

Gesundheitsprofil Langwasser

Darstellung der gesundheitsbezogenen Lebensverhältnisse und
Handlungsempfehlungen des Projektes „Gesundheit für alle im Stadtteil“



Langwasser



St. Leonhard/
Schweinau

Muggenhof/Eberhardshof
Gostenhof

Röthenbach



Impressum

Herausgeberin

Gesundheitsamt Nürnberg
Fachbereich Gesundheitsförderung
Bereichsleitung: Dr. Ina Zimmermann
Burgstr. 4, 90403 Nürnberg
gesundheitimstadtteil.nuernberg.de

Redaktion

Sarah Henrich

Projektleitung

Dr. Katharina Seebaß

Projektteam

Aida Balimuttajjo, Janina Barth, Elke Barthel-Kraus, Dr. Daniel Dravenu, Sarah Henrich, Kim-Nicole Hubmann, Johanna Maintz, Melanie Mengel, Tansu Shaw, Silvina Wiemer-Urtubé

Erscheinungsdatum Dezember 2022

Layout

Haik Strobel-Schubert, noris inklusion gGmbH

Druck

noris inklusion gGmbH
Braillestraße 27
90425 Nürnberg

Förderung



AOK Bayern
Die Gesundheitskasse.

Förderung

AOK Bayern - Die Gesundheitskasse

Grußwort



Liebe Leserin, lieber Leser!

Auch im Jahre 2022 wirken sich die sozialen Lebensverhältnisse auf die gesundheitliche Chancengleichheit aus. Die letzten zwei Jahre waren geprägt durch die Corona-Pandemie und ihre gesundheitlichen, psychosozialen und gesellschaftlichen Folgen, welche die Arbeits- und Alltagsroutinen vieler Menschen verändert haben.

In dieser Zeit waren die Lebensbedingungen in den Stadtteilen oftmals unterschiedlich. Medial sind die verschiedenen Gesundheitsrisiken je nach Wohngegend verstärkt in den Fokus gerückt. Die enge Verknüpfung der sozioökonomischen Lage mit der Gesundheit ist eine der Herausforderungen, der die Stadt durch Ausweitung von Grünflächen, Verbesserung der Fuß- und Radwege und Förderung der Strukturen in den Stadtteilen aktiv begegnet.

Um ein genaues Bild der Lage vor Ort zu bekommen, halten Sie nun eine umfassende Dokumentation in den Händen. Die Gesundheitsprofile gehen weit über eine einfache Statistik zur gesundheitlichen Lage in den Stadtteilen hinaus. Neben quantitativen Struktur- und Umweltdaten wurden Befragungsdaten zu den Bedarfen in den Stadtteilen, die als Projektgebiete im Projekt „Gesundheit für alle im Stadtteil“ im Fokus lagen, ausgewertet und qualitative Interviews mit Expert*innen aus den Stadtteilen geführt und miteinbezogen.

So erhalten Sie einen multiperspektivischen Blick auf den jeweiligen Stadtteil und seine Besonderheiten sowie die spezifische gesundheitliche Lage und die Bedarfe der dortigen Bewohner*innen.

Das Ihnen vorliegende Gesundheitsprofil kann ein Arbeitswerkzeug für lokale Akteur*innen sein, um dort, wo es nötig ist, verstärkt Hilfe anzubieten. Doch auch für interessierte Bürger*innen und überregionale Fachpersonen geben die Gesundheitsprofile informative Einblicke in die Stadtteile und die dortigen Strukturen.

Ich danke den Herausgeber*innen und allen an der Erstellung der Gesundheitsprofile beteiligten Personen, insbesondere den Mitarbeiter*innen des Projektes „Gesundheit für alle im Stadtteil“.

Der AOK Bayern danke ich für die Förderung und die langjährige, erfolgreiche Zusammenarbeit!

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre und dem Bericht eine weite Verbreitung!



Britta Walthelm
Referentin der Stadt Nürnberg für Umwelt und Gesundheit

Nürnberg, den 20.10.2022

Geleitwort



Aktuelle Ergebnisse der Gesundheitsforschung belegen den Zusammenhang von gesundheitsbezogener Lebensqualität und Lebensumfeld sowie Lebensstil. So zeigt die aktuelle „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ des Robert Koch-Instituts, dass ein niedriges Familieneinkommen erhebliche Auswirkungen auf den Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen hat – dabei sind verschiedene Wirkungsketten zu beobachten, die mit Fragen der Ernährung, von Bildung und Sachkenntnis aber auch Stabilität der Lebensverhältnisse zu tun haben. Vor dem Hintergrund solcher Erkenntnisse konnte das Gesundheitsamt auf der Basis des Bundespräventionsgesetzes ein Projekt zur Etablierung einer stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung in Nürnberg mit Unterstützung durch die AOK Bayern entwickeln.

In diesem Rahmen können Gesundheitskoordinatorinnen in den Stadtteilen St. Leonhard-Schweinau, Langwasser, Röthenbach sowie in der Weststadt eingesetzt werden. Wir werfen nun mit diesem Gesundheitsprofil einen Blick auf die sozialmedizinische Sachlage, die Bedarfe und die Ansatzpunkte für eine präventionsorientierte Statteilarbeit. „Bewegungstreffs“ und „Bewegungstage“ sollen niederschwellige Angebote, Anreize bieten, sich körperlich zu betätigen. Gesunde Ernährung tritt als zweiter wichtiger Interventionsbereich hinzu – bis hin

zur Einbindung von Hausgemeinschaften und Angeboten zum gemeinschaftlichen Kochen. Auch für Hygienebildung, psychische Beratung und Suchtprävention gilt es, Ansätze zu entwickeln. Nicht zuletzt ist damit eine Stärkung des Gemeinwesens und des fürsorglichen, nachbarschaftlichen Umgangs miteinander intendiert.

Allen Beteiligten danke ich für die gute Zusammenarbeit und insbesondere der AOK Bayern für die gewährte Unterstützung und die sachkundige Begleitung der Aktivitäten.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "D. Peter Pluschke".

Dr. Peter Pluschke
Ehem. Referent der Stadt Nürnberg für Umwelt und Gesundheit
Nürnberg, den 20.10.2019

Inhalt

1. Einleitung	6
2. Stadtteilbezogene Gesundheitsförderung	7
2.1. Gesundheitsförderung und Prävention	7
2.2. Gesundheitliche Ungleichheit	8
2.3. Projektbeschreibung „Gesundheit für alle im Stadtteil“	11
3. Datengrundlage & Projektgebiete	12
3.1. Quantitative Daten	12
3.2. Qualitative Daten	13
3.3. Projektgebiete in Nürnberg	15
4. Gesundheitliche Lage in Langwasser	17
4.1. Bevölkerungsstruktur	19
4.2. Sozialstatus und Teilhabe	22
4.2.1. Arbeitslosigkeit und Transferleistungsbezug nach SGB II	22
4.2.2. Bildungsteilhabe	24
4.2.3. Politische Teilhabe	25
4.3. Raum und Umwelt	25
4.3.1. Baustruktur und Wohnsituation	25
4.3.2. Grün- und Freiflächen	27
4.3.3. Freiflächen- und Siedlungsdichte	28
4.3.4. Klimatische Situation	29
4.3.5. Lärm- und Luftbelastung	30
4.3.6. Mobilität	32
4.4. Soziale Ressourcen & Soziale Infrastruktur	33
4.4.1. Bindung an das Viertel und Nachbarschaft	33
4.4.2. Soziale Infrastruktur und Netzwerke	35
4.5. Gesundheit und Gesundheitsverhalten	38
4.5.1. Kinder – Schuleingangsuntersuchung (SEU)	39
4.5.2. Kinder - Zahngesundheit	43
4.5.3. Erwachsene	45
5. Handlungsempfehlungen der dezentralen Gesundheitsförderung zur Kompensation gesundheitlicher Ungleichheit	48
5.1. Empfehlungen für verhaltensbezogene Bedarfe	48
5.1.1. Bewegungs- und Entspannungsangebote	48
5.1.2. Gesunde Ernährung	49
5.1.3. Seelische Gesundheit und Suchtprävention	50
5.1.4. Gesundheits- und Erziehungsberatung	50
5.2. Empfehlungen für verhältnisbezogene Bedarfe	50
5.2.1. Zugang zu gesunden Nahrungsmitteln	51
5.2.2. Gesundheitsversorgung	51
5.2.3. Stärkung des Gemeinwesens	52
5.2.4. Soziale Infrastruktur	52
5.2.5. Umwelt und Wohnen	53
6. Fazit und Ausblick	53
I. Abkürzungsverzeichnis	55
II. Abbildungsverzeichnis	55
III. Tabellenverzeichnis	56
IV. Literaturverzeichnis	57
V. Anhang	62



1. Einleitung

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“ (WHO, 1986)

Mit diesem Motto der „Ottawa Charta“ leitete die Weltgesundheitsorganisation einen Perspektivwechsel ein. Die Gesunderhaltung wurde ins Zentrum der Überlegungen zur Sicherung der Gesundheit gerückt und dabei eine besondere Betonung auf den Einfluss der Lebensverhältnisse und Lebensweisen gelegt. Die WHO reagierte damit auf die wachsende Bedeutung chronischer Erkrankungen in den Industriegesellschaften, insbesondere aus dem Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die in engem Zusammenhang mit der sozialen Lage und gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen stehen (Clark et al., 2009; Kaplan & Keil, 1993). Gleichzeitig war dieser Perspektivenwechsel die überfällige Konsequenz daraus, dass Gesundheit und Lebenserwartung selbst in den wohlhabenden Industriegesellschaften höchst ungleich verteilt sind. Zwischen dem obersten und untersten Fünftel der sozialen Schichtung besteht ein Unterschied von bis zu zehn Jahren in der durchschnittlichen Lebenserwartung – und diese Differenz ist nur zu einem Teil durch Unterschiede in der medizinischen Versorgung zu erklären. Der Ansatzpunkt der Gesundheitsförderung muss also, so die Schlussfolgerung, besonders bei sozioökonomischen und soziokulturellen Strukturen liegen, welche die Gesundheitsverhältnisse und das Gesundheitsverhalten nachhaltig beeinflussen und prägen (Lampert & Kroll, 2014).

Ein wesentlicher und unverzichtbarer Bestandteil einer so verstandenen Gesundheitsförderung ist die kommunale Gesundheitsförderung, insbesondere der dezentralen, stadtteilbezogenen Ansätze. Auf der kommunalen Ebene, durch die kleinräumige Perspektive, werden gesundheitsrelevante Kontextbedingungen sichtbar: Bevölkerungsstruktur und sozio-ökonomische Lage eines Quartiers, räumlich-städtebauliche und Umweltverhältnisse sowie soziokulturelle Ressourcen des Gemeinwesens und der Nachbarschaft. Hier bestehen gute Chancen, Bündnisse mit Akteur*innen und Einrichtungen aus verschiedenen Bereichen einzugehen, um gemeinsam kommunale Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe weiter zu entwickeln. Und besonders wichtig: Hier können Betroffene zu Mitwirkenden werden, die ihre jeweiligen Sichtweisen einbringen und Veränderungsprozesse mitgestalten. Dabei darf ein kleinräumiger Ansatz allerdings nicht mit einer „Kirchturmperspektive“ verwechselt

werden. Viele die Gesundheit beeinflussende Faktoren werden zwar auf der kommunalen Ebene sichtbar, verweisen aber auf gesamtgesellschaftliche Problemlagen (z. B. auf Armut und Arbeitslosigkeit, Prekarisierungs- und Beschleunigungsprozesse in der Arbeitswelt oder eine „autolastige“ Verkehrspolitik), deren nachhaltige Lösung nur unter Einbeziehung übergeordneter Politik- und Handlungsebenen in den Blick genommen werden kann. Aufgabe der kommunalen Gesundheitsförderung ist es daher ebenso, die Wirkmächtigkeiten gesellschaftlicher Faktoren auf der kleinräumig lokalen Ebene zu beschreiben, diese in die umfassenden Zusammenhänge einzuordnen und sich für ihre Berücksichtigung und Bearbeitung auf kommunaler, Landes- und Bundesebene einzusetzen. Anfang der 1990er Jahre starteten in Nürnberg auf der Grundlage eines dezentralen Konzepts drei städtische Projekte zur stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung, im Rahmen dessen „Gesundheitsläden“ (analog zu den Kulturläden in Nürnberg) eingerichtet wurden. In Gostenhof lag die Trägerschaft beim Bildungszentrum, in der Südstadt und im Nordosten beim Gesundheitsamt. Obwohl dieser Ansatz überregional Beachtung erfahren hat (s. Beier, 1994), wurden die Projekte aufgrund städtischer Haushaltskonsolidierungsmaßnahmen um die Jahrtausendwende wieder eingestellt. Mit der Verabschiedung des Bundespräventionsgesetzes im Jahre 2015 (PrävG § 20 SGB V) hat sich durch die Fördermöglichkeiten die Situation wieder verbessert. Die gesetzlichen Krankenversicherungen sind durch das PrävG verpflichtet worden, in Kooperation mit weiteren Partnern, z.B. den Kommunen, Aktivitäten zur Prävention und Gesundheitsförderung zu unterstützen. Die gesundheitliche Lage von Personen in sozial schwierigen Lebenslagen soll dabei besonders berücksichtigt werden. Die stadtteilbezogene Gesundheitsförderung, nahe an den Betroffenen und ihren Problemlagen, bietet sich dabei als ein erfolgversprechender Ansatz an: So initiierten der Bildungscampus der Stadt Nürnberg und die AOK Bayern 2016 das über vier Jahre laufende Projekt „Gesunde Südstadt“. Im nächsten Schritt vereinbarten die AOK Bayern und das Referat für Umwelt und das Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg 2017 eine Kooperation für das Projekt „Gesundheit für alle im Stadtteil“. Als Projektgebiete ausgewählt wurden die Weststadt (Gostenhof, Bären-

schanze, Eberhardshof und Muggenhof), St. Leonhard/Schweinau, Röthenbach (Ost und West) und Langwasser (Nordost, Nordwest, Südost und Südwest). Damit wird nun an den in den 1990er Jahren eingeschlagenen „Nürnberger Weg zur dezentralen Gesundheitsförderung“ mit einer stadtteilbezogenen Schwerpunktsetzung unter veränderten Rahmenbedingungen wieder angeknüpft.

In diesem Gesundheitsprofil werden im zweiten Kapitel zunächst zentrale Begriffe und Ansätze, die dem Konzept des Projekts „Gesundheit für alle im Stadtteil“ zugrunde liegen, dargestellt. Auf dieser Grundlage werden die rechtliche Einbettung des Projektes, die Projektziele, die praktischen Methoden und die Maßnahmen zur nachhaltigen Verankerung des Projektes erläutert.

Die zu Beginn des Projektes erhobenen qualitativen Daten der Bedarfsanalyse liegen, zusammen mit quantitativen Daten verschiedener Quellen, den Analysen des Gesundheitsprofils zugrunde. Diese Datengrundlage sowie die verwendeten quantitativen Daten werden im dritten Kapitel dargestellt. Die Projektgebiete und deren Bezirke werden anhand von Kartenmaterial und statistischen Daten beschrieben.

Im vierten Kapitel werden die Ergebnisse der Auswertungen über allgemeine Einflussfakto-

ren auf die Gesundheit anhand stadtteilbezogener Sekundärdaten und qualitativer Aussagen der in der Bedarfsanalyse durchgeführten Experteninterviews vorgestellt. Hierfür werden die die Gesundheit beeinflussenden Rahmenbedingungen und Lebensverhältnisse, wie das Wohnumfeld, die Grünflächen im Quartier, die Komposition der Nachbarschaften sowie die soziale und politische Partizipation der Personen im Projektgebiet beschrieben. Der Gesundheitszustand der erwachsenen Bevölkerung im Projektgebiet wird anhand des subjektiven Gesundheitszustands dargestellt. Um den Gesundheitszustand der Kinder näherungsweise abilden zu können, werden Daten der für alle Kinder im letzten Kindergartenjahr verpflichtenden Schuleingangsuntersuchung ausgewertet. Darüber hinaus werden die Befunde der zahnärztlichen Untersuchung dargestellt, die in Nürnberg an Kindergärten und Schulen in Wohngegenden, welche einen hohen Anteil an sozioökonomisch benachteiligten Familien aufweisen, durchgeführt wird.

Die gesundheitsbezogenen Bedarfe werden im fünften Kapitel zusammengefasst. Die aus den Analysen abgeleiteten Handlungsoptionen werden als fachliche Empfehlungen aus Sicht der Gesundheitsförderung im Rahmen von Kurzkonzepten dargestellt.

2. Stadtteilbezogene Gesundheitsförderung

2.1. Gesundheitsförderung und Prävention



Strategien zur Sicherung und Stärkung des Gesundheitszustands sind die (Krankheits-)Prävention und die Gesundheitsförderung. Sowohl in der gesundheitswissenschaftlichen Literatur als auch in der Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung wird nicht immer eine präzise Unterscheidung zwischen den beiden Begriffen getroffen. Die Konzepte werden als eigenständige, gleichrangige und einander ergänzende Strategien verstanden.

Der Begriff der „Prävention“, bzw. Krankheitsprävention, ist weitaus älter als der der Gesundheitsförderung. Seine Anfänge gehen zurück ins 19. Jahrhundert, als sich die modernen gesellschaftsmedizinischen Diskurse der Bevölkerungsgesundheit und -hygiene entwickelt haben (Hurrelmann et al., 2017, S. 13). Nach Rosenbrock umfasst die Prävention in ihrem klassi-

schen Verständnis „die individuellen und gesellschaftlichen Maßnahmen und Strategien, die darauf zielen, einen schlechteren Gesundheitszustand zu vermeiden“ (2017, S. 662). Hier wird die Ausgangsfrage, was den Menschen krank mache, und damit die pathogenetische Perspektive des Präventionsbegriffs deutlich. Von dieser ausgehend, werden Ausgangsbedingungen und voranschreitende Dynamiken ermittelt, die das Eintreten von Erkrankungen begünstigen (können). Entscheidend ist die Suche nach Risikofaktoren, die in der körperlichen Verfassung, individuellem Verhalten, psychischen Dispositionen und ökologischen Verhältnissen liegen können und die es zu vermeiden bzw. zu minimieren gilt (vgl. Hurrelmann et al., 2017). Die Vorbeugung von Erkrankungen zielt darauf ab, sowohl das individuelle Verhalten zu beeinflus-

sen, als auch mittels politikfeldübergreifender Vernetzungsstrukturen und Strategien Lebens- und Arbeitsbedingungen in Lebenswelten, also Verhältnisse, gesundheitsgerecht(er) zu gestalten (GKV-Spitzenverband, 2018).

Der Begriff der „Gesundheitsförderung“ wurde in seinem heutigen Verständnis erstmals 1986 durch die Ottawa-Charta der WHO als präzises Konzept bestimmt und erlangte in den Folgejahren weltweite Beachtung:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO, 1986, S. 1).

Zur Stärkung der persönlichen Kompetenz sollen positive Bedingungen in Umwelt und Gemeinde durch gemeinsame politische Strategien geschaffen werden. Somit wird zum einen „Empowerment“, also die Befähigung, in gesundheitlichen Angelegenheiten selbst aktiv zu werden, betont. Zum anderen hebt der Begriff die Ganzheitlichkeit und Vielschichtigkeit von Gesundheit und Wohlbefinden noch einmal deutlicher hervor als der Präventionsbegriff, indem bewusst Dimensionen von Gesundheit unterschieden und entsprechend die Verantwortung sämtlicher Politikbereiche herausgestellt wird.

Der Grundgedanke der Gesundheitsförderung ist die salutogenetische Sichtweise und damit die Frage, was den Menschen gesund erhält. Sie zielt auf die Stärkung und Förderung von Ressourcen ab, nicht allein auf das Vermeiden gesundheitlicher Risiken. Es werden Schutzfaktoren, nicht allein Risikofaktoren ermittelt (Hurrelmann et al., 2017, S. 16). Aus der Perspektive der Gesundheitsförderung sind grundlegende sozialpädagogische Interventionen (z.B. der Gemeinwesenarbeit) und politische Maßnahmen (z.B. der Bildungs-, Sozial-, Bau- und Umweltpolitik) zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage unabdingbar, weil sie verhältnisbezogen

strukturelle Lebenslagen zugunsten breiter Bevölkerungskreise bearbeiten.

Die Gestaltung und Finanzierung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung für die allgemeine Bevölkerung, die entsprechenden Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten sind ausgehend vom SGB V näher bestimmt. Seit 1988 existiert mit § 20 des SGB V eine eigenständige rechtliche Grundlage zur Sicherstellung von Gesundheitsförderung und (Primär-)Prävention durch die gesetzlichen Krankenversicherungen (Altgeld 2011). Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung sollen dabei helfen, den generellen Gesundheitsstatus der Bevölkerung zu verbessern, sowie einen Beitrag zur Kompensation von sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener gesundheitlicher Ungleichheit zu leisten. Die Verabschiedung des Bundespräventionsgesetzes im Jahre 2015 hat den Maßnahmenkatalog hinsichtlich der Prävention in Lebenswelten präzisiert und erweitert (§ 20a SGB V) - die Kommune als Handlungsfeld zählt nun zu den „Settings“, die davon profitieren. Der vom GKV-Spitzenverband herausgegebene „Leitfaden Prävention“ zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V gibt Kommunen konkrete Empfehlungen zur Umsetzung von Maßnahmen (GKV-Spitzenverband, 2015). Dabei wird zwischen Verhaltensprävention (z.B. Angebote zur Bewegungsförderung und Stressbewältigung) und Verhältnisprävention (z.B. Verbesserung sozialer Infrastruktur, städtebaulicher und Umweltbedingungen) unterschieden, die in der Praxis kombiniert werden sollen. Die Förderfähigkeit der Maßnahmen ist an die Differenzierung spezifischer Handlungsfelder (Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement, Suchtmittelkonsum), die Einbettung in ein Gesamtkonzept sowie an die Qualifikation der Übungsleiter*innen gebunden (GKV-Spitzenverband, 2018).



2.2. Gesundheitliche Ungleichheit

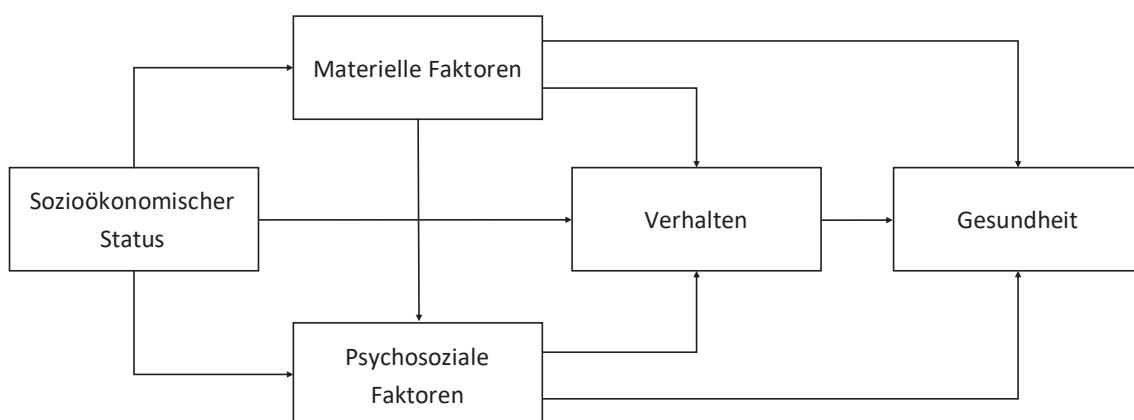
In den vergangenen drei Jahrzehnten haben zahlreiche Studien bestätigt, dass in Deutschland wie auch in anderen wohlhabenden Gesellschaften ein Zusammenhang zwischen

sozioökonomischer Lage und Gesundheitszustand und damit gesundheitliche Ungleichheit besteht (BMAS, 2017; Richter/Hurrelmann, 2009a; Bauer et al., 2008). So zeigen die Ergeb-

nisse der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) des Robert Koch-Instituts, dass Personen mit einem niedrigen sozio-ökonomischen Status ein höheres Risiko haben, an chronischen Erkrankungen zu leiden sowie körperliche und psychische Beschwerden zu haben. In Bezug auf die sportliche Aktivität sind Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status deutlich inaktiver (Lampert et al., 2013). Im Hinblick auf Lebenserwartung und Mortalität kommen Lampert und Kolleg:innen zu dem Fazit, dass: „[s]oziale Unterschiede (...) ein deutlicher Ausdruck bestehender sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit in der Bevölkerung“ (Lampert et al., 2019a, S.3) sind. Ein Blick auf die niedrigste und höchste Einkommensgruppe zeigt, dass die Differenz der

mittleren Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt bei Frauen 4,4 Jahre und bei Männern 8,6 Jahre beträgt. Bezogen auf die Sterblichkeit wird analog festgestellt, dass, je niedriger das Einkommen, umso häufiger vorzeitige Sterblichkeit (vor dem 65. Lebensjahr) auftritt (Lampert et al., 2019a). Die Folgen gesundheitlicher Ungleichheit zeigen sich schon bei Heranwachsenden. Mit Blick auf bestimmte Gesundheitsoutcomes (z.B. allgemeiner Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, psychische Auffälligkeiten, körperliche Aktivität) gilt, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status häufig Nachteile gegenüber Gleichaltrigen aus sozio-ökonomisch besser gestellten Familien haben (Lampert et al., 2019b).

Abbildung 1: Erklärungsmodell gesundheitlicher Ungleichheit



Quelle: Entnommen aus Richter/Hurrelmann, 2009b, S.23; dort nach Mackenbach, 2006.

Die Sozialstruktur übt demnach einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit aus. Sie hat jedoch keinen direkten Einfluss auf den Gesundheitszustand, sondern wirkt über bestimmte, ungleich verteilte materielle, psychosoziale und verhaltensbezogene Risiko- und Schutzfaktoren (Richter/Hurrelmann, 2009, S. 22f). Das Erklärungsmodell (Abbildung 1) verdeutlicht den Wirkzusammenhang. Der sozioökonomische Status beeinflusst das Verhalten (z.B. milieuspezifische Lebensstile) sowohl direkt als auch indirekt über materielle Faktoren (z.B. Konsummöglichkeiten, Wohnumgebung, Gesundheitsversorgung) und psychosoziale Faktoren (z.B. Arbeitsbelastung/Arbeitslosigkeit oder fehlende Einbindung in familiäre oder Nachbarschaftsnetzwerke). Dabei beeinflussen wiederum die räumlichen und umweltbezogenen

Kontextfaktoren als Gesundheitsverhältnisse die Gesundheit sowohl vermittelt über das Gesundheitsverhalten als auch direkt.

Prävention und Gesundheitsförderung formulieren den Anspruch, dass alle Menschen unabhängig von sozioökonomischem Status und kultureller Herkunft die gleiche Chance auf Gesundheit und Wohlbefinden haben sollen. Ihr primäres Ziel ist daher die Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit. Dies erfordert zum einen sozial- und bildungspolitische Anstrengungen zur Verringerung sozialer Ungleichheiten (Einkommen, Bildung, Status) und zum anderen Interventionen, die etwaige negative Einflüsse der materiellen, psychosozialen und soziokulturellen sowie verhaltensbezogenen Faktoren auf die Gesundheit minimieren. Effektive Prä-

vention und Gesundheitsförderung ist dabei auf eine reflektierte Zielgruppenorientierung angewiesen. Hier sind nicht nur sozioökonomischer Status und kultureller Hintergrund, sondern ebenso sozialräumliche Gegebenheiten, städtebauliche Umweltbedingungen und die Integration des nachbarschaftlichen Gemeinwesens zu berücksichtigen, um in gesundheitliche Ungleichheit vermittelnde Wirkungszusammenhänge eingreifen zu können. Zu beachten ist darüber hinaus die Notwendigkeit früh ein-

setzender Interventionen. Gesundheitsförderung muss schon bei Kindern und Jugendlichen ansetzen, da das Gesundheitsverhalten früh geprägt und angebahnt wird (Lampert, 2010).

Ein Modell, das die vielschichtige Komplexität der Gesundheit beeinflussenden Faktoren und damit Ansatzpunkte (sozial)politischer und sozialarbeiterischer Interventionen differenziert veranschaulicht, ist das Regenbogenmodell von Whitehead und Dahlgren (Abbildung 2).

