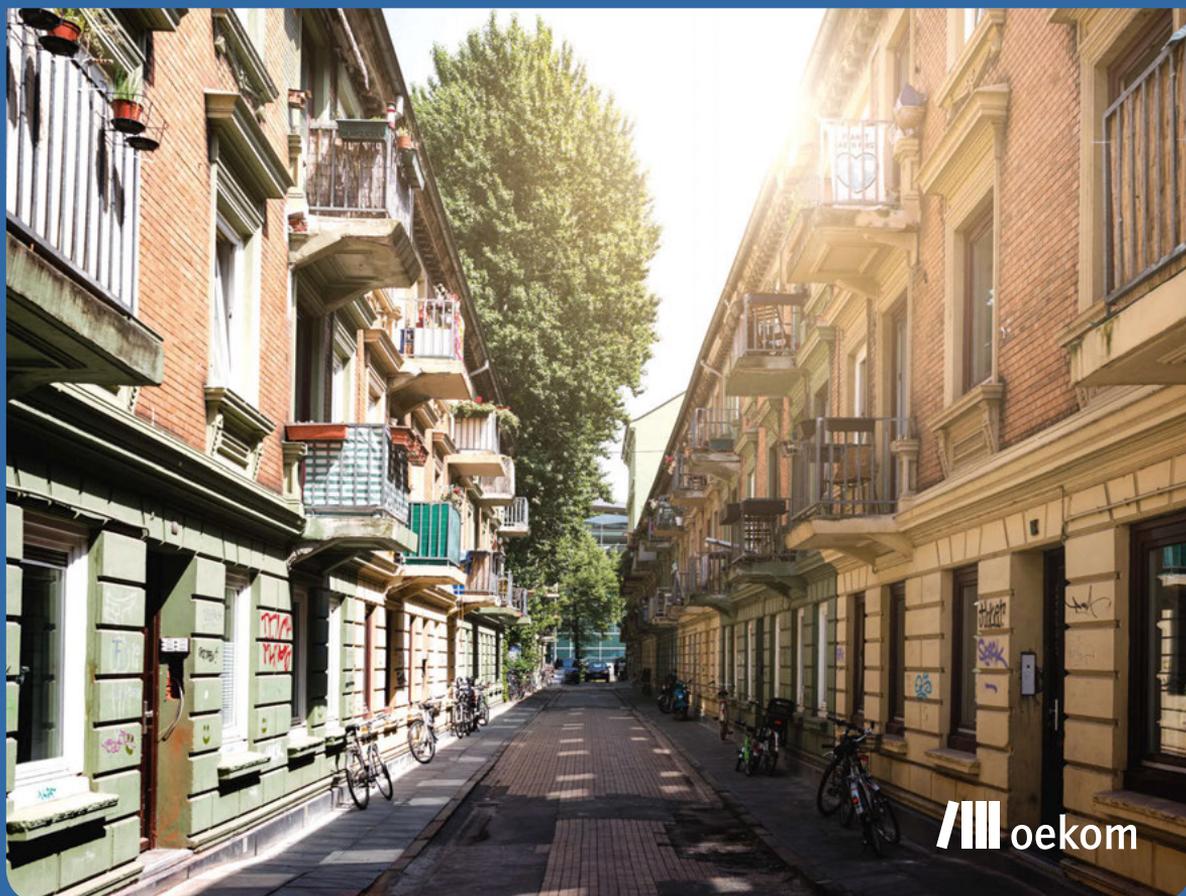


Joachim Westenhöfer, Susanne Busch,
Jörg Pohlan, Olaf von dem Knesebeck,
Enno Swart (Hrsg.)

Gesunde Quartiere

Gesundheitsförderung und Prävention
im städtischen Kontext

Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region / Band 3



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
Joachim Westenhöfer, Susanne Busch, Jörg Pohlan, Olaf von dem Knesebeck, Enno Swart	

TEIL 1 **Gesunde Quartiere – Hintergründe und Ziele**

KAPITEL 1	
Einleitung	13
Joachim Westenhöfer, Susanne Busch, Jörg Pohlan, Enno Swart, Olaf von dem Knesebeck	

KAPITEL 2	
Quartier und Sozial(raum)monitoring: Zum Hintergrund der räumlichen Analyseebene	15
Jörg Pohlan, Tim Lukas Ott	
2.1 Zum Begriff »Quartier«	15
2.2 Zum Sozialmonitoring Integrierte Stadtteilentwicklung	19

