

## 8.2.6 Ausblick

Wie geht es weiter mit der Gesundheitsförderung in Rothenburgort? Im Rahmen der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie erfährt der Ausbau von Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention auf lokaler Ebene in Hamburg Aufmerksamkeit und Unterstützung (Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. 2018b).

Das ist für Rothenburgort auf zwei Ebenen von Bedeutung:

Zum einen wurde zur Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung der Standort Rothenburgort um den Standort Veddel, einem Stadtteil in direkter Nachbarschaft, erweitert; neben der Aufstockung der personellen Ressourcen wurden auch die finanziellen Ressourcen für die Entwicklung und Durchführung von Gesundheitsförderungsprojekten erhöht. Für die Koordination des Kobas und die beteiligten Institutionen auf der Veddel wird hiermit ein Rahmen des stadtteilübergreifenden Erfahrungstransfers ermöglicht.

Zum anderen fließen die Ergebnisse des BMBF-Forschungsprojektes sowohl in den Aufbauprozess der neuen Lokalen Vernetzungsstellen für Gesundheitsförderung in Hamburg als auch in das Qualifizierungskonzept der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit mit ein. Das in diesem Kontext entwickelte Instrument der Standortanalyse wird die Akteure – auf der Veddel und an weiteren Standorten – darin unterstützen, die Situation in ihrem Sozialraum selbst einzuschätzen, zu analysieren und die nächsten Schritte für den Aufbau einer IKS strukturiert und qualitätsorientiert voranzutreiben.

## 8.3 „Gesundheit für alle im Stadtteil“ – ein kommunaler Ansatz zur Gesundheitsförderung in sozial benachteiligten Stadtteilen Nürnbergs

Janina Barth, Melanie Mengel, Katharina Seebaß,  
Kim-Nicole Retzlaff, Annika Herbert, Elke Barthel-Kraus,  
Silvina Wiemer-Urtubé

### 8.3.1 Einleitung

Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie wohnen, spielen, lernen, arbeiten und lieben (Weltgesundheitsorganisation 1986). Mit diesem Motto leitete die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1986 einen Perspektivwechsel ein, der die Erhaltung der Gesundheit ins Zentrum der Überlegungen rückte und dabei einen besonderen Fokus auf den Einfluss der Lebensweisen und der Lebensverhältnisse legte. Die WHO reagierte

damit auf die wachsende Bedeutung chronischer Erkrankungen, insbesondere Herz-/Kreislaufkrankungen, die in engem Zusammenhang zu sozialen Verhältnissen und Verhaltensweisen stehen. Gleichzeitig resultierte dieser Perspektivwechsel auch aus Forschungsbefunden, wonach die gesundheitlichen Chancen auch in den sogenannten „reichen“ Gesellschaften höchst ungleich verteilt sind. Auch heute noch haben Menschen mit einem niedrigen Sozialstatus höhere Erkrankungsraten, eine geringere Lebenserwartung und zeigen auch häufiger ein weniger ausgeprägtes Gesundheitsverhalten (u. a. Lampert/Kroll 2014).

Als ein „Königsweg“ zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bietet sich die kommunale Gesundheitsförderung, insbesondere durch stadtteilbezogene Ansätze, an. Auf der sozialräumlichen kommunalen Ebene wird einerseits der Einfluss von sozialer Ungleichheit sowie räumlichen Gegebenheiten oder Umweltverhältnissen auf die Gesundheit der Stadtteilbewohner\*innen sichtbar. Andererseits bestehen hier gute Chancen, in Kooperation mit Einrichtungen aus verschiedenen Bereichen und den verantwortlichen Akteuren vor Ort, gemeinsam Gesundheitsförderung als kommunale Querschnittsaufgabe anzugehen. Und besonders wichtig: Hier können sogenannte „Zielgruppen“ zu Mitwirkenden werden, die ihre jeweiligen Sichtweisen einbringen und Veränderungsprozesse mitgestalten (zur Bedeutung partizipativer Ansätze siehe Kasten 6). Dabei darf ein kleinräumiger Ansatz nicht mit einer „Kirchturmperspektive“ verwechselt werden: Viele Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen, werden zwar auf der kommunalen Ebene sichtbar, verweisen aber auf gesellschaftliche Probleme (z. B. Arbeitslosigkeit, Armut, eine „autolastige“ Verkehrspolitik), deren nachhaltige Lösung nur unter Einbeziehung der „Makroebene“, d. h. gesamtgesellschaftlich, erreicht werden kann.

Anfang der 1990er Jahre starteten in Nürnberg auf der Grundlage eines dezentralen Konzepts drei städtische Projekte zur stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung. In Gostenhof lag die Trägerschaft beim Bildungszentrum, in der Südstadt und im Nordosten der Stadt beim Gesundheitsamt. Trotz ihrer bundesweit beachteten Erfolgsgeschichte (Beier 1994) mussten diese Projekte aufgrund städtischer Haushaltskonsolidierungsmaßnahmen um die Jahrtausendwende wieder eingestellt werden.

Durch die Erweiterung des § 20 SGB V zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten sind die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, Leistungen in Kooperation mit weiteren Partnern wie beispielsweise Kommunen zu erbringen. Dadurch wurden Möglichkeiten geschaffen, kommunale Aktivitäten zur Prävention und Gesundheitsförderung zu unterstützen. Das bundesweite Präventionsgesetz (PrävG) verfolgt das Ziel, v. a. die gesundheitliche Lebensqualität von Menschen in sozial schwierigen Lebenslagen zu verbessern. Stadtteilbezogene Gesundheitsförderung, nahe an den Lebenswelten der Bewohner\*innen, bietet sich dabei als ein erfolgversprechender Ansatz an.