Abbildung 2: Regenbogenmodell der Gesundheit



Quelle: Eigene Darstellung der KGC Hessen, HAGE e.V., 2020; dort nach Dahlgren & Whitehead, 1991

Im Zentrum stehen Personen, die sich hinsichtlich Alter, Geschlecht und genetischer Faktoren unterscheiden. Diese Merkmale beeinflussen die Gesundheit, wobei sie selbst nur sehr bedingt beeinflussbar sind. Die darüber liegenden Bögen werden von Dahlgren und Whitehead als durch die Politik veränderbar angesehen. Das Regenmodell verdeutlicht, dass der Gesundheitszustand eines Individuums als komplex geschaffenes Resultat miteinander verwobener Faktoren und Verhaltensweisen zu verstehen

ist. Die individuellen körperlichen und Lebensstil bezogenen sowie die Faktoren sozialer und kommunaler Netzwerke des unmittelbaren Nahraums beeinflussen die Gesundheit des Individuums, wiederum von übergeordneten Meso- und Makro-Einflüssen der äußeren Bögen mitbestimmt. Die Gesundheitsförderung muss diese übergeordneten Faktoren, auch wenn sie diese nicht unmittelbar selbst bearbeiten kann, daher problematisieren und als Einflussfaktoren der Gesundheit kommunizieren.

2.3. Projektbeschreibung „Gesundheit für alle im Stadtteil“



Das Projekt „Gesundheit für alle im Stadtteil“, ein kommunaler Ansatz zur Gesundheitsförderung in sozial benachteiligten Stadtteilen Nürnbergs, wurde im Zeitraum von Mai 2017 – Oktober 2022 als eine Kooperation des Gesundheitsamts der Stadt Nürnberg mit der AOK Bayern durchgeführt. Übergreifendes Ziel war es, die gesundheitsbezogene Lebensqualität in vier ausgewählten Stadtteilen zu stärken, indem mit Akteur*innen sowie Stadtteilbewohner*innen nachhaltige Strategien zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation vor Ort entwickelt und etabliert wurden. In jedem Projektgebiet wurde eine Gesundheitskoordination installiert, die in den Stadtteilen aktiv waren und über ein Budget zur Förderung konkreter Maßnahmen verfügten. Mit dem Projekt „Gesunde Südstadt“, angesiedelt am Bildungszentrum der Stadt Nürnberg, das von Mai 2016 – April 2020 ebenfalls im Rahmen der kommunalen Gesundheitsförderung durchgeführt wurde, wurden regelmäßig Erfahrungen ausgetauscht.

Die Projektgebiete des Projekts „Gesundheit für alle im Stadtteil“ waren Langwasser (Nordost, Südost, Südwest und Nordwest), die Weststadt (Gostenhof, Bärenschänze, Eberhardshof und Muggenhof), St. Leonhard/Schweinau und Röthenbach (West und Ost). Während in den Projektgebieten Weststadt, St. Leonhard/

Schweinau und Langwasser überdurchschnittlich viele Bewohner*innen in sozial prekären Lebenslagen leben, sind die Bewohner*innen in Röthenbach, vergleichsweise besser situiert. Röthenbach wurde daher zum Vergleich der Gesundheitslagen und Förderbedarfe in benachteiligten und bessergestellten Quartieren herangezogen (Karte der Projektgebiete und Sozialraumtypologie s. Abbildung 6).

In vorliegendem Gesundheitsprofil wird die gesundheitliche Situation der Bevölkerung des einzelnen Projektgebietes beschrieben und deren Bedarfe auf Basis qualitativer und quantitativer Daten benannt, um die Entwicklung von Konzepten auf einer detaillierten Datenbasis zu ermöglichen. Zentrales Anliegen des Projektes war es, Personengruppen, die vielfache Belastungen zu bewältigen haben, zu erreichen und auf deren Situation bezüglich gesundheitlicher Ungleichheit hinzuweisen.

Das Vorgehen innerhalb des Projektes orientierte sich dabei am sogenannten Public-Health-Action-Cycle (Abbildung 3; siehe Rosenbrock & Hartung, 2011), folgt also keiner linearen, sondern einer zirkulären Umsetzungslogik. Dessen Basis war die Bedarfsanalyse des Projektes - die Ergebnisse werden in Zusammensetzung mit quantitativen Sekundärdaten dargestellt.

Abbildung 3: Public Health Action Cycle

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an BZgA, 2012





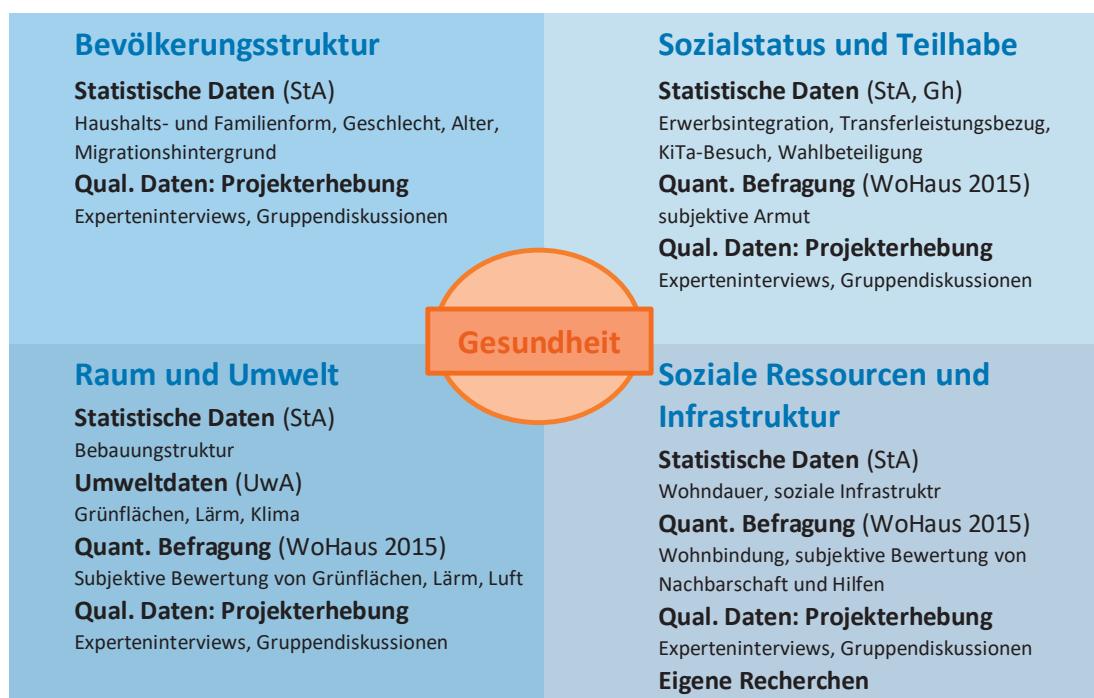
3. Datengrundlage

Der allgemeine Zusammenhang sozioökonomischer und gesundheitlicher Ungleichheit ist von der gesundheitswissenschaftlichen Forschung hinreichend untersucht und belegt (Richter & Hurrelmann, 2009a). Die Korrelationen mit askriptiven Merkmalen wie Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund sind gut erforscht und werden in differenzierten Ansätzen in die Betrachtung integriert (Jungbauer-Gans & Gross, 2009). Unter Berücksichtigung des Forschungsstandes wurden die in die Gesundheitsprofile einzubehorenden Daten der sozialen Komposition, der raum- und umweltbezogenen Kontextfaktoren, und gesundheitsbezogener Verhaltensweisen ausgewählt (Abbildung 1).

In einem Mixed Methods-Ansatz (vgl. dazu: Kuckartz, 2014) werden kleinräumige quantitative Daten aus unterschiedlichen kommunalen Quellen zusammengeführt: statistische Daten (Einwohnermeldestatistik, Arbeitsmarktstatistik), Daten der Wohnungs- und Haushaltserhebung Leben in Nürnberg 2015 (WoHaus 2015) des Amtes für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth (StA), Kartierungen des Umweltamtes (UwA) zur verkehrsbedingten Lärmelastung, bioklimatischen Situation, Gebäudestruktur und zum Bestand an öffentlichen Grünflächen sowie schließlich qualitative Daten von im Projekt durchgeföhrten Experteninterviews mit Akteur*innen aus sozialpolitischen Arbeitskreisen und Stadtteilbewohner*innen unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen

Abbildung 4: Übersicht gesundheitsbezogener Daten zu Bevölkerung, Soziales und Umwelt

Quelle:
Eigene Darstellung



3.1. Quantitative Daten

Zur Beschreibung der allgemeinen Bevölkerungsstruktur in den Projektgebieten werden Daten zu Alter, Geschlecht und Haushaltssammensetzung herangezogen. Die Ungleichheitsdimension wird berücksichtigt durch Daten zu Sozialstatus und sozialer Teilhabe. Zur Analyse der räumlichen Dimensionen flie-

ßen Daten zu wohnräumlicher Beschaffenheit und Umweltsituation in die Untersuchung ein. Schließlich werden die sozialen Ressourcen und die soziale Infrastruktur durch Daten zu subjektiver sozialer Einbindung und Bewertung der Nachbarschaft und Infrastruktur abgebildet.

Zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten liegen ebenfalls kleinräumige Daten vor. Informationen zu Zahngesundheit, Körpergewicht und -größe sowie zur sprachlichen und feinmotorischen Entwicklung von Vorschulkindern stammen aus der amtlichen Schuleingangs-

untersuchung (SEU) (2011-2016) und aus den prophylaktischen Untersuchungen des Zahnge-sundheitsdiensts (ZGD) des Gesundheitsamtes (Gh) der Stadt Nürnberg (2015-2018). Subjektive Einschätzungen zur Gesundheit stammen aus den Sonderauswertungen der WoHaus 2015.

Abbildung 5: Datenübersicht zu Gesundheit und Gesundheitsverhalten

Quelle:
Eigene Darstellung



Die Daten der Wohnungs- und Haushaltserhebung stammen aus dem Jahr 2015. Da in diesem Befragungsjahr im Rahmen einer Sondererhebung zur subjektiven gesundheitlichen Lage mehrere Instrumente in den Fragebogen integriert wurden und diese bisher nicht wiederholt wurde, stehen keine neueren Daten zur Verfügung. Die statistischen Daten sind, falls nicht anders hervorgehoben, auf dem Stand

des 20.07.2022 und meist aus den Jahren 2020 und 2021. Sollten sich relevante Änderungen zu den Werten der Vorjahre zu Projektstart ergeben haben und diese deshalb ebenfalls dargestellt werden, ist dies gekennzeichnet. Die Expert*inneninterviews und Gruppendiskussionen wurden in der ersten Projektphase von Herbst 2017 bis Frühjahr 2018 geführt.

3.2. Qualitative Daten

Qualitative Informationen zu spezifischen Zielgruppen und Gesundheitsthemen wurden in leitfadengestützten Interviews mit Expert*innen eingeholt, die auf Ebene der Projektgebiete aktiv sind. Die Erhebung diente zugleich dazu, das Projekt „Gesundheit für

alle im Stadtteil“ bekannt zu machen, und um Kontakte zu Kooperationspartner*innen zu knüpfen. Die Befragung von Akteur*innen im Quartier wurde durch Gruppendiskussionen mit Bürger*innen aus den Projektgebieten ergänzt und konkretisiert.



Als Erhebungsinstrument wurde ein Leitfaden für Expert*inneninterviews entwickelt und in allen vier Projektgebieten getestet. Nach Abstimmung der endgültigen Fassung wurde auf Grundlage des Leitfadens für die Quartiere ein Leitfaden für Befragungen in der Gesamtstadt erstellt. Der Leitfaden diente dazu, die Interviews auf die Erhebung gesundheitsbezogener Bedarfe im Quartier zu fokussieren. Die Expert*innen wurden um eine Bewertung bestehender Gesundheitsangebote gebeten sowie um eine Einschätzung charakteristischer Bedingungen im Quartier. Sofern die Interviewten diese nicht selbst ansprachen, wurden eventuelle Bedarfe in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Alltag, seelische Gesundheit, Umwelt, Verkehr und räumliche Situation sowie soziales Leben und Sicherheitsempfinden durch die Interviewer*innen erfragt. Die Expert*innen wurden gebeten, Bedarfe nach Dringlichkeit zu priorisieren. Darüber hinaus wurden gesundheitsförderliche Ressourcen im Quartier erfasst. Dazu gehörten Einrichtungen und Angebote, die zur Verfügung stehen, so-

wie Nachbarschaftsnetzwerke und Freizeitmöglichkeiten vor Ort. Weiter wurde erfragt, wie hoch der Grad der Institutionalisierung dieser eingeschätzt wurde. Schließlich waren Zugangsmöglichkeiten zu unterschiedlichen Zielgruppen bzw. etwaige Nutzungsbarrieren bzgl. gesundheitsfördernder Angebote sowie stadtteilbezogene Kooperationen und Netzwerke Bestandteil der Befragung. Zum Ende des Interviews konnten konkrete Erwartungen an das Projekt „Gesundheit für alle im Stadtteil“ formuliert und erste Ideen für eine mögliche Zusammenarbeit eingebracht werden.

Die ausgewählten Expert*innen waren selbst Teil des Handlungsfeldes. Sie sollten Einschätzungen zu gesundheitlichen Themen abgeben können sowie zu dem jeweiligen Projektgebiet und/oder mindestens einer spezifischen Zielgruppe. Es wurden sowohl Personen mit einer breiten Vernetzung im Projektgebiet einbezogen, als auch solche, die über spezifische Bedarfe und weniger sichtbare Zielgruppen Auskunft geben konnten.

Tabelle 1: Interviewte Expert*innen nach Zielgruppe, Einrichtung und Funktion

	Röthenbach	Weststadt	St. Leonhard/Schweinau	Langwasser	Gesamtstadt	Gesamt
nach Zielgruppe						
Kinder/Jugendliche/Familien	4	10	5	4	5	28
Senioren	2	3	1	1	2	9
unspezifisch	5	8	6	7	5	31
nach Einrichtung/Funktion						
stadtteilübergreifende Koordination	1	4	2	1	1	9
Gesundheitsdienste	1	2		1	5	9
Netzwerk		1	3	1	3	8
Zivilgesellschaft	2	2	1	3		8
Kita/Schule/Bildung	2	5	2		1	10
Umwelt/Raum			1		1	2
Beratung/Fürsorge/Seelsorge	1	2	2	3	1	9
Kultur/Freizeit	4	5	1	3		13
Gesamt	11	21	12	12	12	68

Um gruppenspezifische Bedarfe abzubilden, wurde darauf geachtet, dass pro Projektgebiet mindestens ein/e Expert*in für Familien, Kinder und Jugendliche beziehungsweise Senior*innen vertreten war. Zudem sollten mindestens zwei Personen zur Gesamtsituation im Projektgebiet befragt werden können. Ergänzend zu den Experteninterviews wurden strukturierte und leitfadengestützte Gruppendiskussionen in zum Teil zielgruppenspezifischen Arbeitskreisen zu gesundheitsbezogenen Bedarfen geführt. Es konnten insgesamt 68 Befragungen, davon 64 Experteninterviews mit einer durchschnittlichen Befragungsdauer von 47 Minuten sowie 4 Gruppendiskussionen, im Untersuchungszeitraum realisiert werden. Da die Weststadt mit den vier statistischen Bezirken (Gostenhof, Bärenschanze, Muggenhof und Eberhardshof) das heterogenste Projektgebiet ist, wurden hier mehr Interviews geführt als in den anderen Projektgebieten.

Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen und anonymisiert verschriftlicht. Die Gruppendiskussionen wurden in anonymisierter Form protokolliert. Die Daten wurden für die Dauer des Projektes gespeichert, nach Abschluss des Projekts wurden die Tonbandaufnahmen gelöscht. Die anonymisierten Transkriptionen werden max. zehn Jahre gespeichert. Relevante Aussagen der Expert*innen werden als indirekte Zitate in anonymisierter Form für die Gesundheitsprofile verwendet, Rückschlüsse auf die Befragten oder deren Institution werden dadurch ausgeschlossen. Neben den Expert*inneninterviews wurden zahlreiche Informationsgespräche mit unterschiedlichen Akteur*innen geführt, die einerseits dazu dien-

ten, jenen das Projekt und die Mitarbeiterinnen vorzustellen, sowie weitere Bedarfe explorativ zu erfassen. Zu allen Gesprächen wurden kurze Dokumentationen verfasst. Dort genannte Problemlagen fließen ggf. mit in die Bedarfsanalyse ein.

Für die inhaltliche Auswertung wurden folgende Kategorien gebildet:

- Allgemeine gesundheitlich relevante Rahmenbedingungen im Projektgebiet
- Grundideen der Akteur*innen zur Gesundheitsförderung
- Bedarfe bzgl. Ernährung, Alltagsbegleitung und Gesundheitskompetenzen
- Bedarfe bzgl. Bewegung, Entspannung und Stressbewältigung
- Soziales, Nachbarschaft und Gemeinwesen
- Raum- und Umweltbedingungen
- Migrationssensible Versorgung
- Zielgruppen, die von negativen Folgen gesundheitlicher Ungleichheit betroffen sind
- Kooperationen und Netzwerke
- Im Stadtteil vorhandene Ressourcen

Die Orientierung an diesen Hauptkategorien ermöglichte ein einheitliches Vorgehen in der Auswertung und eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse für die einzelnen Projektgebiete. Übergreifende, grundsätzliche Bedarfe werden dadurch ebenso sichtbar wie gebietsspezifische soziale und gesundheitliche Problemlagen.

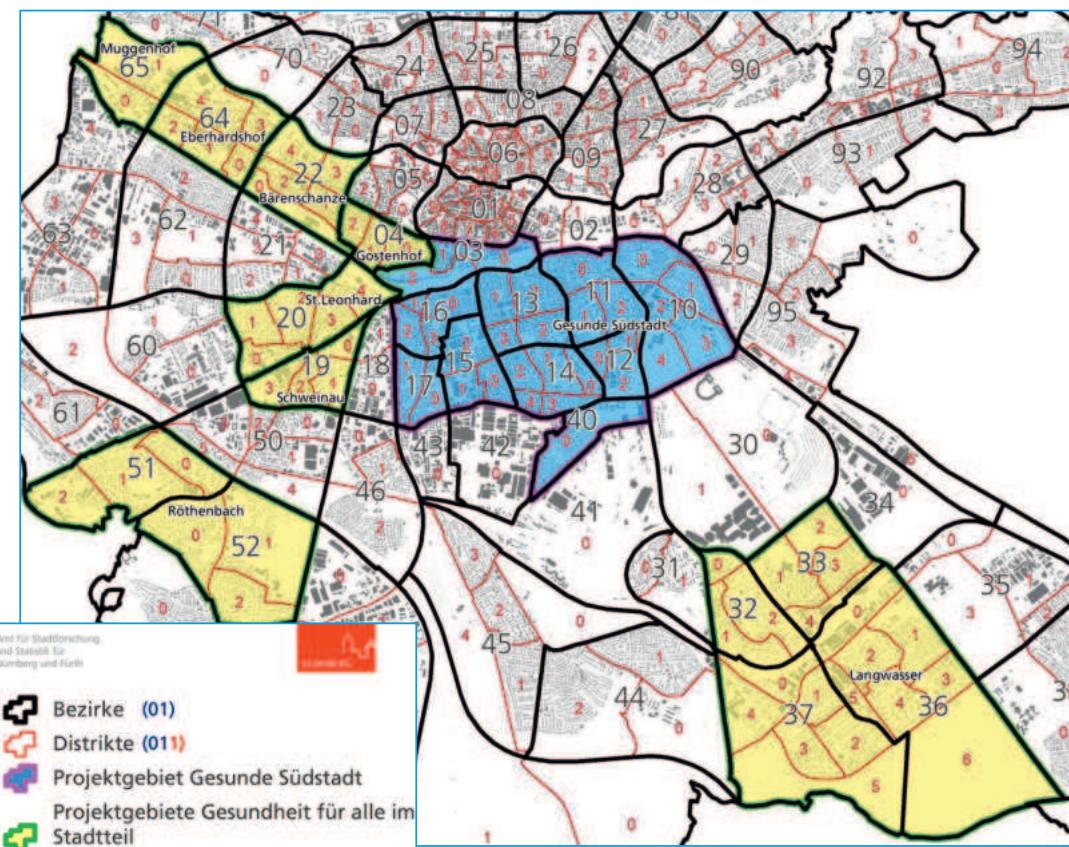
3.3. Projektgebiete in Nürnberg

Der Zuschnitt der Projektgebiete orientiert sich am Raumbezugssystem des Amtes für Stadtforschung und Statistik. Die Projektgebiete Weststadt, St. Leonhardt/Schweinau, Röthenbach

und Langwasser setzen sich aus zwei bzw. vier ganzen statistischen Bezirken zusammen, ohne dass dabei Bezirksgrenzen geschnitten werden.



Abbildung 6: Karte - Lage der Projektgebiete in der Stadt



Der besondere soziale und städtebauliche Förderbedarf der Projektgebiete Weststadt, St. Leonhard/Schweinau und Langwasser ist bereits durch die Aufnahme in die städtebaulichen Förderprogramme Stadtumbau West (Weststadt) bzw. Sozialer Zusammenhalt (ehem. Soziale Stadt) im Rahmen der sog. „Vorbereitenden Untersuchungen“ dokumentiert. Die drei genannten Projektgebiete sind damit Schwerpunkte der Stadterneuerung des Nürnberger Stadtplanungsamtes, mit dessen Quartiersmanagement das Projektteam vor Ort zusammenarbeitet. Gemäß der Sozialraumtypologie des Amtes für Stadtforschung und Statistik (1: City-/

Dienstleistungsquartiere; 2: sozial angespannte Quartiere; 3: gemäßigte Quartiere; 4: etablierte Familienquartiere; 5: neue Wohnquartiere/Insellagen) überwiegen in den Projektgebieten West und St. Leonhardt/Schweinau Räume des Typ 2 „sozial angespannte Quartiere“; in Langwasser die Typen 2 „sozial angespannte“ und 3 „gemäßigte Quartiere“; in Röthenbach, das als Vergleichsgebiet mit geringer sozialer Belastung in das Projekt aufgenommen wurde, 3 „gemäßigte“ und 4 „etablierte Familienquartiere“ (Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth, 2018).

Tabelle 2: Statistische Bezirke, Sozialraumtypen, Schulsprengel

Projektgebiet	Stat. Bezirke	Sozialraumtyp	zugeordnete Schulsprengel
Langwasser	32 LW Nordwest	2 & 3	60 GS Zugspitzstr.
	33 LW Nordost	2, 3 & 5	60 GS Zugspitzstr.
	36 LW Südost	2, 3, 4	45 Astrid-Lindgren-Schule 16 Georg-Ledebour-GS
	37 LW Südwest	3 & 4	26 Adalbert-Stifter-GS
Röthenbach	51 R. West	3	20 Birkenwald-Schule
	52 R. Ost	3,4 & 5	44 Helene-von-Forster-Schule
St. Leonhard/ Schweinau	19 Schweinau	2	61 Georg-Paul-Amberger-Schule
	20 St. Leonhard	2 & wenig 3	49 Michael-Ende-Schule (früher St. Leonhard) 38 Carl-von-Ossietzky-Schule
Weststadt	04 Gostenhof	2	29 GS Knauerstr. 42 GS Reutersbrunnenstr.
	22 Bärenschänze	2 & wenig 5	29 GS Knauerstr. 42 GS Reutersbrunnenstr.
	64 Eberhardshof	2 & wenig 3	56 GS Wandererstr.
	65 Muggenhof	2	56 GS Wandererstr.

Mit der Orientierung am städtischen Raumbezugssystem lassen sich die statistischen Daten und die Daten der WoHaus 2015 den Projektgebieten zuordnen. Die Gesundheitsdaten aus der SEU und die Daten zur Bildungsteilhabe zum Übergang von der Primar- in die Sekundarstufe liegen auf Ebene der Schulsprengel vor. Die Sprengelgrenzen entsprechen nicht den Gebietsgrenzen der statistischen Bezirke und der

Projektgebiete. Für die Auswertung wurden daher Sprengel einbezogen, deren Schulen außerhalb des Projektgebiete liegen oder Gebiete umfassen, die außerhalb der Projektgebiete liegen, sofern diese Sprengel in sozialräumlicher Perspektive als relevant zu betrachten sind, da die Sprengelschulen für die Kinder der Projektgebiete in Frage kommen.

4. Gesundheit in Langwasser



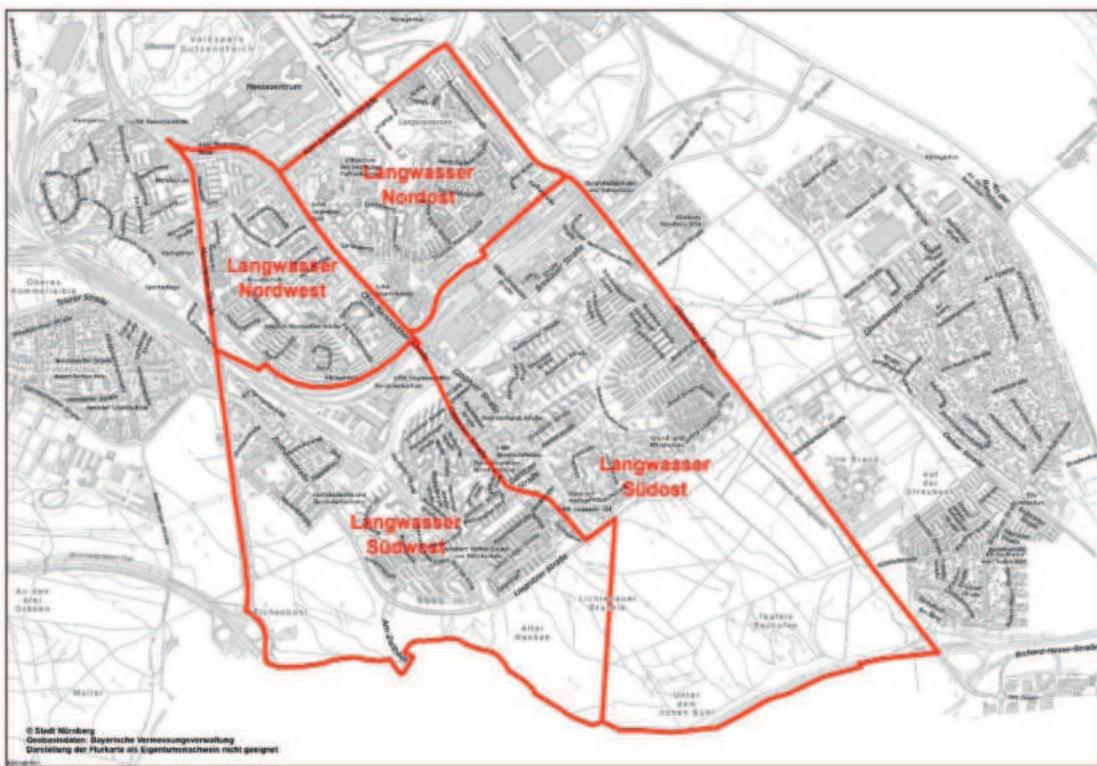
Das Projektgebiet Langwasser besteht aus den vier statistischen Bezirken Langwasser Nordwest (32), Nordost (33), Südwest (37) sowie Südost (36) (Abbildung 7). Im Nordosten ist es durch die Gleiwitzer Straße, im Nordwesten durch die Karl-Schönlebenstraße begrenzt, westlich durch die Münchener Straße und Bahngleise, im Süden durch die

Zollhausstraße und die Liegnitzer Straße. Der südliche Teil begrenzt das Nürnberger Stadtgebiet und geht in ein großes Waldgebiet über. Langwasser zeichnet sich baulich durch eine Vierteilung aus, da die beiden nördlichen Gebiete durch die Otto-Bärnreuther-Straße getrennt werden und der Übergang nur an wenigen Traversen möglich ist, die

beiden südlichen Gebiete werden durch die Glogauer Straße getrennt; im Nordenwesten befindet sich ferner ein weiteres Wohngebiet um die Neuselsbrunner Straße, das nahezu eingekesselt zwischen den Straßen gelegen ist. Das in der Mitte Langwassers liegende Franken Center vereinigt die vier Gebiete. Der südliche und nördliche Teil ist durch ein großflächiges Schienenenareal, sowie daran anschließend längs verlaufende Industrieflächen

und die Breslauer Straße getrennt. Da die Verbindung zwischen den beiden Gebieten nur durch einen Fußweg gegeben ist, wird in der Wahrnehmung der Bewohnerschaft vor allem zwischen Langwasser Nord und Langwasser Süd unterschieden. Im südlichen Nordwesten ist das Gebiet so durch den Schienenverlauf begrenzt, dass die Bezirksgrenzen nicht überschritten werden können.

