



Gesine Bär / Oliver Fehren

## „Sozialraumorientierung, integrierte Stadtteilentwicklung und Gesundheitsförderung: Von Schnittmengen zu Synergien!?“<sup>1</sup>

### 1. Einleitung

Die programmatische Orientierung am lokalen Nahraum erlebt derzeit einen Hype, auch und gerade in Hamburg: Die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz fördert gesundheitsfördernde Maßnahmen in benachteiligten Stadtteilen, die Stadtentwicklungsbehörde fördert Quartiermanagement, die Jugendhilfe hat auf Sozialraumorientierung umgestellt, die Evangelische Stiftung Alsterdorf organisiert das sozialräumliche Programm Q8, und auch in der Eingliederungshilfe und der Arbeitsförderung gibt es dezentrale Anlaufstellen, sozialräumliche Förderstützpunkte und Bürgerbüros.

Diese zunehmende Orientierung an lokalen Nahräumen ist nachvollziehbar angesichts zunehmend komplexer werdender gesellschaftlicher Problemlagen, die sich nicht mehr allein durch kleine Experten- und Politikzirkel lösen lassen und angesichts knapper werdender Ressourcen der öffentlichen Haushalte.

Entsprechend verbinden sich mit den sozialraumorientierten und partizipativ angelegten Programmatiken in der Regel drei wesentliche Ziele:

- a) die vorhandenen Ressourcen für ein Handlungsfeld besser nutzen
- b) bisher ungenutzte, übersehene Ressourcen nutzbar machen (der Stadtteil als Reservoir ungehobener Schätze, z.B. ehrenamtlicher Ressourcen)
- c) durch stärkere Kooperation und Vernetzung sowohl von institutionellen Akteuren aber auch von Bürgerinnen und Bürgern breiter rückgebundene Lösungen entwickeln (integriertes Handeln)

Diese mit Raumorientierungen verbundenen Ziele und Hoffnungen, die knappen Ressourcen passgenauer einzusetzen und durch die Integration von Ideen, Personen, Know-How und Geldtöpfen optimalere Lösungen zu entwickeln, stellen sich z.T. auch ein. Sie bedürfen allerdings, dazu kommen wir am Schluss, bestimmter Rahmenbedingungen und auch theoretischer und methodischer Klarheit. Zur empirischen Unterfütterung unserer Thesen greifen wir überwiegend auf die in diesem Jahr vorgelegte Dissertation von Gesine Bär zurück. Warnen möchten wir vor mythischen

<sup>1</sup> Der Text stellt die verschriftlichte Fassung des Vortrags auf dem Kongress „Pakt für Prävention – gemeinsam für ein gesundes Hamburg!“ am 10.09.2014 im Bürgerhaus Wilhelmsburg dar.

Überhöhungen der Raumorientierung, die wir mit Bittlingmayer und Kolleginnen und Kollegen (2010) hier als „Über und Unterschätzung“ von Quartieren markieren wollen:

#### *1. Mythos „sozial homogene Quartiere“*

Die sogenannten sozial benachteiligten Stadtteile haben im Vergleich zur Gesamtstadt jeweils schlechtere Quoten in der Sozialstatistik. Jedoch darf darüber nicht aus dem Blick geraten, dass wir in Deutschland keine Quartiere haben, die total „entmischt“ sind. Häufig sprechen wir über erhöhte Quoten von 25, 35 oder 45 Prozent (Aehnelt et al. 2009). Die Mehrheit im Stadtteil wäre in diesen Fällen nicht bei dem betreffenden Merkmal benachteiligt. Hier werden Stadtteile hinsichtlich ihrer Heterogenität oft unterschätzt.

#### *2. Mythos „egalitäre Quartiersgestaltung“*

Überschätzt werden Stadtteilansätze in Bezug auf die lokale Problemlösefähigkeit. Die Probleme sind häufig nicht im Stadtteil entstanden und lassen sich nur begrenzt im Stadtteil lösen. Zudem zielen zwar viele Stadtteilverfahren auf Entscheidungen im Konsens aller Beteiligten. Jedoch gibt es auch hier viele Interessenkonflikte, die das unwahrscheinlich machen. Zu vermuten ist: Wenn es keine Konflikte gibt, sind noch nicht alle Gruppen am Tisch. Immerhin: wir sehen einige Forschungsergebnisse, die zeigen, dass Konflikte durchaus produktiv sind für die lokale Entwicklung (z.B. Bär 2014).

#### *3. Mythos der „Lebensweltnähe“*

Dass der Kiez, der Stadtteil oder das Quartier der bedeutsamste Teil der Lebenswelten von Menschen ist, ist nicht selbstverständlich. Vielmehr kann der unmittelbare lokale Nahraum - abhängig von gesellschaftlichem Status und biographischer Lebensphase – für den Alltag auch recht unbedeutend sein, das wird als Verinselung Sozialer Räume bezeichnet (Zeiger; Zeiger (1994)). Gerade für die alltägliche Reproduktion von Gesundheit wissen wir nicht so genau um die Rolle, die der Nahraum dabei eigentlich spielt.

