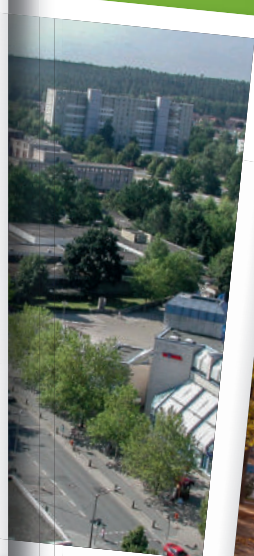


Gesundheitsprofil Röthenbach

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



Röthenbach



Langwasser



St. Leonhard/
Schweinau



Mussenhof/Eberhardshof
Gostenhof



Impressum

Herausgeberin

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

Redaktion

Sarah Hentrich

Projektleitung

Dr. Katharina Seebaß

Projektteam

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

Erscheinungsdatum Dezember 2022

Layout

Haik Strobelt-Schubert, noris inklusion gGmbH

Druck

noris inklusion gGmbH
Braillestraße 27
90425 Nürnberg

Förderung

AOK Bayern - Die Gesundheitskasse



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.



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 Röthenbach	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	29
4.3.4.	Klimatische Situation	30
4.3.5.	Lärm- und Luftbelastung	31
4.3.6.	Mobilität	33
4.4.	Soziale Ressourcen & Soziale Infrastruktur	34
4.4.1.	Bindung an das Viertel und Nachbarschaft	34
4.4.2.	Soziale Infrastruktur und Netzwerke	36
4.5.	Gesundheit und Gesundheitsverhalten	37
4.5.1.	Kinder – Schuleingangsuntersuchung (SEU)	38
4.5.2.	Kinder - Zahngesundheit	43
4.5.3.	Erwachsene	44
5.	Handlungsempfehlungen der dezentralen Gesundheitsförderung zur Kompensation gesundheitlicher Ungleichheit	47
5.1.	Empfehlungen für verhaltensbezogene Bedarfe	47
5.1.1.	Bewegungs- und Entspannungsangebote	48
5.1.2.	Gesunde Ernährung	49
5.1.3.	Seelische Gesundheit und Suchtprävention	49
5.1.4.	Gesundheits- und Erziehungsberatung	50
5.2.	Empfehlungen für verhältnisbezogene Bedarfe	50
5.2.1.	Gesundheitsversorgung	50
5.2.2.	Stärkung des Gemeinwesens	51
5.2.3.	Soziale Infrastruktur	51
5.2.4.	Umwelt und Wohnen	52
6.	Fazit und Ausblick	52
I.	Abkürzungsverzeichnis	54
II.	Abbildungsverzeichnis	54
III.	Tabellenverzeichnis	55
IV.	Literaturverzeichnis	56
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 sozioökonomische 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 abbilden 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

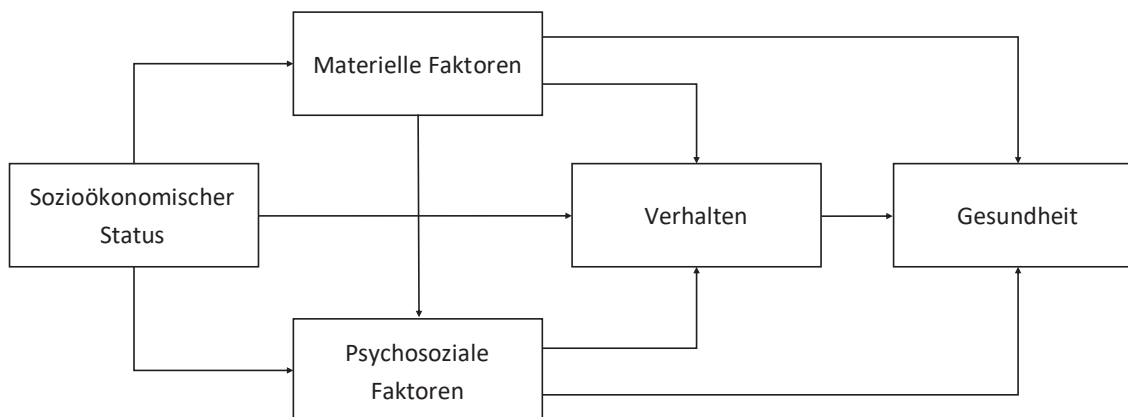
In den vergangenen drei Jahrzehnten haben zahlreiche Studien bestätigt, dass in Deutschland wie auch in anderen wohlhabenden Gesellschaften ein Zusammenhang zwischen

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 sozioökonomischen 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 sozioökonomisch 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 Hesse, 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, Bärenschanze, 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. Deren Basis war die Bedarfsanalyse des Projektes - die Ergebnisse werden in Zusammenschau 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 einzubeziehenden 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 Lärmbelastung, bioklimatischen Situation, Gebäudestruktur und zum Bestand an öffentlichen Grünflächen sowie schließlich qualitative Daten von im Projekt durchgeführten 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 Haushaltszusammensetzung 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 Zahngesundheitsdiensts (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 gebietspezifische soziale und gesundheitliche Problemlagen.

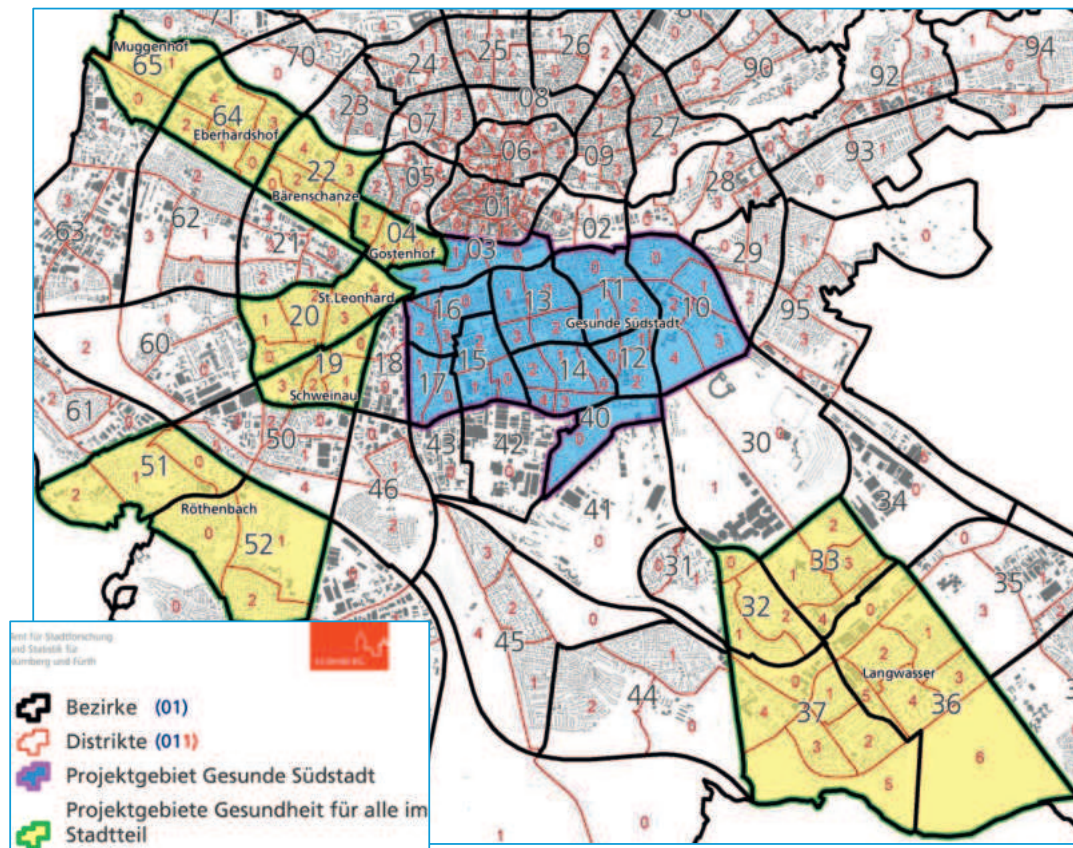
3.3. Projektgebiete in Nürnberg

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



Quelle: Raumbezugssystem 2018 (Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth); Hintergrund: DFK (Amt für Geoinformation und Bodenordnung)

Der besondere soziale und städtebauliche Förderbedarf der Projektgebiete Weststadt, St. Leonhard/Schweinau und Langwasser ist bereits durch die Aufnahme in die städtebaulichen Förderprogramme Stadtbau 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 Bärenschanze	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. Gesundheitliche Lage in Röthenbach



Die Gesundheit von Menschen wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Wie gesundheitsförderlich sich der oder die Einzelne jeweils verhält, ist dabei nur ein Faktor unter vielen. Von mindestens ebenso großer Bedeutung dafür, ob Kinder und Jugendliche gesund aufwachsen und Erwachsene und Senior*innen gesund bleiben, sind ökonomische und soziokulturelle Rahmenbedingungen sowie räumliche Umweltbedingungen, die als

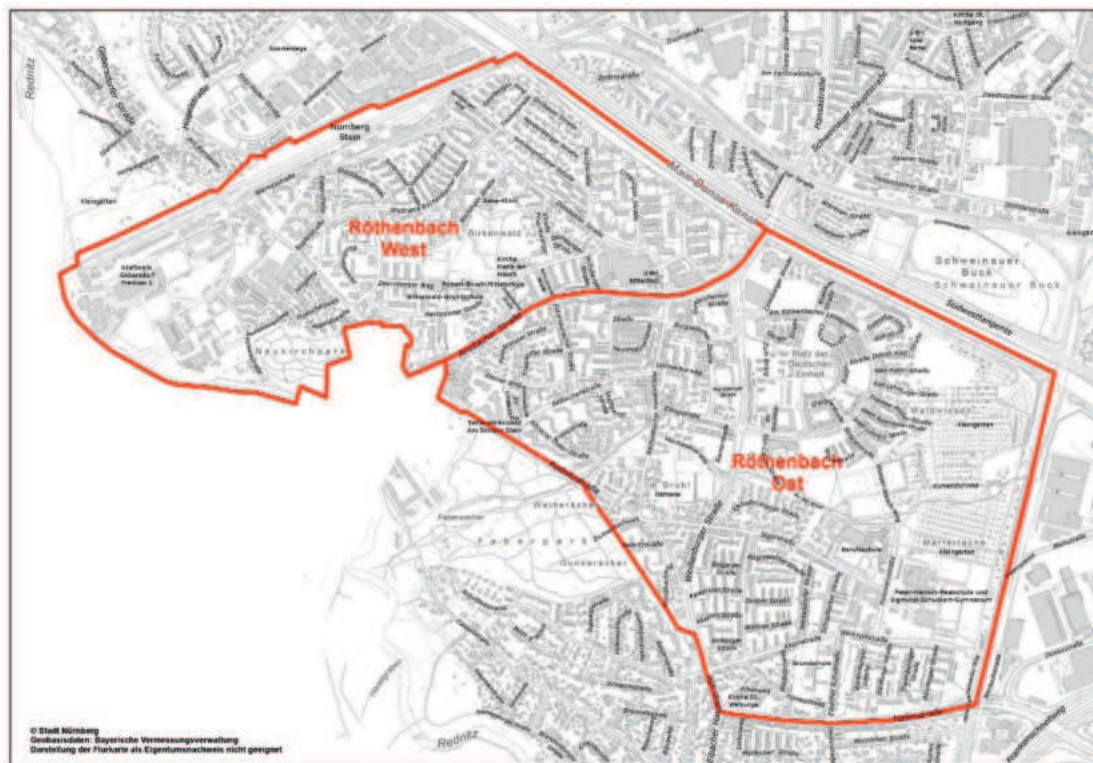
sozialräumliche Kontextbedingungen auf der Ebene des direkten Wohnumfeldes wirken. Diese sozialräumlichen Kontexte sowie Daten zu Gesundheit und Gesundheitsverhalten der Bewohner*innen des Quartiers werden im Folgenden für das Projektgebiet Röthenbach dargestellt. Was genau heißt es für die Gesundheitskoordination, in ein belastetes Quartier zu gehen? Hierüber soll die konkrete Skizze eines „individuellen“ Sozialraums Aufschluss geben

und damit die adäquate lebensweltsensible und zielgruppengerechte Maßnahmenentwicklung zur Verbesserung von Gesundheitsverhältnissen und Gesundheitsverhalten ermöglichen.

Das Projektgebiet Röthenbach am südwestlichen Nürnberger Stadtrand besteht aus den beiden statistischen Bezirken Röthenbach West (51) und Röthenbach Ost (52) (Abbildung 7). Im Nordosten ist das Gebiet durch den Main-Donau-Kanal und die Südwesttangente begrenzt, im Nordwesten durch die S-Bahn-Trasse. Südwestlich wird

das Projektgebiet durch die Rednitz vom Fürther Ortsteil Stein getrennt und grenzt an den Faberpark. Im Süden und Südosten grenzt Röthenbach Ost an den Stadtteil Eibach, den Röthenbacher Bewohner*innen oft zum Nahumfeld zählen. Direkt zwischen den beiden Stadtteilen und gut erreichbar sind ein großes Einkaufszentrum und die U-Bahn-Endhaltestelle „Röthenbach“ sowie ein großer Busbahnhof als Knotenpunkt für die Anbindung in die umliegenden Ortschaften. Mit der S-Bahn und der U-Bahn ist die Innenstadt in zehn Minuten erreichbar.

Abbildung 7: Karte - Projektgebiet Röthenbach



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 364 Hektar insgesamt 21.061 Bewohner*innen, was einer Bevölkerungsdichte von 58 Personen

je Hektar entspricht. Die beiden Bezirke unterscheiden sich hinsichtlich der Bevölkerungsdichte kaum (Tabelle 3).

Tabelle 3: Bevölkerungsdichte

	PG Röthenbach	Gesamtstadt	Röthenbach West	Röthenbach West
Einwohner je ha	58	28	58	59
Fläche in ha	364	18.657	152	212
Einwohner	21.061	530.222	8.625	12.436

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

Von 2012 verzeichnete der Bezirk Röthenbach Ost ein beinahe doppelt so hohes Bevölkerungswachstum wie in der Gesamtstadt, in Rö-

thenbach West hingegen stagnieren die Bevölkerungszahlen (Tabelle 4).

