gesundheitsförderung braucht **Beteiligung**.
In den Stadtteilen gibt es viel Wissen der Bürger/innen und institutionellen Akteure, das systematisch in die Interventionen eingebunden werden sollte.



Probleme und Hindernisse

- Problematisierung der Verwaltungsstrukturen:
 - ✓ Bedingt durch die Verwaltungsreform beschäftigen sich viele Ämter vor allem mit sich selbst.
 - ✓ Problem der knappen Ressourcen.
 - ✓ Nicht für alle mit dem Programm Soziale Stadt in Verbindung stehenden Quartiere und Gebiete können die zur Verfügung stehenden Fördermittel eingesetzt werden – es müssen Prioritäten gesetzt werden!
 - ✓ Thematisierung der Vielfalt von sozialräumlichen Ansätzen (z.B. Jugendpolitik, Arbeitsmarktpolitik): Alle Bereiche haben ihre Grenzen und stimmen in ihrer Reichweite selten mit den Verwaltungsgrenzen überein.
 - ✓ Gesundheit kann nur in Verbindung mit anderen Bereichen, z.B. Bildung, Stadtentwicklung, umgesetzt werden. Hierfür sind konkrete Abstimmungen zwischen den einzelnen Bereichen notwendig und wichtig.
 - ✓ Erfolgreiche Umsetzung von Gesundheitsangeboten erfolgt nur kontextbezogen:

„Aber ich denke mal, diese Abstimmung und dies immer wieder Anknüpfen quasi auch an anderen Bereichen, das ist eine ganz wesentliche Sache, wie man Gesundheitsprojekte letztendlich dann umsetzen kann.“

- Die Umsetzung gesundheitsförderlichen Verhaltens für die Zielgruppe sozial benachteiligte Menschen stellt sich in der Praxis (von unten nach oben) als schwierig heraus!

„Wenn wir Probleme haben, dann haben wir sie meistens durch die Strukturen die existieren und stellen eben auch fest, dass die Arbeit dadurch behindert wird, dass gerade auch kleine Träger das schwer haben. Weil die Menschen, die bei den größeren Trägern arbeiten, über diese Entstehung so vieler Projekte eher sauer sind weil sie gerade mal wieder ihre Stelle halbiert bekommen haben aber doppelt soviel Vernetzung wie vorher machen sollen. Das sind halt in der Praxis alles so Probleme, die nur schwer bewältigt werden können und die die Qualität der Arbeit auch behindern. Wir sind z.B. in unserem Stadtteil sehr gut vernetzt untereinander, was so die einzelnen Projekte und Institutionen angeht aber mit der Verwaltung ist es halt ganz schwer oder mit dem Gesundheitsdienst, das ist einfach – die haben keine Zeit dafür und haben andere Prioritäten.“

Wo ist der politische Ort für die Gesundheitsförderung angesiedelt?

- Mit Blick auf die verschiedenen Strukturen, Ämter und Ressorts muss geschaut werden, wo Gesundheitsförderung verortet werden kann. Man muss sich der Frage nach der Zuständigkeit zuwenden!
- Es gibt keinen einzelnen Ort, sondern es muss viele Orte für die Verortung der Gesundheitsförderung geben!



- Ziel müsste die Verschränkung von sozialen und anderen Ressorts (z.B. Bau und Gesundheit) sein!
- Bereits bestehende Strukturen bringen Vorteile, insbesondere die Zusammenarbeit mit der Koordinierung des Programms Soziale Stadt innerhalb der Verwaltung sowie der Gebietskonferenzen, wo alle wesentlichen Ämter mit einbezogen sind (z.B. Gesundheits- und Umweltämter). Berlin bietet mit der Einrichtung gesetzlich verankerter Plan- und Leitstellen in den Bezirken eine gute Struktur, Gesundheitsförderung präsent zu machen und in verschiedenen Zusammenhängen einzubringen.
- Der ÖGD – Ort für die Gesundheitsförderung:
 - ✓ Die Ressourcen in den Gesundheitsämtern sind für eine flächendeckende Begleitung und Unterstützung innerhalb eines Landkreises sehr beschränkt. Ressourcen reichen maximal aus, um ein oder zwei Quartiere zu begleiten und zu unterstützen.
 - ✓ Gemeinsame Gespräche zwischen Gesundheits- und Umweltämter zum Thema Soziale Stadt finden nur selten statt!
 - ✓ Der ÖGD wird als „*Vernetzer auf praktischer Ebene*“ wahrgenommen!
 - ✓ Gegenbeispiel Gesunde Städte-Netzwerk: Dieses Programm ist in der Bundesrepublik Deutschland überwiegend bei den Gesundheitsämtern angesiedelt. Potential zu entfalten, ist diesem Programm zu wenig gelungen. In diesem Zusammenhang zeigt sich der ÖGD bisher zu passiv und müsste, um kommunalpolitisch handeln zu können, stärker die Initiative ergreifen. Hierbei wird es wichtig sein, dass Handlungsbedarfe angemeldet und auf die Agenda gesetzt werden!

Wünschenswerte Umsetzungsmaßnahmen und Unterstützungsschritte

- Wie kann man Organisationsentwicklung mit partizipativen Elementen in der Praxis umsetzen?
 - ✓ Beteiligung ist u.a. gegeben durch Bürgerversammlungen, die in jedem Quartier stattfinden!
 - ✓ Von der Basis her einen Gesundheitsansatz zu vermitteln, ist schwierig. Daher müssen von außen (Träger) ganz konkrete Unterstützungsangebote anbieten, um Projekte aufzubauen.
 - ✓ Auch bei der Frage der Steuerung ist die Bürgerbeteiligung wichtig!
- Durch die Einbindung von Entscheidungsträgern aus den unterschiedlichsten Bereichen können verbindliche Strukturen geschaffen werden. Beispielsweise können die Landesarbeitsgemeinschaften für Gesundheit ihr Gesundheitsförderungs-Know-How in die Projekte mit einbringen.
- Perspektivwechsel ist notwendig:



„Es gibt eigentlich nur Zäune - Sozialräume sind Zäune, diese Zäune muss man erst einmal zur Seite räumen, damit man zusammen kommen kann und ich glaube, man muss eine andere Perspektive reinbringen.“

- Die bei den Praktiker/innen vorhandenen Erfahrungen und gesundheitsfördernden Ideen müssen stärker genutzt werden.
- Für die Qualitätsentwicklung im Setting Stadtteil sollten Koordinierungsstellen eingerichtet werden, ohne dabei Doppelstrukturen zu schaffen. Ein wichtiger Akteur werden die Krankenkassen sein, die es gilt inhaltlich einzubinden.
- Schaffung von Fortbildungs- und Weiterbildungsangeboten:
 - ✓ Qualifizierungsbedarf z.B. zu Themen: Qualitäten in der Gesundheitsförderung, Patientenberatung und -rechte
 - ✓ Nachfrage nach Fort- und Weiterbildungsangeboten ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Es konnten Angebote / Fortbildungseinheiten für Menschen die vor Ort interagieren, aus unterschiedlichen Settings, Professionen und Institutionen kommen, geschaffen werden.
- Zur Unterstützung der Quartiersmanager/innen ist es wünschenswert, ihnen eine Gesundheitsfachkraft zur Seite zu stellen deren Aufgabe es ist, Projekte zum Thema Gesundheit zu entwickeln.

„Es fehlen z.B. die Kombination von jemandem mit Gesundheitssachverstand und einer Sprache, die Migranten verstehen, die schlecht Deutsch können zum Beispiel - das wäre eine ganz spezielle Kompetenz und da arbeiten auch viele dran aber sowas denke ich müsste dann auch in jedem Stadtteil sein oder die Frage von: Wie schaffe ich Zugang zum Gesundheitssystem? Welche sozialrechtlichen Leistungen stehen einem zu? Das ist ja so leicht gesagt, dass wir hier alle die gesetzliche Krankenversicherung haben, aber wie kann ich die auch nutzen - die Frage von Patientenrechten usw. Das ist ein Feld, da gibt es ein großes Vakuum an Know How, was meiner Meinung nach in die Gesundheitsförderung, in die Stadtteile hinein müsste, da wüsste ich jetzt nicht, wer das eben mal vom Öffentlichen Gesundheitssystem leisten könnte.“

- Gegenposition: Die Implementierung einer Gesundheitsfachkraft ist unrealistisch und muss in Frage gestellt werden, da es beispielsweise in den Gesundheitsämtern Fachleute gibt, die für diese koordinierenden Aufgaben in Frage kommen.
- Für Organisationsentwicklung sind vertrauensbildende Prozesse wichtig!
- Für den Prozess der Stadtentwicklung ist es wichtig, dass Ziele von verschiedenen Seiten formuliert werden („von unten, von oben und von der Seite“), damit es unterschiedliche Zielannahmen geben und eine „Metakommunikation“ zwischen allen Beteiligten ermöglicht werden kann.



