



**Baden-Württemberg**

LANDESGESUNDHEITSAMT BADEN-WÜRTTEMBERG  
IM REGIERUNGSPRÄSIDIUM STUTT GART

# Soziallagenbezogene Gesundheitsförderung

Erfolgversprechende Zugangswege zu  
Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen

Exposé







**Baden-Württemberg**

LANDESGESUNDHEITSAMT BADEN-WÜRTTEMBERG  
IM REGIERUNGSPRÄSIDIUM STUTTGART

# **Soziallagenbezogene Gesundheitsförderung**

**Erfolgversprechende Zugangswege zu  
Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen**

**Exposé**

Elke Vienken

## **Impressum**

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg  
im Regierungspräsidium Stuttgart  
Nordbahnhofstr. 135 · 70191 Stuttgart  
Tel. 0711 904-35000 · Fax 0711 904-35010 · [abteilung9@rps.bwl.de](mailto:abteilung9@rps.bwl.de)  
[www.rp-stuttgart.de](http://www.rp-stuttgart.de) · [www.gesundheitsamt-bw.de](http://www.gesundheitsamt-bw.de)

Ansprechpartnerin:  
Barbara Leykamm  
Tel. 0711 904-39 410 · [barbara.leykamm@rps.bwl.de](mailto:barbara.leykamm@rps.bwl.de)

Mai 2010



## Inhaltsverzeichnis

### Vorwort

<b>1. Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten</b> .....	<b>7</b>
<b>2. Der Gesundheitsbegriff im salutogenetischen Kontext</b> .....	<b>9</b>
2.1. Gesundheit – eine normative Größe? .....	9
2.2. Ebenen der Prävention .....	9
2.3. Salutogenese und Gesundheitsförderung .....	10
<b>3. Sozioökonomischer Status und Gesundheitszustand</b> .....	<b>14</b>
3.1. Gesundheitliche Chancenungleichheit .....	15
3.2. Der Soziale Gradient von Gesundheit .....	17
3.3. Die Zielvorstellung der „gesundheitlichen Chancengleichheit“ .....	19
<b>4. Strategien soziallagenbezogener Gesundheitsförderung</b> .....	<b>22</b>
4.1 Der Community-Ansatz .....	24
4.2 Der Setting-Ansatz .....	26
4.3 Der Sozialraum-Ansatz .....	28
4.3.1 Sozialraumorientierte Gesundheitsförderung und soziale Stadt(teil)entwicklung .....	29
4.3.2 Programmatische Grundlagen integrierter Stadt(teil)entwicklung .....	31
4.3.3 Das integrierte Entwicklungskonzept .....	32
<b>5. Handlungskonsequenzen und -empfehlungen für Gesundheitsförderung</b> .....	<b>34</b>
5.1 Handlungsempfehlungen zur soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung .....	35
5.2 Erfolgreiche Ansätze der Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen .....	38
5.3 Erfolgversprechende Ansätze der Gesundheitsförderung mit älteren Menschen .....	44
<b>6. Beispiele guter Praxis soziallagenorientierter Gesundheitsförderung</b> .....	<b>49</b>
6.1 Bewährte Konzepte der Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen .....	51
6.2 Beispiele guter Praxis der Gesundheitsförderung mit älteren Menschen .....	55
<b>7. Bündnispartner soziallagenbezogener Gesundheitsförderung</b> .....	<b>59</b>
7.1 Institutionen und Organisationen für Gesundheitsförderung .....	59
7.2 Kommunale Bündnispartner der Gesundheitsförderung .....	60
7.3 Weiterführende Adressen und Links .....	65
<b>8. Literaturverzeichnis</b> .....	<b>67</b>



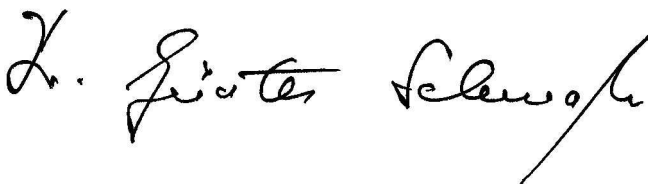
## Vorwort

Ungleiche Gesundheitschancen können bereits im Kindesalter bestehen. Je niedriger die berufliche Position, der Bildungsstand oder das Einkommen der Eltern, desto höher das Krankheitsrisiko für die Kinder und desto niedriger die Lebenserwartung. Armut ist hierbei nicht nur als Einkommensarmut zu verstehen, sondern als multidimensionale Lebenslage, in der gesellschaftliche und kulturelle Teilhabe eingeschränkt ist. Die Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg beschreibt zentrale Ansatzpunkte für die Verringerung gesundheitlicher Benachteiligung:

- die Verbesserung der Lebenslage der Menschen mit den größten gesundheitlichen Risiken,
- die Sicherung der gesundheitlichen Versorgung unabhängig von den materiellen Möglichkeiten und
- die Ausrichtung der Gesundheitsförderung und Prävention auf sozial Benachteiligte.

Das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg hat Elke Vienken, Dipl. Betriebswirtin (FH), Soziallagenbezogene Gesundheitsförderung beauftragt, ein Exposé zu erfolgreichen Zugangswegen zu sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen wie auch zu älteren Menschen zu erstellen. Dazu werden zunächst die Schlüsselbegriffe der Gesundheitsförderung einschließlich der Rahmenkonzeption der Salutogenese beleuchtet. Der soziale Gradient von Gesundheit im Kontext der Zielvorstellung gesundheitlicher Chancengleichheit vermittelt erste Erkenntnisse bezüglich der Interventionsansätze gesundheitsfördernder Arbeit, die durch die Erläuterung bewährter Strategien vertieft werden. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf dem Sozialraumansatz der Gesundheitsförderung, der am Bund-Länder-Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die Soziale Stadt“ exemplarisch dargestellt wird. Allgemeine Handlungsempfehlungen für erfolgreiche soziallagenbezogene Gesundheitsförderung zusammen mit ausgewählten Beispielen bewährter Praxis vermitteln einen Einblick in die konkrete Arbeit mit Kindern und Jugendlichen bzw. mit älteren Menschen vor Ort.

Wir danken Elke Vienken für die kompetente und differenzierte Erarbeitung von Praxisansätzen mit zahlreichen Impulsen für das Handlungsspektrum zur Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen sowie älteren Menschen.



Dr. Günter Schmolz

Leiter des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg





## 1. Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten

Die Bundesrepublik Deutschland wendet ca. 11 % des Bruttoinlandprodukts für medizinische Versorgung auf – umgerechnet mehr als 240 Milliarden Euro - und garantiert im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung knapp 90 % der Bevölkerung (sowie weiteren 9 % in einer privaten Krankenversicherung) einen umfassenden Gesundheitsschutz in einem hochtechnisierten und leistungsfähigen Gesundheitswesen. Die grundlegenden strukturellen Voraussetzungen für eine sozial ausgeglichene Gesundheitsversorgung sowie die Möglichkeit der gleichberechtigten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sind somit gegeben; sozial bedingte gesundheitliche Disparitäten nehmen jedoch, wie u.a. im ersten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung<sup>1</sup> konstatiert, kontinuierlich zu

Aus medizinischer Sicht erläutert Siegrist<sup>2</sup> hierzu: „In ihrem Selbstverständnis geht die moderne Medizin davon aus, dass ihre Leistungen allen Mitgliedern der Gesellschaft bei entsprechendem Bedarf in gleicher Weise zugute kommen kann und dass soziale Ungleichheit bei Krankheit und Tod vermeidbar sind. Nirgends ist vermutlich die Diskrepanz zwischen dem Selbstverständnis gegenwärtiger Medizin und den realen Gegebenheiten so groß wie hier. Selbst in den fortschrittlichsten medizinischen Versorgungssystemen sind Ungleichheiten der Behandlung feststellbar. Bis heute ist es keinem System westlicher oder östlicher Prägung gelungen, die höheren Erkrankungsrisiken und die höhere Frühsterblichkeit in niedrigen sozioökonomischen Bevölkerungsschichten wirklich umfassend zu bekämpfen, wenn sich auch die Disproportionen gegenüber früher verringert haben. Ungünstige materielle Bedingungen, schwerere Arbeitsbelastungen und finanzielle Unsicherheiten sowie Defizite in der Erziehung begünstigen weiterhin gesundheitsschädigendes Verhalten, frühzeitige Invalidität und frühen Tod. Soziale Ungleichheit wird auf absehbare Zeit eine Herausforderung an die Medizin bleiben. Erhebliche wissenschaftliche und praktische Anstrengungen müssen unternommen werden, um sie zu bestehen.“

Doch medizinische Anstrengungen allein reichen nicht aus, sozialer Ungleichheit und ihren gesundheitlichen Folgen zu begegnen. Die erfolgreiche Bewältigung dieser Aufgabe bedarf eines gesellschaftlichen und politischen Bewusstseins, das Existenz und Zusammenhang von Armut, sozialer Ausgrenzung und erhöhtem gesundheitlichen Risiko in einem wohlhabenden Land wie dem unseren als Herausforderung begreift und annimmt. Lediglich die sektorenübergreifende Verzahnung von Politik, Wissenschaft und Praxis bietet Aussicht auf nachhaltigen Erfolg im Sinne einer signifikanten Verbesserung der Gesundheitschancen sozial benachteiligter Menschen.

Die nachfolgende Expertise ist der Auseinandersetzung mit der Frage der erfolgreichen Zugangswege zu sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen wie auch älteren Menschen gewidmet.

---

<sup>1</sup> Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) 2001, S. 175 ff.

<sup>2</sup> Helmert et al (Hrsg.) 2000, S. 15

Dazu werden zunächst die Schlüsselbegriffe der Gesundheitsförderung einschließlich der wissenschaftlichen Rahmenkonzeption der Salutogenese beleuchtet. Der soziale Gradient von Gesundheit im Kontext der Zielvorstellung gesundheitlicher Chancengleichheit vermittelt erste Erkenntnisse bezüglich der Interventionsansätze gesundheitsfördernder Arbeit, die durch die Erläuterung bewährter Strategien vertieft werden.

Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf dem Sozialraumansatz der Gesundheitsförderung, der am Bund-Länder-Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die Soziale Stadt“ exemplarisch dargestellt wird: Das Programm Soziale Stadt sucht Gesundheitsförderung als wesentliches Element sozialer Stadtteilentwicklung zu integrieren und in den Programmgebieten zu realisieren. Das Programm orientiert sich an der Ottawa Charta<sup>3</sup> zur Gesundheitsförderung der World Health Organization von 1986, die zu „aktivem Handeln für das Ziel ‚Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000‘ und darüber hinaus“ aufruft und darin ausdrücklich sektorenübergreifendes Engagement und Zusammenwirken fordert und fördert.

Sind die Handlungsempfehlungen für erfolgreiche soziallagenbezogene Gesundheitsförderung eher allgemein auf die Zielgruppe sozial benachteiligter Menschen ausgerichtet, so vermitteln die ausgewählten Beispiele bewährter Praxis doch einen Einblick in die konkrete Arbeit mit Kindern und Jugendlichen bzw. mit älteren Menschen vor Ort. Die gelisteten Bündnispartner sowie die weiterführenden Adressen und Links sollen den praxisbezogenen Ansatz vertiefen.

Da weder die Zielgruppe(n) der Kinder und Jugendlichen noch die der älteren und hochbetagten Menschen homogene Gruppen im Sinne vergleichbarer gesundheitsförderlicher Bedarfe bilden, können im Rahmen der vorliegenden Arbeit zielgruppenspezifische Gesundheitsbelange nur beispielhaft aufgezeigt werden einschließlich zielorientierter Interventionen.

Dennoch lassen sich hoffentlich zahlreiche Anregungen und Impulse für das eigene „gesundheitsförderliche Handlungsspektrum“, die gesundheitsfördernde Arbeit mit sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen sowie älteren und hochbetagten Menschen ableiten!

---

<sup>3</sup> World Health Organization (Hrsg.) 1986

## 2. Der Gesundheitsbegriff im salutogenetischen Kontext

Zum Verständnis der Arbeitsweise und Interventionsansätze soziallagen- und sozialraumbezogener Gesundheitsförderung bedarf es einer Annäherung an die Schlüsselbegriffe.

### 2.1. Gesundheit – eine normative Größe?

**Gesundheit** nimmt in unserer Gesellschaft einen zentralen Stellenwert ein, gilt als *das* Kriterium für Lebensqualität – nur, was ist ‚Gesundheit‘? Lässt sich Gesundheit realistisch mit der Idealnorm eines Zustands der Vollkommenheit à la WHO, Krankheit hingegen mit Beschwerden und Einschränkungen abschließend definieren?

- Die **statistische Norm** von Gesundheit orientiert sich an definierten Grenz- und Durchschnittswerten; was auf die Mehrzahl der Menschen zutrifft, gilt als ‚gesund‘.
- Die **funktionale Norm** von Gesundheit bemisst sich am Erfüllungsgrad der durch soziale Rollen determinierten Aufgaben.
- Die **medizinische Norm** von Gesundheit entspricht einer Negativcharakterisierung, d.h. Gesundheit wird als Abwesenheit von Krankheit – d.h. Abwesenheit von anatomischen, physiologischen und psychologischen „Defekten“ – beschrieben.

Gesundheit – aktuell gesundheitswissenschaftlich betrachtet – bezeichnet hingegen weniger einen objektiven, medizinisch messbaren „Befund“ als vielmehr einen subjektiv empfundenen Zustand, der von ökologischen, ökonomischen, sozialen, aber auch vielfältigen kulturellen und individuellen Faktoren abhängt. Die Übergänge zwischen „gesund“ und „krank“ sind fließend, was bedeutet: Gesundheit ist ein aktiver Balancezustand. Dieser Balanceakt muss – initiativ – immer wieder neu geschaffen und geschaffen werden im Sinne von Abwehr, Anpassung oder zielgerichteter Einflussnahme auf die o.g. Lebensbedingungen, die den Rahmen bilden für die Entwicklungsmöglichkeiten von Gesundheit.<sup>4</sup> Kurz gesagt: Gesundheit ist alltäglich! Gesundheit entsteht als integraler Bestandteil unseres Alltags, „dort wo wir leben, lieben, arbeiten und spielen“ – wie es die Weltgesundheitsorganisation bereits in der Ottawa Charta so plakativ formulierte.

### 2.2. Ebenen der Prävention

Prävention und Gesundheitsförderung haben im Vergleich zu den Ausgaben für die Behandlung eingetretener Erkrankungen nur einen geringen Stellenwert. Gerade wenn es um chronische Erkrankungen geht, versprechen Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung jedoch nachhaltige Wirkung. Prävention und Gesundheitsförderung müssen daher zu einem gleichwertigen

---

<sup>4</sup> Vgl. Ministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) 1996, S. 22

gen Bereich neben Behandlung, Rehabilitation und Pflege entwickelt werden. Prävention, verstanden als Gesamtheit von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, setzt dabei vor allem auf die Reduktion von Risikofaktoren.<sup>5</sup>

Primärprävention (Risikoschutz):

umfasst gezielte Maßnahmen, bei (noch) Gesunden, um den Eintritt einer Erkrankung zu verhindern bzw. zu verzögern (z.B. Schutzimpfungen, Fluoridprophylaxe).

Sekundärprävention (Vorsorge)

Früherkennung oder Frührehabilitation eines noch symptomlosen Vorstadiums einer Erkrankung

Tertiärprävention (Rehabilitation)

Verhütung von Folge- und/oder Begleiterkrankungen oder einer Verschlimmerung einer bereits bestehenden Erkrankung.

### 2.3. Salutogenese und Gesundheitsförderung

**Gesundheitsförderung** beschreibt einen Prozess nachhaltiger Verbesserung sowohl der Lebensbedingungen (Verhältnisorientierung / Strukturansatz) als auch der Lebensweisen (Verhaltensorientierung / Individualansatz). Ausgehend von der Frage „*Was erhält den Menschen gesund*“ verlagert sich der Fokus hierbei explizit auf die Stärkung von Handlungsfähigkeit und Kompetenz im jeweiligen sozialen Kontext, was die Förderung gesunder Lebensstile ebenso beinhaltet wie die Gestaltung gesundheitsgerechter Lebensverhältnisse.

Die Kernziele gesundheitsfördernder Aktivitäten bezeichnen eine Erweiterung persönlicher Lebenskompetenzen *und* sozialer Ressourcen. Gesundheitsfördernde Intervention wird entsprechend nicht ‚verordnet‘, sondern fördert die aktive und verantwortliche Beteiligung der Menschen jedweden Alters.

- Gesundheitsförderung ist nicht das Ziel, sondern der Weg, Menschen zu befähigen, individuelle und gesellschaftliche Determinanten von Gesundheit aktiv zu gestalten!

Als wissenschaftliche Rahmenkonzeption der Gesundheitsförderung hat sich der **Salutogenetische Ansatz** des israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (zitiert in Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Hrsg. A. Franke, Tübingen, 1997) etabliert. Antonovsky bezeichnet Gesundheit als Pol eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums, in dem Gesundheit initiativ

---

<sup>5</sup> vgl. Ministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) 1996

durch die Aktivierung von Potenzialen und Ressourcen geschaffen werden muss. Diese Potenziale und Ressourcen – schlicht Schutzfaktoren zur Bewältigung von Belastungen – weisen individuelle Unterschiede auf und entwickeln sich in Abhängigkeit von den sozialen, physischen und psychischen Lebensbedingungen in höchst unterschiedlicher Ausprägung. Eine von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Auftrag gegebene Studie über den Zusammenhang von Salutogenese und Gesundheitsförderung konstatiert, die Salutogenese gebe den „häufig theoriearm und aktivistisch aneinandergereihten, präventiven Aktivitäten (...) eine Rahmentheorie, die ressourcenorientierte, kompetenzsteigernde und unspezifische Präventionsmaßnahmen stützt.“<sup>6</sup>

Die Ottawa Charta der WHO – die „Magna Charta der Gesundheitsförderung“ – verweist zwar nicht explizit auf den Begriff der Salutogenese, doch gilt die Stärkung des Kohärenzgefühls als zentrales Anliegen der Gesundheitsförderung und das von Antonovsky formulierte Selbstbild der Handlungsfähigkeit als wesentliches Element von Gesundheit.