Tabelle 4: Bevölkerungsveränderung

	PG Röthenbach	Gesamtstadt	Röthenbach West	Röthenbach West
Veränderung 2012-2021	+5,3%	+4,0%	+0,8%	+8,5%
Einwohner 2012	19.941	509.004	8.556	11.385
Einwohner 2021	31.285	530.222	2.385	10.392

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

Das Durchschnittsalter in Röthenbach liegt bei 47 Jahren und damit dreieinhalb Jahre über dem Altersdurchschnitt in Nürnberg insgesamt (43,5 Jahre). In Röthenbach West ist die Bevölkerungsdurchschnitt des Alters um 2 Jahre höher als in Röthenbach Ost (48,2 vs. 46,2 Jahre). Im Projektgebiet wohnen überdurchschnittlich viele Menschen im Alter ab 65 Jahren (26,4% vs. 19,5%) (Anhang, Tab. A1).

Im Projektgebiet ist eine vergleichsweise geringere Zahl alleinwohnender Personen festzustellen. In Röthenbach wohnen mit 43,4% der

Erwachsenen allein, in der Gesamtstadt sind es 50,1% (Tabelle 5).

18,5% der Haushalte im Projektgebiet Röthenbach sind Familienhaushalte. Dieser Anteil weicht nicht bedeutsam von dem in der Gesamtstadt ab (17,7%). Auffällig ist dagegen eher, dass sowohl weniger Alleinerziehenden-Haushalte (20,5%) als in der Gesamtstadt (22,1%) als auch ein geringerer Anteil an Familien mit mehr als drei Kindern an den Familienhaushalten (8,1% vs. Gesamtstadt 11,3%) beobachtet werden.

Tabelle 5: Haushaltsformen

	PG Röthenbach	Gesamtstadt	Röthenbach West	Röthenbach West
Einpersonenhaushalte				
Anteil an Gesamt	43,40%	50,1%	45,10%	42,10%
Anteil 18-35 Jahre an Gesamt	8,70%	21,52%	17,70%	17%
davon Männer	59,2%	56,34%	58,10%	60%
Anteil über 65 Jahre an Gesamt	17,3%	13,84%	19,00%	16,10%
davon Männer	28%	30,14%	25,70%	29,10%
Familienhaushalte				
Anteil der Familienhaushalte an Gesamt	18,50%	17,70%	17,40%	19,30%
davon mit mind. 3 Kindern	8,1%	11,30%	9,30%	7,3%
davon Alleinerziehende	20,50%	22,10%	22,20%	19,30%

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

Im Projektgebiet Röthenbach leben viele Menschen mit Migrationshintergrund. Von den Bewohner*innen im Projektgebiet haben 55% 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, im Programmgebiet leben (39%) (Tabelle 6) und vergleichsweise wenige Personen, die eine Nicht-Deutsche Staatsbürgerschaft besitzen

(16% vs. 24,9%). Darunter sind zahlenmäßig Personen mit rumänischen, russischen oder türkischem Migrationshintergrund in Röthenbach am häufigsten vertreten.

Die Expert*innen berichten in den Interviews von einem Zuwachs von russischen und rumänischen Familien, welches möglicherweise mit der Erreichbarkeit des russischen und des rumänischen Kulturzentrums in Röthenbach und einer erstarkenden Community zusammenhängen könnte.

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 Röthenbach	Gesamtstadt	Röthenbach West	Röthenbach West
Deutsche ohne MH	45,3%	51,8%	40,6 %	48,5%
Deutsche mit MH	39%	23,3%	42,4%	36,4%
Ausländer	16%	24,90%	17,1%	15,1%

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

Zum Zeitpunkt der Bedarfserhebung (Stichtag: 31.07.2018) leben 175 Geflüchtete im Projektgebiet in insgesamt vier Unterküften, z.T. an der Grenze zu Eibach verortet. Im Projektgebiet ist der Anteil männlicher Geflüchteter (70,3%) höher als in der Gesamtstadt (62,6%) (Tabelle 7).

Im Vergleich zur Gesamtstadt ist der Anteil an Kindern und Jugendlichen (24%) geringer, der Anteil junger Erwachsener jedoch größer (28,6%). Der Anteil älterer Geflüchteter über 65 Jahren (0,6%) ist im Projektgebiet noch geringer als in der Gesamtstadt (1,2%).

Tabelle 7: Geflüchtete

	2018		2022	
	PG Röthenbach	Gesamtstadt	PG Röthenbach	Gesamtstadt
Geflüchtete	175	6.689	0	10.453
Unterkünfte	4	152	0	53
Geschlecht				
Männer	70,3%	62,6%	0%	42,0%
Frauen	29,1%	37,0%	0%	58,0%
Alter				
0-17	24,0%	32,1%	0%	10,6%
18-25	28,6%	22,8%	0%	50,8%
26-64	47,4%	45,1%	0%	4,4%
65 und älter	0,6%	1,2%	0%	42,0%
Anerkannte	25,7%	36,6%	0%	18,0%

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

Rund ein Viertel der Bewohner*innen in den Unterküften sind sogenannte „Auszugsberechtigte“, das heißt, bereits anerkannte Flüchtlinge, die sich eine Wohnung suchen müssten, aber weiterhin in den Unterküften leben müssen. Eine mögliche Erklärung hierfür ist die angespannte Situation auf dem Wohnungsmarkt.

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 Unterküften 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.

Zum zweiten Erhebungszeitpunkt befinden sich in Röthenbach keine Unterkünfte mehr.

Die Gruppe der geflüchteten Personen in Röthenbach werden in den Experteninterviews als traumatisiert beschrieben, würden aber nicht darüber sprechen. Mangelndes Wissen, bzw. Anwendung von Empfängnisverhütung zeige sich durch ungewollte Schwangerschaften; Abtreibung sei deswegen ebenfalls ein Thema. Zwischen den Geflüchteten und Stadtteilbewohner*innen beständen Scham und Unsicherheit, aufeinander zuzugehen. Der Kontakt wird von den Expert*innen als sehr gering eingeschätzt.

Wie die vorangegangenen Ausführungen zeigen, sind die Bürger*innen aus Röthenbach 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 zielgruppensensibel zu gestalten. Es ist ggf. mit Sprach- oder Kulturmittler*innen zu arbeiten, falls die deutsche Sprache nicht verstanden wird.



4.2. Sozialstatus und Teilhabe

Das Projektgebiet Röthenbach West ist dem Sozialraumtyp 3 „gemäßigte Quartiere“ zugeordnet. Dort sind viele Reihen- und Einfamilienhäuser zu finden, jedoch einzelne Gebiete mit Hochhäusern und engen Mehrfamilienhäusern. Durch die für die Wohnform der Reihen- und Einfamilienhaus nötigen finanziellen Ressourcen

wirkt die Bebauung sozial segregierend. Weiterhin findet sich im Projektgebiet der Sozialraumtyp 5 „neue Wohnquartiere/Insellagen“, da Röthenbach Ost (und West) durch die baulichen Gegebenheiten der S-Bahn-Trasse und dem Main-Donau-Kanal mit Südwesttangente sowie der Stadtrandlage von der Gesamtstadt und den angrenzenden Bezirken getrennt ist.

4.2.1. Arbeitslosigkeit und Transferleistungsbezug nach SGB II

Im Vergleich zur Gesamtstadt (5,3%) ist der Anteil Arbeitsloser an der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter mit 4% geringer. Die Jugendarbeitslosigkeit der 15–24-Jährigen ist in beiden Bezirken geringer als in der Gesamtstadt (Tabelle 8). Der Anteil der Personen in SGB II -Bezug lag in der Gesamtstadt bei 7,9% und im Projektgebiet Röthenbach bei 5,2 %.

Der Anteil erwerbsfähiger SGB II-Leistungsberechtigter an der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter liegt im Projektgebiet mit 5,2% unter dem gesamtstädtischen Anteil von 7,9%. Aufgegliedert nach statistischen Bezirken zeigt sich, dass in Röthenbach West der Anteil an SGB-II Bezieher*innen (7%) höher ist als in Rö-

thenbach Ost (4%). Noch etwas deutlicher wird der Unterschied zwischen den Bezirken, wenn man den Anteil der Kinder in SGB-II Bedarfsgemeinschaften vergleicht: In Röthenbach West sind es 13,8%, Röthenbach Ost dagegen nur 9,6%. Beide Anteilswerte sind jedoch unterhalb des gesamtstädtischen Wertes von 14,8%. Das gleiche Verteilungsmuster findet sich bei den Bezieher*innen von Grundsicherung im Alter (SGB XII): hier sind die Anteile der Grundsicherungsbeziehenden unterhalb derer der Gesamtstadt und es gibt mehr Bezieher*innen in Röthenbach West als Ost.

Tabelle 8: Arbeitslosigkeit und Transferleistungsbezug

	PG Röthenbach	Gesamtstadt	Röthenbach West	Röthenbach West
Arbeitslosigkeit				
Anteil Arbeitsloser an Bev. i. erwerbsf. Alter	4,0%	5,3%	4,4%	3,7%
Anteil Arbeitsloser unter 25 Jahren an Bev. i. erwerbsf. Alter U25	1,9%	2,9%	2,4%	1,6%
SGB II-Bezug				
Anteil erwerbsfähiger Leistungsberechtigter an Bev. i. erwerbsf. Alter	5,2%	7,9%	7%	4%
Anteil Kinder unter 18 in Bedarfsgemein. an allen U18	11,3%	14,8%	13,8%	9,6%
Grundsicherung im Alter				
Anteil Bezieher Grundsicherung an allen Ü65	5,8%	11,2%	5,9%	5,8%

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

Aus den Expert*inneninterviews geht hervor, dass es im Quartier vor allem an Infrastruktur zur Freizeitgestaltung mangelt. Es gibt kaum Treffpunkte für (junge) Erwachsene, wie etwa Cafés oder Gaststätten, oder niedrigschwellige Treffpunkte an Orten, an denen Kinder sich frei bewegen könnten. Es wird bemängelt, dass es kein Schwimmbad im Quartier gebe. Insbesondere Vertreter*innen aus der Jugendarbeit berichten, dass es für diese an Angeboten und Treffpunkten im Stadtteil mangle. Gerade Neuzugezogenen erschwere das Fehlen von Begegnungsstätten die Integration und die soziale Teilhabe im Quartier. Eine Ausnahme für die russischsprachige Bewohner*innenschaft stellt das russisch-deutsche Kulturzentrum dar, an dem vielfältige Kurse in russischer Sprache angeboten werden. Es wird berichtet, dass in einigen Familien aufgrund finanzieller Probleme Freizeitgestaltung und Ausflüge nicht möglich sind. Wenn multiple Problemlagen Familien belasten, sei teils die Folge, dass die Kinder im Alltäglichen nicht funktionieren würden. Hilfe zuzulassen sei oft schwierig, bzw. Hilfe wird nicht angenommen in problembelasteten Systemen, die sich über einen langen Zeitraum etabliert haben. Ein zunehmendes Aggressionspotential und mangelnde Strategien, mit Provokationen umzugehen, werden beobachtet. Es falle außerdem auf, dass Kinder zunehmend

unter Stress und Zeitmangel stünden, und dadurch keine Zeit fänden, um zu spielen, sich zu bewegen und ihre Zeit frei einzuteilen. Es sei ein hoher Erwartungsdruck vieler Eltern an ihre Kinder zu beobachten. Insgesamt lässt sich sagen, dass es ein Quartier mit sehr heterogenen Familien und deswegen unterschiedlichen Problemlagen ist.

Insbesondere bei älteren Menschen sei die soziale Isolation und daraus resultierende Einsamkeit sowie die steigende Armut im Alter ein großes Problem. Darüber zu sprechen, sei schwer möglich, da dies ein stark tabuisiertes Thema darstelle.

Es wird immer wieder angeführt, dass es an unterstützenden nachbarschaftlichen Hilfsangeboten für unterschiedliche Zielgruppen fehle.

Ergänzend zu den statistischen Daten zur Armutsgefährdung im Projektgebiet können Ergebnisse aus der Wohnungs- und Haushaltserhebung 2015 einen Eindruck zur Verbreitung von materiellen Engpässen im Quartier vermitteln. So gab ein Anteil von 23% der befragten Bewohner*innen an, in den letzten zwölf Monaten Schwierigkeiten gehabt zu haben, Ausgaben für Lebensmittel aufzubringen oder Miete oder andere Rechnungen zu bezahlen (Tabelle 9).

Tabelle 9: WoHaus 2015 - Schwierigkeiten, Rechnungen zu bezahlen

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

	PG Röthenbach	Gesamtstadt
Schwierigkeiten in den letzten 12 Monaten, Ausgaben für Lebensmittel/Miete/andere Rechnungen zu bezahlen?		
ja	23%	26%
nein	71%	70%
weiß nicht	5%	3%
Gesamt	337	8.223

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

sundheitsriskant (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 sozioökonomische 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 Übertrittquote der Kinder von Grundschulen auf Gymnasien herangezogen wird. Die Unterschiede zwischen den Schulsprengeln sind dabei immens: Im Sprengel mit der niedrigsten Übertrittquote 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 Wahrscheinlichkeit, erfolgreich auf ein Gymnasium zu wechseln, sind zwischen den beiden Schulsprengeln Röthenbach Ost und West ungleich: Im westlichen Teil wechseln maximal 31,5% (entsprechend dem 1. Quartil) der Kinder auf ein Gymnasium, in Röthenbach Ost sind es zwischen 42,4 und unter 54,3% (entsprechend dem 3. Quartil) (BgA/Bildungsbüro, 2019, S.88f).

4.2.3. Politische Teilhabe

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

Bei Betrachtung der Bundestagswahl 2021 fällt die Wahlbeteiligung in Röthenbach West mit 69,1% deutlich geringer aus als in der Gesamtstadt (75,2%). In Röthenbach Ost ist die Wahlbeteiligung zwar auch geringer als in der Gesamtstadt, jedoch mit 72,9% gemäßigter. Ähnlich stellt sich das Beteiligungsniveau bei der Stadtratswahl 2020 dar: In Röthenbach West 7,6 Prozentpunkte unterhalb der Wahlbeteiligung der Gesamtstadt (47%), in Röthenbach Ost ist die Beteiligung nur ein Prozentpunkte geringer (Tabelle 10).

Tabelle 10: Wahlbeteiligung Bundestagswahl 2021 und Stadtratswahl 2020

	PG Röthenbach	Gesamtstadt	Röthenbach West	Röthenbach West
Bundestagswahl 2021	71,3%	75,2%	69,1%	72,9%
Stadtratswahl 2020	43,3%	47%	39,4%	46%

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 bspw. über Lärm- oder Luftbelastungen oder indirekt, über das persönliche und familiäre Wohlbefinden oder die soziale Integration als vermittelnde Faktoren (OECD, 2018; Bridge et al., 2003).