**Arbeitsgruppe 5:
Wie gewinne ich die Bewohnerinnen und Bewohner für das Thema Ge-
sundheit?**

GESUNDHEITSFÖRDERUNG
BEI SOZIAL BENACHTEILIGTEN
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Arbeitsgruppe 5:
Wie gewinne ich die Bewohnerinnen und Bewohner
für das Thema Gesundheit?

**Partizipation und Ressourcenorientierung –
„den Stadtteil erfühlen“**



vorgestellt von Marcus Wächter (Landesvereinigung für Gesundheit Saarland)



Teilnehmer/innen der Arbeitsgruppe 5:

Angelika Baestlein (Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung); Stefan Bräunling (Gesundheit Berlin); Carola Brückner (Stadtteilmanagement Stendal-Stadtsee); Yves Douma (Gesundheit Berlin); Andreas Klages (Deutscher Olympischer Sportbund); Barbara Leykamm (Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg); Friedrich Meyer (Büro für Interdisziplinäre, Räumliche und Soziale Planung, Quartiersmanagement Fürth); Uwe Prümel-Philippsen (Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung); Helga Rake (Plankontor Gesellschaft für Stadterneuerung und Planung); Christl Riemer-Metzger (Münchner Aktionswerkstatt G´undheit); Hubert Schiefer (Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München); Dagmar Schwarte (Gesundheitsamt Münster, GSN-Sekretariat); Susanne Vogl (AOK Berlin); Marcus Wächter (Regionaler Knoten Saarland); Eberhard Warncke-Seithe (Stadtteilbüro Jena-Winzerla)

Moderation: Marcus Wächter (Regionaler Knoten Saarland)

Fachlicher Input: Eberhard Warncke-Seithe (Stadtteilbüro Jena-Winzerla)

Zusammenfassung

- Gesundheitsförderung braucht **Vertrauen**.
Die Bewohner/innen werden gesundheitsfördernden Ansätzen aufgeschlossener gegenüber stehen, wenn Interventionen nicht „von außen“ kommen, sondern Akteure, Orte oder Prozesse bereits bekannt sind.
- Gesundheitsförderung braucht **Alltäglichkeit**.
Je mehr sich die Ansätze am alltäglichen Leben der Bewohner/innen des Stadtteils orientieren, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie von diesen als sinnvoll und hilfreich wahrgenommen werden.
- Gesundheitsförderung braucht **Problembewusstsein**.
Nicht alle Bevölkerungsgruppen haben den gleichen Bedarf und sind in gleicher Weise erreichbar. Auch für schwer erreichbare Gruppen müssen Angebote entwickelt und umgesetzt werden.



Welche Voraussetzungen gibt es, um Bewohnerinnen und Bewohner für das Thema Gesundheit gewinnen zu können?

„Man kennt sich, man schätzt sich, man hilft sich und man feiert gemeinsam.“

- Bestehende Kontakte, bestehende Arbeitskreise, Vernetzungsgruppen. Gewachsene Strukturen sind förderlich. Durchbruch in einem Gebiet nach mehr als fünf Jahren über Kinderbetreuung.
- Kontakte aufzubauen dauert lange!
- Netzwerkstrukturen und ein Bewusstsein für Gesundheitsförderung sind häufig schon vorhanden.
- Niedrigschwelligkeit der Ansätze mit der Möglichkeit der Verbreitung über Mund-zu-Mund-Propaganda.
- Wenn man Räumlichkeiten hat, kann man die Leute erreichen.
- Zeit und Geduld haben – was Strukturen voraussetzt, die einem die Möglichkeit für Geduld lassen.
- Sachverstand der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung, als Verstärkung und Professionalisierung.
- Die Programme sind zum Teil einengend, zum Beispiel die Vorgaben beim Thema Ernährung (die Lebensmittel werden nicht bezahlt). Klein-Sponsoring ist da möglich, aber sehr aufwändig.
- Ständiges Problem Kästchendenken. Unter § 20 SGB V darf zum Beispiel nur Primärprävention finanziert werden, selbst Raucherentwöhnung ist da schon problematisch.
- Wichtiger Akteur: ÖGD – deren Job ist zu 100 Prozent Gesundheit. Notwendig sind, wie z.B. in Rostock, kommunalpolitische Selbstverpflichtungen zur Gesundheitsorientierung, damit neue Initiativen nicht von oben gebremst werden.
- Für ein flexibles, bedarfsgerechtes Handeln sind Verfügungsfonds auf Stadtteilebene unbedingt notwendig.
- Die ÖGD-Gesetze sind alle subsidiär, da passen Aktivitäten im Rahmen der Sozialen Stadt immer mit rein! Kommunale Gesundheitskonferenzen durchführen. Kommunalpolitiker wissen teilweise über das Thema Gesundheit viel zu wenig Bescheid.
- Es gibt nie nur eine Person, eine Institution, die für ein Gesundheitsthema in unserem weiten Gesundheitsverständnis zuständig wäre. Aber man muss den Entscheider immer mit drin haben. In diesem Sinne ist es auch ungünstig, dass nur zwei Ministerien auf dieser Tagung vertreten sind. Da fehlen mindestens zwei!



Welche Strategien haben sich bewährt?

- An Alltagskultur anknüpfen! Beispiel: Tanztee und jährliche Wohngebietsfeste. Allerdings: Stadtteilstfeste – nicht beständig; Stadtteilzeitung – nicht beständig. Die Kontakte sind danach zwar nicht weg, aber sie schlafen ein.
- Man muss vieles ausprobieren. Das Soziale Kapital baut sich langsam auf. Local theory: Die Leute in den Stadtteilen beteiligen. Als gute Beispiele die Good Practice-Projekte aus der Praxisdatenbank des Kooperationsverbundes.

„Was funktioniert ist, wenn die Leute vor Ort direkt was davon haben, und sei es, dass sie eine Tasse Kaffee und ein Brötchen haben.“

- Auch einmaliges Engagement ist wertvoll.
- Beteiligung braucht Anlässe. Anlässe schaffen!
- Den, der anfängt, unterstützen! *„Ich hab oft die Erfahrung gemacht, das ist ein einziger, der anfängt, und wenn man den unterstützt irgendwas zu machen, dann entsteht da ein Biergarten im Hinterhof oder eine verkehrsberuhigte Straße oder ein Familienzentrum – über einzelne Leute, mit denen man anfängt!“*
- Vertrauen erwerben und nicht enttäuschen!
- *„Genau zuhören, den Stadtteil erfühlen, die Atmosphäre des Stadtteils begreifen!“* Beispiele Schwimmen mit Migrantinnen und Fahrradkurs für Migrantinnen, „Erzählcafé“ in einer von Abriss bedrohten Fabrik.
- Gemeinsam mit den Bewohnern überlegen, im Gespräch bleiben. Beispiel: Mit einer minderjährigen Schwangeren gesprochen: Sie hatte ganz überraschende Vorstellungen über funktionierende Schwangerschaftsberatung. Ein Multiplikatorenkonzept daraus entwickelt.
- Die Projektlogik ist allerdings andersrum als vieles des bisher Gesagten: Wir kommen mit einer thematischen Vorgabe und mit den Kriterien von laufenden Anträgen an.
- Ein breites Thema in den Stadtteil reinzutragen ist auch möglich.

Welche Bevölkerungsgruppen sind nur schwer zu erreichen?