Das Kohärenzgefühl setzt sich aus drei Komponenten zusammen:

1. Gefühl der Verstehbarkeit
2. Gefühl von Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit
3. Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit

Ein Zitat von Antonovsky verdeutlicht den Salutogenetischen Ansatz:

- *„...meine fundamentale philosophische Annahme ist, dass der Fluss der Strom des Lebens ist. Niemand geht sicher am Ufer entlang. Darüber hinaus ist für mich klar, dass ein Großteil des Flusses sowohl im wörtlichen als auch im übertragenen Sinne verschmutzt ist. Es gibt Gabelungen im Fluss, die zu leichten Strömungen oder in gefährliche Stromschnellen und Strudel führen. Meine Arbeit ist der Auseinandersetzung mit folgender Frage gewidmet: ‚Wie wird man, wo immer man sich in diesem Fluss befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?‘“<sup>7</sup>*

Welche Schutzfaktoren machen uns zu „guten Schwimmern“?

- **Körperliche Ressourcen:** Körperliches Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit, ein intaktes Immunsystem.

---

<sup>6</sup> BZgA (Hrsg.) 1998, S. 70

<sup>7</sup> BZgA (Hrsg.) 1998, S. 25

- **Personale Ressourcen:** Das Kohärenzgefühl eines Menschen, ein positives Selbstkonzept, Selbstvertrauen, Selbstbewusstsein, eine stabile Emotionalität, das Anerkennen von Herausforderungen als Anreiz für persönliches Wachstum, Bildung, Handlungswissen und Lebenskompetenz.
- **Soziale Ressourcen:** Stabile soziale Strukturen, Akzeptanz und Unterstützung in sozialen Bezugsgruppen, angemessene Partizipation und Verhaltensspielräume, ausreichende materielle Lebensbedingungen (existenzsicherndes Familieneinkommen / bezahlbarer Wohnraum), staatliche Daseinsvorsorge in essenziellen Bereichen sowie sichere politische Rahmenbedingungen.

Ebenso bedeutsam wie die körperlichen und personalen sind die sozialen Schutzfaktoren für das menschliche Wohlergehen: Wir sprechen bereits vom **Sozialen Immunsystem** des Menschen. Das Erleben, wertvoller Teil einer Gemeinschaft zu sein, ist für das gesundheitliche Wohlbefinden, aber auch die tatsächliche "Lebenserwartung in Jahren" von größter Bedeutung.

Körperliche, personale und soziale Schutzfaktoren gezielt zu fördern – zur Verbesserung individuellen Gesundheitsverhaltens ebenso wie zur nachhaltigen Verbesserung der Lebensqualität einer Gemeinschaft – erweist sich als zentrales Anliegen soziallagenbezogener Gesundheitsförderung.

Nachfolgend beispielhafte Schutzfaktoren im Kindes- und Jugendalter:

Altersgruppe	Beispiele für Schutzfaktoren
<b>Säuglingsalter</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gelingende Eltern-Kind-Beziehung</li> <li>• Responsive Eltern und Betreuungspersonen</li> <li>• Positive Aufmerksamkeit von Familienmitgliedern/Freunden/Freundinnen</li> <li>• Geringer kindbedingter Stress der Eltern</li> </ul>
<b>Kleinkindalter</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eigenständige Suche nach neuen Erfahrungen</li> <li>• Positive soziale Orientierung</li> <li>• Fortschritte in der Kommunikation/Motorik/Selbständigkeitsentwicklung</li> </ul>
<b>Grundschulalter</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integration in den Klassenverband</li> <li>• Altersgerechtes Sprach- und Lesevermögen</li> <li>• Optimale Nutzung eigener Fertigkeiten</li> <li>• Vielfältige Interessen sowie Realisieren von Aktivitäten und Hobbies</li> <li>• Positives Selbstkonzept</li> </ul>
<b>Jugendalter</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hohe Eigenverantwortlichkeit</li> <li>• Vielfältige soziale Kompetenzen</li> <li>• Selbstsicheres Verhalten für Jungen und Mädchen</li> <li>• Einfordern sozialer Unterstützung auf positive Weise</li> </ul>

Tabelle 1: Altersspezifische Ausprägung von Schutzfaktoren<sup>8</sup>

<sup>8</sup> Modifiziert nach BZgA (Hrsg.)2009, S. 114





### 3. Sozioökonomischer Status *und* Gesundheitszustand

#### 3.1 Gesundheitliche Chancengleichheit

Anfang der 80er Jahre entfachte der von einer Arbeitsgruppe des englischen Gesundheitsministeriums erstellte sog. **Black Report** die öffentliche Diskussion über gesundheitliche Chancengleichheit in Westeuropa. Dieser Bericht enthielt erstmals eine detaillierte Studie über den Zusammenhang von Morbidität (Erkrankungsrate) bzw. Mortalität (Sterbefallrate) und sozialer Schichtzugehörigkeit. Die gesellschaftspolitischen Diskussionen in Deutschland hingegen thematisierten **Armut** und ihre (gesundheitlichen) Auswirkungen lange Zeit lediglich marginal, galt diese ökonomisch und sozialpolitisch mit der Einführung der Sozialhilfe doch als weitgehend überwunden. Erst mit dem 1998 im Koalitionsvertrag vereinbarten 1. Armuts- und Reichtumsbericht räumte die damalige Bundesregierung die Existenz von Armut in der Bundesrepublik ein. Auf europäischer Ebene hingegen initiierte die EG-Kommission bereits 1981 die Datenerhebung „Kampf gegen die Armut“ und entwickelte die Definition von

- **Relativer Armut: Demnach ist als arm einzustufen, wer weniger als 50 % des nationalen Durchschnittseinkommens zur Verfügung hat, vom allgemeinen Lebensstandard ausgeschlossen und auf Unterstützungsleistungen angewiesen ist.**

Zudem differenziert die Armutsforschung nach Schweregraden:

- **Strenge Armut bezeichnet ein Einkommen bis 40% des nationalen Durchschnittseinkommens.**
- **Milde Armut entspricht 60% des nationalen Durchschnittseinkommens.<sup>9</sup>**

Relative Armutskonzepte erweitern diese rein materielle Sicht um psychosoziale Ebenen. Armut zeigt sich damit als ein Problem der Verteilungsgerechtigkeit eines Sozial- und Wirtschaftssystems, welches nicht auf individuelles Versagen reduziert werden kann.

- **Armut bedeutet eine mehrdimensionale Unterversorgung in den zentralen Lebensbereichen Arbeit, Wohnen, Bildung, Gesundheit und gesellschaftliche Teilhabe.**

Auch das Lebenslagenkonzept geht über die rein materiell orientierte Definition der relativen Armutskonzepte hinaus. Basierend ebenfalls auf der Grundannahme der Unterversorgungen in zentralen Lebensbereichen stellt es die Handlungsspielräume der Betroffenen in den Vordergrund.

---

<sup>9</sup> Vgl. Chassé (Hrsg.) 2002, S. 274 ff.

Dynamische Armutforschung nun verknüpft Armuts- mit Biographie- und Lebenslaufforschung. In diesem Zusammenhang durchgeführte Untersuchungen über die Dauer von Sozialhilfebezug ergaben, dass Armut oftmals nur eine „biographische Etappe“ darstellt. Die Ergebnisse verdeutlichten, dass Armut als Episode im Lebenslauf und als latentes Risiko auch mittlere, nicht nur – wie häufig angenommen – untere sozioökonomische Schichten tangiert.

- **Armut erweist sich in hoch entwickelten Ländern nicht vordergründig als monetäres, sondern vielmehr als soziales Problem vielschichtiger gesellschaftlicher Desintegration im Sinne von Benachteiligung und Ausgrenzung.<sup>10</sup>**

Armutsuntersuchungen zufolge gehören gegenwärtig etwa 10 % der Bevölkerung in Deutschland zur Armutspopulation, während nochmals 10 – 15 % in prekärem Wohlstand leben (d.h. an der 60 % - Grenze gemessen am Durchschnittseinkommen), was bedeutet, dass das Auftreten einer Erkrankung, der Verlust des Arbeitsplatzes oder die Geburt eines Kindes diese Familien auf das Niveau der Armutbevölkerung absinken lassen. Bildeten ursprünglich Rentner/-innen – darunter besonders die Frauen – und Obdachlose die zahlenmäßig stärksten Armutsgruppen, so verlagert sich die „neue Armut“ in zunehmendem Maße auf Kinder und Jugendliche. Von Armut überproportional betroffen zeigen sich Familien mit mehreren Kindern, Alleinerziehende, Migranten und Langzeitarbeitslose mit ihren Familien.

Auch wenn in Deutschland eine vergleichsweise weniger gute Datenlage besteht als in anderen europäischen Ländern – die Todesursachenstatistik in Großbritannien enthält beispielsweise Angaben zum sozialen Status, die in Deutschland gänzlich fehlen –, so ist der Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und dem damit verbundenen Gesundheitsrisiko auch in der Bundesrepublik mittlerweile unbestritten. Grundsätzlich lassen sich hierbei zwei Erklärungsansätze gesundheitlicher Chancenungleichheit unterscheiden:

- Der sozioökonomische Status beeinflusst den Gesundheitszustand:

**Armut macht krank.**

- Der Gesundheitszustand beeinflusst den sozioökonomischen Status:

**Krankheit macht arm.**

Fachkreise unterstützen mehrheitlich die erste Hypothese, da nach Expertenmeinung diesem Erklärungsansatz in Deutschland deutlich mehr Relevanz zukommt als der zweiten Annahme.

---

<sup>10</sup> Vgl. Chassé (Hrsg.) 2002, S. 274 ff.

### 3.2 Der Soziale Gradient von Gesundheit

Sowohl Morbiditäts- als auch Mortalitätsraten verweisen auf den sozialen Gradienten gesundheitlicher Ungleichheit: So trägt das unterste Fünftel einer nach Bildung, Beruf und Einkommen geschichteten Bevölkerungspyramide statistisch betrachtet in jedem Alter ein mindestens doppelt so hohes Risiko ernsthaft zu erkranken, zu verunfallen oder vorzeitig zu sterben wie das oberste Fünftel.<sup>11</sup> Hierbei zeigen sich zudem signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede: Betrachtet man die durchschnittliche Lebenserwartung in Korrelation mit dem Einkommen, so haben Männer der einkommensschwächsten im Vergleich zur einkommensstärksten Schicht eine um zehn Jahre verkürzte Lebenserwartung; bei Frauen beträgt die Differenz „lediglich“ fünf Jahre.

#### **Arme Menschen haben**

- eine um etwa sieben Jahre verkürzte Lebenserwartung.
- ein doppelt so hohes Risiko, zu erkranken, zu verunfallen oder Gewalt zu erfahren.
- wesentlich geringere Ressourcen zur Bewältigung von Belastungen und zur Förderung ihrer Gesundheit.

Die gegenwärtige gesundheitspolitische Diskussion greift bevorzugt das individuelle Gesundheitsverhalten bei gleichzeitiger Betonung der Eigenverantwortung als Schlüssel zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung auf. Jedoch lässt sich mit Gesundheitsinformation und -erziehung oder präventiven Einzelmaßnahmen das tatsächliche Gesundheitsverhalten erfahrungsgemäß kaum beeinflussen, zumal dies – wie beschrieben – nicht ausschließlich auf freien Entscheidungen basiert, sondern maßgeblich vom sozioökonomischen Status geprägt wird. Die sozialpolitische Gefahr einer Überbetonung der Eigenverantwortung besteht darin, den „Verlierern“ einer sich zunehmend an marktwirtschaftlichen Prinzipien orientierenden Gesellschaftsordnung die alleinige Schuld an ihrem erhöhten Krankheits- und Sterblichkeitsrisiko zu geben („blaming the victim“) und damit einer weiteren Stigmatisierung Vorschub zu leisten.

So prägen sich bereits im Kindes- und Jugendalter gesundheitsrelevante Verhaltensmuster aus, die im weiteren Lebensverlauf oftmals beibehalten werden. Armut muss hierbei als *der* bedeutende

<sup>11</sup> Vgl. E&C der Stiftung SPI (Hrsg.) 2003, S. 48

Einflussfaktor angesehen werden, weil viele Verhaltensroutinen als Reaktion auf die benachteiligte Lebenslage zu verstehen sind.

<p><b>Armut</b> Erhöhte gesundheitliche Gefährdung von Eltern und Kindern</p>
<p><b>Lebensbedingungen</b> Wohnbedingungen, Freizeitangebote in der Wohnumgebung, Bewegungs- und Erholungsräume</p>
<p><b>Soziales Kapital</b> Familie, Freundschaftsbeziehungen, Nachbarschaftsbeziehungen, Einbindung in Institutionen (Kita, Schule, Vereine etc.)</p>
<p><b>Gesundheitsverhalten</b> Ernährung, sportliche Aktivitäten, Entspannung, Suchtmittelkonsum</p>
<p><b>Gesundheitliche Versorgung</b> Nicht-Teilnahme an den U<sub>1-9</sub> Untersuchungen, Impfungen, zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen</p>
<p><b>Erhöhung der Morbidität<sup>12</sup></b> Gesundheitliche Ungleichheit = Unterschiede im Gesundheitszustand nach Merkmalen der sozialen Differenzierung</p>

Abbildung 3: Einflussbeziehungen Armut und Krankheit im Kindes- und Jugendalter<sup>13</sup>

Kinder aus sozial schwachen Familien weisen nach Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen beispielsweise deutlich vermehrt:

- Seh- und Sprachstörungen,
- Körperliche und intellektuelle Entwicklungsverzögerung,
- Psychische Störungen wie Depressionen und Angsterkrankungen,
- Verminderte Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen und zahnmedizinischen Vorsorgeangeboten sowie
- Übergewicht und Adipositas auf.<sup>14</sup>

Das bedeutet, soziale Determinanten wie Arbeit und Einkommen der Eltern, Wohnverhältnisse und Bildungsgrad beeinflussen maßgeblich die gesundheitliche Verfassung und Entwicklung von Kin-

<sup>12</sup> Verhältnis der Zahl der Erkrankten zur Gesamtzahl der berücksichtigten Personen.

<sup>13</sup> Modifiziert nach Robert-Koch-Institut (Hrsg.) 2005a, S. 17

<sup>14</sup> Vgl. Robert-Koch-Institut (Hrsg.) 2005, S. 11

dern und Jugendlichen. Zudem gilt, dass soziale Gerechtigkeit und gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ganz entscheidend dazu beitragen können, das Gesundheitspotenzial der Kinder und Jugendlichen zu entfalten.

Die älteren Menschen unserer Zeit weisen zwar einen deutlich besseren gesundheitlichen Zustand auf als die vergangener Generationen und auch die Lebenszeit, die in Krankheit oder Behinderung verbracht wird, hat sich verkürzt. Jedoch profitieren schwache soziale Schichten wiederum erheblich weniger von der positiven Gesamtentwicklung.

Soziale Benachteiligungen ergeben sich für ältere Menschen zumeist aus Lebenslagen mit einer Kumulation belastender Faktoren:

- Geringes Bildungsniveau und damit einhergehend geringes Einkommen
- Niedrige Rentenbezüge und/oder Transferleistungen
- Spezifische Gender-Aspekte
- Soziale Isolation und Vereinsamung
- Unterschiedliche Migrationshintergründe

Auch hier zeigt sich, dass die spezifischen sozialen Determinanten einen erheblichen Einfluss auf die Lebenserwartung in Jahren *und* die Lebenserwartung bei guter Gesundheit haben. Wie beschrieben treten chronische Erkrankungen und Behinderungen bei Menschen aus dem unteren Einkommensfünftel durchschnittlich sieben Jahre früher ein als bei Menschen des obersten Fünftels. Hierbei verstärken sich die Effekte materieller Armut und die Auswirkungen eines eingeschränkten Gesundheitszustandes zusätzlich negativ. Dies wurde in einer Studie von Richter und Wächter über soziales Kapital belegt<sup>15</sup>: Menschen sehen sich in Ermangelung einer ausreichenden Einbindung in soziale Netze und aktiver gesellschaftlicher Teilhabe verstärkt gesundheitsschädlichen Ausgrenzungsprozessen gegenüber, ohne diese durch die positiven Gesundheitseffekte eines stabilen Sozialgefüges abfedern zu können. Daher bedarf es vor allem Strukturen, die ältere Menschen nachhaltig in Gemeinschaften einbinden.

### **3.3 Die Zielvorstellung der „gesundheitlichen Chancengleichheit“**

So vielfältig wie die Definitionen von Armut, so vielfältig zeigen sich auch die Erklärungsansätze, warum Menschen aus schwachen sozialen Schichten einen besonders schlechten Gesundheitszustand aufweisen.