Im Projektgebiet finden sich im Vergleich zur Gesamtstadt (13,9%) kaum Wohngebäude (1,7%), die vor 1918 erbaut worden sind (Tabelle 11). Geschichtlich wurde Röthenbach bereits im 14. Jahrhundert erwähnt, zunächst als

Dorf und ab 1922 als Stadtteil von Nürnberg angegliedert. Der ursprüngliche Ortskern rund um den heutigen Kulturladen wird unter den Bewohner*innen im Stadtteil „Altröthenbach“ genannt und zählt zu dem statistischen Gebiet „Röthenbach Ost“. Durch den Bauboom in den 60er Jahren entstand der Stadtteil mit seiner heutigen Struktur. Aufgrund der starken Bautätigkeit wird Röthenbach West auch als „Neuröthenbach“ bezeichnet. Seit 2005 entstand im Stadtteil Röthenbach Ost ein weiteres Bebauungsgebiet rund um den Platz der deutschen Einheit mit überwiegend Mehrfamilienhäusern und Doppelhaushälften. Dadurch findet sich dort eine typische suburbane Bebauungsstruktur.

tur. Die dortige Bewohner*innenschaft hat so nicht die Nachteile von (unsanierten) Altbauten, jedoch treten aufgrund mangelnden Wohnraum des unteren Preissegments sozialstrukturelle Segregationseffekte auf.

Was die Baustruktur betrifft, besteht im Projektgebiet der Wohnungsbestand zu 70,2% aus Ein- und Zweifamilienhäusern und ist damit höher als der Anteil der Gesamtstadt (66%). Auffällig sind zudem Unterschiede in der neueren Bebauung des Stadtteils: so sind 10% der Häuser in Röthenbach Ost 2005 und später erbaut (dagegen nur 0,8% der Häuser in Röthenbach West und 3% der Bebauung in der Gesamtstadt). Die Größenkategorien der Wohngebäude unterscheiden sich nicht auffallend von den Werten der Gesamtstadt; in Röthenbach West

finden sich weniger Ein- und Zweifamilienhäuser als in Röthenbach Ost, dafür mehr Wohngebäude mit vielen Wohneinheiten.

Die Expert*innen problematisieren, dass Senior*innen, die alleine in Einfamilienhäusern leben, isoliert seien und teils weite Strecken zu den Einkaufsmöglichkeiten rund um das Röthenbach Center an der Ansbacher Straße zurücklegen müssen. Die Mehrfamilienhäuser seien häufig nicht mit Aufzügen ausgestattet und zu einem großen Teil von älteren Menschen bewohnt. Das Fehlen der Aufzüge wird als Hürde für alte und mobilitätseingeschränkte Menschen geschildert. Alternativer Wohnraum ist in Röthenbach jedoch kaum vorhanden. Der angespannte Wohnungsmarkt wird zusätzlich als Hindernis, Geflüchtete in den privaten Wohnungsmarkt zu vermitteln, geschildert.

Tabelle 11: Baustruktur

	PG Röthenbach	Gesamtstadt	Röthenbach West	Röthenbach West
Anteil Wohngebäude (inkl. Wohnheime & Anstaltsgebäude)				
Wohnungen nach Bj.				
bis 1918	1,7%	13,9%	1,1%	2,2%
1919 – 1948	2,8%	12,5%	3,1%	2,6%
1949 – 1980	58,6%	52,2%	68,5%	50,9%
1981 – 2004	30,6%	17,9%	26,5%	33,7%
2005 und später	6%	3%	0,8%	10%
Wohngebäude nach Größe				
Ein- und Zweifamilienhäuser	70,2%	66,0%	66,4%	72,2%
3 – 9 Wohnungen	17,7%	22,7%	19,2%	16,9%
10 – 19 Wohnungen	9,7%	9,4%	11,2%	8,8%
20 und mehr Wohnungen	2,4%	1,7%	3,1%	2%

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

Werden die Bewohner*innen befragt, wie sie die Wohnsituation vor Ort bewerten, zeigt sich, dass die allgemeine Wohnsituation sowie die Größe der Wohnung deutlich häufiger als gut bewertet werden als gesamtstädtisch (Tabelle 12). Genauso stellt sich die Bewertung der Gestaltung des Wohnumfeldes dar: hier äußern sich

58% der Befragten positiv und nur 5% geben an, dass die Gestaltung schlecht sei. Damit bewerten die Röthenbacher*innen ihr Wohnumfeld deutlich besser, als die Bewohner*innen der Gesamtstadt: Hier geben nur 49% an, dass die Gestaltung gut sei, und 10% bewertet sie als schlecht.

Tabelle 12: WoHaus 2015 - Bewertung der Wohnsituation

	PG Röthenbach	Gesamtstadt
Wohnsituation allgemein		
gut	77%	68%
mittel	20%	28%
schlecht	3%	4%
Gesamt	339	8.206
Größe der Wohnung		
gut	68%	63%
mittel	29%	31%
schlecht	3%	5%
Gesamt	337	8.153
Gestaltung des Wohnumfelds		
gut	58%	49%
mittel	37%	41%
schlecht	5%	10%
Gesamt	328	7.999

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

4.3.2. Grün- und Freiflächen

„Lebensqualität beginnt im Alltag. Dazu gehören Erholungsmöglichkeiten in der Nähe der Wohnung. Der Besuch des Parks, das Gespräch auf dem Stadtplatz, die sportliche Aktivität in den grünen Wegenetzen oder der entspannte Spaziergang durch die Kulturlandschaften tragen dazu bei, dass sich die Bewohner in ihrem Umfeld wohlfühlen. Neben der Sicherung und Neuanlage von attraktiven Grünflächen und Stadtplätzen liegt ein übergeordnetes Ziel darin, dass jeder Nürnberger sie auf kurzen Wegen innerhalb von fünf Minuten erreichen kann. Damit kommt den grünen Netzen eine besondere Bedeutung zu. Das Leitthema „Alltag im Grünen“ fördert den Sport, die Bewegung und die Gesundheit in der Stadt“ (Broschüre „Masterplan Freiraum“, Nürnberg 2014, S. 12).

Stadtnahe Kulturlandschaften sind Flächen der Landwirtschaft und Grünland (in Röthenbach nicht vorhanden), Wälder (Faberwald im Westen, Birkenwald im Nordwesten, Neukirchpark) und Gewässer (Rednitz im Westen, Main-Donau-Kanal im Osten). Gestaltete Freiräume sind Parkanlagen und Plätze. Der Faberpark zählt zu den größeren Parkanlagen, er grenzt

im Südwesten an das Projektgebiet. Zweckgebundene Freiräume sind Kleingartenanlagen, Friedhöfe und Sportflächen. Sie sind nicht uneingeschränkt öffentlich zugänglich, sind aber dennoch ein wichtiger Teil des Freiraumsystems (ebd., S. 16 f).

Neben den vielen zweckgebundenen Freiflächen, den Gewässern und den Landschaftsräumen stellen die ca. 660 ha öffentliche Grün- und Parkanlagen die am intensivsten genutzten Freiräume dar. Auf die Gesamtstadt bezogen stehen jedem Einwohner in Nürnberg durchschnittlich lediglich 13 m² Grün- und Parkanlage zur Verfügung. Wie die Versorgungsanalyse zeigt, sind diese jedoch sehr unterschiedlich in der Stadt verteilt. Nach den vom Stadtrat beschlossenen Richtwerten für neue Wohngebiete sollen in Gebieten mit Geschosswohnungsbau 20 m² öffentliche Grünflächen pro Einwohner und in Einfamilienhausgebieten 10 m² pro Einwohner zur Verfügung stehen. Die Bewohner*innenschaft in Röthenbach, insb. die am Stadtrand, kann den angrenzenden Wald oder die benachbarte Agrarlandschaft zur Erholung nutzen. Wer in der Nähe zur Rednitz oder

zum Ludwig-Donau-Main-Kanal wohnt, kann die Gewässerlandschaften aufsuchen. Andere Wohnquartiere verfügen über einen hohen Anteil an privaten, gemeinschaftlich nutzbaren Grünflächen oder privaten Gärten, sodass ein Defizit aus dem öffentlichen Bereich zum Teil ausgeglichen werden kann (ebd., S. 31).

Der Schweinauer Buck mit Faberwald soll als „urbane Parklandschaft“, unter Einbeziehung der Kleingartenanlagen in Röthenbach, der Brachflächen, des Main-Donau-Kanals sowie der Sportanlagen und Schulstandorte am S-Bahnhof Eibach und dem Grünzug Eibach entwickelt werden (ebd., S. 42).

Alle Arten von Grünflächen (öffentlich und privat), Baumbestand und Begrünungen (auch Fassaden-/Dachbegrünungen) sind aus bioklimatischer Sicht von Bedeutung (Kapitel 4.3.4). Die öffentlichen Grünflächen haben weitere vielfältige positive Auswirkungen auf die Gesundheit, denn 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 Wohl-

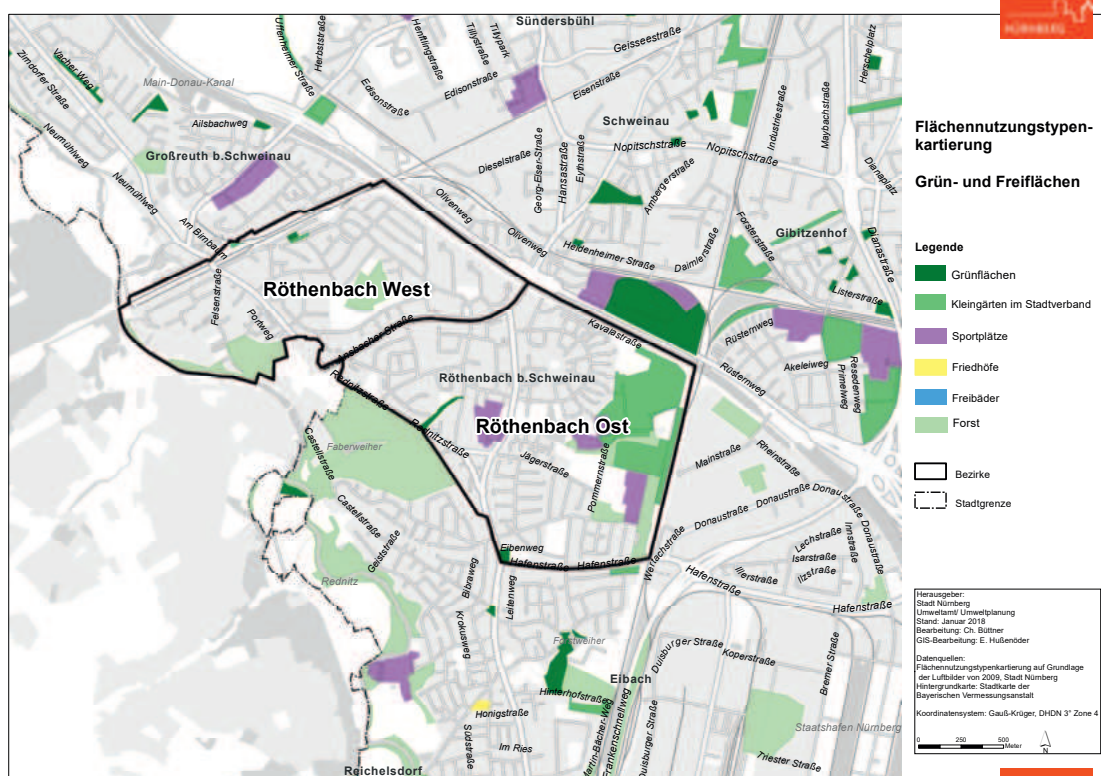
finden. Eine gute Ausstattung mit öffentlichen Freiräumen wirkt sich sozial stabilisierend und nachhaltig positiv auf ein Stadtquartier aus (Hilker & Krug-Auerbachs, 2012). Grünflächen in der näheren Wohnumgebung beeinflussen die körperliche Aktivität positiv, fehlende Grünflächen erschweren diese (Mielck, 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:

- 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.)

Abbildung 8: Karte - Grün- und Freiflächen in Röthenbach

Quelle: Stadt Nürnberg – Umweltamt 2018



Der Blick auf die Kartierung der Grün- und Freiflächen des Projektgebiets zeigt, dass die Bewohner*innen des Quartiers durch die Lage am Faberwald grundsätzlich einen guten Zugang zur Natur haben (Abbildung 8). Gleichzeitig beschreibt der „Masterplan Freiraum“ das Projektgebiet bei der Versorgung mit öffentlichen Grün- und Freiflächen als „sehr stark unterversorgt“, u.a. dadurch verursacht, dass Waldflächen nicht zu den Grün- und Freiflächen gezählt werden. Pro Einwohner*in finden sich in Röthenbach nur 1,5 qm (genauer Kapitel 4.3.3), während im Durchschnitt in der Gesamtstadt 13 qm/Einwohner*in zur Verfügung stehen. Der städtische Baulandbeschluss sieht als Soll- oder Zielwert für Bewohner*innen von Mehrfamilienhäusern 20 qm, für Bewohner*innen von Einfamilienhäusern 10 qm je Einwohner*in vor.

Die Versorgung mit Grünflächen im Wohngebiet selbst relativiert sich jedoch, da zahlreiche Häuser über einen eigenen Garten verfügen und private Flächen, wie von Kleingärten oder Sportvereinen, nicht mitgezählt werden. So findet sich am östlichen Rand Röthenbachs der Kleingartenverein „Kuhweiher e.V.“ mit 135 Gärten auf 4571 qm Fläche, weitere Gartenanlagen befinden sich auf Flächen angrenzender Stadtbezirke. Diese können jedoch nur von Vereinsmitgliedern genutzt werden.

Auch zwischen den großen Wohnblöcken, die sich vor allem in Röthenbach West finden, seien laut den Expert*innen Grünflächen angelegt, so dass Kinder die Möglichkeit hätten, sich dort zu bewegen. Der Röthenbacher Landgraben ist mit einem Spazier- und Fahrradweg als „Grünzug“ ausgebaut und wird stark frequentiert, auch von Kindern und Jugendlichen. Er verbindet das

Naherholungsgebiet des Faberwaldes mit dem Main-Donau-Kanal. Daraus ergeben sich laut der Expert*innen teilweise Nutzungskonflikte, da sich Fußgänger*innen durch schnelles Fahren der Radler*innen beeinträchtigt fühlen.