- Migrantische Frauen: Setting Kita – da dürfen die Frauen hingehen! Entwicklung: Familienhebammen in die Kitas, Kitas zu Familienzentren.
- Migrantische Frauen: In der Schule sind sie anzutreffen. Orientierung an Personen; als Beispiel dazu: Türkische Frauen mögen zum Teil die modernen Türkinnen nicht so, kommen aber sehr gut mit deutschen Frauen, die wie sie einen Sohn haben, aus.
- Jugendliche, mit und ohne Migrationshintergrund



Diskussion darüber, wie direkt das Anliegen Gesundheitsförderung eingebracht werden sollte:

- Am tatsächlichen Bedarf ansetzen, was immer das auch sein mag, und dann das Thema Gesundheit einschmuggeln.
- „Gesundheit einschmuggeln“ bedeutet einen zu engen Gesundheitsbegriff.
- Die einfachen Bürger im Stadtteil haben durchaus einen eher engen, klassischen Gesundheitsbegriff.
- Klar sagen, dass es um Gesundheit geht, und die Leute konkret fragen, ob sie sich aktiv beteiligen würden.
- Gesundheit verstecken bzw. verpacken! Beispiel Alkoholprävention: Bei Mädchen Hinweis auf die Kalorien in den alkoholischen Getränken, bei den Jungen Hinweis auf die ungünstigen Auswirkungen auf ihre Potenz. (*„Über den Gesundheitswert von Alkohol wollte gar kein Mensch sprechen.“*)
- Einige Themen muss man verpacken, z.B. Sexualaufklärung für migrantische Jugendliche, die unter dem tatsächlichen Titel gar nicht kommen dürften.
- Statt „Einschmuggeln“: *„Anschlussfähige Ressourcen“* nutzen und *„nett verpacken“*.
- Jederzeit zu wissen, *„Was ist jetzt, in' was ist en vogue, wie wird es zurzeit diskutiert?“*
- Partizipation sicherstellen.



**Arbeitsgruppe 6:
Was macht die Qualität gesundheitsfördernder Angebote im Quartier aus?**

Arbeitsgruppe 6:
Was macht die Qualität gesundheitsfördernder Angebote im Quartier aus?

„Qualität dient der Reflexion und Motivation der eigenen Arbeit“

„Zusammenarbeit von Praxis und Wissenschaft in der Qualitätsverbesserung ist ein Lern- und Entwicklungsprozess in den Projekten“



vorgestellt von Klaus D. Plümer (Akademie für das Öffentliche Gesundheitswesen, NRW)



Teilnehmer/innen der Arbeitsgruppe 6:

Gesine Baer (Difu); Gisela Bill (Armut und Gesundheit in Deutschland e.V.); Eberhard Göpel (HS Magdeburg-Stendal); Iris Grimm (Regionaler Knoten Bayern); Monika Köster (BZgA); Christian Lorentz (Gesundheitsamt Hamburg-Eimsbüttel); Uwe Lummitsch (Netzwerk GemeinWesen-Arbeit); Heike Pallmeier (Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung); Klaus D. Plümer (Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen, Düsseldorf); Tobias Prey (Bezirksamt Mitte von Berlin); Antje Richter (Regionaler Knoten Niedersachsen); Billie Trumpp von Eicken (Gruppenpraxis Hasenberg)

Moderation: Klaus D. Plümer (Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen, Düsseldorf)

Zusammenfassung

- Gesundheitsförderung braucht **praxisnahe Qualitätsentwicklung**.
Qualitätsentwicklung sollte nicht als eine von außen aufgegebenen Bürde, sondern als Unterstützungsangebot für die Verbesserung der eigenen Praxis erlebt werden. Die Ansätze sollten praxisnah sein und die verfügbaren Möglichkeiten berücksichtigen. Es muss möglich sein, Fehler zu machen und diese zu dokumentieren, ohne dass damit automatisch der Bestand des Angebotes in Frage gestellt wird.
- Gesundheitsförderung braucht **Beteiligung**.
Damit Qualitätsentwicklung als Unterstützung der täglichen Arbeit wahrgenommen wird, muss sie auf allen Ebenen die Perspektiven und Kultur der Mitarbeiter/innen berücksichtigen ebenso wie die Bedürfnisse und Sichtweisen der Zielgruppe(n). Die Finanzgeber sollten sich auf diese Prozesse einlassen und eher wenige externe Vorgaben machen.



Erfahrungen

- Positive Erfahrungen lassen sich mit einer partizipativen Entwicklung der jeweiligen projektbezogenen Erfolgsindikatoren machen.
- Netzwerkpartner sind bei der Entwicklung von Indikatoren einzubeziehen.
- Projekte zeigen sich sensibler bei der Festlegung der Indikatoren und kreativer bei Entwicklung von Methoden zu deren Erfassung, als das Außenstehenden möglich ist.
- Hilfe für Projekte zu strukturiertem Vorgehen ist wichtig, Strukturen dürfen aber nicht die Kreativität ersticken.
- Evaluation wird häufig zu abstrakt diskutiert, im praktischen Kontext verliert sie jedoch das „dubiose“.
- Partizipative Qualitätsentwicklung und Good Practice haben Qualitätssicherung modernisiert. Das ist eine Verbesserung von Qualität auch hinsichtlich der Qualitätsentwicklung.
- Good Practice ist ein Qualifizierungsprozess von unten. Vor dem Hintergrund der vielschichtigen Bedarfe der Zielgruppe kann es keine übergreifend gültigen Kriterien geben, diese müssen vor Ort angewendet und umgesetzt werden.

„Qualität ist, eigene Ideen zu verwirklichen!“

- Eigenverantwortung und Verantwortlichkeit bei der Zielgruppe sind Ergebnisse, die sich wiederum auch auf das soziale Umfeld auswirken.
- Qualität braucht Zeit!
- Qualitätsentwicklung ist nützlich, wenn sie der Selbstreflexion dient.
- Es muss darum gehen, mehr über die Wirkung der eigenen Arbeit zu erfahren.
- Komplexität des Themas Gesundheitsförderung scheint angekommen zu sein. Ein Beispiel hierfür ist der Nationale Aktionsplan.

Voraussetzungen

- Bereitschaft und Offenheit bei den Projekten ist eine Voraussetzung für das Gelingen von Qualitätsentwicklung.
- Austausch und Kooperation zwischen den Akteuren sollte Voraussetzung sein um sich über Standards zu verständigen.
- Qualität darf nicht aufgezwungen werden, aber Maßstäbe müssen gesetzt werden.
- Finanzielle Ressourcen sind eine Voraussetzung für Qualität.
- Qualität sollte kein Ausschlusskriterium sein und muss stetig mitgedacht werden.



- Stadtteilbezug muss hergestellt werden: Was macht ein Projekt zu etwas Besonderem vor dem Hintergrund Setting Stadtteil?
- Wissenschaft sollte sich mit Praxis auf Augenhöhe befinden. Beide brauchen sich!

Probleme

- Qualität wird von den Projekten im Quartier zunächst als nachrangig eingeschätzt.
- Mit Qualität werden Rationalisierungsbestrebungen, Legitimationsfunktionen und Leistungsmessungen assoziiert.
- Gesundheit umfasst den ganzen Menschen und ist entsprechend schwer messbar!
- Eine große Anzahl von sehr guten Aktivitäten finden vor Ort statt und sind nicht in Förderprogramme eingebunden, in denen Evaluationen gleich mit bezahlt werden.
- Basis- und Anwohnerinitiativen sind oft mit Evaluationen überfordert.
- Verfahren und aussagekräftige Herangehensweisen, die Effekte nachweisen können, werden benötigt.
- Die Kassen haben bestimmte Qualitätsstandards im Kopf, dort werden selbst entwickelte Standards als zu unsicher wahrgenommen.
- Krankenkassen müssen zertifizierte Kursleiter einsetzen. In der Settingarbeit werden aber gerade niedrigschwellige Kurse initiiert, die von Schlüsselpersonen durchgeführt werden, die solche formalen Qualifikationen oftmals nicht besitzen.
- Zertifizierung ist ein „Big Business“. Sobald dies zum Markt wird, funktioniert das nicht mehr! *„Wenn die BZgA auf die Idee käme ein Label zu entwickeln, das sich die Projekte auf den Briefbogen machen können, würde das sicherlich in eine Richtung laufen, die eventuell nicht sehr hilfreich ist.“*

„Die Gefahr ist, dass Qualitätsentwicklung wieder ein Herrschaftsinstrument wird.“

Verfahrensweisen, Strategien, Lösungen

- Das Quartiersmanagement kann für die Akteure bei Selbstevaluationen die Rolle und Funktion der Ausbildung in den Methoden übernehmen.
- Eine gute Begleitung bei der Kriterienentwicklung ist wichtig.
- Ansätze der Selbstevaluation und LOS-Kriterien bieten gute Möglichkeiten für Qualitätsentwicklung.
- Krankenkassen sollten Anreizsysteme etablieren: Mittel zur Erfüllung bestimmter Standards.
- Der Umfang der Qualitätsentwicklungs-Maßnahmen muss sich an den Möglichkeiten gerade auch der kleinen Träger orientieren.