KAPITEL 3	
Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Quartier: Hintergrund und Stand der Forschung	31
Joachim Westenhöfer, Susanne Busch, Jörg Pohlan, Enno Swart, Olaf von dem Knesebeck	
3.1 Soziale und regionale Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit	31
3.2 Evaluation von Gesundheitsförderung und Prävention	33
3.3 Partizipation in der Gesundheitsförderung	36
3.4 Gesundheitsförderung und Prävention im Quartier	37
3.5 Aktuelle sozialepidemiologische Herausforderungen und Problemlagen	38
3.6 Fragestellungen	41

TEIL 2 **Gesundheit in städtischen Quartieren**

KAPITEL 4	
Auswahl und Beschreibung der Untersuchungsgebiete	49
Evgenia Yosifova	

KAPITEL 5	
Gesundheitliche Situation in Quartieren mit unterschiedlicher sozialer Lage	53
Johanna Buchcik, Jana Simone Borutta, Olaf von dem Knesebeck, Joachim Westenhöfer, Stefan Nickel	
5.1 Fragestellung und Methodik	53
5.2 Ergebnisse der Befragungen	57
5.3 Diskussion und Fazit	70

KAPITEL 6

Umwelt- und Umgebungsmerkmale von Quartieren mit unterschiedlicher sozialer Lage	75
Evgenia Yosifova, Jörg Pohlan	
6.1 Fragestellung und Methodik	75
6.2 Ergebnisse der Begehungen und Messungen	77
6.3 Diskussion und Fazit	101

KAPITEL 7

GKV-Routinedaten und Einsatzdaten des Rettungsdienstes mit Quartiers- und Soziallagenbezug	105
Nele Mindermann, Maria Schimmelpfennig, Enno Swart und Susanne Busch	
7.1 Gesundheitsbezogene Routinedaten in Versorgungsforschung und Gesundheitsberichterstattung	106
7.2 Fragestellung und Zielsetzung	109
7.3 Kleinräumige Verortung und Abbildung von Soziallagen	110
7.4 Art und Umfang der verwendeten Routinedaten	113
7.5 Einordnung und Validierung der Daten	116
7.6 Ausgewählte Ergebnisse der Datenauswertungen	121
7.7 Zusammenfassung, Diskussion und Fazit	129

KAPITEL 8

Entwicklung eines kleinräumigen Gesundheitsinformationssystems	137
Evgenia Yosifova, Jörg Pohlan	
8.1 Ansätze, Methoden und Datenquellen	138
8.2 Kontinuierliches kleinräumiges Gesundheitsmonitoring	141

TEIL 3**Interventionen in sozial benachteiligten Quartieren**

KAPITEL 9

Welche Wirkungen hat Gesundheitsförderung im Quartier? Ergebnisse aus systematischen Reviews	155
Stefan Nickel, David Cebulla, Olaf von dem Knesebeck	
9.1 Hintergrund und Zielsetzung	155
9.2 Methodisches Vorgehen	158
9.3 Ergebnisse	160
9.4 Diskussion und Fazit	175

KAPITEL 10

Quartiersorientierte Gesundheitsförderung in Hamburg: Bestandsaufnahme, Erfahrungen, Partizipation und Kooperation	185
Ralf Schattschneider, Nele Mindermann, Susanne Busch	
10.1 Hamburger Quartiersprojekte: eine Bestandsaufnahme	186
10.2 Erfahrungen ausgewählter Quartiersprojekte	191
10.3 Fazit	199