#### *4. Mythos der Steuerbarkeit*

Man kann zwar vor Ort Prozesse und Akteure klug steuern und aufeinander abstimmen. Aber man kann keine Quartiere managen. Die Welten der Institutionen und die Alltagswelten der Bewohnerinnen und Bewohner sind nicht über die räumliche Nähe automatisch miteinander verbunden. Zudem ist das Quartier kein geschlossenes Labor, in dem alle Rahmenbedingungen bekannt und kontrollierbar wären.

Dennoch werden wir jetzt im Folgenden die Fahne hochhalten für sozialräumliche Gesundheitsförderung. Dazu wollen wir aber zunächst zwei zentrale raumbezogene Programmatiken kurz wieder in Erinnerung rufen und darauf aufsetzend einige Hinweise für die sozialräumliche Gesundheitsförderung anbieten. Zunächst entfalten wir das in Deutschland vornehmlich in der Jugendhilfe entwickelte Fachkonzept Sozialraumorientierung. Dann gehen wir über zur anderen großen Raumprogrammatik, dem integrierten, ressortübergreifenden Handeln, wie es vor allem im Kontext des Programms Soziale Stadt in Bezug auf die Stabilisierung benachteiligter Stadtteile entwickelt wurde. Dabei unterstreichen wir nur ein paar Grundprinzipien, um daran die weiteren Überlegungen zu den Synergien anzuschließen.

## 2. Fachkonzept Sozialraumorientierung

Genauso wenig wie es „die Gesundheitsförderung“ als einheitlichen Handlungsmodus gibt, gibt es auch nicht „die Sozialraumorientierung“. Allerdings hat sich in den letzten 15 Jahren in der Sozialen Arbeit eine konzeptionelle Verdichtung in Form des sogenannten „Fachkonzepts Sozialraumorientierung“ herausgebildet, auf das wir uns im Folgenden beziehen.

Die fünf zentralen Handlungsprinzipien des Fachkonzepts lauten:

1. Ausgangspunkt jeglicher Arbeit sind der Wille/die Interessen der Adressatinnen und Adressaten (in Abgrenzung zu Wünschen oder Bedarfen).
2. Aktivierende Arbeit hat grundsätzlich Vorrang vor betreuender Tätigkeit.
3. Bei der Hilfe-Gestaltung spielen personale und sozialräumliche Ressourcen eine zentrale Rolle.
4. Aktivitäten sind immer zielgruppen- und bereichsübergreifend angelegt (integriertes Handeln).
5. Vernetzung und Kooperation der verschiedenen Sozialen Dienste sind Grundlage für funktionierende Hilfen (Hinte; Treeß 2011).

Eingehen wollen wir an dieser Stelle nur auf zwei Aspekte:

Auffallend ist: Sozialraumorientierung tut vor allem das nicht, was semantisch nahe-liegend ist: Sie orientiert sich nicht (zumindest nicht zuvorderst) am Sozialraum. Im Widerspruch zur Raumsemantik gibt das Individuum mit seinen Interessen und seinen Ressourcen den Ton an (1. Prinzip). Und zwar deshalb, weil professionelle Unterstützungsprozesse früher oder später immer schief laufen, wenn diese das Eigeninteresse, oder präziser den Willen des Adressatinnen und Adressaten verfehlen, denn das ist die maßgebliche Energieressource für den Hilfeprozess. Die Namensgeberin und Gründerin unserer Hochschule wusste das schon vor fast 100 Jahren: „(...) jeder Versuch zu helfen, der nicht auf eine Bereitschaft des Hilfebedürftigen stößt, [ist] zum Scheitern verurteilt.“ (Alice Salomon 1926: 56).

Die anspruchsvolle, vielleicht sogar radikale Herausforderung der Sozialraumorientierung an Wissenschaft und Praxis psychosozialer Dienste liegt weniger in einem Gebietsbezug, sondern vor allem in der Orientierung auf den Willen der Adressatinnen und Adressaten bei der Hilfestellung. Konsequenz: Keine Phantasien über Leute, sondern fragen: "Was bewegt Euch?" „Was brennt euch auf den Nägeln?“ Fachkräfte überlegen also nicht, was ihrer Meinung nach gut ist "für" die Leute, sondern erkundigen sich bei den Menschen danach, wo ihre Interessen liegen und wofür sie sich engagieren wollen.

Neben diesem starken Fokus auf den „Willen“ der Adressatinnen und Adressaten steht das Fachkonzept SRO für eine verstärkte *Kontextualisierung des Falles* (3. Prinzip). Auch personelle, materielle, soziale, bauliche und infrastrukturelle Ressourcen im Sozialraum sollen für die Fallarbeit aktiviert werden. Auf dieses dritte Prinzip gründet sich also erst der Name des Konzepts.

Die Bedeutung der Einzelfallperspektive wird also erweitert: Sozialraumorientierung bezieht neben persönlichen, familiären und institutionellen Ressourcen auch sozialräumliche Ressourcen (Säule 3) für Problemlösungen ein, bzw. entwickelt und aktiviert diese. Diese Verbindung wird mit der Chiffre „Der Fall im Feld“ prägnant zum Ausdruck gebracht.