- Lösung kann eine gegenseitige Annäherung sein, bei der Geldgeber auch lernen können, dass z.B. bei kleinen Projekten nicht die gleichen Kriterien angewendet werden können. Gleichzeitig sollte auf Projektseite zugelassen werden, dass von außen Standards vorgegeben werden.
- Lernprozesse bei den Mittelgebern voranbringen. Ziel sollte mehr Akzeptanz für Good Practice-Kriterien sein. Sonst läuft es auf eine Anpassung der Projekte an Vorgaben hinaus! Wer kann diese Lernprozesse initiieren?
- Diskussion über Good Practice-Kriterien ermöglicht die Reflektion des eigenen Standortes, der Ziele, der Zielgruppen und der Entwicklung eines entsprechenden Ablaufs. Das ist ein Prozess der Leitbildentwicklung. Dafür sind Förderkriterien nicht geeignet, da sie eher in die „Projektitis“ führen.
- Zielgruppenorientierung ist ein Kriterium für Qualität: Wenn man Zielgruppen wirklich erreichen will, muss man sie von Anfang an in den Fokus nehmen.
- Man muss in Erfahrung bringen, was die Bedürfnisse der Menschen sind, mit denen ich arbeiten will: „Health Needs Assessment“
- Preisverleihungen sind ebenfalls eine implizite Form der Qualitätsentwicklung. Beispiel: „Gesund Leben Bayern“.
- Das Setting Stadtteil ist noch relativ unbearbeitet, was eine Chance sein kann, um mit viel Praxiserfahrung „*Pfähle einzuschlagen*“. Eine wichtige Baustelle ist da der GKV-Leitfaden zur Umsetzung des § 20 SGB V. Die Bedingungen dürfen nicht so eng wie bei den Kursen festgezurrert werden.
- Es bedarf einer Mittlerfunktion zwischen Geldgebern und Projekten: Wenn beispielsweise Difu oder WZB feststellen, dass ein Projekt nach Good Practice-Kriterien läuft, so ist das Vertrauensbildend, auch wenn keine allgemeinen Standards erfüllt werden.

„Qualitätsentwicklung muss locken und in einem Entdeckungsprozess, der von den Beteiligten selbst gestaltet werden kann und in dem die Dosierung frei wählbar ist, immer weiter differenziert werden.“

- Struktur- und Strategieebene sollten beachtet werden. Insbesondere ist darauf zu achten, dass die Maßnahmen eingebettet sind, also nicht nur Einzelprojekte sondern auch Koordinierungsstellen im Stadtteil gefördert werden und/oder mit Verfügungsfonds gearbeitet wird.



Arbeitsgruppe 7: Was sind Hürden / Hindernisse für das Thema Gesundheit im Quartier?

Arbeitsgruppe 7:
Was sind Hürden / Hindernisse für das Thema
Gesundheit im Quartier?

„Was sind die Hürden? – die Ansiedlung“

„Wer ist schwer zu gewinnen? – die Profis“

**„Welche Unterstützung? –
Begleitprogramm Prävention zum Programm Soziale Stadt“**



vorgestellt von Carola Gold (Gesundheit Berlin)



Teilnehmer/innen der Arbeitsgruppe 7:

Matthias Albrecht (Kinderschutzbund Dortmund e.V.); Fred Beier (Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg); Christa Böhme (Difu); Manfred Dickersbach (Institut für Gesundheit und Arbeit NRW); Daniela Fritsch (Regionaler Knoten Thüringen); Mandy Göhler (QM Wittenberg); Christina Göth (Regionaler Knoten Rheinland-Pfalz); Carola Gold (Gesundheit Berlin); Frederick Groeger-Roth (LAG Soziale Brennpunkte Niedersachsen); Stephan Koesling (Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung); Frank Lehmann (BZgA); Astrid Leicht (Fixpunkt e.V.); Ulla Meurer (Stadtteilverein Dransdorf); Ingrid Papies-Winkler (Plan und Leitstelle Gesundheit des Bezirksamtes Friedrichshain-Kreuzberg); Kerstin Reetz-Schulz (Projekt KiNET); Hans-Georg Rennert (Gemeinsam im Stadtteil e.V.); Christine Schäfer (Magistrat der Stadt Hanau); Tomas Steffens (Diakonisches Werk der EKD)

Moderation: Carola Gold

Zusammenfassung

- Fehlende **Strukturen und Strategien** sind Hürden für erfolgreiche Gesundheitsförderung.
Bislang geschieht zwar viel, aber zu wenig abgestimmt und auf Nachhaltigkeit ausgerichtet. Die verfügbaren Ressourcen werden oft zu kurzatmig z.B. im Rahmen von Modellprojekten verausgabt, deren Erfahrungen nicht in nachfolgende oder weiterführende Angebote eingehen.
- Fehlende **Vernetzung und Zusammenarbeit** sind Hindernisse für erfolgreiche Gesundheitsförderung.
Die notwendige fachübergreifende Zusammenarbeit in den Quartieren gelingt oftmals nicht, da die Akteure z.B. noch nicht für das Thema Gesundheitsförderung sensibilisiert sind oder ihnen notwendige Ressourcen fehlen. Lokale Koordinierungsstellen bzw. fachliche Unterstützung können hier hilfreich sein.
- Fehlende personelle Ressourcen des **Öffentlichen Gesundheitsdiensts** erschweren die Umsetzung erfolgreicher Gesundheitsförderung.
Gesundheitsämter sind als kommunale Akteure prädestiniert das Thema Gesundheitsförderung zu stärken, oftmals fehlen aber noch die notwendigen (personellen) Ressourcen. Durch die Gesundheitsämter erstellte Gesundheitsberichte können Transparenz über die Problem- und Bedarfslagen in den Quartieren herstellen, die aktuelle Berichtslage in den Kommunen ist aber oft noch entwicklungsbedürftig.



Hürden und Hindernisse

- Das Programm Soziale Stadt ist im Bereich „Stadtplanung und Bauen“ verankert, hier spielt das Thema Gesundheit kaum eine Rolle! Umgekehrt fühlen sich die Gesundheitsakteure im Bereich der Städtebauförderung auch nicht angesprochen.
- Finanzierungsprobleme von Gesundheitsprojekten:
 - ✓ Es besteht bei Gesundheitsakteuren ein Informationsdefizit darüber, dass auch nicht-investive Projekte und Maßnahmen aus dem Gesundheitsbereich über das Programm Soziale Stadt gefördert werden können.
 - ✓ Finanzielle Mittel der Krankenkassen (§ 20 SGBV) fließen zu wenig in Stadtteilprojekte ein.
 - ✓ Die Mittel die bei einer Projektförderung von der einen Krankenkasse kommen, sind viel zu gering, um ein Projekt realistischer Weise umsetzen zu können. Eine Finanzierung über weitere Krankenkassen ist nicht möglich!
 - ✓ Im Bereich der Finanzierung fehlt ein gebietsbezogenes, auf das Programm Soziale Stadt ausgerichtetes Partnerprogramm zur Prävention in den Gebieten der Sozialen Stadt.
 - ✓ Wir leiden unter den Krankheiten Projektitis oder Modellitis! Wir brauchen für die Projekte vernünftige Konzeptionen mit langfristiger Finanzplanung.
- Schaffung verbindlicher Strukturen mit klarer Finanzierung:
 - ✓ Städtebezogene Gesundheitsförderung braucht Kapazitäten, diese Möglichkeiten haben Gesundheitsämter zu wenig.
 - ✓ Verbürokratisierung - insbesondere bei der Antragstellung - führt dazu, dass Projekte scheitern.
 - ✓ Entwicklung langfristiger Maßnahmestrategien ist wichtig!
- Problem der personellen und zeitlichen Ressourcen:
 - ✓ Das lokale Quartiermanagement ist oft überlastet und am Rande seiner Kapazitäten.
 - ✓ Aktive im Quartier haben keine freien zeitlichen Ressourcen für neue Themenfelder.
 - ✓ Für lokale Akteure ist die Antragstellung oft zu komplex und überfordernd.
 - ✓ Für die Planung und Durchführung von Projekten wäre eine Art „Basisfinanzierung“ notwendig, um Kontinuität und Planungssicherheit herzustellen.