### 8.3.2 Beschreibung des Projekts

Im Mai 2017 startete das Projekt „Gesundheit für alle im Stadtteil“ als Kooperation des Gesundheitsamtes der Stadt Nürnberg mit der AOK Bayern. Ziel ist es, die gesundheitliche Lebensqualität in vier Projektgebieten zu stärken. Direkt in der Lebenswelt Stadtteil sollen gemeinsam mit den bestehenden Netzwerken, Einrichtungen sowie den Bewohner\*innen entsprechende nachhaltige Strategien zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation vor Ort entwickelt und etabliert werden. Nürnberg war bundesweit die erste Kommune, die ein solches Projekt zur „Kommunalen Gesundheitsförderung“ gemäß §§ 20 und 20a SGB V mit einem Gesamtvolumen von knapp zwei Millionen Euro gemeinsam mit dem Kooperationspartner AOK verwirklichte. Vier Vollzeitstellen wurden mit insgesamt sechs „Gesundheitskoordinatorinnen“ besetzt, die seither in den Stadtteilen aktiv sind und auch über ein Budget zur Förderung konkreter Angebote verfügen. Die ausgewählten Projektgebiete sind St. Leonhard-Schweinau, der Nürnberger Westen (mit Gostenhof, Bärenschanze, Eberhardshof, Muggenhof), Langwasser und Röthenbach.

Mit dem Projekt „Gesunde Südstadt“ am Bildungszentrum, das schon ein Jahr zuvor ebenfalls im Rahmen der kommunalen Gesundheitsförderung die Arbeit aufnahm, wird regelhaft zusammengearbeitet. Ebenso findet eine enge Abstimmung mit den Gremien und Arbeitsgruppen der vom Gesundheitsamt koordinierten Gesundheitsregion<sup>plus</sup><sup>39</sup> statt, die für das sozialräumlich angelegte Projekt gesamtstädtische Anknüpfungspunkte bieten.

Die Auswahl der Projektgebiete entspricht dem im Präventionsgesetz formulierten Anspruch, zur gesundheitlichen Chancengerechtigkeit beizutragen. Im Nürnberger Westen, St. Leonhard-Schweinau und Langwasser leben überdurchschnittlich viele Bewohner\*innen in sozial prekären Lebenslagen. Das Projektgebiet Röthenbach ist, was die sozioökonomische Situation seiner Bewohner\*innen betrifft, eher gut situiert und wurde als Vergleichsgebiet einbezogen.

Zentrale Aufgabe der Gesundheitskoordination ist es, in enger Abstimmung mit den Akteuren vor Ort, Maßnahmen zu initiieren und umzusetzen, von denen nicht nur bestimmte Zielgruppen, sondern möglichst alle Bewohner\*innen profitieren können. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf besonders vulnerablen Zielgruppen.

---

39 Mit dem Konzept der Gesundheitsregionen<sup>plus</sup> will das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege die medizinische Versorgung und Prävention in Bayern weiter verbessern. Die regionalen Netzwerke sollen auf kommunaler Ebene zur Gesundheit der Bevölkerung beitragen. Weiterführende Informationen unter: <https://www.lgl.bayern.de/gesundheitsregionenplus>.

### 8.3.3 Arbeitsprinzipien und Vorgehen im Rahmen des Projekts

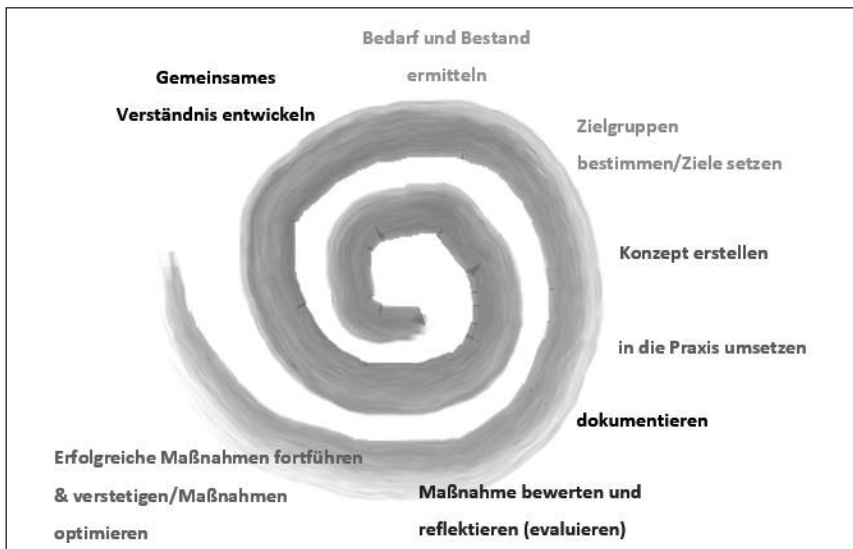
Verschiedene Grundsätze sind für das Vorgehen im Projekt handlungsleitend:

- Es werden keine festgefügt Programme durchgeführt, sondern die *Ausgangssituation mit den Beteiligten im Stadtteil gemeinsam analysiert* und darauf aufbauende Aktivitäten entwickelt. Anschließend werden diese evaluiert und die Situation neu miteinander bewertet. Auch die Bewohner\*innen werden in diese Prozesse partizipativ einbezogen, um dafür Sorge zu tragen, dass sich die Angebote am alltäglichen und tatsächlichen Bedarf orientieren und die Menschen die Stärkung ihrer Gesundheit – gemäß ihren jeweiligen Möglichkeiten – auch selbst in die Hand nehmen können (Weltgesundheitsorganisation 1986). Eine partizipative Bedarfsanalyse ist damit zentraler Bestandteil der Planungsqualität des Projektes.
- Es werden keine Parallelstrukturen aufgebaut, sondern es wird *an bestehende Netzwerke und Strukturen angeknüpft*. Mit Akteuren, die ebenfalls koordinierende Aufgaben im Quartier übernehmen (Stadtteilkoordination, Stadterneuerung mit Quartiersmanagement, Seniorennetzwerk-Koordination) wird regelmäßiger Austausch gepflegt, um das Vorgehen abzustimmen und gemeinsame Aktivitäten zu planen. Ebenso bedeutsam ist die Zusammenarbeit mit verschiedenen städtischen Ämtern wie Jugendamt, SportService, Seniorenamt sowie mit dem Job-Center, mit Einrichtungen freier oder städtischer Träger sowie zivilgesellschaftlichen Initiativen, wie Bürger-, Sport- oder Kulturvereinen sowie dem Integrationsrat. Kooperationen mit Ämtern, die im Bereich Umwelt, Stadtplanung, Verkehr oder Grünflächen tätig sind, werden aufgebaut, um auch die räumlich-umweltbezogenen Aspekte von Gesundheit einzubeziehen.
- Es werden nicht nur *verhaltensbezogene Angebote*, z. B. zur gesundheitlichen Kompetenzentwicklung in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Entspannung oder Stressbewältigung, umgesetzt, sondern auch Maßnahmen, die auf die *Verbesserung der Rahmenbedingungen für Gesundheit* im Stadtteil zielen. Denn diese können es den Bewohner\*innen erleichtern oder erschweren, sich gesundheitsförderlich zu verhalten, z. B. indem Grünflächen, die zur Bewegung und Entspannung einladen, vorhanden oder nicht vorhanden sind, indem alltägliche Wegstrecken fußgängerfreundlich gestaltet sind oder als stressreich erlebt werden.

Das konkrete Vorgehen im Projekt ist zirkulär und angelehnt an die Prozessschritte, die auch von der BZgA in ihrem Qualitätsrahmen definiert wurden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2012). Diese sind in Abbildung 40 dargestellt und werden im Folgenden näher beschrieben.

Seit Beginn des Projekts wurden folgende Arbeitsschritte bereits umge-

Abbildung 40 Vorgehen und Prozessschritte im Projekt



Quelle: Gesundheitsamt Stadt Nürnberg, eigene Darstellung, in Anlehnung an Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2012

setzt: Nach dem Start des neuen Projektteams und der Festlegung organisatorischer und konzeptioneller Abläufe wurde in den Quartieren damit begonnen, sich in die bestehenden Netzwerke einzubinden, eine Vielzahl von Informationsgesprächen mit den verschiedenen Akteuren im Stadtteil bzw. in der Gesamtstadt zu führen und konkrete Kooperationen aufzubauen.

Um sich bei der Ausgestaltung der Maßnahmen an den Bedarfen der Stadtteilbewohner\*innen zu orientieren, wurde eine Bedarfsanalyse (vgl. Kapitel 8.3.4) konzipiert und durchgeführt, bei der mithilfe leitfadengestützter Experteninterviews sowie Netzwerkdiskussionen qualitative Daten erhoben wurden.

Gleichzeitig wurden quantitative Daten zu Faktoren, die die gesundheitliche Situation in den Quartieren beeinflussen, zusammengestellt. Aus den quantitativen und qualitativen Daten werden aktuell umfangreiche „Gesundheitsprofile“ für die Projektgebiete erstellt. Die unterschiedlichen methodischen Herangehensweisen und Kombination von qualitativen und quantitativen Daten ermöglicht es, ein umfassendes Bild der Stadtteile und den vorliegenden Bedarfen aufzeigen zu können. Sie stellen den Bedarf dar und bieten Transparenz über die vorhandenen Angebote und Angebotslücken.

### 8.3.4 Bedarfsanalyse in den Projektgebieten

Im Folgenden wird zunächst das methodische Vorgehen der qualitativen Experteninterviews als erster Schritt der Bedarfsanalyse dargestellt. Es folgt eine Beschreibung der Auswahl der quantitativen Daten. Im Weiteren wird beispielhaft eine partizipative Methode zur „Walkability“ in einem Stadtteil dargestellt, welche im Rahmen einer Masterarbeit eingesetzt wurde. Über das weitere Vorgehen im Projekt wird in einem letzten Schritt berichtet.

#### **Bedarfsanalyse auf der Basis von qualitativen Experteninterviews**

Um die gesundheitsbezogenen Bedarfe der Bewohner\*innen in den vier Projektgebieten zu ermitteln, wurde zunächst eine qualitative Befragung von verschiedenen Akteuren und Netzwerken in den Quartieren durchgeführt. Darüber hinaus wurden vertiefende Informationen zu bestimmten Zielgruppen oder Gesundheitsthemen durch die Befragung von gesamtstädtischen Expert\*innen gewonnen. Die Erhebung war gleichzeitig eine gute Möglichkeit, das Projekt „Gesundheit für alle im Stadtteil“ bekannt zu machen und Kontakte zu potenziellen Kooperationspartnern aufzubauen, die für die Umsetzung von Maßnahmen bedeutsam sind. Die Befragungen von Akteuren im Quartier werden sukzessive durch Gruppendiskussionen mit Bewohner\*innen ergänzt und konkretisiert.

**Durchführung von leitfadengestützten Experteninterviews und Netzwerkdiskussionen:** Als Erhebungsinstrument für die Bedarfsanalyse wurde ein Leitfaden für Experteninterviews (Bogner/Littig/Menz 2014) entwickelt und in allen vier Projektgebieten getestet.

Der Leitfaden dient dazu, das Interview auf die Erhebung von Bedarfen zur gesundheitlichen Situation im Quartier zu fokussieren. Offen abgefragt wurden darüber hinaus Bewertungen und Einschätzungen zu bestehenden Angeboten im Bereich Gesundheit und zu charakteristischen Bedingungen im Quartier. Sofern bestimmte Aspekte nicht von selbst genannt wurden, wurden zudem Bedarfe in den Bereichen Umwelt/Verkehr/räumliche Situation, seelische Gesundheit, Ernährung/Bewegung/Alltag, soziales Leben sowie Sicherheitsempfinden nachgefragt. Auch sollten die Bedarfe mit Blick auf die Dringlichkeit priorisiert werden.

