

Gesundheitsprofil Weststadt

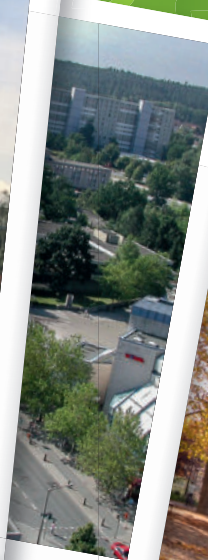
Darstellung der gesundheitsbezogenen Lebensverhältnisse und Handlungsempfehlungen des Projektes „Gesundheit für alle im Stadtteil“



Muggenholz/Eberhardshof
Gartenhof



Röthenbach



Langwasser



St. Leonhard/
Schweinau

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 der Nürnberger Weststadt | 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 | 39 |
| 4.5.1. | Kinder – Schuleingangsuntersuchung (SEU) | 39 |
| 4.5.2. | Kinder - Zahngesundheit | 44 |
| 4.5.3. | Erwachsene | 45 |
| 5. | Handlungsempfehlungen der dezentralen Gesundheitsförderung zur Kompensation gesundheitlicher Ungleichheit | 48 |
| 5.1. | Empfehlungen für verhaltensbezogene Bedarfe | 49 |
| 5.1.1. | Bewegungs- und Entspannungsangebote | 49 |
| 5.1.2. | Gesunde Ernährung | 50 |
| 5.1.3. | Seelische Gesundheit und Suchtprävention | 50 |
| 5.1.4. | Gesundheits- und Erziehungsberatung | 51 |
| 5.2. | Empfehlungen für verhältnisbezogene Bedarfe | 51 |
| 5.2.1. | Zugang zu gesunden Nahrungsmitteln | 52 |
| 5.2.2. | Gesundheitsversorgung | 52 |
| 5.2.3. | Stärkung des Gemeinwesens | 53 |
| 5.2.4. | Soziale Infrastruktur | 53 |
| 5.2.5. | Umwelt und Wohnen | 54 |
| 6. | Fazit und Ausblick | 54 |
| I. | Abkürzungsverzeichnis | 56 |
| II. | Abbildungsverzeichnis | 56 |
| III. | Tabellenverzeichnis | 57 |
| IV. | Literaturverzeichnis | 58 |
| V. | Anhang | 64 |



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

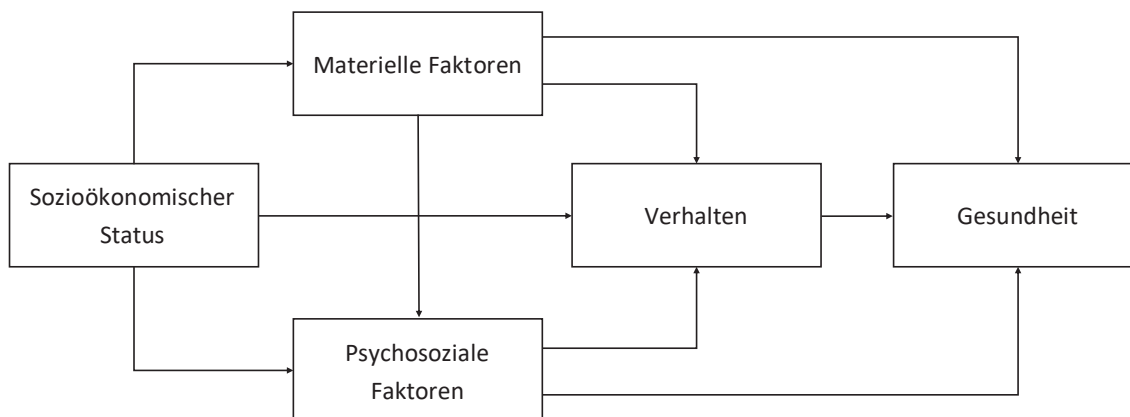
In den vergangenen drei Jahrzehnten haben zahlreiche Studien bestätigt, dass in Deutschland wie auch in anderen wohlhabenden Gesellschaften ein Zusammenhang zwischen

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 Hessen, HAGE e.V., 2020; dort nach Dahlgren & Whitehead, 1991

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

ist. Die individuellen körperlichen und Lebensstil bezogenen sowie die Faktoren sozialer und kommunaler Netzwerke des unmittelbaren Nahraums beeinflussen die Gesundheit des Individuums, wiederum von übergeordneten Meso- und Makro-Einflüssen der äußeren Bögen mitbestimmt. Die Gesundheitsförderung muss diese übergeordneteren 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-

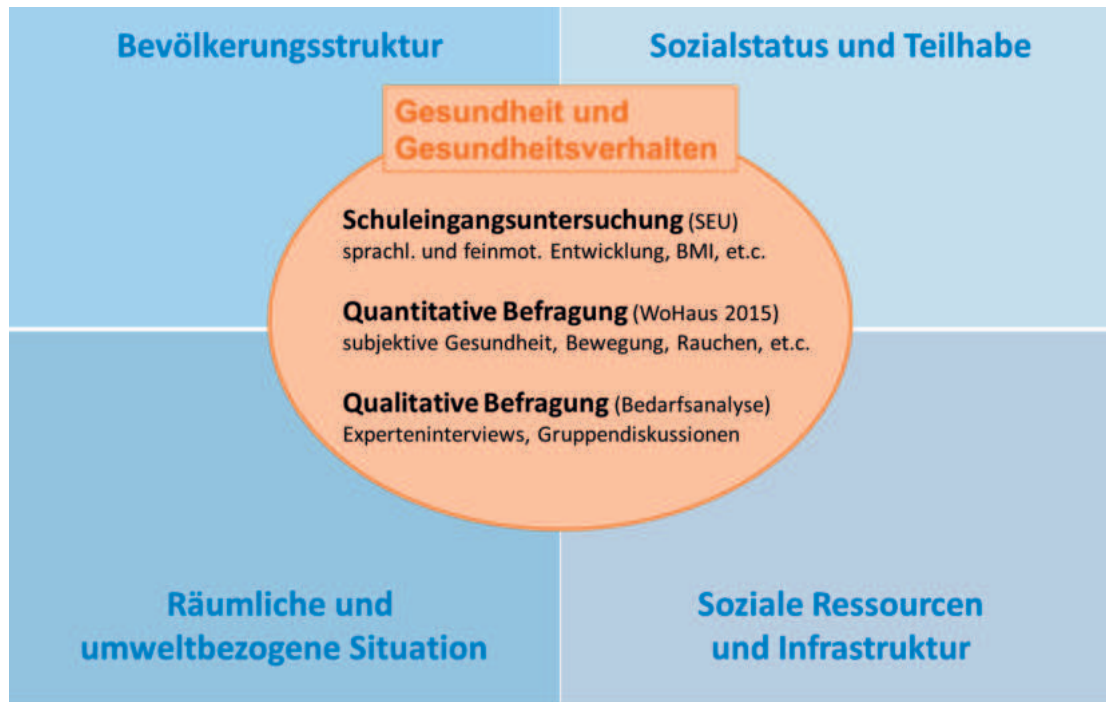
ßen Daten zu wohnräumlicher Beschaffenheit und Umweltsituation in die Untersuchung ein. Schließlich werden die sozialen Ressourcen und die soziale Infrastruktur durch Daten zu subjektiver sozialer Einbindung und Bewertung der Nachbarschaft und Infrastruktur abgebildet.

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.

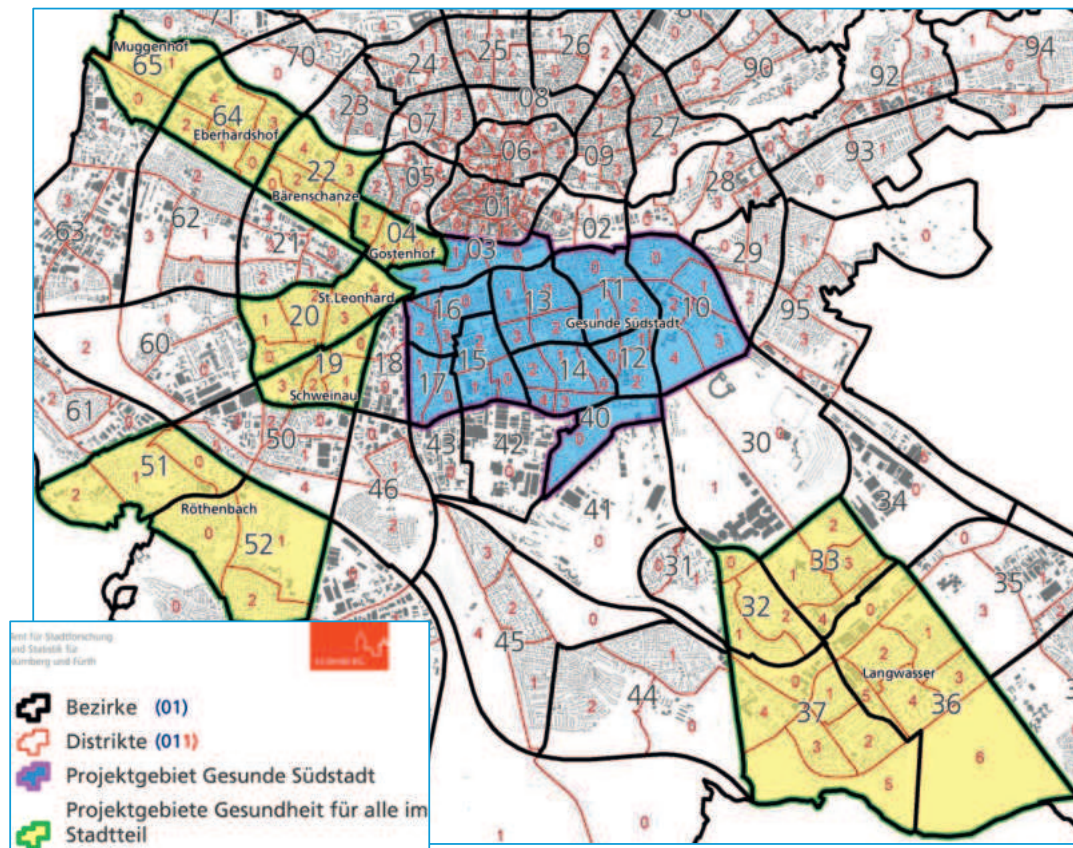
3.3. Projektgebiete in Nürnberg

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 Stadtumbau West (Weststadt) bzw. Sozialer Zusammenhalt (ehem. Soziale Stadt) im Rahmen der sog. „Vorbereitenden Untersuchungen“ dokumentiert. Die drei genannten Projektgebiete sind damit Schwerpunkte der Stadterneuerung des Nürnberger Stadtplanungsamtes, mit dessen Quartiersmanagement das Projektteam vor Ort zusammenarbeitet. Gemäß der Sozialraumtypologie des Amtes für Stadtforschung und Statistik

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

Tabelle 2: Statistische Bezirke, Sozialraumtypen, Schulsprengel

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



Das Projektgebiet Weststadt besteht aus den vier statistischen Bezirken Gostenhof (04), Bärenschanze (22), Eberhardshof (64) und Muggenhof (65). Im Nordosten ist es größtenteils durch die Pegnitz, im Südwesten durch den Frankenschnellweg (A73) begrenzt. Gostenhof ist im Norden durch die südliche Fürther Straße, im Osten durch die Steinbühler Straße sowie im Süden durch die Kohlenhofstraße begrenzt. Die Innenstadt ist damit von Gostenhof

gut fußläufig erreichbar. Die Bärenschanze, Eberhardshof und Muggenhof sind über den öffentlichen Nahverkehr gut an die Innenstadt angebunden. Muggenhof grenzt im Westen an Fürth, welches vom Projektgebiet aus gut mit der U-Bahn oder über die Fürther Straße zu erreichen ist. Da sich die Bezirke in einzelnen Bereichen zum Teil deutlich voneinander unterscheiden, werden die Ergebnisse im Folgenden nach Bezirken differenziert dargestellt.

Abbildung 7: Karte - Projektgebiet Weststadt



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



4.1. Bevölkerungsstruktur

Im Projektgebiet leben auf einer Fläche von insgesamt 377 Hektar 31.285 Personen, was einer Bevölkerungsdichte von 83 Personen je Hektar entspricht. Gostenhof ist der flächenmäßig kleinste Bezirk, hier leben 176 Personen auf einem Hektar Fläche. Mit einigen Südstadtbezirken (Steinbühl, Galgenhof, Glockenhof) ist

Gostenhof damit einer der am dichtesten besiedelten Bezirke Nürnbergs. Der am dünnsten besiedelte Bezirk im Projektgebiet ist Muggenhof, hier leben 26 Personen auf einem Hektar (Tabelle 3). Ein großer Teil der Flächen, ist für die Bewohner*innen jedoch nicht nutzbar (Gleisflächen und Industrieareale).

Tabelle 3: Bevölkerungsdichte

| | PG West | Gesamtstadt | Muggenhof | Eberhardshof | Bärenschanze | Gostenhof |
|-----------------|---------|-------------|-----------|--------------|--------------|-----------|
| Einwohner je ha | 83 | 28 | 26 | 84 | 86 | 176 |
| Fläche in ha | 377 | 18.657 | 93 | 123 | 109 | 52 |
| Einwohner | 31.285 | 530.222 | 2.385 | 10.392 | 9.364 | 9.144 |

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

Von 2012 bis 2022 verzeichneten die Bezirke (außer Bärenschanze) des Projektgebietes wie auch die Gesamtstadt ein Bevölkerungswachstum (Tabelle 4). Allerdings ist dieses in der Weststadt mit 6,2% anderthalb-mal so groß

wie in der Gesamtstadt. Am relativ stärksten ist die Bevölkerung in Eberhardshof gewachsen (+15,9%), Abwanderungstendenzen sind in der Bärenschanze zu beobachten (-2%).

Tabelle 4: Bevölkerungsveränderung

| | PG West | Gesamtstadt | Muggenhof | Eberhardshof | Bärenschanze | Gostenhof |
|------------------------------|---------|-------------|-----------|--------------|--------------|-----------|
| Veränderung 2012-2021 | +6,2% | +4,0% | +4,9% | +15,9% | -2,0% | +3,9% |
| Einwohner 2012 | 29342 | 509004 | 2268 | 8740 | 9548 | 8786 |
| Einwohner 2021 | 31285 | 530222 | 2385 | 10392 | 9364 | 9144 |

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

Die soziodemographische Struktur der Bevölkerung unterscheidet sich von der der Gesamtstadt.

Das Durchschnittsalter im Nürnberger Westen liegt bei 39,3 Jahren und damit etwa 4 Jahre unter dem Altersdurchschnitt in Nürnberg insgesamt (43,5 Jahre). Im Projektgebiet wohnen

überdurchschnittlich viele Menschen im Alter von 25 bis unter 45 Jahren (35,3% der Bevölkerung; gesamtstädtisch 29,6%). (Anhang, Tab. A1).

Im Projektgebiet ist eine verhältnismäßig große Zahl alleinwohnender Personen festzustellen. Vor allem in Gostenhof wohnt mit 58,7% der

Erwachsenen ein größerer Anteil allein als in der Gesamtstadt (50,1%) (Tabelle 5). Verglichen mit der Gesamtstadt ist im Projektgebiet der Anteil alleinwohnender Männer über 65 Jahren höher als in der Gesamtstadt. In Muggenhof finden sich, verglichen mit der Gesamtstadt,

mehr alleinwohnende junge Menschen (28,1% vs. 21,5%), insbesondere Männer (73,6% vs. 56,3%). Der Anteil alleinwohnender älterer Menschen über 65 ist dagegen im gesamten Westgebiet niedriger als in der Gesamtstadt (9,7% vs. 13,8%).