Sensibilisierung und Gewinnung von Akteuren

- Gesundheitsakteure sind schwer zu gewinnen:



- ✓ Die Sensibilisierung von Gesundheitsakteuren ist durch Teambildung sowie durch Schaffung von gemeinsamen interdisziplinären Kompetenzen möglich.
- ✓ Aus betriebswirtschaftlichen Gründen ist das Andocken von Gesundheitsakteuren ans Quartiersmanagement ohne professionelle Hilfe nur schwer möglich.
- Die Zielgruppe der sozial Benachteiligten ist besonders schwer zu gewinnen. Hier besteht ein Problem der Zugangswege sowie der richtigen Ansprache der Zielgruppe.
- Gesundheitsämter, aber auch Akteure aus dem medizinischen Bereich (z.B. niedergelassene Ärzte) sind im Programm zu wenig involviert.

Wünschenswerte Unterstützungsmaßnahmen

- Präventionsgesetz und andere Strukturen sind in diesem Bereich absolut notwendig!
 - ✓ Falls es kein Präventionsgesetz geben sollte, ist es wichtig, dass die Mittelvergabe der Krankenkassen sich besonders auf Gebiete mit besonderen Entwicklungsbedarf konzentrieren.
 - ✓ Der § 20 SGB V muss so umgesetzt werden, dass gesundheitliche Chancengleichheit verbessert wird.
- Sensibilisierung der Gesundheitsakteure für gebietsbezogenes sozialraumorientiertes Handeln ist notwendig!
- Sensibilisierung der Lokalen Quartiermanager und Programmverantwortliche für das Handlungsfeld Gesundheit!
- Eine vernetzende Funktion kann die Einrichtung von lokalen Koordinierungsstellen Gesundheit in den Stadtteilen haben. Hierbei sollten lokale Koordinierungsstellen direkt beim Quartiermanagement angesiedelt sein. Es muss dabei darauf geachtet werden, dass keine Parallelstrukturen eingerichtet werden.
- Einbindung des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“: Gute Praxismodelle werden in die Fläche gebracht!
- Entwicklung eines Begleitprogrammes „Prävention und Gesundheit“ zur Sozialen Stadt“:

„Ein Partnerprogramm ist sinnvoll, denn damit haben wir schon sehr viel mehr erreicht, wenn es gebietsbezogene Partnerprogramme gibt, als wenn wir jetzt hier zu jeder einzelnen Krankenkasse wirklich hinrennen müssen oder jeden Strohalm irgendeines Modellvorhabens ergreifen müssen. Ich denke, das bewegt sich irgendwo zwischen diesen beiden Polen – also einerseits Stadtteilton, den ich für alles nutzen kann und andererseits dieses Zusammensuchen – mühselige Zusammensuchen - von Projektmitteln.“

- Vorhandene Geldquellen besser nutzen:
 - ✓ Geld ist vorhanden, jedoch muss die Frage nach einer sinnvollen Verteilung gestellt werden.



„Wir haben unglaublich viele Ansätze, wo ganz kurzfristige Gesundheitsförderungsmaßnahmen durchgeführt werden, nicht nur Gesundheitsförderungsmaßnahmen sondern auch andere, die eben aus den unterschiedlichsten Töpfen finanziert werden - ob das die Beschäftigungsprogramme über die Jobcenter sind oder EU-Mittel oder LOS-Mittel oder ähnliches. Das sind oft sehr sehr kurzfristige Projekte, die ein halbes Jahr gehen, die neun Monate gehen und so weiter und letztendlich hat da kein Mensch was von. Das ist alles so ne Sache die ist ganz nett, aber wenn man das alles bündeln würde, was da an Ressourcen ist, dann denke ich mal, wäre das wesentlich sinnvoller – auch für die einzelnen Quartiere. Dazu kommt, dass sich das ganze Vergabeverfahren der Mittel unheimlich verbürokratisiert hat.“

Der Öffentliche Gesundheitsdienst – ein ressortübergreifender Ansatz

- Kann vor dem Hintergrund der beschränkten Ressourcen des ÖGD das Thema Gesundheitsförderung hier überhaupt verankert werden?
- Der ÖGD ist fast der einzige Partner, der Gesundheitsförderung in einem übergreifenden Public Health-Gedanken vertreten kann. Jedoch hat der ÖGD es aufgrund des massiven Personalabbaus schwer, flächendeckend Gesundheitskompetenzen zu vermitteln.

Der Gesundheitsbericht – ein Instrument zur Schaffung von mehr Transparenz

- Die Berichtslage durch stadtteilbezogene Gesundheitsberichte ist schlecht. Ausnahme sind lediglich die Schuleingangsuntersuchung.
- Gesundheitsberichte sind als Politikinstrument geeignet, Probleme zu identifizieren und auf eine andere Diskussionsebene zu bringen.
- Für die Gesundheitsberichterstattung kann eine aktivierende Befragung bedeutsam sein (Stichwort: Vertrauensbildung), um bestimmte Gruppen und Stadtteilakteure anzusprechen!
 - ✓ Vorhandene Befragungsinstrumente müssen für die Berichterstattung besser genutzt werden.
 - ✓ Stadtteilbezogene Gesundheitsberichte müssen im Sinne von weniger Basis- und mehr Spezialberichten praktische Handlungsfelder erschließen.
 - ✓ Die in den Kommunen vorhandenen Routinedaten müssen besser genutzt werden!
 - ✓ Gesundheitsdaten spielen auch für die städtebauliche Problemanalyse eine wesentliche Rolle!



Arbeitsgruppe 8:

Wie kann ein Quartier / ein Quartiersmanagement unterstützt werden, wenn Gesundheit im Stadtteil stark gemacht werden soll?

Arbeitsgruppe 8:

Wie kann ein Quartier / ein Quartiersmanagement unterstützt werden, wenn Gesundheit im Stadtteil stark gemacht werden soll?

„Unterstützungsstrukturen schaffen

und / oder

bestehende Angebote transparent machen“



vorgestellt von Helene Luig-Arlt (Büro für Stadtteilmanagement, Langballig)



Teilnehmer/innen der Arbeitsgruppe 8:

Silke Andresen (BMVBS); Elke Anna Eberhard (Regionaler Knoten Bremen); Christiane Färber (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg); Kathrin Feldmann (Stadtkontor GmbH Potsdam); Hauke Gollin (Quartiersmanagement Schönwalde 2, Greifswald); Monika Hommes (Bundesministerium für Gesundheit); Louise Jacobi (Stadtteilmanagement Brunnenviertel); Martina Kolbe (LVG Sachsen-Anhalt); Susanne Kümpers (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung); Maria Ohlig (Wohnungsgenossenschaft am Beutelweg); Maike Schmidt (Techniker Krankenkasse); Annett Schmok (Regionaler Knoten Brandenburg)

Moderation: Helene Luig-Art (Stadtteilbüro Langballig)

Zusammenfassung

- Gesundheitsförderung braucht **Flexibilität**.
Viele Ideen benötigen für die Umsetzung keine großen finanziellen Summen - wichtiger ist eine schnelle und unbürokratische Bewilligung projektbezogener Mittel, z.B. in Form von Verfügungsfonds.
- Gesundheitsförderung braucht **Qualität**.
Um die Qualität der Arbeit vor Ort zu stärken, benötigen die Anbieter professionelle Unterstützung (Berater/innen), die beispielsweise auch bei der Umsetzung praxisnaher, partizipativer Qualitätsentwicklung unterstützen.
- Gesundheitsförderung braucht **Zusammenarbeit**.
Die im Stadtteil verfügbaren Mittel und Kompetenzen müssen gebündelt werden. Hierfür braucht es die Unterstützung der Politik und von Finanzgebern (z.B. Krankenkassen) ebenso wie der Akteure vor Ort, z.B. der Gesundheitsämter und Vereine.