Auf dem Platz der deutschen Einheit, durch den der Nord-Süd-Grünzug verläuft und der zentral im Neubaugebiet innerhalb des Röthenbacher Landgrabens in Röthenbach Ost gelegen ist, finden sich Spielgeräte für Kinder, eine Boulebahn, einige Grünflächen und Bäume sowie ein von einer halbkreisförmigen Pergola und Sitzgelegenheiten umringter Springbrunnen. Die Expert*innen berichten jedoch, dass die Nutzung dieser Freifläche insbesondere im Sommer problematisch sei, da es an Schattenflächen fehle und die aufgeheizten Flächen bei hohen Temperaturen nur wenig genutzt werden könnten. Außerdem sei der Brunnen jahrelang kaputt [gewesen].

In Röthenbach West befinden sich der Birkenwald zwischen Herriedener- und Weiltingerstrasse und an der südöstlichen Grenze zu Stein, links der Gebersdorferstrasse, der Neukirchpark. Obwohl die Hälfte des kleinen Parks zur Nachbargemeinde Stein gehört, ist die Fläche für die Bewohner*innen frei nutzbar. Die Gelegenheit für Sport ist durch öffentliche Sportplätze insbesondere in Röthenbach Ost gegeben. Nördlich über eine Fußgängerbrücke zu erreichen, ist im benachbarten Schweinau direkt am Kanal der Schweinauer Buck gelegen. In unmittelbarer Nähe zu Röthenbach West, über die Gebersdorferstrasse mit dem ÖPNV zu erreichen, befindet sich der Hainberg, ein weitläufiges Naturschutzgebiet.

4.3.3. Freiflächen- und Siedlungsdichte

Insgesamt stehen in Röthenbach 3,07 ha Grün- und Freiflächen zur Verfügung. Bezogen auf die Grünflächen entspricht dies 1,5 qm Grün pro Einwohner*in.

Auswertungen aus der WoHaus 2015 zeigen, dass die Befragten aus Röthenbach die Parks und Grünflächen in der Nähe zu 70% als „gut“

bewerten, dies liegt über dem Wert in der Gesamtstadt mit 61% positiven Bewertungen. Es geben nur 4% der Befragten in Röthenbach an, die Freiflächen seien „schlecht“ (Tabelle 13).

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

	PG Röthenbach	Gesamtstadt
Parks und Grünflächen		
gut	70%	61%
mittel	25%	26%
schlecht	4%	13%
Gesamt	332	8.185

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

In den Experteninterviews wird einerseits berichtet, dass es eine gute Versorgung an Grünflächen im Quartier und direkt daran angrenzend gebe. Andererseits fehlten Spielmöglichkeiten für Kinder, insbesondere in „Alt-Röthenbach“. Durch die voranschreitende starke bauliche Verdichtung des Stadtgebiets gebe es keine Freiflächen mehr, auf denen Kinder spielen könnten. Gera-

de Sportarten, die mehr Platz bräuchten, könnten so nicht praktiziert werden. Der Hainberg, westlich von Röthenbach West gelegen, sei, seit er unter Naturschutz gestellt worden war, nicht mehr frei begehbar und die Freiflächen würden jetzt von einem Schäfer genutzt und stehen somit nicht mehr der Freizeitgestaltung im gleichen Maße wie früher zur Verfügung.

4.3.4. Klimatische Situation

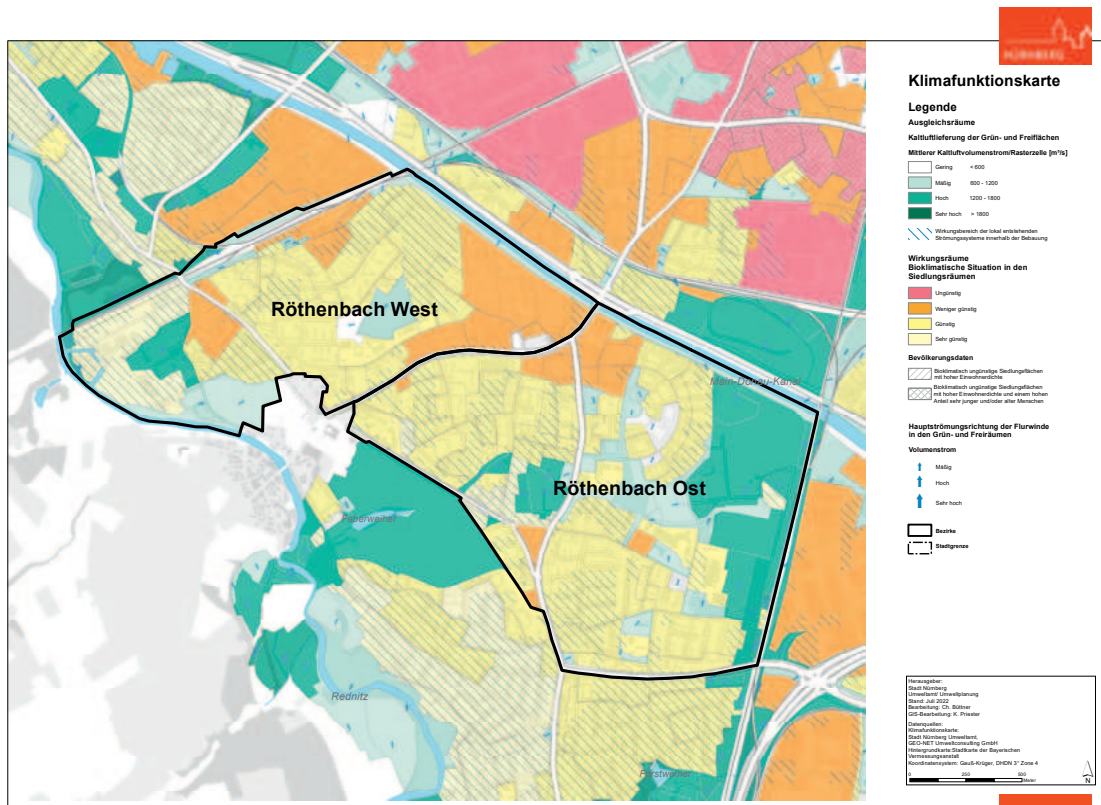
Für die Gesamtstadt wurde im Auftrag des Umweltamtes im Jahr 2014 ein Stadtklimagutachten (GEO-NET Umweltconsulting, 2014) erarbeitet. Die Klimafunktionskarte stellt zum einen die bioklimatische Situation der Siedlungsräume in vier Kategorien von sehr günstig bis ungünstig dar, zum anderen die Grün-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

In den Bezirken des Projektgebiets Röthenbach ist die bioklimatische Situation vorwiegend als günstig. Im Norden ist sie in einem Teilbereich weniger günstig eingestuft, im äußersten Westen als sehr günstig. Kennzeichnend für das Projektgebiet ist das Vorkommen von Grün- und Freiflächen als Ausgleichsräume. Sie befinden sich großflächig im Osten, eher kleinteilig im Westen. Mit dem Faberwald grenzt ein weiterer Ausgleichsraum südlich an Röthenbach an. Der mittlere Kaltluftvolumenstrom ist in den Grün- und Freiflächen überwiegend hoch (1200 bis 1800m³/s), ansonsten mäßig (600 bis 1200m³/s). Siedlungsräume, die bioklimatisch als sehr günstig und günstig eingestuft sind, liegen in weiten Teilen im Wirkungsbereich lokal entste-

hender Strömungssystem innerhalb der Bebauung. Alle Grün- und Freiflächen in Röthenbach besitzen gemäß Planungshinweiskarte (gleiche Quelle wie Klimafunktionskarte) hohe bioklimatische Bedeutung, d.h. es besteht eine hohe Empfindlichkeit gegenüber einer Nutzungsintensivierung, der Luftaustausch mit der Umgebung ist zu erhalten. Bei Eingriffen ist die Baukörperstellung zu beachten und die Bauhöhen sind möglichst gering zu halten.

Die als weniger günstig eingestufte Fläche zeichnet sich durch mehrstöckige Blockbebauung aus und umschließt die mehrspurige Zubringerstraße zwischen Röthenbach West und Ost, die Richtung Innenstadt führt. Durch die Art der Bebauung gibt es keine lokal entstehenden Strömungssysteme, die Frischluft in das Quartier transportieren. Die im Projektgebiet vorhandenen Kraftvolumenströme sind grundsätzlich aber als hoch (1200-1800 m³/s) einzustufen, mit einer relativ breiten Frischluftschneise zwischen dem Faberwaldgebiet und den Kleingärten am Rand von Röthenbach Ost. Sie wirken sich positiv auf die neuen Siedlungsräume aus, da die Hauptströmungsrichtung vom Faberwald hinüber zur großen Kleingartenanlage führt.

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).

Abbildung 10 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 wiederhallt. 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 65,1-70 dB bzw. 70,1 bis 75 dB zugeordnet sind. Orientierungswerte der DIN 18005 („Schall-

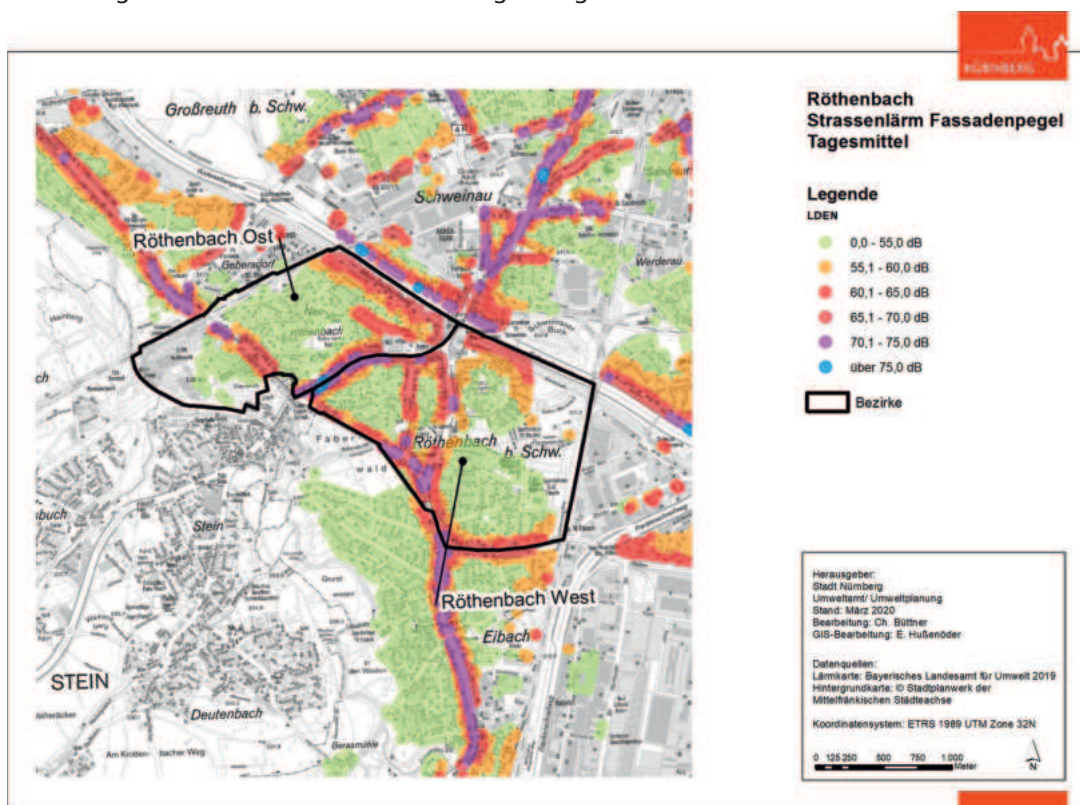
schutz im Städtebau) werden somit deutlich überschritten. Betroffen sind insbesondere die B14, die Röthenbach Ost und West trennt, und die B2, die sich quer durch Röthenbach Ost zieht. Die das Projektgebiet südöstlich begrenzenden Gebersdorfer Straße und Rednitzstraße zeichnen sich ebenfalls durch eine hohe Lärmbelastung aus und führen zu einem Großteil ihres Verlaufs an Wohnflächen vorbei. Im Nordosten der beiden Bezirke sowie an vereinzelten weiteren Straßenverläufen finden sich Lärmpegel oberhalb der 65 dB. Zwischen diesen belasteten Straßenzügen finden sich in beiden Bezirken jedoch viele Wohngebiete, die kaum oder gar nicht durch Lärm belastet werden.

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

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). Vergleichsweise ist Röthenbach jedoch ein Stadtteil, der in Relation zu den innerstädtischen Wohngebieten im Flächenmittel wenig durch Lärm und verkehrs-

bedingte Luftschadstoffe belastet wird. Von den Expert*innen wird außerdem berichtet, dass in Röthenbach früher einmal besonders gute Luftqualität vorhanden war, die sich jedoch mit der Änderung der Verordnung bezüglich Kaminnutzungen im Stadtgebiet verändert habe.

Die subjektive Wahrnehmung der Luft- und Lärmbelastung im Stadtteil aus der Wohnungs- und Haushaltserhebung Leben in Nürnberg 2015 bestätigt diese Daten (Tabelle 14). Wie in der Gesamtstadt geben 41% der Haushalte an, dass die Lärmsituation gut sei. 12% bewerten die Situation als schlecht, damit um 7 Prozentpunkte weniger als in der Gesamtstadt. Die Luftqualität wird in Röthenbach häufiger positiv als in der Gesamtstadt bewertet.

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

	PG Röthenbach	Gesamtstadt
Lärmsituation		
gut	41%	40%
mittel	47%	41%
schlecht	12%	19%
Gesamt	336	8.206
Luftqualität		
gut	50%	42%
mittel	42%	44%
schlecht	8%	14%
Gesamt	333	8.142

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

4.3.6. Mobilität

Die im Rahmen der Bedarfsanalyse befragten Expert*innen beschreiben das Projektgebiet als weder fußgeh- noch radfahrfreundlich. So fehlten Radwege teils gänzlich oder etappenweise. Für ältere Menschen sei ein Problem, dass die Fußwege nicht barrierefrei seien, wodurch die Mobilität mit Rollator, Gehhilfe oder Kinderwagen im Stadtteil eingeschränkt werde. Grundsätzlich wird angemerkt, dass Röthenbach wie die Gesamtstadt nicht fahrradfreundlich sei. Die Mobilität im Stadtteil sei nur eingeschränkt gegeben. Die Einrichtungen und Angebote sowie verschiedene Praxen seien barrierefrei und dadurch für alle gut zugänglich. Der öffentliche Nahverkehr wird als gut beschrieben, und die Anbindung an die U-Bahnhaltestelle Gustav-Adolfstraße sei vorhanden. Der Autoverkehr wird als Belastung beschrieben, andererseits sind aus dem Projektgebiet durch die großen Verbindungsstraßen sowohl die Innenstadt als auch die Nachbarstädte gut erreichbar.