Tabelle 5: Haushaltsformen

| | PG West | Gesamtstadt | Muggenhof | Eberhardshof | Bärenschanze | Gostenhof |
|--|---------|-------------|-----------|--------------|--------------|-----------|
| Einpersonenhaushalte | | | | | | |
| Anteil an Gesamt | 54,4% | 50,1% | 55,9% | 52,4% | 51,8% | 58,7% |
| Anteil 18-35 Jahre an Gesamt | 19,6% | 21,5% | 28,1% | 22,8% | 24,3% | 27,2% |
| davon Männer | 59,4% | 56,3% | 73,6% | 59,1% | 56,1% | 59,1% |
| Anteil über 65 Jahre an Gesamt | 9,7% | 13,8% | 7,8% | 12,9% | 8,7% | 7,8% |
| davon Männer | 39% | 30,1% | 39,6% | 33,6% | 36,3% | 49,5% |
| Familienhaushalte | | | | | | |
| Anteil der Familienhaushalte an Gesamt | 18% | 17,7% | 17,1% | 17,5% | 20,2% | 16,6% |
| davon mit mind. 3 Kindern | 15,3% | 11,3% | 19,4% | 12,8% | 14,9% | 17,4% |
| davon Alleinerziehende | 24,5% | 22,1% | 23,4% | 21,6% | 25,9% | 26,3% |

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

18% der Haushalte im Nürnberger Westen sind Familienhaushalte. Dieser Anteil weicht nicht bedeutsam von dem in der Gesamtstadt ab (17,7%). Lediglich in der Bärenschanze ist hier mit 20,2% ein gegenüber der Gesamtstadt erhöhter Anteil festzustellen. Auffälliger ist dagegen der verhältnismäßig größere Anteil von Familien mit mehr als drei Kindern an den Familienhaushalten. Dieser liegt insbesondere in Gostenhof (17,4%) und Muggenhof (19,4%) deutlich über dem gesamtstädtischen Anteil (11,3%). Etwas höher als in der Gesamtstadt (23,1%) ist der Anteil der Alleinerziehenden-Haushalte an den Familienhaushalten im Wes-

ten (24,5%), wiederum vor allem in Muggenhof und Gostenhof mit 23,4% und 26,3%.

Im Nürnberger Westen leben Menschen aus vielen unterschiedlichen Kulturen und Herkunftsländern. Rund zwei Drittel der Bewohner*innen im Projektgebiet haben einen Migrationshintergrund (MH)¹ (65%), und damit deutlich mehr als in der Gesamtstadt (48,2%) (Tabelle 6). Die meisten Menschen mit eigener oder familialer Zuwanderungsgeschichte leben in der Bärenschanze (60,8%). Anteilig sind im Projektgebiet Personen mit griechischem, türkischem oder rumänischem Migrationshintergrund am häufigsten vertreten.

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 West | Gesamtstadt | Muggenhof | Eberhardshof | Bärenschanze | Gostenhof |
|------------------|---------|-------------|-----------|--------------|--------------|-----------|
| Deutsche ohne MH | 34,8% | 51,8% | 43,5% | 47,4% | 39,2% | 51,3% |
| Deutsche mit MH | 21% | 23,3% | 40,7% | 40,7% | 43,7% | 36,3% |
| Ausländer | 44% | 24,9% | 15,8% | 12,0% | 17,2% | 12,4% |

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

Zum Zeitpunkt der Bedarfsanalyse des Projekts leben 569 Geflüchtete im Projektgebiet in insgesamt 14 Unterkünften (Stand 31.07.2018). Wie in der Gesamtstadt sind im Projektgebiet ca. zwei Drittel der Geflüchteten männlich (Tabelle 7). Allerdings sind im Vergleich zur Gesamtstadt die Anteile junger Erwachsener und Erwachsener größer und die der unter 18-Jährigen kleiner. Der Anteil Geflüchteter über 65 Jahren ist im Projektgebiet vernachlässigbar gering.

Je nach geopolitischer Situation können die Zahlen der ankommenden Flüchtlinge stark schwanken. Staatliche und städtische Möglichkeiten der Unterkunft werden je nach Bedarf angemietet und zur Verfügung gestellt. Die Größe der Unterkünfte ist sehr unterschiedlich, teils werden in kleinen Unterkünften nur wenige Personen oder Familien untergebracht. Die Zahlen der Unterkünfte stellen daher keine für die Stadtteile festen Werte dar, sie werden im Bedarfsfall angemietet und wieder aufgelöst.

Tabelle 7: Geflüchtete

| | 2018 | | 2022 | |
|--------------------|---------|-------------|---------|-------------|
| | PG West | Gesamtstadt | PG West | Gesamtstadt |
| Geflüchtete | 569 | 6.689 | 516 | 10.453 |
| Unterkünfte | 14 | 152 | 8 | 53 |
| Geschlecht | | | | |
| Männer | 68,8% | 62,6% | 50,4% | 42,0% |
| Frauen | 31,8% | 37,0% | 49,6% | 58,0% |
| Alter | | | | |
| 0-17 | 22,7% | 32,1% | 12,4% | 10,6% |
| 18-25 | 27,8% | 22,8% | 53,1% | 50,8% |
| 26-64 | 49,6% | 45,1% | 5,4% | 4,4% |
| 65 und älter | 0,4% | 1,7% | 48,3% | 42,0% |
| Anerkannte | 40,1% | 36,6 | 50,4% | 18,0% |

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

Ein hoher Anteil Bewohner*innen in den Unterkünften sind sogenannte „Auszugsberechtigte“, das heißt, bereits anerkannte Flüchtlinge, die sich eine Wohnung suchen müssten, aber weiterhin in den Unterkünften leben müssen. Eine mögliche Erklärung für die hohe Anzahl (40,1% und 50,4%) ist die angespannte Situation auf dem Wohnungsmarkt.

Die in der Weststadt wohnhaften geflüchteten Familien werden in den Experteninterviews als psychisch sehr belastet beschrieben und leiden aufgrund von Flucht- bzw. Gewalterfahrung häufig unter Traumata.

Wie die vorangegangenen Ausführungen zeigen, sind die Bürger*innen aus der Nürnberger Weststadt 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 ist nicht nur von kultureller Diversität geprägt, sondern auch von sozialer Benachteiligung. Größtenteils ist der Nürnberger Westen dem Sozialraumtyp 2 „sozial

angespannte Quartiere“ zugeordnet. In den Expert*inneninterviews wird auf die verhältnismäßige Häufung prekärer Lebenslagen hingewiesen.

4.2.1. Arbeitslosigkeit und Transferleistungsbezug nach SGB II

Der Anteil Arbeitsloser an der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter in der Weststadt entspricht dem Wert der Gesamtstadt (5,5% vs. 5,3%) (Tabelle 8). Die Jugendarbeitslosigkeit ist in allen vier Bezirken über dem gesamtstädtischen Wert, teils fast doppelt so hoch.

Der Anteil erwerbsfähiger SGB II-Leistungsberechtigter an der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter liegt im Projektgebiet mit 13,6% deutlich über dem gesamtstädtischen Anteil von 7,9%. Aufgegliedert nach statistischen Bezirken zeigt sich, dass der Wert in Muggenhof mit 16,5% am höchsten, in Eberhardshof

mit 12,2% am niedrigsten ist. Die gesonderte Betrachtung der Kinder und Jugendlichen, die in Bedarfsgemeinschaften leben sowie der Bezieh*innen von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII) zeigt ein ähnliches Muster sozialer Benachteiligung im Projektgebiet und seinen Bezirken. Der Anteil der Kinder in Bedarfsgemeinschaften erreicht dabei einen Wert von 32,8% in Muggenhof und 32% in Gostenhof – ein Drittel aller Kinder lebt dort damit in Haushalten, die Leistungen des SGB II beziehen.

Tabelle 8: Arbeitslosigkeit und Transferleistungsbezug

| | PG West | Gesamt- stadt | Muggen- hof | Eberhards- hof | Bärens- chanze | Gosten- hof |
|---|------------|------------------|----------------|-------------------|-------------------|----------------|
| Arbeitslosigkeit | | | | | | |
| Anteil Arbeitsloser an Bev. i. erwerbsf. Alter | 5,5% | 5,3% | 9,1% | 7,5% | 7,2% | 9% |
| Anteil Arbeitsloser unter 25 Jahren an Bev. i. erwerbsf. Alter U25 | 2,8% | 2,9% | 5,5% | 4,1% | 5,5% | 5,4% |
| SGB II-Bezug | | | | | | |
| Anteil erwerbsfähiger Leistungsberechtigter an Bev. i. erwerbsf. Alter. | 13,6% | 7,9% | 16,5% | 12,2% | 12,8% | 15,0% |
| Anteil Kinder unter 18 in Bedarfsgemein. an allen U18 | 15,4% | 14,8% | 32,8% | 24,2% | 25,3% | 32% |
| Grundsicherung im Alter | | | | | | |
| Anteil Bezieher Grund-sicherung an allen Ü65 | 24,8% | 11,2% | 26,5% | 17,9% | 21,7% | 40,4% |

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 armutsgefährdeten Familien im Quartier Geld für Freizeitaktivitäten, Ausflüge oder Urlaub fehlt. Die soziale Teilhabe sei, bis hin zum Erleben von Ausgrenzung, bei manchen Kindern aus finanziellen Gründen eingeschränkt. Viele Familien im Stadtteil werden von den Expert*innen durch Trennung, Krankheit, Gewalt und Arbeitslosigkeit als mehrfach belastet erlebt, wodurch die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben erschwert sei.

Im Bildungsbericht der Stadt Nürnberg wird ebenso darauf hingewiesen, dass Muggenhof und Gostenhof durch die hohe SGB II-Quote in den Blick genommen werden müssen, um der Beeinträchtigung des Bildungserfolgs durch sozioökonomische Benachteiligung entgegen zu wirken (BgA/Bildungsbüro, 2017).

Kinder, die in Armut bzw. von Armut bedroht aufwachsen, sind häufig in ihrer sozialen, kulturellen und gesundheitlichen Entwicklung

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

Ergänzend zu den statistischen Daten zur Armutgefährdung im Projektgebiet können Ergebnisse der WoHaus 2015 einen Eindruck zur Verbreitung von materiellen Engpässen im Quartier vermitteln. So gab ein Anteil von 34% der befragten Bewohner*innen der Weststadt an, in den letzten zwölf Monaten Schwierigkeiten gehabt zu haben, Ausgaben für Lebensmittel, Miete oder andere Rechnungen zu bezahlen (Tabelle 9).

Tabelle 9: WoHaus 2015 - Schwierigkeiten, Rechnungen zu bezahlen

| | PG West | Gesamtstadt |
|--|------------|--------------|
| Schwierigkeiten in den letzten 12 Monaten, Ausgaben für Lebensmittel/Miete/andere Rechnungen zu bezahlen? | | |
| ja | 34% | 26% |
| nein | 61% | 70% |
| weiß nicht | 5% | 3% |
| Gesamt | 492 | 8.223 |

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

Der negative Einfluss von Arbeitslosigkeit und Armut, insbesondere Langzeitarbeitslosigkeit, auf die Gesundheit ist wohlbekannt, 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

gesundheitsriskant (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 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 einzelnen Sprengel sind im Bildungsbericht vier Quartilen zugeordnet. Die drei Schulsprengel des Projektgebiets Friedrich-Wanderer-Schule und Reutersbrunnenschule weisen mit der Übertrittquoten des 2. Quartils Wahrscheinlichkeiten zwischen 31,5% und 42,5% auf, das Sprengel Knauerschule fällt in das erste Quartil mit max. 31,5% Übertritt an ein Gymnasium (BgA/Bildungsbüro, 2019, S.88f).

4.2.3. Politische Teilhabe

Bei der Beteiligung an politischen Prozessen zeigen sich je nach sozioökonomischer Situation deutliche Unterschiede. Personen, die in relativer Armut leben, weisen 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 im Nürnberger Westen mit 65,2% um 10 Prozentpunkte geringer aus als in der Gesamtstadt. Differenziert nach den einzelnen Bezirken ist die Wahlbeteiligung in Eberhardshof mit 63,5% am niedrigsten. Ganz ähnlich stellt sich auf insgesamt niedrigerem Niveau die geringe Wahlbeteiligung im Projektgebiet und seinen Bezirken bei der Stadtratswahl 2020 dar (Tabelle 10).

Tabelle 10: Wahlbeteiligung Bundestagswahl 2021 und Stadtratswahl 2020

| | PG West | Gesamtstadt | Muggenhof | Eberhardshof | Bärenschanze | Gostenhof |
|----------------------------|---------|-------------|-----------|--------------|--------------|-----------|
| Bundestagswahl 2021 | 65,2% | 75,2% | k.A. | 63,5% | 67,5% | k.A. |
| Stadtratswahl 2020 | 33,9% | 47% | k.A. | 30% | 34,9% | 38% |

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

Im Projektgebiet (43,3%) findet sich im Vergleich zur Gesamtstadt (13,9%) ein hoher Anteil alter Wohngebäude, die bereits vor 1918 erbaut worden sind, insbesondere in der Bärenschanze (60,3%) und Gostenhof (45%) (Tabelle 11).

Dieser hohe Anteil an alter Gebäudesubstanz bringt z.T. problematische Wohnverhältnisse mit sich und bedeutet einen erhöhten Bedarf an Maßnahmen zur Modernisierung und Sanierung.

Was die Baustruktur betrifft, besteht im Projektgebiet der Wohnungsbestand zu 80,8% aus Mehrfamilienhäusern mit mindestens drei Wohnungen. Die Ausnahme stellt hier allein Eberhardshof mit einem hohen Anteil an Ein- und Zweifamilienhäusern (25,7%) dar. In der Gesamtstadt hingegen ist ein deutlich größerer Anteil von dieser Bebauungsform festzustellen (66%).

Tabelle 11: Baustruktur

| | PG West | Gesamtstadt | Muggenhof | Eberhardshof | Bärenschance | Gostenhof |
|--|---------|-------------|-----------|--------------|--------------|-----------|
| Anteil Wohngebäude (inkl. Wohnheime & Anstaltsgebäude) | | | | | | |
| Wohnungen nach Bj. | | | | | | |
| bis 1918 | 43,3% | 13,9% | 24,8% | 29,8% | 60,3% | 45% |
| 1919 – 1948 | 11,2% | 12,5% | 4,3% | 18,6% | 8,7% | 7,7% |
| 1949 – 1980 | 27,8% | 52,2% | 34,8% | 35,8% | 16,5% | 29,1% |
| 1981 – 2004 | 14,7% | 17,9% | 35,8% | 13,2% | 11,6% | 14,2% |
| 2005 und später | 2,5% | 3% | 0,3% | 2,3% | 2,9% | 2,8% |
| Wohngebäude nach Größe | | | | | | |
| Ein- und Zweifamilienhäuser | 18,5% | 66,0% | 25,8% | 25,7% | 13,7% | 14,5% |
| 3 – 9 Wohnungen | 51% | 22,7% | 36,3% | 40,5% | 51,1% | 64,2% |
| 10 – 19 Wohnungen | 26,7% | 9,4% | 29% | 30,1% | 32,7% | 17,5% |
| 20 und mehr Wohnungen | 2,9% | 1,7% | 8,1% | 3,3% | 2% | 2,4% |

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

In den Experteninterviews werden vor allem in Bezug auf Gostenhof immer wieder prekäre Wohnverhältnisse thematisiert. Trotz der Stadtteilsanierungen im Rahmen der Stadtteilerneuerungsprogramme der letzten Jahrzehnte sind eine Vielzahl von Wohngebäuden nach wie vor in sehr schlechtem baulichem Zustand. In den Experteninterviews wird von stark beeengten bis hin zu gesundheitsschädlichen Wohnverhältnissen berichtet: Ein Teil der Wohnungen sei nicht saniert und es gebe weiterhin Wohneinheiten ohne warmes Wasser; undichte Fenster, Feuchtigkeit, Schimmelbefall und hygienische Probleme mit Ungeziefer kämen hinzu. Die Zusammenarbeit mit den Wohneigentümer*innen bzw. Vermieter*innen wird oft als schwierig beschrieben. Die Mieter*innen seien häufig nicht in der Lage, etwas gegen die Vernachlässigung dringender Modernisierungsmaßnahmen zu unternehmen, einige gerieten gar aufgrund hoher Energiekosten in die Verschuldung. Auf der anderen Seite werden Gentrifizierungsprozesse in Gostenhof als nicht minder problematische Kehrseite dieses Zustands geschildert. Durch die zunehmende Verknappung günstigen Wohn-

raums im Quartier müssten nicht wenige Mieter in nachteiligen Wohnverhältnissen verbleiben. Eine von der Zeitschrift Spiegel in Kooperation mit einem Immobilienforschungsinstitut durchgeführte Studie beziffert die Mietpreissteigerung in Gostenhof in den Jahren 2007 bis 2017 auf einen bundesweiten Spitzenwert von 58% (Jauernig & Ohdah, 2018).

Werden die Bewohner*innen des Nürnberger Westens befragt, wie sie die Wohnsituation vor Ort bewerten, zeigt sich, dass die allgemeine Wohnsituation sowie die Größe der Wohnung deutlich seltener als gut bewertet werden als gesamtstädtisch; wobei immer noch etwas mehr als die Hälfte der Bewohner*innen zufrieden ist (Tabelle 12). Deutlich schlechter dagegen stellt sich die Bewertung der Gestaltung des Wohnumfeldes dar, hier äußern sich nur noch 32% der Befragten positiv und ein Anteil von 19% wertet diese als schlecht; im Vergleich zu 49% bzw. 10% in der Gesamtstadt.