Neben der fallspezifischen Arbeit liegt der eigentliche Clou der Sozialraumorientierung im Einführen der sogenannten fallunspezifischen Arbeit. Ein Teil der professionellen Arbeitszeit wird nun systematisch zur fallunspezifischen Akquise von Ressourcen zur Alltagsbewältigung im Umfeld der Adressatinnen und Adressaten genutzt. Fallunspezifische Arbeit meint, dass die Fachkräfte systematisch erkunden: Wo gibt's im Sozialraum gute Schwangerschafts-Beratungsstellen, wo kooperative Vermieterinnen und Vermieter für kinderreiche Familien, wo Sportvereine mit Integrationspotenzial für Migrantinnen und Migranten; aber auch, wo sind verbesserungsbedürftige oder fehlende Spielplätze, unzureichende Versorgung mit Kinderarztpraxen, unüberwindbare Barrieren für mobilitätseingeschränkte Menschen.

Fallunspezifische Arbeit heißt, sich Kenntnisse über Ressourcen im Sozialraum zu erschließen, ohne spezifischen Fall aber mit Blick auf die eigene Zielgruppe. Es geht darum, den Sozialraum genauso gut zu kennen wie den Fall, als Ressourcenschatztruhe für die Einzelfallarbeit.

Es hat sich immer wieder gezeigt, dass die Implementierung einer fachlichen Programmatik versandet, wenn diese nicht auch über die Steuerungsparameter Geld und Recht abgestützt wird. Zur Unterstützung der fachlichen und methodischen Leitlinien der Sozialraumorientierung wurden daher in einigen kommunalen Gebietskörperschaften unter dem Stichwort „Sozialraumbudgets“ finanzielle Anreizsysteme so umgestaltet, dass sie das Fachkonzept befördern. Bei den traditionellen Finanzierungsformen unseres Wohlfahrtsstaats (Pflegesätze, Fachleistungsstunden usw.) gibt es Geld nur für Fälle, und so ist es für die Träger betriebswirtschaftlich sinnvoll, möglichst viele Fälle zu erhalten und möglichst lange „an ihnen dran zu bleiben“. Nur selten wird man bezahlt für die Verhinderung von Fällen oder gar für die Mitgestaltung günstiger Lebensbedingungen im Sozialraum belohnt. Die Programme der sozialen Stadtentwicklung bilden hier eine Ausnahme - auch wenn hier die sogenannten "nicht-investiven" Förderbereiche mancherorts ins Hintertreffen geraten.

Im Kontext der Sozialraumorientierung wird jetzt mit Sozialraumbudgets der Versuch gestartet, ein finanzielles Anreizsystem für die sozialen Dienste zu entwickeln, das erstmals über die fallbezogene Reparatur- und Linderungsfunktion hinausreicht und die Arbeit an der Herstellung positiver Lebensbedingungen belohnt. In Rosenheim und im Landkreis Nordfriesland konnten durch Sozialraumbudgets und damit ermöglichte fallunspezifische Arbeit eine Begrenzung des Kostenanstiegs der Hilfen zur Erziehung erreicht werden, ohne dass finanzielle Mittel für die Bedienung der individuellen Rechtsansprüche auf Hilfe eingespart wurden. Wir wollen das an dieser Stelle nicht weiter ausführen, aber zumindest andeuten, wie auch auf der Finanzierungsebene Rahmenbedingungen verändert werden müssen, um sozialräumliche Handlungslogiken abzustützen.

### **3. Integrierte Stadtteilentwicklung und Quartiermanagement**

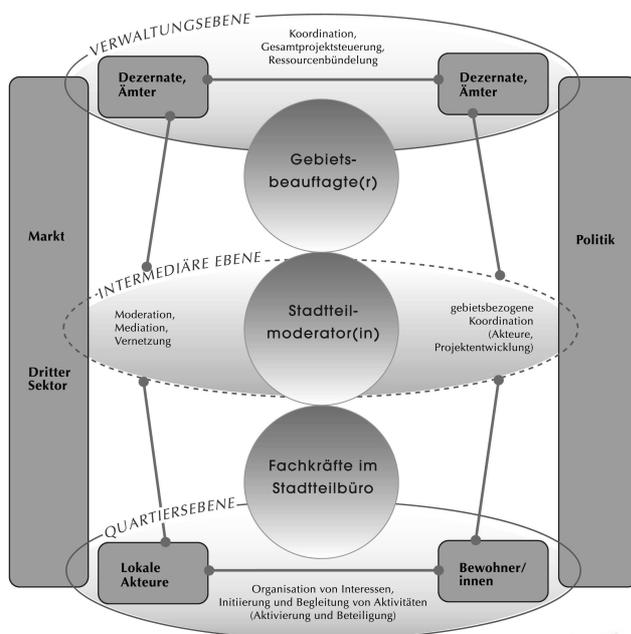
Wesentliches Ziel der integrierten Stadtteilentwicklung ist die Verhinderung der Abkoppelung marginalisierter Stadtteile (um die geht es hier) von der gesamtstädtischen Entwicklung und die Verbesserung der Lebensverhältnisse vor Ort unter möglichst hoher Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger. Integrierte Stadtteilentwicklung bedeutet, dass verschiedene Akteure und Professionen bei der Gestaltung eines benachteiligten Stadtteils „integriert“ im Sinne von „abgestimmt“ zusammenwirken: das reicht von Gruppen der Bürgerinnen und Bürger, über die kommunale Verwaltung bis hin zum lokalen Einzelhandel und der Wohnungswirtschaft. Das ist, nebenbei be-

merkt, eine radikale Veränderung der Prozeduren eines versäulten Handelns von kommunaler Verwaltung. Kommunen, Wohnungswirtschaft und auch Sozial- und Gesundheits-Dienste machten die Erfahrung, dass den Problemen in marginalisierten städtischen Teilgebieten mit eindimensionalen Lösungsstrategien nicht beizukommen ist. Denn die Problemlagen in diesen Stadtteilen betreffen eine komplexe Vielfalt verschiedener Handlungsfelder gleichzeitig.