---

<sup>15</sup> Vgl. Gesundheit Berlin e.V. (Hrsg.) 2009, S. 15

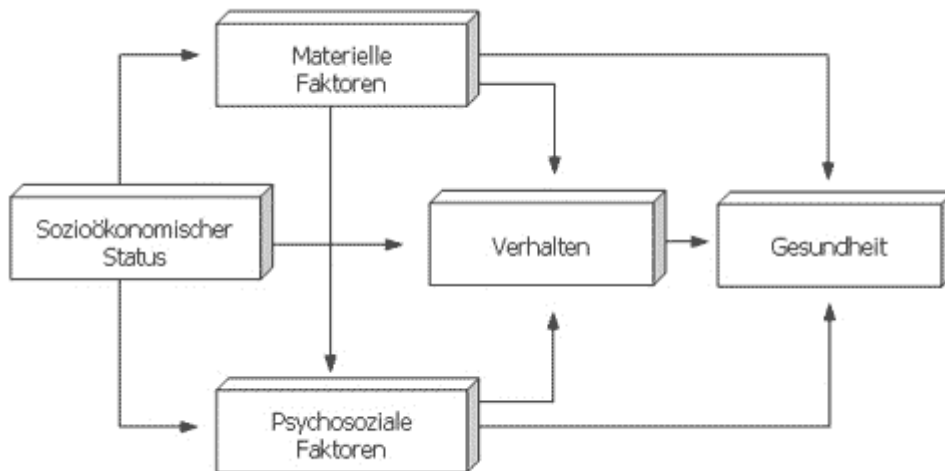


Abbildung 2: Erklärungsmodell sozioökonomisch bedingter gesundheitlicher Ungleichheit<sup>16</sup>

- **Materieller Erklärungsansatz:**

Monetäre Armut kann mit einer gesundheitsschädigenden Lebens- und Arbeitswelt korrelieren.

- **Psychosozialer Erklärungsansatz:**

Menschen unterer sozioökonomischer Statusgruppen verfügen über deutlich geringere Ressourcen zur Bewältigung psychosozialer Belastungen.

- **Verhaltensbezogener Erklärungsansatz:**

Es bestehen signifikante gesundheitsrelevante Verhaltensunterschiede zwischen den Statusgruppen.

Nach heutigem Kenntnisstand liegen die Ursachen sowohl in den schlechteren Lebensbedingungen als auch im riskanteren Gesundheitsverhalten sozial benachteiligter Menschen begründet:

Geringes Bildungs- und Einkommensniveau, mangelhafte Wohnverhältnisse, unzureichende soziale Integration und ungenügende Regenerationsmöglichkeiten korrelieren mit Ernährungsdefiziten, Bewegungsmangel, problematischem Umgang mit Stress, erhöhtem Tabak- und Alkoholkonsum sowie der Nichtteilnahme an medizinischen Vorsorgeangeboten. Die Gesundheitsreformen 2004 (GKV-Modernisierungsgesetz, GMG) und 2006, die gesetzlich Versicherte durch vermehrte Zuzahlung bei Medikamenten, Einführung der Praxisgebühr sowie der Option der GKV zur Erhebung einer „kleinen Kopfpauschale“ monetär verstärkt einbinden, lassen den sozialen Gradienten von Gesundheit zusätzlich ansteigen.

<sup>16</sup> Richter/Hurrelmann 2006, S. 20

„Jeder sollte eine faire Chance erhalten, sein Gesundheitspotenzial voll auszuschöpfen, d.h. alle vermeidbaren Hemmnisse zur Erreichung dieses Potenzials sollen beseitigt werden,“<sup>17</sup> definierte der Medizinsoziologe Andreas Mielck die Zielvorstellung der gesundheitlichen Chancengleichheit. Im Jahr 1999 stellte die WHO, Regionalbüro Europa 21 überarbeitete internationale Gesundheitsziele vor, die Mielck als eine „Mischung aus der Wirklichkeit von heute und den Träumen von morgen“ bezeichnete. Die Vision „Gesundheit für alle“ sollte mit dieser Rahmenkonzeption weiter engagiert verfolgt werden und zugleich die Komplexität der Aufgabe verdeutlichen. In der Präambel heißt es: „Wir erkennen an, dass die Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Menschen das Ziel der sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung darstellt.“ Der Handlungsansatz hierzu sollte lebensalter- und bevölkerungsbezogen, präventiv, ökologisch, multisektoral, auf die gemeinsame Verantwortung der Querschnittsaufgabe ausgerichtet und ergebnisorientiert sein.<sup>18</sup>

Die 32 Mitgliedsstaaten verabschiedeten u.a. das Ziel der **Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit** innerhalb der Staaten. Durch eine signifikante Verbesserung des Gesundheitszustandes in der unteren sozialen Schicht sollte die gesundheitliche Ungleichheit bis zum Jahr 2020 um mindestens 25 % verringert werden mit dem Ziel der:

- Verringerung der Unterschiede in der Lebenserwartung um mindestens 25 %,
- Verringerung der sozioökonomischen Unterschiede bei den wichtigen Indikatoren für Morbidität, gesundheitsbedingter Behinderung und Mortalität,
- Verringerung der Unterschiede in Einkommen, Ausbildungsniveau und Erwerbstätigkeit,
- Verringerung des Anteils einkommensarmer Personen in der Gesamtbevölkerung,
- Schaffung eines einfachen Zugangs für ökonomisch und gesundheitlich besonders belasteten Personen zu Versorgungsangeboten.

---

<sup>17</sup> Mielck 2000, S. 305

<sup>18</sup> Vgl. Stender 2006, S. 11





#### 4. Strategien soziallagenbezogener Gesundheitsförderung

Nach wie vor sind Sterbefälle infolge Herz-Kreislaufkrankungen (42 Prozent der Todesfälle insgesamt) und Krebsleiden (26 Prozent der Todesfälle) in Baden-Württemberg die beherrschenden Todesursachen<sup>19</sup>. In Deutschland leidet ein mit dem Alter steigender Anteil der erwachsenen Bevölkerung an gesundheitlichen Einschränkungen und chronischen Erkrankungen.

Da sowohl – wie beschrieben – die Erkrankungsraten als auch ihre Ursachen in den unteren sozioökonomischen Bevölkerungsschichten signifikant höher liegen als in den Mittel- und Oberschichten, müssen die Strategien der Gesundheitsförderung explizit auf die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit der Gesundheits- und Versorgungschancen ausgerichtet sein. Grundlage eines jeden zielgerichteten Veränderungsansatzes bilden hierbei die objektiven und subjektiven Lebensbedingungen des Einzelnen oder gesellschaftlicher Gruppen: Es muss sowohl nach **Lebensstufen** (Kindheit, Jugend, Lebensabschnitte des Erwachsenenalters) als auch nach **Lebenslagen** (Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit, Migrationshintergrund, etc.) differenziert werden. Diese Betrachtung lässt spezifische gesundheitliche Probleme einerseits, aber auch vielfältige Optionen der Aktivierung interner und externer Potenziale und Ressourcen andererseits erkennen.<sup>20</sup>

Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen muss nach heutigem wissenschaftlichen Kenntnisstand exakt auf die angestrebte(n) Zielgruppe(n) zugeschnitten und in ihre Lebenswelt integrierbar sein. Auf diesem Weg lassen sich sowohl die Menschen und ihr gesundheitsförderndes Potential erreichen als auch die vorherrschende Mittel- und Oberschichtorientierung klassischer präventiver Angebote durchbrechen. Die hierbei angestrebte Verknüpfung des verhaltensorientierten Individualansatzes (zur Vermittlung individueller Gesundheitskompetenzen) mit dem verhältnisorientierten Strukturansatz (zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen) bietet die Chance, langfristig sowohl den Gesundheitszustand des Einzelnen als auch die Lebensqualität aller maßgeblich zu verbessern.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung formuliert resultierend folgende **generelle Handlungskonsequenzen** für die Praxis gesundheitsfördernder und präventiver Interventionen mit sozial Benachteiligten:

- Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen müssen mit angemessener Ausstattung langfristig, intensiv und interdisziplinär durchgeführt werden.
- Die Angebote müssen eine persönliche direkte Ansprache Einzelner oder von Gruppen in ihrer alltäglichen Umgebung enthalten.

---

<sup>19</sup> Vgl. Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg (Hrsg.), 2009

<sup>20</sup> Vgl. Regiestelle E&C der Stiftung SPI (Hrsg.) 2003, S. 21

- Die Maßnahmen sollen sich auf eine vorausgegangene Erhebung des bestehenden spezifischen Förderbedarfs stützen und hierbei schicht- und kulturspezifische Werte und Kommunikationsformen berücksichtigen.
- Die eingesetzten Medien müssen die erforderlichen Informationen in einfacher, gut verständlicher Sprache oder entsprechender Übersetzung vermitteln.
- Angehörige der Zielgruppe sollen bereits in den Prozess der Planung und Ausführung der Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen involviert sein.
- Die Implementierung von Netzwerken soll den Zugang zu Informationen, Leistungen, Diensten und materieller Unterstützung erleichtern.<sup>21</sup>

Hierbei haben sich insbesondere drei Strategien der Umsetzung **soziallagenorientierter Gesundheitsförderung** als erfolgreich erwiesen, die im Folgenden erläutert werden:

- Der Community-Ansatz:      Ansatz gesundheitsfördernder Gemeinwesenarbeit.
- Der Setting-Ansatz:        Gesundheitsförderung in definierten Lebenswelten.
- Der Sozialraum-Ansatz:     Ansatz zur Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten.

#### 4.1 Der Community-Ansatz

Auch wenn der Community-Ansatz in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung derzeit ein Schattendasein fristet, so sollte doch sein politisches, aber vor allem emanzipatorisches Potenzial in der gesundheitsfördernden Praxis wieder verstärkt Berücksichtigung finden. Gemeinwesenentwicklung zur Förderung der Gesundheit gilt als „Prozess, bei dem ein Gemeinwesen seine Gesundheitsbedürfnisse selbst formuliert, darüber nachdenkt wie diese erfüllt werden können und gemeinsam darüber entscheidet, welche Prioritäten gesetzt werden sollen.“<sup>22</sup>

Gemeinwesenentwicklung bezeichnet sowohl eine Philosophie als auch eine Methode, deren Entstehung durch die Arbeiten des brasilianischen Pädagogen Paulo Freire maßgeblich beeinflusst wurden. Für Freire bedeutete Bildung ein Weg zu kritischem Bewusstsein, Handlungsfähigkeit sowie persönlicher und kollektiver Freiheit.

Der Prozess des Community-Ansatzes lässt sich zusammenfassend beschreiben als:

- Nachdenken über gesundheitliche Aspekte der Lebensrealität.
- Gemeinsame Suche nach den Ursachen gesundheitsbelastender Aspekte.

---

<sup>21</sup> Vgl. BZgA (Hrsg.) 2003, S. 56

<sup>22</sup> BZgA (Hrsg.); 2003, S. 199

- Die Untersuchung der gesundheitlichen Auswirkungen.
- Gemeinsame Entwicklung eines Aktionsplans zur gesundheitsgerechten Veränderung dieser Realität.

In England wurde die Gemeinwesenentwicklung lange Zeit als *der* zentrale Ansatz der Gesundheitsförderung betrachtet, doch geriet dieser Mitte der 90er Jahre massiv in die Kritik, da die propagierten Strategien gesundheitsbezogener Gemeinwesenarbeit als zu radikale Veränderungsansätze eingestuft wurden. Die vorherrschende politische Ideologie des Neoliberalismus konnte und wollte eine Fokussierung auf die strukturellen Ursachen gesundheitlicher Chancenungleichheiten wie soziale Schicht, ethnische Zugehörigkeit oder Geschlecht nicht zulassen.

Ein in Deutschland erfolgreich umgesetztes Beispiel des Community-Ansatzes beschreibt Raimund Geene in seinem Beitrag „Kindergesundheit und soziale Benachteiligung“<sup>23</sup>, in dem er die Erfolgsgeschichte der AIDS-Kampagne Ende der 80er Jahre nachzeichnet: Bis dato marginalisierte, häufig diskriminierte homosexuelle Männer beteiligten sich aktiv an Aufklärung und Prävention der Immunschwächekrankheit, schafften neue Kommunikationsräume und -kanäle sowie stabile Strukturen der Vernetzung.

Der Ansatz gesundheitsfördernder Gemeinwesenarbeit ist genauso verlockend wie schwierig, so lassen sich die Vorteile des Community-Ansatzes den Nachteilen wie folgt gegenüberstellen:<sup>24</sup>

Vorteile	Nachteile
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Initiiert gruppenbezogene Lernprozesse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erfordert einen hohen Zeitaufwand.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zielt auf die Ursachen, nicht die Symptome der gesundheitlichen Belastungen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ergebnisse häufig nur schwer quantifizierbar.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Prozess der Beteiligung wirkt positiv auf Selbstvertrauen und Handlungskompetenz.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Geldmittel an Evaluationsergebnisse gekoppelt, die sich nur schwer erbringen lassen.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Prozess generiert Fähigkeiten, die sich auf andere Handlungsfelder übertragen lassen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Arbeit erfolgt zumeist in kleinen Gruppen von Menschen.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die gleichberechtigte Zusammenarbeit von Gesundheitsförderern und Bürgern folgt dem Grundsatz der Demokratie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es besteht die Gefahr, dass größere Problemzusammenhänge aus den Augen verloren werden.</li> </ul>

Tabelle 2: Vor- und Nachteile des Community-Ansatzes

<sup>23</sup> Gesundheit Berlin (Hrsg.) 2009, S. 106

<sup>24</sup> Modifiziert nach BZgA (Hrsg.) 2003, S.205

Die ketzerische Behauptung, dass die im Gemeinwesen Tätigen sich nicht für grundlegende Veränderungen einsetzen, sondern lediglich den Status quo untermauern, sorgt regelmäßig für Zündstoff im Diskurs gesundheitsfördernder Aktivität. Zudem sehen sich die Akteure immer wieder mit dem Problem konfrontiert, Fragen der Finanzierung, der Rechenschaftspflicht sowie der Evaluierung nicht hinreichend beantworten zu können und gleichzeitig als Legitimierung sozialstaatlicher Einsparungen missbraucht zu werden. Dennoch ist Gemeinwesenentwicklung als grundlegende Strategie der Gesundheitsförderung zur Erlangung eines höheren Maßes an gesundheitlicher Chancengleichheit zu empfehlen.

## 4.2 Der Setting-Ansatz

Des Weiteren hat sich der **Setting-Ansatz** in der Arbeit mit sozial benachteiligten Menschen bewährt. Er sucht unter Einbeziehung aller relevanten Akteure und angestrebten Zielgruppen die Gesundheitspotenziale im konkreten Lebensbereich aufzuspüren und zu entwickeln.

- **Setting bezeichnen Lebenswelten mit ihren spezifischen sozialen und organisatorischen Strukturen, die sowohl Einfluss auf die Gesundheit der Menschen ausüben als auch Raum geben für die aktive Gestaltung von Gesundheitsbedingungen.**

Gesundheitsförderung will sich hierbei nicht als Umsetzung "gesunder Einzelprojekte" verstanden wissen, sondern eingebunden sein in das tägliche Leben und die Aktivitäten des Alltags. „Den gesünderen Weg zur einfacheren Wahl zu machen“ charakterisiert die Zielsetzung des Setting-Ansatzes. Der Ansatz stammt in Deutschland originär aus der betrieblichen Gesundheitsförderung und strebt an, durch die aktive Beteiligung den Sachverstand und die Handlungsfähigkeit für Gesundheitsfragen vor Ort zu nutzen und zu stärken.

Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung:

- Ermöglicht durch die Fokussierung auf definierte Sozialräume die exakte Bestimmung von Zielgruppen und potenziellen Akteuren, die Definition adäquater Zugangswege sowie die Nutzung vorhandener Ressourcen.
- Basiert auf dem Grundgedanken, dass Gesundheit kein abstraktes Ziel ist, sondern im Alltag der Menschen gelebt wird, und Gesundheitsförderung daher in diesem Lebensalltag ansetzen muss.

Der in diesem Zusammenhang häufig verwendete Begriff des **Sozialkapitals**<sup>25</sup> (social capital) bezieht sich auf die Verbindlichkeit des sozialen Zusammenhalts sowie die Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen: Menschen sind soziale Wesen und streben nach sozialen Interaktio-

---

<sup>25</sup> Vgl. BZgA (Hrsg.) 2003, S. 297

nen, die geprägt sind von Vertrauen, Akzeptanz, Anerkennung und Respekt. Ein solides Sozialkapital ist somit die Basis gemeinschaftlichen Handelns zur Förderung des Gemeinwohls. Die Untersuchung mehrerer „gesunder Kommunen“ erfasste insbesondere drei Faktoren, die zu einer verbesserten Lebensqualität und damit zu einer gesünderen Lebenswelt beitragen:

- Der soziale Zusammenhalt.
- Das Vorhandensein sozialer Netze.
- Die aktive Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger.