Zusätzlich wurden Ressourcen im Quartier erfragt und um eine Einschätzung der Nachhaltigkeit dieser gebeten. Auch Informationen über Zugänge zu unterschiedlichen Zielgruppen und zu möglichen Nutzungsbarrieren von gesundheitsbezogenen Angeboten waren Bestandteil der Befragung. Schließlich wurden die Expert\*innen zu stadtteilbezogenen bzw. gesundheitsrelevanten Kooperationen und Netzwerken vor Ort befragt. Zum Ende des Interviews gab es die Möglichkeit, konkrete Erwartungen an das Projekt „Gesundheit für alle im Stadtteil“ zu formulieren und erste Ideen zu einer möglichen Zusammenarbeit einzubringen.

**Auswahl und Gewinnung der Expertinnen und Experten:** Für die Bedarfserhebung im Rahmen des Projekts wurden Expert\*innen ausgewählt, die selbst Teil des Handlungsfeldes sind. Für die Auswahl war relevant, dass die Befragten Einschätzungen zu gesundheitlichen Themen geben sowie Aussagen zum Quartier und/oder zu mindestens einer Zielgruppe treffen konnten. Zudem sollten Expert\*innen mit einem breiten Netzwerk im Projektgebiet sowie einem Blick für spezifische und verdeckte Bedarfe einbezogen werden. Idealerweise waren die Befragten auch als Multiplikatoren für spezifische Zielgruppen ansprechbar (für einen ähnlichen Ansatz siehe KEQ, Kapitel 5.5).

Um zielgruppenspezifische Bedarfe abzubilden, wurde versucht, das Sample so zusammenzustellen, dass pro Quartier mindestens zwei Experteninterviews zu den Zielgruppen Familien, Kinder, Jugendliche und Senioren vertreten waren. Zudem sollten mindestens zwei Expert\*innen für die Gesamtsituation im Quartier befragt werden. Ergänzend zu den Experteninterviews in den Projektgebieten wurden strukturierte und leitfadengestützte Gruppendiskussionen in verschiedenen Netzwerken im Quartier zu gesundheitsbezogenen Bedarfen geführt und ausgewertet. Zusätzlich wurden gesamtstädtische Expert\*innen zur Vertiefung bestimmter gesundheitlicher Themengebiete (z. B. Mobilität im öffentlichen Raum, psychische Gesundheit, ärztliche Versorgung) befragt.

Die Kontaktaufnahme zu den Expert\*innen erfolgte persönlich oder telefonisch. Sie wurden dabei über das Projekt, den Ablauf der Interviews und den Schutz von personenbezogenen Daten informiert. Vor jedem Interview wurde eine schriftliche Einverständniserklärung zur Datennutzung eingeholt.

Insgesamt 68 Befragungen,<sup>40</sup> davon 64 Interviews mit einer durchschnittlichen Befragungsdauer von 47 Minuten, sowie vier Gruppendiskussionen konnten im Untersuchungszeitraum realisiert werden.

**Auswertung der Experteninterviews:** Die Interviews wurden zur Auswertung auf Tonträger aufgezeichnet, vollständig transkribiert und anonymisiert. Die Gruppendiskussionen wurden mitprotokolliert. Die Analyse der Experteninterviews und die Erstellung der Auswertungskategorien orientierten sich an Schmidt (2000). Folgende Kategorien wurden gebildet:

- Rahmenbedingungen für Gesundheit
- Grundidee zur Gesundheitsförderung
- Ernährung/Alltagsbegleitung/Gesundheitskompetenzen
- Bewegung/Entspannung
- Soziales

---

40 Insgesamt wurden pro Projektgebiet mindestens 10 Experteninterviews und Gruppendiskussionen angestrebt und realisiert. Auf gesamtstädtischer Ebene wurden n = 12 Interviews geführt.

- Kooperationen
- Ressourcen
- Migrationssensible Versorgung und Sprache
- Ausdifferenzierung von Zielgruppen
- Räumliche Bedingungen

Durch die Festlegung der Grobkategorien konnten ein einheitliches Vorgehen bei der Auswertung und eine gewisse Vergleichbarkeit der Ergebnisse in den einzelnen Projektgebieten gewährleistet werden, wodurch auch übergreifende Bedarfe besser sichtbar gemacht werden konnten.

Aus Datenschutzgründen wurden für die Interviews institutionelle Kategorien (z. B. Beratung, Kultur/Freizeit, Gesundheitsdienste) gebildet, so dass für Dritte keine Rückschlüsse auf die Befragten oder deren Institution möglich ist. Aussagekräftige Zitate der Experteninterviews werden in anonymisierter Form für die Gesundheitsprofile verwendet.