Tabelle 12: WoHaus 2015 - Bewertung der Wohnsituation

| | PG West | Gesamtstadt |
|-----------------------------------|------------|--------------|
| Wohnsituation allgemein | | |
| gut | 51% | 68% |
| mittel | 41% | 28% |
| schlecht | 8% | 4% |
| Gesamt | 491 | 8.206 |
| Größe der Wohnung | | |
| gut | 53% | 63% |
| mittel | 41% | 31% |
| schlecht | 6% | 5% |
| Gesamt | 489 | 8.153 |
| Gestaltung des Wohnumfelds | | |
| gut | 32% | 49% |
| mittel | 49% | 41% |
| schlecht | 19% | 10% |
| Gesamt | 483 | 7.999 |

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

4.3.2. Grün- und Freiflächen

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

Neben den Bewegungsmöglichkeiten und den positiven Einflüssen auf die psychische Gesundheit fördern öffentliche Grünflächen das soziale Leben (Maller et al., 2009). Von Bedeutung

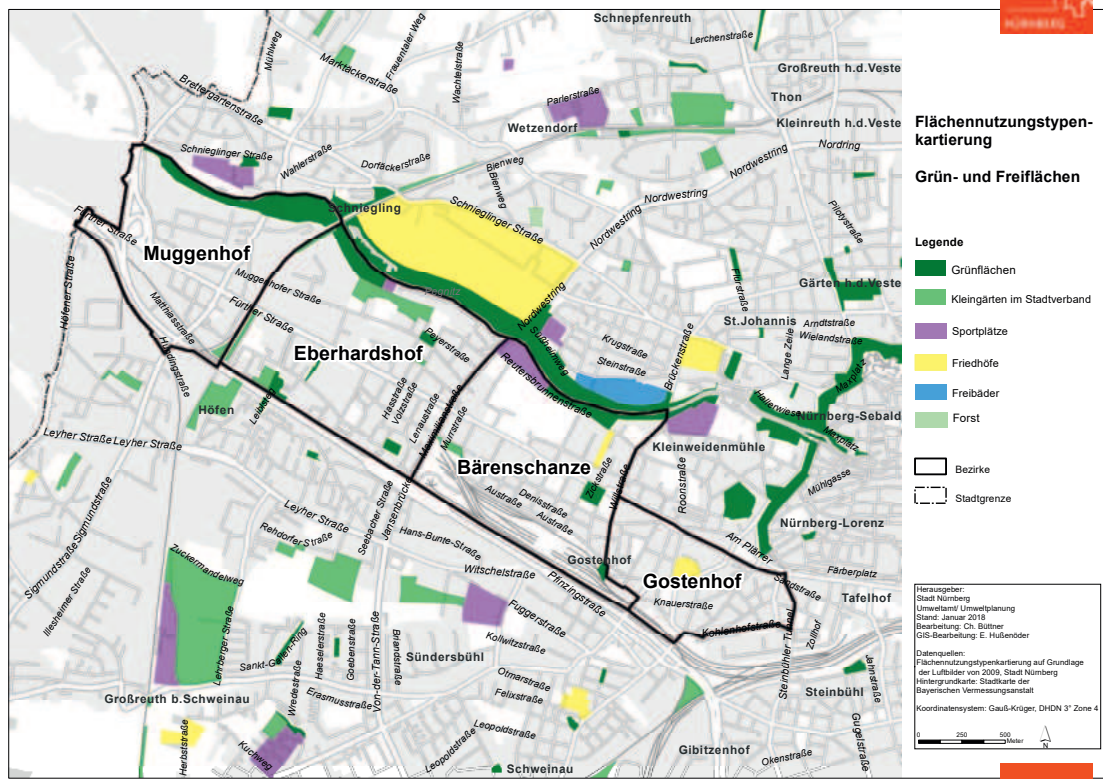
für die Nutzung von Freiflächen sind dabei vier Schlüsselfaktoren:

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

Da die Bevölkerung im Projektgebiet Weststadt häufig über keine eigenen Gärten verfügt, ist sie auf öffentlich zugängliche Frei- und Grünflächen angewiesen. Die Vorbereitenden Untersuchungen Weststadt zur Stadterneuerung konstatierten jedoch einen Mangel an Grün- und Freiflächen sowie ein Spielflächendefizit im Quartier. Darüber hinaus wurde Zustand und Ausstattung vorhandener Spielflächen negativ bewertet (Stadt Nürnberg, 2010).

Abbildung 8: Karte - Grün- und Freiflächen im Projektgebiet Weststadt

Quelle: Stadt Nürnberg – Umweltamt
2018



Der Blick auf die Kartierung der Grün- und Freiflächen des Projektgebiet sowie Zahlen zum Grünanteil pro Kopf bestätigen diese Feststellung (Abbildung 8). Das Pegnitztal grenzt im Norden direkt an das Projektgebiet, ist aber nur für Bewohner*innen dieses äußeren Randes des Quartiers unmittelbar zugänglich, da es nur an wenigen Stellen Zugänge gibt. Darüber hinaus sind nur vereinzelte und vergleichsweise kleine Grünflächen vorhanden. In Gostenhof sind dies Flächen wie der Jamnitzerplatz und das Linde-

Gelände, in der Bärenschanze der Veit-Stoß-Platz. In Eberhardshof befindet sich südlich der Fürther Straße eine Grünfläche am Leiblsteig sowie als öffentlich-gemeinschaftliches Urban-Gardening Projekt der „Stadtgarten“ auf dem Parkplatz des ehemaligen Quelle-Geländes; nördlich der Fürtherstraße liegt der Heinickeplatz. In Muggenhof stehen den Bewohnerinnen und Bewohnern keine direkt nutzbaren öffentlichen Grünflächen zur Verfügung.

4.3.3. Freiflächen- und Siedlungsdichte

Insgesamt stehen im Projektgebiet etwa 20,2 ha öffentliche Grünflächen zur Verfügung (Berechnung auf Basis der Flächennutzungstypenkartierung 2011 auf Grundlage des Luftbilds 2009 von UwA). Bezogen auf die Grünflächen alleine entspricht dies etwa 6,6 m² pro Einwohner. Diese Zahl relativiert sich, wenn man andere Freiflächen miteinbezieht. Dann entfallen auf jede Einwohnerin 8,8m² Grün- und Freiflächen. Bei Betrachtung der Einwohner je Hektar Gebietsfläche (82,8) sowie der Einwohner pro Hektar Wohn- und Siedlungsbauflächen (377) zeigt sich die Verdichtung im Stadtteil. Sportplätze sind nur in der Bärenschanze sowie in Eberhardshof vorhanden. Insgesamt sind 3,6 ha Sportflächen vorhanden. In Übereinstimmung mit den Einschätzungen der Expert*innen zeigt sich, dass es wenig Spielflächen gibt: pro Einwohner 1 m² (Datenlieferung UwA; eigene Berechnungen).

Zwar wurden im Projektgebiet in den letzten Jahren unterschiedliche Maßnahmen zur Verbesserung der räumlichen Situation im Quartier in Angriff genommen und schon durchgeführt: beispielsweise die Hinterhofbegrünungen, die Öffnung des Schulhofes der Grundschule Knauerstraße als Spielhof, die Umgestaltung des Veit-Stoß-Platzes und des Jamnitzer Platzes, die Öffnung der DATEV-Gärten für die Öffentlichkeit und die Errichtung des Quelleparks in Eberhardshof. Dennoch unterscheidet sich die Bewertung der vorhandenen Parks und Grünflächen durch die Bürger*innen deutlich von der in der Gesamtstadt. Sie bewerten die Parks und Grünflächen in der Nähe nur zu 40% als „gut“. In der Gesamtstadt sind dagegen 61% der Befragten mit den Anlagen zufrieden.

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

| | PG West | Gesamtstadt |
|------------------------------|------------|--------------|
| Parks und Grünflächen | | |
| gut | 40% | 61% |
| mittel | 34% | 26% |
| schlecht | 26% | 13% |
| Gesamt | 485 | 8.185 |

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

Auch in den Experteninterviews wurde zur räumlichen Situation im Stadtteil angemerkt, dass, obwohl die o.g. Maßnahmen zu begrüßen seien, im Stadtteil weiterhin wenig attraktive Grün- und Freiflächen vorhanden sind. So fehlten für Kinder Spielbereiche und -flächen und für Jugendliche Rückzugs-möglichkeiten in ausreichendem Maße. Insbesondere bzgl. Eberhardshof und Muggenhof kam in den Experteninterviews mehrfach zur Sprache, dass die Stadtteile durch ihre räumlichen Gegebenheiten nur begrenzt attraktiv seien und wenig Anlässe zur Begegnung bieten. Das Pegnitztal sei nur an wenigen Stellen gut zugänglich, u.a. weil das Klärwerk eine Barriere darstelle. Die leicht

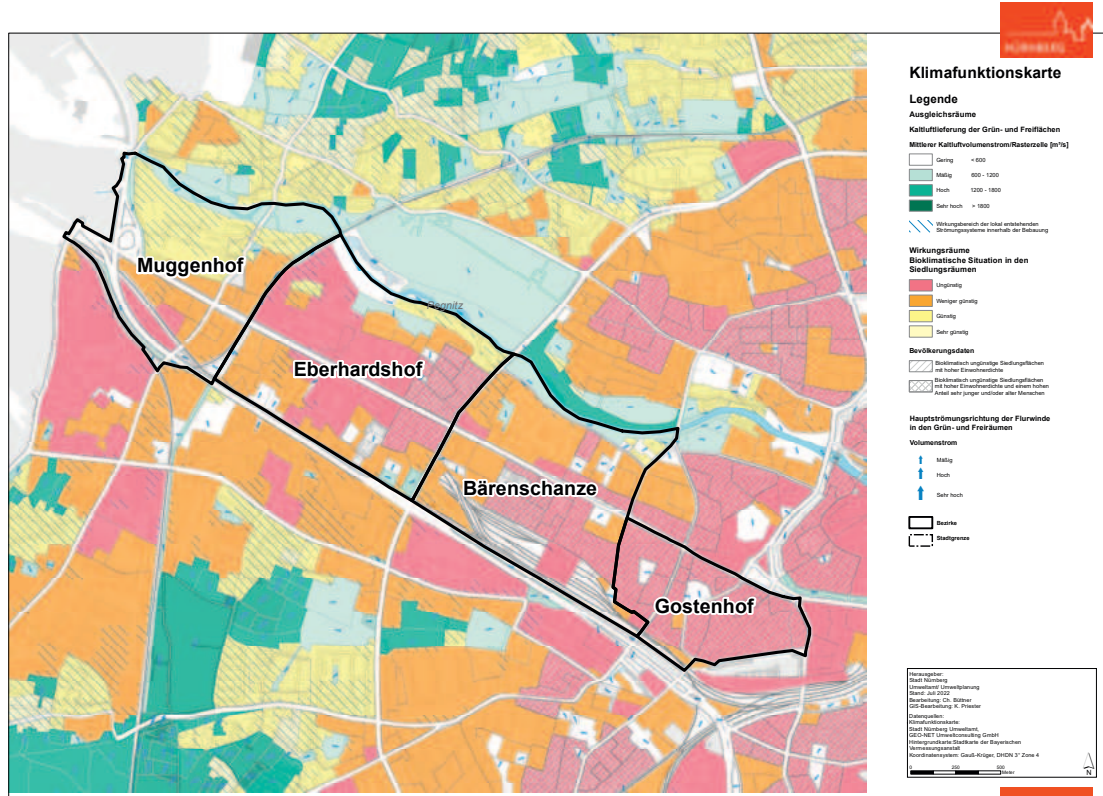
ter zugänglichen Flächen im Pegnitztal würden im Sommer sehr stark von verschiedenen Interessensgruppen genutzt und seien dann „überfüllt“. Der Heinickeplatz erfahre ebenso eine starke Nutzung, Ausweichmöglichkeiten zu anderen öffentlichen Flächen in der Nähe fehlten. Hoffnungen richten sich laut der Expert*innen auf den neuen Quellepark in Eberhardshof. Dieser ist auf dem Gelände des Quelle-Areals auf dem Standort des ehemaligen Busparkplatzes zwischen Wandererstraße, Augsburger Straße und Adam-Klein-Straße entstanden und 2020 eröffnet worden - für die Bewohner*innen wurde damit ein qualitativ hochwertiges Freizeitareal geschaffen.

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 un-

günstig dar, zum anderen die Grün- und Freiflächen als sogenannte Ausgleichsräume, die hinsichtlich ihrer Kapazität Kaltluft zu liefern ebenfalls vier Kategorien, gering bis sehr hoch, zugeordnet werden (Abbildung 9).

Abbildung 9: Klimafunktionskarte



Quelle: Stadt Nürnberg – Umweltamt, 2022

In den Bezirken des Projektgebiets Weststadt ist die bioklimatische Situation vorwiegend als ungünstig oder weniger günstig eingestuft. Eine Ausnahme bildet Muggenhof. Hier wird die bioklimatische Situation als weniger günstig oder günstig eingestuft. Die als ungünstig bewerteten Siedlungsräume in Gostenhof, Bärenschanze und teilweise in Eberhardshof zeichnen sich durch eine hohe Einwohnerdichte aus, kleine Teilflächen in Eberhardshof und Bärenschanze zusätzlich durch einen hohen Anteil an sehr jungen Einwohnern und/oder alten Menschen.

Ein weiteres Merkmal für alle Bezirke sind fehlende Ausgleichsräume, d.h. Grün- und Freiflächen innerhalb der Bezirke. Sie finden sich lediglich am nördlichen Rand des Projektgebiets, entlang der Pegnitz. Der Kaltluftvolumenstrom ist im Bereich Muggenhof und Eberhardshof mäßig und wirkt sich vorrangig in Muggenhof günstig auf die Siedlungsräume aus. Im Bereich der Bezirke Bärenschanze und Gostenhof ist der Kaltluftvolumenstrom zwar hoch, erreicht aber keinen positiven Effekt auf die Siedlungsräume.

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.

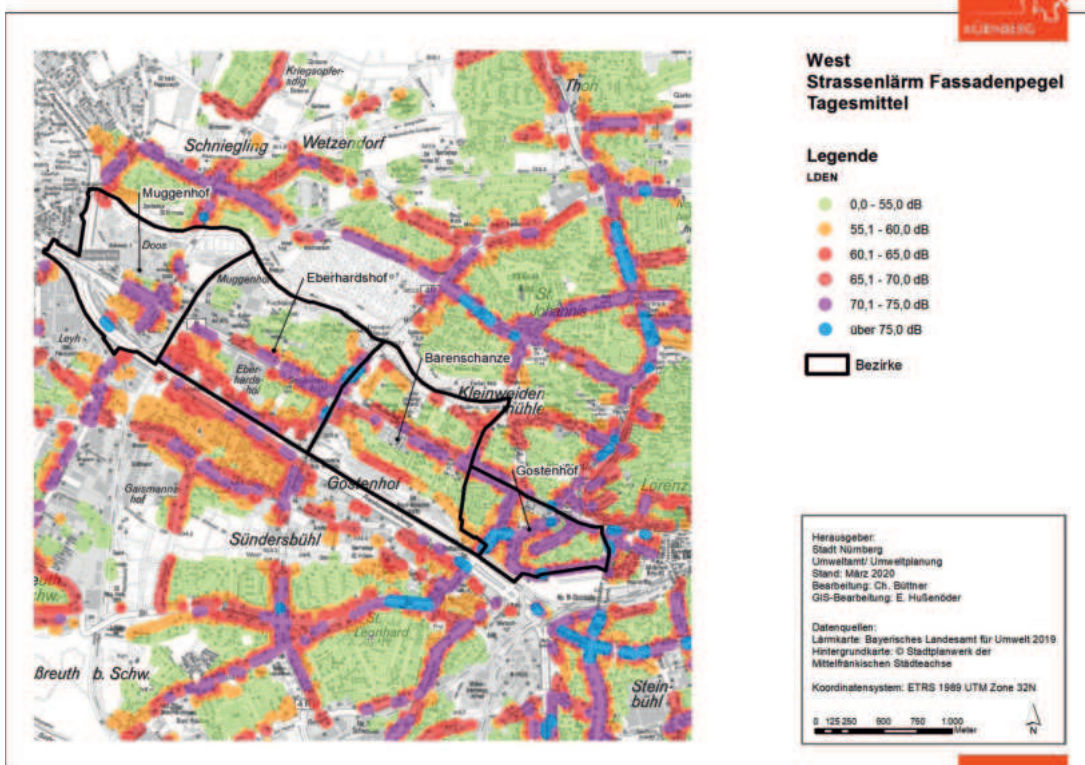
Deutlich wird, dass die mittlere Verkehrslärmbelastung am Tag sich auf die Straßen mit hohem Verkehrsaufkommen konzentriert und die Lärmwerte überwiegend den Lärmkategorien 65,1-70 dB bzw. 70,1 bis 75 dB zugeordnet sind, vereinzelt der Kategorie über 75,1 dB. Orientierungswerte der DIN 18005 („Schallschutz im Städtebau“) werden somit deutlich überschritten. Betroffen sind insbesondere die Fürther Straße, die sich durch alle Bezirke des Projektgebietes zieht und die Maximilianstraße. Gostenhof weist mit der Kohlenhofstraße, der Gos-

tenhofer Hauptstraße, der Rothenburger Straße und der Oberen Kanalstraße einen sehr hohen Anteil lärmbelasteter (Wohn-) Straßen auf.