Das bedeutet, dass im Gegensatz zur traditionellen Gesundheitsförderung der Fokus nicht auf dem Einzelnen und seinem individuellen Verhalten liegt, sondern das soziale System und seine Netze stehen im Zentrum der Betrachtung. Ein emanzipatorischer Organisations- und Beteiligungsansatz löst hierbei den in der Medizin häufig anzutreffenden paternalistischen Duktus ab. Statt „Was kann Gesundheitsförderung für Sie tun?“ lautet die Frage „Was können Sie für eine gesunde Lebenskultur tun und wie kann Gesundheitsförderung Sie dabei unterstützen?“ Diese Systemintervention des Setting-Ansatzes und die bereits beschriebene wissenschaftliche Konzeption der Salutogenese bezeichnen Schlüsselkonzepte der Gesundheitsförderung und Public Health.<sup>26</sup>

**Die Qualitätsdimensionen des Setting-Ansatzes lassen sich wie folgt skizzieren:**

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Ganzheitlichkeit</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Berücksichtigung von Verhalten und Verhältnissen</li> <li>➤ Weiterentwicklung individueller Gesundheitspotenziale</li> <li>➤ Abbau belastender (Arbeits-, Spiel- und Lern-)Situationen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Partizipation</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Beteiligung und Mitarbeit aller Stakeholder</li> <li>➤ Transparenz</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Integration</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gesundheit als integratives Organisationsziel</li> <li>➤ Berücksichtigung bei allen relevanten Entscheidungen auf allen Ebenen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Projektmanagement</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gesundheitsförderung als Lernzyklus</li> <li>➤ Prozessorientierung</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Gender Mainstreaming</b></li> <li>▪</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Berücksichtigung der Chancengleichheit von Frauen und Männern bei allen Projektplanungs- und Implementierungsschritten von Maßnahmen</li> <li>➤ Geschlechterdifferente Problemdefinition</li> </ul>

Tabelle 3: Qualitätsdimensionen des Setting-Ansatzes

<sup>26</sup> Arbeit zur Förderung der Öffentlichen Gesundheit (Anm. d. V.).

Mögliche Settings gesundheitsfördernder Intervention können sein:

<b>Beispiele gesundheitsfördernder Settings</b>	
▪ Gemeinde	▪ Stadtteil
▪ Kindergarten	▪ Betrieb
▪ Gesundheitshaus	▪ Schule
▪ Kultureinrichtung	▪ Schülerhort
▪ Kinder- und Jugendhaus	▪ Seniorentreff
▪ Kirchengemeinde	▪ Einrichtung der Altenpflege
▪ Bürgerzentrum	▪ u.v.a.m.

Tabelle 4: Settings der Gesundheitsförderung

### 4.3 Der Sozialraum-Ansatz

Die Wohn- und Lebensqualität einer Wohngegend, einer Gemeinde oder eines Stadtteils ist eine der einflussreichsten Gesundheitsdeterminanten. So ist das Wohnumfeld ein höchst bedeutsames Setting, um besonders schutzbedürftige Gruppen zu erreichen, wozu auch Kinder, ältere und sozial schwache Menschen generell zählen. Es ist zudem ein "alltagstaugliches" Setting mit der Chance, für die vielfältigen Gesundheitsbelange des Alltags zu sensibilisieren sowie die Menschen in die Ausgestaltung einer gesundheitsgerechten Lebenswelt in jeder Phase des Gesundheitsprozesses aktiv einzubinden.<sup>27</sup> Ein gesundheitsförderndes Wohnumfeld zeichnet sich also dadurch aus, dass gemeinschaftlich Ideen für ein gesundes Leben und Wohnen in einer Stadt/einem Stadtteil oder einer Gemeinde entwickelt werden: Gemeinsam mit den Bewohnern jedweden Alters werden konkrete Gestaltungsmöglichkeiten gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen erarbeitet, damit spezifische Gesundheitsbelastungen (wie z.B. Lärm oder Unfallgefahren) vermindert und gleichzeitig gesundheitsdienliche Ressourcen (wie z.B. soziale Netzwerke, Spiel- und Bewegungsräume) gestärkt und vermehrt werden. Diese gesundheitsgerechten Veränderungen der Lebensbedingungen zeigen erfahrungsgemäß zugleich eine positive Wirkung auf das Gesundheitsverhalten des Einzelnen und begünstigen eine gesunde Lebensweise.

Einen zentralen Anknüpfungspunkt für den sozialräumlichen Ansatz der Gesundheitsförderung bieten hierbei Programme der sozialen Stadt(teil)entwicklung, denn sozialraumorientierte Gesundheitsförderung und Soziale Stadt(teil)entwicklung zeigen sich in ihren Handlungsgrundsätzen identisch:

<sup>27</sup> Vgl. BZgA (Hrsg.) 2003, S. 293 ff.

- Die Stadt / der Stadtteil als zentrale Handlungsebene.
- Ein Integriertes Entwicklungskonzept.
- Bürgeraktivierung und -beteiligung.
- bei gleichzeitiger Fokussierung sozialer Benachteiligung.
- Bedarfsorientierung und Lebenslagenorientierung.
- Niedrigschwelligkeit der Angebote.
- Netzwerkbildung interdisziplinär und ressortübergreifend sowie die
- Orientierung an Gestaltungsprozessen und weniger an vorgegebenen Ergebnissen.<sup>28</sup>

#### 4.3.1 Sozialraumorientierte Gesundheitsförderung und soziale Stadt(teil)entwicklung

Die Einbettung sozialraumorientierter Gesundheitsförderung in eine ganzheitlich-sozialräumliche Aufwertungsstrategie lässt sich am Beispiel des Stadtentwicklungsprogrammes **Soziale Stadt – Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf** besonders gut veranschaulichen.<sup>29</sup>

Soziale-Stadt-Gebiete sind hervorragend geeignete soziale Systeme für gesundheitsfördernde Aktivitäten, da die Programmgebiete über wertvolle Strukturen verfügen, um Gesundheitsförderung auch und gerade mit sozial benachteiligten Menschen erfolgreich umzusetzen:

Im Rahmen der vorbereitenden Untersuchungen werden:

- Kleinräumige Analysen durchgeführt:
- Wichtige Arbeitsstrukturen geschaffen sowie
- Formen erfolgreicher Bürgerbeteiligung etabliert.
- Zudem wird das Programm umfassend dokumentiert und evaluiert.

---

<sup>28</sup> Vgl. Vienken 2008, S. 20

<sup>29</sup> Weitere Anknüpfungsoptionen bieten Programme mit gesundheitsförderndem Ansatz wie bspw. das Gesunde-Städte-Netzwerk, Agenda 21 oder das Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit. (Anm.d.V.).

**Sozialraum-Ansatz am Beispiel des Programms Soziale Stadt**

<b>Sozialraumorientierte Gesundheitsförderung im Programm Soziale Stadt</b>	
Stärkung individueller Gesundheitskompetenzen	Stärkung gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen
Zielgruppen- und sozialraumorientierte Förderung personaler, sozialer, ökologischer, ökonomischer und kultureller Ressourcen	
<b>Lokale Bündnisse für Gesundheit</b>	
Bündnispartner themenzentriert (nicht „institutionalisiert“); Anknüpfung an bereits bestehende Bündnisse des Programms Soziale Stadt	
<b>Netzwerke und Kooperationen auf Stadtteilebene</b>	
Interdisziplinär und ressortübergreifend  Strukturelle und inhaltliche Einbindung in das Programm Soziale Stadt	
<b>Integriertes Entwicklungskonzept</b>	
Fachliche Ergänzung zum Entwicklungskonzept Soziale Stadt	
<b>Gesunde Lebenskultur im Quartier</b>	

Abbildung 3: Sozialraum-Ansatz der Gesundheitsförderung am Beispiel Soziale Stadt<sup>30</sup>

Das Bund-Länder-Programm Soziale Stadt bindet Gesundheitsförderung explizit als wesentliches Element integrierter Stadtteilentwicklung in seine zentralen Handlungsbereiche ein mit dem Ziel, ein nachhaltiges **Aktionsbündnis für Gesundheit im Quartier** zu etablieren. Soziale Stadtentwicklung erweist sich somit einerseits als ein wesentliches Element integrierter Gesundheitsförderung. Andererseits schafft soziallagenbezogene Gesundheitsförderung die Voraussetzung für eine nachhaltige Verbesserung von Gesundheits- und Lebenschancen in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf.

<sup>30</sup> Vgl. Vienken 2008, S. 33



#### 4.3.2 Programmatische Grundlagen integrierter Stadt(teil)entwicklung

Infolge des ökonomischen und gesellschaftlichen Strukturwandels der vergangenen Jahre wächst die soziale Ungleichheit in Deutschland. Um die daraus resultierende soziale Polarisierung zu entschärfen, beschloss die Ministerkonferenz der ARGEBAU<sup>31</sup> 1996 die Gemeinschaftsinitiative „Soziale Stadt“, die die Bundesregierung 1999 zum Anlass nahm, die Städtebauförderung um das eigenständige Bund-Länder-Programm **„Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die Soziale Stadt“** zu ergänzen.

Das Programm läuft – mehrfach aktualisiert und von Begleitprogrammen flankiert – seit 1999 unter Federführung des Ministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen. Generell gilt die Förderung Stadt- und Ortsteilen, deren sozialräumliche Strukturen bezüglich Arbeitsplatzangebot, Ausbildungsniveau, sozialer und kultureller Infrastruktur sowie der Wohnungsqualität und des Wohnumfeldes gravierende Defizite aufweisen. Ebenfalls förderfähig sind Gebiete, die in benachteiligten Regionen liegen sowie ehemalige Militärsiedlungen mit problematischer Einwohnerstruktur. Entsprechend dem in der Städtebauförderung geltenden Prinzip der Drittelförderung müssen die Bundesfinanzhilfen zu gleichen Teilen mit Landesmitteln und kommunalen Mitteln ergänzt werden.<sup>32</sup> Derzeit verfügt das Programm über ein Fördervolumen von rund 90 Millionen Euro aus Bundesmitteln sowie rund 60 Millionen Euro aus dem Europäischen Sozialfonds, das entsprechend mit Finanzmitteln aus Ländern und Gemeinden aufgestockt wird. Neue Akzente erfährt das Programm seit 2006 durch die Option, mit Soziale Stadt-Geldern sozial-integrative Modellvorhaben zu fördern.

Die Philosophie des Programms Soziale Stadt fordert eine veränderte Aufgabenverteilung zwischen Staat und Gesellschaft, die der Vertretung gesellschaftlicher Interessen einen deutlich größeren Stellenwert verleiht als bei Städtebauförderungs-Maßnahmen üblich. Ein neuer Politikansatz der Stadtteilentwicklung lautet: Die Quartiere gelten als soziale Räume, für deren Entwicklung integrative Konzepte erarbeitet und umgesetzt werden. Entgegen den Prinzipien traditioneller Städtebauförderung gilt es als ein zentrales Handlungsprinzip, die Bewohnerschaft in Zusammenarbeit mit lokalen und regionalen Akteuren –z. B. aus den Bereichen Wirtschaft, Bildung und Gesundheitswesen – verstärkt am Prozess der Stadtentwicklung zu beteiligen.

---

<sup>31</sup> ARGEBAU = Arbeitsgemeinschaft der für Städtebau, Bau- und Wohnungswesen zuständigen Senatoren und Minister der Länder.

<sup>32</sup> Vgl. DIFU (Hrsg.) 2003, S. 298

**Organisationsstruktur des Programms Soziale Stadt**

<b>Organisationsstruktur</b>			
<b>Gemeinderat</b>			
<b>Gemeinderätlicher Sanierungsbeirat</b>			
<b>Verwaltungsinterne Lenkungsgruppe</b>			
<b>Arbeitskreisbeirat</b>			
<b>Stadtteilmanagement</b>			
<b>AK-Sprecher Stellvertreter</b>	<b>AK-Sprecher Stellvertreter</b>	<b>AK-Sprecher Stellvertreter</b>	<b>AK-Sprecher Stellvertreter</b>
AK 1 Kinder und Jugendliche	AK 2 Soziales und kulturelles Zusammenleben	AK 3 Einzelhandel, Gewerbe, Image	AK 4 Wohnen, Stadtgestaltung und Verkehr
Einzelprojektgruppen	Einzelprojektgruppen	Einzelprojektgruppen	Planungsworkshops
<b>Offene Bürgerbeteiligung</b>			

Abbildung 4: Soziale Stadt-Struktur am Beispiel Karlsruhe Mühlburg <sup>33</sup>

**4.3.3 Das integrierte Entwicklungskonzept**

Vielen der ausgewählten Stadtteile des Programms haftet das Negativimage des „sozialen Brennpunkts“ an. So zeigen gehäuft auftretende Benachteiligungen und Belastungen negative Auswirkungen sowohl auf die Lebensbedingungen als auch das soziale Klima in den Quartieren. Ziel des Programms Soziale Stadt ist es daher, durch die gebietsbezogene Zusammenführung unterschiedlicher Politik- und Handlungsfelder im Sinne einer integrativen Stadtentwicklungspolitik die Lebensqualität in diesen benachteiligten Gebieten signifikant zu verbessern.

<sup>33</sup> Quelle: Stadt Karlsruhe / Regiestelle Soziale Stadt 2009.

**Verzahnung von Politik- und Handlungsfeldern im Programm Soziale Stadt**



Abbildung 5: Integrierter Handlungsansatz Programm Soziale Stadt<sup>34</sup>

**Die zentralen Handlungsfelder**

- Wohnungsmodernisierung und Wohnumfeldverbesserung
- Beschäftigung / Qualifizierung / Ausbildung
- Lokale Ökonomie
- Schule / Bildung
- Integration von Zuwanderern
- Soziale Aktivitäten / soziale Infrastruktur / Stadtteilkultur
- Gesundheitsförderung
- Imageverbesserung / Öffentlichkeitsarbeit

**Die Handlungsansätze**

- Bündelung der Ressourcen: Finanzmittel / Personal / Know how
- Implementierung der erforderlichen Management- u. Organisationsstrukturen
- Aktivierung / Empowerment / Enabling / Partizipation lokaler Akteure und Bewohner

Statistisch vielfach belegt leben in allen Soziale Stadt-Gebieten überdurchschnittlich viele benachteiligte Menschen wie Arbeitslose, Sozialhilfeempfänger/-innen, Migrant/-innen, Alleinerziehende und kinderreiche Familien, sodass aufgrund der beschriebenen sozialen Determinanten von Gesundheit auch von einer Kumulation gesundheitlicher Problemlagen in den Programmgebieten ausgegangen werden muss. Betrachtet man jedoch die Statistiken des Deutschen Instituts für Urbanistik, das die Programmumsetzung wissenschaftlich begleitet, so stellt sich rasch Ernüchterung ein: Gesundheitsförderung – als ein prioritäres Handlungsfeld mit größter Dringlichkeit und gesellschaftlicher Relevanz zwar vielfach postuliert – rangiert de facto an letzter Stelle der Projektlandschaft in allen Soziale Stadt-Gebieten. Das mag zum einen darin begründet liegen, dass die Sozia-

<sup>34</sup> Vgl. Hartmann 2008, S. 8

le Stadt ein Förderprogramm mit städtebaulichem Schwerpunkt ist. Doch es liegt auch daran, dass sich die Akteure vor Ort der gesundheitsfördernden Aspekte ihrer Arbeit oftmals nicht bewusst sind und diese entsprechend weder konkret in die Projektplanung einbeziehen noch in der Projektdokumentation erwähnen.

## 5. Handlungskonsequenzen und -empfehlungen für Gesundheitsförderung

Wie können wir dem begegnen? Hierzu eine Passage aus dem Newsletter Soziale Stadt info 20: „Um das Thema Gesundheit stärker in die integrierte Stadtteilentwicklung einzubringen, ist es erforderlich, dass sich alle Akteure im Stadtteil (...) mehr als bisher in der Umsetzung des Programms Soziale Stadt engagieren und vor Ort mitwirken. Damit dies gelingt, scheint es jedoch einerseits unerlässlich, den Ansatz der sozialräumlichen und stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung stärker in der ‚Gesundheitsszene‘ zu verbreiten und darüber aufzuklären, dass der Stadtteil ein zentraler Ort, ein zentrales Setting der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten ist. Andererseits sollte das Quartiersmanagement das Thema Gesundheit aktiv in seine Arbeit integrieren und Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen zwischen den relevanten Akteuren in der Verwaltung, im intermediären Bereich und im Quartier anstoßen, unterstützend mit aufbauen und koordinieren. Hilfreich hierfür kann die Einrichtung einer Koordinierungsstelle Gesundheit (...) sein, die als lokaler ‚Kristallisationskern‘ eine gesundheitsbezogene Vernetzungsstruktur im Stadtteil anschiebt, pflegt und moderiert, gemeinsam mit den Netzwerkpartnern eine gesundheitsfördernde Gesamtstrategie für den Stadtteil entwickelt sowie Gesundheitsprojekte initiiert und unterstützt. Aufgabe der Koordinierungsstelle Gesundheit vor Ort sollte es auch sein, die im Rahmen der Programmumsetzung Soziale Stadt entwickelten Beteiligungs- und Aktivierungsstrukturen sowie Zugangswege für die Gesundheitsförderung zu nutzen und weiterzuentwickeln.“<sup>35</sup>

### 5.1 Handlungsempfehlungen zur soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung

Die prioritären Aufgaben einer ‚Koordinierungsstelle Gesundheit‘ wie auch die zentralen Elemente strukturierten sozialräumlichen Gesundheitshandelns lassen sich entsprechend wie folgt zusammenfassen:

#### Aufgaben der Koordinierungsstelle Gesundheit

<b>Kommunikation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gesundheitsförderung ressortübergreifend zum Thema machen, beispielsweise durch Gesundheitskonferenzen, Stadtteilkonferenzen und Fachtagungen.</li> <li>▪ Gesundheitspotenziale und -ressourcen im Rahmen einer detaillierten Bestands- und Bedarfsanalyse ermitteln</li> <li>▪ Konkrete Handlungsbedarfe in Form eines Ziel- und Maßnahmenkatalogs in Kooperation mit den relevanten Akteuren und Zielgruppe(n) formulieren</li> </ul>
----------------------	--

<sup>35</sup> DIFU (Hrsg.) 2007, S. 7 ff.