Abbildung 7: Karte - Projektgebiet Langwasser



Quelle: Stadt Nürnberg - Amt für Geoinformation und Bodenordnung: Karte Weststadt auf Grundlage von Geobasisdaten der Bayerischen Vermessungsverwaltung, 2018



4.1. Bevölkerungsstruktur

Im Projektgebiet leben auf einer Fläche von insgesamt 912 Hektar 32.713 Bewohner*innen, was einer Bevölkerungsdichte von 35,9 Personen je Hektar entspricht (StA 2021). Der Nordwesten ist der flächenmäßig kleinste Bezirk,

hier leben 75,4 Personen auf einem Hektar Fläche. Der am dünnsten besiedelte Bezirk im Projektgebiet ist der Südosten, hier leben 25,1 Personen auf einem Hektar (Tabelle 3: Bevölkerungsdichte).

Tabelle 3: Bevölkerungsdichte

	PG Langwasser	Gesamtstadt	LW-Nordwest	LW-Nordost	LW-Südost	LW-Südwest
Einwohner je ha	36	28	75	55	25	29
Fläche in ha	912	18.657	98	125	406	283
Einwohner	32.713	530.222	7.395	6.816	10.199	8.303

Quelle: Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth 2021; bezogen auf Einwohner mit Hauptwohnsitz; Stand 20.07.2022; eigene Berechnungen

Ein Teil der bebauten Flächen im Süden sind Gleisflächen und Industriearale, die für die Bewohner*innen nicht nutzbar sind. Etwa

die Hälfte der weitläufigen Fläche des Südens Langwassers ist Wald, der als Naherholungsgebiet zur Verfügung steht..

Tabelle 4: Bevölkerungsveränderung

	PG Langwasser	Gesamtstadt	LW-Nordwest	LW-Nordost	LW-Südost	LW-Südwest
Veränderung 2012-2021	-1,2%	+4,0%	-2,0%	-1,1%	-1,5%	-0,3%
Einwohner 2012	33.119	509.004	7.542	6.890	10.355	8.332
Einwohner 2021	32.713	530.222	7.395	6.816	10.199	8.303

Quelle: Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth 2021; Stand 20.07.2022; eigene Berechnungen

Von 2012 bis 2021 verzeichneten alle Bezirke des Projektgebietes einen leichten Bevölkerungsrückgang, gegenläufig zur Entwicklung der Gesamtstadt (Tabelle 4).

Das Durchschnittsalter in Langwasser liegt bei 47 Jahren und damit dreieinhalb Jahre über dem Altersdurchschnitt in Nürnberg (43,5 Jahre). Im Projektgebiet wohnen verglichen mit der Gesamtstadt weniger Personen im Alter von 18 bis unter 45 Jahren (in Langwasser 28,9% und gesamtstädtisch 37,3%) zugunsten der Altersgruppe der Bevölkerung ab 65 Jahren (27,5% und 20,2%). Die Bezirke unterscheiden

sich in den Altersdurchschnitten kaum (Min. Langwasser Südost: 46,2 vs. max. Südwest: 47,9 Jahre) (Anhang 1).

Im Projektgebiet ist eine im Vergleich zur Gesamtstadt geringere Zahl alleinwohnender Personen festzustellen. Die Struktur der Haushaltsformen unterscheidet sich jedoch stark zwischen den Bezirken. So liegt bspw. der Anteil der allein wohnenden Senior*innen über 65 Jahre in Langwasser-Nordwest mit 21% über dem gesamtstädtischen Wert von 13,8%, in Langwasser Nordost beträgt der Anteil jedoch nur 17,4%.

Tabelle 5: Haushaltsformen

	PG Langwasser	Gesamtstadt	LW-Nordwest	LW-Nordost	LW-Südost	LW-Südwest
Einpersonenhaushalte						
Anteil an Gesamt	43,1%	50,1%	44,9%	34,5%	42,3%	48,3%
Anteil 18-35 Jahre an Gesamt	6,2%	14,7%	6,8%	3,6%	6,2%	7,4%
davon Männer	60,4%	56,3%	64,2%	65,5%	58,8%	57,3%
Anteil über 65 Jahre an Gesamt	20,1%	13,8%	21%	17,4%	20%	21,4%
davon Männer	25%	30,1%	23,1%	29,3%	25,4%	25,4%
Familienhaushalte						
Anteil der Familienhaushalte an Gesamt	19,9%	17,7%	18,4%	23,8%	21,6%	16,9%
davon mit mind. 3 Kindern	12,6%	11,3%	11,2%	17%	13,4%	8,6%
davon Alleinerziehende	26,1%	22,1%	22,8%	28,1%	29,3%	22,8%

Quelle: Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth 2020; Stand 20.07.2022; eigene Berechnung

19,9% der Haushalte in Langwasser sind Familienhaushalte, und damit um zwei Prozentpunkte mehr als in der Gesamtstadt (17,7%). Auch hier zeigt sich ein heterogenes Bild für die vier Bezirke. Liegt der Anteil der Familienhaushalte mit 16,9% im Südwesten unter dem gesamtstädtischen Wert, zeichnet sich das Gebiet im Nordosten mit 23,8% durch eine stärker durch Familien geprägte Haushaltsstruktur aus. Der Anteil der Haushalte mit drei oder mehr Kindern ist im Nordosten (17%) verglichen mit der Gesamtstadt (11,3%) höher und doppelt so hoch wie Südwesten (8,6%). Der Anteil der Haushalte Alleinerziehender ist in allen Bezirken Langwassers höher als in der Gesamtstadt (22,1%), der höchste Anteil findet sich im Südosten mit 29,3%.

Im Projektgebiet Langwasser leben viele Personen mit Migrationshintergrund. Von den Bewohner*innen im Projektgebiet haben 59% einen Migrationshintergrund (MH)¹, in der Gesamtstadt sind es 48,2%. Auffällig ist, dass verglichen mit der Gesamtstadt (23,3%) viele Deutsche mit Migrationshintergrund, also Personen, die eine deutsche Staatsbürgerschaft haben (40%), im Projektgebiet leben (Tabelle 6) und vergleichsweise wenige Personen, die eine Nicht-Deutsche Staatsbürgerschaft besitzen (19% im Vergleich zu Gesamtstädtisch 24,9%). Vergleicht man die vier statistischen Bezirke des Projektgebiets miteinander, dann leben die meisten Personen mit eigener oder familialer Zuwanderungsgeschichte (64%) im Südosten Langwassers.

¹ Eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil bei Geburt nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besaßen. Weitere Informationen zur Erfassung von Menschen mit Migrationshintergrund siehe Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth, Menschen mit Migrationshintergrund in Nürnberg, Statistische Nachrichten N1, 2011, S. 8.

Tabelle 6: Migrationshintergrund

	PG Langwasser	Gesamtstadt	LW-Nordwest	LW-Nordost	LW-Südost	LW-Südwest
Deutsche ohne MH	41,5%	51,8%	38,4%	46%	36%	47,5%
Deutsche mit MH	40%	23,3%	41,7%	40%	41,3%	36,8%
Ausländer*innen	19%	24,9%	19,9%	14,1%	22,7%	15,8%

Quelle: Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth, 2021; Stand 20.07.2022; eigene Berechnung

In den Expert*inneninterviews wird häufig auf eine große russische Community im Projektgebiet hingewiesen, die je nach Zuzugszeitpunkt teils isoliert lebe. Das Haus der Heimat als breit aufgestelltes Kultur- und Begegnungszentrum leistet laut den Expert*innen einen wichtigen Integrations- und Unterstützungsbeitrag für die im Quartier lebenden verschiedenen Bevölkerungsgruppen aus Gebieten der früheren Sowjetunion. Ebenso gibt es im Gemeinschaftshaus Langwasser Angebote für Personen russischsprachiger Herkunft, z.B. das Vorschul-Kurssprogramm „Kinderinsel“.

Zum Zeitpunkt der Bedarfsanalyse des Projektes befindet sich eine städtische Unterkunft für Geflüchtete in Langwasser. So leben im Projektgebiet 36 Personen aufgrund einer Fluchtursache (Stichtag: 31.07.2018), trotz der gesamtstädtisch zum zweiten Erhebungszeitpunkt (Stichtag: 30.06.2022) höheren Zahlen ist die Zahl der Geflüchteten in Langwasser konstant.

Tabelle 7: Geflüchtete

	2018		2022	
	PG Langwasser	Gesamtstadt	PG Langwasser	Gesamtstadt
Geflüchtete	36	6.689	37	10.453
Unterkünfte	1	152	2	53
Geschlecht				
Männer	86,1%	62,6%	48,6%	42,0%
Frauen	13,9%	37,0%	51,4%	58,0%
Alter				
0-17	19,4%	32,1%	5,4%	10,6%
18-25	36,1%	22,8%	45,9%	50,8%
26-64	44,4%	45,1%	10,8%	4,4%
65 und älter	0,0%	1,2%	40,5%	42,0%

Quelle: Datenreport: Flüchtlinge in Nürnberg - Sonderauswertung des Referat Jugend, Familie und Soziales; Stand 31.07.2018 und 30.06.2022; eigene Berechnung

Zu beiden Stichtagen sind in den Unterkünften mindestens die Hälfte der Bewohner*innen „Auszugsberechtigte“, das heißt, bereits anerkannte Geflüchtete, die sich eine Wohnung suchen oder suchen müssten, aber weiterhin in den Unterkünften leben (müssen). Eine mögliche Erklärung für die hohe Anzahl ist die dauerhaft angespannte Situation auf dem Wohnungsmarkt.

Waren zum ersten Messzeitpunkt nur knapp ein Fünftel der Geflüchteten Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, sind es zum zweiten Zeitpunkt nur noch 5,4% der in Langwasser registrierten Flüchtlinge, und gesamtstädtisch zum ersten Zeitpunkt ein Drittel, zum zweiten Zeitpunkt nur 10,6%.

Je nach geopolitischer Situation können die Zahlen der ankommenden Flüchtlinge stark schwanken. Staatliche und städtische Möglichkeiten der Unterkunft werden je nach Bedarf

angemietet und zur Verfügung gestellt. Die Größe der Unterkünfte ist sehr unterschiedlich, teils werden in kleinen Unterkünften nur wenige Personen oder Familien untergebracht. Die Zahlen der Unterkünfte stellen daher keine für die Stadtteile festen Werte dar, sie werden im Bedarfsfall angemietet und wieder aufgelöst.

Wie die vorangegangenen Ausführungen zeigen, sind die Bewohner*innen Langwassers keine homogene Gruppe. Sie unterscheiden sich bezüglich Alter, Wohnform und Herkunft sowie nach ihrem Aufenthaltsstatus und den damit einhergehenden Teilhabemöglichkeiten und Bleibeperspektiven. Bei der Gestaltung von Angeboten zur Gesundheitsförderung gilt es daher, diese entweder gruppenspezifisch oder explizit offen für alle zu gestalten. Es sollte ggf. mit Sprach- oder Kulturmittler*innen zusammengearbeitet werden, falls die deutsche Sprache (noch) nicht verstanden wird.



4.2. Sozialstatus und Teilhabe

Dass das Projektgebiet Langwasser sehr heterogen ist, spiegelt sich an den Typisierungen der Sozialräume wieder: Nordwest und Südwest sind dem Sozialraumtyp 2 „sozial angespannte Quartiere“ zugeordnet. In den Expert*inneninterviews wird auf die dortige Häufung von multiplen Problemlagen hingewiesen. Der Nordosten mit vielen Einfamilien-

häusern zählt zum Sozialraumtyp 4 „etablierte Familienquartiere“ und der Südosten zum Sozialraumtyp 3 „gemäßigte Quartiere“. Die Lebenssituation der Bewohner*innen der beiden westlichen Quartiere ist von sozialer Benachteiligung und prekären Lebenssituationen geprägt.

4.2.1. Arbeitslosigkeit und Transferleistungsbezug nach SGB II

Im Vergleich zur Gesamtstadt (5,3%) weicht der Anteil Arbeitsloser an der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter nur sehr geringfügig ab und liegt bei 5,5%. Der höchste Anteil von Personen in Arbeitslosigkeit findet sich mit 7,1% im Südosten Langwassers (Tabelle 8). Der Anteil der SGB-II-Empfänger*innen (Grundsicherung für Arbeitsuchende) lag in der Gesamtstadt bei 7,9% und im Projektgebiet Langwasser bei 9,4%.

Der Anteil erwerbsfähiger SGB II-Leistungsberechtigter an der Bevölkerung im erwerbs-

fähigen Alter liegt im Projektgebiet mit 9,4% über dem gesamtstädtischen Anteil von 7,9%. Aufgegliedert nach statistischen Bezirken zeigen sich große Unterschiede, so ist der Wert im Südosten mit 13% am höchsten, im Südwesten mit 6,1% am niedrigsten. Deutlicher wird der sozioökonomische Unterschied zwischen den Bezirken und der Gesamtstadt, wenn man den Anteil der Kinder in SGB-II Bedarfsgemeinschaften vergleicht: Im Südosten Langwassers leben 22,6% in Bedarfsgemeinschaften, gesamtstädtisch sind es 14,8%. Im Südwesten ist die Lage

mit einem Anteil von 9% der Kinder degegen gemäßigt. Bei den Bezieher*innen von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII) zeigt sich insgesamt ein ausgeglichenes Bild: In allen Bezirken Langwassers entsprechen die Anteile der Grundsicherungsbezie-

henden in etwa denen der Gesamtstadt – der größte Anteil lässt sich im Südosten Langwassers feststellen (13,3% vs. 11,2% gesamtstädtisch). Auch bezüglich der Hilfe im Alter ist der Südwesten gefestigt, hier erhalten nur 8,1% Grundsicherung.

Tabelle 8: Arbeitslosigkeit und Transferleistungsbezug

	PG Langwasser	Gesamtstadt	LW-Nordwest	LW-Nordost	LW-Südost	LW-Südwest	Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit; Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth, Stand 31.12.2016; eigene Berechnung
Arbeitslosigkeit							
Anteil Arbeitsloser an Bev. i. erwerbsf. Alter	5,5%	5,3%	5,2%	5,3%	7,1%	4,2%	
Anteil Arbeitsloser unter 25 Jahren an Bev. i. erwerbsf. Alter U25	2,9%	2,9%	2,2%	2,7%	4,1%	1,9%	
SGB II-Bezug							
Anteil erwerbsfähiger Leistungsberechtigter an Bev. i. erwerbsf. Alter.	9,4%	7,9%	8%	9,7%	13%	6,1%	
Anteil Kinder unter 18 in Bedarfsgemein. an allen U18	16,3%	14,8%	12,3%	17,9%	22,6%	9%	
Grundsicherung im Alter							
Anteil Bezieher Grundsicherung an allen U65	10,5%	11,2%	10%	10,2%	13,3%	8,1%	

Aus den Experteninterviews geht hervor, dass die soziale Schichtung ausgewogener als in anderen Stadtteilen wahrgenommen werde. Als besonders armutsgefährdet werden Senior*innen beschrieben, deren Einkommen gerade über der Leistungsgrenze liege. Darüber hinaus fallen in den Bildungseinrichtungen Familien mit sehr geringen finanziellen Mitteln auf, besonders im Südosten Langwassers. Für Kurse, Fahrten in die Stadt oder Ausflüge gebe es in manchen Familien nicht genug Geld, die Beantragung des Nürnberg Pass scheitere sowohl an den formalen Anforderungen, der weiten Entfernung zu den Antragsstellen sowie dem (subjektiven) Stigma der Bedürftigkeit. Von den Expert*innen wird berichtet, dass in den Wohngebieten, in denen viele Leistungsberechtigte wohnen, mehr Konflikte auftreten würden. Die Verweildauer in mangelhaften

Wohnungen sei trotz Umzugswünschen bei geringen finanziellen Mitteln dennoch lange. Die Möglichkeiten der sozialen Partizipation werden bei geringer finanzieller Ausstattung eingeschränkt. Kinder, die in Armut bzw. von Armut bedroht aufwachsen, sind häufig zusätzlich in ihrer sozialen, kulturellen und gesundheitlichen Entwicklung beeinträchtigt. Insbesondere andauernde Armutserfahrungen können sich negativ auf Bildungsteilhabe und -chancen auswirken.

Neben diesen Auswirkungen auf die Teilhabechancen kann sich der Mangel an existenziellen Gütern wie unzureichender Wohnraum, fehlende regelmäßige warme Mahlzeiten oder unzureichender Obst/Gemüse-Verzehr direkt auf die Gesundheit auswirken (Laubstein et al., 2016).

Ergänzend zu den statistischen Daten zur Ar-

mutsgefährdung im Projektgebiet können Ergebnisse aus der WoHaus 2015 einen Eindruck zur Verbreitung von materiellen Engpässen im Quartier vermitteln. So gab ein Anteil von 32%

der befragten Bewohner*innen an, in den letzten zwölf Monaten Schwierigkeiten gehabt zu haben, Ausgaben für Lebensmittel, Miete oder andere Rechnungen zu bezahlen (Tabelle 9).

Tabelle 9: WoHaus 2015 - Schwierigkeiten, Rechnungen zu bezahlen

	PG Langwasser	Gesamtstadt	Quelle: Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth, WoHaus 2015
Schwierigkeiten in den letzten 12 Monaten, Ausgaben für Lebensmittel/Miete/andere Rechnungen zu bezahlen?			
ja	32%	26%	
nein	65%	70%	
weiß nicht	3%	3%	
Gesamt	465	8.223	

Der negative Einfluss von Arbeitslosigkeit und Armut, insbesondere Langzeitarbeitslosigkeit, auf die Gesundheit ist wohlbekannt, weshalb Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für die Zielgruppe der erwerbslosen sowie Personen mit geringen materiellen Ressourcen im Projektgebiet von besonderer Bedeutung sind. Arbeitslosigkeit kann sowohl direkt wie indirekt verschiedene Auswirkungen auf den Gesundheitszustand haben. Arbeitslose Personen sind häufiger krank, berichten vermehrt über Beschwerden, verhalten sich häufiger gesund-

heitsriskant (erhöhter Zigaretten- und Alkoholkonsum sowie geringere körperliche Aktivität) und weisen ein erhöhtes Mortalitätsrisiko auf (Kroll et al., 2016). Die häufigere Betroffenheit von Beschwerden gilt dabei insbesondere bezüglich psychischer, Stoffwechsel- und ernährungsbedingter Erkrankungen, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sowie des Nervensystems. Dabei müssen ferner Geschlechterunterschiede berücksichtigt werden: so sind die Zusammenhänge bei Frauen weniger stark ausgeprägt (Kroll & Lampert, 2012).

4.2.2. Bildungsteilhabe

Am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben ist ein zentrales menschliches Bedürfnis und grundlegend für die psychische Gesundheit von Individuen und Gemeinschaften (Butterworth, 2000). Gleichzeitig ist bekannt, dass die sozio-ökonomische Lage Einfluss auf das Ausmaß der gesellschaftlichen Teilhabe in verschiedenen Bereichen besitzt, z.B. bzgl. der Bildungs- und politischen Teilhabe. Bildungschancen sind abhängig von der sozialen Herkunft. Aktuelle Ergebnisse wie beispielsweise aus der PISA-Studie verdeutlichen dies eindrücklich (OECD, 2016). Zudem weist der Bildungsbericht der Stadt Nürnberg darauf hin, dass der sozioökonomischen Lage von Kindern eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden muss, um Bildungserfolge zu unterstützen und möglich zu machen (BgA/Bildungsbüro, 2017).

Für die Projektgebiete stehen keine kleinräumigen Daten zum allgemeinen Bildungsstand, Schulabschlüssen oder Schulabbrüchen zur Verfügung, weshalb als Indikator für Bildungsteilhabe die Übertrittsquote der Kinder von Grundschulen auf Gymnasien herangezogen wird. Die Unterschiede zwischen den Schulsprengeln sind dabei immens: Im Sprengel mit der niedrigsten Übertrittsquote schafften 15,7% den Übergang ins Gymnasium, im Sprengel mit der höchsten Quote waren es 79,1% der Kinder (Schuljahr 2016/17, Fünfter Bildungsbericht 2019, S. 87). Die einzelnen Sprengel sind im Bildungsbericht den vier Quartilen zugeordnet.

In drei Bezirken Langwassers wechseln 31,5% bis unter 42,4% (entsprechend dem 2. Quartil) der Kinder auf ein Gymnasium, in Langwasser Südost sind es maximal 31,5% (entsprechend dem 1. Quartil) (BgA/Bildungsbüro, 2019, S.88f).

4.2.3. Politische Teilhabe

Bei der Beteiligung an politischen Prozessen zeigen sich je nach sozioökonomischer Situation deutliche Unterschiede. Personen, die in relativer Armut leben, weisen eine deutlich geringere politische Beteiligung auf als wohlhabendere Personen. Das Ausmaß, politische Entscheidungsprozesse mitzustalten und sich am kulturellen Leben beteiligen zu können, steht mit Einkommens- und Vermögensverhältnissen ebenso wie mit Bildung in Zusammenhang (Engels, 2004).

Betrachten wir die Bundestagswahl 2021, fällt die Wahlbeteiligung in den Bezirken Langwassers mit 69,4% geringer aus als in der Gesamtstadt (75,2%). Differenziert nach den einzelnen Bezirken war die Wahlbeteiligung in Nordwesten mit 65,9% am niedrigsten. Ganz ähnlich stellt sich auf insgesamt niedrigerem Beteiligungsniveau die politische Partizipation im Projektgebiet und seinen Bezirken bei der Stadtratswahl 2020 dar (Tabelle 10). Die geringste Wahlbeteiligung weist LW-Südost auf, ein „gemäßigtes Quartier“, Nordwest und Südwest haben je eine höhere Quote.

Tabelle 10: Wahlbeteiligung Bundestagswahl 2021 und Stadtratswahl 2020

	PG Langwasser	Gesamtstadt	LW-Nordwest	LW-Nordost	LW-Südost	LW-Südwest
Bundestagswahl 2021	69,4%	75,2%	65,9%	74%	k.A.	68,7%
Stadtratswahl 2020	38,2%	47%	36,6%	47,3%	33,1%	38,9%

Quelle: Wahlamt der Stadt Nürnberg 2020 und 2021; Stand 20.07.2022; eigene Berechnung.

4.3. Raum und Umwelt

4.3.1. Baustruktur und Wohnsituation



Wie Menschen wohnen kann sowohl die Lebensqualität als auch Gesundheit beeinflussen. Prekäre Wohnverhältnisse können sich auf unterschiedliche Weise negativ auswirken: direkt auf die physische und psychische Gesundheit über Lärm- oder Luftbelastungen oder indirekt, beispielsweise über das persönliche und familiäre Wohlbefinden oder die soziale Integration als vermittelnde Faktoren (Bridge et al., 2003; OECD, 2018).

Im Projektgebiet (0,7%) finden sich im Vergleich zur Gesamtstadt (26,4%) nahezu keine Wohngebäude, die bereits vor 1948 erbaut worden sind (Tabelle 11). Aufgrund der sehr jungen Geschichte des Stadtteils, auf dessen Fläche während des Regimes der Nationalsozialist*innen ein Kriegsgefangenenlager, in den Nachkriegsjahren eine zuerst behelfsmäßige Siedlung (die erst mit Holz-, später Steinbaracken bebaut war) für „heimatlose Ausländer und Flüchtlinge“

(sog. Displaced Persons) erbaut wurde, gibt es in dem jungen Stadtteil keine historische Dorf- oder Stadtstruktur. Die in den 60er- und 70er Jahren entstandenen Plattenbausiedlungen im Süden des Stadtteils weisen vor allem aufgrund der auf das schnelle Schaffen günstigen Wohnraums zweckgerichteten Bauweise heute keine gute Substanz auf. Fast alle Gebäude in den südlichen Bezirken und dem Nordwesten stammen aus der Zeit vor 1980 (Südost: 96,8%, Nordwest 96,1%, Südwest: 92,2%). Im Nordwesten findet sich der größte Anteil an Wohnhäusern mit 20 und mehr Wohnungen (11,7%). Dieser Bezirk ist damit das Gebiet mit dem höchsten Anteil an dieser Bebauungsform in der Gesamtstadt (1,7%). Im Nordosten, der erst später erschlossen wurde (Bebauung zu 77% zwischen 1981 und 2004), finden sich hauptsächlich Ein- und Zweifamilienhäuser (80,1%), knapp ein sechstel mehr als im gesamtstädtischen Mittel (66%).

Tabelle 11: Baustruktur

	PG Langwasser	Gesamtstadt	LW-Nordwest	LW-Nordost	LW-Südost	LW-Südwest
Anteil Wohngebäude (inkl. Wohnheime und Anstaltsgebäude)	74,4%	58,9%	80,6%	77,6%	71,5%	71,1%
Wohnungen nach Baujahr						
bis 1918	0%	13,9%	0,1%	0%	0%	0%
1919 – 1948	0,7%	12,5%	0%	0,1%	0%	2,5%
1949 – 1980	79,8%	52,2%	96,1%	19,9%	96,8%	92,2%
1981 – 2004	18,6%	17,9%	3,3%	77%	2,7%	5,2%
2005 und später	2,5%	3%	0,1%	2,3%	0,5%	0,1%
Wohngebäude nach Größe						
Ein- und Zweifamilienhäuser	70,9%	66%	68,2%	80,1%	68%	65,6%
3–9 Wohnungen	15,8%	22,7%	14,5%	9,7%	14,6%	23,9%
10–19 Wohnungen	8,2%	9,4%	5,6%	7,6%	10,7%	7,9%
20 und mehr Wohnungen	5%	1,7%	11,7%	2,6%	6,2%	2,6%

Quelle: Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth, 2020 und 2021; Stand 20.07.2022; eigene Berechnung

In den Experteninterviews werden vor allem in Bezug auf die Gebiete mit der Blockbebauung immer wieder prekäre Wohnverhältnisse thematisiert. Trotz der geminderten Lebensqualität und der teils schlechten Bausubstanz verweilen die Einwohner*innen länger, als sie wünschen, hier. Dennoch ist die Verbundenheit vieler Personen mit dem Stadtteil hoch – was eine starke Ressource darstellt. Die Infrastrukturdichte ist in den westlichen Bezir-

ken teils sehr gering. Dennoch bewerten in der Wohnungs- und Haushaltsbefragung 2015 die Bewohner*innen das Wohnumfeld häufiger als in der Gesamtstadt als gut (Tabelle 12). Die Wohnsituation im Allgemeinen wird in Langwasser und in der Gesamtstadt mit je 68% als gut bewertet, die Größe der Wohnung wird in Langwasser von 67% als gut eingeschätzt, in der Gesamtstadt von 63%.

Tabelle 12: WoHaus 2015 - Bewertung der Wohnsituation

	PG Langwasser	Gesamtstadt
Wohnsituation allgemein		
gut	68%	68%
mittel	29%	28%
schlecht	3%	4%
Gesamt	466	8.206
Größe der Wohnung		
gut	67%	63%
mittel	30%	31%
schlecht	3%	5%
Gesamt	466	8.153
Gestaltung des Wohnumfelds		
gut	58%	49%
mittel	36%	41%
schlecht	6%	10%
Gesamt	458	7.999

Quelle: Amt für
Stadtforschung
und Statistik für
Nürnberg und Fürth,
WoHaus 2015

4.3.2. Grün- und Freiflächen

Öffentliche Grünflächen sind nicht nur aus bioklimatischer Sicht wichtig (Kapitel 4.3.4), sondern haben weitere vielfältige positive Auswirkungen auf die Gesundheit. Sie dienen der Erholung und sind Räume für Bewegung und Spiel, Entspannung und Naturerlebnis. Der Stellenwert der Erholung im Alltag ist dem Stellenwert des Arbeitens gleich zu setzen. Erholung dient der psychischen und physischen Gesundheit und dem subjektiven Wohlbefinden. Eine gute Ausstattung mit öffentlichen Freiräumen wirkt sich sozial stabilisierend und nachhaltig positiv auf ein Stadtquartier aus (Hilker & Krug-Auerochs, 2012). Grünflächen in der näheren Wohnumgebung beeinflussen die körperliche Aktivität positiv, fehlende Grünflächen erschweren diese (Mielck, 2012; BMUB, 2015). Gerade für die gesunde Entwicklung von Kindern ist der Zugang zur Natur und eine bewegungsfreundliche Wohnumgebung essenziell (Krug et al., 2018; Louv, 2006a, 2006b).