Zur Steuerung dieser sehr anspruchsvollen Programmatik einer integrierten und bewohnerorientierten Stadtteilerneuerung wurde das Quartiermanagement entwickelt. Wir möchten kurz auf dieses komplexe Steuerungsmodell Quartiermanagement mit seinen verschiedenen ineinandergreifenden Funktionsebenen hinweisen und beziehen uns dabei auf das Essener Modell des Quartiermanagement.

## Quartiermanagement

Aufgabenbereiche und Organisation



Franke/Grimm 11/2001

Deutsches Institut für Urbanistik

(Quelle: Franke/Grimm 2002)

Wichtig ist hier, dass es neben den beiden vorwiegend horizontalen Vernetzungsebenen einerseits auf der Ebenen von kommunaler Verwaltung/Politik und andererseits auf Stadtteilebene noch eine dritte Funktion gibt: Die Intermediären, die sowohl im Stadtteil, als auch auf kommunaler Ebene agieren und Gehör finden (wie amphibische Wesen).

Eine Aufgabe dieses komplexen „Gesamtkunstwerks“ Quartiermanagement ist es "top down"- und "bottom up"-Strategien passgenau zusammenzubringen und auszubalancieren (das kann durchaus auch konflikthaft verlaufen). Es geht darum, neben

den Meinungen und Vorgaben professioneller Expertinnen/Experten und Programme, das Feld offen zu halten auch für unerwartete Forderungen der Menschen im Stadtteil: Wer hat die Definitionsmacht, um im Stadtteil zu sagen: Das ist ein Problem? Hat z.B. die Verkehrsanbindung Priorität - wie die Einzelhändler meinen? Oder wäre eine Verkehrsberuhigung eher sinnvoll, wie die Rollatoren schiebende Fraktion der Alten und die Eltern kleiner Kinder meinen?

Ob und wie diese beiden gerade vorgestellten nähräumlichen Ansätze für die integrierte Gesundheitsförderung und ihre Sozialraumorientierung fruchtbar gemacht werden können, wollen wir nun klären.

#### **4. Integrierte Gesundheitsförderung im Setting Quartier**

Die integrierte kommunale Gesundheitsförderung ist u.E. ein kleines und sehr heterogenes Handlungsfeld. Es speist sich aus verschiedenen Richtungen:

- der Gesundheitsbewegung der 1980er Jahre mit Selbsthilfebewegung, Gesundheitsläden u.a.,
- aus Gemeindestudien und der Präventionsforschung, wie z.B. der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie oder neueren Modellvorhaben der BMBF-geförderten Präventionsforschung,
- aus Programmen der öffentlichen Hand, wie z.B. dem Gesunde-Städte-Netzwerk, dem Programm "Kinderleichtregionen" oder den Hamburger KoBas (Koordinierungsbausteine für Gesundheit) sowie
- aus der kassenfinanzierten Primärprävention, wie wir sie z.B. aus der Settingförderung "Gesunde Kommune" der Techniker Krankenkasse kennen.

Zusätzlich kommen noch Initiativen hinzu, die im Quartier stattfinden, wie Gesunde Schule / Gesunde Kita-Aktivitäten und natürlich die ganz reguläre medizinische Prävention durch das Krankenversorgungssystem.

Wir haben es also mit einer Vielzahl von Expertisen, Erfahrungen und auch Förderverständnissen zu tun, die reichen von medizinischer Prävention und Gesundheitserziehung zu Empowermentansätzen nach einem WHO-Verständnis und Selbsthilfeinitiativen.

Bei dialogisch orientierten Quartiersverfahren treffen diese unterschiedlichen Perspektiven aufeinander. Der Anspruch der integrierten Gesundheitsförderung ist es zudem, diese Akteure unter einem Gesamtkonzept für ein geographisch definiertes Stadtgebiet zu vereinen.

Der Pakt für Prävention steht mit den Zielen von Strukturentwicklung und Empowerment für ein solches Vorgehen. Über einen offensiven Umgang mit den konzeptionellen Unterschieden kommt man hier zu gemeinsamen Lernprozessen. Damit gilt es, bevor wir zu den Synergien kommen, zunächst noch die Spannungsfelder zu beschreiben, die sich bei der Umsetzung eines solchen Anspruchs auftun. Zusammen mit den schon genannten Mythen wollen wir daraus ein paar Thesen oder Empfehlungen ableiten.

#### **5. Spannungsfelder**

Das erste Spannungsfeld tut sich, wie bereits erwähnt, in den unterschiedlichen Konzepten der Gesundheitsförderung bei den Akteuren vor Ort auf: Old und New Public Health gehen hier interessante Allianzen ein: Von traditioneller Gesundheitserziehung (expertenbasiert, paternalistisch) und verstärktem Aufklärungsbemühen (bro-

schürenlastig; Achtung: Schilderwaldprävention) bis zu Kerngedanken des New Public Health von Partizipation/Empowerment der Bewohnerschaft, Stärkung intersektoraler Ansätze und einem Fokus auf gesundheitliche Ungleichheiten – so wie es auch in der Hamburger Programmatik des Pakts für Prävention verankert ist – ist alles dabei.