## Soziallagenbezogene Gesundheitsförderung

<b>Kooperation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Einbeziehung aller relevanten Akteure im Stadtteil einschließlich der Zielgruppe(n):             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zum Aufbau tragfähiger gesundheitsfördernder Netzwerke.</li> <li>○ Zur Entwicklung ressourcenschonender Interventionsstrategien.</li> <li>○ Unter Berücksichtigung alternativer Finanzierungsoptionen.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Koordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ der Projekte und Maßnahmen.</li> <li>▪ der Bündnispartner für Gesundheit.</li> <li>▪ Strategisch und operativ.</li> </ul>
<b>Mediation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zwischen allen involvierten Politik- und Handlungsfeldern.</li> <li>• Interdisziplinär und ressortübergreifend.</li> </ul>
<b>Identifikation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• von Schnittstellen und möglichen Bündnispartnern.</li> </ul>

Tabelle 5: Aufgabenschwerpunkte Kommunales Gesundheitsmanagement<sup>36</sup>

In der Praxis soziallagenbezogener Gesundheitsförderung bewährt sich die nachfolgend skizzierte, systematische Vorgehensweise zur nachhaltigen Einbettung und Etablierung in kommunalen Strukturen:

- Durchführung gesundheitsbezogener Analysen zu Potenzialen und Interventionsbedarfen mit Hilfe von Gesundheitssurveys, Gesundheitsberichterstattung(en) des Bundes und der Länder, Armutsberichten des Bundes wie auch der Städte und Gemeinden.
- Die Einbindung der relevanten Akteure und der Zielgruppe(n) durch Information, Öffentlichkeitsarbeit sowie aktivierende Planungsmethoden.
- Durchführung von Transparenz- und Planungskonferenzen: Das Kommunizieren vorhandener Angebote und Ressourcen zur Erarbeitung eines zielorientierten Handlungskonzeptes mit klar definierten Verantwortlichkeiten.
- Würdigung, Aktivierung und Unterstützung der Kompetenzen und Selbsthilfepotenziale der Zielgruppe(n).
- Koordination der Gesundheitsförderung durch o.g. Koordinierungsstelle mit den Schwerpunkten Aktivierung, Vermittlung, Beratung, Begleitung und Qualitätsentwicklung.

<sup>36</sup> Vgl. Gesundheit Berlin (Hrsg.) 2009, S. 88

- Die Einrichtung eines Verfügungsfonds zur unbürokratischen Umsetzung kleiner Projekte, gespeist beispielsweise von Mitteln des Soziale Stadt-Programms oder finanziellem Engagement Gesetzlicher Krankenkassen.
- Die verlässliche Beteiligung der Stadt(teil)einrichtungen am Gesundheitsförderungsprozess im Rahmen ihrer Kernaufgaben.
- Zusammenführung gesundheitsfördernder Projekte und Angebote unterschiedlicher Träger in ein „Gesamtkonzept Gesundheit“
- Dokumentation und Evaluation der Angebote wie auch des Gesamtprozesses zur Qualitätsentwicklung.<sup>37</sup>

---

<sup>37</sup> Vgl. Gesundheit Berlin (Hrsg.) 2009, S. 95 ff.

**Der Qualitätszyklus des Gesundheitsförderungsprozesses**

<b>Der Gesundheitsförderungsprozess im Stadtteil</b>	
<b>Sensibilisierung</b>	
Gesundheit im Stadtteil thematisieren  Gestaltung eines gesunden Lebensalltags	
<b>Steuerungsgruppe</b>	
Interdisziplinäres Team  Planung und Lenkung des Umsetzungsprozesses	
<b>Bestandsanalyse</b>	Erfassung der „gesundheitsfördernden Ist – Situation“ sowie bestehender Programme, Projekte, Angebote und Maßnahmen
<b>Bedarfsanalyse</b>	Ermittlung des prioritären Handlungsbedarfs unter aktiver Mitwirkung der Experten der jeweiligen Lebenswelt einschließlich Zielgruppe(n)
<b>Ziel- und Maßnahmenplanung</b>	Zielformulierung (Ober- und Teilziele) und Entwicklung spezifischer Maßnahmen bspw. in Gesundheitszirkeln
<b>Umsetzung der Projekte und Maßnahmen</b>	Prozesssteuerung
<b>Evaluation</b>	Effektivität und Effizienz
<b>Prozess der kontinuierlichen Qualitätsoptimierung</b>	

Abbildung 6: Der Qualitätszyklus sozialraumorientierter Gesundheitsförderung <sup>38</sup>

**5.2 Erfolgreiche Ansätze der Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen**

Ein Handlungsschwerpunkt sozialraumorientierter Gesundheitsförderung liegt auf der nachhaltigen Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen, die erfahrungsgemäß am gravierendsten von Armut und den damit verbundenen Gesundheitsgefährdungen betroffen

<sup>38</sup> Vgl. Vienken 2008, S. 34



sind. Wenn wir in der gesundheitsfördernden Arbeit jedoch von der "Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen" sprechen, so meinen wir damit keine homogene Gruppe: Wir müssen uns darüber im Klaren sein, dass kindliche und juvenile Lebensphasen geprägt sind von zahlreichen Entwicklungsschritten mit unterschiedlichsten Entwicklungsaufgaben in einem stetigen Prozess der Veränderung und des Wandels. Entsprechend genau gilt es zu überlegen, welche Altersgruppe wir mit welchem Angebot wie und wo erreichen können (und wollen) und wie es gelingt, sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche wie auch deren Eltern einzubinden ohne zusätzlich zu stigmatisieren.

Armut bei Kindern und Jugendlichen beispielsweise bemisst sich in der Regel auf Grundlage der Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II und bezieht sich sowohl auf die Lebenssituation als auch die Lebenslage in den Bereichen

- Materielle Versorgung: Grundversorgung durch Nahrung / Kleidung / Wohnen.
- Kulturelle Versorgung: Bildung sowie sprachliche und kognitive Entwicklung.
- Soziale Situation: Soziale Kontakte und soziale Kompetenzen.
- Psychische und physische Situation: Gesundheitszustand und körperliche Entwicklung.<sup>39</sup>

Der Arbeitskreis Armut und Gesundheit des Regionalen Knotens Niedersachsen gibt für die erfolgreiche gesundheitsfördernde Praxis mit sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen entsprechend nachfolgende Empfehlungen:

#### **Die Einrichtung eines „Runden Tisches Kinderarmut“**

Da Kinderarmut multifaktoriell bedingt ist, bieten „Runde Tische“ eine Plattform des interdisziplinären Austausches und der ressortübergreifenden Kooperation vor Ort. Die Zielsetzung richtet sich auf die Schaffung vergleichbarer Entwicklungs- und Gesundheitschancen im Kindes- und Jugendalter sowie auf die Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz. Teilnehmende sollten Vertreter der Bereiche Kinder- und Jugendhilfe, Wohlfahrtspflege, Gesundheitswesen, Soziale Dienste, Kindergärten und Schulen, Politik und weitere engagierte Partner in der Armutsprävention sein.

#### **Die Einführung regelmäßig erscheinender, kommunaler Sozialberichte**

Für die Erarbeitung effizienter Konzepte sowie passgenauer Maßnahmen und Projekte bedarf es einer soliden Datenbasis, bestehend aus definierten Indikatoren, die regelmäßig erfasst und systematisch aufgearbeitet werden mit dem Ziel, Chancengleichheit und gesellschaftliche Teilhabe für alle in der Kommune lebende Kinder zu gewährleisten. Die Berichterstattung umfasst auch den spezifischen Ziel- und Maßnahmenkatalog sowie dessen Evaluation.

---

<sup>39</sup> Vgl. Regionaler Knoten Niedersachsen; Arbeitskreis Armut und Gesundheit (Hrsg.) 2008 o. S.

### **Der Ausbau des Netzwerks „Frühe Hilfen“**

Eine institutionalisierte Zusammenarbeit von Geburtshilfe, Jugendhilfe und Familienbildung kann zielgruppen- und ressourcenorientierte Angebote gesundheitsfördernder Intervention für Familien initiieren, deren Wirksamkeit durch Modellprojekte vielfach belegt ist. Anzustreben ist die Vernetzung aller relevanten Kinder- und Familienhilfeeinrichtungen, des Jugendamtes und der Gesundheitsdienste sowie die Etablierung aufsuchender Angebote.

### **Ausbau der Bildungs- und Betreuungsangebote für Kinder und Jugendliche**

Investitionen in Bildung verbessern die Lebenskompetenzen und erleichtern den Start in das spätere Berufsleben. Sie erweisen sich somit für die Kommunen auch als ökonomisch sinnvoll. Angebote zu Bildung, Erziehung und Betreuung sollten auf Basis eines kommunalen Gesamtkonzeptes institutionalisiert und verbindlich vernetzt, pädagogische Konzepte und Betreuungsstandards (Gruppengröße und Personalschlüssel) an den spezifischen Bedarf der Zielgruppe(n) wie beispielweise benachteiligte Kinder und Jugendliche angepasst sein. Das Ziel: Alle Kinder und Jugendliche können kostenfrei an Ganztagesangeboten einschließlich Mittagsverpflegung teilnehmen bei gleichzeitig flexiblen Betreuungszeiten.

### **Die Entwicklung von Konzepten zur Elternbildung**

Angebote der Elternbildung stärken die Erziehungskompetenz und haben somit einen positiven Einfluss auf die kindliche Entwicklung. Ziele der Elternbildung sind:

- Die Stärkung von Kompetenzen der Alltagsbewältigung.
- Unterstützung in Übergangszeiten einzelner Lebensphasen.
- Hilfsangebote in besonderen Lebenslagen und Belastungssituationen.

Kommunale Konzepte der Elternbildung sollten Angebote für alle Eltern bereithalten, jedoch berücksichtigen, dass ein hohes Maß an Partizipation in der Konzeption sowie die Niedrigschwelligkeit der Angebote – möglichst wohnortnah – maßgeblich dazu beitragen, auch statusniedrige Elterngruppen zu erreichen.

### **Die Entwicklung von Gesundheitsförderungs-Konzepten für Kita / Schule / Wohnumfeld**

Da Gesundheit als integraler Bestandteil unseres Alltags entsteht, müssen gesundheitsfördernde Interventionen – wie in Kapitel 4 beschrieben – im Lebensumfeld von Kindern und Jugendlichen ansetzen und sowohl eine Verbesserung individuellen Gesundheitsverhaltens als auch eine Verbesserung der Lebensverhältnisse anstreben. Diese Setting-orientierten Konzepte sollten in bereichsübergreifenden, interdisziplinären Netzwerken auf Basis einer Bestands- und Bedarfsanalyse erarbeitet und in der jeweiligen Lebenswelt umgesetzt werden.

Als Grundlage der Analyse können Daten folgender Quellen dienen:

- Kommunale Gesundheitsberichterstattung
- Sozialberichterstattung
- Vorbereitende Untersuchungen des Programms Soziale Stadt
- Wissenschaftliche Studien und Fachliteratur
- Zielgruppenspezifische Informationsquellen / Kinder- und Jugendstudien
- Berichte / Dokumentationen anderer Fachkreise
- Befragungen der Zielgruppe und/oder Vertreter der Zielgruppe/ Interessensvertretungen<sup>40</sup>

Dabei haben sich in der Umsetzung gesundheitsfördernder Arbeit praxisorientierte Konzepte unter Einbeziehung und/oder Qualifizierung von Multiplikatoren (z.B. Eltern, Peer Groups, etc.) wie auch die Integration aufsuchender Angebote in die spezifische Lebenswelt als besonders erfolgreich erwiesen.

### **Sicherung von Teilhabe durch kommunale finanzielle Unterstützung**

Auf kommunaler Ebene bestehen unverzichtbare Handlungsmöglichkeiten, durch materielle Unterstützungsleistungen Teilhabe zu sichern sowie durch die Gewährung einkommensunabhängiger Bildungschancen Zukunftsperspektiven zu eröffnen. Praktikable Optionen hierbei sind beispielsweise kommunale Bildungsfonds, Sozialpässe für Familien und Notfallhilfen.

---

<sup>40</sup> Vgl. Gesundheit Berlin (Hrsg.) 2009, Heft 2, S. 6

### **Gewährleistung der Prozessqualität**

Der Gesundheitsförderungs-Prozess sollte auf einer Situations- und Bedarfserhebung basieren, deren Ergebnisse in ein integriertes Handlungskonzept münden sowie auf nachfolgenden Handlungsprinzipien beruhen:

- Ressourcenstärkung
- Enabling und Empowerment
- Niedrigschwelligkeit
- Partizipation, sowie einer
- Orientierung an Modellen guter Praxis

Die Inhalte der erarbeiteten Konzeptionen müssen eingebettet sein in eine vorsorgende und zukunftsfähige Kommunalpolitik, die sich der nachhaltigen Schaffung gesundheitlicher Chancengleichheit verpflichtet.

Leider liegen nur wenige valide, bundesweit aussagekräftige Daten über Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten<sup>41</sup> von Kindern und Jugendlichen vor, doch der Weg der Akzeptanz und Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen führt erfahrungsgemäß über die Eltern. Viele der gesundheitlichen und auch psychosozialen Probleme von Kindern und Jugendlichen wie Übergewicht, Zahnkaries, Verletzungen, Atemwegserkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Verhaltensauffälligkeiten und Sprachstörungen sind grundsätzlich erfolgreicher Prävention zugänglich; vorausgesetzt, die Eltern können frühzeitig eingebunden werden und fungieren idealerweise als Multiplikatoren für Gesundheit im Familienverbund.

Zusammenfassend ist festzuhalten:

### **Erfolgreiche Initiativen der Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter<sup>42</sup>**

- erfolgen unter Zielgruppenbezug und berücksichtigen das soziale Umfeld wie auch den Lebensalltag von Kindern und Jugendlichen  
= Orientierung an jeweiliger Lebenswelt und Lebenssituation.
- binden Eltern frühzeitig in den Gesundheitsprozess ein  
= Multiplikatoren-Konzept.
- knüpfen an spezifische kindliche und juvenile Entwicklungsphasen an  
= theoriegeleitet.

---

<sup>41</sup> Ausnahme: Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert-Koch-Instituts.

<sup>42</sup> Vgl. BZgA (Hrsg.) 2001, S. 12 ff.

- verfolgen eine ganzheitliche Strategie der Problemlösung  
= Gesundheitsstörungen im Kontext ungelöster Entwicklungsaufgaben.
- streben eine multisektorale und interdisziplinäre Zusammenarbeit an  
= Kooperativ und arbeitsteilig.
- berücksichtigen Geschlechterdifferenzen und binden geschlechtsspezifische Ansätze ein  
= Rollenorientierung + Gender Mainstreaming.
- beachten unterschiedliche Lebenswelten und kulturspezifische Besonderheiten  
= Berücksichtigung spezifischer Gesundheitskonzepte.
- fokussieren sozial benachteiligte Familien sowie weitere schwer erreichbare, hochbelastete soziale Gruppen ohne diese zu stigmatisieren  
= Sozialpolitische Orientierung.

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Beteiligung von Kindern und Jugendlichen in Prozess und Konzeption gesundheitsfördernder Interventionen betrifft die **Methodik der Beteiligungsverfahren**:

So haben sich

- Ansätze der Aktivierenden Befragung<sup>43</sup>,
- Durchführung von Kinder- und Jugendkonferenzen
- Durchführung von Zukunftswerkstätten,
- Ausbildung von Kindern und Jugendlichen / Eltern als Experten in und Multiplikatoren für den jeweiligen Lebensbereich / die community

sowie die Ausstattung kleinerer Projekte mit eigenem Verfügungsfonds in der gesundheitsfördernden Praxis bislang am besten bewährt.

Projekte der Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen können inhaltlich nachfolgende **Themen- und Handlungsfelder** aufgreifen:

- Lernangebote zum Zusammenhang von Ernährung und körperlichem Wohlbefinden
- Versorgung mit gesunden Mahlzeiten in Kitas, Schulen, Kinder- und Jugendhäusern
- Angebote der Unfall-, Gewalt- und Suchtprävention
- Stressbewältigung und psychosoziale Gesundheit
- Sexualaufklärung
- Spiel- und Bewegungsangebote sowie die

---

<sup>43</sup> Links: [www.buergergesellschaft.de/praxishilfen/aktivierende-befragung/praxisbeispiele](http://www.buergergesellschaft.de/praxishilfen/aktivierende-befragung/praxisbeispiele)  
und [www.quint-essenz.ch](http://www.quint-essenz.ch)

- Förderung der Impfbereitschaft und Wahrnehmung von Früherkennungsuntersuchungen.

Einige ausgewählte Beispiele gesundheitsfördernder Projekte mit Kindern und Jugendlichen finden sich in Kapitel 6. Einen weitaus umfassenderen Überblick bietet die Praxisdatenbank [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) oder auch die Datenbank des Programms Soziale Stadt (<http://www.sozialestadt.de/praxisdatenbank>). Der Vielfalt gesundheitsfördernder Arbeit sind keine Grenzen gesetzt, sodass prinzipiell die Überlegung erfolgen muss, ob auf „fertige“ Programme – wie beispielsweise von der BZgA u.a.m. in hervorragender Qualität angeboten – zurückgegriffen oder aber eigene, integrierte Konzepte entwickelt und umgesetzt werden sollen. Diese jedoch sollten den formulierten Qualitätskriterien gesundheitsfördernder Praxis bei sozial Benachteiligten entsprechen.<sup>44</sup>

### 5.3 Erfolgversprechende Ansätze der Gesundheitsförderung mit älteren Menschen

Vernetzung, Kooperation und arbeitsteiliges Vorgehen sind *die* entscheidenden Grundlagen der Intensivierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Der Erfolg beruht auf gemeinsamen Zielsetzungen und Interventionsschwerpunkten; so auch in der gesundheitsfördernden Arbeit mit älteren Menschen.