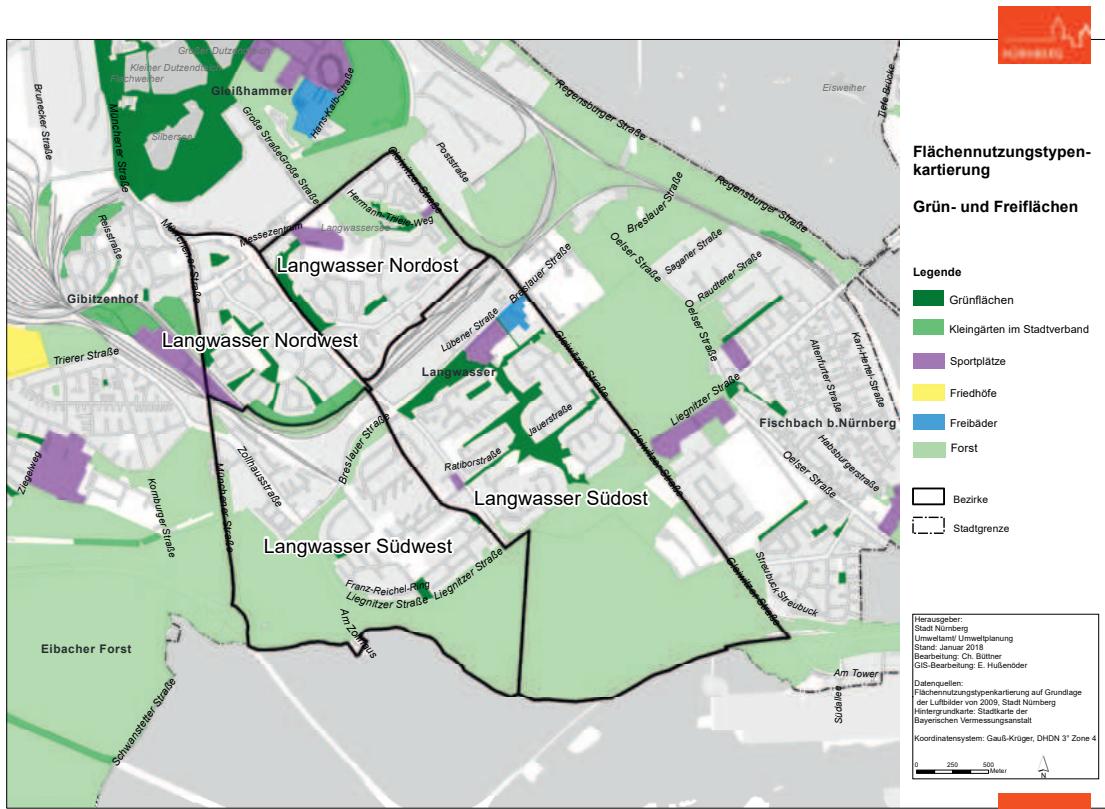
Neben den Bewegungsmöglichkeiten und den positiven Einflüssen auf die psychische Gesundheit fördern öffentliche Grünflächen das soziale Leben (Maller et al., 2009). Von Bedeutung für die Nutzung von Freiflächen sind dabei vier Schlüsselfaktoren:

- eine leichte Zugänglichkeit,
- die Möglichkeit, unterschiedlichen Aktivitäten nachzugehen,
- bequeme Nutzbarkeit, positives Erscheinungsbild und „guter Ruf“ der Freiflächen
- die Möglichkeit zu Begegnung und gemeinschaftlicher Nutzung (PPS, o.J.)

Da die Bevölkerung im Projektgebiet Langwasser in den Wohngegenden mit überwiegender Blockbebauung über keine eigenen Gärten verfügt, ist sie auf öffentlich zugängliche Frei- und Grünflächen angewiesen. In Langwasser stellen die Wald- und Grünflächen eine wichtige Ressource für Entspannung und Bewegung dar.

Abbildung 8: Karte - Grün- und Freiflächen in Langwasser

Quelle: Stadt Nürnberg – Umweltamt
2018



Der Blick auf die Kartierung der Grün- und Freiflächen des Projektgebietes sowie Zahlen zum Grünanteil pro Kopf zeigen, dass den Bewohner*innen viele Grün- und Waldflächen zur Verfügung stehen (Abbildung 8). Langwasser Südwest und Südost grenzen an weitläufige Forstgebiete, die erst außerhalb der Stadtgrenze durch die A73 und die A6 begrenzt werden. Östlich des Bezirks Südost befindet sich ein weiteres bewaldetes Areal, das zu Erholungs- und Bewegungszwecken zur Verfügung steht. Der Nordwesten hat durch die südliche Begrenzung

der Bahnlinie keinen direkten Zugang zu den Waldgebieten und verfügt über einen parkähnlichen Grünstreifen zwischen den Blockbauten. Im Nordosten befindet sich eine größere Grünfläche um den dem Quartier namengebenden Bach „Langwasser“ und den Langwassersee, nördlich kann über ein Waldstück und die Lange Straße das Naherholungsgebiet um den Dutzendteich erreicht werden. Südöstlich davon findet sich ein kleinerer Park mit Spielplatz an der Wohnanlage der Anette-Kolb Straße.

4.3.3. Freiflächen- und Siedlungsdichte

Insgesamt stehen im Projektgebiet etwa 52,2 ha öffentliche Grünflächen zur Verfügung (Berechnung auf Basis der Flächennutzungstypenkartierung 2011 auf Grundlage des Luftbilds 2009 von UwA). Bezogen auf die Grünflächen alleine entspricht dies etwa 15,8 m² pro Einwohner*in. Diese Zahl relativiert sich, wenn man andere Freiflächen miteinbezieht. Dann entfallen auf jede*n Einwohner*in 124,1 m² Grün- und Freiflächen. Bei Betrachtung der Einwohner je Hektar Gebietsfläche (36,2) sowie der Einwohner pro Hektar Wohn- und Siedlungsbauflächen

(123,2) zeigt sich eine moderate Verdichtung im Stadtteil. Im Vergleich zeigt sich, dass es mit 2,1 m² mehr Spielflächen pro Einwohner*in als in den Projektgebieten Röthenbach (0,8 m²) oder West (1,0 m²) gibt. Ein genauerer Blick zeigt jedoch, dass nicht für alle Altersgruppen ausreichend Spiel- und Bewegungsflächen zur Verfügung stehen. So gibt es im Nordosten keine Kleinkinderspielplätze, und im Nordosten und Südwesten keine Aktionsflächen für Kinder und Jugendliche. Die gute Spielflächenbilanz ergibt sich vor allem aus weitläufigen Spielhöfen, die

zwar Platz zur Verfügung stellen, anhand der Flächenangabe ist jedoch noch keine Aussage über das Vorhandensein oder die Attraktivität von Spielgeräten möglich (Datenlieferung UwA; eigene Berechnungen).

Diese für die Bewohner*innen gute Ausstattung spiegelt sich entsprechend in einer deutlich besseren Bewertung der vorhandenen Parks und Grünflächen durch die Bürger*innen als in der Gesamtstadt. Sie bewerten die Parks und Grünflächen in der Nähe zu 80% als „gut“. In der Gesamtstadt sind im Mittel 61% der Befragten mit den Anlagen zufrieden (Tabelle 13).

Tabelle 13: WoHaus 2015 - Bewertung Parks/Grünflächen im Wohnumfeld

	PG Langwasser	Gesamtstadt
Parks und Grünflächen		
gut	80%	61%
mittel	17%	26%
schlecht	3%	13%
Gesamt	470	8.185

Quelle: Amt für
Stadtforschung
und Statistik für
Nürnberg und Fürth,
WoHaus 2015

In den Experteninterviews zur räumlichen Situation im Stadtteil wird bemängelt, dass trotz der weitläufigen Flächen, die als attraktiv beschrieben werden, kaum Spielplätze vorhanden seien, bzw. nicht den Bedürfnissen von Kindern entsprechend ausgestattet oder in einem in die Jahre gekommenen Zustand. Die vorhandenen Grünflächen seien aufgrund des Zustandes oft

nicht nutzbar, für Veranstaltungen und Feste könnten sie aufgrund hoher Auflagen ebenfalls nicht genutzt werden. Die Waldflächen und die Gegend seien schön, jedoch fehle es dennoch an öffentlichen Flächen und Räumen, die Begegnung möglich machen würden. Räume und Freiflächen für größere Familientreffen oder -feste seien nicht vorhanden.

4.3.4. Klimatische Situation

Für die Gesamtstadt wurde im Auftrag des Umweltamtes im Jahr 2014 ein Stadtklimagutachten (GEO-NET Umweltconsulting, 2014²) erarbeitet. Die Klimafunktionskarte stellt zum einen die bioklimatische Situation der Siedlungsräume in vier Kategorien (sehr günstig bis ungünstig) dar, zum anderen die Grün- und Freiflächen als sogenannte Ausgleichsflächen, die hinsichtlich ihrer Kapazität, Kaltluft zu liefern, ebenfalls vier Kategorien (gering bis sehr hoch) zugeordnet werden (Tabelle 9).

In den Bezirken des Projektgebiets Langwasser ist die bioklimatische Situation vorwiegend als günstig eingestuft, im Nordosten ist jedoch die bioklimatische Situation in den Siedlungsanlagen weitläufig weniger günstig. Die als ungünstig bewerteten Siedlungsräume im Nordosten Langwassers zeichnen sich durch mehrstöckige, weitläufig geschwungene Häuserzüge aus.

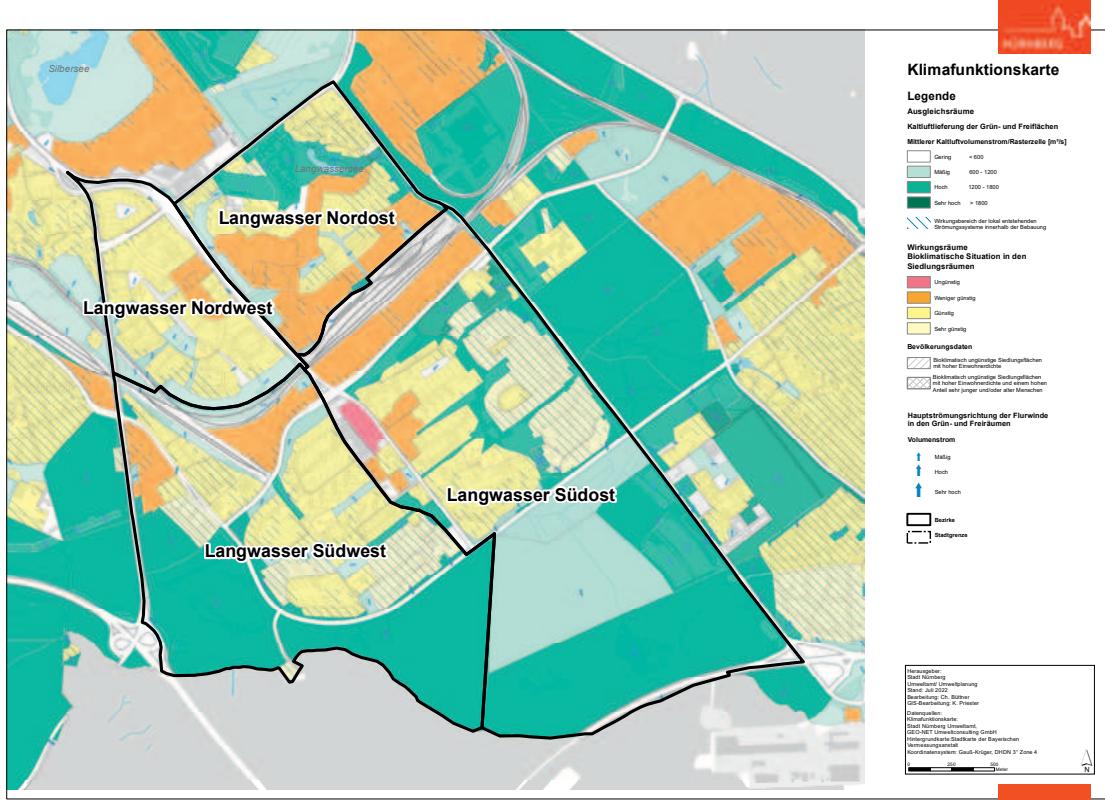
Die südlich gelegene bioklimatisch ungünstige Fläche stellt ein Industriegebiet, dar, ebenso wie das nördliche Gebiet im Bezirk Langwasser Südost.

² https://www.nuernberg.de/imperia/md/umweltamt/dokumente/klima_energie/klimaanalyse-nuernberg_gutachten_rev01_komp_ohnekarten.pdf

Ein weiteres Merkmal für diese ungünstigen Flächen sind fehlende Ausgleichsräume, d.h. größere Grün- und Freiflächen innerhalb der Bezirke. Innerhalb der an die Forstbereiche angrenzenden Gebiete wird durch lokale Strömungssysteme

in die Bebauung Frischluftvolumen transportiert, das Industriegebiet mit seinen teils hohen Bauten wirkt jedoch wie eine Barriere für die dahinterliegenden Wohngebiete.

Abbildung 9: Klimafunktionskarte



Quelle: Stadt Nürnberg – Umweltamt, 2022

4.3.5. Lärm- und Luftbelastung

Lärm stellt, neben der Luftbelastung, eine wesentliche gesundheitsrelevante Umweltbelastung dar (Claßen, 2013; Hornberg et al., 2013). Zur Vermeidung gesundheitlicher Risiken sollten 65 dB tagsüber bzw. 55 dB nachts nicht überschritten werden (Umweltbundesamt, 2016).

Abb. 4.5 stellt die berechneten Lärmimmissionswerte infolge von Kfz-Verkehr an Wohnhausfassaden punktuell dar. Die Belastung durch Lärm wurde mittels Fassadenpunkten ermittelt. Die Gebäudehöhe wird mit in die Berechnung einbezogen und zeigt die Stärke des Lärms, welcher an den Gebäuden wiederholt. Im Vergleich zu anderen Darstellungen von Lärm, wird hier nicht die Ausbreitung des Lärms in der Fläche dargestellt.

Deutlich wird, dass die mittlere Verkehrslärmbelastung am Tag sich auf die Straßen mit hohem Verkehrsaufkommen konzentriert und die Lärmwerte überwiegend den Lärmkategorien 55,1-60 dB bzw. 60,1 bis 65 dB zugeordnet sind, vereinzelt jedoch den Kategorien über 70,1 dB und 75,1 dB. Orientierungswerte der DIN 18005 („Schallschutz im Städtebau“) werden damit teils überschritten. Betroffen sind insbesondere die Zubringerstraßen, die sich teils abgesenkt in Straßenschneisen befinden. Dadurch bleiben die (Wohn-) Straßen in den Siedlungsgebieten größtenteils lärmgeschützt. Vereinzelt sind dennoch Siedlungen durch die Nähe zu den größeren Zubringerstraßen in die Stadt hinein belastet: So findet sich in der Siedlung westlich der Zollhausstraße eine hohe Lärmbelastung,

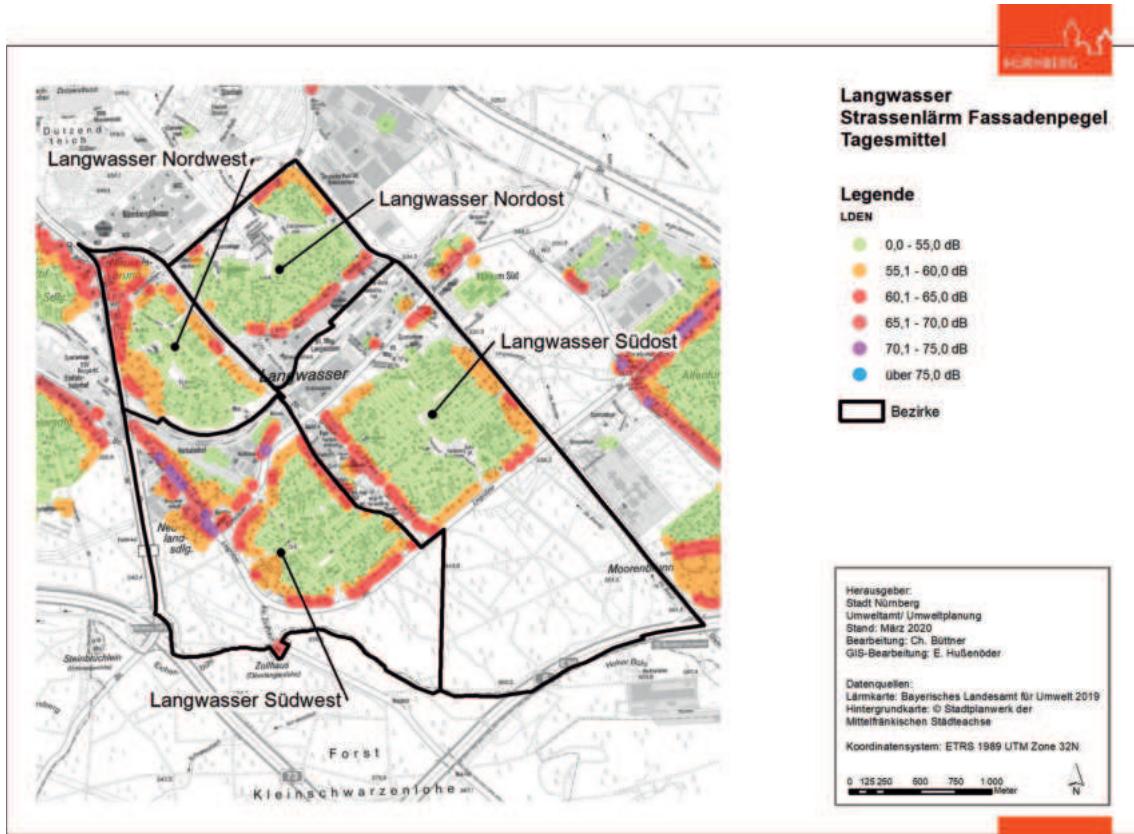
östlich sind durch die geringere Bebauungsdichte insgesamt weniger Haushalte betroffen, doch auch hier ist das Lärmniveau hoch.

Problematisch für die Gesundheit ist, dass Lärm das subjektive Wohlbefinden beeinträchtigt und zu nachhaltigen gesundheitlichen Schäden führen kann. Als wichtigste Auswirkungen von Lärm gelten u.a. Schlafstörungen, körperliche Stressreaktionen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Gehörschäden (Babisch, 2011). Lärmauswir-

kungen hängen vom Geräuschpegel, den spezifischen Lärmcharakteristika und davon ab, wie Lärm von einer Person wahrgenommen wird (Claßen, 2013; WHO Europe & JRC EC, 2011). Zu beachten ist also, dass Gesundheitsschäden bereits unterhalb der gesetzlichen Grenzwerte auftreten können. Gerade eine chronische Lärmbelastung kann nachteilige Auswirkungen auf die Lebensqualität und die Gesundheit haben (Baumeister et al., 2016).

Abbildung 10: Karte - Straßenlärmbelastung im Tagesmittel

Quelle: Stadt Nürnberg – Umweltamt, 2020



Darüber hinaus kann man davon ausgehen, dass durch das verstärkte Verkehrsaufkommen in den Hauptverkehrsstraßen die Luft stärker verunreinigt ist als in den verkehrsberuhigten Straßenzügen und Wohngebieten ohne Durchgangsverkehr. Für die Gesundheit bedeutsame Schadstoffe sind Feinstaub, Kohlenmonoxid, Stickstoffoxide, Ozon und Schwefeldioxid. Gesundheitsbezogene Auswirkungen können von subjektiv fast unmerklichen Veränderungen bis hin zu akuten Atemproblemen und Husten sowie zur Verschlechterung von Atemwegs- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen reichen (Hornberg et al., 2013; Hurley et al., 2005).

Die subjektive Wahrnehmung der Luft- und Lärmbelastung im Stadtteil (WoHaus 2015) bestätigt diese Daten (Tabelle 14). Knapp ein Zehntel (9%), und damit nur knapp die Hälfte des Anteils in der Gesamtstadt, bewertet die Lärmsituation als schlecht. Die Luftqualität wird in Langwasser von 4% als schlecht, bzw. von 67% als gut bewertet. In der Gesamtstadt bewerten nur 42% die Luft als gut, 14% als schlecht. Im Vergleich zur Gesamtstadt zeigt sich, dass Langwasser insgesamt bzgl. der Luft- und Lärmbelastung positiver bewertet wird.

Tabelle 14: WoHaus 2015 - Subjektive Wahrnehmung Lärm- und Luftbelastung

	PG Langwasser	Gesamtstadt
Lärmsituation		
gut	53%	40%
mittel	39%	41%
schlecht	9%	19%
Gesamt	470	8.206
Luftqualität		
gut	67%	42%
mittel	39%	44%
schlecht	4%	14%
Gesamt	465	8.142

Quelle: Amt für
Stadtforschung
und Statistik für
Nürnberg und Fürth,
WoHaus 2015

In den Experteninterviews wird nur einmal eine subjektive Belastung durch Luftverschmutzung für die Bewohner*innen in Langwasser angesprochen, allerdings bezogen auf Verunreini-

gung der Luft durch Kaminöfen. Verkehrslärm wird als Einschränkung benannt, sei jedoch in der Intensität abhängig von der Windrichtung.

4.3.6. Mobilität

Die im Rahmen der Bedarfsanalyse befragten Expert*innen beschreiben das weitläufige und peripher gelegene Stadtteilgebiet als quasi eigenständige Stadt - mit eigenen Versorgungsstrukturen und einem Stadtteilzentrum mit großem Einkaufscenter. Ursächlich dafür sind sicher die hohen Einwohner*innenzahl, die räumliche Größe und die Geschichte des Stadtteils als Lager und spätere Trabantenstadt für Geflüchtete des zweiten Weltkrieges.

Im Südwesten und -osten grenzt das Stadtgebiet an Wälder, die Verbindung zur Innenstadt mit öffentlichen Verkehrsmitteln erfolgt vor allem über die U-Bahn, deren Endstation in Langwasser Süd ist. Die Strecke der U-Bahn verläuft mit vier Stationen an der Mittelachse Langwassers.

Im Norden und Nordosten ist das Gebiet durch Schienen und mehrspurige Zubringerstraßen begrenzt, nur im Nordosten grenzt das Stadtgebiet an einen weiteren Stadtteil: Altenfurth. Altenfurth wird von den Bewohner*innen der beiden Stadtteile häufig als zu Langwasser zugehörig gesehen.

Langwasser selbst wird durch die Schienen- und Verkehrsführung in vier Quadranten geteilt, die nur in der südlichen Mitte, wo das Frankencenter und das Gemeinschaftshaus sind, zusammenlaufen. Die Schienen zwischen den nördlichen und südlichen Stadtteilen sind eine Barriere, die nur über mittig querende Otto-Bärnreutherstraße und einer weiter östlich gelegenen Unterführung für Fußgänger*innen und Radfahrer*innen zwischen Thomas-Mann-Str. und Breslauerstr. passiert werden kann. Die Nord-Südachse beträgt ca. 2,8 km, die Ost-Westachse 2,3 km. Nahversorgung und Einzelhandel sind in den Wohngebieten wenig vorhanden,

und gerade für ältere und weniger mobile Personen stellt die mangelnde Erreichbarkeit ein Problem dar.

Durch die Nähe zu zwei Autobahnkreuzen und drei Autobahnen sowie zwei Bundesstraßen sind Pendler*innen sehr gut an das Straßenfernverkehrsnetz angebunden.

In den Experteninterviews wird berichtet, dass die Menschen in Langwasser aufgrund der peripheren Lage und des Stadt-Charakters des Stadtteils sozialarbeiterische und gesund-

heitsfördernde Angebote im restlichen Stadtgebiet Nürnbergs wenig wahrnehmen. Es bestünden große Hürden, zu einem Amt zu gehen, das in der Innenstadt liege, um bspw. den NürnbergPass zu beantragen, mit dem Leistungsbezieher*innen weitere Vergünstigungen erhalten können. Die Identifikation mit dem Stadtteil sei bei vielen Bewohner*innen hoch („Langwasserianer*innen“), das bringe jedoch mit sich, dass Angebote in der restlichen Stadt weniger genutzt würden.

4.4. Soziale Ressourcen und Soziale Infrastruktur

4.4.1. Bindung an das Viertel und Nachbarschaft



Der Grad der Integration in Netzwerke hat einen bedeutenden Einfluss auf das Wohlbefinden und die psychische und physische Gesundheit, beispielsweise im Hinblick auf Depressionen, sowie auf die allgemeine Erkrankungs- und Sterberate (Haverkamp, 2012; Klauer et al., 2007). Eine gute Nachbarschaft stellt eine wichtige soziale Ressource dar. So kann die Einbindung in nachbarschaftliche Unterstützungsnetze Risikoverhalten wie Bewegungsmangel und Rauchen reduzieren und damit z. B. die Wahrscheinlichkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen senken (Schlicht, 2017). Soziale Unterstützung kann demnach als gesundheitliche Ressource betrachtet werden, auf die zur Bewältigung besonderer Risiken und Belastungen zurückgegriffen werden kann. Gerade bei sozial benachteiligten Gruppen ist diese Ressource jedoch oft nur in geringem Maße vorhanden (Lampert et al., 2018; Mielck, 2012).

Im vorliegenden Stadtteilgesundheitsprofil wird die Wohndauer im Quartier als Indikator für die soziale Eingebundenheit herangezogen (Tabelle 15). Die Wohndauer eröffnet Möglichkeiten, im Stadtteil zu heimisch zu werden und sich die Ressource Nachbarschaft nachhaltig zu erschließen. Erfasst wird hierbei die Wohndauer an einer Adresse, nicht in einem Bezirk. Sie ist im Projektgebiet Langwasser im Vergleich zur Gesamtstadt ab einer Wohndauer länger als vier Jahren in allen Kategorien erhöht. In Langwasser Südost ist der Anteil derjenigen, die unter drei Jahren an einer Adresse leben, mit 22,5% am höchsten, jedoch ebenso unter dem gesamtstädtischen Anteil von 27,9%. Die Hälfte der Bewohner*innen (50,9%) im Quartier lebt bereits zehn Jahre und länger an derselben Adresse (Gesamtstadt: 42,3%).

Tabelle 15: Wohndauer an einer Adresse im Projektgebiet

	PG Langwasser	Gesamtstadt	LW-Nordwest	LW-Nordost	LW-Südost	LW-Südwest
Personen mit Wohndauer³ von						
unter 3 Jahren	20,6%	27,9%	20,6%	17,8%	22,5%	22,3%
3 – 4 Jahren	10,5%	11,4%	9,9%	9,2%	11,5%	10,8%
5 – 9 Jahren	18%	18,3%	17,8%	18,1%	18,8%	17,3%
10 – 19 Jahren	22,7%	20,8%	22,5%	24,6%	22,8%	21,3%
ab 20 Jahren	28,2%	21,5%	29,2%	30,3%	26%	28,3%

Quelle: Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth 2021; Stand: 20.07.2022; eigene Berechnung

In eine ähnliche Richtung weisen die Ergebnisse der WoHaus 2015. Hier wurden Bewohner*innen zum Grad ihrer Bindung an ihr Wohnviertel und zu ihrer Umzugsabsicht befragt (Tabelle 16). Im Vergleich zur Gesamtstadt zeigt sich, dass die Wohnbindung in Langwasser etwas stärker ausgeprägt ist. Dementsprechend ist die Umzugsabsicht geringer. 74% der Befragten geben an, dass sie nicht umziehen wollen,

im Vergleich zu 55% in der Gesamtstadt. Trotz der zur Gesamtstadt vergleichsweise besseren Situation berichten die Expert*innen, dass es viele Bewohner*innen gibt, die aufgrund ihrer Verbundenheit zum Stadtteil, kombiniert mit dem dortigen Wohnungsmangel, in ungünstigen Wohnverhältnissen verharren.