### **Erstellung Stadtteilgesundheitsprofile: Welche quantitativen Daten werden verwendet?**

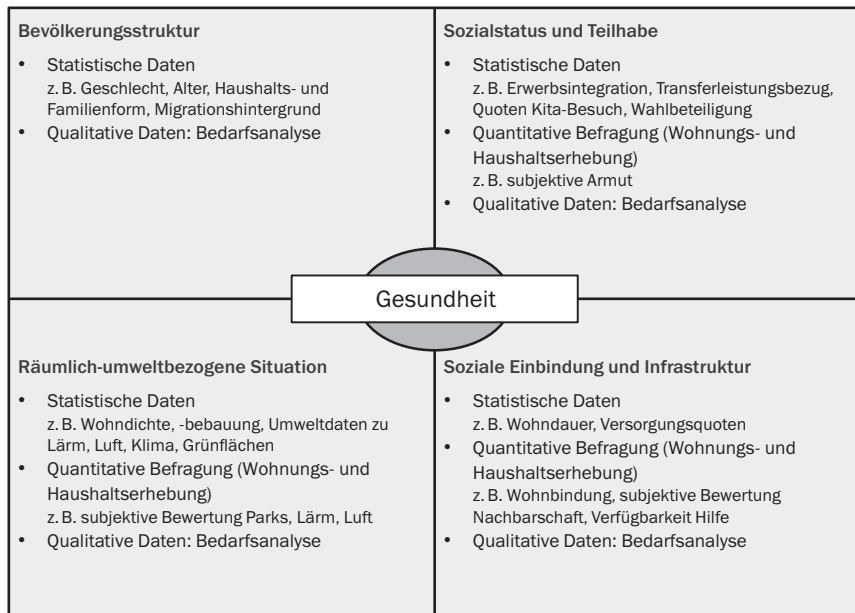
Kleinräumig sind „reine“ Gesundheitsdaten für die Projektgebiete kaum verfügbar, deshalb werden für die Beschreibung der Situation vor Ort neben den verfügbaren Daten zur Gesundheit auch Daten zu individuellen und kontextuellen Einflussfaktoren auf Gesundheit verwendet.

Als Einflussfaktoren auf die gesundheitliche Situation im Quartier wurden zum einen Daten zur Bevölkerungsstruktur einbezogen, um mögliche Zielgruppen zu identifizieren. Des Weiteren geben Daten zum sozioökonomischen Status sowie zur sozialen Teilhabe der Bewohner\*innen Auskunft über die verfügbaren materiellen Ressourcen und zu sozialen und kulturellen Teilhabemöglichkeiten. Im räumlich-umweltbezogenen Kontext werden die physische Beschaffenheit, Umweltbedingungen und räumlichen Ressourcen im Quartier erfasst. Schließlich werden soziale Ressourcen des Stadtgebiets durch Daten zur sozialen Einbindung, Bewertung der Nachbarschaft und zur vorhandenen Infrastruktur abgebildet. Hierbei fließen kleinräumige statistische Daten zusammen mit quantitativen Daten der Wohnungs- und Haushaltsbefragung 2015 (Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth 2017) und den qualitativen Daten aus den Experteninterviews ein. Abbildung 41 gibt einen Überblick über die Daten zu verschiedenen Einflussfaktoren auf die gesundheitliche Situation in den Stadtteilgesundheitsprofilen.

**Bevölkerungsdaten:** Zahlen, welche die Bevölkerungsstruktur betreffen, wurden aus der Einwohnermeldestatistik vom Amt für Statistik und Stadtforschung für Nürnberg und Fürth zur Verfügung gestellt. Diese umfassen Informationen zur Struktur der Bevölkerung u. a. nach Geschlecht, Alter, Haushaltsform und



**Abbildung 41** Daten zu Einflussfaktoren auf die gesundheitliche Situation im Quartier



Quelle: Gesundheitsamt Stadt Nürnberg, Gesundheit für alle im Stadtteil, eigene Darstellung.

Migrationshintergrund. Gesamtstädtische Daten wurden jeweils als Vergleichsbasis genutzt.

**Sozialstatus und Teilhabe:** Die sozioökonomische Lage wird durch den Bezug von Transferleistungen (Leistungen nach SGB II und Grundsicherung nach SGB XII) sowie der Erwerbsbeteiligung dargestellt. Direkte Schätzungen zur Einkommenssituation oder Zahlen zum beruflichen Status sind kleinräumig nicht verfügbar. Da Daten zu Schulabschlüssen und Schulabbrüchen kleinräumig nicht vorliegen, wird als Indikator für Bildungsteilhabe die Übertrittsquote der Kinder von Grundschulen an Gymnasien herangezogen. Zudem werden die Kindergarten-Besuchsdauer zum Zeitpunkt der Einschulung aus den Daten der Schuleingangsuntersuchung sowie die Wahlbeteiligung (v. a. Bundestagswahl 2017) in den Projektgebieten verwendet, um soziale Teilhabe darzustellen.

**Räumlich-umweltbezogene Situation:** Umweltdaten liegen zur Lärm-, Luft- und Klimasituation sowie zur Versorgung an Frei- und Grünflächen in den Projektgebieten vor. Außerdem liegen Zahlen zur Wohnbebauung und zur Bewohnerdichte durch das Statistische Amt vor.

Neben den objektiven Daten stehen außerdem subjektive Bewertungen der Wohn- und Umweltsituation aus einer Bevölkerungsumfrage<sup>41</sup> zur Verfügung.

**Soziale Einbindung und Infrastruktur:** Die soziale Einbindung vor Ort wird durch Daten zur Wohndauer und zur Bewertung der Wohnbindung in den Projektgebieten des Statistischen Amtes operationalisiert. Zusätzlich stehen aus der Wohnungs- und Haushaltsbefragung Einschätzungen zur Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung sowie eine Bewertung der Nachbarschaft durch die Befragten in den Projektgebieten zur Verfügung.

**Daten zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten:** Daten zur subjektiven gesundheitlichen Situation der Bewohner\*innen der Projektgebiete wurden durch eine Sonderauswertung der Wohnungs- und Haushaltsbefragung 2015 ermittelt (Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth 2017). Darin enthalten sind Fragen zum allgemeinen Wohlbefinden, zum Rauch- und Bewegungsverhalten sowie zur Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung bei gesundheitlichen Problemen (vgl. Abbildung 42). Laufende Untersuchungen zur Todesursachenstatistik in Zusammenarbeit von Gesundheitsamt und Statistischem Amt sowie zu Erkrankungsdaten auf Basis anonymisierter Krankenkassendaten der AOK Bayern und anonymisierter Krankenhausdaten des Klinikums Nürnberg, die aktuell vom Gesundheitsamt ausgewertet werden, sollen die sozialräumliche Datenlage zukünftig verbessern.