KAPITEL 11	
Quartiersaktivierung durch Gesundheitsforen	203
	Ralf Schattschneider, Franziska von Mandelsloh, Jana Borutta, Johanna Buchcik, Nele Mindermann, Joachim Westenhöfer, Susanne Busch
11.1	Verortung des partizipativen Ansatzes 204
11.2	Gesundheitsforen: Quartierskontext und Konzeptionierung 207
11.3	Gesundheitsforen: Durchführung 212
11.4	Interne Evaluation der aktivierenden Quartiersarbeit im Rahmen der Gesundheitsforen des Gesunde-Quartiere-Vorhabens 224
11.5	Fazit 230
KAPITEL 12	
Entwicklung und Implementierung quartiersbezogener Interventionen	233
	Jana Simone Borutta, Johanna Buchcik, Susanne Busch, Ivonne-Nadine Jürgensen, Nele Mindermann, Jörg Pohlen, Ralf Schattschneider, Franziska von Mandelsloh, Joachim Westenhöfer, Evgenia Yosifova
12.1	Gesundheitsmarketing 234
12.2	Der Gesundheitsführer <i>Mein Großlohe</i> 241
12.3	Gesundheitslotsen und -lotsinnen 245
12.4	Bewegungsförderung und Walkability 250
12.5	Gesunde Ernährung 254
12.6	Öffentlichkeitsarbeit und Social Media 260
12.7	Fazit 262
TEIL 4	
Bilanz und Perspektiven	
KAPITEL 13	
Bilanz und Perspektiven der Datengewinnung zur gesundheitlichen Situation im Quartier	267
	Stefan Nickel, Nele Mindermann, Johanna Buchcik, Jana Simone Borutta, Susanne Busch, Enno Swart, Evgenia Yosifova, Jörg Pohlen, Olaf von dem Knesebeck, Joachim Westenhöfer
13.1	Quartiersbefragung 267
13.2	Quartiersbegehungen 273
13.3	Sekundärdaten 277
13.4	Multimodaler Datenzugang 283
13.5	Empfehlungen für die Praxis 284
KAPITEL 14	
Bilanz und Perspektiven einer quartiersbezogenen Gesundheitsförderung	289
	Joachim Westenhöfer, Stefan Nickel, Jörg Pohlen, Enno Swart, Olaf von dem Knesebeck, Evgenia Yosifova, Susanne Busch
14.1	Akteure aktivieren, Partizipation – Gesundheitsforen 289
14.2	Bedeutsamkeit aktueller Entwicklungen 292
14.3	Interdisziplinäre Zusammenarbeit 295
14.4	Gesundheitsmonitoring 296
14.5	Ausblick: Was ist weiter zu tun, zu verfolgen? 297
	Verzeichnis der Autorinnen und Autoren 301
	Abbildungsverzeichnis 303
	Tabellenverzeichnis 305

Vorwort

Immer mehr Menschen leben in Städten. Urbanisierung ist einer der globalen Megatrends. Damit gewinnen die Städte als Ganzes und die städtischen Wohnquartiere als die Gesundheit der Menschen maßgeblich beeinflussenden Faktoren an Bedeutung. Das »Quartier« wird somit immer mehr als wichtiges und handlungsrelevantes Setting für die Gesundheitsförderung und die Prävention von Krankheiten wahrgenommen und anerkannt.

In dem vorliegenden Band berichten wir über die Konzeption, Erfahrungen und empirischen Ergebnisse eines interdisziplinären Forschungsverbunds mit dem Projekt »Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Quartier«, für das wir die Kurzbezeichnung »Gesunde Quartiere Projekt (GQ Projekt)« gewählt haben. An diesem Forschungsverbund waren Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus drei Hamburger Hochschulen (Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, HafenCity Universität Hamburg und Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf) und der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg beteiligt, die ihre Expertise und Erfahrung aus der Gesundheitspsychologie, Gesundheitsförderung, Gesundheitsökonomie, Medizinsoziologie, Epidemiologie und Stadtentwicklung sowie Stadt- und Regionalforschung einbrachten. Dabei war unser Blick vor allem auf die gesundheitliche Lage in sozial benachteiligten Quartieren gerichtet, bei denen wir einen besonderen Bedarf und ein besonderes Potenzial für gesundheitsfördernde Maßnahmen vermutet haben.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit in dem Forschungsverbund war eine wertvolle Erfahrung, da die unterschiedlichen Sichtweisen und Herangehensweisen der beteiligten Fachdisziplinen eine fruchtbare Bereicherung für alle Beteiligten darstellten. An dieser Stelle sei zuallererst der Landesforschungsförderung der Freien und Hansestadt Hamburg gedankt, die diesen Forschungsverbund und das Projekt durch die finanzielle Förderung (Förderkennzeichen LFF-FV-50) zwischen 2017 und 2021 ermöglicht hat.

Unser Dank gilt auch allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an diesem Projekt, die zu einem Großteil auch als Autorinnen und Autoren an den einzelnen Kapiteln dieses Bandes mitgewirkt haben. Darüber hinaus wurde das Projekt aber auch durch viele Studierende unterstützt, die als studentische Hilfskräfte, Praktikantinnen bzw. Praktikanten sowie im Rahmen von hochschulgeleiteten Fach- bzw. Studienprojekten bzw. mit Bachelor- und Masterarbeiten an ganz unterschiedlichen Teilaspekten mitgearbeitet haben.

Besonders herzlicher Dank gebührt auch den Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirats: Frau Astrid Babin, Frau Katrin Herbst, Frau Petra Hofrichter, Herrn Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, Frau Prof. Dr. Susanne Moebus, Frau Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert, Herrn Klaus-Peter Stender, Herrn Prof. Dr. Dr. Alf Trojan. Mit den im Beirat mitwirkenden wissenschaftlichen und handlungsfeldnahen Expertinnen und Experten konnte das Projektteam zentrale Projektetappen rückkoppeln und wertvolle Hinweise im Projektverlauf aufgreifen.