Tabelle 16: WoHaus 2015 - Bindung an den Stadtteil

	PG Langwasser	Gesamtstadt
Wie stark fühlen Sie sich an dieses Wohnviertel gebunden?		
sehr stark	17%	17%
stark	50%	41%
weniger stark	24%	31%
kaum oder gar nicht	8%	11%
Gesamt	472	8.259
Umzugsabsicht		
will in den nächsten 2 Jahren umziehen	10%	21%
will später umziehen	16%	25%
will nicht umziehen	74%	55%
Gesamt	467	8.206

Quelle: Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth, WoHaus 2015

Die WoHaus 2015 gibt zudem Aufschluss darüber, wie die Bewohner*innen Langwassers ihr soziales Umfeld beurteilen. Im Vergleich zur Gesamtstadt fällt die Bewertung der Nachbarschaft weniger positiv aus. 41% der Befragten bewer-

ten das soziale Umfeld und die Nachbarschaft als „gut“ (Gesamtstadt 50%), die Mehrheit als „mittel“ jedoch ein etwas geringerer Anteil von 7% im Vergleich zur Gesamtstadt als „schlecht“ (9%) (Tabelle 17).

Tabelle 17: WoHaus 2015 - Bewertung der Nachbarschaft

	PG Langwasser	Gesamtstadt
Bewertung des sozialen Umfeldes und der Nachbarschaft		
gut	41%	50%
mittel	52%	40%
schlecht	7%	9%
Gesamt	470	8.204

Quelle: Amt für
Stadtforchung
und Statistik für
Nürnberg und Fürth,
WoHaus 2015

4.4.2. Soziale Infrastruktur und Netzwerke

Soziale Unterstützung kann in Zeiten hoher Belastung als wichtige Ressource zur Aufrechterhaltung der Gesundheit dienen. Eine gut funktionierende Nachbarschaft kann eine wichtige Quelle sozialer Unterstützung sein (Berkman & Glass, 2000). Dabei zeigen sich deutliche sozialräumliche Unterschiede bezüglich informeller Nachbarschaftshilfen. Wie eine vom Nürnberger Seniorenamt in Auftrag gegebene Studie der TH Nürnberg zeigt, haben Personen in innerstädtischen Gebieten selten Kontakte zu Nachbar*innen und der Wunsch nach Gelegenheiten, mit Nachbar*innen in Kontakt zu kommen, ist groß (Fromm et al., 2018). Gerade bzgl. der Senior*innen wurde in den Experteninterviews von (drohender) Isolation berichtet. Vielen falle das Verlassen der eigenen Wohnungen schwer und es fehle die Gelegenheit zum Kennenlernen von Nachbar*innen. Dies habe mitunter Auswirkungen auf die psychische Gesundheit.

Im Zentrum Langwassers befindet sich das Gemeinschaftshaus mit der Geschäftsstelle des Stadtteilforums Langwassers, in dem sich viele Vereine, Gruppen und Initiativen treffen und damit Möglichkeiten der Vernetzung finden. Das Gemeinschaftshaus war jedoch aufgrund grundlegender Renovierungsarbeiten während

der Projektlaufzeit weitestgehend geschlossen. Gemeinsam mit dem benachbarten Franken-Center bildet das Gemeinschaftshaus das soziokulturelle „Herz“ Langwassers, mit etlichen kulturellen Angeboten, Einkaufsmöglichkeiten und Servicedienstleistungen. Um das Franken-Center sind das Kinder- und Jugendhaus Geiza, die evangelische Paul-Gerhardt-Kirche mit Gemeinderäumen sowie in der direkten Umgebung weitere soziale Einrichtungen gelegen, wie der Allgemeine Sozialdienst, die AWO mit Streetwork, Caritas und Diakonie sowie Pflegeheime und eine griechische Schule. Durch diese zentralisierte Struktur bekommt Langwasser den Aufbau und Charakter einer Kleinstadt mit einem Stadtzentrum. Aus diesem Grund wird von den Bewohner*innen weniger zentral gelegener Viertel Langwassers häufig der Mangel an informellen Treffpunkten, gastronomischen Angeboten und Begegnungsmöglichkeiten kritisiert.

Für Kinder stehen in Langwasser verschiedene Einrichtungen zur fröhkindlichen Bildung, Erziehung und Betreuung zur Verfügung. Insgesamt sind im Projektgebiet Langwasser 2 Kinderkrippen, 6 Kindergärten, 11 Häuser für Kinder und 3 Horte vorhanden. Zudem gibt es einen Regionalkindergarten und einen Zent-

ralhort, welche beide ein überregionales Belegungskonzept haben (Stand 10.10.2022).

Für die unter 3-jährigen Kinder gibt es ca. 300 Betreuungsplätze, sowohl in Kindertageseinrichtungen als auch bei Tagespflegepersonen. Dies entspricht einer Versorgungsquote von 37%. Für die 3 bis unter 7-jährigen Kinder (Kindergartenalter) stehen im Projektgebiet rund 960 Betreuungsplätze zur Verfügung, und damit eine Versorgungsquote von 95%. Ab dem Schulalter sind rund 800 Betreuungsplätze für die Kinder der Grundschulen Gretel-Bergmann, Astrid-Lindgren, Georg-Ledebour und Adalbert-Stifter vorhanden, die Versorgungsquote liegt damit bei 75% (Schuljahr 2021/2022).

Unter den Einrichtungen sind sind integrative bzw. inklusive Einrichtungen, die Kinder mit erhöhtem Förderbedarf aufnehmen und ein Familienzentrum, das verstärkt Eltern- und Erziehungsberatung in die pädagogische Arbeit einbezieht. Diese Einrichtungen befinden sich in freier oder öffentlicher Trägerschaft und haben verschiedene Profile ausgebildet, z.B. die Bewegungs- und Gesundheitsförderung als „Bewegte Kita“ und „Gesunde Kita“. Drei Kindergärten sind Kitas als „Orte für Familien“. Obwohl die Betreuungssituation in Langwasser grundsätzlich als ausreichend eingeschätzt werden kann, schildern die Expert*innen vorkommende Divergenzen zwischen den Öffnungszeiten der Kitas und der aufgrund der Arbeitszeit der (alleinerziehenden) Eltern benötigten Betreuungszeiten.

Im Projektgebiet befinden sich vier Grundschulen. Die im Norden Langwassers wohnenden Kinder sind der GS Gretel-Bergmann-Schule mit einem Haupthaus in der Berthold-Brecht-Straße und einer Dependance in der Zugspitzstraße zugeordnet. Die Bertolt-Brecht-Schule selbst vereint als offene Ganztagschule Mittel-, Realschule und Gymnasium und hat als „Eliteschule des Sports“ ein weites Einzugsgebiet über ganz Nordbayern. Im Südwesten liegt die Adalbert-Stifter-Grundschule, der Südosten teilt sich in zwei Sprengel, die durch den südlich des Wohngebietes der Jauerstraße, quer durch den Ferdinand-Drexler-Park sowie zwischen der Ratibor- und der Giesbertsstraße verlaufenden Grüngürtel getrennt werden. Im nördlichen Bereich befindet sich die Astrid-Lindgren-Schule, im südlichen Bereich die Georg-Ledebour-Schule mit Grund- und Mittelschule. Die Adalbert-Stifter-Mittelschule befindet sich im Südwesten Langwassers. Ein sonderpädagogisches Förder-

zentrum befindet sich zentral an der Glogauerstraße, gegenüber dem Gemeinschaftshaus und dem Kinder- und Jugendhaus Geiza. Südlich schließt sich an das Förderzentrum eine griechische Privatschule an, die eine private, staatlich genehmigte Grundschule und Mittelschule umfasst.

An den Grundschulen sowie den weiterführenden Schulen ist die Nürnberger Jugendsozialarbeit an Schulen (JaS) eingerichtet, die sich an unterstützungsbedürftige Schüler*innen richtet, um deren schulische Ausbildung und soziale Integration zu fördern. Teils sind zusätzlich Schulpsycholog*innen (Georg-Ledebour-Schule) vor Ort.

Als berufsqualifizierende Einrichtungen sind die Berufsfachschule für Altenpflege und Altenpflegehilfe der Rummelsberger Diakonie in der Breslauer Straße und das Bildungszentrum für Pflege, Gesundheit und Soziales Nürnberg des GGSD in der Zollhausstraße in Langwasser ansässig.

Außerhalb der schulischen Betreuung gibt es für Kinder und Jugendliche im Projektgebiet Langwasser verschiedene offene Einrichtungen. So gibt es im Rahmen der städtischen Kinder- und Jugendarbeit das Kinder- und Jugendhaus Geiza neben dem Franken-Center, den Jugendtreff Container an der Karl-Schönlebenstraße südlich des Messegeländes sowie das Kinder- und Jugendhaus Alf, das zwar nicht mehr im Projektgebiet liegt, jedoch über den AK Jugend im Stadtteil vernetzt ist und dessen Einzugsgebiet sich bis Langwasser Süd erstreckt. Der Aktivspielplatz Baui in Langwasser Nordwest bietet durch offene Kinder- und Jugendarbeit einen niedrigschwelligen Treffpunkt an, hier können Kinder aktiv sein, spielen, sich bewegen und gemeinsame Ausflüge machen. Die evangelische Kirche betreibt in Langwasser Nordost das Kinder- und Jugendhaus Martin Niemöller und in Nordwest das Kinder- und Jugendhaus Phönix. Dort stehen neben der Hilfe bei schulischen und beruflichen Übergängen kulturelle und sportliche Förderung im Vordergrund.

Daneben gibt es die aufsuchende Jugendhilfe durch die AWO Streetwork, durch die Kinder und Jugendliche erreicht werden können, die keine Anbindung an die genannten Institutionen haben oder suchen. Die Streetworker*innen unterstützen bei Alltagsproblemen, bei psychischen und Sucht-Problematiken und vermitteln an weitere Beratungs- und Hilfeangebote.

Das SOS-Kinderdorf betreibt eine betreute Wohngemeinschaft für Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahren, zu der der ASD bei Bedarf Jugendliche in Notlagen vermitteln kann.

Zur Unterstützung von Familien gibt es im Projektgebiet keine städtische Erziehungsberatungsstelle, Expert*innen merken mehrfach an, dass die psychosoziale Versorgung im Stadtteil nicht adäquat ausgebaut ist. Die Fahrt zur nächsten Erziehungsberatungsstelle stellt für viele eine zu große Hürde dar. Es gibt nur eine psychologische Beratungsstelle der Caritas für Eltern, Kinder und Jugendliche in Langwasser Südost.

Für Mütter und Väter gibt es in Langwasser Südost einen Familientreff, Treff-Fa, der selbstorganisiert verschiedene Angebote zur psychosozialen Entwicklung der Kinder, Entlastung der betreuenden Person sowie Vernetzung der Eltern untereinander anbietet. Das Integrationsprogramm durch die Nürnberger Elternloten stehen an der Gretel-Bergmann Schule zur Verfügung.

Im Gemeinschaftshaus ist eine Vielzahl von Gruppen und Vereinen organisiert. Viele dieser Vereine sind aus Eigeninitiativen entstanden und kommen hier selbst organisiert zusammen. Während der Schließung zur Sanierung fehlten entsprechende Räumlichkeiten im Projektgebiet.

Im Interkulturellen Garten können Stadtteilbewohner*innen für einen geringen Jahresbeitrag eigene Beete bepflanzen. Beete können von Gruppen gemeinsam bewirtschaftet werden. Der Interkulturelle Garten hat zum Ziel, durch einen informellen Rahmen und die Möglichkeit zur gemeinsamen aktiven Betätigung zur Verständigung und Vernetzung beizutragen.

Das ZAB – Zentrum aktiver Bürger hat eine Außenstelle in der Reinerzer Straße, östlich des Frankencenters, und vermittelt und organisiert ehrenamtliche Einsätze und Projekte.

Für Senior*innen gibt es im Stadtteil vielfältige Angebote zur sozialen Partizipation, Bewegung und Beratung. So gibt es beispielsweise die Senior*innenstammtische in den einzelnen Kirchengemeinden oder des städtischen Senior*innennetzwerkes, welches der evangelischen Paul-Gerhard Gemeinde angegliedert ist.

Weiterhin finden regelmäßig Ausflüge und eine Gesundheitsreihe für Senior*innen und Interessierte statt, die wiederum regelmäßig in unterschiedlichen Räumen stattfinden, um den Bewohner*innen wohnortnah eine Teilnahme zu ermöglichen. Durch die Größe des Stadtteils zeigt sich, dass durchaus weitere, kleinräumigere Angebote stattfinden sollten. Eine unmittelbare Nahversorgung ist nicht in allen Teilen Langwassers gegeben, was laut den befragten Expert*innen für Senior*innen u.U. problematisch ist.

Weitere Punkte, die in den Experteninterviews angesprochen wurden, waren eine geringe Nutzbarkeit öffentlicher Grünflächen und fehlende Sitzgelegenheiten für Senior*innen sowie fehlende Möglichkeiten zur Förderung des Gemeinschaftslebens im öffentlichen Raum. Zusätzlich wurde hinsichtlich der Mobilitätsförderung von Senior*innen ein Bedarf an niedrigschwelligen und ggf. kleinräumigen Angeboten zur Sturzprävention genannt.

Im soziokulturellen Bereich gibt es einige Veranstaltungen im Stadtteil, wie etwa die jährliche Kirchweih Langwasser oder den Weihnachtsmarkt, an dem sich viele Institutionen mit Ständen und Aktionen beteiligen. Das Gemeinschaftshaus Langwasser organisiert jedes Jahr ein Sommerfest. Alle drei bis vier Jahre findet der Sozial- und Kulturmarkt im Franken-Center statt, an dem sich soziale und kulturelle Einrichtungen vorstellen und Mitmachaktionen anbieten.

Seit 2018 führt das Gemeinschaftshaus das Projekt #LNGWSSR durch (Projektende 2022) – gefördert über das Modellprogramm „Utopolis – Soziokultur im Quartier“ im Rahmen der ressortübergreifenden Strategie Soziale Stadt „Nachbarschaften stärken, Miteinander im Quartier“ des Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat und der Beauftragten der Bundesregierung für Kultur und Medien. Im Mittelpunkt steht die Strategie, mit künstlerischen und kommunikativen Methoden besonders die Bewohner*innen zur kulturellen Teilhabe und Mitgestaltung zu motivieren, die bisher noch keine oder wenige Berührungspunkte mit kulturellen Einrichtungen oder Angeboten hatten.

Seit 2019 wird das Projekt „Betonliebe – Streetart für Langwasser“ durchgeführt, in dem internationale Künstler*innen ausgesuchte Gebäudewände oder Mauern in Langwasser mit Streetart und Murals versehen.

Für Fachkräfte, Ehrenamtliche und Engagierte im Stadtteil wird halbjährlich das Stadtteilforum veranstaltet, das immer unter einem den Stadtteil betreffenden Thema steht. Die Beteiligten können sich dort informieren, vernetzen und an gemeinsamen Themen arbeiten.

Der Versorgungsgrad mit Allgemein- oder Fachärzten, mit Apotheken und Physiotherapiepraxen wird in den Experteninterviews als gut beschrieben. Unterversorgt sei der Stadtteil lediglich mit Kinderarztpraxen, es gebe nur drei für den bevölkerungsreichen Stadtteil. Das könne man an schlechterer Gesundheit mancher Kinder sowie einem schlechten Zahnzustand erkennen. Speziell für Kinder, Jugendliche und Familien zuständig ist der Kinder- und Jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes, der in Langwasser eine Außenstelle betreibt. Zum einen in Form von Beratungsangeboten, zum anderen für die Durchführung der jährlichen Schuleingangsuntersuchung. Die bis vor kurzem durchgeführte freiwillige Untersuchung von Kindern im mittleren Kindergartenalter mit dem Ziel, Unterstützungsbedarfe frühzeitig festzustellen und in entsprechende Unterstützungsmaßnahmen überleiten zu können, musste 2017 infolge knapper Personalressourcen vorübergehend eingestellt werden.

Ein starker Mangel herrsche jedoch an der die seelische Gesundheit betreffenden Grundversorgung. Es mangelt sowohl an Kinder- und Jugendtherapeut*innen als auch an ambulanten Versorgungsmöglichkeiten. Ferner gibt es keine Angebote zur Unterstützung und Beratung bei Suchterkrankung wie Alkoholismus oder Drogenabhängigkeit.

Personen mit Migrationshintergrund konnten sich im Haus der Heimat in einer unabhängigen Patientenberatung Hilfe suchen, diese ist im Rahmen einer turnusmäßigen Neuausschreibung jedoch in eine andere Trägerschaft übergeben worden.

An Sportvereinen sind der VfL und der RolliTreff Franken, einem Sportverein für Personen, die auf einen Rollstuhl angewiesen sind, im Projektgebiet aktiv. Informationen zu Sport- und Bewegungsangeboten für Kinder bis 10 Jahre als auch eine Übersicht der Spiel- und Sportplätze in ausgewählten Nürnberger Stadtteilen sind beispielsweise in der „kids aktiv“ Broschüre des SportService der Stadt Nürnberg zu finden.

Im Rahmen dieses Stadtteilgesundheitsprofils wird versucht exemplarisch Überblick über spezifische Angebote im Quartier zu geben. Eine umfassendere und um Vollständigkeit bemühte Auflistung der im Projektgebiet aktiven Einrichtungen, Institutionen und Vereine sowie weitere Informationen zu sozialen, kulturellen und gesundheitlichen Angeboten ist unter www.stadtteilforum.org zu finden.

Die Versorgung mit Angeboten scheint für einige Zielgruppen und in manchen Bereichen ausreichend gegeben zu sein, während andere Gruppen keine oder nur wenige Angebote (seelische Gesundheit, Suchtkranke, junge Erwachsene) vor Ort finden können. Die Bedarfe und die unversorgten Zielgruppen, die in den Experteninterviews aufgezeigt wurden werden in Kapitel 5 genauer beschrieben.



4.5. Gesundheit und Gesundheitsverhalten

Im Folgenden wird die gesundheitliche Situation von Kindern anhand von Daten aus der für Familien verpflichtenden Schuleingangsuntersuchung (SEU) der Schuljahre von 2011/12 bis 2015/16 und anhand von Daten des zahnärztlichen Gesundheitsdiensts aus Reihenuntersuchungen von Kindern in Bildungseinrichtungen dargestellt. Die gesundheitliche Situation der Erwachsenen wird anhand subjektiver Daten zur Einschätzung der Gesundheit aus der Wohnungs- und Haushaltserhebung Leben in Nürnberg 2015 (WoHaus 2015) des Amtes für

Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth beschrieben. Sie werden ergänzt durch Einschätzungen der gesundheitlichen Lage der Bewohner*innen des Quartiers, die die Akteure aus dem Stadtteil in den Experteninterviews gegeben haben.

4.5.1. Kinder – Schuleingangsuntersuchung (SEU)

Das Vorschulalter ist für eine gesunde Entwicklung und als Basis für die Gesundheit im Erwachsenenalter von besonderer Bedeutung. Gesundheitliche Risiko- wie Schutzfaktoren werden schon in der Kindheit erworben und können lebenslang bis ins hohe Alter hinein wirken (Lampert, 2010). Die KiGGS-Studie des RKI zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zeigt, dass Kinder aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status allgemein einen schlechteren Gesundheitszustand und häufiger psychosomatische Beschwerden und mentale Probleme aufweisen. Entsprechend zu diesem Befund schätzen Eltern mit niedrigem sozioökonomischem Status die Gesundheit ihrer Kinder deutlich häufiger als mittelmäßig oder schlecht ein (Poethko-Müller et al., 2018).

Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst (KJÄD) des Gesundheitsamtes bietet Beratungsangebote an und führt jährlich die Schuleingangsuntersuchung (SEU) durch. Die zusätzliche freiwillige Untersuchung von Kindern im mittleren Kindergartenalter (mit 4-5 Jahren), die darauf abzielte, Unterstützungsbedarfe frühzeitig festzustellen und in entsprechende Maßnahmen überzuleiten, musste 2017 wegen Personalknappheit eingestellt werden.

Die Teilnahme an der SEU ist gesetzlich verpflichtend und dient in erster Linie zur Beurteilung der Schulfähigkeit von Kindern. Aus bevölkerungsmedizinischer Sicht ist die SEU eine der wichtigsten Datenquellen in Deutschland, weil sie eine jährliche Vollerhebung der abgefragten und geprüften soziodemographischen und medizinischen Indikatoren von Vorschulkindern darstellt. Sie ist eine Pflichtaufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit bayernweit verbindlich vorgegebenen Zielen und Inhalten.

Seit 2002 besteht die SEU aus einem zweistufigen Verfahren: Alle Kinder eines Jahrgangs werden in der ersten Stufe durch eine Pflegekraft des KJÄD gescreent. Dabei werden die sprachlichen, motorischen und wahrnehmungsbezogenen Fähigkeiten in Nürnberg einer standardisierten Testung unterzogen. Bei einem auffälligen Screening, bei Fehlen der U9, bei Besuch einer schulvorbereitenden Einrichtung oder auf speziellen Wunsch der Eltern bzw. der Schule findet in der zweiten Stufe eine Untersuchung durch eine Schulärztin oder einen Schularzt des KJÄD statt (Nennstiel-Ratzel & Hachmeister, 2018). Ab 2022 soll in Nürnberg eine schrittweise Umstellung auf GESIK („Gesundheits- und Entwicklungsscreening im Kindergartenalter“) erfolgen.

Für das Gesundheitsprofil wird auf die aufbereitet vorliegenden Daten der SEUs für die Einschulungsjahre von 2011/12 bis 2015/16 zurückgegriffen. Die Daten der SEUs liegen bis 2018/19 vollständig vor, die Kohorten der späteren Jahre wurden aufgrund der Pandemie nicht mehr vollständig untersucht.

Im Folgenden wird die gesundheitliche Lage von Kindern durch ausgewählte Indikatoren aus der SEU beschrieben. Die Angaben aggregieren die Daten der für das Projektgebiet relevanten Schulsprengel.

Für das Projektgebiet Langwasser sind folgende Sprengel einbezogen:

- 60: Gretel-Bergmann-Schule
- 26: Adalbert-Stifter-Schule
- 16: Georg-Ledebour-Schule
- 45: Astrid-Lindgren-Schule

Für die SEUs der Schuljahre 2011/12 und 2015/16 wurden insgesamt 1418 Kinder in diesen Sprengeln untersucht. Zur besseren Vergleichbarkeit werden nur Indikatoren analysiert, die bei allen Kindern im Vorschulalter erhoben wurden.

Tabelle 18: SEU - Anzahl untersuchter Kinder im Projektgebiet Langwasser

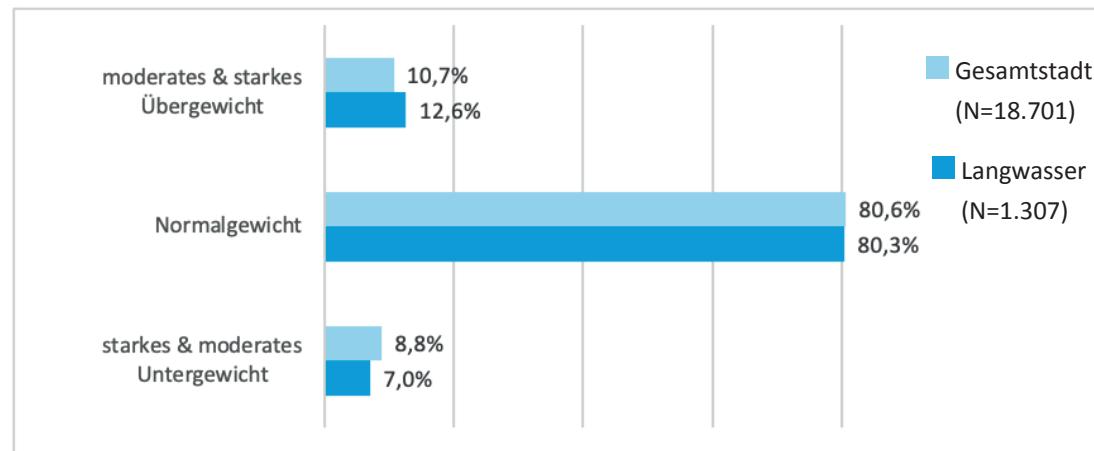
Schuljahr	Anzahl SEU	Anteil Jungen	Anteil Kinder mit Migrationshintergrund
2011/12	267	50,2%	69,3%
2012/13	275	49,8%	70,3%
2013/14	261	53,3%	65,2%
2014/15	314	48,4%	64,7%
2015/16	301	51,8%	57,4%
Gesamt	1.418	50,6%	65,3%

Quelle: Gesundheitsamt Stadt Nürnberg, SEUs 2011 – 2016; eigene Berechnung

Zur Einordnung des Gewichts von Kindern und Jugendlichen kann der Body-Mass-Index (BMI) herangezogen werden. Zur Beurteilung von Untergewicht und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen müssen die alters- und geschlechtsspezifischen Normwerte des BMI berücksichtigt werden (Kromeyer-Hauschild et al., 2001). Deshalb wurde der BMI anhand der

Kromeyer-Hauschild-Perzentilen für Mädchen und Jungen in starkes und moderates Untergewicht, Normalgewicht, moderates Übergewicht und Adipositas eingeteilt (vgl. Anhang, Abb. A1 und Abb. A2). Da die Kinder im Median 5,9 Jahre alt sind, wurden die Perzentilkurven für sechsjährige Kinder verwendet.

Abbildung 11: SEU - Körperfge wicht



Quelle: Gesundheitsamt Stadt Nürnberg, SEU 2011/12-2015/16; eigene Berechnung und Darstellung

Im Projektgebiet Langwasser sind die Anteile der übergewichtigen Kinder im Vergleich zum Wert der Gesamtstadt insgesamt betrachtet etwas erhöht (Abbildung 11). Von Untergewicht sind im Projektgebiet verglichen mit der Gesamtstadt weniger Kinder betroffen.

Gesamtstädtisch und im Projektgebiet ist der Anteil von Jungen mit Übergewicht etwas höher als bei Mädchen. Die über fünf Schuljahre kumulierten Daten der SEU (2011/12-2015/16)

zeigen bei Adipositas beispielsweise einen Unterschied zwischen Mädchen und Jungen von knapp zwei Prozentpunkten (3,4% vs. 5,3%). Im Bereich des starken Untergewichts ist dagegen der Anteil der Mädchen im Projektgebiet mit 1,3 Prozentpunkten kaum höher als der der Jungen (2,8% vs. 1,5%).

Im Vergleich der Ergebnisse der SEUs 2014/2015 von Nürnberg und Bayern zeigt sich gerade beim Übergewicht ein großer Unterschied. Mit

einem Anteil von 12,6% im Projektgebiet sind mehr Kinder übergewichtig als bayernweit (8%). Untergewichtig sind im Projektgebiet Langwasser weniger Kinder als in der Gesamtstadt und in Bayern. Die Ergebnisse für Bayern zeigen ebenso wie die Ergebnisse für das Projektgebiet Langwasser, dass Kinder mit Migrationshintergrund häufiger übergewichtig bzw. adipös sind (Nairz et al., 2017).

Die aktuellsten KiGGS-Daten deuten in eine ähnliche Richtung. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass sich die Zahlen auf Mädchen und Jungen im Alter zwischen 3 und 17 Jahren beziehen, die hier genannten Zahlen auf Kinder vor der Einschulung (5 - max. 7 Jahre). So sind 10% der von KiGGS untersuchten Kinder moderat übergewichtig und 5,4% adipös (vgl. Langwasser moderate Übergewicht: 8,3% und Adipositas: 4,3%). Die KiGGS-Daten zeigen, dass Kinder mit einem niedrigen sozioökonomischen Status häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen sind. In den beiden Befragungswellen (2009-2012 und 2014-2017) seit der Basiserhebung (2003-2006) sind die Prävalenzen unverändert und auf diesem hohen Niveau stabil geblieben (Schienkiewitz et al., 2018).

Übergewicht ist neben einer ungesunden Ernährung (u.a. starkem Zuckerkonsum) auch auf mangelnde Bewegung zurückzuführen. Deutschlandweit zeigen die Ergebnisse der KiGGS-Studie (2014–2017), dass sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche häufiger zuckerhaltige Getränke konsumieren. Ein aus Sicht der Public Health erfreulicher Befund ist, dass sich seit der ersten Erhebung (2003–2006) der Anteil an Kindern und Jugendlichen, die angeben, zuckerhaltige Erfrischungsgetränke zu konsumieren, verringert hat (Mensink et al., 2018).