Die Lärmbelastung fällt nachts zwar geringer aus, jedoch werden an den Hauptverkehrsachsen immer noch Werte bis zu 65 dB, in der Ausstraße bis zu 55 dB berechnet. Diese Werte liegen über der Empfehlung. Etwas ruhigere Wohngebiete sind nur in Eberhardshof nördlich der Fürther Straße sowie in Teilen von Muggenhof zu finden.

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

Abbildung 10: Karte - Straßenlärmbelastung im Tagesmittel



Quelle: Stadt Nürnberg – Umweltamt, 2020

Darüber hinaus muss davon ausgegangen werden, dass durch das hohe Verkehrsaufkommen im Stadtteil die Luft stark verunreinigt ist. Für die Gesundheit bedeutsame Schadstoffe sind Feinstaub, Kohlenmonoxid, Stickstoffoxide, Ozon und Schwefeldioxid. Gesundheitsbezogene Auswirkungen können von subjektiv fast unmerklichen Veränderungen bis hin zu akuten Atemproblemen und Husten sowie zur Verschlechterung von Atemwegs- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen reichen (Hornberg et al., 2013; Hurley et al., 2005).

Die subjektive Wahrnehmung der Luft- und Lärmbelastung im Stadtteil aus der WoHaus 2015 bestätigt diese Daten (Tabelle 14). Mehr als ein Viertel der Befragten aus dem Projektgebiet, und damit deutlich mehr als in der Gesamtstadt, bewerten die Lärmsituation (28%) und die Luftqualität (29%) als schlecht. Im Vergleich verschiedener Altersgruppen zeigt sich, dass vor allem Senior*innen die Situation tendenziell als schlechter beschreiben.

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

| | PG West | Gesamtstadt |
|----------------------|------------|--------------|
| Lärmsituation | | |
| gut | 31% | 40% |
| mittel | 41% | 41% |
| schlecht | 28% | 19% |
| Gesamt | 484 | 8.206 |
| Luftqualität | | |
| gut | 20% | 42% |
| mittel | 51% | 44% |
| schlecht | 29% | 14% |
| Gesamt | 481 | 8.142 |

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

In den Experteninterviews wurde angemerkt, dass die Luftbelastung durch die Abgase deutlich spürbar sei, gerade beim Laufen entlang der Maximilianstraße sowie der Fürther Straße. Der Geruch des Muggenhofer Klärwerks werde

von den Stadtteilbewohner*innen, vor allem in den Sommermonaten, als unangenehm wahrgenommen.

4.3.6. Mobilität

Die im Rahmen der Bedarfsanalyse befragten Expert*innen beschreiben das langgezogene und zwischen Eisenbahnschienen, Autobahn und Pegnitzgrund „eingeklemmte“ Projektgebiet als einen Stadtteil langer Wege. In Eberhardshof befindet sich beispielsweise das großflächige ehemalige Quelle-Gelände, das weiträumig umlaufen werden muss. Durch den Wegfall großer Unternehmen wie Quelle und AEG, die Eberhardshof und Muggenhof über Jahrzehnte geprägt haben, hat sich die Infrastruktur vor Ort verändert. Nahversorgung und Einzelhandel sind in Teilen weggebrochen, und gerade für ältere und weniger mobile Personen stellt die mangelnde Erreichbarkeit ein Problem dar. Andererseits verfügt der Nürnberger Westen durch die sechs U-Bahn-Haltestellen entlang der Fürther Straße sowie die Nähe zur Autobahn jedoch über eine sehr gute Anbindung an die Nürnberger Innenstadt und nach Fürth. Die Fürther Straße stellt mit über 1,4 km jedoch eine Barriere im Stadtteil dar, die nur eine geringe Zahl von Übergängen bietet und v.a. im Bereich Eberhardshof/Muggenhof aufgrund der oberirdischen U-Bahn problematisch ist. Beobachtungen der Expert*innen weisen darauf hin, dass die Fürther Straße die Stadtteilbevölkerung gewissermaßen teilt und Angebote „auf der anderen Seite“ häufig nicht genutzt werden.

In den Experteninterviews wurde zudem kritisch angemerkt, dass sich die Verbindung vom Stadtteil ins Pegnitztal schwierig gestaltet und mehr einfache Zugänge bereit zu stellen wären. Die vorhandenen Wege zur Pegnitz sind zu steil und bieten deshalb gerade für ältere Menschen keine Möglichkeit für Spaziergänge oder sind nur schwer nutzbar. Für Bewohner*innen, die südlich der Fürther Straße leben, ist das Pegnitztal schwer erreichbar. In den Vorbereitenden Untersuchungen zur Stadterneuerung

Weststadt wird die Brücke des Leiblsteigs zwar als Möglichkeit genannt, weitere Grünflächen und Naherholungsgebiete zu erreichen, jedoch werden die entsprechenden Fuß- und Radwege als unattraktiv bewertet (Stadt Nürnberg, 2010).

Hinsichtlich der Barrierefreiheit wurde zudem angesprochen, dass Fahrstühle bzw. Rolltreppen an den U-Bahnhöfen häufig nicht funktionieren. Die Mobilität im Stadtteil mit Rollator, Gehstock oder Kinderwagen ist u.a. durch zu schmale oder zugeparkte Gehwege erschwert.

Zur Verkehrssituation im Westen wurde in den Experteninterviews angemerkt, dass die Fahrradstrecke im Westen als einer der gefährlichsten Radwege Nürnbergs gilt. An der Fürther Straße fehlen Radwege, vorhandene Radwege sind teilweise nicht durchgängig bzw. zu schmal und es kommt zu Konflikten mit Fußgängern. Auf Höhe des ehemaligen Quelleareals wurden mittlerweile Gehwege für Radfahrer freigegeben, jedoch kann dies keine dauerhafte Lösung darstellen.

Unsichere Wege und eine unattraktive Umgebung hindern z. B. Kinder und Jugendliche daran, zu Fuß zu ihren Bildungsstätten zu gehen oder im Freien zu spielen. Bewegungsmöglichkeiten für die Bevölkerung werden reduziert, wie Spaziergänge oder Fußwege und damit körperliche Aktivität, 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 Netzwerke hat einen bedeutenden Einfluss auf das Wohlbefinden und die psychische und physische Gesundheit, beispielsweise im Hinblick auf Depressionen, ferner 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. Die Wohndauer eröffnet Möglichkeiten, sich im Stadtteil zu verwurzeln und sich die Ressource Nachbarschaft nachhaltig zu erschließen. Erfasst wird hierbei die Wohndauer an einer Adresse, nicht in einem Bezirk. Sie ist im Nürnberger Westen (36,4% unter drei Jahre) im Vergleich zur Gesamtstadt (27,9% unter drei Jahre) deutlich geringer. Tabelle 15 zeigt, dass vor allem in Eberhardshof (39%) und Gostenhof (37,6%) verhältnismäßig mehr Menschen weniger als 3 Jahre an einer Adresse verbleiben als in Nürnberg insgesamt (27,9%). Ein deutlich geringer Anteil im Projektgebiet als in der Gesamtstadt wohnt mindestens 10 Jahre an einer Adresse (32,3% vs. 42,3%).

Tabelle 15: Wohndauer an einer Adresse im Projektgebiet

| | PG West | Gesamtstadt | Muggenhof | Eberhardshof | Bärenschanze | Gostenhof |
|---|----------------|--------------------|------------------|---------------------|---------------------|------------------|
| Personen mit Wohndauer² von | | | | | | |
| unter 3 Jahren | 36,4% | 27,9% | 35,9% | 39% | 32,7% | 37,6% |
| 3 – 4 Jahren | 11,6% | 11,4% | 14% | 10,9% | 11,4% | 12,1% |
| 5 – 9 Jahren | 19,6% | 18,3% | 20,1% | 17,8% | 20,9% | 20,3% |
| 10 – 19 Jahren | 18,6% | 20,8% | 18,1% | 17,3% | 20,9% | 17,9% |
| ab 20 Jahren | 13,7% | 21,5% | 12% | 15,1% | 14% | 12,2% |

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

In eine ähnliche Richtung weisen die Ergebnisse der WoHaus 2015. Hier wurden Bewohner*innen zum Grad ihrer Bindung an ihr Wohnviertel und zu ihrer Umzugsabsicht befragt (Tabelle 16). Im Vergleich zur Gesamtstadt zeigt sich, dass die Wohnbindung im Nürnber-

ger Westen etwas geringer ist. Ebenso ist die Umzugsabsicht erhöht. 30% der Befragten geben an, dass sie in den nächsten zwei Jahren umziehen wollen, im Vergleich zu 21% in der Gesamtstadt.

Tabelle 16: WoHaus 2015 - Bindung an den Stadtteil

| | PG West | Gesamtstadt |
|--|------------|--------------|
| Wie stark fühlen Sie sich an dieses Wohnviertel gebunden? | | |
| sehr stark | 16% | 17% |
| stark | 34% | 41% |
| weniger stark | 34% | 31% |
| kaum oder gar nicht | 16% | 11% |
| Gesamt | 489 | 8.259 |
| Umzugsabsicht | | |
| will in den nächsten 2 Jahren umziehen | 30% | 21% |
| will später umziehen | 25% | 25% |
| will nicht umziehen | 45% | 55% |
| Gesamt | 488 | 8.206 |

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

Die WoHaus 2015 gibt zudem Aufschluss darüber, wie die Bewohner*innen im Nürnberger Westen ihr soziales Umfeld beurteilen. Im Vergleich zur Gesamtstadt fällt die Bewertung der Nachbarschaft deutlich seltener positiv aus. 38%

der Befragten bewerten das soziale Umfeld und die Nachbarschaft als „gut“ (Gesamtstadt 50%), 18% als „schlecht“ (Gesamtstadt 9%) (Tabelle 17).

Tabelle 17: WoHaus 2015 - Bewertung der Nachbarschaft

| | PG West | Gesamtstadt |
|--|------------|--------------|
| Bewertung des sozialen Umfeldes und der Nachbarschaft | | |
| gut | 38% | 50% |
| mittel | 44% | 40% |
| schlecht | 18% | 9% |
| Gesamt | 488 | 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 sozial-räumliche Unterschiede bezüglich informeller Nachbarschaftshilfen. Wie eine vom Nürnberger Seniorenamt in Auftrag gegebene Studie der TH Nürnberg zeigt, haben Personen in innerstädt-

tischen Gebieten selten Kontakte zu Nachbarn und der Wunsch nach Gelegenheiten, mit Nachbarn in Kontakt zu kommen, ist groß (Fromm et al., 2018). Gerade bzgl. der Senior*innen wurde in den Experteninterviews von (drohender) Isolation berichtet. Vielen falle das Verlassen der eigenen Wohnungen schwer und es fehle die Gelegenheit zum Kennenlernen von Nachbarn. Dies hat Auswirkungen auf die psychische Gesundheit.

4.4.2. Soziale Infrastruktur und Netzwerke

Gerade in Gostenhof und der Bärenschanze befinden sich viele (sozial-)pädagogische und soziokulturelle Einrichtungen sowie zivilgesellschaftliche Initiativen und Vereine. Die Bewohner*innen können im Stadtteil auf eine Vielzahl von Angeboten zur Freizeitgestaltung und auf vielfältige Unterstützungs- und Hilfeangebote für unterschiedliche Lebensbereiche zurückgreifen. Angebote stehen u.a. durch die Präsenz internationaler Vereine für verschiedene kulturelle Gruppen zur Verfügung. Im Unterschied zu Muggenhof und Eberhardshof sind viele Gostenhofer Einrichtungen und Initiativen schon lange aktiv und daher untereinander gut vernetzt. In Muggenhof und Eberhardshof ist die Dichte an Einrichtungen und Vereinen deutlich geringer, auch wenn sich in den letzten Jahren durch die soziale Stadtentwicklung diesbezüglich einiges zum Besseren entwickelt hat.

Für Kinder stehen im Nürnberger Westen verschiedene Einrichtungen zur frühkindlichen Bildung, Erziehung und Betreuung zur Verfügung. Insgesamt sind im Projektgebiet Weststadt 4 Kinderkrippen, 13 Kindergärten, 15 Häuser für Kinder und 4 Horte. Unter den Einrichtungen sind 3 Familienzentren und 3 Kitas als „Orte für Familien“ (Stand 10.10.2022).

Für die unter 3-jährigen Kinder gibt es ca. 470 Betreuungsplätze, sowohl in Kindertageseinrichtungen als auch bei Tagespflegepersonen. Dies entspricht einer Versorgungsquote von 39%. Für die 3 bis unter 7-jährigen Kinder (Kindergartenalter) stehen im Projektgebiet rund 1250 Betreuungsplätze zur Verfügung, und damit eine Versorgungsquote von 99%. Ab dem Schulalter sind rund 800 Betreuungsplätze für die Kinder der Grundschulen Knauer, Reutersbrunnen und Wanderer vorhanden, die Versorgungsquote liegt damit bei 66% (Schuljahr 2021/2022).

Unter den Einrichtungen sind integrierte bzw. inklusive Einrichtungen, die Kinder mit erhöhtem Förderbedarf aufnehmen und drei Familienzentren, die verstärkt Eltern- und Erziehungsberatung in die pädagogische Arbeit einbeziehen. Die Einrichtungen befinden sich in freier oder öffentlicher Trägerschaft und haben verschiedene Profile ausgebildet, u.a. die Bewegungs- und Gesundheitsförderung als „Bewegte Kita“ und „Gesunde Kita“. Vier Kindergärten werden als „Haus für Kinder“ geführt. Auch sind zwei der Einrichtungen sogenannte „Ankerkitas“ im Rahmen des Programms zur

Förderung der Kinderbetreuung für Familien mit Flucht- oder Migrationsgeschichte. Darüber hinaus sind im Projektgebiet Weststadt zwei schulvorbereitende Einrichtungen angesiedelt, die allerdings der Gesamtstadt zur Verfügung stehen. Nichtsdestotrotz wird von den befragten Expert*innen gerade für Gostenhof darauf hingewiesen, dass für Kinder mit besonderen Bedarfen, z.B. bzgl. der Entwicklung sprachlicher und sozialer Kompetenzen, in den Einrichtungen nicht immer eine adäquate Betreuung und Förderung gewährleistet werden kann.

Im Projektgebiet gibt es drei Grundschulen. Die Knauerschule liegt in Gostenhof, die Grundschule Reutersbrunnen liegt streng genommen nicht mehr im Projektgebiet, das Einzugsgebiet der Schülerinnen und Schüler liegt jedoch im Projektgebiet. In Muggenhof befindet sich die Friedrich-Wanderer-Grundschule. Zusätzlich finden sich im Projektgebiet das Sonderpädagogische Förderzentrum an der Bärenschanze sowie zwei schulvorbereitende Einrichtungen (SVE). Die Wilhelm-Löhe-Schule, eine evangelische kooperative Gesamtschule, welche Grundschule, Mittelschule, Realschule, Fachoberschule sowie Gymnasium unter einem Dach vereinbart, ist im Nürnberger Westen angesiedelt. Als weiterbildende Schulen befinden sich die Johann-Daniel-Preissler-Mittelschule, die Geschwister-Scholl-Realschule sowie das Albrecht-Dürer-Gymnasium vor Ort; als berufsqualifizierende Einrichtungen das Euro Bildungswerk, das Berufliche Fortbildungszentrum (Bfz) sowie die Berufliche Schulen 2 – Fürther Straße und 5 – Reutersbrunnenstraße. An den Grundschulen sowie den weiterführenden Schulen (mit Ausnahme des Gymnasiums) ist die Nürnberger Jugendsozialarbeit an Schulen (JaS) eingerichtet, die sich an unterstützungsbedürftige Schüler*innen richtet, um deren schulische Ausbildung und soziale Integration zu fördern.

Außerhalb der schulischen Betreuung gibt es für Kinder und Jugendliche im Projektgebiet Weststadt verschiedene offene Einrichtungen. So gibt es im Rahmen der städtischen Kinder- und Jugendarbeit zwei Kinder- und Jugendhäuser, welche für Kinder und Jugendliche ab sechs Jahren Ansprechpartner sind, sowie den offenen Jugendtreff Street'la in der Knauerstraße. Neben Freizeitangeboten zu verschiedenen Themen sowie offenen Treffs, erhalten Kinder und Jugendliche dort Unterstützung und Hilfe bei schulischen, beruflichen sowie Alltagsthemen und -problemen. Ebenso steht sowohl in Gos-

tenhof als auch in Eberhardshof/Muggenhof ein Aktivspielplatz zur Verfügung. Hier können Kinder und Jugendliche unter Anleitung zusammen im Freien spielen, kreativ sein oder gemeinsam kochen und essen; ebenso werden Kunst- und Theaterprojekte, Musik- und Sportangebote und Ferienfahrten organisiert.