Kurzer Fachinput aus dem Stadtteilmanagement Brunnenviertel (L. Jacobi)

- Die Arbeit des Stadtteilmanagements begann 2005.
- Zunächst Evaluation: „Brunnen gesund“ über alle Gesundheitsprojekte im Kiez.
- Arbeitsschwerpunkte liegen nicht im Gesundheitsbereich, Gesundheitsförderung ist aber immer als Querschnittsaufgabe integriert: „Allerdings steht nicht Gesundheit fett drüber, über den Projekten.“
- Großer Erfolg mit Aktivierungs- und Partizipationsprojekt „Wir im Brunnenviertel“. Die Bewohner/innen entwickeln eigenständig Projekte (Kurse) und erhalten eine Aufwandsentschädigung. Betroffene, z.T. mit nur geringen Qualifikationen, werden „für sich selbst“ aktiv und erfahren Wertschätzung.

Flexibel Ressourcen bereitstellen, z.B. über Verfügungsfonds

- Die Umsetzung gesundheitsbezogener Verfügungsfonds ist z.T. schwierig, da der Bedarf nach schneller und unbürokratischer Verfügbarkeit mit den Qualitätsanforderungen (z.B. der gesetzlichen Krankenkassen) kollidiert. Ausschlusskriterien sollten klar benannt werden, ansonsten aber eine kurzfristige Bearbeitung sicher gestellt sein. Aufwändige Verfahren werden den Strukturen in den Stadtteilen nicht gerecht.
- Es braucht flexibel einsetzbare Mittel (in relativ geringem Umfang), um die aktive Beteiligung der Stadtteil-Bewohner/innen zu fördern.
Beispiel: Ein junger Mann mit Migrationshintergrund baut eine Tanzgruppe auf und spricht eigenständig Einrichtungen an, ob er dort Tanzkurse anbieten kann. Aufwandsentschädigung lief für drei Monate, wird aber ehrenamtlich fortgeführt.
- Erfahrung, dass Kooperationen mit dem Sozialbereich z.T. schwierig sind, da unterschiedliche Kulturen und Qualitätsstandards existieren. Z.T. Abgrenzungen des Gesundheitsbereichs gegenüber sozialen Projekten: „*Damit haben wir nichts zu tun.*“ Wie können die beiden Bereiche besser zusammenkommen? Mediator/innen sind notwendig, um die Kooperationen vor Ort zu fördern.

Berater für Gesundheitsförderung

„Ich glaube, es gibt ein ganz großes konzeptionelles Defizit im Bereich Soziale Stadt zum dem Punkt Gesundheitsförderung. Das ist für uns so eine Sache, dass man wirklich mal einen gewissen Input bekommt. Konzeptionelle Unterstützung, das schließt natürlich auch Manpower und solche Dinge ein.“

- Für die Durchführung vor Ort werden **professionelle Ansprechpartner** benötigt, „eine konkrete Person, mit der man zusammen arbeiten kann.“ Diese berät zu fachlichen Fragen, kann Kontakte herstellen und die Antragstellung begleiten. Diese Ansprechpartner/innen können z.B. aus der jeweiligen Landesvereinigung für Gesund-



heit, dem Regionalen Knoten oder dem Gesundheitsamt kommen. Für eine systematische Beratung und Unterstützung der Praxis fehlen hier allerdings oft die Ressourcen:

„Es ist nicht definierte Aufgabe [für ein Gesundheitsamt], sich in einem Soziale Stadt-Quartier in die Gremien einzubinden. Das heißt, wir brauchen also eine Struktur, in der eine Ansprechperson auch die Ressourcen zur Verfügung hat.“

- Verstetigung für Quartiersmanagements: Kontinuität ist wichtige Voraussetzung dafür, dass Gesundheitsförderung im Quartier verankert wird.

Förderung der Qualität

- In der Praxis braucht man Fortbildungen, Qualifizierungen und klare Leitfäden zur Umsetzung von Qualitätsmanagement, so dass QE „gelebt“ werden kann und nicht als „Angstschraube“ wahrgenommen wird. Derzeit besteht eine große Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit.
- Die Instrumente des Qualitätsmanagements sollten flexibel gestaltet und gehandhabt werden, um z.B. Setting-Interventionen nicht durch die Anwendung „klassischer“ Qualitätssicherung von der Förderung auszuschließen. Die Akzeptanz für diese flexiblen, partizipativen Ansätze ist allerdings auch in der Wissenschaft noch nicht sehr hoch.
- Qualitätsstandards dürfen die Arbeit vor Ort nicht behindern, sie sind allerdings für Setting-Interventionen derzeit nicht besonders anspruchsvoll formuliert und auch für die gesetzlichen Krankenkassen in hohem Umfang förderfähig.
- Auch kritische Ergebnisse zum Projekterfolg (Ziel wurde nicht / nur teilweise erreicht) sind wichtig und sollten als Beitrag zur Qualitätsentwicklung akzeptiert werden. Allerdings müssen viele Praktiker bei dieser Aufgabe unterstützt werden: *„Wie mache ich denn belegbar, was wir erreichen?“*

Die Politik muss eingebunden werden

- Die „Lobby für Gesundheit“ in den Kommunen muss gestärkt werden, indem den Vertreter/innen der Politik deutlich gemacht wird, wie wichtig ein guter Gesundheitszustand für einen intakten Stadtteil ist. Eine Möglichkeit ist, Vertreter/innen aller Parteien in die Strukturen der Trägerinstitution des Quartiersmanagements einzubinden, um a) Sensibilität für das Thema zu wecken und b) auch im Falle kommunalpolitischer Veränderungen Kontinuität zu sichern.

Die praktischen Erfahrungen der Teilnehmer/innen sind hier sehr unterschiedlich.

„Wenn man dann eben ganz deutlich macht, auch über das Quartiersmanagement, zu sagen: Wenn hier nicht mehr für die Gesundheit getan wird, dann brauchen wir hier weder einen Spielplatz zu bauen noch irgendwas anderes, denn dann kommt niemand mehr hin bis zu dem Spielplatz. Die Eltern nicht, weil sie chronisch krank sind, die Kinder, weil sie sich eh nicht mehr bewegen.“



Weiteres

- Krankenkassen verfügen über große Kompetenz bei der Gestaltung verhaltensorientierter Interventionen.
Thema kommunale Gesundheitsförderung ist für die GKV relativ neu, hier ist ein Austausch mit den Erfahrungen der Praktiker/innen / Gewinnung von Partnern notwendig.
- Sozial- und Gesundheitsbereich (insb. GKV) müssen auf einander zugehen. Quartiersmanagements sind kleinräumig orientiert und z.T. hoher Fluktuation unterworfen: Sie können oftmals gar nicht die von den Krankenkassen geforderte Qualität entwickeln. Wie damit umgehen?
Es gibt eine Struktur, „die sich kümmert“, z.B. die Regionalen Knoten. Diese Strukturen sind derzeit noch nicht stabil und müssen selbst erst Kompetenz aufbauen. Perspektivisch könnte diese Struktur gegenüber den Kassen sicherstellen, dass die Qualität der Interventionen gesichert ist.
- Die Vernetzung von Sozialer Stadt und Gesundheitsbereich ist bislang noch geprägt durch viel wechselseitige Unkenntnis. Gute Ideen werden vom Stadtteilmanagement aber auch kurzfristig aufgegriffen.