Bedanken möchten wir uns auch bei den Bewohnerinnen und Bewohnern der Quartiere, die wir als Untersuchungsgebiete für das Projekt ausgewählt haben, für ihre Bereitschaft, uns durch die Beantwortung unserer vielen Fragen bei der Untersuchung der gesundheitlichen Lage in den Quartieren zu unterstützen. Ganz besonderer Dank gehört den vielen haupt-, neben- und ehrenamtlichen Akteurinnen und Akteuren in den Quartieren, die sich an den Gesundheitsforen zur Gestaltung der Gesundheitsförderung beteiligt haben, die uns ihre Erfahrungen und Kontaktnetzwerke zur Verfügung gestellt haben und die uns in mancherlei Hinsicht ganz praktisch bei der Entwicklung und Durchführung unserer Interventionen zur Gesundheitsförderung unterstützt haben.

Ganz besonders möchten wir schließlich Herrn Robert Pohl danken, der uns bei der Erstellung dieses Bandes durch seine redaktionelle Arbeit ganz maßgeblich unterstützt hat. Er hat die verschiedenen Kapitelmanuskripte sorgfältig kontrolliert, vereinheitlicht sowie auf Konsistenz überprüft. Alle eventuell verbliebenen Unstimmigkeiten oder Ungenauigkeiten müssen wir uns als Herausgeber selbst anlasten.

Die von Prof. Dr. Rainer Fehr und Prof. Dr. Claudia Hornberg herausgegebene Reihe »Edition Nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region« ist ein ausgezeichnete und passgenauer Rahmen, um die Ergebnisse und Erfahrungen unseres Projekts zur gesundheitlichen Lage in städtischen Quartieren und den besonderen Bedarfen in sozial benachteiligten Quartieren zu publizieren, und wir danken den Herausgebern der Edition und dem oekom verlag für die Unterstützung bei dieser Buchveröffentlichung.

Wir hoffen, dass wir mit diesem Band einen kleinen multiperspektivischen Beitrag zur Bedeutsamkeit der sozialen Lage für die Gesundheit der Menschen leisten und weiterführende Impulse für die Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Quartier geben können. Wir wünschen Ihnen, liebe Leserin, lieber Leser, eine interessante und inspirierende Lektüre.

*Joachim Westenhöfer, Susanne Busch, Jörg Pohlen,
Olaf von dem Knesebeck, Enno Swart*

KAPITEL 3

Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Quartier: Hintergrund und Stand der Forschung

*Joachim Westenhöfer, Susanne Busch, Jörg Pohlan, Enno Swart,
Olaf von dem Knesebeck*

3.1

Soziale und regionale Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit

Europaweit spielen nicht übertragbare Erkrankungen und deren Auswirkungen auf das Mortalitätsgeschehen eine große Rolle. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes mellitus und chronische Atemwegserkrankungen zählen zu den häufigsten Ursachen für vorzeitige Todesfälle (im Alter zwischen 30 und 69 Jahren) (World Health Organisation [WHO] 2015). In Deutschland waren 2019 Herz-Kreislauf-Erkrankungen, gefolgt von Krebserkrankungen, mit zusammen über 60 Prozent die häufigsten Todesursachen (Destatis, Statistisches Bundesamt 2020). Hinsichtlich der Lebenserwartung lassen sich regionale Unterschiede (Robert-Koch-Institut [RKI] 2015) sowie eine ausgeprägte soziale Ungleichheit feststellen: Menschen mit einem höheren sozialen Status leben deutlich länger als Menschen mit einem niedrigeren sozialen Status (Lampert et al. 2007). Zusätzlich gewinnen psychische Erkrankungen an Bedeutung. Es gibt zwar keine Anhaltspunkte dafür, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen insgesamt deutlich zugenommen hat (Jacobi et al. 2014), allerdings ist ein Anstieg der Krankenschreibungen und Frühberentungen aufgrund von psychischen Störungen zu verzeichnen (Badura et al. 2020; Deutsche Rentenversicherung 2020).