Aus stadtsoziologischer Sicht tut sich noch ein zweites Spannungsfeld auf, das gut mit der Unterscheidung von Behälter- und Beziehungsräumen beschrieben werden kann. Was heißt das: Behälterräume umgeben die Bewohnerschaft und wirken so unter anderem auf ihre Gesundheit ein; plausibel wäre das am Beispiel von Autoabgasen oder schimmigen Wohnungen. Gesundheitsförderung nach einem Behälterraumverständnis könnte heißen, Spielplätze, Innenhöfe und andere Wohnqualitäten zu verbessern. Von „Hardlinern“ dieses Typus wird dabei häufig vergessen, dass ein Bewegungsangebot nicht automatisch zu mehr Bewegung führt. Um das zu erreichen, braucht es auch Veränderungen im Bewegungsalltag der potenziellen Nutzerinnen und Nutzer. Diese interaktionsbezogene Komponente wird bei einem Beziehungsraumverständnis berücksichtigt. Nur wenn die Verbindung von räumlichen Ressourcen, wie einem Aktivspielplatz oder einem attraktiven Stadtpark zu den Bewohnerinnen und Bewohnern gelingt, wird man durch Stadtentwicklung gesundheitsfördernde Effekte erzielen können. Aus unserer Begleitung von Setting-Projekten wissen wir, dass es eben nicht reicht, ein Köche-Projekt von Asklepios-Rückkehrern in den Stadtteil zu holen, sondern es bedarf der konkreten Vermittlung an engagierte Eltern oder Lehrerinnen und Lehrer in Schulen, die wiederum dafür Sorge tragen können, dass diejenigen Kinder von dem Angebot profitieren, die stärker von gesundheitlicher Ungleichheit betroffen sind (Bär 2014, S. 203).

Wenn diese Vermittlungsprozesse nicht stattfinden, dann kommt es auch in benachteiligten Stadtteilen zu sozialer Selektivität bei solchen Initiativen: diejenigen profitieren, die ohnehin schon besser gestellt sind. Wir hätten dann also die soziale und die gesundheitliche Ungleichheit entgegen der Programmziele noch vergrößert.

Die Analyse von Projekten, die im Rahmen von gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung entstanden sind, zeigt, dass neue räumliche Strukturierungen erzielt werden können, dass aber der begleitende koordinative Aufwand hoch und auch dauerhaft notwendig ist, um die Veränderungen aufrecht zu erhalten. Beispielsweise bedarf es Begleitpersonal in die Schwimmhalle oder zu den Naherholungsgebieten, damit mehr Kinder das Schwimmen lernen oder die Natur erkunden. Trotz struktureller Hemmnisse kamen Projekte dort zustande, wo es auf lokaler Ebene eine Verantwortungsübernahme für ein Themenfeld gab - z.B. durch die Fachamtsleitungen. Durch Prozesse der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung allerdings konnten strukturelle Barrieren nicht grundsätzlich beseitigt werden. Dauerhaft bleiben Hemmnisse wie Eintrittsgelder, fehlende Begleitpersonen, Sicherheit der Kinder im öffentlichen Raum und im Verkehr, fehlende Verpflegung in Schulen oder unzureichende Angebote im Schulschwimmunterricht (Bär 2014).

Was folgt nun aus diesen Beobachtungen? Es zeigt u.E. vor allem die Bedeutung von Vermittlerinnen und Vermittlern auf. Diese braucht es an vielen Stellen und es braucht sie kontinuierlich. Es braucht sie für die vertikale Vernetzung, wie wir es im Essener QM Modell sehr anschaulich gesehen haben und es braucht sie für die horizontale Vernetzung im Stadtteil unter den Akteuren sowie in der Projektarbeit mit der Bewohnerschaft. Eine besondere lokale Qualität entsteht dort, wo es gelingt, eine

gemeinsame lokale Arbeitsweise (oder Haltung, wie es auch in ihrer Pakt-Dokumentation heißt) zu entwickeln (vgl. Bär 2014, S. 230ff.). Hier nur so viel dazu: Konflikte und Auseinandersetzungen über das richtige Förderverständnis haben sich dabei meist als sehr produktiv erwiesen (Beispiel: Sexualberatung durch Hebammen in Familien, die nicht aktiv eine kommunale Beratungsstelle aufsuchen würden) (ebd., S. 176).

Dieses Zwischenfazit wollen wir an den Ambivalenzen, Schnittmengen und Synergien noch etwas solider unterfüttern.

### **Ambivalenzen der Programmatiken der Sozialraumorientierung und der integrierten Gesundheitsförderung**

#### Ambivalenz 1: Flächendeckende kommunale Regelaufgabe versus zeitlich befristetes gebietsbezogenes Sonderprojekt

Für die SRO ist die Klassifizierung eines Raumes und seiner Bewohnerinnen und Bewohner als „Benachteiligte“ nicht von Belang: Wenn sich z.B. die kommunale Jugendhilfe (wie hier in Hamburg oder in Stuttgart oder im Landkreis Nordfriesland) entscheidet sozialraumorientiert zu arbeiten, dann tut sie das in der Regel allen Teilgebieten der betreffenden Kommune. In der SRO geht es also nicht vornehmlich um „benachteiligte Stadtteile mit besonderem Handlungsbedarf“, sondern der lokale Nahraum rückt grundsätzlich (also jeder Sozialraum einer Kommune!) als Ressourcenraum für professionelle Unterstützungsarrangements von Menschen in den Blick.