„Es geht nur in ganz ganz klitzekleinen Schritten. Wir reden hier wirklich von Gebieten, wo wir eben diese soziale Problemlage haben. Ich brauche gar nicht mit einem Riesenprojekt ankommen, da verstehen mich die Leute vor Ort überhaupt nicht.“

- Die Quartiersmanagements haben in diesem Prozess Lotsenfunktion: Sie bringen Akteure zusammen und verweisen in entsprechende Strukturen oder an bereits bestehende Angebote. Ein „Berater für Gesundheitsförderung“ wäre in diesem Kontext sinnvoll, allerdings sollte er nicht so heißen. Das Gesundheitsamt sollte hierbei eine zentrale Rolle übernehmen: „Die sind einfach auch in der Kommune die, die überall ihre Fühler drin haben.“ Evt. sollte auch aus bereits bestehenden Gesundheitsnetzwerken heraus der „Draht“ zu den Quartiersmanagements gesucht werden, dafür sind gar keine neuen Strukturen notwendig.
- Wunsch: Klare Ansprechpartner/innen in den Kommunen für das Thema Gesundheitsförderung, die dann die unterschiedlichen Bereiche vernetzen, z.B. auch bei der Landesvereinigung für Gesundheit. Bislang ist dies allerdings noch nicht umgesetzt. Insbesondere die Unterstützung vor Ort (in den Quartieren) wird noch nicht umgesetzt.
- Problem: Es gibt oftmals keine klaren Standards für die Nutzung von Verfügungsfonds.
- Eine flexiblere und schnellere Bewilligung von Projekten ist wünschenswert.
- Ein häufiger personeller Wechsel der Quartiersmanager/innen erschwert eine kontinuierliche Arbeit in den Stadtteilen.
- Der ÖGD ist sehr unterschiedlich orientiert und aufgestellt:



„Inwieweit die schon mit neueren Ideen von Public Health und Setting-Ansätzen vertraut sind und die auch vertreten und vertreten können, und wie weit die einfach – sagen wir mal – klassisches Gesundheitsamt sind.“

- ✓ Übereinstimmung: Fehlendes Engagement seitens der Gesundheitsämter in der kommunalen Gesundheitsförderung kann sowohl eine inhaltliche als auch eine Ressourcenfrage sein. Auch die gesetzlichen Regelungen sind zu berücksichtigen (Gesundheitsförderung keine Kernaufgabe).
- ✓ Insbesondere in Flächenländern sind die Gesundheitsämtern mit kleinräumiger Betreuung überfordert, insbesondere wenn dies freiwillige Zusatzaufgaben sind.
- ✓ Mehr Personal in die Gesundheitsämter!
- ✓ Umdenken in der Politik ist notwendig, da die Gesundheitsämter letztlich nur Vorgaben ausführen. Überlastungen der Gesundheitsämter müssen öffentlich gemacht werden und zu politischen Entscheidungen führen.
- ✓ Nicht jedes Gesundheitsministerium ist glücklich über das Programm soziale Stadt, da es zur Auseinandersetzung zwingt und interministerielle Kooperation schwierig ist. Empfehlenswert ist eine „Direktive“, dass Aktivitäten zwischen den beiden Ministerien abgestimmt werden müssen. Wenn dies nicht passiert, ist die Arbeit vor Ort „unendlich mühselig“.
- Vor Ort sollten ressortübergreifende, stabile Partnerschaften aufgebaut werden. Kooperationen funktionieren gut in Ländern mit interministeriellen Arbeitsgruppen: NRW, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg.
- Die geforderte kommunale Kofinanzierung für Modellvorhaben ist nicht immer leistbar:
 - ✓ Viele Kommunen können keine Mittel für Kofinanzierung aufbringen. Wen kann man noch ins Boot holen? 30% Kofinanzierung ist oft zu viel. Z.T. sind keine klaren Auskünfte verfügbar, welche Beiträge als Kofinanzierung verrechnet werden können.
 - ✓ Die Projektbeantragung ist insbesondere für kleine Vereine ein großes Risiko, wenn die Gefahr besteht, dass ein Teil der Kofinanzierung nicht anerkannt wird. Hinweis: Die Modalitäten der Kofinanzierung werden in Modellprojekten bewusst offen und flexibel gehalten, so dass z.B. auch Personalmittel oder GKV-Gelder als Kofinanzierung verrechnet werden können.
 - ✓ Es gibt ein großes Beratungsproblem in Sachen Antragstellung, auch da nicht transparent ist, welche Projekte bereits durchgeführt werden und Anknüpfungspunkte für Gesundheitsförderung bieten. Ein entsprechender Überblick auf der Länderebene wäre gut. Ansetzen bei dem, was bereits geschaffen wurde. Keine „Projekt-Inflatitis“!
 - ✓ Hinweis auf Projektdatenbank auf www.sozialestadt.de: Bereits detaillierte Beschreibungen im Netz [oder bezieht sich der Hinweis auf die GP-Datenbank]?



- ✓ Ein umfassender Überblick würde aufgrund der Vielfältigkeit alle Beteiligten überfordern.
- ✓ GKV sieht als ihre Aufgabe, das Thema Gesundheit im Programm Soziale Stadt zu unterstützen. Dafür brauchen sie kompetente Partner, bislang Difu und das GSN. Wenn Projekte gefördert werden, sind Eigenmittel der Kommune verbindliche Bedingung (auch Sachmittel, z.B. Räume). Keine Projektitis!
- ✓ Wichtig sind Transparenz und Austausch von beiden Seiten!

Verabschiedung durch Dr. Frank Lehmann (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)



Ich würde die Arbeitsergebnisse des Tages so zusammenfassen und übertragen wollen: Wir haben heute hier etwas Frühlingsluft erlebt, ganz mild und hoffnungsfroh. Und dieses ist auch das Bild, wie sich Quartiersmanagements der Soziale-Stadt-Gebiete und Gesundheitsförderer hier sozusagen beschnuppert haben. Alle haben gespürt, dass in dieser Zusammenarbeit und Vernetzung viele Möglichkeiten liegen, dass aber auch noch ganz viel zu entwickeln und auszufüllen ist, bis man vielleicht zu einem Begleitprogramm Soziale

Stadt gekommen ist. Dies könnte eine Vision sein, die wir im Blick haben und auf die wir uns ausrichten.

Wir haben jetzt schon, darauf wurde hingewiesen, einen eigenen Themenbereich auf unserem Internetportal www.gesundheitliche-chancengleichheit.de eingerichtet. Dieser Bereich heißt „Gesundheitsförderung im Stadtteil“ und informiert unter anderem auch über die Kooperation zwischen Soziale-Stadt-Gebieten und dem Bereich der Gesundheitsförderung. Hier können Sie jederzeit aktuelle Hinweise erhalten und über die Geschäftsstelle Gesundheit Berlin e.V. auch einstellen.

Im nächsten Schritt werden Sie eine ausführliche Dokumentation dieser Tagung erhalten. Wir werden alles, was Sie durch Ihre Diskussionsbeiträge, Anregungen und Ergänzungen, Bedarfen und Wünschen eingebracht haben auswerten, um daraus ein qualifiziertes Instrument zur Unterstützung der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsförderern und Quartiersmanagerinnen und -managern zu entwickeln. Dieses Tool werden wir Ihnen dann bald zur Verfügung stellen.

Eine ganz wichtige Frage zum Abschluss der Tagung ist, wie wir diese Zusammenarbeit zwischen Bundesministerien, Kooperationsverbund, Ländern und Kommunen unterstützen und mit Leben füllen. Hier möchte ich auf die ganz wichtige Funktion der Landesvereinigungen für Gesundheit hinweisen, die in der Regel auch Träger der Regionalen Knoten „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ sind. Hiermit stehen bereits Strukturen und konkrete Ansprechpersonen für die Koordination in den Bundesländern zur Verfügung. Die Regionalen Knoten sind aus unserer Sicht in ihrer Funktion als Schnitt- und Transferstelle in besonderem Maße geeignet, diese koordinierende Rolle auch auszufüllen.

Abschließend danke ich allen ganz herzlich, vor allem den beiden Ministerien, Frau Baestlein und Frau Dr. Drohsel, ich danke dem WZB, Herrn Prof. Rosenbrock, für die



Gastfreundschaft und der Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes, Gesundheit Berlin e.V., für die gute Organisation

Herzlichen Dank, gute Heimfahrt, und genießen Sie die Frühlingsluft.