Einschränkend beschreiben die Expert*innen die Bewohner*innen als teils wenig mobil, öffentliche Verkehrsmittel würden nicht genutzt werden und Kinder dürften nicht alleine zu Fuß gehen (bspw. zum Aktivspielplatz AKI), da der Weg zu weit sei.

Bewegungsmöglichkeiten für die Bevölkerung werden durch die baulichen Gegebenheiten beeinflusst. Durch attraktive und barrierearme Fußwege werden Spaziergänge und damit körperliche Aktivität gefördert, die beiläufig im Alltag passiert (Baumeister et al., 2016). Das Leben in Wohngebieten, die gekennzeichnet sind durch z. B. nahe Einkaufsmöglichkeiten, gut angebundene Straßen, Fußwege oder eine Gestaltung, die Gehen oder Fahrrad fahren fördert, veranlasst allgemein zu mehr körperlicher Aktivität und Bewegung (Bucksch et al., 2012).



4.4. Soziale Ressourcen und Soziale Infrastruktur

4.4.1. Bindung an das Viertel und Nachbarschaft

Der Grad der Integration in soziale Netzwerke hat einen bedeutenden Einfluss auf das Wohlbefinden und die psychische und physische Gesundheit, im Hinblick auf Depressionen, wie 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. Erfasst wird hierbei die Verbleibedauer unter einer Adresse, nicht im Bezirk. Die Wohndauer eröffnet Möglichkeiten, im Stadtteil heimisch zu werden und sich die Ressource Nachbarschaft nachhaltig zu erschließen. Sie ist im Projektgebiet Röthenbach höher als in der Gesamtstadt. Tabelle 15 zeigt, dass vor allem in Röthenbach West (29,6%) mehr Menschen 20 Jahre und länger an derselben Adresse wohnen als in Röthenbach Ost (22,9%) und in Nürnberg gesamt (25,6%). Verglichen mit der Gesamtstadt ist die Verbleibdauer im Stadtteil an einer Adresse insgesamt länger.

Tabelle 15: Wohndauer an einer Adresse im Projektgebiet

	PG Röthenbach	Gesamtstadt	Röthenbach West	Röthenbach West
Personen mit Wohndauer² von				
unter 3 Jahren	23,6%	27,9%	23,3%	23,8%
3 – 4 Jahren	10,4%	11,4%	9,1%	11,3%
5 – 9 Jahren	17,6%	18,3%	16,4%	18,4%
10 – 19 Jahren	22,8%	20,8%	21,6%	23,7%
ab 20 Jahren	25,6%	21,5%	29,6%	22,9%

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

In dieselbe Richtung weisen die Ergebnisse Wohnhaus 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 Röthenbach etwas höher ist.

Dementsprechend ist die Umzugsabsicht geringer. 11% der Befragten geben an, dass sie in den nächsten zwei Jahren umziehen wollen, im Vergleich zu 21% in der Gesamtstadt. Es gaben 67% an, nicht umziehen zu wollen, in der Gesamtstadt äußerten dies 55% der Befragten.

Tabelle 16: WoHaus 2015 - Bindung an den Stadtteil

	PG Röthenbach	Gesamtstadt
Wie stark fühlen Sie sich an dieses Wohnviertel gebunden?		
sehr stark	20%	17%
stark	44%	41%
weniger stark	29%	31%
kaum oder gar nicht	7%	11%
Gesamt	338	8.259
Umzugsabsicht		
will in den nächsten 2 Jahren umziehen	11%	21%
will später umziehen	22%	25%
will nicht umziehen	67%	55%
Gesamt	337	8.206

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

Die Ergebnisse der WoHaus 2015 geben zudem Aufschluss darüber, wie die Bewohner*innen im Nürnberger Westen ihr soziales Umfeld beurteilen. Im Vergleich zur Gesamtstadt fällt die Bewertung der Nachbarschaft etwas häufiger

positiv aus. 55% der Befragten bewerten das soziale Umfeld und die Nachbarschaft als „gut“ (Gesamtstadt 50%), 5% als „schlecht“ (Gesamtstadt 9%) (Tabelle 17).

Tabelle 17: WoHaus 2015 - Bewertung der Nachbarschaft

	PG Röthenbach	Gesamtstadt
Bewertung des sozialen Umfeldes und der Nachbarschaft		
gut	55%	50%
mittel	40%	40%
schlecht	5%	9%
Gesamt	339	8.204

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

Soziale Unterstützung kann als wichtige Ressource zur Aufrechterhaltung der Gesundheit in Zeiten hoher Belastung 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, der Wunsch nach Gelegenheiten, mit diesen in Kontakt zu kommen, ist jedoch groß (Fromm et al., 2018). Gerade bzgl. der Senior*innen wurde in den Experteninterviews von (drohender) Isolation und Einsamkeit berichtet. Vielen falle das Verlassen der eigenen Wohnungen schwer und es fehle die Gelegenheit zum Kennenlernen von Nachbar*innen. Dies könne Auswirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit haben.

4.4.2. Soziale Infrastruktur und Netzwerke

Für Kinder stehen im Projektgebiet Röthenbach verschiedene Einrichtungen zur frühkindlichen Bildung, Erziehung und Betreuung zur Verfügung. Es gibt einen Aktivspielplatz für Kinder in Röthenbach Ost und je ein städtisches Kinder- und Jugendhaus in Röthenbach Ost und West. Dort werden sowohl offene Angebote, Beratungsleistungen als auch regelmäßige Gruppen und Kurse angeboten, die je nach Angebot von verschiedenen Altersgruppen zwischen dem Kindergartenalter und 27 Jahren besucht werden können.

Im Projektgebiet befinden sich 2 Kinderkrippen, 1 Kindergarten, 7 Häuser für Kinder und 1 Zentralhort mit einer Kindergartengruppe (Stand 10.10.2022).

Für die unter 3-jährigen Kinder bestehen rund 200 Betreuungsplätze in Kinderkrippen und bei Tagespflegepersonen, dies entspricht einer Versorgungsquote von 33%. Für die 3 bis unter 7-jährigen Kinder (Kindergartenalter) stehen im Projektgebiet rund 580 Betreuungsplätze zur Verfügung, und damit eine Versorgungsquote von 92%. Ab dem Schulalter sind für die Kinder in der öffentlichen Grundschulen Helene-von-Foster und Birkenwald rund 460 Betreuungsplätze vorhanden, dies entspricht einer Versorgungsquote von 74% (Schuljahr 2021/2022).

Darunter sind drei Kitas „Orte für Familien“, in denen verstärkt Angebote für Eltern und die ganze Familie durchgeführt werden. Die Einrichtungen befinden sich in freier oder öffentlicher Trägerschaft und haben verschiedene Profile ausgebildet, u.a. die (städtischen) Programme der Bewegungsförderung „Bewegte Kita“ und „RüBe Turnen“, Förderung gesunder Ernährung „JolinchenKids“ und der musikalischen Frühförderung „MuBiKin“. Die Elterncafés und Veranstaltungen für Väter der Kitas und Kirchen würden sehr gut angenommen, der Bedarf nach weiteren Angeboten ist vorhanden.

In beiden Bezirken liegt je eine Grundschule. Da die Schulsprengel nicht ganz mit den statistischen Bezirken übereinstimmen, ist im äußeren Südosten des Bezirkes Röthenbach West noch die Grundschule Eibach gelegen. Deren Einzugsgebiet ist zu einem kleinen Teil das südliche Röthenbach West, hauptsächlich jedoch Eibach. Diese Grundschule wurde nicht in die Betrachtungen miteinbezogen. Zur pädagogischen Unterstützung von Familien gibt es eine städtische Erziehungsberatungsstelle im Projektgebiet. Zur Vernetzung der Akteur*innen

aus dem Kinder- und Jugendbereich organisiert der Kulturladen dreimal jährlich einen Arbeitskreis, in dem ein Austausch aktueller Themen und Problemlagen zwischen den Einrichtungen stattfindet, sowie institutionsübergreifende Feste und Aktionen geplant werden können.

Speziell für Kinder, Jugendliche und Familien zuständig ist der Kinder- und Jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes; zum einen in Form von Beratungsangeboten, zum anderen für die Durchführung der jährlichen Schuleingangsuntersuchung. Die 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 eingestellt werden.

Die medizinische Infrastruktur wird grundsätzlich als vielfältig beschrieben, durch die fachärztliche Versorgung der Sana-Klinik in Röthenbach Ost. Die pharmazeutische Versorgung durch Apotheken wird ebenfalls als gut beschrieben. Problematisch sei jedoch teils die Versorgung älterer Personen mit eingeschränkter Mobilität, da viele Praxen nicht barrierefrei seien. Im Neubaugebiet in Röthenbach Ost sei bisher keine ausreichende hausärztliche Versorgung gegeben. Die aufsuchende Gesundheitshilfe betreffend werden jedoch klare Defizite genannt. So führten die Haus- und Fachärzt*innen nur noch wenige Hausbesuche durch, ebenso wie Gesundheitsanbieter*innen wie etwa Friseure und Podolog*innen. Gerade für Senior*innen sei ein Mangel an Therapeut*innen aus der Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie etc. zu konstatieren. Gehe es um die pflegerische Versorgung, sei es derzeit im Projektgebiet sehr schwierig, da zwei Pflegeheime mit ca. 100 Betreuungsplätzen geschlossen haben. Es gebe große Versorgungslücken, wenn nur kurzzeitige Pflege ansteht und noch kein Pflegegrad vergeben wurde. Dadurch würde die Verantwortung auf Pflegedienste abgewälzt, diese können jedoch nicht oder nur zum Teil die Patienten bewegen und mobil halten. Die Beschaffung von Hilfsmitteln würde häufig als sehr problematisch wahrgenommen, da die Krankenkassen häufig schwierig in der Zusammenarbeit seien oder sich quer stellten. Dies stelle ein hohes finanzielles Risiko für Pflegedienste dar, da diese während des teils langen Wartens auf Genehmigungen in Vorleistung gingen. Das Angebotsspektrum der Pflegedienstleister an

sich sei breit, es würden im Gebiet durch ambulante Dienste Senior*innenpflege mit Pflegegrad, Palliativpflege jeglicher Altersgruppe sowie Kinder- und Familienpflege angeboten.

Als eine besondere Ressource im Stadtteil wird das hohe Engagement der Bürgerinnen und Bürger im Seniorenbereich und eine rege Teilnahme aktiver Bürger*innen an den Netzwerktreffen des Bürgervereins in Röthenbach genannt. Speziell für Senior*innen wird vierteljährlich ein Runder Tisch für Senior*innen abgehalten. Ein Seniorenstammtisch trifft sich regelmäßig für unterschiedlichen Aktivitäten und Ausflügen sowie jahreszeitliche Feste.

Träger für verschiedene Zielgruppen bieten niedrigschwellige Beratung zum Thema Gesundheit an. Dennoch sei das Beratungsangebot als auch die Information zu spezifischen Gesundheitsthemen weiter auszubauen.

In Röthenbach Ost gibt es ein russisch-deutsches Kulturzentrum und seit 1998 hat sich eine enge Kooperation des Kulturladen Röthenbach mit dem russischen Kulturverein e.V. etabliert. Außerdem ist seit 2018 ein rumänischer Kulturverein in Röthenbach vor Ort. Im russisch-deutschen Kulturzentrum werden viele Veranstaltungen, Kurse und Gruppenangebote für die russischsprachige Bevölkerung angeboten. Es gibt Angebote für alle Altersgruppen und es werden die Bereiche Bewegung, Sprachkurse, Kunst- und Handwerk, Brauchtumspflege und Lernförderung abgedeckt. Der rumänische Kulturverein hat ebenfalls Beratungs- und Kursangebote, jedoch mit einer geringeren Angebotsbreite und -dichte, und ist für die rumänischsprachige Bewohner*innenschaft eine wichtige Institution.

Sport und Bewegung wird durch unterschiedliche Akteur*innen, wie lokale Sportvereine, die Jugendhäuser, dem Kulturladen und die Kulturvereine angeboten. Die Kirchen und Kitas organisieren für Erwachsene mit und ohne Kinder Sport- und Bewegungskurse. Das Angebot ist einerseits vielfältig und über den Stadtteil verstreut gut erreichbar, andererseits beobachten die Expert*innen, dass dennoch aufgrund vermuteter mangelnder Motivation der Erwachsenen und Jugendlichen zu wenig Sport getrieben würde.

Im Kulturladen findet wöchentlich an festen Tagen ein offenes Café statt, an dem zu günstigen Preisen Kuchen und Getränke verkauft werden. Neben diesem Angebot gibt es im Stadtteil, neben Bäckereifilialen mit kleinem Café-Betrieb, das Café Knöchelmann. Die geringe Dichte an Cafés und Restaurants wird durch die Expert*innen und der Bevölkerung bedauert, daraus resultiert ein Fehlen von sozialen Treffpunkten für unterschiedliche Gruppen.

Im Sommer (meist im Juli) findet jährlich ein durch den Kulturladen organisiertes Stadtteilstadtteilfest in der Röthenbacher Hauptstraße statt, am jeweils dritten Oktober veranstaltet der Bürgerverein am Platz der deutschen Einheit ein Bürgerfest. Beide Feste beziehen die lokalen Vereine und Einrichtungen in die Veranstaltungen mit ein und werden durch die Bevölkerung gut besucht und nebenbei soll das subjektive Empfinden sozialer Zugehörigkeit der Röthenbacher*innen gefördert werden.

Alles in allem scheint die Versorgung mit Angeboten für die verschiedenen Zielgruppen und in verschiedenen Bereichen (Bildung, Kultur und Freizeit, Beratung etc.) gut und ausdifferenziert. Dennoch gibt es vielfältige Bedarfe, die in den Experteninterviews angesprochen wurden und die in Kapitel 5 genauer beschrieben werden.