Die Gesundheit von Menschen wie auch die meisten der genannten Erkrankungen werden von einer Vielzahl von Determinanten beeinflusst: Neben den nicht veränderbaren individuellen Faktoren, wie zum Beispiel dem Alter und der Genetik, spielen soziale Netzwerke, soziale Unterstützung, Lebens- und Arbeitsbedingungen bis hin zu übergreifenden Umweltfaktoren eine Rolle (Dahlgren & Whitehead 1991). Hinzu kommen individuelle Lebensweisen und Gesundheitsverhalten. Unter Gesundheitsverhal-

ten wird jedes Verhalten verstanden, das die Auftretenswahrscheinlichkeit von Krankheiten beeinflusst, insbesondere zählen hierzu der Verzicht auf Rauchen, angemessener Alkoholkonsum, ausreichend körperliche Aktivität, ausgewogene, gesunde Ernährung sowie angemessene Stressregulation (RKI 2015). »Als Teil der Lebensweise wird das Gesundheitsverhalten auch von soziostrukturellen Bedingungen geprägt.« (RKI 2015) Von besonderer Bedeutung ist hierbei der sozioökonomische Status. Menschen mit niedriger beruflicher Stellung, einem geringen Einkommen und/oder niedriger Bildung sterben in der Regel früher, leiden häufiger an gesundheitlichen Beeinträchtigungen (z. B. Schlaganfall, chronischer Bronchitis, Rückenschmerzen, Depression, Adipositas) und zeigen oft ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten (Rauchen, erhöhter Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel) (RKI 2015). Auch das Lebens- und Wohnumfeld gehört zu den wichtigen und unabhängig von den individuellen Faktoren zu betrachtenden soziostrukturellen Einflussfaktoren. Sozial benachteiligte Stadtteile bzw. Quartiere haben besonders komplexe soziale, ökonomische, infrastrukturelle und bauliche Problemlagen. In diesen Quartieren leben in der Regel viele sozioökonomisch benachteiligte Menschen, wie zum Beispiel Arbeitslose, Migranten und Migrantinnen, Alleinerziehende und kinderreiche Familien. Oftmals herrscht ein Mangel an Erholungs-, Spiel- und Bewegungsflächen. Hinzu kommen umweltbedingte Gesundheitsrisiken und -belastungen (z. B. hohes Verkehrsaufkommen, erhöhte Lärm- und Schadstoffemissionen, Unfälle) sowie eine schlechtere Sicherheitslage (z. B. Kriminalität, schlecht beleuchtete Gehwege) (Böhme et al. 2012).

Theoriebildungen zur Auswirkung des Wohnumfeldes auf Gesundheit und Mortalität gehen davon aus, dass es eine Wechselwirkung zwischen der sozioökonomischen und ethnischen Zusammensetzung der Bevölkerung in einem Quartier, dem sozialen Umfeld und dem physikalischen Umfeld gibt. Das soziale Umfeld umfasst hierbei Aspekte wie zum Beispiel vorherrschende Normen und Werte, den sozialen Zusammenhalt und soziale Beziehungen sowie Sicherheit bzw. Gewalt. Zum physikalischen Umfeld gehören verschiedenste Aspekte wie zum Beispiel Umweltbelastungen, Qualität der Bebauung und Wohnungen, Zugang zu Einrichtungen der medizinischen Versorgung sowie zu Ernährungs- und Freizeitressourcen, Natur und ästhetische Aspekte. Das soziale und physikalische Umfeld wiederum hat einen Einfluss auf die subjektive Wahrnehmung eines Quartiers durch die Bewohner und Bewohnerinnen sowie auf ihr Gesundheitsverhalten (Meijer 2013). Die Zusammenhänge zwischen der sozialen Lage in Quartieren, den dort vorgefundenen physischen Umgebungsmerkmalen, dem damit verbundenen Gesundheitsverhalten und dem gesundheitlichen Status sind Gegenstand intensiver Forschung, etwa zu den Merkmalen der physischen Wohnumgebungen wie unter anderem »green spaces« (Stadtgrün einer bestimmten Mindestgröße), »greenery« (Wälder, Naturparks und kultivierter Ackerbau) und »blue spaces« (Gewässer wie Flüsse, Bäche, Seen) (Bucksch & Schneider 2014; Triguero-Mas et al.