In der Logik der integrierten Stadtteilentwicklung hingegen dient in der Regel ein benachteiligtes Quartier für einen befristeten Zeitraum als Bezugsraum.

Fazit: Die Stabilisierung benachteiligter Stadtteile und die Stärkung des Engagements von Bewohnerinnen und Bewohnern sind gesamtstädtische und ressortübergreifende Daueraufgaben ohne Dauerlösung.

#### Ambivalenz 2: Der „Fall im Feld“ versus interdisziplinäre Orientierung am Stadtteil und seinen spezifischen städtebaulichen, infrastrukturellen, ökonomischen und sozialen Gegebenheiten

Bei der SRO wird betont, das Individuum in seinem Umfeld zu erkennen und zu kontextualisieren und dabei die Wechselwirkungen zwischen dem Einzelnen und seinem sozialen, infrastrukturellem und baulichen Umfeld wahrzunehmen.

Die Logik des integrierten Handelns betont hingegen die Idee, dass die Probleme benachteiligter Stadtteile überhaupt nur noch erfolgversprechend bearbeitet werden können, wenn dabei die relevanten Finanzströme, Professionen und Institutionen ressortübergreifend kooperieren und ihr Handeln bündeln (Überwindung des institutionellen Autismus). Dabei fokussiert diese interdisziplinäre Zusammenarbeit zu sehr auf institutionelle Akteure, die Arbeit am „Fall“ hingegen, also die Stärkung der Bürgerinnen und Bürger leidet.

Fazit: Die vertikale Vernetzung muss stärker als Beziehungsraumarbeit gedacht werden und bedarf bei der „untersten Ebene“ (Institutionen – Bürgerinnen/Bürger) zusätzlicher Anstrengungen, um tatsächlich sozialräumlich wirksam zu werden.

## 6 Von Schnittmengen zu Synergien: mehrdimensionale Räume und Ressourcenorientierung

Um die Potenziale sowohl integrierter Handlungsstrategien als auch personenbezogener sozialraumorientierter Hilfen füreinander fruchtbar zu machen, erscheint es notwendig unsere Vorstellung von Sozialraum mit ein paar theoretischen Überlegungen anzureichern (jetzt wird's etwas abstrakt, aber das können und wollen wir ihnen nicht ersparen):

### 1. Das komplexe Geschehen im Sozialraum muss mehrdimensional betrachtet und bearbeitet werden.

Hilfreich ist hier die Beziehungsraum-Matrix, die Dieter Läßle in seinem Essay zum Raum beschreibt: es gibt eine baulich-physische Dimension, eine soziale, eine institutionelle und eine symbolische (Läßle 1992). Das führen wir an dieser Stelle nicht intensiver aus. Kurz gesagt, bringt die integrierende Programmarbeit vor allem Veränderungen auf der institutionellen Ebene, das Fachkonzept der SRO zielt vor allem auf Veränderungen in der sozialen Dimension der Bewohnerschaft.

Die eine Entwicklung lässt sich schwer von der anderen abkoppeln. Wir müssen uns fragen, wie ist das Zusammenspiel? Worauf sollte der Fokus liegen? Können wir erst auf das eine fokussieren, dann auf das andere? Prägt es nicht den Gesamtprozess, wenn die Zusammenarbeit mit den Bürgerinnen und Bürgern den administrativen Bündelungsprozessen nachgeordnet werden?

In der Analyse von Setting-Entwicklungen im Stadtteil zeigen sich unterschiedliche Herangehensweisen, in der Beantwortung dieser Fragen.

### **Schema zum Spektrum der Herangehensweisen an integrierte kommunale Gesundheitsförderung**

Herangehensweise	Intersektorales Arbeiten	Partizipation
1) Initiativen emanzipativer Bewegungen	!	✓
2) Moderierte Prozesse paralleler Perspektivenintegration	✓	✓
3) von Professionellen gesteuertes Vorgehen	✓	!

Legende: ✓ = Stärke; ! = Schwäche; Quelle: Bär 2014, S. 260ff.)

Unserer Erfahrung nach, bewähren sich die Ansätze der zweiten Zeile am besten, wo versucht wird in moderierten Verfahren von Beginn an, Perspektiven (v.a. von den wenig sichtbaren und wenig artikulationsstarken Gruppen) von Bewohnerinnen und Bewohnern in intersektorale Fachkräfterrunden mit einzuspeisen, z.B. in Flensburg (Wihofszky 2013), oder in Berlin Marzahn-Hellersdorf (Möllmann 2011).

Für diese frühzeitige Einbeziehung haben sich auch Verfügungsfonds unterstützend bewährt. Auch wenn die Projekte an sich eher klein und unscheinbar aussehen, liegt

ihr Wert auch in dieser stärkeren Vernetzung mit bisher weniger institutionell angebundenen Akteuren im Stadtteil. Dies schafft den wichtigen „Humus der Bürgereinbindung“, der auf lange Sicht fruchtbarer ist als wenige Leuchtturmprojekte.