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 Wohn-Haus 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 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 aufbereiteten vorliegenden Daten der SEUs der 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 Röthenbach sind folgende Sprengel einbezogen:

- 20: Birkenwaldschule
- 44: Helene-von-Forster Schule

Für die SEUs der Schuljahre 2011/12 und 2015/16 wurden insgesamt 1917 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 Röthenbach

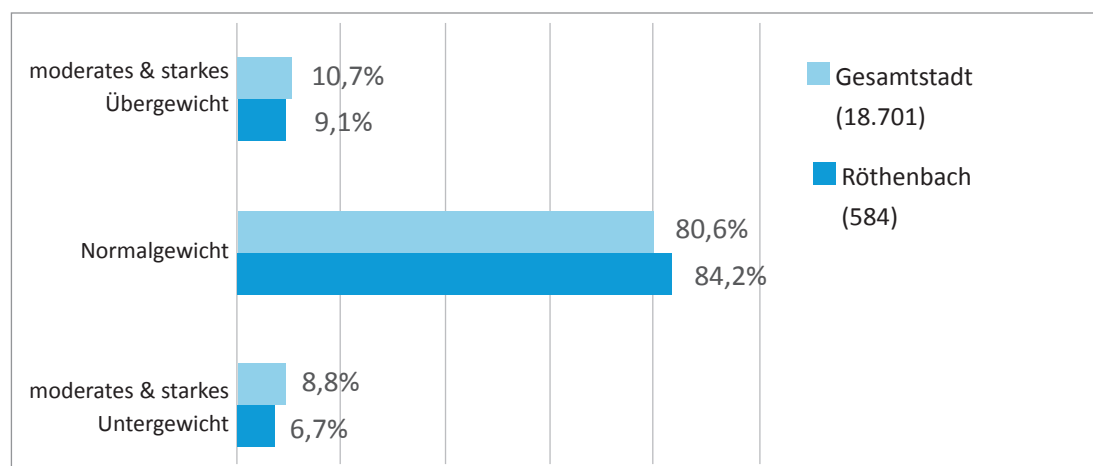
	Anzahl SEU	Anteil Jungen	Anteil Kinder mit Migrationshintergrund
Schuljahr			
2011/12	111	42,3%	69,8%
2012/13	133	50,4%	59,8%
2013/14	151	58,9%	65,3%
2014/15	145	51%	66,2%
2015/16	134	56,7%	49,6%
Gesamt	674	52,4%	62%

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 Perzentilcurven für sechsjährige Kinder verwendet.

Abbildung 11: SEU - Körpergewicht



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

Im Projektgebiet Röthenbach sind die Anteile der über- und untergewichtigen Kinder im Vergleich zu den Werten der Gesamtstadt insgesamt betrachtet etwas niedriger (Abbildung 11). Die über fünf Schuljahre kumulierten Daten der SEU (2011/12-2015/16) zeigen allerdings, dass mit 8,8% deutlich weniger Jungen im Projektgebiet von Übergewicht betroffen sind (im Vergleich zu 9,5% der Mädchen im Projektgebiet bzw. 11,1 % der Jungen in der Gesamtstadt). Im Bereich der Adipositas unterscheiden

sich die Anteile zwischen Jungen und Mädchen im Projektgebiet mit 0,8 Prozentpunkten kaum (3,6% vs. 4,4%). Hinsichtlich des Untergewichts gibt es im Projektgebiet zwischen Mädchen und Jungen kaum Unterschiede (6,6% bzw. 6,8%)

Vergleicht man die harmonisiert gemittelten Ergebnisse der SEU für die Schuljahre zwischen 2011/12 und 2015/16 der Gesamtstadt mit den bayrischen Werten, zeigt sich gerade beim Übergewicht ein Unterschied: bei 10,1% der

Mädchen und bei 11,5% der Jungen wurde in Nürnberg Übergewicht festgestellt - im Vergleich zu einem bayernweiten Anteil von 8,3% der Kinder. Mit einem Anteil von 9% im Projektgebiet Röthenbach sind nur geringfügig mehr Kinder übergewichtig als bayernweit (8,3%). Untergewichtig sind im Projektgebiet Röthenbach mit 6,7% um rund zwei Prozentpunkte weniger Kinder als in Bayern (9%) (Nairz et al., 2017).

Die aktuellen KiGGS-Daten zeigen den sozialen Gradienten der Gewichtsverteilung, bei Mädchen und Jungen im Alter zwischen 3 und 17 Jahren. Die Zahlen der SEU beziehen sich auf Kinder vor der Einschulung (5 - max. 7 Jahre). Die Anteile der Übergewichtigen steigen häufig in der Adoleszenz: So sind 10% der von KiGGS untersuchten Kinder übergewichtig und 5,4% adipös. Ferner zeigen die KiGGS-Daten, 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 hohem Niveau stabil geblieben (Schienkiewitz et al., 2018). In Betracht der Korrelation zwischen der sozialen Lage und des Körpergewichtes zeigt sich noch einmal, dass das Projektgebiet Röthenbach sehr gemäßigt ist.

Übergewicht ist neben einer ungesunden Ernährung (u.a. starkem Zuckerkonsum) 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). Viele Kinder und Jugendliche sind nicht ausreichend körperlich aktiv: nur 22% der Mädchen und 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 zeigen, dass sich sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche ungesünder ernähren und z.B. weniger und seltener frisches Obst essen (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: So seien sportliche Grundfertigkeiten kaum vorhanden. Erstaunlich ist dies, da die Expert*innen gleichzeitig ein breites und gut angenommenes Sportangebot der Kulturstätten und Sportvereine sowie freier Träger schildern. Die Kinder- und Jugendhäuser böten sowohl Sport für Kinder als auch Eltern, sowie altersgemischte Angebote an. Dies könnte bedeuten, dass nicht alle erreicht werden und u.U. Hürden und Hindernisse trotz des breiten Angebotes im Projektgebiet bestehen. Denn die Expert*innen schildern, dass Bewegungsarmut ein Generationenproblem sei, das sowohl bei den Eltern als auch den Kindern beobachtet werden könne und Kinder in bewegungsarmen Familien ebenso sozialisiert werden. Dadurch, dass viele Kinder auf allen Wegen gefahren würden, hätten manche der Kinder wenig Bewegung. Zwar sei im Projektgebiet Bildung und Leistung ein großes Thema, dies verhindere jedoch, dass Kinder frei spielen könnten und Möglichkeiten zur Bewegung hätten. Dazu komme, dass aufgrund der fehlenden Infrastruktur viele Kinder nicht schwimmen könnten.

Trotz der geschilderten guten und ausdifferenzierten Angebotslandschaft im Bereich „Bewegung“ können einige Schwachstellen im Quartier identifiziert werden: An den Schulen müsse verstärkt Sport angeboten werden, es sollte (mehr) öffentliche und gut zugängliche Trainingsgeräte geben, die niederschwellig genutzt werden könnten. Offene und niedrigschwellige Trainingstreffs könnten alle Altersklassen motivieren, sich verstärkt zu bewegen.

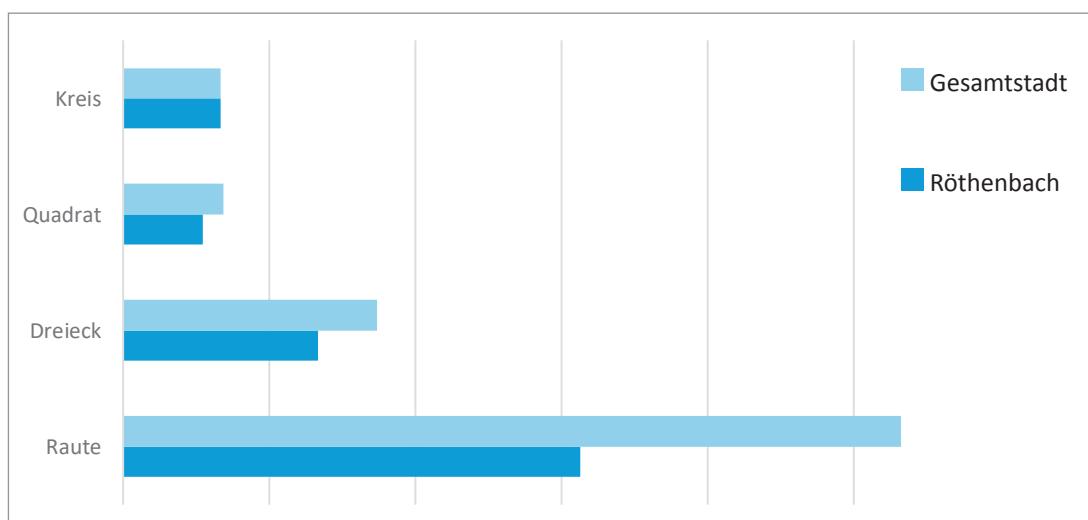
Im Bereich der Ernährung zeichnet sich im Vergleich zu den nationalen Ergebnissen durch die Aussagen der Expert*innen ein heterogenes Bild. Vor allem über die Förderschüler*innen wird berichtet, dass deren Ernährungsversorgung v.a. an finanziellen Maßstäben ausgerichtet zu sein scheint und die Qualität der Nahrungsmittel dadurch oft schlecht und zuckerreich ist.

Die Entwicklung der visuomotorischen Fähigkeiten von Kindern ist ausschlaggebend für das Schreiben lernen (Schriftbild und Schreibtempo). Im Rahmen der SEU werden die Fähig-

keiten durch das Abzeichnen 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 der etwas mehr als einem Achtel der Kinder mit 15,6% (Abbildung 12). Insgesamt schneiden die Kinder im Projektgebiet genauso oder besser ab, als die der Ge-

samtstadt. Auffällig ist, dass der relative Unterschied zwischen Kindern der Gesamtstadt und denen des Projektgebietes wächst. Je schwerer die Aufgabe, desto größer ist der Unterschied zwischen den Kindern des Projektgebietes und der Gesamtstadt. Vergleicht man die Kinder ohne und mit Migrationshintergrund im Quartier, schneiden die Kinder mit Migrationshintergrund gleich gut oder besser ab. Die Kinder mit Migrationshintergrund im Projektgebiet weisen bei allen vier Formen zu einem geringeren Anteil Auffälligkeiten auf.

Abbildung 12: SEU - Schwierigkeiten beim Zeichnen geometrischer Formen

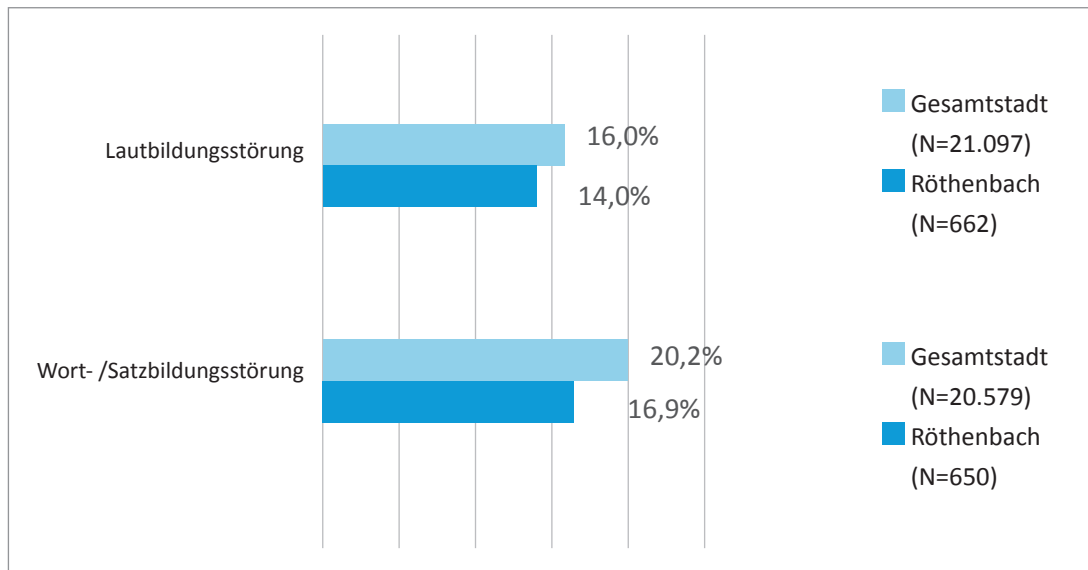


Quelle: Gesundheitsamt Stadt Nürnberg, SEU 2011/12-2015/16, eigene Berechnung und Darstellung

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 Einschulungsalter 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 Detektionsrate 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 Röthenbach zeigt knapp jedes sechste Kind (14%) mindestens eine Auffälligkeit bei der Lautbildungsstörung, und bei 16,9% wird mindestens eine Störung bezüglich der Wort- und Satzbildung diagnostiziert (Daten der Schuljahre 2011/12 bis 2015/16).

Von einer Lautbildungsstörung sind im Projektgebiet 14% und in der Gesamtstadt 16% betroffen. In der Lautbildung unterscheiden sich Kinder ohne und mit Migrationshintergrund kaum, so weisen 13,6% der Kinder ohne und 14,4% der Kinder mit Migrationshintergrund eine Auffälligkeit auf. Damit schneiden sie besser ab als die Kinder der Gesamtstadt, die ohne Migrationshintergrund zu 14,6% und mit Migrationshintergrund zu 16,1% eine Lautbildungsstörung aufweisen.

In der Gesamtstadt wird die Wort- und Satzbildung ca. jedes fünften Kindes (20,2%) als auffällig festgestellt. Es lässt sich erwartungsgemäß ein großer Unterschied zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund ausmachen. Gesamtstädtisch zeigt jedes dritte Kind mit Migrationshintergrund (31,3%) und im Projektgebiet jedes vierte (23,6%) mit Migrationshintergrund Auffälligkeiten bei der Wort- und Satzbildung. Bei Kindern ohne Migrationshintergrund ist der Anteil mit 5,1% (Gesamtstadt) bzw. 7,1% (Projektgebiet) erwartungsgemäß etwas geringer.

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 unter dem Durchschnitt der Gesamtstadt 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 dem Kinder- und Jugendreport 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 vierthäufigste 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, besser abschneiden als der gesamtstädtische Durchschnitt. Förderbedarfe sind dennoch vorhanden, v.a. bei den Kindern, die bisher nur geringe Deutschkenntnisse haben und/oder vor dem Schuleintritt nur sehr kurze Zeit in einer Kindertageseinrichtung waren.

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 erzielten 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 Zahnärzthelfer*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.

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). 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 Gebiss bzw. mit Füllungen angemessen versorgte Zähne ohne zusätzlichen Karies auf. Bei den übrigen 13,1% lag ein Behandlungsbedarf z. B. bedingt durch Karies oder abgefallene 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 Röthenbach wurden in den Schuljahren 2017/18 und 2018/19 553 Kindergarten-Kinder und 316 Schulkinder untersucht (Tabelle 19). Dabei erweisen sich sowohl die Zähne der Kindergarten-Kindern als auch der Schulkinder deutlich seltener als behandlungsbedürftig und deutlich häufiger als befundfrei als in der Gesamtstadt.