2015; van den Berg et al. 2015). Es zeigte sich, dass mehr Natur, das heißt ein besserer Zugang zu einer natürlichen Umgebung, mit einer geringeren Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas und besserer Gesundheit einhergeht (Maas 2008; Triguero-Mas et al. 2015; van den Berg et al. 2015). Unter dem Schlagwort »obesogenic environment« wird eine Vielzahl von Umwelteinflüssen diskutiert, die dazu beitragen, dass Menschen übergewichtig und/oder adipös werden. Dazu gehören auch Merkmale der Wohnumgebung, die Ernährung bzw. Essverhalten und Bewegungsverhalten beeinflussen. Hierzu gehört unter anderem das Konzept der »Food Desert«, also einer Wohnumgebung, in der der Zugang zu gesunden Lebensmitteln erschwert, dafür aber der Zugang zu ungesunden Lebensmitteln wie Fast- und Junkfood erleichtert ist (Ghosh-Dastidar et al. 2014). So zeigte sich zum Beispiel in einer Studie in Köln, dass Fast-Food-Restaurants in sozial benachteiligten Quartieren im Vergleich zu Quartieren mit besserer sozialer Lage häufiger zu finden sind (Schneider & Gruber 2013). Ebenso ist der Zugang zu Alkohol und Tabak in sozial benachteiligten Quartieren rein quantitativ erleichtert (Addictive Environment) (Schneider & Gruber 2013). Hinsichtlich der Bewegungsmöglichkeiten im Quartier spielt neben Spiel- und Sportstätten die »Walkability« eine zunehmend wichtige Rolle. Auch wenn dieses Konzept, das nur schlecht mit »Fußgängerfreundlichkeit« oder »Begehbarkeit« übersetzt werden kann, keineswegs einheitlich verwendet und verstanden wird, so wird damit doch eine insgesamt bewegungsförderliche Gestaltung von städtischen (und kommunalen) Räumen verstanden (Bucksch & Schneider 2014). Hierzu gehören verschiedene Aspekte, wie fußläufig erreichbare Ziele, zum Beispiel Einkaufsmöglichkeiten, Dienstleistungen (z. B. Friseur, Gesundheitsversorgung), Freizeitmöglichkeiten und Grünräume, Arbeitsplätze, Schulen, Haltestellen für öffentlichen Nahverkehr, aber auch die Beschaffenheit und wahrgenommene Sicherheit von Fuß- oder Radwegen.

3.2

Evaluation von Gesundheitsförderung und Prävention

Angesichts der beschriebenen Situation haben Gesundheitsförderung und Prävention eine hohe Bedeutung. »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) Gesundheitsförderung will durch Stärkung von Gesundheitsressourcen zu einer Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensweisen und Lebensbedingungen beitragen (Kabschönstein 2011). Unter Prävention bzw. Krankheitsprävention werden Maßnahmen verstanden, die darauf abzielen, das Auftreten oder die Ausbreitung von Erkrankun-

gen zu vermeiden oder zu verringern bzw. die negativen Auswirkungen von Krankheiten und Gesundheitsstörungen zu reduzieren (Franzkowiak 2018). Hierbei lassen sich unter anderem verhaltens- und verhältnisorientierte Ansätze der Prävention unterscheiden. Verhaltensprävention zielt auf eine Veränderung des Verhaltens von Individuen oder Gruppen durch Maßnahmen wie Information, Aufklärung, Erziehung, Training oder Schulung. Verhältnisprävention hingegen will bestimmte Aspekte des Umfelds (der Verhältnisse) so verändern, dass ein gesundheitsförderliches Verhalten leichter und damit wahrscheinlicher wird.

Ein Problem der Verhaltensprävention besteht darin, dass sie zum einen eine begrenzte Reichweite hat, das heißt verhaltenspräventive Maßnahmen selten in Anspruch genommen werden (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen & Gesetzlicher Krankenversicherung [GKV]-Spitzenverband 2014). Zum anderen ist diese Inanspruchnahme von und Beteiligung an solchen Maßnahmen in hohem Maße von den individuellen Gesundheitseinstellungen abhängig. Vor allem Männer und Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status werden durch solche Maßnahmen deutlich schlechter erreicht (Jordan et al. 2011). Vor diesem Hintergrund müssen verhältnis- und verhaltensorientierte Präventionsmaßnahmen miteinander einhergehen und verhältnisorientierte Ansätze generell eine Aufwertung und stärkere Berücksichtigung erfahren.

Solche verhältnisorientierten Maßnahmen werden auch durch den Ansatz von »Health in All Policies« (HiAP) (Geene et al. 2019; WHO 2013) nahegelegt und unterstützt. HiAP ist ein Konzept der WHO »für die öffentliche Politik in allen Sektoren, die systematisch die Auswirkungen von Entscheidungen auf Gesundheit und Gesundheitssysteme berücksichtigt, Synergien sucht und schädliche Auswirkungen auf die Gesundheit vermeidet, um die Gesundheit der Bevölkerung und gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern« (Übersetzung durch Geene et al. 2019; WHO 2013). In der Lebenswelt der Betroffenen angesiedelte Maßnahmen, die darauf abzielen, diese Lebenswelt in gesundheitsförderlicher Richtung weiterzuentwickeln (»Setting-Ansatz«), haben somit ein hohes Potenzial. Die Bedeutung solcher Ansätze wird nicht zuletzt durch die explizite Berücksichtigung im Präventionsgesetz von 2015 (verankert im Sozialgesetzbuch [SGB] V § 20a) unterstrichen; der Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes bezieht sich ausdrücklich auf den Setting-Ansatz (GKV-Spitzenverband 2020). Auch erhofft man sich von Setting- und verhältnisorientierten Maßnahmen eine Verringerung der sozialen Ungleichheit von Gesundheit. Im Gegensatz zum mutmaßlichen hohen Potenzial verhältnisorientierter Maßnahmen steht eine eher geringe Forschung hierzu. So wird schon lange bemängelt, dass Verhältnisprävention viel zu wenig erforscht und daher auch zu wenig weiterentwickelt wird (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007, S. 412). Insbesondere fehlen Arbeiten, die von einem konsequent wissenschaftlichen Erkennt-