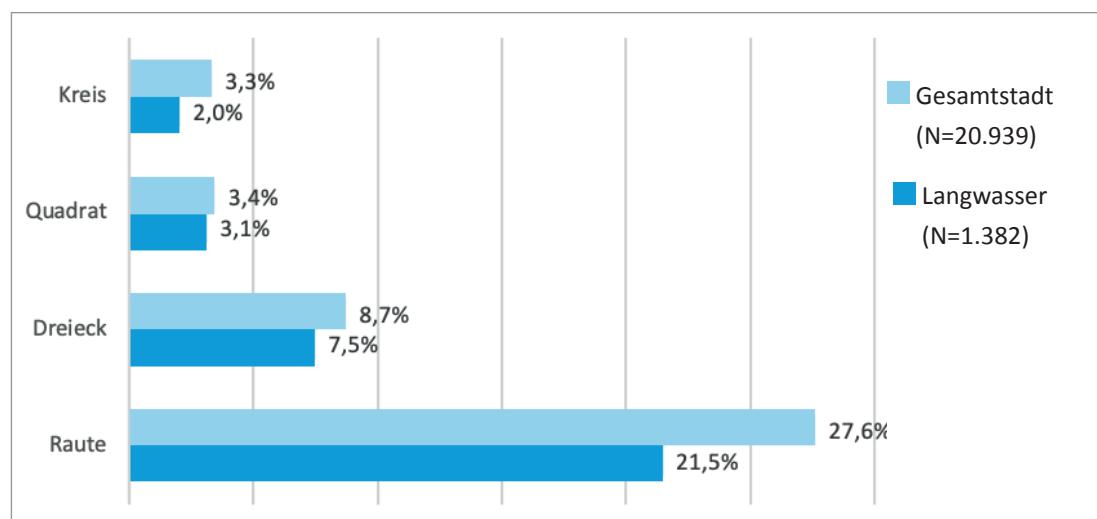
Des Weiteren sind viele Kinder und Jugendliche zu wenig körperlich aktiv: nur 22 % der Mädchen sowie 29% der Jungen erreichen die Bewegungsempfehlung der WHO von 60 Minuten körperlicher Aktivität pro Tag. Bei Kindern aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status ist der Anteil noch geringer (Finger et al., 2018). Frühere Untersuchungen im Rahmen der KiGGS-Studie haben darüber hinaus gezeigt, dass sich sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche ungesünder ernähren und z.B. in geringerem Maße frisches Obst äßen (Lampert & Kuntz, 2015).

Die Ergebnisse der verschiedenen Untersuchungen im Rahmen der KiGGS-Studie werden durch die Aussagen in den Experteninterviews im Projektgebiet bestätigt. Gerade die Bewegungsarmut der Kinder des Stadtteils war dabei ein häufig genannter Aspekt. Häufig werden Kinder durch den Fernseher oder andere digitale Medien beschäftigt. Aus den Interviews geht aber ebenso hervor, dass es bewegungsfreudige und sportliche Kinder und Jugendliche im Projektgebiet gibt. Ein mehrfach angesprochenes Thema ist, dass u.a. durch das Fehlen eines Hallenbades, einige Kinder nicht schwimmen können.

Im Bereich Ernährung werden die nationalen Ergebnisse durch die Expert*innen bestätigt. Viele Kinder sind schlecht versorgt, und Familien achten nicht auf gesunde Ernährung. Kinder im Projektgebiet konsumieren viele Süßigkeiten, zuckerhaltige Getränke und Fertigprodukte. Unter anderem deshalb spielt in den Kitas, Kindergärten und Schulen das Thema Ernährung eine große Rolle. Eine häufige Rückmeldung war, dass Kinder teilweise ohne Frühstück bzw. Pausenbrot in die jeweilige Einrichtung kommen. Berichtete Folgeerscheinungen dieser Situation waren neben Unter- bzw. Übergewicht die mangelhafte Zahngesundheit und -hygiene.

Die Entwicklung der visuomotorischen Fähigkeiten von Kindern ist ausschlaggebend für das Schreiben lernen (Schriftbild und Schreibtempo). Im Rahmen der SEU werden die Fähigkeiten durch das Zeichnen geometrischer Formen zunehmenden Schwierigkeitsgrades (Kreis, Quadrat, Dreieck, Raute) getestet. So ist das Zeichnen einer Raute entwicklungsbedingt von den jüngeren Kindern eines Einschuljahrgangs oft nicht zu leisten, dementsprechend treten die häufigsten Schwierigkeiten beim Zeichnen der Raute auf. Dies war gesamtstädtisch bei 27,6% der Kinder der Fall, im Projektgebiet jedoch nur bei 21,5% der Kinder (Abbildung 12). Insgesamt schneiden die Kinder im Projektgebiet beim Zeichnen aller Formen besser ab, als die der Gesamtstadt. Vergleicht man die Kinder ohne und mit Migrationshintergrund im Quartier, haben die Kinder mit Migrationshintergrund v.a. beim Zeichnen des Dreiecks und der Raute häufiger Schwierigkeiten. Gesamtstädtisch ist dieser Unterschied ebenso zu beobachten, jedoch fallen dort die Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund etwas geringer aus.

Abbildung 12: SEU - Schwierigkeiten beim Zeichnen geometrischer Formen



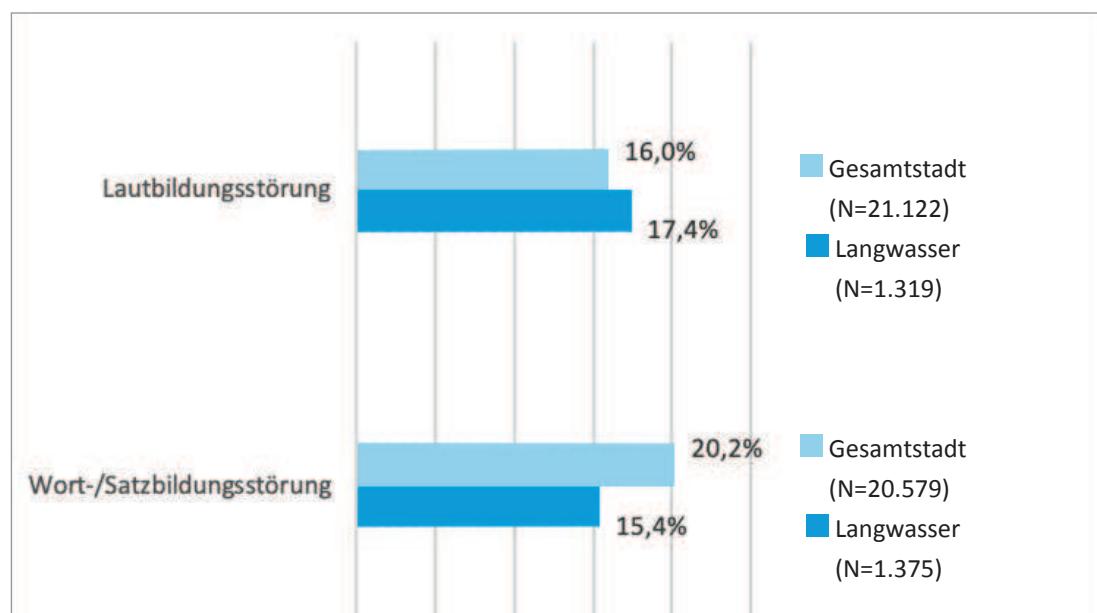
Quelle: Gesundheitsamt Stadt Nürnberg, SEU 2011/12-2015/16; eigene Berechnung und Darstellung

Betrachten wir das Projektgebiet im Vergleich zur Gesamtstadt, zeigt sich, dass bezüglich aller geometrischen Formen im Projektgebiet ein geringerer Anteil der Kinder Zeichenschwierigkeiten hat als in der Gesamtstadt. Bei Mädchen werden insgesamt weniger Schwierigkeiten beim Formenzeichnen als bei Jungen festgestellt, ebenso in Langwasser.

Sprachverzögerungen und Auffälligkeiten bei der sprachlichen Entwicklung sind häufige Entwicklungsstörungen im Kindesalter. In nationalen und internationalen Studien wird eine Prävalenz von 5-10% unter Kindern im Einschul-

lungsalter angenommen (Law et al., 1998; van Suchodoletz, 2003; Neumann et al. 2009). In der SEU wird getestet, ob eine Wort-/Satzbildungsstörung vorliegt und damit Wörter und/oder Sätze vom Kind falsch oder unvollständig gebildet werden (Nairz et al., 2017). Die Einführung des Triolog-Tests in der Sprachtestung seit der SEU 2005/2006 hat das Messinstrumentarium des Screenings verfeinert und zu einer höheren Erkennungsrate geführt. Eine davon unabhängige Zunahme von Sprachdefiziten bei Schulanfänger*innen kann dennoch nicht ausgeschlossen werden (Stadt Nürnberg - Gesundheitsamt, interner Bericht).

Abbildung 13: SEU - Störungen der sprachlichen Entwicklung



Quelle: Gesundheitsamt Stadt Nürnberg, SEU 2011/12-2015/16; eigene Berechnung und Darstellung

Im Projektgebiet Langwasser zeigt etwas mehr als jedes sechste Kind (17,4%) bei der Schuleingangsuntersuchung eine Lautbildungsstörung, in der Gesamtstadt ist dieser Wert um eineinhalb Prozentpunkte niedriger (16,0%). Bei jedem sechsten Kind (15,4%) wird min. eine Auffälligkeit bei der Wort- und Satzbildung festgestellt. In der Gesamtstadt ist dieser Wert höher, ca. jedes fünfte Kind (20,2%) wird als auffällig identifiziert. Es lässt sich ein leichter Unterschied zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund zu deren Ungunsten ausmachen.

Die Daten des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) zeigen bei 10% der Kinder in Bayern einen Verdacht auf eine Wort- und Satzbildungsstörung. Damit liegt der gesamtbayrische Wert deutlich unter dem Durchschnitt von Nürnberg und dem Projektgebiet. Jungen sind häufiger

betroffen als Mädchen, ebenso wie Kinder mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Kindern ohne Migrationshintergrund. Der Besuch einer Kindertageseinrichtung wirkt sich positiv aus: Je länger der Besuch, desto weniger Auffälligkeiten in diesem Bereich (Nairz et al., 2017). Gemäß des Kinder- und Jugendreports 2018 der DAK werden bei Jungen doppelt so häufig Sprach- und Sprechstörungen diagnostiziert wie bei Mädchen. Mit einer Prävalenz von 11,4% stellen Sprach- und Sprechstörungen bei Jungen in diesem Alter die vierhäufigste Behandlungsdiagnose dar (Greiner et al., 2018).

Insgesamt zeigt sich bei den Daten der Schuleingangsuntersuchungen, dass Kinder im Projektgebiet bei wesentlichen Punkten, wie visuomotorischen Fähigkeiten und Wort- und Satzbildung, nicht schlechter und teils sogar besser abschneiden als der gesamtstädtische Durchschnitt.

4.5.2. Kinder - Zahngesundheit

Gesunde Zähne tragen zum subjektiven Wohlbefinden bei. Erkrankungen wie Karies oder Parodontitis können Schmerzen verursachen, die Funktionalität gesunder Zähne, z. B. beim Sprechen oder Essen, beeinträchtigen und das Auftreten von weiteren Erkrankungen begünstigen (Brauckhoff et al., 2009). Präventionsstrategien und -maßnahmen erzielen in Deutschland in den letzten Jahrzehnten große Wirkung bei Kindern und Jugendlichen. Waren im Jahr 1990 noch durchschnittlich 5,9 Zähne von Karies befallen, konnte die Prävalenz durch systematisch prophylaktisch durchgeführte Gruppen- und Einzeluntersuchungen und die Zugabe von Fluor zum Speisesalz auf durchschnittlich 0,5 befallene Zähne im Jahr 2014 gesenkt werden (Jordan & Baudisch, 2018). Zu diesen vorsorgenden Maßnahmen gehört z.B. die durch den Zahngesundheitsdienst in Kindergärten und Schulen durchgeführte Individualprophylaxe.

Der Zahngesundheitsdienst (ZGD) des Gesundheitsamts Nürnberg besucht schwerpunktmäßig Einrichtungen in ganz Nürnberg, die vom KJÄD als Einrichtungen mit sozial schwacher Klientel eingestuft wurden. Die Kinder sind relativ häufig sozioökonomisch benachteiligt und/oder haben einen Migrationshintergrund. Die Einrichtungen werden von Zahnarzthelfer*innen

aufgesucht, die mit den Kindern spielerisch Prophylaxeschulungen durchführen. Bei einem weiteren Termin findet die zahnärztliche Untersuchung statt. Kinder, die einen Behandlungsbedarf aufweisen, erhalten eine Benachrichtigung für die Eltern.

Die hier dargestellten Untersuchungsergebnisse aus dem Projektgebiet und der Gesamtstadt sind somit weder für das Projektgebiet noch für die Gesamtstadt repräsentativ, da nur die Einrichtungen, deren Kinder als sozial benachteiligt eingestuft werden, berücksichtigt sind. Die Ergebnisse illustrieren demnach allein die Situation dieser Kinder. Sie erlauben nichtsdestotrotz den Vergleich der Zahngesundheit von benachteiligten Kindern im Projektgebiet mit der Zahngesundheit benachteiligter Kinder in der Gesamtstadt.

Insgesamt lässt sich in Deutschland zwar eine Tendenz zu verbesserter Mund- und Zahngesundheit feststellen (Pieper, 2010). Es besteht jedoch unverändert ein Zusammenhang zwischen der Mund- und Zahngesundheit von Kindern und deren sozialer Herkunft. Je höher der soziale Status, desto seltener treten Karies und andere Zahnerkrankungen auf (Frühbuß & Schäfer, 2009; Schwendicke et al., 2015).

Und von 30.000 untersuchten Kindern in Berlin wiesen 2015 86,9% ein naturgesundes Ge- biss bzw. mit Füllungen angemessen versorgte Zähne ohne zusätzlichen Karies auf. Bei den übrigen 13,1% lag ein Behandlungsbedarf z. B. bedingt durch Karies oder abgefaulde Zähne vor. Dabei hatte jedes 3. Kind mit niedrigem Sozialstatus sanierungsbedürftige Zähne, während der Anteil bei mittlerem (10,3%) und hohem Sozialstatus (3%) deutlich darunter lag (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin, 2016).

Im Projektgebiet Langwasser wurden in den Schuleingangsuntersuchungen für die Schuljahre 2017/18 und 2018/19 930 Kindergarten-Kinder untersucht (Tabelle 19). Dabei zeigen sich beinahe identische Befunde wie bei den in der Gesamtstadt untersuchten Kindern.

Im Vergleich zu repräsentativ ausgerichteten Studien zeigt sich allerdings, dass sowohl die im Projektgebiet als auch die in der Gesamtstadt untersuchten Kinder aus benachteiligten Nürnberger Quartieren eine schlechtere Zahngesundheit aufweisen – dies mag u.a. an der selektiven Auswahl der untersuchten Schulen und Kindergärten liegen.

Tabelle 19: ZGD - Anzahl untersuchter Kinder im Projektgebiet Langwasser

	PG Langwasser	Gesamtstadt
ohne Befund	67%	66%
saniert	11%	12%
behandlungsbedürftig	22%	22%
Gesamt	930	10.938

Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg ZGD 2017/18 und 2018/19; eigene Berechnung

So wird in einer von der DAK initiierten Studie angeführt, dass deutschlandweit bei 1,1% aller Kinder und Jugendlichen bei einem Zahnarztbesuch Karies festgestellt wurde. Mit 3,3% waren Kinder im Alter von 5 Jahren am stärksten betroffen. Mit zunehmendem Alter sinkt die Prävalenz (Greiner et al., 2018).

Die Daten zur Zahngesundheit zeigen demnach, dass im Projektgebiet ein deutlicher Bedarf an Vermittlung von Informationen zur Zahngesundheit besteht. Dies zeigt sich auch im Rahmen der Experteninterviews sowie den Aussagen im Rahmen der Bewertung des Netzwerkmonitorings. Neben der kindgerechten Vermittlung von Informationen, beispielsweise wie Zähne richtig geputzt werden, müssen ebenso die Eltern miteinbezogen werden. Dabei gilt es u.a. auf den Zusammenhang zur Ernährung hinzuweisen.

4.5.3. Erwachsene

Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status sind häufiger gesundheitlichen Belastungen und Risiken, z. B. am Arbeitsplatz, in der Wohnumgebung oder im familiären und sozialen Umfeld, ausgesetzt als Personen mit einem hohen sozioökonomischen Status. Gleiches gilt für gesundheitsschädliches Verhalten wie Rauchen oder sportliche Inaktivität. Insgesamt weisen Personen mit niedrigerem sozioökonomischem Status weniger psychische, soziale und ökonomische Ressourcen auf, um Belastungen und Anforderungen im Alltag bewältigen zu können. Auch Erkrankungen, Beschwerden und Funktionseinschränkungen treten hier häufiger auf. Ein niedriger sozioökonomischer Status ist außerdem mit einem höheren Erkrankungs- und vorzeitigem Sterberisiko verbunden. Die Verbreitung von Gesundheitsrisiken und Krankheiten in niedrigen Statusgruppen schlägt sich in einer um fünf bis zehn Jahre verminderten Lebenserwartung nieder (Lampert & Kroll, 2014). Bei spezifischen Krankheiten ist ein deutlicher sozialer Gradient erkennbar. So ist die Diabetesprävalenz bei Frauen und Männern mit niedriger Bildung deutlich höher als bei Frauen und Männern mit mittlerer/hoher Bildung (Heidemann et al., 2009). Bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen zeigt sich der Zusammenhang mit dem

Bildungsstatus ebenfalls (Busch et al., 2015). Dazu passend fallen die subjektive Bewertung des Gesundheitszustands sowie die subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität bei niedriger Bildung schlechter aus (Moor et al., 2018).

Kleinräumige Daten zur Bewertung der gesundheitlichen Lage von Erwachsenen in Nürnberg sind bedauernswertweise kaum bis gar nicht vorhanden. Um zumindest einige Aussagen über die Situation im Quartier machen zu können, werden Befragungsergebnisse zum Thema Gesundheit aus der Erhebung WoHaus 2015 herangezogen. Dabei wurden Nürnberger Bewohner*innen u.a. zu ihrem allgemeinen Gesundheitszustand sowie zu ihrem Gesundheitsverhalten (Rauchen, sportliche Aktivität) befragt.

Im Projektgebiet bewerten weniger Personen ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ als in der Gesamtstadt (50% bzw. 60%) (Tabelle 20). Bei den unteren Kategorien „weniger gut“ und „schlecht“ unterscheiden sich die Angaben aus den Erhebungsgebieten kaum (15% bzw. 13%)

Tabelle 20: WoHaus 2015 - Subjektive Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustands

	PG Langwasser	Gesamtstadt
Gesundheitszustand allgemein		
sehr gut	16%	22%
gut	34%	38%
zufriedenstellend	35%	28%
weniger gut	13%	10%
schlecht	2%	3%
Gesamt	469	8.248

Quelle: Amt für
Stadtforschung
und Statistik für
Nürnberg und Fürth,
WoHaus 2015

Die Frage „Hatten Sie in den letzten drei Monaten gesundheitsbedingt im Beruf bzw. zu Hause weniger geschafft?“ (Tabelle 21) ist angelehnt an eine Frage des SF-12 Health-Surveys zur Erfassung der subjektiven gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Damit wird erfasst, wie gut die Person ihrer Arbeit oder anderen täglichen Aktivitäten nachgehen kann. Die Angaben aus der Gesamtstadt und dem Projektgebiet Langwasser unterscheiden sich hinsichtlich der Kategorie „ja, manchmal“, die Bewohner*innen

Langwassers bewerten ihre gesundheitliche Situation in dieser Kategorie etwas schlechter (38% vs. 33%), während die anderen Kategorien gleich häufig gewählt wurden. Das selbe Antwortschema findet sich bei der Einschätzung der Stimmung, in Langwasser wird etwas häufiger angegeben, aufgrund von Niedergeschlagenheit oder Traurigkeit manchmal Schwierigkeiten zu haben (37% vs. 32%).

Tabelle 21: WoHaus 2015 - Subjektive Einschätzung der gesundheitlichen Situation

	PG Langwasser	Gesamtstadt
Gesundheitsbedingt im Beruf oder zu Hause weniger geschafft		
ja, häufig	13%	13%
ja, manchmal	38%	33%
nein	49%	54%
Gesamt	446	8.135
Schwierigkeiten, weil niedergeschlagen und traurig		
ja, häufig	11%	10%
ja, manchmal	37%	32%
nein	52%	58%
Gesamt	466	8.175

Quelle: Amt für
Stadtforchung
und Statistik für
Nürnberg und Fürth,
WoHaus 2015

Darüber hinaus wurde nach Beeinträchtigungen durch Schmerzen und Schwierigkeiten beim Treppensteigen, Gehen, Sehen und Hören gefragt. Bei allen fünf Fragen geben die Bewohner*innen in Langwasser häufiger an, „ja, häufig“ oder „ja, manchmal“ eine Beeinträchtigung oder Schwierigkeiten zu haben (vgl. Anhang, Tab. A2).

Im Rahmen der Wohnungs- und Haushaltserhebung Leben in Nürnberg 2015 wurde u.a. die körperliche Aktivität in Nürnberg und den Projektgebieten erhoben. Körperliche Aktivität wird mit verschiedenen positiven Effekten auf die Gesundheit in Verbindung gebracht: Stressreduktion sowie ein niedrigeres Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Depression, Typ-II-Diabetes und bestimmte Krebserkrankungen, sowie insgesamt einer verminderten Mortalität

(BZgA, 2018). Um bedeutsame Gesundheitswirkungen zu erzielen und Risiken für die Entstehung chronischer Erkrankungen zu reduzieren, sollten Erwachsene regelmäßig körperlich aktiv sein. Dabei bringt jede zusätzliche Bewegung einen gesundheitlichen Nutzen. Um die Gesundheit zu erhalten und umfassend zu fördern empfiehlt die WHO für Erwachsene zwischen 18 und 65 Jahren körperliche Aktivität von mindestens 150 Minuten/Woche (z. B. 5 mal 30 Minuten/Woche) mit mittlerer Intensität. Zusätzlich sollten zweimal pro Woche muskelkräftigende Übungen durchgeführt und lange, ununterbrochene Sitzphasen vermieden werden. Bei Personen ab 65 Jahren gelten die gleichen Empfehlungen, jedoch werden folgende Empfehlungen ergänzt: Bei Mobilitätseinschränkungen sollten an mindestens 3 Tagen/Woche

Gleichgewichtsübungen zur Sturzprävention durchgeführt werden und bei gesundheitlichen Einschränkungen sollten sich die Personen, je nachdem wie es die gesundheitliche Situation zulässt, bewegen (Pfeifer et al., 2016).

Im Projektgebiet geben unter den Befragten mehr Personen an, mehrmals pro Woche oder täglich Sport zu treiben, in Lang-

wasser sind es nur 36%. Die Antworten zum Rauchverhalten sind in der Gesamtstadt und in Langwasser mit 22% Raucher*innen identisch (Tabelle 22). Allgemein ist die Raucherquote in Deutschland rückläufig. Bei Männern mit niedriger Bildung ist im Gegensatz zu Frauen jedoch kein Rückgang des Raucheranteils nachzuweisen (Hoebel et al., 2018).

Tabelle 22: WoHaus 2015 - Angaben zum Gesundheitsverhalten

	PG Langwasser	Gesamtstadt
Wie oft treiben Sie 30 Minuten oder länger Sport?		
täglich	9%	8%
mehrmals pro Woche	27%	34%
einmal pro Woche	20%	20%
seltener	31%	25%
nie	14%	13%
Gesamt	471	8.210
Sind Sie Raucher/in?		
ja	22%	22%
nein	78%	78%
Gesamt	449	7.881

Quelle: Amt für
Stadtforschung
und Statistik für
Nürnberg und Fürth,
WoHaus 2015

Auch wenn die soziale Belastung im Projektgebiet im Vergleich zur Gesamtstadt als erhöht einzuschätzen ist, und die Expert*innen von hohen gesundheitlichen Belastungen berichten, erlauben die vorhandenen quantitativen Daten zur Gesundheit Erwachsener nicht, diesen allgemeinen Forschungstand und die Expertenwahrnehmung zur gesundheitlichen Ungleichheit zu bestätigen. Für eine verlässliche

Einschätzung der gesundheitlichen Situation Erwachsener im Projektgebiet sind die Daten der WoHaus 2015 allein offensichtlich nicht geeignet. Hierzu wären weitere Daten zu erheben oder zugänglich zu machen, die spezifischere und objektive Prädiktoren der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens und nicht nur subjektive Einschätzungen umfassen.



5. Handlungsempfehlungen der dezentralen Gesundheitsförderung zur Kompensation gesundheitlicher Ungleichheit

Langwasser zeichnet sich durch seine spezielle Historie als ehemaliges Flüchtlingslager und den durch den hohen Bedarf an Wohnungen hervorgerufenen, schnellen städteplanerischen Aufbau als neues Stadtviertel aus. Obwohl viele Grünflächen zwischen den Wohnanlagen vorhanden sind, werden diese im Alltag kaum von den Bewohner*innen genutzt, eigene Gärten sind meist nicht vorhanden. Aufgrund der Baustruktur des Quartiers mit seinen Einkaufsmöglichkeiten im Zentrum (u.a. Frankencenter) fehlt eine wohnortnahe Nahversorgungsinfrastruktur für mobilitätseingeschränkte Bewohner*innen in den periphereren Teilen des Stadtteils. Kulturelles und soziales Leben im öffentlichen Raum findet nur begrenzt statt, es fehlen soziale Räume.

Die Betrachtungen der sozialräumlichen Kontexte, der gesundheitlichen Lage der Bewohner*innen und nicht zuletzt die Ein-

schätzungen der Expert*innen zeigen, dass in sehr unterschiedlichen Bereichen Bedarfe zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit bestehen. Dabei kann und muss die Gesundheitsförderung an die spezifischen, in Kapitel 4.4.2 dargestellten Strukturen, Netzwerke und Ressourcen und an die Besonderheiten des Quartieres anknüpfen.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der qualitativen Bedarfsanalyse für das Projektgebiet Langwasser zusammengefasst. Den jeweiligen Bedarfen werden Maßnahmen zugeordnet, die im Projekt „Gesundheit für alle im Stadtteil“ gemeinsam in verschiedenen Stadtteilgremien diskutiert und in Abstimmung mit zentralen Akteur*innen aus dem Stadtteil erstellt wurden. Die Maßnahmen sind mit verschiedenen Kooperationspartner*innen in Planung oder werden bereits umgesetzt.

5.1. Empfehlungen für verhaltensbezogene Bedarfe

Zunächst werden verhaltensbezogene Bedarfe und Maßnahmen bzgl. der Förderung von Bewegung und Entspannung, gesunder Ernährung, seelischer Gesundheit und Suchtprävention sowie gesundheitsbezogener All-

tagskompetenzen vorgestellt; dann folgen verhältnisbezogene Bedarfe und Maßnahmen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung und der Förderung des Gemeinwesens.

5.1.1. Bewegungs- und Entspannungsangebote

Zwar gibt es im Projektgebiet in verschiedenen Einrichtungen Bewegungsangebote für unterschiedliche Zielgruppen. Dennoch werden von vielen Expert*innen Bedarfe bzgl. weiterer kontinuierlicher und vor allem niedrigschwelliger Bewegungs- und Entspannungsangebote formuliert. Zu folgenden Themen sind insbesondere Bedarfe vorhanden, die durch folgende Kurzkonzepte, die zu einem großen Teil bereits in der Anwendung erprobt wurden und mit positivem Feedback von Teilnehmer*innen angenommen wurden, bedient werden können:

- **Bewegungs- und Entspannungsangebote auf öffentlichen Grünflächen und Plätzen:** Bewegung und Entspannung kann in Kur-

sen erfolgen, die auf öffentlichen Grün- und Freiflächen stattfinden und an denen die Bewohner*innen unverbindlich und ohne Anmeldung teilnehmen können. Neben dem niedrigschweligen Einstieg in ein Bewegungsprogramm sollen dadurch vorhandene Grünflächen im Projektgebiet bekannter und nutzbar gemacht werden. Nach Möglichkeit sollte pro Quartiersquadrant ein Treff organisiert werden.

- **Bewegungs- und Entspannungsangebote für Frauen im Wald:**

Neben dem niedrigschweligen Einstieg in die Bewegungsförderung auf den vorhandenen Grünflächen, kann der angrenzende Wald sportlich erfahrbar gemacht werden.

Hierzu könnten Bewegungs- und Entspannungsangebote speziell für Frauen entwickelt werden, die sich teils nicht zutrauen, alleine im angrenzenden Wald spazieren zu gehen oder sich dort sportlich zu betätigen.