Doch wie bereits betont, kann auch die Zielgruppe älterer und hochbetagter Menschen nicht als homogene Gruppe mit gleichen Bedarfen und Interessen eingestuft werden. Es zeigt sich auch hier ein hohes Maß an Unterschiedlichkeit in Lebenssituation, Lebensbedingungen und gesundheitlichem Befinden. Alter mit Krankheit, Gebrechen und Einschränkung gleichzusetzen, wie in unserer Gesellschaft leider noch immer üblich, greift jedoch entschieden zu kurz und lässt unberücksichtigt, dass physisch und psychisch gesunde Menschen auch in hohem Alter keine Ausnahme bilden. Die WHO bezieht sich explizit auf den **Ansatz des aktiven Alterns** und beschreibt ihn als einen Prozess der Optimierung von Möglichkeiten, in zunehmendem Alter die Gesundheit zu wahren, am Leben der sozialen Umgebung teilzunehmen und persönliche Sicherheit zu gewährleisten, um dergestalt die persönliche Lebensqualität zu verbessern.

#### Morbidität im Alter

Dennoch treten in höherem Lebensalter verstärkt chronische Erkrankungen und Funktionseinbußen auf, die die Fähigkeit der Menschen zur selbständigen Lebensführung vermindern. Ausgehend von den vorliegenden Bevölkerungsprognosen wird der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung in den nächsten Jahrzehnten weiter ansteigen und die gesellschaftlichen Sicherungs- und Versorgungssysteme der Bundesrepublik vor große Herausforderungen stellen: Hilfsbedürftigkeit und Krankheitsgeschehen im Alter erfordern eine qualitativ hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung, wobei dem frühzeitigen Erkennen und Eingreifen in Krankheitsverläufe

---

<sup>44</sup> Vgl. Gesundheit Berlin (Hrsg.) 2009, Heft 5, S.14 ff.

eine zentrale Bedeutung zukommt. Folgeschäden sowie Chronifizierung kann idealtypisch durch Maßnahmen der Rehabilitation vorgebeugt, die Fähigkeit zu eigenständiger Lebensführung erhalten werden. Doch vorrangig gilt es, durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung präventiv zu agieren.

Armut im Alter ist auch in Baden-Württemberg ein Thema. Dies lässt sich an folgenden Zahlen festmachen: 2007 bezogen rund 2 % aller Personen über 65 Jahren Leistungen der Grundsicherung im Alter (früher Sozialhilfe). Das entspricht insgesamt etwa 32.500 Personen und einem Anstieg von rund 5 % im Vergleich zum Jahr 200.<sup>45</sup>

Auch ältere Migrantinnen und Migranten waren überdurchschnittlich häufig auf staatliche Leistungen angewiesen: Rund 7 % der ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürger ab 65 Jahren erhielten Grundsicherungsleistungen. Die Bezugsquote lag bei ihnen fast fünfmal höher als bei Deutschen<sup>46</sup>.

Auch wenn Armut und soziale Benachteiligung oft mit einem Weniger an Geld gleichgesetzt werden, beschränken sich beide Begriffe nicht auf einen Mangel an finanziellen Möglichkeiten: Merkmale sozialer Benachteiligung sind beispielsweise auch mangelnde Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben, Vereinsamung aufgrund mangelnder Kontakte zu anderen Menschen, ungünstige Wohnverhältnisse, gesundheitliche Einschränkungen, Fehlernährung oder mangelnder Zugang zum Arbeitsmarkt.

Unstrittig ist mittlerweile der Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und Gesundheit. Beispielsweise ist die Lebenserwartung eng mit dem Einkommen gekoppelt (vgl. Tabelle). Männer und Frauen ab 60 Jahren in der Unterschicht haben deutlich häufiger chronische Erkrankungen und sind häufiger im Alltag durch ihre Gesundheit eingeschränkt als in der Oberschicht. Der Unterschied fällt für Frauen wesentlich deutlicher aus als für Männer.<sup>47</sup>

---

<sup>45</sup> Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 01/2009

<sup>46</sup> Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 06/2009

<sup>47</sup> Vgl. Robert-Koch-Institut (Hrsg.) 2005, S. 124; Lampert et al. (2007)

<b>Krankheiten, Alltagseinschränkungen und gesunde Lebenserwartung</b>						
	<b>Männer</b>		<b>Frauen</b>		<b>gesunde Lebenserwartung in Jahren</b>	
<b>Altersgruppe (in %)</b>	<b>60-69</b>	<b>70+</b>	<b>60-69</b>	<b>70+</b>	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>
<b>chronische Krankheit</b>					<b>unter 60% des durchschnittl. Einkommens i. J. 2005</b>	
Oberschicht	42,0	54,9	43,5	53,4		
Mittelschicht	49,7	49,5	53,7	62,4		
Unterschicht	47,7	47,3	60,2	62,3	56,8	60,8
<b>Gesundheitsbedingte Einschränk. im Alltag</b>					<b>über 150% des durchschnittl. Einkommens i. J. 2005</b>	
Oberschicht	37,7	51,1	42,1	56,2		
Mittelschicht	41,2	53,6	42,4	53,4		
Unterschicht	46,7	49,1	48,8	59,0	71,1	71,0

Quellen: Robert-Koch-Institut (2005)

Lampert, T. et al. (2007)

Spezifische Versorgungsbedarfe resultieren aus dem gleichzeitigen und gehäuften Auftreten von Gesundheitsstörungen. Dabei wird Multimorbidität oftmals als Gleichzeitigkeit von fünf und mehr Krankheiten definiert: Gemäß den Befunden der Berliner Altersstudie von 1996 trifft dies – ohne die Berücksichtigung psychischer Erkrankungen – auf fast ein Drittel der 70-Jährigen und knapp die Hälfte der 85-Jährigen und Älteren zu.

#### **Individuelle und sozialräumliche Ressourcen im Alter**

Auf welche individuellen und/oder sozialräumlichen Ressourcen können hilfebedürftige ältere Menschen in benachteiligten Quartieren zurückgreifen, um ein Leben in Eigenständigkeit zu führen? Wie wirken dabei die Ressourcen des Einzelnen und die des Stadtteils zusammen?

Diese Fragen untersuchen Wissenschaftler/Innen derzeit am Institut für gerontologische Forschung (IGF) und am Berliner Wissenschaftszentrum für Sozialforschung (WBZ) in der gemeinsam durchgeführten Studie NEIGHBOURHOOD.<sup>48</sup> Die Analyse umfasst die Untersuchung der gender-, kultur- und milieuspezifischen Ressourcen wie auch der sozialräumlichen Einflussfaktoren. Dabei sind Infrastruktur, Netzwerke der Alltagsunterstützung sowie der medizinischen und pflegerischen Versorgung wie auch die Kooperation der Akteure vor Ort von Bedeutung.

Ziel der Studie ist es, die Ergebnisse in die kommunale Altenhilfeplanung, Selbsthilfeförderung, in das Quartiersmanagement sowie die Versorgungsplanung einfließen zu lassen. Das Forschungsprojekt versteht sich als Element des Berliner Verbundes „Autonomie trotz Multimorbidität im Alter“ (ama). Dieser führt Untersuchungen zur Verbesserung der Lebensqualität älterer Menschen durch und versucht mit dem Projekt eine „empirische Lücke“ zu schließen. Der interdisziplinär arbeitende Verbund wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) für zunächst drei Jahre im Rahmen des Programms „Gesundheit im Alter“ gefördert.

<sup>48</sup> Weitere Informationen unter [www.ama-consortium.de/f-neighbourhood.html](http://www.ama-consortium.de/f-neighbourhood.html)



Eine Recherche der Forschungsgruppe Public Health im Jahr 2005 in der Datenbank des Programms Soziale Stadt und der Praxisdatenbank [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) ergab, dass zwar nur sehr wenige stadtteilorientierte Projekte ältere Menschen als Zielgruppe einbeziehen, sich aber dennoch Hinweise auf die Erfolgsfaktoren dieser Projekte ausmachen lassen.<sup>49</sup>

### **Partizipation als Erfolgsindikator**

Erfolgreiche Projekte messen der Partizipation der Zielgruppe(n) konzeptionell große Bedeutung bei. Dabei wird zur Stärkung der Selbsthilfepotenziale die Einbindung informeller Multiplikatoren und Multiplikatorinnen als wichtigster Erfolgsfaktor benannt. Bewährt im Zugang z. B. zu älteren Migrantinnen und Migranten haben sich Fachkräfte mit Migrationshintergrund, die Einbindung der Familien sowie die personelle Kontinuität im Projektverlauf.

### **Aufbau sozialer Netzwerke und Nachbarschaftshilfen**

Um sozial benachteiligter älterer Menschen mit Angeboten der Gesundheitsförderung zu erreichen, bedarf es sozialräumlich angelegter Strukturen, die diese Menschen nachhaltig in Gemeinschaften einbinden. Ein Indikator erfolgreicher Projekte ist daher der Aufbau bzw. die Unterstützung sozialer Netze und Nachbarschaftshilfen, die eine selbstbestimmte Lebensführung Älterer maßgeblich befördern.

Ältere Zuwanderer und Zuwanderinnen engagieren sich beispielsweise besonders in ihrem direkten Wohnumfeld, was die Integration Nachgezogener erleichtert. Diese Form des freiwilligen Engagements ermöglicht einen verbesserten Zugang zu den sozialen Netzwerken, die sich in Wohn- und Nachbarschaftsgebieten aufgrund der Freiwilligenarbeit gebildet haben; eine Arbeit, die in institutionalisierter Form weiterentwickelt werden kann und muss.

### **Verknüpfung von Gesundheitsförderung und sozialen Ereignissen**

Für den Gesundheitszustand und das körperliche Wohlbefinden älterer Menschen zeigt sich eine ausgewogene Ernährung von großer Bedeutung. Darüber hinaus hat Essen auch eine wichtige soziale Funktion: Gemeinsame Mahlzeiten bieten die Möglichkeit zu Kommunikation und Austausch sowie zur Knüpfung neuer Sozialkontakte. Ein erfolgreiches Beispiel ist der Eglosheimer Mittagstisch.<sup>50</sup> Im Rahmen niedrigschwellig angelegter Angebote können gemeinsam eingenommene Mahlzeiten mit der Vermittlung gesundheitsrelevanter Informationen erfolgreich gekoppelt werden.

So bieten sich in der Praxis beispielsweise Stadtteilküchen an, in denen nach traditionellen Rezepten älterer Menschen gekocht wird. In Zusammenhang mit kulturellen Festtagen oder Gesund-

---

<sup>49</sup> Vgl. Gesundheit Berlin (Hrsg.) 2009, S. 116

<sup>50</sup> <http://www.sozialestadt.de/praxisdatenbank/suche/ausgabe.php?id=475>

heitstagen im Quartier und mit Hilfe aktiver Beteiligung der Zielgruppen kann gleichzeitig die konkrete Wissensvermittlung über gesundheitsrelevante Angebote im Stadtteil oder zu Fragen altersgerechter Ernährung und Bewegung erfolgen. Eine Teilnahme an diesen sozialen Ereignissen trägt somit wesentlich zur Verbreitung von Informationen über gesundheitliche Versorgungsangebote bei und unterstützt den Aufbau und die nachhaltige Verankerung gesundheitsförderlicher Strukturen im Stadtteil / in der Gemeinde.

Zudem kann auf diesem Wege ein erheblicher Beitrag zu einem gesundheitsgerechten Lebensstil geleistet werden, da über die Beratung zu Ernährungsfragen die Möglichkeit besteht, ältere Menschen auch zu weiteren gesundheitsförderlichen Aktivitäten zu motivieren wie z. B. die Teilnahme an Bewegungsangeboten oder die aktive Gestaltung des Wohnumfeldes.

### **Empowerment älterer Menschen durch das Wachrufen von Erinnerungen**

Das Wachrufen von Lebenserinnerungen ist eine Kommunikationsstrategie<sup>51</sup>, die Ältere und Hochbetagte dazu ermutigt, ihre Bedürfnisse konkret zu äußern und einzufordern, was sie beispielsweise an gesundheitlicher Versorgung wünschen und brauchen. An Demenz erkrankte Menschen können auf diese Weise auch unterstützt werden, ihre Lebenserinnerungen zurückzuholen und damit ihre Identität zu wahren.

Eine Möglichkeit dieses Potenzial zu aktivieren, bietet die Einrichtung von Erzähl-Cafés im Stadtteil oder in der Gemeinde: In geschütztem Rahmen können ältere Menschen aus ihrem Leben erzählen, an den Schatz ihrer Erfahrungen und Erinnerungen anknüpfen und zugleich in ungezwungener Atmosphäre in Austausch mit Gleichgesinnten treten sowie neue Kontakte knüpfen. Diese Strategie der Kommunikation hilft gegenseitiges Vertrauen und Verständnis aufzubauen.

Zusammenfassend ist festzuhalten:

### **Erfolgreiche Initiativen der Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten älteren Menschen zeichnen sich aus durch**

- die Umsetzung im Setting Stadtteil als zentrale Handlungsebene,
- die lebensweltorientierte Ausgestaltung der Angebote mit einem zugleich hohen Partizipationsgrad der Zielgruppe(n),
- die Einbeziehung von informellen und/oder professionellen Multiplikatoren,
- die Schaffung von Räumen/Möglichkeiten für informelles Lernen,
- die Anbindung gesundheitsfördernder Interventionen an soziale Ereignisse und Aktivitäten,

---

<sup>51</sup> Vgl. BZgA (Hrsg.) 2003, S. 97

- die niedrigschwellige Vermittlung gesundheitsrelevanter Themen,
- den Aufbau stabiler arbeitsfähiger Strukturen sowie
- die Vernetzung der lokalen Institutionen, Organisationen und Initiativen.<sup>52</sup>

Für die Praxis gesundheitsfördernder Arbeit mit älteren Menschen gilt es, die Erkenntnisse der bewährten Ansätze zu nutzen und einen möglichst strukturierten Weg der Gesundheitsförderung zu gehen, der sich anhand nachfolgender Leitfragen aufzeichnen lässt.

**Grundlegende Fragen zu Bedarfsermittlung / Projektkonzeption / Projektumsetzung und Evaluation**

- Welche gesundheitsrelevanten Angebote gibt es bereits vor Ort?
- Welche Zielgruppen werden darüber erreicht, welche nicht?
- Welche Präventionsbedarfe und -potenziale bestehen?
- Wie sieht die politische „Rückendeckung“ aus?
- Welche Entscheidungsträger aus der Kommune müssen einbezogen werden?
- Wer sind wichtige externe Kooperationspartner?
- Was sind geeignete Maßnahmen der Gesundheitsförderung?
- Wie können wir Erfolg / Misserfolg einer Maßnahme bemessen?

---

<sup>52</sup> Vgl. Gesundheit Berlin (Hrsg.) 2009, S. 117 ff.



## 6. Beispiele guter Praxis soziallagenorientierter Gesundheitsförderung

Einen Überblick der Beispiele erfolgreicher und bewährter Praxis soziallagenbezogener Gesundheitsförderung bietet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in ihrer Praxisdatenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Der Datenpool steht unter [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/:datenbank](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/:datenbank) allen Interessierten für Recherche und Information zur Verfügung. Das Angebot ist als „lebendige Datenbank“ gestaltet, das heißt, dass Einträge jederzeit vorgenommen und aktualisiert werden können. Bereiche, in denen Angebote exzellente Arbeit leisten, sind besonders gekennzeichnet, um zur Nachahmung zu motivieren. Des Weiteren bietet das Programm Soziale Stadt eine Vielzahl von Einträgen unter [www.sozialestadt.de/praxisdatenbank](http://www.sozialestadt.de/praxisdatenbank) wie auch die Programmplattform E&C „Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten“ unter [www.eundc.de](http://www.eundc.de).<sup>53</sup> Fachliteratur zu allen prioritären Zielgruppen sowie den relevanten Fachthemen bieten ebenfalls die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wie auch viele weitere Fachverlage an.

Nachfolgend einige ausgewählte Beispiele bewährter Konzepte der Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen sowie mit älteren Menschen.

### 6.1 Bewährte Konzepte der Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen

#### „Das Konzept Spielleitplanung“

##### Projektansatz

Spielleitplanung geht systematisch in drei Planstufen vor:

- Bestandsanalyse:  
Durchgeführt von Kindern und Jugendlichen als Experten und Expertinnen vor Ort gemeinsam mit einer pädagogischen oder stadtplanerischen Fachkraft zur Erstellung von Mental Maps.<sup>54</sup>
- Erhebung von Potenzialen:  
Nutzbarkeit / Hindernisse / Vorteile des Standortes.
- Maßnahmenplanung:  
Auf Basis der Bestandserhebung sowie der Anregungen und Ideen der Kinder und Jugendlichen.