Außerdem werden ausgewählte Daten der amtlichen Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes der Stadt Nürnberg zu Gewicht, Impfstatus sowie zur sprachlichen und feinmotorischen Entwicklung von Vorschulkindern aggregiert für die Projektgebiete mit einbezogen.

### **Partizipative Teilstudie zur Walkability**

Als ein Teil der Bedarfserhebung in einem Projektgebiet wurde im Rahmen einer Masterarbeit die Walkability von Langwasser-Süd aus Sicht älterer Personen erforscht. Walkability wird häufig mit „Bewegungsfreundlichkeit“ übersetzt. Hintergrund des Walkability-Konzepts ist die Annahme, dass Menschen in bewegungsfreundlichen Umgebungen körperlich aktiver sind. Verschiedenen Studien bestätigen diese Annahmen. Es wird berichtet, dass eine gute Erreichbarkeit von Anlaufpunkten, z. B. Einkaufsmöglichkeiten oder Haltestellen des ÖPNV, eine

---

41 In regelmäßigen Abständen führt das Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth im Auftrag der Stadt Nürnberg eine Wohnungs- und Haushaltserhebung durch, um einen Überblick über die Wohn- und Lebensverhältnisse der Nürnberger Bevölkerung zu erhalten (Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth 2017). Weitere Informationen dazu unter: <https://www.nuernberg.de/internet/statistik/umfrageergebnisse.html>

Abbildung 42 Daten zu Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Quartier



Quelle: Gesundheitsamt Stadt Nürnberg, Gesundheit für alle im Stadtteil, eigene Darstellung.

heterogene Flächennutzung, ein ausgebautes Netz an Geh- und Fahrradwegen und eine ästhetische Umgebung das Bewegungsverhalten fördern (Cerin et al. 2017). Als weitere Elemente der Walkability gelten die Existenz, Qualität und Erreichbarkeit von Grünflächen und Sportanlagen, die Sicherheit und der soziale Zusammenhalt (Bucksch/Schneider 2014). Besonders von Interesse sind beim Konzept alltägliche Bewegungsanlässe wie der Weg zum Einkaufen. Durch die Schaffung einer bewegungsfreundlichen Umwelt sollen die aktive Nutzung der Bewegungsmöglichkeiten und dadurch die Integration von Bewegung im Alltag erleichtert werden (Bucksch/Schneider 2014). Relevanz gewinnt dieses Thema durch die umfangreiche präventive und gesundheitsförderliche Wirkung von Bewegung (u. a. Lee et al. 2012) sowie die steigende Prävalenz verschiedener Krankheiten im Alter, die zu physischen, psychischen und sozialen Einschränkungen führen können (Mahne et al. 2017). Körperliche Aktivität kann dem Auftreten verschiedener Erkrankungen und Einschränkungen vorbeugen und dadurch die Lebenszeit verlängern (Pfeifer/Rütten 2017).

Die Wahl älterer Personen als Zielgruppe dieses Projektbausteins liegt in der Altersstruktur der Einwohner\*innen von Langwasser begründet. Aufgrund des demografischen Wandels ist davon auszugehen, dass der Anteil an Personen höheren Alters weiterhin wachsen wird. Infolgedessen und durch den sinkenden Mobilitätswert im Alter, steigt der Bedarf an einer seniorengerechten Wohnumgebung, also fußläufig erreichbare und barrierearme Nahversorgungseinrichtungen und einer angemessenen Versorgung mit Dienstleistungen (Weeber 2012).

Rekrutiert wurden die Teilnehmenden für die Studie über informelle Treffpunkte wie einen Seniorenstammtisch und eine Spaziergehgruppe. Zusätzlich erfolgten persönliche Kontaktaufnahmen durch Multiplikatoren in Kirchengemeinden und durch das Seniorennetzwerk von Langwasser.

Für die qualitative Studie wurden statistische Daten mit qualitativen Befragungen kombiniert, um dadurch ein besseres Verständnis und vertieftes Wissen über den Forschungsgegenstand zu generieren (Kuckartz 2014) (so genannter „Mixed-methods-Ansatz“). Zunächst wird die Walkability mittels eines Audit-Tools erhoben. Bei diesem Verfahren werden während einer Ortsbegehung die vorgefundenen Umweltcharakteristika anhand von strukturierten Erhebungsbögen bewertet. Für die Erhebung der Walkability wurde die Checkliste für Fußgängerfreundlichkeit des Instituts für Stadtplanung und Städtebau der Universität Duisburg Essen in einer modifizierten Form genutzt (Karlsruher Institut für Technologie 2017). Die Checkliste umfasst vier Subskalen zu den Themen: Fußgängerfreundlichkeit, Komfort, Sicherheit und Zweckmäßigkeit. Die Themenblöcke beinhalten eine unterschiedliche Anzahl von Items, die durch das Ankreuzen von „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten sind. Zur Auswertung wird aus den mit „Ja“ beantworteten Fragen ein Walkability-Score berechnet. An diesem Wert lässt sich die Bewegungsfreundlichkeit der abgegangenen Route ablesen.

Ergänzt wird diese Methode durch leitfadengestützte „Walk-along-Interviews“. Bei dieser Interviewform werden die Daten im Rahmen eines Spaziergangs durch das Wohnquartier erhoben. Durch die Ortsbegehung erhalten die Aussagen der Teilnehmer\*innen einen starken räumlichen Bezug zum Untersuchungsgebiet (Moran et al. 2014). Der Interviewleitfaden ist inhaltlich an die Checkliste für Fußgängerfreundlichkeit angelehnt, um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse der beiden Methoden zu verbessern. Durch die qualitativen Interviews werden Informationen zur Mobilität im Stadtteil und Begründungen generiert, z. B. warum und in welchem Ausmaß Faktoren das Gehen beeinflussen. Hierdurch werden die Ergebnisse des Audits ergänzt und vertieft.