nisinteresse geleitet werden, die also auf die Prüfung von Hypothesen und die Entwicklung neuer Erkenntnisse abzielen und nicht primär vom Bemühen geleitet sind, ein bestimmtes Interventionsmodell als erfolgreich zu bewerten (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007, S. 413). Ein systematisches Review zu Interventionen, die das städtische Umfeld verändern, findet zwar Hinweise, dass einige Interventionen positive Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen haben, stellt aber fest, dass die Evidenz insgesamt eher schwach ist (Audrey & Batista-Ferrer 2015). Hinzu kommt, dass die Planung und die Evaluation gesundheitsbezogener Maßnahmen Gesundheitsindikatoren erfordern, mit denen die gesundheitliche Ausgangslage sowie deren Veränderung reliabel und valide erfasst werden können. Um Veränderungen im Zeitverlauf abbilden zu können, müssen solche Gesundheitsindikatoren ausreichend veränderungssensitiv sein, ungeachtet der Tatsache, dass Gesundheit ein komplexer und dynamischer Prozess ist, der von einer ganzen Reihe von Determinanten auf unterschiedlichen Ebenen abhängt und beeinflusst wird. Verfügbare Gesundheitsindikatoren reichen von globalen und krankheits-spezifischen Mortalitätsraten sowie Prävalenzdaten über die allgemeine Einschätzung des Gesundheitszustands oder über Instrumente zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bis zu speziellen Instrumenten zur Erfassung von verschiedenen Risiko-, Belastungs- oder Schutzfaktoren. Es existiert aktuell kein Set von handhabbaren, veränderungssensitiven Gesundheitsindikatoren, mit dem die gesundheitliche Situation und ihre Veränderung von Menschen in ihrem kleinräumigen Wohnumfeld (Quartier oder Kommune) praktikabel, reliabel und valide gemessen werden kann, bzw. etablierte Indikatoren wurden bislang nicht auf ihre Eignung im Rahmen eines kleinräumigen Sozial- und Gesundheitsmonitorings geprüft.

Ergänzend zu den methodischen Primärzugängen der Evaluationsforschung bieten sich die Erschließung und Nutzung von Sekundärdaten, speziell Routedaten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder anderer einschlägiger Datenhalter, für die Beschreibung der gesundheitlichen Lage im Quartier an. Diese Daten haben sich in anderen Wissenschaftskontexten in den letzten Jahren etabliert (Swart et al. 2014) und können mit ihren prinzipiellen Möglichkeiten der kleinräumigen Auflösung die amtliche Sozialraumstatistik mit der Bereitstellung von Daten zur Morbidität und Inanspruchnahme von GKV-Leistungen ergänzen.

3.3

Partizipation in der Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung bedarf neben einem durchdachten und wirkungsorientierten Konzept und einer bedarfsgerechten Implementierung auch der Partizipation im Sinn einer aktiven Beteiligung der betroffenen Bürger und Bürgerinnen. Diese Beteiligung bei Planung, Gestaltung und Bewertung von Gesundheitsförderungsprogrammen gilt sogar als Kernelement von Gesundheitsförderung (Loss et al. 2007). Maßnahmen der Gesundheitsförderung können nicht »von oben« verordnet werden, sondern sind notwendigerweise lokal situiert, werden von den Interessen der Menschen vor Ort (mit-) bestimmt und sollten darauf ausgerichtet sein, die Betroffenen bestmöglich an der Gestaltung und Ausrichtung der Maßnahmen zu beteiligen. Ein hoher Grad an Partizipation soll zur Wirksamkeit und Nachhaltigkeit lebensweltorientierter Maßnahmen beitragen (Wright et al. 2010). Allerdings ist der Begriff der Partizipation ungenau definiert. In der Literatur wird hierbei eine große Bandbreite der Möglichkeiten diskutiert, wer woran in welchem Ausmaß beteiligt sein soll. Sie reicht von Konsultation oder Information über Mitwirkung zu Mitentscheidung bis hin zu Eigenverantwortung und Selbstbestimmung. In Wright et al. (2010) findet sich ein Modell der Partizipation in neun Stufen, wobei die unteren Stufen der Instrumentalisierung und Anweisung noch nicht zur Partizipation gezählt werden können.