---

<sup>53</sup> E&C wurde in den Programmgebieten der Sozialen Stadt von 2000 bis 2006 durchgeführt und setzte kinder- und jugendhilfespezifische Prioritäten/Schlagwort „Soziale Arbeit als Koproduktion“ (Anm.d.V.).

<sup>54</sup> Kinder und Jugendliche zeigen im Rahmen der Bestandserhebung Erwachsenen ihre Spielorte und Treffpunkte, die in eine ‚subjektive Landkarte‘ = Mental Map eingearbeitet werden.

### Zielsetzung

Spielleitplanung ist ein Planungsinstrument zur Gestaltung familienfreundlicher Lebensräume und als kommunale Planungs- und Entwicklungsaufgabe eine innovative Strategie kindgerechter Stadtentwicklung. Zentral hierbei ist ein hohes Maß an Partizipation der beteiligten Kinder und Jugendlichen bei *allen* Planungs-, Entscheidungs- und Umsetzungsschritten. Spielleitplanung erfasst und berücksichtigt systematisch alle öffentlichen Freiräume, die als Spielorte oder für sonstige Freizeitaktivitäten genutzt werden (können). Die Zielfragen hierbei lauten:

Was soll erreicht werden? Wie kann es umgesetzt werden? Was sind die nächsten Schritte?

Erklären Stadt- oder Gemeinderat den erarbeiteten Spielleitplan für verbindlich, so kann die Umsetzung von Projekten und Maßnahmen beginnen, an der wiederum Kinder und Jugendliche in allen Phasen aktiv beteiligt sind.

### Ergebnisse

Die Stadt Karlsruhe verankerte beispielsweise bereits in der Ausschreibung des Stadtteilmanagements für das Soziale Stadt-Gebiet Mühlburg das Verfahren der Spielleitplanung. Im Rahmen zweier Jugendkonferenzen und einer Zukunftswerkstatt konnten die konkreten Bedürfnisse der Mühlburger Kinder und Jugendlichen in die Spielleitplanung sowie in das Handlungskonzept Soziale Stadt eingearbeitet werden. Im Ergebnis ließen sich Spiel-, aber auch Angstorte identifizieren, die Zugangswege aus Kindersicht nachzeichnen sowie konkrete Optionen zur Verbesserung der Spiel- und Freizeitqualität des Stadtteils aufzeigen.<sup>55</sup>

Auch das Deutsche Kinderhilfswerk (DKHW) bietet Unterstützung bei Projekten, die gemeinsam mit Kindern und Jugendlichen bestehende Spielorte verbessern sowie anregende Spielräume im Wohnumfeld schaffen. Dies geschieht im Rahmen nachfolgender Programme:

- „Spielraumprojekt des Monats“

[www.dkhw.de](http://www.dkhw.de)

„Zu Fuß zur Schule“ in Kooperation mit dem Verkehrsclub Deutschland [www.zu-fuss-zur-schule.de](http://www.zu-fuss-zur-schule.de)

- „Kinderfreundliche Stadtplanung“ [www.kinderfreundliche-stadtgestaltung.de](http://www.kinderfreundliche-stadtgestaltung.de)

---

<sup>55</sup> Vgl. Stadt Karlsruhe (Hrsg.) 2008  
Kontakt: [mobi@stja.karlsruhe.de](mailto:mobi@stja.karlsruhe.de)

## **„Kiezdetektive – Kinderbeteiligung für eine gesunde und zukunftsfähige Stadt“**

### Projektansatz

Einen etwas anderen Ansatz der Kinderbeteiligung verfolgt das Projekt „Kiezdetektive“<sup>56</sup>, das vom Kinder- und Jugendbüro Marzahn entwickelt wurde. In Kooperation mit dem Gesunde-Städte-Netzwerk und der Lokalen Agenda 21 wurde im Jahr 1999 begonnen, Kinder und Jugendliche als Experten in eigener Sache in Planungs- und Entscheidungsprozesse einer nachhaltigen und gesunden Stadtentwicklung einzubinden. Kinder und Jugendliche zwischen sechs und vierzehn Jahren erkunden dabei ihr Lebens- und Wohnumfeld, benennen Probleme, aber auch „Schätze“ ihres Quartiers und dokumentieren diese in Form einer Ausstellung. Die Ergebnispräsentation erfolgt im Rahmen einer Kinderversammlung, die sich an die geladenen Politiker und Politikerinnen mit der Aufforderung wendet, gemeinsam mit allen relevanten Akteuren *und* den Kindern und Jugendlichen die benannten Probleme zu bearbeiten. Nach etwa sechs Monaten werden auf einer weiteren Versammlung die konkreten Umsetzungsergebnisse beleuchtet.

### Zielsetzung

Die Kinderbeteiligung ist langfristig angelegt: „Kiezerkundungen“, Kinderversammlung und Ergebniskontrolle sollen als nachhaltige Planungs- und Kooperationsstrukturen in die bezirklichen Entscheidungsprozesse einbezogen werden. Ein weiteres Ziel des Projektes ist es, Kinder und Jugendliche zu befähigen ihre Lebenswelt selbständig zu erforschen, kritisch zu hinterfragen und Lösungsansätze zu entwickeln. Dem Ansatz der Ressourcenorientierung und -stärkung wie auch des Empowerments entsprechend, lernen die beteiligten Kinder und Jugendlichen, dass sie ihre Umwelt aktiv gestalten und verändern können. Sie werden in politische Prozesse eingebunden, für gesundheits- und umweltbezogene Fragestellungen sensibilisiert und machen die Erfahrung, dass gesunde Wohnbedingungen und ein gesundheitsgerechtes Wohnumfeld sowohl das persönliche Wohlbefinden als auch die Lebensqualität der Gemeinschaft erheblich verbessern.

### Ergebnisse

Aktives und verantwortliches Gestalten stärkt das Selbstbewusstsein der Kinder und Jugendlichen und vermittelt das Erleben demokratischer Entscheidungsfindung. Zudem lassen sich im Setting Stadtteil deutliche qualitative Verbesserungen verzeichnen. Beispiele sind die Instandsetzung von Spielplätzen, die attraktive Gestaltung von Freiflächen und generationsübergreifende Nachbarschaftsaktivitäten.

---

<sup>56</sup> Vgl. Gesundheit Berlin (Hrsg.) 2008, S. 9

## „WIB – Jugend – Jugendliche aktivieren Jugendliche“

### Projektansatz

Unter dem Motto „Jugendliche aktivieren Jugendliche“ startete im Jahr 2006 das Projekt „WIB-Jugend – Wir im Brunnenviertel“.<sup>57</sup> Jugendliche mit Migrationshintergrund bieten gegen ein kleines Honorar Kurse und Miniprojekte kostenfrei und niedrigschwellig für andere junge Bewohner im Stadtteil an. Die Angebotspalette hierbei umfasst Theater-, Musik-, Kunst- und Sportprojekte sowie Hausaufgabenhilfe, Sprachförderung und politische Bildungsarbeit. Wesentliche Elemente des Projektes sind der Projektvertrag sowie die Aufwandsentschädigung, die nicht nur zur Professionalisierung beitragen, sondern auch die Relevanz der sozialen Tätigkeit unterstreichen.

Die Anfangsphase des „Förderns“ umfasst eine intensive Betreuung der jugendlichen Anbieter durch die verantwortlichen Projektkoordinatoren und des Quartiersmanagements. Seit 2008 wird diese Phase des Förderns durch die Phase des „Forderns“ ergänzt, was bedeutet, dass die Jugendlichen weiterhin bei der Umsetzung der Projektideen Unterstützung erhalten, darüber hinaus jedoch zusätzlich eine auf ihre Bedarfe zugeschnittene Fortbildung im Bereich Jugendarbeit und/oder der eigenen Professionalisierung erhalten.

### Zielsetzung

Das WIB-Prinzip beinhaltet mehrere Zielsetzungen: Die Stärkung des Selbstvertrauens von Jugendlichen mit Migrationshintergrund durch Anerkennung, die Förderung von „Hilfe zur Selbsthilfe“ sowie das Einfordern von Verantwortung. Dadurch sollen stabile Beteiligungsstrukturen sowie ein innovativer und nachhaltiger Entwicklungsprozess im Sozialraum entstehen.

### Ergebnisse

Sozialräumliche Vernetzung, Partizipation an Entscheidungen zur Quartiersentwicklung und Eigeninitiative zur konkreten Verbesserung der Lebensbedingungen / des Lebensumfelds stärken die Identifikation mit sowie die Verantwortung und das Engagement der Jugendlichen für den Stadtteil. Die soziale und materielle Anerkennung der Projektstätigkeit, das Einbringen der eigenen Kompetenzen wie auch das Umsetzen eigener Ideen befördern signifikant Selbstbewusstsein und Eigenmotivation. Zudem wirkt sich die Vorbildfunktion der jugendlichen Kursleitenden äußerst positiv auf die Bereitschaft zu sozialem Engagement bei den Kursteilnehmern aus.

---

<sup>57</sup> Vgl. DIFU (Hrsg.) 2009, S. 9ff.  
Kontakt: [wib-jugend@vie-in-berlin.de](mailto:wib-jugend@vie-in-berlin.de)



## 6.2 Beispiele guter Praxis der Gesundheitsförderung mit älteren Menschen

### „Demenzfreundliche Kommune“

#### Projektansatz

Um Menschen für das Thema Demenz zu sensibilisieren, initiierte die Robert-Bosch-Stiftung 2006 die Bundesinitiative „Aktion Demenz“.<sup>58</sup> Diese Aktion ist ein Zusammenschluss von Akteuren, die in Städten und Gemeinden Veränderungsprozesse anregen, um einen kompetenten Umgang mit Demenz im Alltag, ein verbessertes zwischenmenschliches Miteinander und zielorientierte Formen bürgerschaftlichen Handelns zu erreichen.

„Das Nachdenken darüber, wie Kommunen aussehen könnten, in denen Menschen mit kognitiven Einschränkungen aufblühen, kann uns dabei helfen, offene Sozialräume zu entwickeln, in denen wir alle bessere Lebensqualität erfahren und so eine tragfähige Gesellschaft schaffen, die zukünftigen Generationen zu Gute kommt,“ formulieren Wissmann und Gronemeyer in ihrem Buch „Demenz und Zivilgesellschaft – eine Streitschrift“ treffend den Projektansatz der „Demenzfreundlichen Kommune“.

#### Zielsetzung

Ziel ist die Schaffung von Kommunen, in denen Menschen, die an Demenz erkrankt sind, respektvolle Behandlung erfahren und als Bürger und Bürgerinnen im Rahmen ihrer Möglichkeiten am gesellschaftlichen Leben teilhaben und sicher eingebettet sind in ein stabiles soziales Gefüge.

#### Ergebnisse

Es haben sich bereits einige Kommunen auf den Weg zur „Demenzfreundlichen Kommune“ gemacht. Hierzu zählen beispielsweise das baden-württembergische Ostfildern oder diverse Berliner Bezirke, die aktuell finanzielle Unterstützung über das von der Robert-Bosch-Stiftung aufgelegte Förderprogramm „Menschen mit Demenz in der Kommune“ erfahren. Die Stiftung unterstützt dabei lokale Projekte, die Demenz als Thema aufgreifen und zivilgesellschaftliche Aktivitäten zur Unterstützung demenzkranker Menschen entwickeln und umsetzen. So werden in Gelsenkirchen regelmäßig dezentrale Informationstage durchgeführt unter dem Motto „Gemeinsam. Leben mit Demenz“. Ein Netzwerk zur Beratung und Begleitung Erkrankter und ihrer Angehörigen erschließt darüber hinaus durch kompetentes Fallmanagement sozial-medizinische Unterstützung, und von den neun Wohngemeinschaften sind acht für demenzkranke Personen ausgelegt.

---

<sup>58</sup> Vgl. Gesundheit Berlin (Hrsg.); Info Dienst für Gesundheitsförderung 2009, S. 20 ff.  
Kontakt [www.aktion-demenz.de](http://www.aktion-demenz.de)

## **„IN SCHWUNG – Gesundheit und Lebensfreude in der zweiten Lebenshälfte“**

### Projektansatz

Vom Sportkreis Karlsruhe 2006 initiiert und umgesetzt bietet IN SCHWUNG<sup>59</sup> ein Gesundheitskonzept für Menschen in der 2. Lebenshälfte. Es beinhaltet offene Bewegungsangebote, gezielte Trainingseinheiten für Demenz- und Diabetes-Erkrankte sowie Angebote der Sturzprävention. Zudem umfasst es ein umfangreiches Beratungsprogramm z.B. mit Ernährungs- und Wohnberatung sowie der Beratung zu verschiedenen Lebensfragen im Alter. Grundprinzip ist die Hilfe zur Selbsthilfe.

Bewegungs- wie auch Beratungsmodule finden – je nach Räumlichkeiten – in Seniorentagestreffs, Seniorengruppen, Betreuten Wohnanlagen sowie stadtteilspezifischen Sportanlagen statt. Die Sportofferten gelten ohne die dauerhafte „Verpflichtung“ einer Vereinsmitgliedschaft – niedrigschwellig und kostengünstig – wenngleich die Durchführung von qualifizierten Übungsleitern und Übungsleiterinnen aus Sportvereinen erfolgt. Projektpartner des Sportkreises sind die Stadt Karlsruhe, die AOK Mittlerer Oberrhein, das Geriatrische Zentrum sowie die Liga der Wohlfahrtsverbände Karlsruhe.

### Zielsetzung

Gemäß wissenschaftlicher Erkenntnisse über die Bedeutung moderater Bewegung in der zweiten Lebenshälfte sollen körperliche und seelisch-geistige Verfassung der Teilnehmer eine Verbesserung erfahren und die positiven sozialen Aspekte sportlicher Betätigung zum Tragen kommen. Zielgruppe(n) sind ältere Menschen mit guter körperlich-geistiger Verfassung, Ältere mit Handicap sowie Hochbetagte, wobei das gesundheitsfördernde Angebot auf zwei weitere – schwer erreichbare – Zielgruppen abgestimmt ist: Ältere mit Diabetes Typ II sowie Demenzkranke. Die Sportmodule sind in ein breitgefächertes Beratungsangebot eingebunden, das durch gezielte Information, beispielsweise zu altersgerechter Wohngestaltung, die selbständige Lebensführung älterer Menschen unterstützen will. Zudem wird die Kooperation und Vernetzung mit bestehenden Beratungsstellen angestrebt.

### Ergebnisse

Das Bewegungsangebot wird derzeit in 13 Stadtteilen mit gesamt ca. 1 000 Teilnehmer/Innen umgesetzt; die Vortragsreihe(n) besuchten bislang ca. 3 000 Bürger und Bürgerinnen. Das Konzept IN SCHWUNG steht für einen innovativen Ansatz der Gesundheitsförderung mit älteren Menschen, das großen Zuspruch findet und stetig expandiert.

---

<sup>59</sup> Vgl. Sportkreis Karlsruhe (Hrsg.) 2009  
Kontakt: [www.karlsruhe.de/inschwung](http://www.karlsruhe.de/inschwung)

## **„Älterwerden und Gesundheit – die Patientinnen-Schulung“**

### Projektansatz

Das Projekt „Älterwerden und Gesundheit“<sup>60</sup> des Feministischen Frauengesundheitszentrums Berlin e.V. (FFGZ) wendet sich seit 2004 an sozial benachteiligte Frauen zwischen 40 und 70 Jahren deutscher und nicht deutscher Herkunft. Durch gezielte Information und Schulung sollen Frauen in benachteiligter Lage befähigt werden, sich für die eigenen Gesundheitsbelange einzusetzen.

Das Projekt basiert auf einem mehrwöchigen Schulungsprogramm bestehend aus acht Modulen, das sich am kulturellen, sozialen und auch individuellen Hintergrund der Frauen orientiert.

### Zielsetzung

Ziel des Projektes ist es, Frauen zu gesundheitsrelevanten Themen zu informieren, um Erkrankungen vorzubeugen sowie das Selbsthilfepotenzial im Umgang mit Beschwerden und gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu aktivieren und zu erweitern. Zudem sollen die Frauen befähigt werden, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden, kompetent und verantwortlich mit Vertreterinnen und Vertretern des Gesundheitswesens zu kommunizieren und ihre Patientinnenrechte wahrzunehmen.

### Ergebnisse

„Älterwerden und Gesundheit“ leistet einen erheblichen Beitrag zur Verringerung geschlechtsbedingter gesundheitlicher Ungleichheit durch Potenzial- und Ressourcenorientierung sowie durch Empowerment der Zielgruppe. Das Angebot erfolgt niedrigschwellig im Stadtteil, erfährt dadurch große Akzeptanz und ist durch die Einbindung in Nachbarschaftsnetzwerke auf Nachhaltigkeit ausgerichtet.

### **NAIS - Neues Altern in der Stadt**

Das Bruchsaler Projekt „Neues Altern in der Stadt“ (NAIS) bietet vor dem Hintergrund des demografischen Wandels allen Bevölkerungsgruppen, insbesondere aber sozial Benachteiligten, Gesundheitsförderung und Prävention an. Das Projekt wurde 2005 von der Bertelsmann Stiftung initiiert und von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zum Musterbeispiel für gute Praxis (Good Practice Projekt) benannt. Nachdem die Förderung durch die Bertelsmann Stiftung Ende 2007 ausgelaufen ist, wird NAIS von der Stadt Bruchsal getragen.