- **Sturzprophylaxe für Betagte und Hochbetagte**

Abnehmende oder fehlende körperliche Mobilität schränkt Senior*innen im täglichen Leben ein. Ein Bewegungsangebot soll die Koordination fördern, Stürzen vorbeugen und das körperbezogene Selbstvertrauen stärken.

- **Migrationssensibles Angebot zur Stressbewältigung**

Um Zugänge zu Migrant*innengruppen zu schaffen und diese für das Thema Gesundheitsförderung zu sensibilisieren, kann speziell für Personen mit russischem Migrationshintergrund in Kooperation mit dem „Haus der Heimat“ ein Angebot zum Stressabbau organisiert werden. Unterstützt werden sollte das Angebot ggf. durch eine/n russischsprachige/n Kulturvermittler*in.

Darüber hinaus wurde in den Experteninterviews auf Bedarfe hinsichtlich niedrigschwelliger migrationssensibler Bewegungsangebote („über die üblichen Vereinsangebote hinaus“) und des Stressabbaus psychisch belasteter Jugendlicher hingewiesen.

5.1.2. Gesunde Ernährung

Im Projektgebiet gibt es bereits einige zielgruppenspezifische Angebote zum Thema Ernährung. Zum Teil wird in den Kinderbetreuungseinrichtungen mit den Kindern gekocht, sowie ein gesundes Frühstück oder ein Obst- und Gemüsetag angeboten. Weitere Bedarfe bestehen hinsichtlich spezifischer Ernährungsangebote vor allem in den Kinder- und Jugendeinrichtungen.

Weitere Bedarfe bestehen hinsichtlich spezifischer Zielgruppen: Im Stadtteil gibt es bereits einige zielgruppenspezifische Angebote zum Thema Ernährung. Die vorhandenen Angebote decken nicht die verhaltensbezogenen Bedarfe, die zum Umgang mit gesunder Ernährung von den Expert*innen für alle Personengruppen beschrieben werden.

Oft werde in den Familien wenig selbst gekocht, da es bspw. gerade für arbeitende Alleinerziehende schwer möglich sei. Migrant*innen würden noch eher selbst kochen, da in den migrantischen Familien das gemeinsame Essen als wichtiger bewertet würde.

Die Expert*innen schildern, dass sich viele Kinder und Jugendliche zu einem großen Teil von Fertigprodukten ernähren.

- **Gesund und günstig Kochen mit jungen Eltern:**

Hier geht es um Angebote mit dem Fokus auf gesundem Essen zu geringen Kosten, inklusive praktischen Strategien zu Einkauf und Konservierung. In Kooperation mit einem Kinder- und Jugendhaus könnte ein Familienfrühstück organisiert werden, welches unter Begleitung eines/r Ernährungsexpert*in gemeinsam von Eltern und Kindern zubereitet wird. Ein spezieller Kochkurs für junge Eltern von Säuglingen und Kleinkindern wäre ein geeignetes Format, um besonders frühzeitig für das Thema gesunde Ernährung zu sensibilisieren.

- **Gesunde Ernährung für Jugendliche**

In Zusammenarbeit mit Jugendhäusern sollen partizipative Kochkurse inkl. Informationen über gesunde, individuell passende Ernährung erarbeitet werden. Mit den pädagogischen Fachkräften können Jugendliche Ernährungsthemen auswählen, die sie interessieren. Gemeinsam mit Ernährungsexpert*innen bereiten sie die selbst gewählten Gerichte zu und erhalten Informationen zu dem jeweiligen Ernährungsthema (bspw. Fitness und Ernährung, Fette, Kohlenhydrate und Zucker, Gesundes Abnehmen etc.). Im Anschluss werden die Gerichte gemeinsam in geselliger Runde gegessen.

5.1.3. Seelische Gesundheit und Suchtprävention

Psychische Probleme werden von den Expert*innen in allen Zielgruppen wahrgenommen. Um der Zunahme an psychischen Belastungen und Erkrankungen mittels fundierter Beratung und therapeutischen Angeboten begegnen zu können, fehlt es im Projektgebiet an entsprechenden Einrichtungen. Institutionen in der Gesamtstadt werden häufig nicht aufgesucht. Der Bedarf an Präventionsangeboten in diesem Bereich wurde mehrfach genannt. Für die Entwicklung von Maßnahmen muss der Bedarf jedoch weiter konkretisiert werden – sowohl mit den Fachkräften in den Einrichtungen vor Ort, als auch mit Bewohner*innen. Dabei ist noch näher zu bestimmen, welche Maßnahmen entwickelt und ggf. in Zusammenarbeit mit weiteren medizinischen, psychologischen oder sozialpädagogischen Anbietern und Diensten vor Ort umgesetzt werden sollten.

Bisher hat es im Projektgebiet Fortbildungen für Mitarbeiter*innen im Umgang mit traumatisierten Personen gegeben. Ein weiterer Ausbau solcher Angebote wird als dringend notwendig beschrieben.

Im Rahmen der präventiven Kinder- und Jugendhilfe gibt es vom Jugendamt der Stadt Nürnberg bereits unterschiedliche Angebote zur Suchtprävention. Weiteren Bedarf sehen die Expert*innen bei Angeboten, welche die Problematik illegaler Drogen thematisieren sowie die Computer- und Glücksspielsucht. Dabei wurde in den Experteninterviews und Gesprächen vor Ort angemerkt, dass dies durch den Einbezug von Personen, die selbst davon betroffen sind/waren bzw. von Personen aus der gleichen Zielgruppe, am besten gelingen kann.

5.1.4. Gesundheits- und Erziehungsberatung

Wie bereits in Kapitel 4.4 beschrieben finden sich im Quartier verschiedene Möglichkeiten, Informationen und Beratung zu gesundheitsbezogenen Alltagskompetenzen zu erhalten. Dennoch wurden seitens der Expert*innen weitere Bedarfe hinsichtlich Beratungs- und Informationsmöglichkeiten benannt:

- Beratungsstellen zu psychischer Krankheit / Gesundheit
- Erweiterte Angebote für Jugendliche in (psychosozialen) Krisen
- Die Einrichtung einer städtischen Erziehungsberatungsstelle, da zentrale Stellen aufgrund der weiten Distanz häufig nicht aufgesucht werden
- sozialpädagogisch begleitete Gruppen für Alleinerziehende

- Beratungsangebote zum deutschen Gesundheitssystem für Personen mit Migrationshintergrund; Fokus auf die Wissensvermittlung bzgl. des Krankenversicherungssystems sowie der unterschiedlichen Zuständigkeitsbereiche im Gesundheitssystem

Als Ansatzpunkte für die konkrete Maßnahmenplanung sollten Akteure aus dem psychosozialen Bereich zusammengebracht werden, um die Bedarfe von Kindern und Jugendlichen zu konkretisieren und vorhandene Potenziale aufzuspüren und nutzbar zu machen. Darüber hinaus sollte im Stadtteil das Bewusstsein für die spezifischen Lebenswelten und –realitäten von Kindern und Jugendlichen aus prekären Verhältnissen und/oder mit psychisch belasteten Eltern(teilen) weiter gestärkt werden, so dass lokale Institutionen und Akteur*innen mit ihren Ressourcen unterstützend handeln können.

5.2. Empfehlungen für verhältnisbezogene Bedarfe

Neben den verhaltensbezogenen sollen verhältnisbezogene Maßnahmen mit dem Ziel der Reduktion ungleicher Gesundheitschancen konzipiert werden. Diese erfordern intersektoral geplante und abgestimmte Aktivitäten unterschiedlicher Abteilungen und Ämter. Oft kann

die kommunale Gesundheitsförderung hier nicht eigenständig Maßnahmen entwickeln, so wie zum größten Teil bei verhaltenspräventiven Angeboten. Somit ist die kommunale Gesundheitsförderung auf die Unterstützung von Netzwerken und Partner*innen im Stadtteil an-



gewiesen, um gemeinsam vor Ort Verhältnisse zu verändern. Die Aufgabe liegt hier darin, auf Wirkmechanismen in der Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit hinzuweisen und in fach-

lichen wie politischen Diskussions- und Entscheidungszusammenhängen in den Fokus zu rücken.

5.2.1. Zugang zu gesunden Nahrungsmitteln

Im Hinblick auf die Nahraumversorgung ist die Möglichkeit, im Stadtteil qualitativ hochwertige Lebensmittel zu erwerben, vor allem den Wohngebieten am Rande Langwassers sehr begrenzt. Weder die Nahversorgung durch den Einzelhandel noch Imbisse, die gesundes Streetfood anbieten, sind dort angesiedelt. Da gerade in einigen Teilen Langwassers viele Bewohner*innen in finanziell prekären Verhältnissen leben und/oder durch ihr Alter oder ihren gesundheitlichen Zustand nur eingeschränkt mobil sind, wird in den Experteninter-

views häufig auf die Notwendigkeit hingewiesen, verhältnispräventiv verbesserte Zugänge zu günstigem und gesundem Essen zu gewährleisten:

- Gerade für ältere Personen gestaltet sich die Nahraumversorgung mit Lebensmitteln schwierig, es gibt weder Wochenmärkte in den einzelnen Bezirken und kaum Lebensmittelgeschäfte.
- In Langwasser gibt es keinen Biomarkt, nur ein sehr hochpreisiges Reformhaus im Frankencenter.

5.2.2. Gesundheitsversorgung

Die Versorgung mit Ärzt*innen wird in den Experteninterviews als gut beschrieben. Es gibt ein Ärztehaus und das Klinikum Süd mit den Fachambulanzen. Die Versorgung mit Hausärzt*innen sei ebenso angemessen. Ebenfalls gebe es ausreichend Praxen der weiteren gesundheitlichen Versorgung, wie etwa Physiotherapeut*innen. Jedoch gibt es in Langwasser zum Zeitpunkt der Befragung nur drei Kinderärzt*innen, dadurch ist die pädiatrische Versorgung laut den Expert*innen nicht ausreichend gegeben. Gerade bei den Familien mit geringen finanziellen Ressourcen könne ein schlechterer Gesundheitszustand beobachtet werden, sowohl an der schlechteren Zahngesundheit als an einer gehäuften Erkrankungsrate der Kinder.

Ein besonders wichtiges Thema ist in Langwasser die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Es bedarf einerseits einer Versorgung im psychosozialen sowie im psychiatrischen/neurologischen Bereich, und darüber hinaus einer besseren Vernetzung zwischen KJÄD, Schulen und Ärzt*innen. Die Jugendsozialarbeiter*innen an den Schulen kompensierten derzeit die mangelnden Kooperationen.

Hinsichtlich der Verhältnisprävention im Bereich der seelischen Gesundheit über alle Altersgruppen hinweg wurden folgende Bedarfe benannt:

- Eine verbesserte Ausstattung mit Psychotherapeut*innen, Neurolog*innen und Psychiater*innen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Langwasser;
- Zusätzliche Angebote in der ambulanten jugendpsychotherapeutischen Versorgung, da die vorhandenen Angebote des Nordklinikums aufgrund der weiten Fahrtwege nicht wahrgenommen werden;
- Ausbau der Kooperationen und Vernetzungen zwischen KJÄD, JAS/Schulen, Beratungsstellen und Ärzt*innen;
- Beratungsstellen für Personen mit Suchterkrankungen, da die Suchtproblematiken nicht ambulant versorgt werden können (v.a. Alkoholprobleme);
- Niedrigschwellige Beratungsstellen zu den Themen Gesundheit, Altersarmut und (drohende) Wohnungslosigkeit.

5.2.3. Stärkung des Gemeinwesens

Die Expert*innen schildern trotz einer hohen Wohnortbindung der Bewohner*innen einige Problemfelder im Quartier. So seien die hohen Wohnkosten für viele eine starke Belastung und das Thema der Obdachlosigkeit würde zu wenig beachtet. Auf dem Heinrich-Böll-Platz habe sich eine „Trinker*innenszene“ etabliert, bei denen die Expert*innen erhöhte gesundheitliche Bedarfe vermuten. Darüber hinaus fühlten sich andere Bewohner*innen durch die Anwesenheit dieser im subjektiven Sicherheitsgefühl beeinträchtigt. Die Wiese neben dem Heinrich-Böll-Platz würde für die Verrichtung der Notdurft benutzt.

Bezüglich des öffentlichen sozialen Lebens seien in Langwasser sowohl für Erwachsene als auch Jugendliche außerhalb des Franken-Centers zu wenige Restaurants und Cafés vorhanden. Im Gemeinschaftshaus gibt es nun zusätzlich seit der Wiedereröffnung 2021 im Foyerbereich einen „Dritten Art“ – eine „Stadtteilwohnzimmer“ zur zwanglosen und konsumfreien Begegnung und als niedrigschwelliges Angebot für Stadtteilbewohner*innen, die aktiv werden wollen. Über diese zentralen Treffpunkte hinaus gäbe es jedoch kaum weitere in der Breite des Stadtteils. Die vier evangelischen und katholischen Kirchen seien nicht als soziokulturelle Treffpunkte konzipiert. Hervorzuheben sei, dass Langwasser laut den Expert*innen heterogener als andere Stadtteile wahrgenommen werde und es gäbe eine gute Durchmischung der sozialen Schichten. Diese Ressource biete die Möglichkeit, an Stärken und Kompetenzen im Stadtteil anzuknüpfen.

Aufgrund der erwarteten Verjüngung des Stadtteiles in den nächsten Jahren und des Wohnraummangels ist seitens der Stadt Nürnberg eine weitere Nachverdichtung des Stadtteils geplant, über die Bewohner*innen und Interessierte in Informationsveranstaltungen informiert werden.

Vor diesem Hintergrund wurden folgende Bedarfe für Langwasser beschrieben:

- Niedrigschwellige Treffpunkte, an denen Kinder attraktive Gelegenheiten zur Bewegung vorfinden;
- Entwicklung von dezentralen gastronomischen Angeboten, die zusätzliche Begegnungsmöglichkeiten im Quartier schaffen;
- Organisierte Stadtteilaktivitäten, die psychosoziale Aspekte der Gemeinschaft und Solidarität fördern
- Begegnungsmöglichkeiten für Personen unterschiedlicher sozialer Schichten sei wünschenswert und solle weiterhin auf verschiedenen Ebenen gefördert werden;
- Stärkung der Solidarität zwischen den kirchlichen Gemeinden: Dies wird als große Aufgabe der kirchlichen Träger angesehen;
- Stärkere Einbindung kirchlicher Akteur*innen in die Stadtteilnetzwerke.

5.2.4. Soziale Infrastruktur

Insgesamt sind zwar in Langwasser eine Reihe von sozialarbeiterischen Akteur*innen präsent und aktiv. Gleichzeitig haben aber viele Einrichtungen Schwierigkeiten, auf die steigende Anzahl und wachsende Komplexität der Problemlagen zu reagieren. Gestiegene Anforderungen an die Einzelnen Akteur*innen können durch Austausch innerhalb der Netzwerke nicht abgefangen werden.

In den Einrichtungen der Kindertagesbetreuung insbesondere im frühkindlichen und Kindergartenbereich z.B. gibt es die Sorge, dass aus Personalmangel die über die Basisarbeit hinaus erforderliche Förderung und adäquate Betreuung besonderer Bedarfe zu kurz komme. In

den Expert*inneninterviews wurde angemerkt, dass viele Familien im Stadtteil durch eine Kombination aus den belastenden Feldern der Arbeitslosigkeit, Scheidung/Trennung, Krankheit und Gewalt und häufig mehrfach belastet sind. Gerade bei diesen Kindern könnte sich die Betreuung außer Haus positiv auf Psyche und Wohlbefinden sowie Verhalten auswirken.

Die regelmäßige Finanzierung von Angeboten gestalte sich schwierig. Gerade für Gesundheitsangebote fehlen oft finanzielle Ressourcen. Ideen seien genug vorhanden und es könnte noch viel mehr angeboten werden. Zwar gibt es im Stadtteil immer wieder sehr viele Projekte und Angebote, jedoch fehlen oftmals Ressour-

cen, um deren Nachhaltigkeit zu gewährleisten. Bestehende Angebote sind oft auf Spenden angewiesen und ohne diese nicht aufrecht zu halten. Eine Verstetigung und Institutionalisierung kann daher oftmals nicht stattfinden, was

zu hoher Personalfluktuation führt und eine kontinuierliche professionelle Bearbeitung der Problemlagen erschwert.

5.2.5. Umwelt und Wohnen

Die Umgebung in Langwasser ist insgesamt von sehr vielen Grün- und Freiflächen geprägt, die zu einem großen Teil von Wiesen und altem Baumbestand charakterisiert sind.

Im Rahmen der Expert*inneninterviews werden dennoch der Mangel an gut ausgebauten und modernen Spielplätzen und -flächen angesprochen, die Park- und Grünflächen in Langwasser sind zu einem großen Teil naturbelassen und als Aufenthaltsort wenig attraktiv. Trotz der vielen

Grünflächen fehlt es an größeren, öffentlichen (Grün-)Flächen, die für öffentliche Veranstaltungen oder Feiern genutzt werden könnte.

Insgesamt wird konstatiert, dass es dem grünen und weitläufigen Stadtteil vor allem an Begegnungsflächen mangelt, die Grünflächen und Parkanlagen seien nicht als soziale Räume angelegt und förderten keine Begegnungen.

6. Fazit und Ausblick

Das Projekt „Gesundheit für alle im Stadtteil“ hat auf der Basis einer ausführlichen Bedarfsanalyse in vier Projektgebieten Maßnahmen und Angebote zur Förderung der Gesundheit der Bewohner*innen konzipiert und umgesetzt. Für das Projektgebiet Langwasser haben die Bedarfsanalyse und bereits vorhandene quantitative Befragungsdaten die räumlichen Kontextbedingungen und die sozioökonomische Lage der Bevölkerung im Stadtteil sichtbar gemacht und die gruppenspezifische gesundheitliche Situation sowie das Gesundheitsverhalten der Bewohner*innen aufgezeigt.

In und um Langwasser sind zwar viele sozialräumliche sowie strukturelle Potenziale vorhanden - wie beispielweise weitläufige Grünflächen und Waldgebiete - diese sind für viele Bewohner*innen jedoch unattraktiv und werden kaum genutzt. Gleichzeitig führt der Mangel an nichtkommerziellen Treffpunkten in den Randgebieten des Stadtteils zu fehlenden Begegnungsmöglichkeiten für die dortigen Bewohner*innen. Die Grün- und Freiflächen im Rahmen von Maßnahmen zu nutzen und als soziale Räume zu etablieren (zumindest in den Sommermonaten) sollte zukünftig im Fo-

kus stehen. Zusätzlich fehlt eine wohnortnahe Nahversorgungsinfrastruktur für mobilitätseingeschränkte Bewohner*innen in den peripheren Teilen des Stadtteils.

Die bereits bestehende Netzwerkarbeit, die für das Gelingen des Projektes und zur nachhaltigen Verankerung der Gesundheitsförderung im Projektgebiet beigetragen hat, besteht bereits lange im Stadtteil und stellt für Akteur*innen in Langwasser eine wichtige Ressource dar.

Während der Projektlaufzeit hat sich gezeigt, dass es wichtig ist, Maßnahmen kontinuierlich anzubieten, damit sich diese in der öffentlichen Wahrnehmung etablieren und von einem sich erweiternden Kreis der Stadtteilbewohner*innen genutzt werden.

Im raum- und umweltbezogenen Bereich kann der Austausch zur gesundheitsbezogenen Stadtentwicklung mit den entsprechenden Akteur*innen und Dienststellen erweitert und fortgeführt werden. Dabei sollte ein gesamtstädtisches, kleinräumiges Screening-Modell zur Identifikation von kumulierten (umweltbezogenen und sozialen) Belastungen in Sozialräumen zusammen mit anderen Ämtern und unter universitärer Begleitung entwickelt



werden, um Mehrfachbelastungen in Nürnberg zu identifizieren und grafisch darzustellen. Die vorliegenden Gesundheitsprofile sind ein beispielhafter Beitrag zu einem kleinräumigen Gesundheitsmonitoring. Das von der Bochumer Hochschule für Gesundheit entwickelte SUHEI-Modell (Spatial Urban Health Equity Indicators) ist als Basis für weitere Überlegungen zu einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung unter besonderer Berücksichtigung sozialer Ungleichheiten im Bereich der Gesundheit zweckdienlich (Flacke & Köckler, 2015).

Es gilt zu diskutieren, wie Gesundheit und Prävention als kommunales Querschnittsthema angelegt und verstetigt werden kann, um zukünftig die Lebensbedingungen, Gesundheitschancen und Lebensqualität der Bewohner*innen der Stadt Nürnberg besonders in den sozial belasteten Gebieten zu verbessern. Vor dem Hintergrund sich verschärfen-

der sozialer, klimatischer und wirtschaftlicher Bedingungen ist es wichtig, große Ziele abzustecken und diese stets im Auge zu behalten: Eine effektive Gesundheitsförderung mit dem Ziel der Verringerung gesundheitlicher und sozialer Ungleichheit, die im Lebensumfeld der Stadtbewohner*innen ansetzt, kann als Investition in die zukünftige Sicherung des sozialen Friedens und des Sozialsystems betrachtet werden. So können Strategien in diesem Bereich u.a. zur verbesserten Vermittlung von Personen in Arbeitslosigkeit beitragen, gesundheitliche Folgekosten reduzieren, den sozialen Zusammenhalt stärken, die Lebensqualität in der Kommune und deren Produktivitäts- und die Leistungskraft verbessern.

Wir wünschen in diesem Sinne allen Engagierten im Stadtteil weiterhin frohen Mut und gutes Gelingen!

I. Abkürzungsverzeichnis

BgA	Bürgermeisteramt
BV	Bürgerversammlungsbereich
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Gh	Gesundheitsamt
JHA	Jugendhilfeausschuss
KIGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KJÄD	Kinder- und Jugendärztlicher Dienst
LGL	Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
Ref V	Referat für Jugend, Familie und Soziales
SEU	Schuleingangsumtersuchung
StA	Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth
UwA	Umweltamt
WoHaus 2015	Wohnungs- und Haushaltserhebung Leben in Nürnberg 2015
ZGD	Zahngesundheitsdienst des Gesundheitsamts

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Erklärungsmodell gesundheitlicher Ungleichheit	9
Abbildung 2: Regenbogenmodell der Gesundheit	10
Abbildung 3: Public Health-Action Cycle	11
Abbildung 4: Übersicht gesundheitsbezogener Daten zu Bevölkerung, Soziales und Umwelt	12
Abbildung 5: Datenübersicht zu Gesundheit und Gesundheitsverhalten	13
Abbildung 6: Karte - Lage der Projektgebiete in der Stadt	16
Abbildung 7: Karte - Projektgebiet Langwasser	18
Abbildung 8: Karte - Grün- und Freiflächen in Langwasser	28
Abbildung 9: Klimafunktionskarte	30
Abbildung 10: Karte - Straßenlärmbelastung im Tagesmittel	31
Abbildung 11: SEU - Körnergewicht	40
Abbildung 12: SEU - Schwierigkeiten beim Zeichnen geometrischer Formen	42
Abbildung 13: SEU - Störungen der sprachlichen Entwicklung	42
Abbildung A2: Perzentile für den BMI (in kg/m ²) von Mädchen im Alter von 0 bis 18 Jahren	64
Abbildung A3: Gebietszuschnitt der Stadterneuerung St. Leonhard / Schweinau	65

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Interviewte Expert*innen nach Zielgruppe, Einrichtung und Funktion	14
Tabelle 2: Statistische Bezirke, Sozialraumtypen, Schulsprengel	17
Tabelle 3: Bevölkerungsdichte	19
Tabelle 4: Bevölkerungsveränderung	19
Tabelle 5: Haushaltsformen	20
Tabelle 6: Migrationshintergrund	21
Tabelle 7: Geflüchtete	21
Tabelle 8: Arbeitslosigkeit und Transferleistungsbezug	23
Tabelle 9: WoHaus 2015 - Schwierigkeiten, Rechnungen zu bezahlen	24
Tabelle 10 : Wahlbeteiligung Bundestagswahl 2021 und Stadtratswahl 2020	25
Tabelle 11: Baustruktur	26
Tabelle 12: WoHaus 2015 - Bewertung der Wohnsituation	27
Tabelle 13: WoHaus 2015 - Bewertung Parks/Grünflächen im Wohnumfeld	29
Tabelle 14: WoHaus 2015 - Subjektive Wahrnehmung Lärm- und Luftbelastung	32
Tabelle 15: Wohndauer an einer Adresse im Projektgebiet	34
Tabelle 16: WoHaus 2015 - Bindung an den Stadtteil	34
Tabelle 17: WoHaus 2015 - Bewertung der Nachbarschaft	35
Tabelle 18: SEU - Anzahl untersuchter Kinder im Projektgebiet Langwasser	40
Tabelle 19: ZGD - Anzahl untersuchter Kinder im Projektgebiet Langwasser	44
Tabelle 20: WoHaus 2015 - Subjektive Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustands	45
Tabelle 21: WoHaus 2015 - Subjektive Einschätzung der gesundheitlichen Situation	46
Tabelle 22: WoHaus 2015 - Angaben zum Gesundheitsverhalten	47
Tabelle A1: Bevölkerungsstruktur: Geschlecht und Alter	62
Tabelle A2: Einschätzung gesundheitliche Situation	63

IV. Literaturverzeichnis

- Altgeld, T. (2011), Finanzierung der Gesundheitsförderung, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Hamburg: Verlag für Gesundheitsförderung, 79–83.
- Babisch, W. (2011). Quantifizierung des Einflusses von Lärm auf Lebensqualität und Gesundheit. UMID: Umwelt und Mensch - Informationsdienst (1), 28–36.
- Bauer, U., Bittlingmayer, U. H. & Richter, M. (Hrsg.). (2008). Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit (1. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Baumeister, H., Rüdiger, A., Köckler, H., Claßen, T., Hamilton, J., Rühweiler, M. et al. (2019). Leitfaden Ge-sunde Stadt. Hinweise für Stellungnahmen zur Stadtentwicklung aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst. Bielefeld. Verfügbar unter: https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/service/Pub/2019_dflzg-nrw_leitfaden_gesunde_stadt_2019.pdf [Letzter Zugriff: 20.10.2022]
- Berkman, L. F. & Glass, T. (2000). Social Integration, Social Networks, Social Support. In Berman, L. F. & Kawachi, I. (Hrsg.), Social Epidemiology (S. 137–173). Oxford: University Press.
- Berman, L. F. & Kawachi, I. (Hrsg.) (2000), Social Epidemiology. Oxford: University Press.
- Bolte, G. Bunge, C., Hornberg, C., Köckler, H. & Mielck, A (2012) Umweltgerechtigkeit. Bern: Huber Verlag
- Brähler, E.; Kiess, J. & Schubert, C. (Hrsg.). Gesund und gebildet. Voraussetzungen für eine moderne Gesell-schaft. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Brauckhoff, G., Kocher, T., Hotfreter, B., Bemhardt, O., Splieth, C., Biffar, R. et al. (2009). Mundgesund-heit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Nr. 47. Berlin. Verfügbar unter www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/mundgesundheit.pdf?__blob=publicationFile
- Bridge, C., Flatau, P., Whelan, S., Wood, G. & Yates, J. (2003). Housing Assistance and Non-Shelter Outcomes. Final Report no. 40. Melbourne.
- Bucksch, J., Claßen, T., Geuter, G. & Budde, S. (2012). Bewegungs- und Gesundheitsförderliche Kommune – Evidenzen und Handlungskonzept für die Kommunalentwicklung – ein Leitfaden. Bielefeld.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). (2017). Lebenslagen in Deutschland. Der fünfte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Kurzfassung. Verfügbar unter: https://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/SharedDocs/Downloads/Berichte/5-arb-kurzfassung.pdf?__blob=publicationFile&v=4 [Letzter Zugriff: 20.10.2022]
- Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (Hrsg.). (2015). Grün in der Stadt - Für eine lebenswerte Zukunft. Dokumentation des Kongresses am 10. und 11. Juni 2015 in Berlin. Berlin. Verfügbar unter https://www.gruen-in-der-stadt.de/sites/default/files/downloads/doku_kongress_2015.pdf
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (Hrsg.). (2018). Bewegung fördert die Gesundheit. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA)(Hrsg.). (2012). Leitfaden Qualitätskriterien zur Planung, Umsetzung und Bewertung von Maßnahmen mit dem Fokus auf Bewegung, Ernährung und Umgang mit Stress. Köln. Verfügbar unter: https://queb.eu/res/Leitfaden_QS_BZgA.pdf [Letzter Zugriff: 20.10.2022]
- Bürgermeisteramt (BgA) - Bildungsbüro (2017). Bildung in Nürnberg 2017. Vierter Bildungsbericht der Stadt Nürnberg. Verfügbar unter: https://www.nuernberg.de/imperia/md/bildungsbuero/dokumente/bb171207_01.pdf [Letzter Zugriff: 20.10.2022]
- Busch, M. A., Schienkiewitz, A., Kroll, L. E., Goesswald, A. & Lampert, T. (2015). Trends in social inequalities in the prevalence of major cardiovascular disease among adults in germany. European Heart Journal, 36, 639.
- Butterworth, I. (2000). The Relationship Between the Built Environment and Wellbeing: a literatur review. Zugriff am 27.11.2018. Verfügbar unter http://www.vichealth.vic.gov.au/~/media/ProgramsandProjects/PlanningHealthyEnvironments/%20Attachments/built_environment
- Clark, A., DesMeules, M., Luo, W. et al. Socioeconomic status and cardiovascular disease: risks and implica-tions for care. Nat Rev Cardiol 6, 712–722 (2009).
- Claßen, T. (2013). Lärm macht krank! - Gesundheitliche Wirkungen von Lärmbelastung in Städten. Informa-tionen zur Raumentwicklung, 3, 223–234.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Rainbow model of health. In: European Health Policy conference: opportunities for the future (Vol. 11).