Im Vergleich zu repräsentativ ausgerichteten Studien zeigt sich nichtsdestotrotz, 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 Röthenbach

	PG Röthenbach	Gesamtstadt
Kindergarten		
ohne Befund	73%	66%
saniert	11%	12%
behandlungsbedürftig	16%	22%
Gesamt	553	10.938
Grundschule		
ohne Befund	72%	53%
saniert	8%	23%
behandlungsbedürftig	20%	24%
Gesamt	316	8.134

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

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 Netz-

werkmonitorings. 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. 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. 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/hocher Bildung (Heide mann 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 nicht vorhanden. Um einige Aussagen über die Situation im Quartier treffen zu können, werden subjektive Befragungsergebnisse zum Thema Gesundheit aus der 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“ als in der Gesamtstadt (Röthenbach: 14% vs. Gesamtstadt 22%) (Tabelle 20) und mehr Personen mit

„zufriedenstellend“ als in der Gesamtstadt (Röthenbach 40% vs. Gesamtstadt 28%). Ein Grund dafür könnte die sich unterscheidende Altersstruktur sein, da die subjektive Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustandes mit zunehm-

endem Alter der Befragten sinkt. In den anderen Kategorien gibt es keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Erhebungsgebieten.

Tabelle 20: WoHaus 2015 - Subjektive Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustands

	PG Röthenbach	Gesamtstadt
Gesundheitszustand allgemein		
sehr gut	14%	22%
gut	37%	38%
zufriedenstellend	40%	28%
weniger gut	9%	10%
schlecht	0%	3%
Gesamt	338	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. Grundsätzlich unterscheiden sich Gesamtstadt und Projektgebiet Röthenbach nicht wesentlich. Auch in anderen Bereichen finden sich keine nennenswerten Differenzen (vgl. Anhang, Tab. A2).

Tabelle 21: WoHaus 2015 - Subjektive Einschätzung der gesundheitlichen Situation

	PG Röthenbach	Gesamtstadt
Gesundheitsbedingt im Beruf oder zu Hause weniger geschafft		
ja, häufig	10%	13%
ja, manchmal	39%	33%
nein	51%	54%
Gesamt	336	8.135
Schwierigkeiten, weil niedergeschlagen und traurig		
ja, häufig	10%	10%
ja, manchmal	32%	32%
nein	58%	58%
Gesamt	336	8.175

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

Im Rahmen der WoHaus 2015 wurde 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).

Tabelle 22: WoHaus 2015 - Angaben zum Gesundheitsverhalten

	PG Röthenbach	Gesamtstadt
Wie oft treiben Sie 30 Minuten oder länger Sport?		
täglich	9%	8%
mehrmals pro Woche	30%	34%
einmal pro Woche	17%	20%
seltener	29%	25%
nie	14%	13%
Gesamt	335	8.210
Sind Sie Raucher/in?		
ja	17%	22%
nein	83%	78%
Gesamt	323	7.881

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

Im Projektgebiet geben unter den Befragten etwas mehr Personen als in der Gesamtstadt an, seltener als einmal die Woche oder nie Sport zu treiben (Tabelle 22). Ein Drittel der Befragten in Röthenbach und der Gesamtstadt geben an, mehrmals pro Woche Sport zu treiben.

Die Antworten zum Rauchverhalten zeigen, dass die Raucherquote im Vergleich zur Gesamtstadt um 5 Prozentpunkte niedriger ist (17% vs. 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).

Auch wenn die soziale Belastung im Projektgebiet im Vergleich zur Gesamtstadt als nicht besonders hoch einzuschätzen ist, und die Expert*innen nur für Subgruppen von hohen gesundheitlichen Belastungen berichten, erlauben die vorhandenen quantitativen Daten zur Gesundheit Erwachsener nicht, diesen allgemeinen Forschungsstand und die Expertenwahr-

nehmung 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 wä-

ren 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



Die Beurteilung des Viertels entspricht generell der des Sozialraumtyps: die Bewohner*innen sind partiell Belastungen ausgesetzt, insgesamt ist die Lage jedoch gemäßigt. Eine Gesundheitsförderung, die die Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit zum Ziel hat, muss daher die Bedarfe der Bevölkerungsgruppen, die in diesem Quartier spezifischen Belastungen ausgesetzt sind, aufgreifen. Betroffen sind beispielsweise Neuzugewanderte, die sich im Integrationsprozess befinden, Leistungsempfänger*innen und Personen/Familien mit geringem Einkommen, Senior*innen die von Mobilitätseinschränkung, Einsamkeit und Isolation bedroht sind, aber Kinder und Jugendliche, an die sehr hohe Leistungsanforderungen gestellt werden. Daneben bietet das Quartier viele Ressourcen: Durch die Randlage besteht direkter Zugang zu Grünflächen und Wald, durch die gute ÖPNV-Anbindung ist die Infrastruktur der Innenstadt schnell und leicht erreichbar und aufgrund der wachsenden rumänisch- und russischstämmigen Bevölkerung haben sich Kulturzentren etabliert, die diesen Gruppen ein facettenreiches Angebot und Vernetzungsmöglichkeiten bieten.

Doch zeigen die obigen Betrachtungen der sozialräumlichen Kontexte, der gesundheitlichen

Lage der Bewohner*innen und nicht zuletzt die Einschätzungen der Expert*innen deutlich, dass in vielen Bereichen Bedarfe bestehen, auf die zur Erreichung des Zieles der Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit reagiert werden muss. Dabei kann und muss die Gesundheitsförderung für eine langfristige Perspektive an die bestehenden, in Kapitel 4.4.2 dargestellten Strukturen, Netzwerke und Ressourcen anschließen, die im Quartier bereits vorhanden sind. Durch das Initiieren konkreter Projekte kann dadurch die Zusammenarbeit der Akteur*innen im sozialen und gesundheitlichen Bereich weiter gestärkt werden und es können mittel- und langfristig Synergieeffekte entstehen.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der qualitativen Bedarfsanalyse für das Projektgebiet Röthenbach 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 Sucht-

prävention sowie gesundheitsbezogener Alltagskompetenzen 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 und Sportvereinen 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:

- **Bewegungsangebot für Senior*innen**

Ein Bewegungsangebot für russischsprachige Senior*innen soll dem Erhalt und der Verbesserung von Beweglichkeit, Mobilität und Selbstständigkeit dienen und Lebensfreude fördern. Der Kurs wird in und mit russischer Übersetzung gehalten. Das Angebot kann in Kooperation mit dem russisch-deutschen Kulturverein und dem Kulturladen Röthenbach durchgeführt werden.

- **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. In Kooperation des russisch-deutschen Kulturzentrums mit dem Kulturladen können Betagte und Hochbetagte bei einem musikgestützten Angebot ihre körperliche Beweglichkeit und Fitness steigern.

- **Migrations- und gendersensibles Angebot zur Stressbewältigung**

Um Zugänge zu Migrant*innengruppen zu schaffen und diese für das Thema Gesundheitsförderung zu sensibilisieren, kann speziell für Menschen mit rumänischem Migrationshintergrund in Kooperation mit dem rumänischen Kulturzentrum in deren Räumlichkeiten ein Angebot zum Stressabbau erfolgen. Das Angebot soll durch eine rumänischsprachige, zertifizierte Kursleitung erfolgen. Das Angebot kann im ersten Schritt für Männer und Frauen segregiert erfolgen, und je nach Bedarf im Folgenden angepasst werden.

- **Entspannung für Kinder und Jugendliche**

Angebote zu Entspannung bei Kindern und Jugendlichen können sowohl auf Bewegung als auch auf Stressabbau abzielen, bspw. durch Kinder-Shiatsu in der Schule oder Bewegung im Freien. In Kooperation mit zertifizierten Trainer*innen und der Jugendsozialarbeit an Schulen können spezifische Angebote in kleineren Gruppen durchgeführt werden.

- **Gesundheitswissen insbesondere in Bezug auf gesundes Altern**

Im Rahmen einer Gesundheitsreihe können in Kooperation von Seniorennetzwerk und dem Kulturladen Vorträge zu Zahnpflege, gesunder Ernährung, spezieller Diät bei bestimmten alterstypischen Erkrankungen, etc. besucht werden

- **Bessere Gesundheitskompetenzen**

Bestimmte, die Vorsorge betreffende Verhaltensweisen, wie etwa die Inanspruchnahme von kassenfinanzierten Vorsorgeleistungen, die sinnvolle Rezeption von Gesundheitsinformation aus den Medien sowie das Abwägen und Treffen gesundheitsbezogener Entscheidungen, können durch neuerlerntes gesundheitsförderliches Verhalten und die Beschäftigung mit Gesundheitsthemen begünstigt werden

- **Bewegungs- und Entspannungsangebote auf öffentlichen Grünflächen/Plätzen**

Bewegung und Entspannung kann in Kursen erfolgen, die auf öffentlichen Grün- und Freiflächen stattfinden und an denen die Bewohner*innen unverbindlich und ohne Anmeldung teilnehmen können. Neben dem niedrigschwelligen Einstieg in ein Bewegungsprogramm sollen dadurch vorhandene Grünflächen im Projektgebiet bekannter und nutzbar gemacht werden.

5.1.2. Gesunde Ernährung

Neben Bewegungs- und Entspannungsangeboten bestehen im Projektgebiet weitere Bedarfe hinsichtlich *spezifischer* Ernährungsangebote:

- **Ernährungsangebote für Kinder**

Im Rahmen eines Ferienprogramms können Kinder zu einem einwöchigen Kurs zur Entstehung und Herstellung von selbstgebackenem Sauerteigbrot zu einem Aktivspielplatz kommen. Bei einem Ausflug zu einer Kornmühle können die Kinder die Entstehung von Grundnahrungsmitteln beobachten. Ernährungsexpert*innen bereiten mit den Kindern im Aktivspielplatz mit dem Mehl aus der Kornmühle über mehrere Tage Sauerteigbrot zu.

- **Gesunde Ernährung für Förderschulkinder**

Vor allem im Förderzentrum finden sich Kinder, deren Familien aufgrund finanzieller und struktureller Hürden einen schlechten Zugang zu gesunder Ernährung und deren Zubereitung haben. Hilfreich wären laut der Expert*innen Tipps, wo man günstig und gesund einkaufen kann und wie es trotz geringer finanzieller Ressourcen möglich ist, günstig und gesund zu kochen. Da die Kinder mit Fahrservices teils aus dem gesamten Stadtgebiet zum Förderzentrum kommen, sollten Angebote für deren Familien in verschiedenen Stadtteilen angeboten werden. Infomaterial und Ansprache kann jedoch zentral in Kooperation mit der Förderschule erfolgen.

- **Ernährungsangebote für Grundschulkinder**

Während der Schulzeit behandeln Kinder in der Grundschule Getreide, Mehlherstellung und Brot backen (s. Lehrplan). In Kooperation mit einem Aktivspielplatz und Ernährungsexperten*innen können die Kinder dort selbst Sauerteigbrote zubereiten.

- **Ernährungsangebote für Jugendliche**

In einem Jugendhaus mit mehreren Arbeitsplätzen können Jugendliche mit den pädagogischen Fachkräften 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.

- **Frauengruppe**

Im Rahmen einer wöchentlichen Frauengruppe können gesundheitsbezogene Themen wie Bewegung und Ernährung aufgegriffen werden. Die Frauengruppe kann sich in Räumlichkeiten treffen, in dem eine Gemeinschaftsküche mit mehreren Arbeitsplätzen genutzt werden kann. Gesunde Ernährung und kostengünstiges Kochen sollen „nebenher“ stattfinden und Teil des gemeinsamen Treffens sein.

5.1.3. Seelische Gesundheit und Suchtprävention

Psychische Probleme werden von den Expert*innen bei den Zielgruppen in unterschiedlichen Ausprägungen wahrgenommen. So wird von Senior*innen berichtet, die unter Einsamkeit leiden und von Depression bedroht sind, von Kindern und Jugendlichen, die sehr hohen Leistungs- und Funktionalitätsforderungen ausgesetzt sind oder von Geflüchteten, die teilweise stark traumatisiert sind. Der Probleme bereitende angemessene Umgang mit Provokationen und der eigenen Aggression wird bereits im Kindesalter beobachtet. Im Rahmen der präventiven Kinder- und Jugendhilfe gibt es vom Jugendamt der Stadt Nürnberg bereits unterschiedliche Angebote zur Suchtprävention.

Um der Zunahme an psychischen Belastungen und Folgeerkrankungen mittels fundierter Beratung und präventiven und therapeutischen Angeboten begegnen zu können, mangelt es im Projektgebiet an entsprechenden Einrichtungen. Für die Entwicklung von Maßnahmen muss der Bedarf jedoch weiter konkretisiert werden – unter Einbeziehung sowohl der Fachkräfte in den Einrichtungen als auch der Bewohner*innen. Dabei ist noch näher zu bestimmen, welche Maßnahmen auf Basis des GKV-Präventionsleitfadens entwickelt und ggf. in Zusammenarbeit mit weiteren medizinischen, psychologischen oder sozialpädagogischen Anbietern und Diensten vor Ort umgesetzt werden können.

5.1.4. Gesundheits- und Erziehungsberatung

Wie bereits in Kapitel 4.4 beschrieben befinden sich direkt im Quartier Möglichkeiten, Informationen und Beratung zu gesundheitsbezogenen Alltagskompetenzen zu erhalten. Dennoch fehlt teils das Wissen über die einzelnen Anbieter*innen und deren Arbeitsgebiet sowohl bei den Akteur*innen als auch auf Seiten der Ratsuchenden. Vor allem gehe es im Stadtteil darum, für die spezifischen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen zu sensibilisieren um den Erfolgsdruck, der auf manchen lastet, etwas zu mindern. Da in manchen Kulturkreisen jedoch unterschiedliche Einstellungen zu „Leistung“ bestehen, muss dies kultursensibel und -akzeptierend geschehen. Es darf nicht darum gehen, ein bestimmtes Konzept über ein anderes zu stellen. So könnte es bspw. für Familien, deren Kinder das Förderzentrum besuchen, sinnvoll sein, Informationen zum Gesundheitssystem, Hilfe bei Notfällen, Wissen über Krankheiten, Hygiene und Zahngesundheit, Unterstützungsangebote

im Stadtteil usw. niedrigschwellig zur Verfügung zu stellen. Diese könnten in bestehende Angebote oder Gruppen flexibel integriert werden.

Es geht nicht darum, ein neues Programm zu entwickeln, sondern relevante alltagsbezogene Gesundheitsinformationen qualifiziert in die Fläche weiterzugeben. Wichtig ist, das Angebot nicht verschult, sondern mit praktischem Handlungswissen und geselligem Charakter zu gestalten. Ebenso ist die Zusammenarbeit mit lebensweltlichen Multiplikator*innen sowie Sprachmittler*innen mit spezifischem Gesundheitswissen angeraten. Um sich am jeweiligen Bedarf der Zielgruppe orientieren zu können, wären spezifische Inhalte im Vorfeld des Angebots mit Vertreter*innen dieser Gruppe zu erarbeiten. Auf diese Weise können vorhandenes Wissen und Stärken aus der Zielgruppe direkt in die Umsetzung des Angebots einfließen, eigene Kompetenzen erkannt und das Selbstwirksamkeitserleben gefördert werden.