Zur Unterstützung von Familien gibt es zwar keine städtische Erziehungsberatungsstelle im Projektgebiet, doch wird in den Experteninterviews angemerkt, dass die Beratungsstellen gut übergreifend zusammenarbeiten und somit für den Westen in anderen Stadtteilen Anlaufstellen gegeben sind. Eine weitere Möglichkeit, sich beraten zu lassen, gibt es in der evangelischen Familienbildungsstätte in der Leonhardstraße. Die Bildungsstätte ist für Familien ein zentraler Anlaufpunkt zu vielfältigen Fragestellungen und Angeboten (u.a. zum Thema Gesundheit). Ebenso bietet Treffpunkt e.V. in Eberhardshof Beratung für Familien an. Kindertagesstätten als Orte für Familien und Familienzentren im Quartier bieten außerdem niedrigschwellige präventive Angebote sowie Beratung zu verschiedenen Themen. Zudem fördern diese den Kontakt der Familien untereinander sowie die Vernetzung im Stadtteil mit anderen sozialen und kulturellen Einrichtungen. In Familienzentren gibt es zusätzlich spezifische familienbezogene Angebote, wie Information und Beratung durch Fachdienste. Verschiedene Elternbildungsprogramme wie HIPPY, PAT, Nürnberger Elternbegleiter und Elternlotsen stehen des Weiteren im Quartier zur Verfügung.

Eine Vielzahl von Migrantenvereinen ist im Nachbarschaftshaus organisiert. Viele dieser Vereine sind aus Eigeninitiativen entstanden und kommen hier selbst organisiert zusammen. Spezielle Angebote und Beratung bieten beispielsweise Tim e.V. (ebenfalls im Nachbarschaftshaus), HeHanl e.V. oder Treffpunkt e.V. Das Internationale Frauen- und Mädchenzentrum (IFMZ) bietet ebenfalls spezifische Beratung und Veranstaltungen vor Ort an. In der evangelischen Familienbildungsstätte gibt es ebenfalls neben Beratung, Deutsch – und Integrationskursen, die Kursreihe „Leben in Bayern“ (u.a. zum Thema Gesundheit) sowie das Café Dünya, welches sich an geflüchtete Frauen mit ihren Kindern richtet. Außerdem ist dort das Begegnungszentrum Brücke-Köprü angesiedelt, eine Einrichtung der evangelisch-lutherischen Kirche in Bayern im Dekanat Nürnberg, das sich der christlich-muslimischen Bildungsarbeit widmet.

Neben dem IFMZ dient als Anlaufpunkt für Frauen und Mädchen zu geschlechtsspezifischen Themen das Frauen- und Mädchengesundheitszentrum (FMGZ). Neben Beratung werden dort Gesundheitskurse für Migrantinnen sowie Bewegungs- und Entspannungskurse angeboten. Das „Frauenzimmer“ in Gostenhof ist ein Tagestreff, der speziell für Frauen in schwierigen oder krisenhaften Lebenssituationen eingerichtet ist. Platz für wohnungslose Frauen bietet das Catherine Booth Haus des Nürnberger Sozialwerks der Heilsarmee. Für Männer bietet die Heilsarmee in der Leonhardstraße und Gostenhofer Hauptstraße Platz zum Leben und Wohnen.

Für Senior*innen gibt es im Stadtteil vielfältige Angebote. Neben den Kirchengemeinden bestehen vom Seniorennetzwerk Eberhardshof/Muggenhof/Gostenhof unterschiedliche Angebote, beispielsweise das Café Eberhard sowie das Café Mugg, welche durch Freiwillige organisiert und geleitet werden, oder der Stammtisch auf AEG. Laut den Experteninterviews ist die Versorgung mit Pflegewohnheimen ausreichend. Es gibt ausreichend, mehrsprachige, ambulante Pflegedienste, die gewährleisten, dass ältere Personen möglichst lange im eigenen Heim bleiben können. Bei der Angehörigenberatung e.V. Nürnberg, die im Nachbarschaftshaus angesiedelt ist, können sich Menschen, die ältere Personen pflegen oder betreuen, beraten lassen.

Im soziokulturellen Bereich finden viele Veranstaltungen, Kurse und Gruppenangebote für verschiedene Zielgruppen in zentralen Einrichtungen im Projektgebiet Weststadt statt. Dazu zählt beispielsweise das Nachbarschaftshaus in Gostenhof oder in Eberhardshof die Kulturwerkstatt „Auf AEG“. Auf die Förderung interkultureller Kompetenzen und eine „Willkommenskultur“ für Neuzugewanderte zielen verschiedene Projekte ab, wie „Gemeinsam im Quartier“ und „Kultur führt zusammen“, angegliedert an das Berufliche Fortbildungszentrum der Bayerischen Wirtschaft Nürnberg (Stand 2018). Ebenso organisieren die Kirchengemeinden im Quartier kulturelle Angebote und Ausflüge. In Gostenhof gibt es des Weiteren verschiedene Ateliers, Museen, ein Theater sowie die Stadtteilbibliothek.

Der Versorgungsgrad mit Allgemein- oder Fachärzten, mit Apotheken und anderen Gesundheitsdienstleister*innen wurde in den Experteninterviews als im Grunde angemessen beschrieben. Problematisch sei aber die Ver-

sorgung älterer Personen mit eingeschränkter Mobilität. Für sie sei die Möglichkeit, Hausarztbesuche in Anspruch zu nehmen, nicht in ausreichendem Maß gegeben. Die Versorgung wird bei komplexeren, nicht alltäglichen Problemlagen sowie bzgl. der psychischen Gesundheit als schwierig beschrieben. Träger für verschiedene Zielgruppen bieten niedrigschwellige Beratung zum Thema Gesundheit an. Dennoch sei das Beratungsangebot als auch die Information zu spezifischen Gesundheitsthemen weiter auszubauen.

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 bis vor kurzem durchgeführte freiwillige Untersuchung von Kindern im mittleren Kindergartenalter mit dem Ziel, Unterstützungsbedarfe frühzeitig festzustellen und in entsprechende Unterstützungsmaßnahmen überleiten zu können, musste 2017 infolge knapper Personalressourcen vorübergehend eingestellt werden.

Auch Sportvereine wie der Post-Sportverein e.V. und die Sportvereinigung Gostenhof 03 e.V. sind im Projektgebiet aktiv. Informationen zu Sport- und Bewegungsangeboten für Kinder bis 10 Jahre als auch eine Übersicht der Spiel- und Sportplätze in ausgewählten Nürnberger Stadtteilen sind beispielsweise in der „kids aktiv“ Broschüre des SportService der Stadt Nürnberg zu finden. Neben Sportvereinen gibt es vielfältige Bewegungsangebote der Einrichtungen vor Ort.

Im Rahmen dieses Stadtteilgesundheitsprofils wird versucht exemplarisch Überblick über spezifische Angebote im Quartier zu geben. Zudem erfolgt im Nürnberger Westen im Rahmen des Bildungsmonitorings der Stabstelle Sozialraumentwicklung im Sozialreferat der Stadt Nürnberg regelmäßig eine Bestandsanalyse zu Angeboten und deren Nutzung im „Werkstattbericht zur Lern- und Bildungslandschaft Nürnberger Westen“ (Stadt Nürnberg, 2019)).

Seitens der Stabstelle Sozialraumentwicklung im Referat für Jugend, Familie und Soziales der Stadt Nürnberg, ist seit Dezember 2007 in Eberhardshof/Muggenhof und seit Oktober 2008 in Gostenhof/Bärenschanze insgesamt eine Personalstelle eingerichtet. Zu den Aufgaben der Stadtteilkoordination gehören der Aufbau und die Pflege tragfähiger Netzwerkstrukturen. Sie

koordiniert die lokalen Netzwerke wie den „AK Kitas, Horte, Grundschulen“ und den Stadtteilarbeitskreis Muggeley. Für den Stadtteilarbeitskreis Gostenhof West gibt es zwei gewählte Sprecher, die für den Arbeitskreis zuständig sind. Zentral koordiniert wird der Stadtteilarbeitskreis vom Nachbarschaftshaus Gostenhof. Der Stadtteilarbeitskreis Gostenhof Ost wird von zwei engagierten Bürgern organisiert und geleitet.

Die Stadtteilpatenschaft, die durch das Referat für Jugend, Familie und Soziales bzw. durch die jeweilige Stadtteilkoordination vor Ort betreut wird, ist ein Modell für die Zusammenarbeit zwischen der Kommune und Unternehmen, Stiftungen und gemeinnützigen Organisationen. Diese engagieren sich im Rahmen einer Patenschaft mehrjährig (auch finanziell) für einen Nürnberger Stadtteil. Dadurch sollen in einzelnen strukturschwachen Quartieren zielgerichtet Maßnahmen unterstützt werden. Besonders die Bedingungen des Aufwachsens sollen gestärkt werden. Im Nürnberger Westen sind die Stadtteilpaten in Gostenhof die Brochier-Stiftung und in Eberhardshof der Rotary-Club Nürnberg-Fürth. Das gesamte Gebiet Eberhardshof/ Muggenhof/ Gostenhof wird zudem vom Rotary-Club Nürnberg-Neumarkt durch das Projekt „Dabei sein. Das kann ich mir leisten.“ mit gesundheitsfördernden Angeboten für ältere Menschen, die mit dem Geld rechnen müssen, unterstützt.

Seit 2011 ist der Nürnberger Westen Stadterneuerungsgebiet im Bundesprogramm Sozialer Zusammenhalt (ehem. Soziale Stadt) für Quartiere mit besonderem Entwicklungsbedarf. Organisatorisch angebunden an Stadtplanungsamt/ Stadterneuerung entwickelt und koordiniert das Quartiersmanagement vor Ort (städte-) bauliche Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds. Auch die Förderung von Bürgerbeteiligung sowie des sozialen und kulturellen Stadtteillebens zählen zu den Aufgaben. Das Quartiersmanagement ist im Quartiersbüro an der Fürther Straße, Höhe Eberhardshof, ansässig. Es bietet zudem Räumlichkeiten für verschiedene Akteure im Stadtteil.

Das Seniorennetzwerk West ist seit Oktober 2016 im Stadtteil etabliert. Hier finden Senior*innen und deren Angehörige Informationen und Beratung. Ziel ist außerdem die Stärkung von Nachbarschaft und Ehrenamt sowie die Prävention und Gesundheitsförderung. Alle drei Monate trifft sich der „Runde Tisch der Senioren“, der der Vernetzung der Akteure dient.

Alles in allem scheint die Versorgung mit Angeboten für die verschiedenen Zielgruppen und in verschiedenen Bereichen (Bildung, Kultur und Freizeit, Beratung etc.) gut und ausdifferen-

ziert. 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 Wohaus 2015 des Amtes für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth beschrieben. Sie werden ergänzt durch Einschätzungen der gesundheitlichen Lage der Bewohner*innen des Quartiers, die die Akteure aus dem Stadtteil in den Experteninterviews gegeben haben.

4.5.1. Kinder – Schuleingangsuntersuchung (SEU)

Das Vorschulalter ist für eine gesunde Entwicklung und als Basis für die Gesundheit im Erwachsenenalter von besonderer Bedeutung. Gesundheitliche Risiko- wie Schutzfaktoren werden schon in der Kindheit erworben und können lebenslang bis ins hohe Alter hinein wirken (Lampert, 2010). Die KiGGS-Studie 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 für 2011/12 bis 2015/16 zurückgegriffen. Die Daten der SEUs liegen bis für das Schuljahr 2018/19 vollständig vor, die Kohorten der späteren Jahre wurden aufgrund der Pandemie nicht mehr vollständig im Rahmen der SEU 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 West sind folgende Sprengel einbezogen:

- 29: Knauerschule
- 42: Reutersbrunnenschule
- 56: Friedrich-Wanderer-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 Weststadt

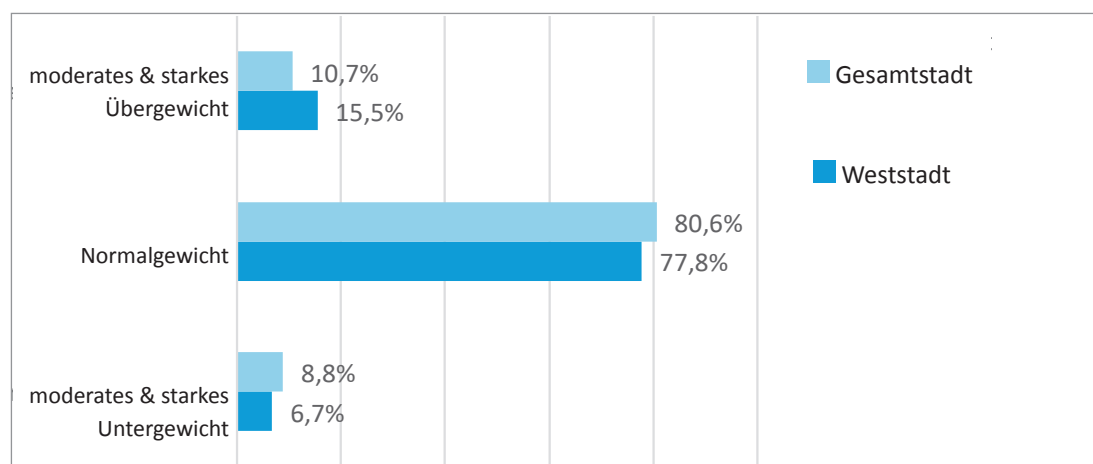
| | Anzahl SEU | Anteil Jungen | Anteil Kinder mit Migrationshintergrund |
|------------------|-------------|---------------|---|
| Schuljahr | | | |
| 2011/12 | 329 | 50,2% | 68,2% |
| 2012/13 | 345 | 53,9% | 70,6% |
| 2013/14 | 403 | 53,1% | 67,6% |
| 2014/15 | 400 | 53,0% | 73,4% |
| 2015/16 | 440 | 56,3% | 65,0% |
| Gesamt | 1917 | 53,4% | 68,8% |

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

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

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

Abbildung 11: SEU - Körpergewicht



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

Im Projektgebiet Weststadt sind die Anteile der Übergewichtigen bei den Mädchen wie den Jungen im Vergleich zum Wert der Gesamtstadt höher (Abbildung 11). Von Untergewicht sind im Projektgebiet West verglichen mit der Gesamtstadt etwas weniger Jungen betroffen, bei Mädchen unterscheiden sich die Werte nicht. Sowohl gesamtstädtisch als auch im Projektgebiet ist der Anteil von Kindern mit Übergewicht bei Jungen höher als bei Mädchen. So zeigen bspw. die Daten der SEU im Schuljahr 2015/2016 bei Adipositas einen Unterschied zwischen Mädchen und Jungen von knapp zwei Prozentpunkten. Hinsichtlich des Untergewichts ist gesamtstädtisch dagegen der Anteil der Mädchen mit 1,2 Prozentpunkte kaum höher als der der Jungen, im Projektgebiet Weststadt verschärft sich der Unterschied zwischen Jungen und Mädchen auf 5,1 Prozentpunkte. Gesamtstädtisch ist der Anteil von untergewichtigen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund nahezu gleich.

Vergleichen wir die Ergebnisse der SEUs 2014/2015 von Nürnberg und Bayern zeigt sich gerade beim Übergewicht ein großer Unterschied. Mit einem Anteil von 14% im Projektgebiet Weststadt sind deutlich mehr Kinder übergewichtig als bayernweit (8%). Untergewichtig sind im Projektgebiet Weststadt um drei Prozentpunkte weniger Kinder als in Bayern. Die Ergebnisse für Bayern zeigen ebenso wie die Ergebnisse für das Projektgebiet Weststadt, dass Kinder mit Migrationshintergrund häufiger übergewichtig bzw. adipös sind (Nairz et al., 2017).

Die Daten der KiGGS-Panelstudie deuten in eine ähnliche Richtung. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass sich die Zahlen auf Mädchen und Jungen im Alter zwischen 3 und 17 Jahren beziehen, die hier vorhergehend genannten Zahlen auf Kinder vor der Einschulung (5 - max. 7 Jahre). So sind 10% der von KiGGS untersuchten Kinder übergewichtig und 5,4% adipös (vgl. Weststadt Übergewicht: 8,8% und Adipositas: 6,8%). Die KiGGS-Daten zeigen, dass Kinder mit einem niedrigen sozioökonomischen Status häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen sind. In den beiden Befragungswellen (2009-2012 und 2014-2017) seit der Basiserhebung (2003-2006) sind die Prävalenzen unverändert und auf diesem hohen Niveau stabil geblieben (Schienkiewitz et al., 2018).