Workshop

Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in den Quartieren des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt“

am 23. April 2008, 10.30 - 16.00 Uhr

im Wissenschaftszentrum Berlin, Reichpietschufer 50, 10785 Berlin

Leitung:

Dr. Monika Köster (BZgA)

TAGESORDNUNG

ab 10.00 Uhr: Begrüßungskaffee

TOP 1 10.30 - 11.00	Begrüßung Dr. Petra Drohsel (BMG) Angelika Baestlein (BMVBS) Carola Gold (Gesundheit Berlin, Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“)
TOP 2 11.00 - 11.30	Einführungsbeitrag „Setting Stadtteil / Settings im Stadtteil - warum, wie, mit welcher Qualität?“ Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (Wissenschaftszentrum Berlin)
TOP 3 11.30 - 12.45	Workshop-Phase 1 in vier Arbeitsgruppen
12.45 - 13.45	Mittagspause
TOP 4 13.45 - 15.15	Workshop-Phase 2 in vier Arbeitsgruppen
15.15 - 15.30	Kaffeepause
TOP 5 15.30 - 15.45	Zusammenfassung der Ergebnisse (Spotlights) Moderatorinnen und Moderatoren der Arbeitsgruppen
TOP 6 15.45 - 16.00	Verabschiedung Dr. Frank Lehmann (BZgA)

Teilnehmerinnen und Teilnehmer des bundesweiten Expertenworkshops "Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in den Quartieren des Bund-Länder-Programms 'Soziale Stadt'", 23.4.2008 in Berlin

Dr.	Matthias	Albrecht	Kinderschutzbund Dortmund	Dortmund
	Silke	Andresen	Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung	Berlin
	Gesine	Baer	Deutsches Institut für Urbanistik	Berlin
	Angelika	Baestlein	Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung	Berlin
Dr.	Fred-Jürgen	Beier	Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg	Nürnberg
	Gisela	Bill	Armut und Gesundheit in Deutschland e.V.	Mainz
	Christa	Böhme	Deutsches Institut für Urbanistik	Berlin
	Sven	Brandes	Gesundheit Berlin	Berlin
Dr.	Heiner	Brandi	Sportjugend Berlin	Berlin
	Stefan	Bräunling	Gesundheit Berlin	Berlin
	Carola	Brückner	Stadtteilmanagement Stendal-Stadtsee	Stendal
	Manfred	Dickersbach	Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW	Bielefeld
	Yves	Douma	Gesundheit Berlin	Berlin
Dr.	Petra	Drohse	Bundesministerium für Gesundheit	Berlin
	Elke Anna	Eberhard	Regionaler Knoten Bremen	Bremen
	Christiane	Färber	Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz	Hamburg
	Kathrin	Feldmann	Stadtkontor GmbH	Potsdam
	Daniela	Fritsch	Regionaler Knoten Thüringen	Weimar
	Mandy	Göhler	Internationaler Bund - JHAV, Quartiersmanagement Wittenberg	Wittenberg
	Carola	Gold	Gesundheit Berlin	Berlin
	Hauke	Gollin	Caritas-Verband Vorpommern, Quartiersmanagement Schönwalde II	Greifswald
Prof. Dr.	Eberhard	Göpel	Hochschule Magdeburg-Stendal	Magdeburg
	Christina	Göth	Regionaler Knoten Rheinland-Pfalz	Mainz
	Iris	Grimm	Regionaler Knoten Bayern	München
	Frederick	Groeger-Roth	BAG Soziale Stadtentwicklung	Hannover
	Petra	Hofrichter	Regionaler Knoten Hamburg	Hamburg
	Monika	Hommes	Bundesministerium für Gesundheit	Bonn
	Louise	Jacobi	Brunnenstraße Stadtteilmanagement	Berlin

Teilnehmerinnen und Teilnehmer des bundesweiten Expertenworkshops "Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in den Quartieren des Bund-Länder-Programms 'Soziale Stadt'", 23.4.2008 in Berlin

	Holger	Kilian	Gesundheit Berlin	Berlin
	Andreas	Klages	Deutscher Olympischer Sportbund	Frankfurt / Main
	Stephan	Koesling	Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung	Dresden
	Martina	Kolbe	Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt	Magdeburg
Dr.	Monika	Köster	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	Köln
	Susanne	Kümpers	Wissenschaftszentrum Berlin	Berlin
Dr.	Frank	Lehmann	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	Köln
	Astrid	Leicht	Fixpunkt e.V.	Berlin
	Barbara	Leykamm	Regierungspräsidium Stuttgart - Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg	Stuttgart
	Christian	Lorentz	Gesundheitsamt Hamburg-Eimsbüttel	Hamburg
	Helene	Luig-Arlit	Büro für Stadtteilmanagement	Langballig
	Uwe	Lummitsch	Netzwerk GemeinWesen-Arbeit	Wolfen
	Ulla	Meurer	Stadtteilverein Dransdorf	Dransdorf
	Friedrich	Meyer	Meyer-Schwab-Heckelsmüller GbR, Interdisziplinäre, Räumliche und Soziale Planung	Fürth
	Maria	Ohlig	Wohnungsgenossenschaft am Beutelweg	Trier
	Heike	Pallmeier	HAGE Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung	Marburg / Lahn
	Ingrid	Papies-Winkler	Plan- und Leitstelle Gesundheit des Bezirksamtes Friedrichshain-Kreuzberg	Berlin
	Klaus	Plümer	Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen	Düsseldorf
	Tobias	Prey	Bezirksamt Mitte von Berlin	Berlin
Dr.	Uwe	Prümel-Phillipsen	Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung	Bonn
	Helga	Rake	Plankontor Gesellschaft für Stadterneuerung und Planung mbH	Braunschweig
	Kerstin	Reetz-Schulz	Projekt KINET	Dresden
Dr.	Bettina	Reimann	Deutsches Institut für Urbanistik	Berlin
	Hans-Georg	Rennert	Gemeinsam im Stadtteil e.V.	Berlin
Dr.	Antje	Richter	Regionaler Knoten Niedersachsen	Hannover
	Christl	Riemer-Metzger	Münchner Aktionswerkstatt G'sundheit	München
Prof. Dr.	Rolf	Rosenbrock	Wissenschaftszentrum Berlin	Berlin
	Christine	Schäfer	Magistrat der Stadt Hanau, FB Soziale Dienste	Hanau

Teilnehmerinnen und Teilnehmer des bundesweiten Expertenworkshops "Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in den Quartieren des Bund-Länder-Programms 'Soziale Stadt'", 23.4.2008 in Berlin

	Hubert	Schiefer	Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt	München
	Maika	Schmidt	Techniker Krankenkasse	Hamburg
	Annett	Schmok	Regionaler Knoten Brandenburg	Potsdam
Dr.med.	Dagmar	Schwarte	Gesundheitsamt Münster / GSN-Sekretariat	Münster
	Tomas	Steffens	Diakonisches Werk der EKD	Berlin
	Billie	Trumpp von Eicken	Gruppenpraxis Hasenberg	München
	Susanne	Vogl	AOK Berlin	Berlin
Dr.	Carlchristian	von Braunmühl	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg	Potsdam
	Marcus	Wächter	Regionaler Knoten Saarland	Saarbrücken
	Eberhard	Warncke-Seithe	Stadtteilbüro Winzerla	Jena
	Stefan	Weigand	Gesundheit Berlin	Berlin
	Marco	Ziesemer	Gesundheit Berlin	Berlin



GESUNDHEITSFÖRDERUNG
BEI SOZIAL BENACHTEILIGTEN
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Impressum:

Herausgeber:

Bundesweiter Kooperationsverbund "Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten"

Den Kooperationsverbund "Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten" hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2003 ins Leben gerufen, um gesundheitliche Chancengleichheit in Deutschland und die Verbreitung guter Praxis zu fördern. Heute gehören ihm 51 Partner an, darunter die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung, Landesvereinigungen für Gesundheit, Krankenkassen und Ärzteorganisationen, Wohlfahrtsverbände und Wissenschaftsorganisationen. Aktuelle Informationen finden Sie auf www.gesundheitliche-chancengleichheit.de.

Geschäftsstelle:
Gesundheit Berlin e.V.
Friedrichstraße 231, 10969 Berlin
Tel.: 030 44 31 90-60
E-Mail: post@gesundheitsberlin.de

Redaktion:
Gesundheit Berlin

Satz und Layout:
Nahid Zvornicanin

August 2008