## 2. Eine der deutlichsten Schnittmengen zeichnet sich bei der Frage des Ressourcenaufbaus ab.

Ressourcen definieren wir nach Anthony Giddens als Mittel, um soziale Interaktionen zu vollziehen bzw. Macht zu gewinnen („generation of power“) (Giddens 1984, S. 373).<sup>2</sup>

Was genau wissen wir von diesem Ressourcenaufbau? Die einen sprechen von Bündelung gesamtstädtischer Mittel und ihrem gezielten Einsatz in den ausgewiesenen Fördergebieten, die anderen vom Schätze-Heben. Ein interessantes Forschungsfeld in der Stadtsoziologie dreht sich um die Frage, warum manche Quartiere trotz gleich schlechter Sozialstatistik dennoch besser dastehen als andere. Sampson und Kollegen haben in einer Studie mit über 8.000 Befragten aus 343 Chicagoer Quartieren einen Effekt kollektiver Selbstwirksamkeit nachgewiesen (Sampson 2003). Andere, eher kriminologische Studien zeigen, dass der Effekt mit dem Grad der Vernetzung der Bewohnerschaft untereinander sowie mit lokalen Institutionen, sowie mit dem lokalen Zugriff auf gesamtstädtische Ressourcen zu erklären ist (vgl. Bursik/Grasmick 1993). In Hamburg hat eine Forschungsgruppe um Alf Trojan am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf ein Messinstrument für die Kapazitätsentwicklung im Quartier entwickelt. Am Beispiel der Lenzsiedlung wurde untersucht, wie sich Faktoren wie lokale Führung, Beteiligung u.a. durch lokale Gesundheitsförderungsprogramme entwickeln (vgl. Trojan/Nickel 2008).

Offen bleibt dabei, welche Kompetenzen, die Akteure mitbringen müssen, die so arbeiten wollen. Auch die Weiterbildungsmöglichkeiten zur Methode des „community field“ bzw. zur Partizipativen Qualitätsentwicklung, die über das Hamburger KoBa-Programm bzw. die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung angeboten wurden, sind Vorstöße in diese Richtung. Es wäre interessant, den Kompetenzaufbau und die Konsequenzen, die sich für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung ergeben haben, genauer zu untersuchen.

## **7. Fazit: Raumressourcen und Ressourcenräume**

Mit diesen beiden Schlagworten möchten wir die beiden Seiten der Medaille noch einmal pointieren:

Unter Raumressourcen verstehen wir im Sinne der genannten Beziehungsraum-Matrix die Ressourcen, die sich bei der Sozialraumentwicklung aus der *Kombination der unterschiedlichen Dimensionen* ergeben. Dies kann beispielsweise auch ein Runder Tisch oder ein lokales Vergabeverfahren sein, der zu einer neuen Qualität der Zusammenarbeit zwischen einer benachbarten Kita und Schule und den Familien führt, die beide Einrichtungen nutzen. Oder Psychomotorikweiterbildungen im Quartier, die wie im Schneeballeffekt in den nachfolgenden Jahren dezentrale kleine Angebote an Kitas, Schulen und Jugendzentren zur Folge haben.

Dagegen verstehen wir unter Ressourcenräumen Arenen, die sich aus der Vernetzung zwischen verschiedenen Raumebenen (z.B. Bundes-, Landes-, kommunale

---

<sup>2</sup> Autoritative Ressourcen bei der Durchsetzung von Interessen gegenüber anderen („dominion of some actors over others“) werden unterschieden von allokativen Ressourcen zur Gestaltung der materiellen Umwelt („human dominion over nature“) (ebd., S. 373, vgl. auch Rütten/Gelius 2011, S. 954).

Ebene) und fachlichen Sektoren (Schule, Sport, Umwelt, Stadtentwicklung, Gesundheit, ...) auf. Eine Beschränkung auf die Raumebene Quartier springt hier deutlich zu kurz, notwendige Ressourcen lassen sich häufig eben auch auf anderen Raumebenen mobilisieren.

Für die Entwicklung in beiden Bereichen haben sich **Vermittler/innen** als essentiell herausgestellt (Bär 2014). Diese sind bei der Entwicklung von Raumressourcen vor allem lokale Koordinatorinnen und Koordinatoren. Qualität entsteht hier, wenn sie eine hohe Akzeptanz im Stadtteil genießen (das ist ihr Standbein). Dazu sollte eine hohe Kompetenz, Kommunikationsfähigkeit und Anerkennung auch auf überlokaler Ebene kommen (das ist ihr Spielbein).

So vielfältig die Vermittlungsaufgaben sind, braucht es u.E. vor allem in der Entwicklung von Ressourcenräumen häufig mehrere Instanzen bzw. Ansprechpersonen auf den unterschiedlichen Ebenen: die lokalen Koordinatorinnen und Koordinatoren sind erneut sehr wichtig, aber auch die auf Landesebene angesiedelten Koordinierungsstellen für gesundheitliche Chancengleichheit. Gute Erfahrungen haben wir auch mit regionalen, in Sachen gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung kompetenten Ansprechpersonen bei den Krankenversicherungen gemacht (Reimann et al. 2010).