Übergewicht ist neben einer ungesunden Ernährung (u.a. starkem Zuckerkonsum) auf mangelnde Bewegung zurückzuführen.

Deutschlandweit zeigen die Ergebnisse der KiGGS-Studie (2014–2017), dass sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche häufiger zuckerhaltige Getränke konsumieren. Ein aus Sicht der Public Health erfreulicher Befund ist, dass sich seit der ersten Erhebung (2003–2006) der Anteil an Kindern und Jugendlichen, die angeben, zuckerhaltige Erfrischungsgetränke zu konsumieren, verringert hat (Mensink et al., 2018).

Des Weiteren sind viele Kinder und Jugendliche zu wenig körperlich aktiv: nur 22 % der Mädchen sowie 29% der Jungen erreichen die Bewegungsempfehlung der WHO von 60 Minuten körperlicher Aktivität pro Tag. Bei Kindern aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status ist der Anteil noch geringer (Finger et al., 2018). Frühere Untersuchungen im Rahmen der KiGGS-Studie zeigen, dass sich sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche ungesünder ernähren und z.B. weniger 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. Im Quartier fehlen Grün- und Freiflächen, auf denen sich Kinder bewegen könnten. Häufig werden Kinder durch den Fernseher oder andere digitale Medien beschäftigt. Aus den Interviews geht aber ebenso hervor, dass es bewegungsfreudige und sportliche Kinder und Jugendliche im Projektgebiet gibt. Ein mehrfach angesprochenes Thema ist, dass u.a. durch das Fehlen eines Hallenbades, einige Kinder nicht schwimmen können.

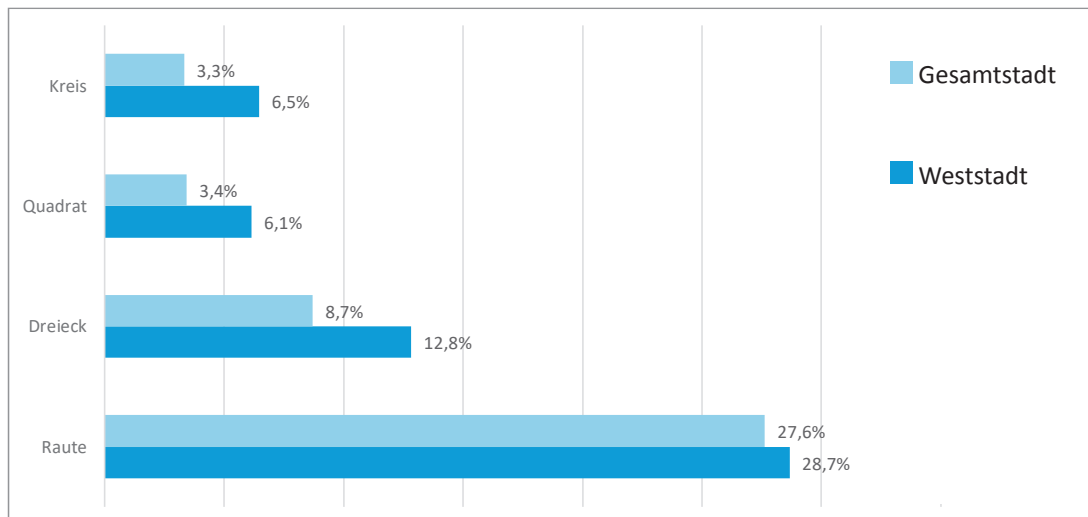
Auch im Bereich Ernährung werden die nationalen Ergebnisse durch die Expert*innen bestätigt. Viele Kinder sind schlecht versorgt, und Familien achten nicht auf gesunde Ernährung. Kinder im Projektgebiet konsumieren viele Süßigkeiten, zuckerhaltige Getränke und Fertigprodukte. Deshalb spielt in den Kitas,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

Die Entwicklung der visuomotorischen Fähigkeiten von Kindern ist ausschlaggebend für das Schreiben lernen (Schriftbild und Schreib-

tempo). Sie werden im Rahmen der SEU durch das Abzeichnen geometrischer Formen unterschiedlichen und zunehmenden Schwierigkeitsgrades getestet. So ist das Zeichnen einer Raute entwicklungsbedingt von den jüngeren Kindern eines Einschuljahrgangs oft nicht zu leisten. Entsprechend traten die häufigsten Schwierigkeiten beim Zeichnen einer Raute auf. Bezogen auf die Kinder, bei denen das Zeichnen getestet werden konnte, war dies bei knapp 30% der Kinder der Fall (Abbildung 12). Bei durch-

schnittlich weniger als 1% war die Testung aus verschiedenen Gründen nicht möglich, dieser Anteil wurde herausgerechnet. Kinder mit Migrationshintergrund weisen v.a. beim Zeichnen des Dreiecks und der Raute häufiger eine Auffälligkeit auf als Kinder ohne Migrationshintergrund. Gesamtstädtisch ist dieser Unterschied ebenfalls zu beobachten, jedoch fallen dort die Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund etwas geringer aus.

Abbildung 12: SEU - Schwierigkeiten beim Zeichnen geometrischer Formen



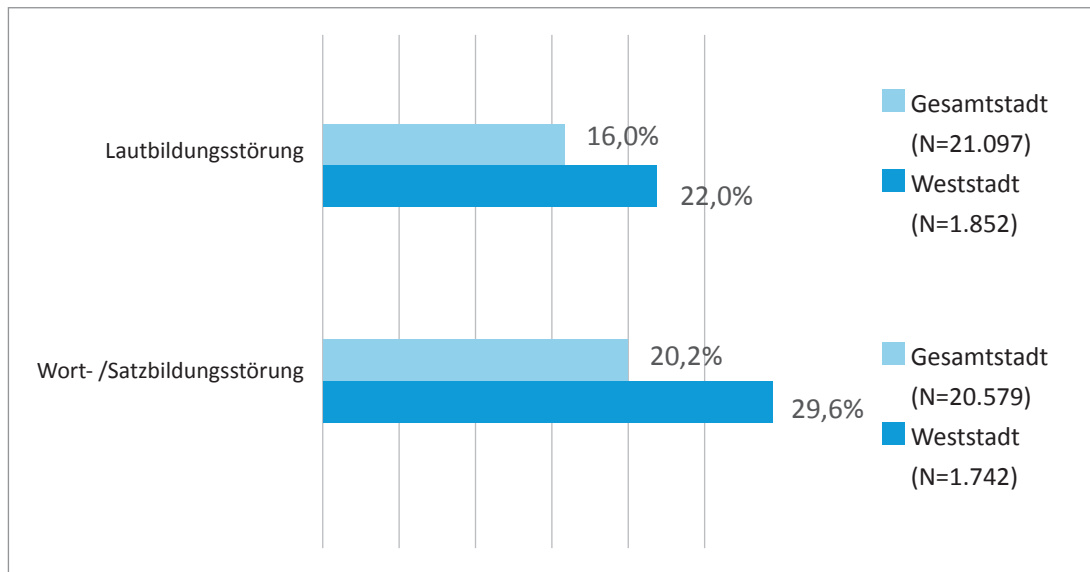
Quelle: Gesundheitsamt Stadt Nürnberg, SEU 2011/12-2015/16; eigene Berechnung und Darstellung

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

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 Weststadt zeigt mehr als jedes fünfte Kind (22%) mindestens eine Auffälligkeit bei der Lautbildung. In der Gesamtstadt wird ca. jedes sechste Kind (16%) als auffällig identifiziert. Es lässt sich ein moderater Unterschied zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund ausmachen. Gesamtstädtisch zeigt jedes sechste Kind mit Migrationshintergrund (16,4%) und im Projektgebiet jedes vierte bis fünfte Kind (22,8%) mit Migrationshintergrund Auffälligkeiten bei der Wort- und Satzbildung. Bei Kindern ohne Migrationshintergrund ist der Anteil mit 14,4% (Gesamtstadt) bzw. 17,6% (Projektgebiet) erwartungsgemäß etwas geringer. Bei der Wort- und Satzbildung ist der Unterschied zwischen Projektgebiet und Gesamtstadt noch etwas ausgeprägter: 20,2% aller untersuchten Kinder weisen Auffälligkeiten auf, im Projektgebiet ist der Anteil mit 29,6% deutlich höher.

Die Daten des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) finden bei 10% der Kinder in Bayern einen Verdacht auf eine Wort- und Satzbildungsstörung (der Empirie entsprechend, 5-10%). Damit liegt der gesamt-bayerische Wert deutlich unter dem Durchschnitt im 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, schlechter abschneiden als im gesamtstädtischen Durchschnitt. Sowohl im feinmotorischen als auch im sprachlichen Bereich zeichnen sich somit im Projektgebiet Förderbedarfe ab. Die Bedarfe, die sich aus den Daten ableiten lassen, spiegeln sich in den Aussagen der Expertinnen und Experten im Rahmen der Bedarfsanalyse wider und werden als Kurzkonzepte in Kapitel 5 vorgestellt.

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

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

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 Weststadt wurden in den Schuljahren 2017/18 und 2018/19 1.456 Kindergarten-Kinder und 2.075 Schulkinder untersucht (Tabelle 19). Dabei erweisen sich bei den Kindergarten-Kindern deutlich mehr Kinder als behandlungsbedürftig und deutlich weniger als befundfrei als in der Gesamtstadt. Bei den Schulkindern zeigt sich keine bedeutsame Differenz.

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

Tabelle 19: ZGD - Anzahl untersuchter Kinder im Projektgebiet Weststadt

| | PG West | Gesamtstadt |
|----------------------|--------------|---------------|
| Kindergarten | | |
| ohne Befund | 58% | 66% |
| saniert | 14% | 12% |
| behandlungsbedürftig | 28% | 22% |
| Gesamt | 1.456 | 10.938 |
| Grundschule | | |
| ohne Befund | 51% | 53% |
| saniert | 24% | 23% |
| behandlungsbedürftig | 25% | 24% |
| Gesamt | 2.075 | 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 als Personen mit einem hohen sozioökonomischen Status. Gleiches gilt für gesundheitsriskante Verhaltensweisen 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, deutlich ausgeprägter für Männer (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 (Heidemann et al., 2009). Bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen zeigt sich der Zusammenhang mit dem Bildungsstatus deutlich (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, objektive Daten zur Bewertung der gesundheitlichen Lage von Erwachsenen in Nürnberg sind auf kleinräumiger Ebene nicht vorhanden. Um näherungsweise Aussagen über die Situation im Quartier machen zu können, werden 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 fast gleich viele Personen ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ wie in der Gesamtstadt (24% bzw. 22%)

(Tabelle 20). In den anderen Kategorien gibt es keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Erhebungsgebieten.

Tabelle 20: WoHaus 2015 - Subjektive Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustands

| | PG West | Gesamtstadt |
|-------------------------------------|------------|--------------|
| Gesundheitszustand allgemein | | |
| sehr gut | 24% | 22% |
| gut | 38% | 38% |
| zufriedenstellend | 25% | 28% |
| weniger gut | 11% | 10% |
| schlecht | 2% | 3% |
| Gesamt | 486 | 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 Weststadt hier kaum. Auch in anderen Bereichen finden sich keine nennenswerten Differenzen (vgl. Anhang, Tab. A2).

Tabelle 21: WoHaus 2015 - Subjektive Einschätzung der gesundheitlichen Situation

| | PG West | Gesamtstadt |
|--|------------|--------------|
| Gesundheitsbedingt im Beruf oder zu Hause weniger geschafft | | |
| ja, häufig | 15% | 13% |
| ja, manchmal | 33% | 33% |
| nein | 52% | 54% |
| Gesamt | 482 | 8.135 |
| Schwierigkeiten, weil niedergeschlagen und traurig | | |
| ja, häufig | 10% | 10% |
| ja, manchmal | 36% | 32% |
| nein | 54% | 58% |
| Gesamt | 485 | 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 | 10% | 8% |
| mehrmals pro Woche | 33% | 34% |
| einmal pro Woche | 16% | 20% |
| seltener | 25% | 25% |
| nie | 17% | 13% |
| Gesamt | 489 | 8.210 |
| Sind Sie Raucher/in? | | |
| ja | 29% | 22% |
| nein | 71% | 78% |
| Gesamt | 480 | 7.881 |

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

Im Projektgebiet geben unter den Befragten mehr Personen als in der Gesamtstadt an, täglich Sport zu treiben (Tabelle 22). Ein Drittel der Befragten in der Weststadt und der Gesamtstadt geben an, mehrmals pro Woche Sport zu treiben.

Die Antworten zum Rauchverhalten zeigen, dass die Raucherquote im Vergleich zur Gesamtstadt um 7 Prozentpunkte erhöht ist (29% vs. 22%). Betrachtet man die Bevölkerung nach Merkmalen gruppiert, fällt auf, dass im Projekt-

gebiet West in fast allen Gruppen der Anteil der Raucher höher als in der Gesamtstadt ist. Dies bezieht sich auf Geschlecht, Altersgruppen, Erwerbstätigkeitsstatus und Migrationshintergrund (nur bei den Nicht-Deutschen entspricht der Raucheranteil des Westens dem der Gesamtstadt).

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). Nicht nur beim Rauchverhalten und der körperlichen Aktivität zeigen Personen aus einer niedrigeren sozialen Schicht riskanteres Verhalten. Das Ernährungsverhalten ist weniger ausgewogen und gesundheitsförderlich (Leonhäuser & Lehmkuhler, 2002). Adipositas kommt in allen Bildungs- und Einkommenschichten vor und nimmt über den Zeitverlauf anteilmäßig zu, während sich der relative Unterschied zwischen den sozialen Lagen verringert hat (Maron et al., 2014).

Auch wenn die soziale Belastung im Projektgebiet im Vergleich zur Gesamtstadt durchaus hoch einzuschätzen ist, und die Expert*innen

von hohen gesundheitlichen Belastungen berichten, erlauben die vorhandenen quantitativen Daten zur Gesundheit Erwachsener nicht, diesen allgemeinen Forschungsstand und die Expertenwahrnehmung zur gesundheitlichen Ungleichheit zu bestätigen. Für eine verlässliche Einschätzung der gesundheitlichen Situation Erwachsener im Projektgebiet sind die Daten der WoHaus 2015 allein offensichtlich nicht geeignet. Hierzu wären weitere Daten zu erheben oder zugänglich zu machen, die spezifischere und objektive Prädiktoren der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens und nicht nur subjektive Einschätzungen umfassen.



5. Handlungsempfehlungen der dezentralen Gesundheitsförderung zur Kompensation gesundheitlicher Ungleichheit

Trotz vielfältiger Belastungen, denen die Bewohner*innen im Projektgebiet durch die besonderen sozialräumlichen Bedingungen ausgesetzt sind, wird in den Experteninterviews hervorgehoben, dass die Vielfalt der im Quartier lebenden Menschen und ihr Engagement eine Ressource darstellt. Das zivilgesellschaftliche Engagement unterschiedlicher Vereine und Einzelpersonen wird als Besonderheit wahrgenommen. Vor allem in Gostenhof fällt die lebendige lokale Kulturszene auf, viele Künstler*innen haben sich mit kleinen Ateliers und Geschäften im Stadtteil angesiedelt. Eigeninitiative und gemeinschaftliche Aktionen prägen so seit einigen Jahren und zunehmend das Bild des Projektgebiets. Dazu hat sicher die koordinierende Begleitung durch die kommunale Stadtteilkoordination und die Stadteilerneuerung einen Beitrag geleistet. Die Ergebnisse der Experteninterviews zeigen, dass die Vielfalt an Einrichtungen vor Ort sowie die Kooperation und Zusammenarbeit im Stadtteil sehr wertgeschätzt wird. Durch die gemeinsame Arbeit im Stadtteil sowie die Umsetzung konkreter Projekte, wird die Zusammenarbeit weiter gestärkt und wer-

den Synergieeffekte genutzt.

Nichtsdestotrotz, das zeigen die obigen Betrachtungen der sozialräumlichen Kontexte, der gesundheitlichen Lage der Bewohner*innen und nicht zuletzt die Einschätzungen der Expert*innen, bestehen in vielen Bereichen Bedarfe auf die eine stadtteilbezogene Gesundheitsförderung zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit reagieren muss. Dabei kann und muss sie an die vielfältigen, in Kapitel 4.4.2 dargestellten Strukturen, Netzwerke und Ressourcen anschließen, die im Quartier bereits vorhanden sind.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der qualitativen Bedarfsanalyse für das Projektgebiet Weststadt 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. Manche der Maßnahmen wurden bereits im Rahmen des Projekts umgesetzt, andere werden auf Basis dieses Gesundheitsprofils empfohlen.