5.2. Empfehlungen für verhältnisbezogene Bedarfe

Neben den verhaltensbezogenen sollen verhältnisbezogene Maßnahmen mit dem Ziel der Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit 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 Ge-

sundheitsförderung auf die Unterstützung von Netzwerken und Partner*innen im Stadtteil angewiesen, um gemeinsam vor Ort Verhältnisse zu verändern. Die Aufgabe liegt hier darin, auf Wirkungsmechanismen und Vermittlungszusammenhänge in der Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit hinzuweisen und in fachlichen wie politischen Diskussions- und Entscheidungszusammenhängen in den Fokus zu rücken.

5.2.1. Gesundheitsversorgung

Die Versorgung durch Hausärzte wird in den Experteninterviews zwar als ausreichend beschrieben. Gerade für ältere oder bewegungseingeschränkte Bewohner*innen sind diese jedoch teilweise fußläufig nur schwer zu erreichen, oder der Besuch wird durch fehlende Barrierefreiheit der Praxis erschwert. Hausbesuche werden durch Hausärzt*innen, Physiotherapeuten und Logopäden, etc. kaum noch durchgeführt, durch Fachärzt*innen gar nicht. Zwar gibt es die Sana-Klinik mit vielen Fachärzt*innen im Gebiet, für Senior*innen ist aufgrund der feh-

lenden Mobilität deren Angebot nicht nutzbar. Auch fehle eine aufsuchende Versorgung durch Gesundheitsdienstleister*innen wie Friseur*innen oder Fußpfleger*innen. Wünschenswert ist ein grundsätzlicher Ausbau der aufsuchenden Versorgung. Darüber hinaus wird angegeben, dass es keine hausärztliche Versorgung im Neubaugebiet Röthenbach Ost gebe, und im gesamten Projektgebiet keine orthopädische Praxis.

Im Quartier fehle es an ca. 100 Pflegeplätzen, da zwei Pflegeheime geschlossen wurden.

Gleichzeitig gebe es große Lücken bei der Versorgung im Pflegefall, wenn nur kurzzeitige Pflege ansteht und kein Pflegegrad vergeben wurde. Die Vernetzung zwischen Ärzten und Sozialdiensten sei nicht ausreichend gegeben, auch nicht zwischen den Kliniken und den Pflegediensten, die die weitere Versorgung übernehmen. Die Finanzierung von Hilfsmitteln sei ebenfalls oft schwierig.

Im Bereich der Geflüchtetenhilfe gebe es nicht genügend Hebammen und Krankenschwestern zur aufsuchenden Betreuung der Frauen in den Unterkünften. Darüber hinaus benötigen die Kinder Geflüchteter oft eine umfassende zahnmedizinische Versorgung und Sanierung, die bisher nicht ausreichend gegeben wird.

Die Bedarfe sind:

- Allgemein: Pflegeplätze
- Medizinische Versorgung der Geflüchteten
- Aufsuchende medizinische Versorgung

5.2.2. Stärkung des Gemeinwesens

In den Experteninterviews wird wiederholt erwähnt, dass Röthenbach ein sehr „anonymer“ Stadtteil sei, und es eine Kluft zwischen den lange hier Wohnenden und Neuzugezogenen gibt. Gerade in Bezug auf die Senior*innen wird von Isolation und Einsamkeit, bei gleichzeitiger Tabuisierung dieser, berichtet. Die Isolation entstehe einerseits durch die abnehmende Mobilität, andererseits aufgrund fehlender Treffpunkte im Quartier.

Die Bedarfe hinsichtlich der Stärkung des sozialen Miteinanders sind:

- Nicht-konfessionelle Mutter-Kind-Gruppen für Familien, deren Kinder (noch) keine Kindertageseinrichtung besuchen
- Plattformen für Neuzugezogene im Allgemeinen, da diese oftmals einsam sind

- Plattformen insbesondere für geflüchtete Menschen, um dort Kontakte zur Bestandsbevölkerung knüpfen zu können
- (Mehr) attraktive Grünflächen und Grünanlagen als Treffpunkte im Freien
- (Mehr) attraktive Treffpunkte, wie kostengünstige oder gemeinnützig geführte Cafés
- Angebote und Aktionen für Senior*innen und Menschen, die auf eine niedrigschwellige alltägliche Unterstützung angewiesen sind, damit Nachbarn untereinander in Kontakt kommen
- Sportgruppen für Senior*innen um soziale Beziehungen und gleichzeitig die Mobilität zu fördern

5.2.3. Soziale Infrastruktur

Insgesamt werden die Kooperationen zwischen den Kinderbetreuungseinrichtungen in Röthenbach als gut beschrieben. Im Bereich der Ausnahmen werden mangelnde finanzielle und insbesondere personelle Ressourcen angegeben. So konnte eine bewährte Kleinkindbetreuung am Aktivspielplatz Aki nicht mehr an zwei Nachmittagen angeboten werden, obwohl Motivation und Bedarf vorhanden seien.

Auch die regelhafte Finanzierung von Angeboten und Projekten im Bereich der Kindertagesstätten gestalte sich schwierig. Zwar gibt es im Stadtteil schon sehr viele Projekte und Angebote, jedoch fehlen oftmals langfristige Ressourcen, um Nachhaltigkeit zu gewährleisten. Häufig würden diese Projekte über Spenden oder Projekttöpfe abgedeckt werden.

In der Geflüchtetenhilfe wird der Wunsch nach Kooperationen mit den kirchlichen Chören und dem russisch-deutschen Kulturzentrum genannt, bisher gebe es diese noch nicht.

5.2.4. Umwelt und Wohnen

Einerseits ist das Quartier mit eigenen sowie einem leichten Zugang zu angrenzenden Grünflächen gut ausgestattet, andererseits monieren die Expert*innen einen Mangel an Spiel- und Bewegungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche. Durch die Bewegungstreffe zielt die Gesundheitsförderung darauf ab, dass die vorhandenen Grünflächen durch die Nutzung öffentlich positiver wahrgenommen werden.

Das Thema Wohnen war vor allem in den Interviews bezüglich der Gruppe der Senior*innen ein sehr zentrales Thema. Generell besteht Be-

darf an bezahlbarem Wohnraum, der barrierefrei für Gehbehinderte und auf Rollator angewiesene Personen zugänglich ist.

Das Thema des Einflusses der Luftqualität auf die Lebensqualität hat in Röthenbach im vorpolitischen gesellschaftlichen Raum einen sehr hohen Stellenwert. Da die Luftqualität subjektiv als schlecht wahrgenommen wird, wurde eine „Gesundheitsrunde Röthenbach“ als Veranstaltung zur Information und zum Austausch mit städtischen Vertreter*innen organisiert.



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 Röthenbach 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.

Besonders im Fokus waren dabei die Gruppe der Senior*innen und ihre spezifischen Bedarfe wie etwa informelle Treffpunkte. Ebenso fehlt es Cafés, in denen sich Senior*innen treffen können. Die fehlende Wohnraumgestaltung in Mehrfamilienhäusern, in welchen Senior*innen zur Miete wohnen, kann eine verfrühte Einschränkung der Mobilität zur Folge haben. Kinder und Jugendliche unter hohem Leistungsdruck benötigen Freiräume im Stadtteil.

Im Projektgebiet fehlen damit öffentliche Treffpunkte für verschiedene Personengruppen, durch die der Aufbau sozialer und nachbarschaftlicher Strukturen ermöglicht wird. Gleichzeitig zeigt die Bedarfsanalyse im Schnitt, dass das Quartier durch sozialarbeiterische Infrastruktur, durch bewegungsfördernde Angebote und durch Grün- und Freiflächen gut versorgt ist.

Durch die Stadtrand- und Insellage von Röthenbach kann man teils noch dörfliche Strukturen feststellen. Diese bieten ein hohes Potenzial

für gelingende selbstorganisierte Gruppen, die jedoch eine Infrastruktur wie Räume und ggf. Begleitung benötigen. Es wichtig, Maßnahmen kontinuierlich anzubieten, damit sich diese in der öffentlichen Wahrnehmung etablieren und Personengruppen, die nicht an Vereine und Institutionen des Stadtteils angebunden sind, durch Mund-zu-Mund-Propaganda erreicht werden können. Eine Anbindung von Gruppen an institutionelle Kontexte wie Kirchen, Vereine oder städtische Einrichtungen sollte daher gefördert werden – und ebenso die Einrichtungen, um diese Ressourcen zur Verfügung stellen zu können.

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 verschärfender sozialer, klimatischer und wirtschaftlicher Bedingungen ist es wichtig, große Ziele abzustechen 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 Inves-

tition 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	Schuleingangsuntersuchung
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	31
Abbildung 10: Karte - Straßenlärmbelastung im Tagesmittel	32
Abbildung 11: SEU - Körpergewicht	39
Abbildung 12: SEU - Schwierigkeiten beim Zeichnen geometrischer Formen	41
Abbildung 13: SEU - Störungen der sprachlichen Entwicklung	42
Abbildung A1: Perzentile für den BMI (in kg/m ²) von Jungen im Alter von 0-18 Jahren	64
Abbildung A2: Perzentile für den BMI (in kg/m ²) von Mädchen im Alter von 0 bis 18 Jahren	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	30
Tabelle 14: WoHaus 2015 - Subjektive Wahrnehmung Lärm- und Luftbelastung	33
Tabelle 15: Wohndauer an einer Adresse im Projektgebiet	34
Tabelle 16: WoHaus 2015 - Bindung an den Stadtteil	35
Tabelle 17: WoHaus 2015 - Bewertung der Nachbarschaft	35
Tabelle 18: SEU - Anzahl untersuchter Kinder im Projektgebiet Langwasser	39
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	45
Tabelle 22: WoHaus 2015 - Angaben zum Gesundheitsverhalten	46
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, Gamburg: 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 Gesunde Stadt. Hinweise für Stellungnahmen zur Stadtentwicklung aus dem Öffentliche Gesundheitsdienst. Bielefeld. Verfügbar unter: https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/service/Pub/2019_df/lzg-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 Gesellschaft. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Brauckhoff, G., Kocher, T., Hotfreter, B., Bemhardt, O., Splieth, C., Biffar, R. et al. (2009). Mundgesundheit. 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 implications for care. Nat Rev Cardiol 6, 712–722 (2009).
- Claßen, T. (2013). Lärm macht krank! - Gesundheitliche Wirkungen von Lärmbelastung in Städten. Informationen 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., Borrmann, 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: Özçevik, 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.
- Frühbuß, 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_Praevention_komplett_P210177_barrierefrei3.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 Versorgungsforschung 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 inklusive Gesundheitsversorgung. 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.; Schumann, M. (2013). Quantifizierung der Auswirkungen verschiedener Umweltbelastungen auf die Gesundheit der Menschen in Deutschland unter Berücksichtigung der bevölkerungsbezogenen Expositionsermittlung - (Verteilungsbasierte Analyse gesundheitlicher Auswirkungen von Umwelt-Stressoren, VegAS) (Schriftenreihe Umwelt & 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 Gesundheitsförderung* (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., Borrmann, 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., Pfortner, 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%B6rderung-2016.pdf>
- Pieper, K. (2010). Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe 2009. Gutachten aus den Bundesländern bzw. Landesstellen. (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnspflege, 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.
- Schlicht, 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). Grundausswertung 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/bildungsbuero/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 Röthenbach	Gesamtstadt	Röthenbach West	Röthenbach West
Bevölkerung	21.061	530.222	8.625	12.436
Geschlecht				
männlich	47,41%	49,3%	46,91%	47,76%
Alter in Jahren				
Durchschnittsalter	47 Jahre	43,5 Jahre	48,2 Jahre	46,2 Jahre
Altersgruppen				
0 - unter 3	2,64%	2,81%	2,46%	2,77%
3 - unter 6	2,28%	2,80%	2,19%	2,35%
6 - unter 10	3,35%	3,43%	3,07%	3,54%
10 - unter 15	4,15%	4,15%	4,37%	3,99%
15 - unter 18	2,56%	2,50%	2,37%	2,70%
18 - unter 25	6,09%	7,70%	5,74%	6,33%
25 - unter 30	5,58%	7,50%	5,50%	5,64%
30 - unter 45	19,35%	22,05%	18,56%	19,90%
45 - unter 60	20,46%	20,75%	19,72%	20,98%
60 - unter 65				
65 - unter 75	12,05%	9,59%	12,92%	11,44%
75 - unter 80	4,76%	3,73%	5,28%	4,41%
80 - unter 85	5,41%	3,87%	6,06%	4,95%
85 und mehr	4,24%	3,00%	4,50%	4,06%

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

Tab. A2: Einschätzung gesundheitliche Situation

PG Röthenbach			Gesamtstadt	
gesundheitsbedingt im Beruf oder zu Hause weniger geschafft	in %	Angaben	in %	Angaben
ja, häufig	10%	31	13%	1069
ja, manchmal	39%	127	33%	2679
nein	52%	169	54%	4387
Gesamt	100%	327	100%	8135
Beeinträchtigung durch Schmerzen				
ja, häufig	14%	46	14%	1171
ja, manchmal	42%	139	36%	2969
nein	44%	143	49%	4040
Gesamt	100%	329	100%	8181
Schwierigkeiten beim Treppensteigen				
ja, häufig	10%	34	10%	810
ja, manchmal	21%	68	16%	1343
nein	69%	227	74%	6028
Gesamt	100%	329	100%	8181
Schwierigkeiten beim Gehen				
ja, häufig	8%	27	9%	715
ja, manchmal	21%	71	16%	1323
nein	70%	231	75%	6145
Gesamt	100%	329	100%	8184
Schwierigkeiten beim Sehen				
ja, häufig	8%	25	7%	602
ja, manchmal	21%	67	20%	1614
nein	72%	235	73%	5937
Gesamt	100%	327	100%	8153
Schwierigkeiten beim Hören				
ja, häufig	7%	22	4%	298
ja, manchmal	10%	32	10%	788
nein	84%	275	87%	7055
Gesamt	100%	329	100%	8140
Schwierigkeiten, weil niedergeschlagen und traurig				
ja, häufig	10%	32	10%	810
ja, manchmal	32%	104	32%	2600
nein	59%	193	58%	4766
Gesamt	100%	328	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



gesundheitsimstadtteil.nuernberg.de

Gefördert von:



AOK Bayern
Die Gesundheitskasse.