- Engels, D. (2004). Armut, soziale Ausgrenzung und Teilhabe an Politik und Gesellschaft. Hrsg.: Otto-Blume-Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e.V. Köln. Verfügbar unter: <https://www.isg-institut.de/download/Partizipation-Bericht.pdf> [Letzter Zugriff: 20.10.2022]
- Finger, J. D., Varnaccia, G., Borrman, A., Lange, C. & Mensink, G. B. (2018). Körperliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3 (1), 24–31.
- Flacke, J., Köckler, H. (2015): Spatial urban health equity indicators – a framework-based approach supporting spatial decision making. In: Özcevik, Ö., Brebbia, C.A., Sener S. (Hrsg.): Sustainable development and planning VII (S.365-376). Southampton.
- Fromm, S., Rosenkranz, D., Didyk, O. & Georgi, G. (2018). Institutionalisierte und informelle Nachbarschaftshilfe in Nürnberg. Situationsanalyse und Potenziale. Abschlussbericht - Zusammenfassung. Nürnberg: Technische Hochschule Nürnberg Georg Simon Ohm.
- Fröhbuß, J. & Schäfer, M. (2009). Ungleichheit in der Mundgesundheit. Herausforderungen an den öffentlichen Gesundheitsdienst. Prävention und Gesundheitsförderung, 42 (2), 105–112.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2021). Leitfaden Prävention nach § 20 Abs. 2 SGB V und Leitfaden Prävention nach § 5 SGB XI. Zugriff am 27.10.2019. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praevention_leitfaden/2021_Leitfaden_Pravention_komplett_P210177_barriere-frei3.pdf [Letzter Zugriff: 20.10.2022]
- Greiner, W., Batram, M., Damm, O., Scholz, S., Witte, J., Kuntz, B. et al. (2018). Kinder- und Jugendreport 2018. Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Schwerpunkt: Familiengesundheit. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsfor- schung Nr. 23. Bielefeld. Verfügbar unter <https://www.dak.de/dak/download/dak-kinder-und-jugendreport-2018-2002322.pdf>
- Haverkamp, F. (2012). Gesundheit und soziale Lage: Herausforderung für eine inclusive Gesund- heitsversorgung. In Huster, E.-U.; Boeckh J. & Mogge-Grotjahn, H. (Hrsg.), Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung (2., überarb. und erw. Aufl., S. 365–382). Wiesbaden: Springer VS.
- Heidemann, C., Kroll, L., Icks, A., Lampert, T. & Scheidt-Nave, C. (2009). Prevalence of known diabetes in German adults aged 25-69 years: results from national health surveys over 15 years. *Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association*, 26 (6), 655–658. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2009.02739.x>
- Hilker, A. & Krug-Auerochs, S. (2012). Grün- und Freiraumkonzept Weststadt. Nürnberg.
- Hoebel, J.; Kuntz, B.; Kroll, L.E.; Finger, J.D.; Zeiher, J.; Lange, C.; Lampert, T. (2018). Trends in Absolute and Relative Educational Inequalities in Adult Smoking Since the Early 2000s: The Case of Germany. *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 20 (3), 295–302.
- Hornberg, C.; Claßen, T.; Steckling, N.; Samson, R.; McCall, T.; Tobollik, M.; Mekel, O.; Terschüren, C.; Schillmöller, Z.; Popp, J.; Paetzelt, G.; Schümann, M. (2013). Quantifizierung der Auswirkun- gen verschiedener Umweltbelastungen auf die Gesundheit der Menschen in Deutschland unter Berücksichtigung der bevölkerungsbezogenen Expositionsermittlung - (Verteilungsbasierte Analyse gesundheitlicher Auswirkungen von Umwelt-Stressoren, VegAS) (Schriftenreihe Um- welt & Gesundheit, 1/2013). Berlin/Dessau-Roßlau: Umweltbundesamt.
- Hurley, F.; Hunt, A.; Cowie, H.; Holland, M.; Miller, B.; Pye, S.; Watkiss, P. (2005). Service Contract for Carrying out Cost-Benefit Analysis of Air Quality Related Issues, in particular in the Clean Air for Europe (CAFE) Programme. Methodology for the Cost-Benefit analysis for CAFE. AEA Technology Environment, 2 (2), 1–122. Volume 2: Health Impact Assessment.
- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (2017). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung (4., vollständig überarbeitete Auflage, S. 13–24). Bern: Verlag Hans Huber.
- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.). (2017). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförde- rung (4., vollständig überarbeitete Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.
- Huster, E.-U.; Boeckh J. & Mogge-Grotjahn, H. (Hrsg.), Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung (2., überarb. und erw. Aufl., S. 365–382). Wiesbaden: Springer VS.

- Jauernig, H. & Ohdah, D. (2018). So teuer ist Wohnen in Deutschlands Szenevierteln. Verfügbar unter <http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/deutschland-das-sind-die-szeneviertel-in-den-grossstaedten-a-1223648.html> [Letzter Zugriff: 20.10.2022]
- Jordan, A. & Frenzel Baudisch, N. Dr. (2018). Verbesserung der Mund- und Zahngesundheit in Deutschland. *Public Health Forum*, 26(3), 229-231.
- Jungbauer-Gans, M. & Gross, C. (2009). Erklärungsansätze sozial differenzierter Gesundheitschancen. In M. Richter, M & Hurrelmann, K. (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (S. 77–98). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kaplan, G. A., & Keil, J. E. (1993). Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature. *Circulation*, 88(4), 1973-1998.
- Klauer, T., Knoll, N. & Schwarzer, R. (2007). Soziale Unterstützung: Neue Wege in der Forschung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 15(4), 141–142.
- Kroll, L. E. & Lampert, T. (2012). Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. *GBE Kompakt*, 3 (1), 1–8.
- Kroll, L. E., Müters, S. & Lampert, T. (2016). Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. Ein Überblick zum Forschungsstand und zu aktuellen Daten der Studien GEDA 2010 und GEDA 2012. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 59 (2), 228–237.
- Kromeyer-Hauschild, K.; Wabitsch, M.; Kunze, D.; Geller, F.; Geiß, H. C.; Hesse, V.; Hippel, A. von; Jaeger, U.; Johnsen, D.; Korte, W.; Menner, K.; Müller, G.; Müller, J. M.; Niemann-Pilatus, A.; Remer, T.; Schaefer, F.; Wittchen, H.-U.; Zabransky, S.; Zellner, K.; Ziegler, A.; Hebebrand, J. (2001). Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 149 (8), 807–818.
- Krug, S., Finger, J. D., Lange, C., Richter, A. & Mensink, G. B. (2018). Sport- und Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3 (2), 3–22.
- Kuckartz, U. (2014). *Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. Wiesbaden: Springer VS.
- Lampert, T. (2010). Frühe Weichenstellung. Zur Bedeutung der Kindheit und Jugend für die Gesundheit im späteren Leben. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 53 (3), 486–497.
- Lampert, T., Hoebel, J. & Kroll, L. E. (2019a). Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland. Aktuelle Situation und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 4 (1), 3–15.
- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., Finger, J. D., Hölling, H., Lange, M. et al. (2019b). Gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Zeitliche Entwicklung und Trends der KiGGS-Studie. *Journal of Health Monitoring*, 4 (1), 16–40.
- Lampert, T. & Kroll, L. E. (2014). Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. *GBE Kompakt*, 5 (2), 1–14.
- Lampert, T., Kroll, L. E., Kuntz, B. & Hoebel, J. (2018). *Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland und im internationalen Vergleich: Zeitliche Entwicklungen und Trends*. Berlin.
- Lampert, T. & Kuntz, B. (2015). Gesund aufwachsen - Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? *GBE Kompakt*, 6 (1).
- Lampert, T., Kroll, L. E., Lippe, E. von der, Müters, S. & Stolzenberg, H. (2013). Sozioökonomischer Status und Gesundheit. Ergebnisse der Studie zur Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 56(5/6), 814–821.
- Laubstein, C., Holz, G. & Sedding, N. (2016). Armutsfolgen für Kinder und Jugendliche. Erkenntnisse aus empirischen Studien in Deutschland. Zugriff am 27.11.2018. Verfügbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_WB_Armutsfolgen_fuer_Kinder_und_Jugendliche_2016.pdf [Letzter Zugriff: 20.10.2022]
- Law, J., Boyle, J., Harris, F. et al. (1998). Screening for speech and language delay: a systematic review of the literature. *Health Technol Assess* (2). 1-184.
- Louv, R. (2006a). *Vitamin N. The Essential Guide to a Nature-Rich Life*. Chapel Hill: Algonquin Books.
- Louv, R. (2006b). *Last Child in the Woods: Saving our children from nature deficit disorder*. Chapel Hill: Algonquin Books.
- Maller, C., Townsend, M. S., Steger, L., Henderson-Wilson, C., Pryor, A., Prosser, L. (2009). *Health Parks, Healthy People: The Health Benefits of Contact with Nature in a Park Context*. Melbourne: School of Health and Social Development. Deakin University.

- Maron, J., Hunger, M., Kickberger, I., Peters, A. & Mielck, A. (2014). Nimmt die gesundheitliche Ungleichheit zu? Trends beim subjektiven Gesundheitszustand, beim Rauchen und bei Adipositas zwischen 1984/85 und 1999/2000 bei Erwachsenen in Augsburg. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 57 (4), 431–444.
- Mensink, G. B., Schienkiewitz, A., Rabenberg, M., Borrman, A., Richter, A. & Haftenberger, M. (2018). Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3 (1), 32–39. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-007>
- Meuser, M., Nagel, U., (2009): Das Experteninterview — konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In: S. Pickel et al. (Hrsg.), *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft*. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Mielck, A. (2012). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Belege für die zentrale Rolle der schulischen und beruflichen Bildung. In Brähler, E.; Kiess, J. & Schubert, C. (Hrsg.), *Gesund und gebildet. Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft* (S. 129–145). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Moor, I., Günther, S., Knöchelmann, A., Hoebel, J., Pförtner, T.-K., Lampert, T. (2018). Educational inequalities in subjective health in Germany from 1994 to 2014: a trend analysis using the German Socio-Economic Panel study (GSOEP). *BMJ open*, 8 (6).
- Nairz, F.; Heißenhuber, A.; Morlock, G.; Hölscher, G.; Schneider, T.; Hachmeister, A.; Nennstiel-Ratzel, U. (2017). Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen zum Schuljahr 2014/2015 Statistisch-epidemiologischer Bericht. Schuleingangsuntersuchungen in Bayern Band 10
- Nennstiel-Ratzel, U. & Hachmeister, A. (2018). Die Schuleingangsuntersuchung in Bayern. Verfügbar unter: <https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/praevention/kindergesundheit/schuleingangsuntersuchung/index.htm> [Letzter Zugriff: 20.10.2022]
- Neumann, K., Keilmann, A., Rosenfeld, J., Schönweiler, R., Zaretsky, Y., & Kiese-Himmel, C. (2009). Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern: Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (gekürzte Fassung). *Kindheit und Entwicklung*, 18(4), 222-231.
- Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) (Hrsg.). (2016). Ländernotiz Deutschland - Pisa 2015 Ergebnisse. Verfügbar unter: www.oecd.org/berlin/themen/pisa-studie/PISA_2015_Laendernotiz-Deutschland.pdf [Letzter Zugriff: 20.10.2022]
- Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) (Hrsg.). (2018). Better Life Index. Wohnverhältnisse. Verfügbar unter: <http://www.oecdbetterlifeindex.org/de/topics/housing-de/> [Letzter Zugriff: 20.10.2022]
- Oldenhage, M., Daseking, M. & Petermann, F. (2009). Erhebung des Entwicklungsstandes im Rahmen der ärztlichen Schuleingangsuntersuchung. *Gesundheitswesen*, 10(71), 638–647.
- Pfeifer, K.; Banzer, W.; Ferrari, N.; Füzéki, E.; Geidl, W.; Graf, C.; Hartung, V.; Klamroth, S.; Völker, K.; Vogt, L. (2016). Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Erlangen-Nürnberg. Verfügbar unter <https://www.sport.fau.de/files/2016/05/Nationale-Empfehlungen-f%C3%BCr-Bewegung-und-Bewegungsf%C3%BCrderung-2016.pdf>
- Pieper, K. (2010). Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe 2009. Gutachten aus den Bundesländern bzw. Landesstellen. (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege, Hrsg.). Marburg. Verfügbar unter: https://www.daj.de/fileadmin/user_upload/PDF_Downloads/Studie_Korrektur.pdf [Letzter Zugriff: 20.10.2022]
- Poethko-Müller, C., Kuntz, B., Lampert, T. & Neuhauser, H. (2018). Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3 (1).
- Project for public spaces (PPS) (Hrsg.). (o.J.). *What Makes a Successful Place?*. Verfügbar unter: <https://www.pps.org/article/grplacefeat> [Letzter Zugriff: 20.10.2022]
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hrsg.). (2009a). *Gesundheitliche Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (2009b). *Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen*. In Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit* (S. 13–34). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Rosenbrock, Rolf (2017). Prävention, in: Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge (Hg.), Fachlexikon der Sozialen Arbeit, 8., völlig überarbeitete und aktualisierte Auflage, Baden-Baden: Nomos, S. 662–663.
- Rosenbrock, R. & Hartung, S. (2011). Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden (S. 832–834). Werbach-Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Schienkiewitz, A., Brettschneider, A. A., Damerow, S. & Schaffrath Rosario, A. (2018). Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3 (1), 16–23.
- Schllicht, W. (2017). Großstadtpflanzen. *Gesundheit und Gesellschaft*, 20 (6/17), 23–28.
- Schwendicke, F., Dörfer, C. E., Schlattmann, P., Foster Page, L., Thomson, W. M. & Paris, S. (2015). Socioeconomic inequality and caries: a systematic review and meta-analysis. *Journal of dental research*, 94 (1), 10–18. <https://doi.org/10.1177/0022034514557546>
- Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (Hrsg.). (2016). Grundauswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2015. Berlin.
- Stadt Nürnberg - Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth (StA). (2018). Sozialraumtypisierung für Nürnberg und Fürth. Statistischer Monatsbericht für Mai 2018. Nürnberg.
- Stadt Nürnberg - Bürgermeisteramt/Bildungsbüro (BgA) (Hrsg.). (2017). Bildung in Nürnberg 2017. Vierter Bildungsbericht der Stadt Nürnberg. Verfügbar unter: https://www.nuernberg.de/imperia/md/bildungsburo/dokumente/bb171207_01.pdf [Letzter Zugriff: 20.10.2022]
- Stadt Nürnberg - Gesundheitsamt (Gh) (intern). Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen für die Schuljahre 2011/12–2015/16.
- Stadt Nürnberg, (2010). Vorbereitende Untersuchungen Weststadt. Nürnberg. Verfügbar unter https://www.nuernberg.de/imperia/md/stadtplanung/texte/vu_weststadt.pdf
- Stumm, B. & Trojan, A. (1994). Gesundheit in der Stadt. Modelle — Erfahrung — Perspektiven; Frankfurt am Main.
- Umweltbundesamt (Hrsg.). (2016). Verkehrslärm. Verfügbar unter: <https://www.umweltbundesamt.de/themen/verkehr-laerm/verkehrslaerm#textpart-5> [Letzter Zugriff: 20.10.2022]
- Van Suchodoletz, W. (2003). Kinder mit Sprech- und Sprachentwicklungsstörungen. *MMW Fortschritte der Medizin*, 145, 630–635.
- World Health Organisation (WHO) (Hrsg.). (1986). Ottawa-Charter. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
- World Health Organisation Regional Office for Europe & JRC European Commission (WHO & JRC Europe) (Hrsg.). (2011). Burden of disease from environmental noise. Quantification of healthy life years lost in Europe. Kopenhagen. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/136466/e94888.pdf [Letzter Zugriff: 20.10.2022]

V. Anhang

Tab. A1: Bevölkerungsstruktur: Geschlecht und Alter

	PG Langwasser	Gesamtstadt	LW-Nordwest	LW-Nordost	LW-Südost	LW-Südwest
Bevölkerung	32.713	530.222	7.395	6.816	10.199	8.303
Geschlecht						
männlich	46,92%	49,3%	47,0%	47,56%	46,09%	47,28%
Alter in Jahren						
Durchschnittsalter	47 Jahre	43,5 Jahre	47,6 Jahre	46,6 Jahre	46,2 Jahre	47,9 Jahre
Altersgruppen						
0 - unter 3	2,43%	2,81%	2,57%	2,22%	2,45%	2,47%
3 - unter 6	2,73%	2,80%	2,80%	2,63%	2,80%	2,65%
6 - unter 10	3,73%	3,43%	3,33%	4,05%	4,08%	3,38%
10 - unter 15	4,92%	4,15%	4,41%	5,97%	5,43%	3,87%
15 - unter 18	2,89%	2,50%	2,64%	3,67%	3,22%	2,10%
18 - unter 25	6,31%	7,70%	5,58%	6,48%	6,98%	6,00%
25 - unter 30	4,49%	7,50%	4,71%	3,55%	4,52%	5,05%
30 - unter 45	18,11%	22,05%	19,01%	16,01%	17,57%	19,68%
45 - unter 60	19,95%	20,75%	19,97%	20,80%	19,63%	19,62%
60 - unter 65	6,97%	6,12%	6,63%	7,73%	6,69%	6,99%
65 - unter 75	12,00%	9,59%	12,14%	12,82%	11,43%	11,89%
75 - unter 80	5,11%	3,73%	5,49%	4,80%	5,03%	5,14%
80 - unter 85	6,08%	3,87%	6,76%	5,52%	5,43%	6,72%
85 und mehr	4,29%	3,00%	3,96%	3,76%	4,74%	4,46%

Quelle: Amt für
Stadtforschung und
Statistik für Nürn-
berg und Fürth 2021;
Stand 20.07.2022;
eigene Berechnung

Tab. A2: Einschätzung gesundheitliche Situation

	PG Langwasser	Gesamtstadt		
gesundheitsbedingt im Beruf oder zu Hause weniger geschafft				
ja, häufig	13%	58	13%	1069
ja, manchmal	38%	174	33%	2679
nein	49%	224	54%	4387
Gesamt	100%	455	100%	8135
Beeinträchtigung durch Schmerzen				
ja, häufig	20%	92	14%	1171
ja, manchmal	35%	165	36%	2969
nein	45%	209	49%	4040
Gesamt	100%	466	100%	8181
Schwierigkeiten beim Treppensteigen				
ja, häufig	14%	64	10%	810
ja, manchmal	21%	96	16%	1343
nein	66%	309	74%	6028
Gesamt	100%	469	100%	8181
Schwierigkeiten beim Gehen				
ja, häufig	13%	60	9%	715
ja, manchmal	19%	86	16%	1323
nein	69%	320	75%	6145
Gesamt	100%	467	100%	8184
Schwierigkeiten beim Sehen				
ja, häufig	9%	43	7%	602
ja, manchmal	24%	109	20%	1614
nein	67%	311	73%	5937
Gesamt	100%	463	100%	8153
Schwierigkeiten beim Hören				
ja, häufig	5%	21	4%	298
ja, manchmal	14%	64	10%	788
nein	82%	379	87%	7055
Gesamt	100%	464	100%	8140
Schwierigkeiten, weil niedergeschlagen und traurig				
ja, häufig	11%	52	10%	810
ja, manchmal	37%	173	32%	2600
nein	52%	242	58%	4766
Gesamt	100%	466	100%	8175

Quelle: Amt für
Stadtforschung
und Statistik für
Nürnberg und Fürth,
WoHaus 2015

Abb. A1: Perzentile für den BMI (in kg/m²) von Jungen im Alter von 0-18 Jahren

Alter [Jahre]	L	S	P3	P10	P25	P50 (M)	P75	P90	P97
0	1,31	0,10	10,20	11,01	11,81	12,68	13,53	14,28	15,01
0,5	-0,67	0,08	14,38	15,06	15,80	16,70	17,69	18,66	19,72
1	-1,05	0,08	14,58	15,22	15,93	16,79	17,76	18,73	19,81
1,5	-1,28	0,08	14,31	14,92	15,60	16,44	17,40	18,37	19,47
2	-1,45	0,08	14,00	14,58	15,25	16,08	17,03	18,01	19,14
2,5	-1,58	0,08	13,73	14,31	14,97	15,80	16,76	17,76	18,92
3	-1,67	0,09	13,55	14,13	14,79	15,62	16,59	17,62	18,82
3,5	-1,75	0,09	13,44	14,01	14,67	15,51	16,50	17,56	18,80
4	-1,80	0,09	13,36	13,94	14,60	15,45	16,46	17,54	18,83
4,5	-1,85	0,09	13,30	13,88	14,55	15,42	16,45	17,56	18,90
5	-1,88	0,09	13,24	13,83	14,51	15,40	16,46	17,61	19,02
5,5	-1,90	0,10	13,20	13,80	14,50	15,40	16,50	17,71	19,19
6	-1,92	0,10	13,18	13,79	14,51	15,45	16,59	17,86	19,44
6,5	-1,92	0,10	13,19	13,82	14,56	15,53	16,73	18,07	19,76
7	-1,92	0,11	13,23	13,88	14,64	15,66	16,92	18,34	20,15
7,5	-1,92	0,11	13,29	13,96	14,76	15,82	17,14	18,65	20,60
8	-1,91	0,11	13,37	14,07	14,90	16,01	17,40	19,01	21,11
8,5	-1,89	0,12	13,46	14,18	15,05	16,21	17,68	19,38	21,64
9	-1,87	0,12	13,56	14,31	15,21	16,42	17,97	19,78	22,21
9,5	-1,85	0,13	13,67	14,45	15,38	16,65	18,27	20,19	22,78
10	-1,83	0,13	13,80	14,60	15,57	16,89	18,58	20,60	23,35
10,5	-1,80	0,13	13,94	14,78	15,78	17,14	18,91	21,02	23,91
11	-1,77	0,14	14,11	14,97	16,00	17,41	19,24	21,43	24,45
11,5	-1,75	0,14	14,30	15,18	16,24	17,70	19,58	21,84	24,96
12	-1,72	0,14	14,50	15,41	16,50	17,99	19,93	22,25	25,44
12,5	-1,69	0,14	14,73	15,66	16,77	18,30	20,27	22,64	25,88
13	-1,66	0,14	14,97	15,92	17,06	18,62	20,62	23,01	26,28
13,5	-1,63	0,14	15,23	16,19	17,35	18,94	20,97	23,38	26,64
14	-1,61	0,14	15,50	16,48	17,65	19,26	21,30	23,72	26,97
14,5	-1,58	0,14	15,77	16,76	17,96	19,58	21,63	24,05	27,26
15	-1,55	0,14	16,04	17,05	18,25	19,89	21,95	24,36	27,53
15,5	-1,52	0,13	16,31	17,33	18,55	20,19	22,26	24,65	27,77
16	-1,49	0,13	16,57	17,60	18,83	20,48	22,55	24,92	27,99
16,5	-1,47	0,13	16,83	17,87	19,11	20,77	22,83	25,18	28,20
17	-1,44	0,13	17,08	18,13	19,38	21,04	23,10	25,44	28,40
17,5	-1,41	0,13	17,32	18,39	19,64	21,31	23,36	25,68	28,60
18	-1,39	0,13	17,56	18,63	19,89	21,57	23,61	25,91	28,78

Abb. A2: Perzentile für den BMI (in kg/m²) von Mädchen im Alter von 0 bis 18 Jahren

Alter [Jahre]	L	S	P3	P10	P25	P50 (M)	P75	P90	P97
0	1,34	0,10	10,21	10,99	11,75	12,58	13,40	14,12	14,81
0,5	-0,03	0,08	13,86	14,55	15,29	16,16	17,08	17,95	18,85
1	-0,44	0,08	14,14	14,81	15,53	16,40	17,34	18,25	19,22
1,5	-0,71	0,08	13,94	14,59	15,32	16,19	17,16	18,11	19,15
2	-0,92	0,09	13,68	14,33	15,05	15,93	16,93	17,92	19,03
2,5	-1,07	0,09	13,46	14,10	14,82	15,71	16,73	17,76	18,92
3	-1,19	0,09	13,29	13,93	14,64	15,54	16,57	17,64	18,84
3,5	-1,30	0,09	13,16	13,79	14,51	15,42	16,46	17,56	18,81
4	-1,38	0,10	13,06	13,69	14,42	15,33	16,40	17,54	18,85
4,5	-1,46	0,10	13,00	13,64	14,37	15,31	16,41	17,58	18,97
5	-1,52	0,10	12,97	13,61	14,36	15,32	16,46	17,69	19,16
5,5	-1,58	0,10	12,94	13,60	14,36	15,35	16,53	17,83	19,40
6	-1,62	0,11	12,92	13,59	14,37	15,39	16,63	17,99	19,67
6,5	-1,65	0,11	12,93	13,62	14,42	15,48	16,77	18,21	20,01
7	-1,66	0,12	12,98	13,69	14,52	15,62	16,98	18,51	20,44
7,5	-1,65	0,12	13,06	13,80	14,66	15,81	17,24	18,86	20,93
8	-1,64	0,12	13,16	13,92	14,82	16,03	17,53	19,25	21,47
8,5	-1,61	0,13	13,27	14,06	15,00	16,25	17,83	19,65	22,01
9	-1,58	0,13	13,38	14,19	15,17	16,48	18,13	20,04	22,54
9,5	-1,54	0,13	13,48	14,33	15,34	16,70	18,42	20,42	23,04
10	-1,51	0,14	13,61	14,48	15,53	16,94	18,72	20,80	23,54
10,5	-1,47	0,14	13,76	14,66	15,74	17,20	19,05	21,20	24,03
11	-1,43	0,14	13,95	14,88	15,99	17,50	19,40	21,61	24,51
11,5	-1,39	0,14	14,18	15,14	16,28	17,83	19,78	22,04	25,00
12	-1,36	0,14	14,45	15,43	16,60	18,19	20,18	22,48	25,47
12,5	-1,33	0,14	14,74	15,75	16,95	18,56	20,58	22,91	25,92
13	-1,30	0,14	15,04	16,07	17,30	18,94	20,98	23,33	26,33
13,5	-1,27	0,14	15,35	16,40	17,64	19,30	21,36	23,71	26,70
14	-1,25	0,14	15,65	16,71	17,97	19,64	21,71	24,05	27,01
14,5	-1,23	0,14	15,92	17,00	18,27	19,95	22,02	24,35	27,26
15	-1,20	0,14	16,18	17,26	18,53	20,22	22,28	24,59	27,45
15,5	-1,18	0,13	16,40	17,49	18,76	20,45	22,50	24,77	27,57
16	-1,16	0,13	16,60	17,69	18,96	20,64	22,67	24,91	27,65
16,5	-1,13	0,13	16,78	17,87	19,14	20,81	22,82	25,02	27,69
17	-1,11	0,13	16,95	18,04	19,31	20,96	22,95	25,11	27,72
17,5	-1,09	0,13	17,11	18,20	19,47	21,11	23,07	25,20	27,74
18	-1,07	0,12	17,27	18,36	19,62	21,25	23,19	25,28	27,76



Gefördert von:



AOK Bayern
Die Gesundheitskasse.

gesundheitimstadtteil.nuernberg.de