5.1. Empfehlungen für verhaltensbezogene Bedarfe



Verhaltensbezogene Bedarfe und Maßnahmen bzgl. der Förderung von Bewegung und Entspannung, gesunder Ernährung, seelischer Gesundheit und Suchtprävention für unterschiedliche Zielgruppen können im Rahmen

von einmaligen Veranstaltungen und Veranstaltungsreihen sehr unterschiedlich konzipiert sein. Diesem Projekt liegt jedoch die Annahme zugrunde, dass Maßnahmen niederschwellig und kostenfrei gestaltet werden sollten.

5.1.1. Bewegungs- und Entspannungsangebote

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

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

- **Familiensporttag/Bewegungstag**

Möglichkeiten und Angebote, sich im Projektgebiet zu bewegen sind oft nicht bekannt. Ziel eines solchen Tags wäre es, über Angebote zu informieren sowie diese auf niedrigschwellige Art und Weise kennenzulernen bzw. auszuprobieren. Ortsansässige Sportvereine und Einrichtungen, die Bewegungsangebote durchführen, sollten dabei mit einbezogen werden. Dieser Tag kann sowohl zentral als auch dezentral im Stadtteil organisiert werden.

- **Stadtteilsparziergänge**

Stadtteilsparziergänge sind ein niedrigschwelliges Angebot alltags- und wohnortnaher Bewegungsförderung. Sie dienen dazu, den Stadtteil und die Einrichtungen vor Ort kennenzulernen. Um Stadtteil-Bewohner*innen die Orte zu zeigen, die sie interessieren, bietet es sich an solche Spaziergänge mit verschiedenen Zielgruppen (z.B. mit Menschen in Arbeitslosigkeit in Kooperation mit dem Jobcenter vor Ort) partizipativ zu entwickeln.

- **Bewegungs- und Gymnastikangebot für Senior*innen**

Trotz zahlreicher Angebote fehlen hier Maßnahmen mit niedrigschwelligem Zugang. Ziel einer solchen Maßnahme sollte es sein, Mobilität und Selbstständigkeit im Alltag zu erhalten. Gerade bei der Zielgruppe der Senior*innen sind das soziale Miteinander und die Bewegung in einer Gruppe ein zentraler Aspekt, um der Vereinsamung im Alter vorzubeugen. Das Angebot kann beispielsweise in Kooperation mit dem Seniorennetzwerk Weststadt geplant und umgesetzt werden, um es nachhaltig und langfristig im Stadtteil zu verankern.

- **Migrationssensibles Angebot zur Stressbewältigung**

Um Zugänge zu Migrant*innengruppen zu schaffen und diese für das Thema Gesundheitsförderung zu sensibilisieren, sollen im Stadtteil etablierte Vereine genutzt werden, die langjährige Erfahrungen in der Arbeit mit der Zielgruppe haben. Ziel dabei sollte es sein, Stressbewältigungsstrategien von Menschen mit Migrationshintergrund positiv zu beeinflussen, den Stadtteil mit den jeweiligen Anlaufstellen aus gesundheitsbezogener Sicht kennenzulernen als die Vermittlung in bereits bestehende Angebote zu unterstützen. Dadurch kann das Angebot über die stattfindenden Einheiten hinaus gesundheitsförderlich wirksam sein. Damit das Angebot von verschiedenen sprachigen Zielgruppen angenommen werden kann, ist es denkbar, dass mehrsprachige und geschulte Multiplikatoren*innen, ein solches Angebot übernehmen. Unterstützt werden müssen sie von einer hauptamtlichen Mitarbeiterin, z.B. von einer Sozialpädagogin. Speziell für die Zielgruppe der Jugendlichen wurde in den Experteninterviews auf Bedarfe über die üblichen Vereinsangebote hinaus hingewiesen. Im Projektgebiet könnten weitere niedrigschwellige, migrationssensible Bewegungs- und Stressabbauangebote für Jugendliche entwickelt werden.

5.1.2. Gesunde Ernährung

Im Stadtteil gibt es bereits einige zielgruppen-spezifische Angebote zum Thema Ernährung. In den Einrichtungen wird teilweise mit den Kindern gekocht, sowie ein gesundes (Familien-)Frühstück oder ein Obst- und Gemüse-Set angeboten. Dennoch decken diese Angebote nicht die verhaltensbezogenen Bedarfe, die zum Umgang mit gesunder Ernährung von den Expert*innen beschrieben werden.

- **Gesundes und preiswertes Kochen**

Um bedarfsgerecht und niedrigschwellig ein solches Angebot für verschiedene Zielgruppen, wie etwa Familien oder Personen in (Langzeit-) Arbeitslosigkeit zu organisieren und umzusetzen, kann dies von Multiplikator*innen übernommen werden. Entsprechende Schulungen können durch die Gesundheitskoordination organisiert und vermittelt werden.

- **Intergenerative Angebote**

Senior*innen können mit Kindern und Jugendlichen Gemüse und Kräuter anpflanzen und später gemeinsam zubereiten. Dabei kann angeknüpft werden an das Angebot des Quartiersmanagements zur „Hinterhofbegrünung“ – in welchem in einem ersten Schritt sowohl für Hausgemeinschaften als auch Einrichtungen Hochbeete zur Verfügung gestellt werden. Dies kann als Aufhänger dienen, um neben der Bepflanzung von Hochbeeten die gesunde Ernährung und das gemeinsame Kochen erfahrbar zu machen, sowie um das nachbarschaftliche Miteinander zu fördern.

- **Mobile Angebote zur Wissensvermittlung**

Des Weiteren können vermehrt Ansätze für mobile Angebote zur Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten zum Thema gesunder Ernährung entwickelt und umgesetzt werden, um verschiedene Zielgruppen zu erreichen.

5.1.3. Seelische Gesundheit und Suchtprävention

Psychische Probleme werden von den Expert*innen vermehrt wahrgenommen. Um der Zunahme an psychischen Belastungen und Erkrankungen mittels fundierter Beratung und therapeutischen Angeboten begegnen zu können, fehlt es im Projektgebiet an entsprechenden Einrichtungen. Der Bedarf an Präventionsangeboten in diesem Bereich wurde mehrfach genannt. 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.

Bisher gibt es im Projektgebiet für Mitarbeiter*innen psychosozialer Beratungsstellen Fortbildungen im Umgang mit traumatisierten Menschen. Im Projektgebiet besteht eine Beratungsstelle für gewaltbetroffene Mädchen und Frauen. Ein weiterer Ausbau von Fortbildungen für Fachkräfte und Angeboten zur psychosozialen Beratung und Unterstützung von Betroffenen wird als dringend notwendig beschrieben.

Hinsichtlich des Bereiches der seelischen Gesundheit wurden folgende weitere Bedarfe im Quartier benannt:

- niedrigschwellige Beratungsstellen bzgl. psychischer und Suchterkrankungen
- Selbsthilfe- und angeleitete Gruppen für Menschen mit psychischen Erkrankungen
- Informationen und Angebote zu medizinischer und therapeutischer Versorgung insbesondere für Senior*innen
- arabisch sprechende Therapeut*innen für Menschen mit Traumata im Rahmen der Kriegs- und Fluchterfahrungen

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

5.1.4. Gesundheits- und Erziehungsberatung

Wie bereits in Kapitel 4.4.2 beschrieben finden sich im Quartier vielfältige Möglichkeiten, Informationen und Beratung zu gesundheitsbezogenen Alltagskompetenzen zu erhalten. Dennoch wurden bezüglich weiterer Beratungsmöglichkeiten und Informationen zum Thema Gesundheit im Rahmen der Experteninterviews und bei Gesprächen im Quartier zusätzliche Bedarfe formuliert:

- **Beratungszentrum Gesundheit**

Im Projektgebiet könnten durch ein beratendes Gesundheitszentrum viele unterschiedliche Menschen erreicht werden. Aufklärungsbedarf über das Gesundheitssystem wird für einen hohen Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund oder mit geringen Deutschkenntnissen benannt. Dabei wird der Wissensvermittlung bzgl. des Krankenversicherungssystem sowie der unterschiedlichen Zuständigkeitsbereiche im Gesundheitssystem die größte Bedeutung zugemessen. Ein niedrigschwelliger Zugang, etwa über zusätzliche attraktive Angebote (günstige Kleidung oder Lebensmittel), könnte die Nutzung begünstigen.

- **Dezentrale Erziehungsberatungsstelle**

Ebenso wird der Bedarf einer dezentralen Erziehungsberatung genannt, die u.a. durch ein mobiles Angebot bspw. in Cafés unterschiedlicher Einrichtungen leichter erreichbar sein könnte

Als Ansatzpunkte für die konkrete Maßnahmenplanung sollen armuts- und kultursensible Gesprächsformate zur Förderung von Gesundheitskompetenzen dienen. Ein entsprechendes Konzept könnte aus verschiedenen thematischen Modulen bestehen: Informationen zum Gesundheitssystem; Hilfe bei Notfällen; Wissensvermittlung zu Krankheiten, Hygiene und Zahngesundheit; Informationen zu Unterstützungsangeboten im Stadtteil.

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 dabei, das Angebote nicht verschult, sondern mit praktischem Handlungswissen und geselligem Charakter gestaltet werden. Ebenso könne die Zusammenarbeit mit lebensweltnahen Multiplikator*innen sowie Sprachmittler*innen mit spezifischem Gesundheitswissen sinnvoll sein. 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

Gesundheitsförderung 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. Zugang zu gesunden Nahrungsmitteln

Im Hinblick auf die Nahraumversorgung ist die Möglichkeit, im Stadtteil qualitativ hochwertige Lebensmittel zu erwerben, vor allem in Eberhardshof/Muggenhof und in Teilen von Gostenhof begrenzt. Da gerade im Westen viele Bewohner*innen in finanziell prekären Verhältnissen leben, wird in den Experteninterviews wiederholt auf die Notwendigkeit hingewiesen, im Sinne der Verhältnisprävention verbesserte Zugänge zu günstigem und gesundem Essen zu gewährleisten:

- **Kostenfreie Verpflegung in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen**

Kinder und Jugendliche werden häufig durch die Bildungseinrichtungen, die sie besuchen, versorgt. Als Bedarf wurde eine übergreifende gute, gesunde und kostenlose Verpflegung in diesen Einrichtungen genannt.

- **Alternative Zugänge zu Lebensmitteln**

Gesunde Lebensmittel müssen nicht immer teuer sein. Oft ist jedoch nicht bekannt, welche kostengünstigen Möglichkeiten und Alternativen zur Lebensmittelverpflegung (be-

spielweise Food-Sharing) es im Stadtteil gibt. Diese Möglichkeiten und Alternativen gilt es besser zu kommunizieren und bekannt zu machen.

- **Erschließung neuer Flächen für Wochenmärkte**

Gerade für ältere Menschen gestaltet sich die Nahraumversorgung mit Lebensmitteln schwierig. In Gostenhof gibt es seit einiger Zeit einen Wochenmarkt. Dieser Bedarf wurde ebenso für Eberhardshof/Muggenhof genannt. Ein Wochenmarkt könnte mit Gesundheitsaktionen verbunden werden.

- **Kostenfreie oder –günstige Mittagstische im Quartier**

Einen günstigen bzw. kostenfreien Mittagstisch zu organisieren wurde aufgrund der sozialen Lage im Quartier als großer Bedarf genannt. Dieser könnte in Form eines niedrigschwelligen Kochtreffs (sog. „Volksküche“) organisiert werden. In den Experteninterviews wurde angeregt, dies als mobiles Angebot (mobile Küche / Foodtruck) im Stadtteil zu verankern

5.2.2. Gesundheitsversorgung

Die Versorgung mit Hausärzt*innen wird in den Expert*inneninterviews zwar als ausreichend beschrieben. Gerade für ältere oder bewegungseingeschränkte Bewohner*innen sind diese jedoch teilweise fußläufig nur schwer zu erreichen. Hausbesuche können jedoch nur die wenigsten Ärzte durchführen. Wünschenswert wäre ein Ausbau dieser aufsuchenden Versorgung. Darüber hinaus monieren die Expert*innen, dass die Versorgung mit Fachärzt*innen im Projektgebiet Weststadt nicht ausreichend ist.

Über die medizinische Versorgung im engeren Sinne hinaus wird vor allem von Kindertageseinrichtungen häufig die Notwendigkeit benannt, den Kindern und Eltern weitreichendere Informationen zur Zahnhygiene an die Hand zu geben. Kinder weisen häufig schon im Kindergartenalter behandlungsbedürftige Zähne auf, weshalb eine frühe Aufklärung im Sinne der Prävention große Bedeutung hat. Diese Informationen müssen über die Arbeit des Zahngesundheitsdienstes des Gesundheitsamtes hinausgehen, da die-

ser nur eine begrenzte Anzahl von Einrichtungen besuchen kann. Des Weiteren werden die Eltern darüber nicht erreicht.

Ein weiterer Bedarf, der in den Experteninterviews und Gruppendiskussionen immer wieder zur Sprache gekommen ist, ist die Integration der Ärzt*innen in die bestehenden Netzwerke. Gerade im Sinne der Weitergabe von Informationen sowie der notwendigen Einbindung in die Stadtteilarbeit ist dies von besonderer Wichtigkeit. Ärzt*innen sind aufgrund des Präventionsgesetzes dazu angehalten, an Patient*innen Präventionsempfehlungen weiterzugeben. Strategien, inwieweit die Stadtteilarbeit Ärzt*innen stärker einbeziehen kann, um Gesundheitsförderung gemeinsam anzugehen, können im Rahmen einer stadtteilbezogenen Gesundheitskoordination, auf die lokalen Besonderheiten Bezug nehmend, entwickelt werden.

5.2.3. Stärkung des Gemeinwesens

In der WoHaus 2015 wird im Projektgebiet Weststadt im Vergleich zur Gesamtstadt das soziale Umfeld als deutlich schlechter bewertet als in der Gesamtstadt. Die Wohndauer der Bewohner*innen ist im Vergleich zur Gesamtstadt geringer (Kapitel 4.3.1). Gerade in Bezug auf Senior*innen wird in den Experteninterviews des Öfteren erwähnt, dass diese aus der Isolation geholt und beteiligt werden müssen.

Unterschiedliche Bedarfe hinsichtlich der Stärkung des sozialen Miteinanders werden genannt:

- Organisation von Familien-Ausflügen, um das Quartier und Einrichtungen vor Ort, und anliegende Stadtteile und Nachbarstädte, kennenzulernen
- Für Familien, deren Kinder (noch) nicht in einer Kindertageseinrichtung organisiert sind, brauche es organisierte Mutter-Kind-Gruppen
- Es brauche mehr attraktive Grünflächen und Grünanlagen als Treffpunkte im Freien
- Gerade geflüchtete Menschen benötigen Unterstützung, um die außerschulischen Kultur- und Bildungsangebote und die

vielfältigen Einrichtungen vor Ort, kennenzulernen und zu nutzen, dazu bedarf es spezifischer Angebote und Projekte

- Muggenhof und Eberhardshof sind von starker (Wohnungs-) Bautätigkeit geprägt. Zukünftig werden sich diese Stadtteile durch Zuzüge verändern. Für neu Hinzugezogene sollen Möglichkeiten geschaffen werden, sich im Quartier schnell wohlfühlen. Dazu können z. B. Bürger*innenveranstaltungen dienen, bei welchen u.a. über Angebote vor Ort informiert wird
- Für Senior*innen und Menschen, die auf niedrigschwellige nachbarschaftliche Hilfen angewiesen sind, gilt es, Angebote und Aktionen zu organisieren, damit Nachbar*innen untereinander in Kontakt kommen. Dabei kann z.B. das Quartiersbüro, in welchem neben dem Quartiersmanagement die Stadtteilkoordination und die Gesundheitskoordination als auch weitere Vereine ihr Büro haben, als zentrale Anlaufstelle genutzt und Aktionen in Kooperation organisiert

5.2.4. Soziale Infrastruktur

Insgesamt sind zwar in der Nürnberger Weststadt eine Reihe von (sozial)pädagogischen, und soziokulturellen Einrichtungen und Akteur*innen präsent und aktiv. Gleichzeitig haben aber viele Einrichtungen Schwierigkeiten, auf die steigende Anzahl und wachsende Komplexität der Bedarfe zu reagieren. Gestiegene Anforderungen können durch eine noch so gute Vernetzung nicht allein aufgefangen werden.

In den Einrichtungen der Kindertagesbetreuung insbesondere im frühkindlichen und Kindergartenalter gibt es z.B. die Sorge, dass aus Personalmangel die über die Basisarbeit hinaus erforderliche Förderung und adäquate Betreuung besonderer Bedarfe zu kurz komme. In den Experteninterviews wurde angemerkt, dass Familien im Stadtteil aufgrund von Scheidung/Trennung, (psychischer) Krankheit, Armut, prekärer Beschäftigungsverhältnisse, Arbeitslosigkeit oder Gewalterfahrungen teils mehrfach

belastet sind. Die Kinderbetreuung außer Haus würde sich positiv auf Psyche, Wohlbefinden und Verhalten dieser Kinder auswirken.