Fünf Arbeitsgruppen zu den Themen

---

<sup>60</sup> Vgl. Praxisdatenbank gesundheitliche-chancengleichheit 2009  
Kontakt: [www.ffgz.de](http://www.ffgz.de)

- Bewegung und Ernährung
- Pflege ist mehr
- Geistig fit und aktiv
- Präventive Hausbesuche und
- Wegweiser

ermitteln Bedarfe der Seniorinnen und Senioren vor Ort, vernetzen und werben für bestehende Angebote, überprüfen und optimieren deren Qualität und initiieren gegebenenfalls neue Angebote.

Zu den angebotenen Maßnahmen gehören beispielsweise öffentliche Kochkurse, Bewegungs- und Ernährungsberatung, die Überprüfung der Möglichkeiten zur Gemeinschaftsverpflegung und Erleichterung des Zugangs für ältere Menschen, die Verbesserung der Angebote der Stadtbibliothek, ehrenamtliche Besuchsdienste zur verbesserten Integration und die Erstellung eines Wegweisers, der die Angebote der Stadt übersichtlich bündelt und als persönliche Informationsbroschüre angelegt ist. Darüber hinaus existiert eine Website [www.neues-altern.de](http://www.neues-altern.de), über die aktuelle Informationen rund um NAIS abgerufen werden können und die darüber hinaus der Weiterbildung zu Themen wie Gesundheit, Internet etc. dient.

Der hauptamtliche Projektleiter wird von einem ehrenamtlichen Partner unterstützt. Die wissenschaftliche Begleitung des Projekts erfolgte durch die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V..

## **7. Bündnispartner soziallagenbezogener Gesundheitsförderung**

### **7.1 Institutionen und Organisationen für Gesundheitsförderung**

#### **Bereich Wissenschaft**

- Forschungseinrichtungen, Hochschulen und Fachhochschulen
- Sozialpädagogische Institute
- Wissenschaftliche Institute und Facheinrichtungen im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (z.B. Robert-Koch-Institut)

#### **Bereich Gesundheit**

- Bundesärztekammer
- Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.
- Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)
- Landesinstitute für den öffentlichen Gesundheitsdienst
- Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung
- Selbsthilfegruppen u.a.

#### **Bereich Kinder und Jugend**

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Kindersicherheit
- Deutscher Kinderschutzbund Bundesverband
- Deutscher Sportbund und seine Fachverbände
- Einrichtungen der Jugendhilfe
- Jugendämter und freie Träger von Jugendeinrichtungen
- Kindernetzwerk für kranke und behinderte Kinder und Jugendliche in der Gesellschaft

- Kommerzielle und nichtkommerzielle Freizeiteinrichtungen u.a.

#### **Bereich ältere Menschen**

- Deutsche Alzheimer Gesellschaft
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA)
- Kuratorium Deutsche Altenhilfe (KDA)
- Institut für Gerontologische Forschung (IGF)
- Forschungsverbund ama (Autonomie trotz Multimorbidität im Alter)

#### **Weitere wichtige Institutionen**

- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- Bundesverband der kommunalen Spitzenverbände
- Deutscher Familienverband
- Länderministerien und Senatsverwaltungen u.a.

#### **International**

- WHO Regionalbüro Europa, Kopenhagen
- Europäische Kommission
- Unicef / Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen

### **7.2 Kommunale Bündnispartner der Gesundheitsförderung**

Es bietet sich eine Vielzahl potenzieller ‚Bündnispartner‘ der Gesundheitsförderung sowohl aus dem klassischen Gesundheitssektor als auch aus den Bereichen Stadt(teil)entwicklung, Bildung, Arbeit, Wirtschaft, Wohlfahrtspflege, Verkehr, Umwelt etc. zur konstruktiven Zusammenarbeit auf kommunaler Ebene an.

**Kommunale Netzwerkpartner der Gesundheitsförderung**

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gesundheitssektor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Krankenkassen</li> <li>➤ Kliniken</li> <li>➤ Ambulante Pflegedienste</li> <li>➤ Einrichtungen der Altenpflege</li> <li>➤ Ärzte, Apotheker, Psychologen, Hebammen, Physiotherapeuten, Logopäden etc.</li> <li>➤ Selbsthilfegruppen</li> <li>➤ Gesundheitsämter</li> <li>➤ Regionale Knoten Gesundheitsförderung</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Programm Soziale Stadt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kinderbüro</li> <li>➤ Sozial- und Jugendamt</li> <li>➤ Seniorenbüro</li> <li>➤ Seniorenbeirat</li> <li>➤ Quartiersmanagement</li> <li>➤ Umweltamt</li> <li>➤ Amt für Stadtentwicklung u.v.m.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weitere Programme / Netzwerke / Bündnisse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gesunde-Städte-Netzwerk</li> <li>➤ Bündnisse für Familie</li> <li>➤ Begleitprogramme der Sozialen Stadt u.v.m.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bildungssektor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Schulen</li> <li>➤ Kindergärten</li> <li>➤ Volkshochschulen</li> <li>➤ Einrichtungen der Erwachsenen- und Familienbildung</li> <li>➤ Hochschulen</li> <li>➤ Forschungsinstitute</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vereine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Privatwirtschaftliche Unternehmen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wohlfahrtsverbände</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Wohnungsbaugesellschaften</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kunst- und Kultursektor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kulturzentren</li> <li>➤ Kreativ- und Malwerkstätten</li> </ul>

▪ Kirchengemeinden und Religionsgemeinschaften	➤ Ehrenamtliche Organisationen und Akteure
▪ Stiftungen	und weitere mehr

Tabelle 5: Mögliche Bündnispartner für Gesundheitsförderung.

Etwas ausführlicher soll nur auf einige wenige Bündnispartner eingegangen werden, da die Kooperationsmöglichkeiten so vielfältig sind wie die Anzahl gesundheitsfördernder Projekte und Maßnahmen.<sup>61</sup>

### **Regionale Knoten des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“**

Die Regionalen Knoten bilden die Basis der Arbeit im bundesweiten Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ auf Landesebene. Dieser konstituierte sich 2003 auf Initiative der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und besteht aus Vertretern der Gesetzlichen Krankenkassen, Ärztenverbänden, des Deutschen Städtetags, der Wohlfahrtsverbände, der Landesvereinigungen für Gesundheit und der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung u.v.m. In jedem Bundesland arbeitet eine Koordinierungsstelle, ein sogenannter „Regionaler Knoten Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, je zur Hälfte finanziert aus Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung und des Landes.

Die Regionalen Knoten haben generell zum Ziel, die bedarfsorientierte Koordination von Ansätzen und Akteuren im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ in den Bundesländern zu initiieren, zu begleiten und zu fördern.

Konkret bedeutet das:

- Die Regionalen Knoten sind Kontakt- und Informationsstelle für Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten auf Landesebene.
- Sie vernetzen Akteure aus dem Gesundheitsbereich und anderen gesundheitsrelevanten Handlungsfeldern und Strukturbildung.
- Sie fördern die Qualitätsentwicklung.
- Sie führen Fachveranstaltungen durch.
- Sie betreiben Öffentlichkeitsarbeit
- Sie initiieren Pilotprojekte bzw. beteiligen sich an deren Entwicklung und Umsetzung.

Der Fokus der Arbeit **des Regionalen Knoten Baden-Württemberg** liegt seit 2007 auf der Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten älteren Menschen.

<sup>61</sup> Vgl. Gesundheit Berlin e.V. (Hrsg.) 2009, Heft 3, S. 17 ff.



Auf Landesebene liegt der Schwerpunkt der Knotenarbeit auf den folgenden Aspekten:

- Schaffung eines Überblicks über Projekte und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung mit älteren Menschen im Sozialraum bzw. in den Kommunen
- Koordination von Fachgesprächen auf Ebene der Regierungsbezirke

Hierzu werden in erster Linie kommunale Ansätze verfolgt, da sich gezeigt hat, dass die Kommune diejenige Lebenswelt ist, in der ältere Menschen erreicht werden können, die nicht in Einrichtungen der Altenhilfe oder -pflege leben. Ein besonderes Augenmerk gilt der Vernetzung der Akteure aus den Bereichen Gesundheitsförderung, Arbeit für und mit älteren Menschen, Selbsthilfe und Bürgerschaftliches Engagement. Geeignete Zugangswege ergeben sich vor allem durch die Zusammenarbeit mit den sozialen Diensten und - wo vorhanden - mit den Akteuren der Sozialen Stadt.

Der Regionale Knoten Baden-Württemberg koordiniert das Netzwerk „Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei älteren Menschen“ mit derzeit gut 40 Partnerinnen und Partnern aus den Bereichen

- gesetzliche Krankenkassen
- Wohlfahrtsverbände
- Seniorenräte
- Wissenschaft
- Öffentlicher Gesundheitsdienst
- Erwachsenenbildung
- Ministerien
- organisierter Sport
- kommunale Einrichtungen
- freie Träger

[www.knoten-baden-wuerttemberg.de](http://www.knoten-baden-wuerttemberg.de)

Kontaktadressen<sup>62</sup> der Trägerorganisationen der Regionalen Knoten siehe Kapitel 8.

### **Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)**

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) in Baden-Württemberg

- fördert und schützt die Gesundheit der Bevölkerung,

---

<sup>62</sup> Vgl. Gesundheit Berlin e.V. (Hrsg.) 2009, Heft 3, S. 17 ff.

- beobachtet und bewertet die Auswirkungen der sozialen Lebens- und Umweltbedingungen auf die Gesundheit,
- orientiert sich an den aktuellen Erfordernissen mit besonderem Blick auf bevölkerungsmedizinische Fragestellungen. Bedürftige und sozial Benachteiligte werden besonders unterstützt.

Die Behörden des ÖGD in Baden-Württemberg sind

- das Ministerium für Arbeit und Soziales als oberste Gesundheitsbehörde,
- die Regierungspräsidien als höhere Gesundheitsbehörden mit den Referaten 25 (Ärztliche und pharmazeutische Angelegenheiten) in den Regierungspräsidien Freiburg, Karlsruhe, Tübingen bzw. Referat 102 im Regierungspräsidium Stuttgart, und mit dem Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg als landesweit zuständige fachliche Leitstelle für den ÖGD als Abt. 9 des Regierungspräsidiums Stuttgart
- die 38 Gesundheitsämter als untere Gesundheitsbehörden in den Stadt- und Landkreisen..

Informationen unter [www.gesundheitsamt-bw.de](http://www.gesundheitsamt-bw.de)

### **Quartiersmanagement**

Quartiersmanagement bezeichnet ein wesentliches Element des Bund-Länder-Programms Soziale Stadt, das in mittlerweile rund 500 Fördergebieten durch eine Soziale Stadtentwicklungspolitik zur Verbesserung der Lebensqualität wirtschaftlich und sozial benachteiligter Gebiete beiträgt. Als geeignete Instrumente der Umsetzung integrierter Stadt(teil)entwicklung haben sich Gebietsbezug, Ressourcenbündelung, Partizipation und die Implementierung neuer Managementformen erwiesen. Quartiersmanagement initiiert, koordiniert und vernetzt den Prozess der Quartiersentwicklung mit den Aufgabenschwerpunkten:

- Stadtteilkoordination
- Aktivierung und Beteiligung der Bewohnerschaft.
- Projektentwicklung, Projektinitiierung und Projektsteuerung.
- Mittelakquise, Finanzplanung, Beratung in Finanzierungsfragen.
- Berichterstattung und Controlling.<sup>63</sup>

Informationen unter [www.sozialestadt.de](http://www.sozialestadt.de)

---

<sup>63</sup> Vgl. Gesundheit Berlin e.V. (Hrsg.) 2009, Heft 3, S. 19 ff.

### 7.3 Weiterführende Adressen und Links

#### International

- Weltgesundheitsorganisation, WHO  
[www.who.int/en](http://www.who.int/en)
- WHO Regionalbüro Europa, Kopenhagen  
<http://www.euro.who.int>

#### Bundesebene

Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit [www.apug.de](http://www.apug.de)

Bundeskongress „Armut und Gesundheit“ [www.armut-und-gesundheit.de](http://www.armut-und-gesundheit.de)

- Bundesministerium für Gesundheit  
[www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)
- Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung [www.bmvbs.de](http://www.bmvbs.de)
- Bund-Länder-Programm Soziale Stadt  
[http:// www.sozialestadt.de](http://www.sozialestadt.de)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung  
[http:// www.bzga.de](http://www.bzga.de)
- Deutsches Kinderhilfswerk DKHW  
[www.dkhw.de](http://www.dkhw.de)
- Deutsches Zentrum für Altersfragen  
[www.dza.de](http://www.dza.de)
- Fachdatenbank “Prävention von Kinderunfällen in Deutschland“  
[www.bzga.de/kindersicherheit](http://www.bzga.de/kindersicherheit)
- Gesundheit Berlin-Brandenburg  
[www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)

- Gesunde-Städte-Netzwerk  
<http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de>
- Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung  
[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)
- „Integration durch Sport“  
[www.integration-durch-sport.de](http://www.integration-durch-sport.de)
- Kinderfreundliche Stadtgestaltung  
[www.kinderfreundliche-stadtgestaltung.de](http://www.kinderfreundliche-stadtgestaltung.de)
- Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KIGGS  
[www.kiggs.de](http://www.kiggs.de)
- Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“  
<http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/stadtteil>
- Plattform Ernährung und Bewegung  
[www.ernaehrung-und-bewegung.de](http://www.ernaehrung-und-bewegung.de)
- Robert Koch-Institut (RKI), Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit  
[www.rki.de](http://www.rki.de)
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen  
[www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)

**Weitere Links:**

- <http://www.datenbank-gesundheitsprojekte.de>
- <http://www.gesundheitsziele.de>
- <http://www.spielplan.de>

## 8. Literaturverzeichnis

- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): *„Lebenslagen in Deutschland. Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung“*, Bonn 2001.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Reihe *„Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“*, Band 6: *„Was erhält Menschen gesund?“*, Köln 1998
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Reihe *„Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“*, Band 22: *„Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte“*, Köln 2003.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Reihe *„Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“*, Band 35: *„Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen“*; Köln 2008.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *„Gesundheitsförderung im Kindergarten - Konzepte Band 3“*, Köln 2001.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *„Lehrbuch der Gesundheitsförderung“*, Köln 2003.
- Chassé, Karl August; von Wensierski Hans-Jürgen (Hrsg.): *„Praxisfelder der sozialen Arbeit“*, 2. Auflage, München 2002.
- Deutsches Institut für Urbanistik im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen: *„Strategien für die Soziale Stadt“*, Berlin 2003. Deutsches Institut für Urbanistik im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen: *„Soziale Stadt info 23“*, Berlin 2009.
- Gesundheit Berlin (Hrsg.): *„Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier“*, Berlin 2008.
- Gesundheit Berlin (Hrsg.): *„Good-Practice-Beispiele mit Stadtteilbezug in der Praxisdatenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“*, Berlin 2008.
- Gesundheit Berlin (Hrsg.): *„Gesundheitsförderung in den Quartieren der Sozialen Stadt“*, Berlin 2009.
- Göpel, Eberhard; Schubert-Lehnhardt, Viola (Hrsg.): *„Gesundheit gemeinsam gestalten 2“*, Frankfurt am Main 2004.

- Hartmann, Thomas, Bundesministerium für Verkehr, Bau und Sozialordnung: „*Das Bund-Länder-Programm Soziale Stadt*“, Power Point Präsentation 2008 anlässlich der 16. Europäischen Konferenz des Sozialwesens
- Helmert, Uwe; Bammann, Karin; Voges, Wolfgang; Müller, Rainer (Hrsg.): „*Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland*“, München 2000.
- Lampert, Thomas: Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 2007, 42, S. 11-18
- Mielck, Andreas: „*Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*“, Bern 2000.
- Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg: *Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg*, Stuttgart 2009
- Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg (Hrsg.): „*Soziale Ungleichheit als Herausforderung für Gesundheitsförderung*.“ Dokumentation des Gesundheitspolitischen Symposiums in Baden-Württemberg, Stuttgart 1996.
- Praxisdatenbank [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) (Hrsg.): „*Älterwerden und Gesundheit – Die Patientinnen-Schulung*“, Berlin 2009.
- Regiestelle E&C der Stiftung SPI (Hrsg.): „*Vernetzung – Macht – Gesundheit: Kooperationen zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen in sozialen Brennpunkten*“, Berlin 2003.
- Regionaler Knoten Niedersachsen (Hrsg.): „*Strategien gegen Kinderarmut – Impulse für die Praxis*“, Hannover 2008.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) a: „*Armut bei Kindern und Jugendlichen*“, Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 4, Berlin 2005.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) b: „*Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit*“, Expertise zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin 2005.
- Schüppel, Reinhart: „*Diagnostische und therapeutische Leistungsprozesse im Gesundheits- und Sozialwesen*“, 3. Auflage, Riedlingen 2002.
- Sportkreis Karlsruhe (Hrsg.): „*IN SCHWUNG – Gesundheit und Lebensfreude in der zweiten Lebenshälfte*“, Karlsruhe 2009.
- Stadt Karlsruhe (Hrsg.): „*Spielleitplanung Karlsruhe Mühlburg im Programm Soziale Stadt / Flyer*“, Karlsruhe 2008.

Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 01/2009

Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 06/2009

Stender, Klaus-Peter: „*Kommunale Gesundheitsförderung*“, Magdeburg 2006.

Vienken, Elke: „*Die Gesunde und Soziale Stadt*“, Karlsruhe 2008.

Wirtschafts- und Sozialpolitisches Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung / Abteilung Arbeit und Sozialpolitik (Hrsg.): „*Prävention und Gesundheitsförderung*“, Bonn 2006.

World Health Organization (WHO): „*Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung*“, Ottawa 1986.