Zusätzlich wird die Nadelmethode eingesetzt, bei welcher die Teilnehmenden bestimmte Orte auf Stadtteilkarten markieren (Knopp 2009) (siehe auch Kas-ten 20). Die Kennzeichnung erfolgt bezüglich folgender Fragestellungen:

- Was sind Ihre typischen Anlaufpunkte z. B. in Bezug auf Versorgung, Alltag, Freizeit, Kultur, Gesundheit?
- Welches Transportmittel nutzen Sie, um diese Anlaufstellen zu erreichen?
- Was hindert Sie beim Zufußgehen im Stadtteil?
- Welche Angebote, Dienstleistungen und Strukturen fehlen?

Durch diese Methode können Faktoren, die die Bewegungsfreundlichkeit beschränken, und Orte, an denen Bedarf an spezifischen Angeboten (z. B. Sitzbänke) besteht, identifiziert werden.

Bei der Auswertung der Daten wird deutlich, dass Langwasser-Süd überwiegend bewegungsfreundlich ist, aber vereinzelt Defizite wie hohe Bordsteinkanten, unebene Gehwege sowie fehlende Einkaufsmöglichkeiten und öffentliche Treffpunkte bestehen. Durch die Reflexion der Datenerhebung und der Ergebnisse zeigt sich, dass die Resultate der drei unterschiedlichen Methoden überwiegend konvergent und stellenweise komplementär sind. Als besonders informativ erweisen sich die qualitativen Interviews. Aus diesen können Erkenntnisse zu bewegungsfreundlichen Faktoren, aber auch Barrieren im Stadtteil gezogen werden. Durch die beiden anderen Methoden werden wenig zusätzliche Informationen erzielt, deren Ergebnisse sind jedoch hilfreich um die qualitativen Resultate abzusichern. So können die Ergebnisse durch Zahlen aus der quantitativen Erhebung untermauert und anhand der bearbeiteten Stadtteilkarten spezifische Bedarfe lokalisiert werden.

### **Die nächsten Schritte im Projekt**

In allen Projektgebieten wurden die Ergebnisse der Bedarfsanalyse in den verschiedenen Stadtteilarbeitskreisen und Netzwerken vorgestellt und diskutiert. Mit zentralen Akteuren wie Stadtteilkoordination, Quartiersmanagement oder dem Seniorennetzwerk wurden zudem Strategien zum arbeitsteiligen Vorgehen entwickelt.

Die Ergebnisse der Analysen wurden als Grundlage für die Formulierung erster Zielsetzungen und Handlungsoptionen zur Gesundheitsförderung im Stadtteil genutzt und mit den Netzwerken vor Ort abgestimmt. Darauf aufbauend wurde mit der Umsetzung konkreter Maßnahmen begonnen, sowohl in Form verhaltensbezogener Angebote zur Förderung von Bewegung, gesunder Ernährung oder Stressbewältigung als auch durch verhältnispräventive Aktivitäten wie der konzeptionellen Unterstützung beim Aufbau von Präventionsketten oder der Identifikation und Gestaltung von öffentlichen Bewegungsräumen. Parallel dazu wurden nächste Schritte zur Beteiligung der Bewohner\*innen durch Gruppendiskussionen, spielerische Befragungen oder Stadtteilbegehungen umgesetzt sowie Multiplikatorenkonzepte (z. B. für arbeitslose Quartiersbewohner\*innen) entwickelt, die im Projektverlauf weiter ausgebaut werden. Im weiteren Verlauf sollen die in den Experteninterviews genannten Bedarfe gezielt mit verschiedenen Bewohnergruppen abgestimmt werden, um zu gewährleisten, dass die Maßnahmen auch an deren Bedürfnissen orientiert sind. Dazu werden u. a. bereits bestehende Gruppen wie beispielsweise aus Kulturvereinen, als Multiplikatoren einbezogen. Des Weiteren werden durch Stadtteilaktionen gezielt Bewohner\*innen bezüglich ihrer gesundheitlichen Bedarfe befragt.

Alle Maßnahmen werden in ihrer Umsetzung dokumentiert, evaluiert und mit ihren Ergebnissen in die Weiterentwicklung einbezogen. Zur Qualitätssicherung werden thematische Workshops durchgeführt. Darüber hinaus wurde ein Projektbeirat als zentrales fachliches Steuerungsgremium gebildet, in dem städti-

sche Dienststellen wie auch externe Expert\*innen aus der kommunalen Gesundheitsförderung mitarbeiten.

### 8.3.5 Diskussion und Reflexion der Erfahrungen

Als bisherige Erfahrung im Rahmen der Bedarfsanalyse zeigen sich verschiedene Punkte: Auch wenn die allgemeine Vorgehensweise in den verschiedenen Stadtteilen ähnlich ist, ergeben sich in der Zusammenarbeit mit den Akteuren vor Ort unterschiedliche Geschwindigkeiten bei der Abstimmung der gemeinsamen Maßnahmen. Des Weiteren hat sich im Projektverlauf gezeigt, dass es hilfreich ist, sich in den verschiedenen Projektgebieten bei der Umsetzung von Maßnahmen zu Beginn auf jeweils unterschiedliche Zielgruppen zu fokussieren. Konzepte und Maßnahmen können dadurch parallel zueinander ausprobiert, erprobt und dann auf weitere Projektgebiete übertragen werden.

Eine wesentliche Erfahrung ist, dass sich im alltäglichen Stadtteilleben viele Prozesse gleichzeitig abspielen und ein lineares „Schritt für Schritt“-Vorgehen in der Praxis kaum möglich ist. So wurden bereits begleitend zur Bedarfsanalyse punktuelle Maßnahmen umgesetzt, die sich schnell als eindeutig relevant herauskristallisiert haben. Dies half dabei, das Projekt im Stadtteil bekannt zu machen und zum Einstieg in weitere Kooperationen zu nutzen. Die durch die Experteninterviews erhobenen Bedarfe und daraus hervorgehenden Handlungsoptionen sind in vielen Fällen stadtteilübergreifend. Dadurch kann ein gemeinsames übergreifendes Gesamtkonzept entwickelt werden. Die jeweilige Umsetzung muss dann mit Blick auf die Bedingungen vor Ort nochmals konkretisiert werden.