Auch die regelhafte Finanzierung von Angeboten gestaltet sich schwierig. Gerade für Gesundheitsangebote fehlten oft finanzielle Ressourcen. Ideen seien genug vorhanden, „es könnte noch viel mehr angeboten werden.“ Zwar gäbe es im Stadtteil viele Projekte und Angebote, jedoch fehlten oftmals Ressourcen, um deren Nachhaltigkeit zu gewährleisten. Bestehende Angebote seien oft auf Spenden angewiesen und ohne diese nicht aufrecht zu halten. Eine Verstetigung und Institutionalisierung könne daher oftmals nicht stattfinden, was auch zu hohen Personalfluktuationen führe und eine kontinuierliche, professionelle Bearbeitung der Bedarfe erschwere.

5.2.5. Umwelt und Wohnen

Städtebauliche und umweltbezogene Bedarfe werden im Rahmen der Experteninterviews häufig angesprochen. Generell bestehe im Quartier ein Mangel an Grün- und Freiflächen. Insbesondere seien aufgrund fehlender barrierefreier Zugänge vorhandene Grünflächen schwer zu erreichen. So müsse beispielsweise der Pegnitzgrund zugänglicher gestaltet werden. Von südlicher Seite gibt es wenige Zugänge, die aufgrund der Wegverläufe an der steilen Böschung hinab für geheingeschränkte Personen nicht zu bewältigen sind. Die Fürther Straße stelle eine Barriere dar und müsse durch einfache Übergänge besser passierbar gestaltet werden. Generell wurde angesprochen, dass die Fürther Straße als zentrale Achse im Stadtteil attraktiver gestaltet werden sollte, z.B. in Form eines „Boulevards“. Vorhandene Grünflächen müssen laut Expertenaussagen noch barrierefreier gestaltet werden, so dass ältere Menschen diese gut nutzen können. Dazu müssten mehr Bänke sowie seniorengerechte Untergründe vor Ort vorhanden sein. Der Veit-Stoß-Platz und die anliegende Grünfläche, die seit 2021 eröffnet sind, stellt ein sehr positives Beispiel an unterschiedlichen Nutzergruppen ausgerichtete bedarfsgerechte Gestaltung öffentlicher Flächen dar.

Insbesondere der Bedarf, Bewegungsräume auszuweiten, wird in den Experteninterviews immer wieder angesprochen. Erste Schritte, hier angemessen zu reagieren, wurden im Rah-

men der Stadtteilerneuerung durchgeführt (Erschließung und Umgestaltung vorhandener Flächen, wie bspw. des Quelleparks und des Jamnitzerplatzes) und können durch die Gesundheitskoordination des Projekts unterstützt werden.

Neben dem Mangel an Grünflächen ist das Quartier durch ein hohes Verkehrsaufkommen und zentrale Verkehrsachsen geprägt, die das Gebiet begrenzen oder teilen. Die Verkehrsberuhigung ist daher ein zentrales Thema in den Experteninterviews. Gerade die zuletzt hohe Zahl der Unfälle mit Beteiligung von Kindern entlang der Fürther Straße solle Anlass geben, die Verkehrsführung und die Gestaltung der Straße zu überdenken. Aufgrund des hohen Verkehrsaufkommens bringen viele Eltern ihre Kinder mit dem Auto zum Kindergarten oder zur Schule. Aus der Perspektive der Gesundheitsförderung ist es dagegen ein Ziel, jedem Kind einen „bewegten Schulweg“ ohne Gefahren zu ermöglichen.

Das Thema Wohnen war vor allem in den Interviews in Gostenhof ein sehr zentrales Thema. Generell besteht Bedarf an bezahlbarem und saniertem Wohnraum für verschiedene Mieter*innentypen (u.a. Senior*innen und Familien). Ein weiterer Bedarf seien barrierefreie Wohnungen für gehbehinderte oder –eingeschränkte Menschen. Grundsätzlich gäbe es nicht ausreichend betreute Wohnmöglichkeiten für Senior*innen.



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 Nürnberger Westen haben die Bedarfsanalyse und bereits vorhandene quantitative Befragungsdaten die räumlichen Kontextbedingungen und die sozioökonomische Lage der Bevölkerung im Stadtteil sichtbar gemacht und die gruppenspezifische gesundheitliche Situation sowie das Gesundheitsverhalten der Bewohner*innen aufgezeigt.

In den Bezirken Gostenhof, Bärenschanze, Eberhardshof und Muggenhof stellen hohe nachbarschaftliche Fluktuation, hohe Luft- und Lärmbelastung, wenige Spielflächen und wenige, teils schwer erreichbare öffentliche Grünflächen, die überwiegend ungünstige bioklimatische Situation der Siedlungsräume sowie eine Bevölkerung mit einem hohen Anteil an sozial benachteiligten und Personen mit Migrationshintergrund die Gesundheitsförderung vor besondere Herausforderungen. Gleichzeitig sind im Projektgebiet teils langjährige Strukturen und Kooperationen vorhanden, die von der Stadtteilkoordination begleitet oder orga-

niert werden und die dazu beitragen können, auf Folgen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit hinzuweisen und systematisch auf deren Kompensation und Reduktion hinzuwirken.

Die Entwicklung von Multiplikator*innenkonzepten, beispielsweise zur Schulung von „Bewegungs- oder Ernährungsbotschafter*innen“, könnte das Thema Gesundheit im Stadtteil noch breiter in die Bewohner*innenschaft tragen und die nachhaltige Verankerung bereits bestehender Angebote unterstützen (z.B. lokale Bewegungsangebote von geschulten Multiplikator*innen). Darüber hinaus ist 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. Die im Stadtteil bereits bestehende ausdifferenzierte Netzwerkarbeit war für das Gelingen des Projektes und die nachhaltige Verankerung der Gesundheitsförderung im Projektgebiet nötig und bietet Anschlussmöglichkeiten für weitere Projekte und Initiativen zur Gesundheitsförderung.

Die beschriebenen Verhältnisse vor Ort wie Luft- und Umweltbelastung, dichte Bebauung und wenig Grünflächen im Stadtteil verstärken die Problemlagen der sozial belasteten Zielgruppen im Stadtteil und beeinflussen die gesundheitliche Situation in vielerlei Hinsicht.

Auch wenn bereits einige Frei-, Spiel-, und Grünflächen geschaffen bzw. bedarfsgerecht umgestaltet werden konnten, besteht hier weiterhin Bedarf im Projektgebiet. Grünflächen sind in den warmen Monaten oft übernutzt, und die Zugänge zu den bestehenden Flächen sind durch größere Verkehrsachsen wie die Fürther Straße oder fehlende Infrastruktur, wie beispielsweise Brücken, barrierefreie Rampen etc. erschwert.

Trotz der gut funktionierenden Netzwerke und engagierten Akteur*innen ist der Bedarf an Unterstützung im Projektgebiet weiterhin vorhanden – vor dem Hintergrund, dass soziale Problemlagen zunehmen und komplexer werden, wird dies vermutlich so bleiben. Es sollten Strategien entwickelt werden, wie mehrfach belastete Personengruppen besser unterstützt werden können. Gerade im Bereich der Gesundheitsförderung benötigt es daher sowohl langfristig konstante Ansprechpartner*innen,

als auch Ressourcen und Möglichkeiten zur Planung und Finanzierung von Maßnahmen vor Ort.

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 Investition in die zukünftige Sicherung des sozialen Friedens und des Sozialsystems betrachtet werden. So können Strategien in diesem Bereich u.a. zur verbesserten Vermittlung von Personen in Arbeitslosigkeit beitragen, gesundheitliche Folgekosten reduzieren, den sozialen Zusammenhalt stärken, die Lebensqualität in der Kommune und deren Produktivitäts- und die Leistungskraft verbessern.

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

I. Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-------------|---|
| BgA | Bürgermeisteramt |
| BV | Bürgerversammlungsbereich |
| BZgA | Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung |
| Gh | Gesundheitsamt |
| JHA | Jugendhilfeausschuss |
| KIGGS | Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland |
| KJÄD | Kinder- und Jugendärztlicher Dienst |
| LGL | Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit |
| Ref V | Referat für Jugend, Familie und Soziales |
| SEU | 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 Weststadt | 18 |
| Abbildung 8: Karte - Grün- und Freiflächen im Projektgebiet Weststadt | 28 |
| Abbildung 9: Klimafunktionskarte | 30 |
| Abbildung 10: Karte - Straßenlärmbelastung im Tagesmittel | 31 |
| Abbildung 11: SEU - Körpergewicht | 40 |
| Abbildung 12: SEU - Schwierigkeiten beim Zeichnen geometrischer Formen | 42 |
| Abbildung 13: SEU - Störungen der sprachlichen Entwicklung | 43 |
| Abbildung A1: Perzentile für den BMI (in kg/m ²) von Jungen im Alter von 0-18 Jahren | 66 |
| Abbildung A2: Perzentile für den BMI (in kg/m ²) von Mädchen im Alter von 0 bis 18 Jahren | 67 |

III. Tabellenverzeichnis

| | |
|--|----|
| Tabelle 1: Interviewte Expert*innen nach Zielgruppe, Einrichtung und Funktion | 14 |
| Tabelle 2: Statistische Bezirke, Sozialraumtypen, Schulsprengel | 17 |
| Tabelle 3: Bevölkerungsdichte | 19 |
| Tabelle 4: Bevölkerungsveränderung | 19 |
| Tabelle 5: Haushaltsformen | 20 |
| Tabelle 6: Migrationshintergrund | 21 |
| Tabelle 7: Geflüchtete | 21 |
| Tabelle 8: Arbeitslosigkeit und Transferleistungsbezug | 23 |
| Tabelle 9: WoHaus 2015 - Schwierigkeiten, Rechnungen zu bezahlen | 24 |
| Tabelle 10 : Wahlbeteiligung Bundestagswahl 2021 und Stadtratswahl 2020 | 25 |
| Tabelle 11: Baustruktur | 26 |
| Tabelle 12: WoHaus 2015 - Bewertung der Wohnsituation | 27 |
| Tabelle 13: WoHaus 2015 - Bewertung Parks/Grünflächen im Wohnumfeld | 29 |
| Tabelle 14: WoHaus 2015 - Subjektive Wahrnehmung Lärm- und Luftbelastung | 32 |
| Tabelle 15: Wohndauer an einer Adresse im Projektgebiet | 34 |
| Tabelle 16: WoHaus 2015 - Bindung an den Stadtteil | 35 |
| Tabelle 17: WoHaus 2015 - Bewertung der Nachbarschaft | 35 |
| Tabelle 18: SEU - Anzahl untersuchter Kinder im Projektgebiet Weststadt | 40 |
| Tabelle 19: ZGD - Anzahl untersuchter Kinder im Projektgebiet Weststadt | 45 |
| Tabelle 20: WoHaus 2015 - Subjektive Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustands | 46 |
| Tabelle 21: WoHaus 2015 - Subjektive Einschätzung der gesundheitlichen Situation | 46 |
| Tabelle 22: WoHaus 2015 - Angaben zum Gesundheitsverhalten | 47 |
| Tabelle A1: Bevölkerungsstruktur: Geschlecht und Alter | 64 |
| Tabelle A2: Einschätzung gesundheitliche Situation | 65 |

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 Mundgesundheits. 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-Auerchs, 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., Pförtner, T.-K., Lampert, T. (2018). Educational inequalities in subjective health in Germany from 1994 to 2014: a trend analysis using the German Socio-Economic Panel study (GSOEP). BMJ open, 8 (6).
- Nairz, F.; Heißenhuber, A.; Morlock, G.; Hölscher, G.; Schneider, T.; Hachmeister, A.; Nennstiel-Ratzel, U. (2017). Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen zum Schuljahr 2014/2015 Statistisch-epidemiologischer Bericht. Schuleingangsuntersuchungen in Bayern Band 10
- Nennstiel-Ratzel, U. & Hachmeister, A. (2018). Die Schuleingangsuntersuchung in Bayern. Verfügbar unter: <https://www.lgl.bayern.de/gesundheitspraevention/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 West | Gesamt- stadt | Muggen- hof | Eberhards- hof | Bärens- chanze | Gosten- hof |
|------------------------|------------|------------------|----------------|-------------------|-------------------|----------------|
| Bevölkerung | 31.285 | 530.222 | 2.385 | 10.392 | 9.364 | 9.144 |
| Geschlecht | | | | | | |
| männlich | 52,64% | 49,3% | 55,3% | 50,64% | 51,99% | 54,88% |
| Alter in Jahren | | | | | | |
| Durchschnittsalter | 47 Jahre | 43,5 Jahre | 48,2 Jahre | 46,2 Jahre | | |
| Altersgruppen | | | | | | |
| 0 - unter 3 | 3,06% | 2,81% | 2,01% | 3,26% | 3,08% | 3,09% |
| 3 - unter 6 | 3,14% | 2,80% | 3,10% | 3,13% | 3,15% | 3,16% |
| 6 - unter 10 | 3,06% | 3,43% | 2,01% | 3,26% | 3,08% | 3,09% |
| 10 - unter 15 | 4,48% | 4,15% | 4,36% | 4,27% | 4,85% | 4,36% |
| 15 - unter 18 | 2,60% | 2,50% | 2,98% | 2,35% | 2,85% | 2,54% |
| 18 - unter 25 | 9,32% | 7,70% | 12,08% | 8,81% | 8,29% | 10,24% |
| 25 - unter 30 | 9,81% | 7,50% | 9,64% | 9,16% | 9,61% | 10,80% |
| 30 - unter 45 | 25,44% | 22,05% | 24,82% | 24,90% | 25,85% | 25,80% |
| 45 - unter 60 | 20,38% | 20,75% | 20,88% | 19,70% | 20,31% | 21,08% |
| 60 - unter 65 | 4,98% | 6,12% | 5,74% | 5,20% | 4,50% | 5,04% |
| 65 - unter 75 | 7,52% | 9,59% | 7,04% | 8,28% | 7,49% | 6,84% |
| 75 - unter 80 | 2,38% | 3,73% | 1,89% | 2,95% | 2,62% | 1,62% |
| 80 - unter 85 | 1,94% | 3,87% | 1,13% | 2,67% | 1,98% | 1,28% |

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

Tab. A2: Einschätzung gesundheitliche Situation

| | PG West | | Gesamtstadt | |
|--|---------|---------|-------------|---------|
| gesundheitsbedingt im Beruf oder zu Hause weniger geschafft | in % | Angaben | in % | Angaben |
| ja, häufig | 15% | 71 | 13% | 1069 |
| ja, manchmal | 33% | 158 | 33% | 2679 |
| nein | 52% | 253 | 54% | 4387 |
| Gesamt | 100% | 482 | 100% | 8135 |
| Beeinträchtigung durch Schmerzen | | | | |
| ja, häufig | 11% | 56 | 14% | 1171 |
| ja, manchmal | 39% | 192 | 36% | 2969 |
| nein | 50% | 244 | 49% | 4040 |
| Gesamt | 100% | 491 | 100% | 8181 |
| Schwierigkeiten beim Treppensteigen | | | | |
| ja, häufig | 8% | 38 | 10% | 810 |
| ja, manchmal | 19% | 90 | 16% | 1343 |
| nein | 74% | 357 | 74% | 6028 |
| Gesamt | 100% | 484 | 100% | 8181 |
| Schwierigkeiten beim Gehen | | | | |
| ja, häufig | 6% | 29 | 9% | 715 |
| ja, manchmal | 15% | 76 | 16% | 1323 |
| nein | 79% | 386 | 75% | 6145 |
| Gesamt | 100% | 491 | 100% | 8184 |
| Schwierigkeiten beim Sehen | | | | |
| ja, häufig | 8% | 37 | 7% | 602 |
| ja, manchmal | 21% | 99 | 20% | 1614 |
| nein | 72% | 347 | 73% | 5937 |
| Gesamt | 100% | 483 | 100% | 8153 |
| Schwierigkeiten beim Hören | | | | |
| ja, häufig | 3% | 14 | 4% | 298 |
| ja, manchmal | 9% | 42 | 10% | 788 |
| nein | 89% | 431 | 87% | 7055 |
| Gesamt | 100% | 486 | 100% | 8140 |
| Schwierigkeiten, weil niedergeschlagen und traurig | | | | |
| ja, häufig | 10% | 48 | 10% | 810 |
| ja, manchmal | 36% | 174 | 32% | 2600 |
| nein | 54% | 264 | 58% | 4766 |
| Gesamt | 100% | 485 | 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.