Nimmt man die kontinuierliche Entwicklung von Beziehungsräumen ernst, dann muss kontinuierlich in diese Vermittlungsinstanzen investiert werden. D.h. Freistellung von Verwaltungspersonal für die Vernetzungsarbeit, Investition in Koordinierungsstellen in Land, Bezirk und Quartier.

Diese Vernetzungsstrukturen sollten gestärkt werden durch das Zusammenwirken verschiedener Institutionen, Bündnisse, Programme und gesetzlicher Grundlagen, z.B.

- Präventionsgesetz,
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit,
- Krankenkassengelegene Settingförderung,
- Partnerprogramme zur integrierten Stadtteilentwicklung (inkl. Gesundheit),
- Integrierte kommunale Konzepte sowie
- Initiativen anderer lokaler Akteure, wie beispielsweise dem Sozialmanagement von Wohnungsunternehmen.

Vor allem der Punkt integrierter Programme auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene ist für die Weiterentwicklung des Pakts für Prävention u.E. wichtig: Stadtteilbezogene integrierte Entwicklungsstrategien werden ohne eine gesamtstädtische Bereitschaft, integrierende Politik zu betreiben, wenig bewirken. Auf diesem Weg wünschen wir Ihnen weiterhin einen langen Atem und viel Erfolg!

## Literatur

- Aehnelt, R., J. Göbel, M.; Gornig; Häußermann, H. (2009): Soziale Ungleichheit und sozialräumliche Strukturen in deutschen Städten. In: Informationen zur Raumentwicklung 6, S. 405–413.
- Bär, G. (2014): Gesundheitsförderung im Raum. Dimensionen und Verläufe in stadtteilbezogenen Setting-Analysen. Dissertationsschrift. Universität Bielefeld.
- (2012a): Partizipation im Quartier – Gesundheitsförderung mit vielen Adressaten und Dynamiken. In: Rosenbrock, Rolf; Hartung, Susanne (Hg.): Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Huber, S. 172-181.
- (2012b): Vielfältige Partizipationsangebote und gesundheitsfördernde Beziehungsarbeit. Kernelemente von kommunalen Präventionsketten. Online unter: [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) (Zugriff: 15.5.2014)
- Bittlingmayer, U.; Bauer, U.; Richter, M.; Sahrai, D. (2010): Die Über- und Unterschätzung von Raum in Public Health. Überlegungen zur räumlichen Dimension gesundheitlicher Ungleichheiten. In: Deutsche Zeitschrift für Kommunalwissenschaften 48 (2), S. 21-30.
- Bursik, Robert J.; Grasmick, Harold G. (Hg.) (1993): Neighborhoods and Crime. The Dimensions of Effective Community Control. New York [u.a.]: Lexington Books.
- Fehren, O.; Hinte, W. (2013): Sozialraumorientierung – Fachkonzept oder Sparprogramm? Berlin: Dt. Verein.
- Franke, T.; Grimm, G. (2002): Quartiersmanagement: Systematisierung und Begriffsbestimmung, in Bertelsmann Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung und Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung (Hg.), S. 5-12.
- Giddens, A. (1984): The Constitution of Society. Cambridge: Polity Press.
- Hinte, W.; Treeß, H. (2011): Sozialraumorientierung in der Jugendhilfe. Weinheim: Juventa.
- Läpple, D. (1992): Essay über den Raum. Stadt und Raum: soziologische Analysen. In: Häußermann, H.; Ipsen, D.; Krämer-Badoni, T. et al. Pfaffenweiler, Centaurus-Verlagsgesellschaft, S. 157-207.
- Möllmann, A. (2011): Gesund aufwachsen in Marzahn-Hellersdorf. Auf dem Weg zur Präventionskette. online verfügbar unter: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesund-aufwachsen-in-marzahn-hellersdorf/> (abgerufen am 14.09.2013).
- Reimann, B.; Böhme, C.; Bär, G. (2010): Mehr Gesundheit im Quartier. Prävention und Gesundheitsförderung in der Stadtteilentwicklung. Berlin, Difu.
- Rütten, Alfred; Gelius, Peter (2011): The Interplay of Structure and Agency in Health Promotion: Integrating a Concept of Structural Change and the Policy Dimension into a Multi-Level Model and Applying it to Health Promotion Principles and Practice. In: Social Science & Medicine 73, S. 953-959.
- Salomon, A. (1926): Soziale Diagnose, Berlin.
- Sampson, R.J. (2003): Neighborhood-Level Context and Health: Lessons from Sociology. In: Kawachi, Ichiro (Hg.); Berkman, Lisa F. (Hg.): Neighborhoods and Health. New York: Oxford University Press, S. 132-146.
- Trojan, A.; Nickel, S. (2008): Empowerment durch Kapazitätsentwicklung im Quartier - erste Ergebnisse und Einschätzung eines Erhebungsinstruments. In: Gesundheitswesen 70(12), S. 771-778.
- Wihofszky, P. (2013): Die Praxis der Gesundheitsförderung zwischen Top-down und Bottom-up. Ansätze partizipativen Planens und Forschens in der Konzeptentwicklung. In: Zeitschrift Prävention und Gesundheitsförderung (Schwerpunktheft Partizipative Gesundheitsforschung), S. 181-190.
- Zeiger, H.J.; Zeiger, H. (1994): Orte und Zeiten der Kinder. Soziales Leben im Alltag von Großstadtkindern. Weinheim/München.