Die Beteiligung der Bewohner\*innen benötigt ausreichend Zeit für die Kontaktaufnahme und die regelmäßige Kontaktpflege. Zusätzlich sind jeweils angepasste „Formate“ zum Austausch mit den unterschiedlichen Bewohnergruppen zu entwickeln und anzuwenden. Gleichzeitig gilt es dabei, die Balance zu finden zwischen der nötigen Neugierde und Offenheit für die vielfältigen Bedürfnisse der Bewohnerschaft einerseits und dem Wissen um die tatsächliche Realisierbarkeit von Maßnahmen andererseits. Denn: Gesundheit ist ein Querschnittsthema, bei dem die Bearbeitung von Bedarfen nicht immer in der eigenen Zuständigkeit liegt und Kooperationspartner gewonnen werden müssen.

Die Methode der Experteninterviews wird als passendes Instrument für die Ermittlung von Bedarfen in den Projektgebieten erlebt. Die Expert\*innen waren den Interviews gegenüber sehr aufgeschlossen und bereit, auch Probleme in den Stadtteilen anzusprechen. Es bleibt jedoch zu erwähnen, dass durch die geführten Interviews nur eine gewisse Auswahl an Akteuren befragt werden konnte und dadurch kein Anspruch auf Vollständigkeit gegeben ist. Durch das beschriebene zirkuläre Vorgehen werden jedoch auch im Verlauf des Projekts bei Bedarf immer

wieder Experteninterviews geführt bzw. die Aussagen der Expert\*innen durch partizipative Erhebungen mit der Bewohnerschaft ergänzt.

Bezüglich der quantitativen Daten zeigte sich zunächst die Auswahl gesundheitsrelevanter Daten bzw. gesundheitsrelevanter Einflussfaktoren als Herausforderung. Gerade sozialräumlich liegen wenige „Gesundheitsdaten“ vor. Zur Gesundheit der Kinder bieten sich als repräsentative Datengrundlage die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen an. Zur Gesundheit von Erwachsenen gibt es jedoch kaum Daten. Lediglich einige subjektive Einschätzungen z. B. zur körperlichen Aktivität, zum Rauchverhalten oder zum allgemeinen Gesundheitszustand liegen aus einer Wohnungs- und Haushaltserhebung in den einzelnen Projektgebieten vor. Dabei ist zu beachten, dass jeweils nur eine geringe Anzahl an Bewohner\*innen an dieser Befragung teilgenommen hat und die Ergebnisse daher zum Teil größeren Schwankungsbreiten (Konfidenzintervallen) unterliegen. Diese Umfragen werden in periodischen Abständen durchgeführt, allerdings werden nicht die gleichen Personen befragt, so dass kein direkter zeitlicher Vergleich möglich ist.

Als eine weitere Herausforderung stellen sich die unterschiedlichen räumlichen Bezugsgrößen dar. So ist die Einteilung in statistische Bezirke, Sozialräume, Grundschulsprenkel, Planungszonen der Jugendhilfe u. a. nicht deckungsgleich, wodurch eine exakt gleiche räumliche Zuordnung nicht immer möglich ist.

### 8.3.6 Ausblick

Mit den lokalen Akteuren und Netzwerken sowie den Bewohner\*innen werden aktuell die vorgeschlagenen Handlungsoptionen weiter konkretisiert und ggf. mit Hilfe von Fokusgruppen oder Stadtteilbegehungen vertieft. Parallel dazu werden die begonnenen Maßnahmen weitergeführt und neue entwickelt. Nach bisheriger Erfahrung hat sich die Auswahl der Projektgebiete als sinnvoll erwiesen, da zum einen der Bedarf an spezifischen, insbesondere armuts- und migrationssensiblen Angeboten für unterschiedliche Zielgruppen hoch ist und zum anderen der besondere Fokus auf Gesundheit im Projekt sich gut mit den Arbeitsaufträgen der Kooperationspartner im Stadtteil ergänzen lässt. Gleichzeitig ermöglicht der sozialräumliche Zugang detaillierte Analysen, die wiederum als Grundlage für die Aktivitäten dienen. Das zeitlich versetzte Vorgehen in den Projektgebieten ermöglicht das „voneinander Lernen“ und Ausprobieren von Beteiligungsformen und Angeboten.

Im räumlich-umweltbezogenen Bereich soll der Austausch zur gesundheitlichen Stadtentwicklung mit den entsprechenden Akteuren und Dienststellen fortgeführt bzw. erweitert werden. Des Weiteren wurde mit der Entwicklung eines kleinräumigen Indikatoren-Modells zur Identifikation von kumulierten (gesundheitlichen, umweltbezogenen und sozialen) Belastungen in Sozialräumen

zusammen mit dem Umweltamt und dem Statistischen Amt sowie der Hochschule für Gesundheit in Bochum begonnen.<sup>42</sup> Schließlich sollen die begonnenen Kooperationen mit Hochschulen der Region fortgesetzt werden, um studentische Forschungs- und Praxisprojekte einzubinden, so beispielsweise zur Bewegungsfreundlichkeit von Quartieren.

Nicht zuletzt steht an, bis zum Ende der Laufzeit im April 2021 Ansätze der nachhaltigen Verankerung einer sozialräumlich ansetzenden kommunalen Gesundheitsförderung zu entwickeln und zu diskutieren, wie Gesundheit als kommunales Querschnittsthema angelegt werden kann.

---

42 Die Entwicklung eines GIS-basierten Bewertungsansatz orientiert sich am Modell einer „Indikatorenbasierten gesundheitsfördernden Stadtplanung“ von Flacke et al. (2016).