Bei der theoretischen und methodischen Fundierung von Partizipation spielen die Möglichkeiten und Grenzen von Partizipation sowie die förderlichen und hemmenden Bedingungen eine zentrale Rolle. Es stellt sich beispielsweise die Frage, wie das Gelingen von Partizipation definiert und erfasst werden kann oder wie die vermuteten Erfolgsfaktoren dafür operationalisiert werden können. Auch in anderen Forschungs- und Handlungsbereichen (z. B. Bildungsbeteiligung, städtebauliche Konzepte (Agenda 21 – nachhaltige Entwicklung) mit Fokus auf bestimmte Zielgruppen (Betz et al. 2010; Deutsches Institut für Urbanistik 2007) gibt es umfassende Untersuchungen zur Partizipation, die im Hinblick auf ihre Übertragbarkeit und Anpassung auf das Feld quartiersbezogener Gesundheitsförderung berücksichtigt werden können. Für die Planung und Umsetzung von quartiersbezogenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention ist die Einbeziehung von Praktikern und Praktikerinnen, die über lokales Wissen verfügen und eine zentrale Rolle im Geschehen vor Ort spielen, ebenso unabdingbar wie die Berücksichtigung der Bedürfnisse der Bevölkerung. Klassischerweise orientieren sich Vorhaben der Gesundheitsförderung am Action Circle mit den Phasen Bedarfsbestimmung, Interventionsplanung, Umsetzung und Evaluation (Nickel et al. 2013). Explizit für den partizipativen Prozess etwas ausdifferenzierter finden sich diese Schritte in einer Studie von ecos.ch (Deutsches Institut für Urbanistik 2007; ecos.ch 2002) beschrieben. Für die praktische Umsetzung stehen verschiedene Tools zur Verfügung

(gesundheitliche Chancengleichheit, Partizipative Qualitätsentwicklung). Erfolgsfaktoren für partizipative Prozesse können auf der Basis von Literaturanalysen und Expertengesprächen identifiziert und bewertet werden (ecos.ch 2002).

3.4

Gesundheitsförderung und Prävention im Quartier

Quartiere sind Settings der Gesundheitsförderung und haben den Vorteil, dass Menschen in ihren alltäglichen Lebenssituationen erreicht werden können. Dabei schaffen die Wechselwirkungen zwischen der natürlichen, der gebauten und der sozialen Umwelt ein Lebensumfeld, das umfangreiche Möglichkeiten zur Unterstützung der Gesundheit der Menschen bietet (BZgA 2014; Kommunale Spitzenverbände und gesetzliche Krankenversicherung 2013). Die Gestaltung dieses Umfelds wird von vielen Determinanten und Prozessen beeinflusst, die außerhalb des eigentlichen Gesundheitssektors angesiedelt sind (Barton & Grant 2006), was geradezu nach einer Umsetzung des »Health in All Policies«-Ansatzes verlangt. Die kommunalen Spitzenverbände und die GKV sehen in solchen kommunalen Settingansätzen ein besonderes Potenzial, »gerade Menschen in sozial benachteiligter Lage bei der Gesundheitsförderung ein besonderes Augenmerk zu widmen« (Kommunale Spitzenverbände und gesetzliche Krankenversicherung 2013). Inzwischen gibt es in Deutschland eine ganze Reihe von Projekten zur Gesundheitsförderung im Quartier. Eine Abfrage in der BZgA-Datenbank »Gesundheitliche Chancengleichheit« mit den Suchkriterien »Lebenswelt-«, »Stadt...Quartier« und »Good Practice Kriterien erfüllt« hat 58 Treffer ergeben, davon zehn aus Hamburg. Außer in zwei Projekten sind die Zielgruppen Kinder bzw. junge Familien. Einmal ist die Zielgruppe Senioren und Seniorinnen (St. Pauli), das Projekt »Lenzgesund« wendet sich an das Quartier insgesamt. Das Projekt im Stadtteil Lurup wendet sich eher an Multiplikatoren, aber wiederum hauptsächlich im Kinder- und Jugendbereich. Nur zwei der zehn Hamburger Projekte werden als evaluiert angegeben. Dies dürfte darauf zurückzuführen sein, dass bei niedrigschwelligen Angeboten eine Eingangsuntersuchung schwer bis gar nicht zu realisieren ist und die Projektfinanzierung nur dann eine Evaluation einschließt, wenn es sich um ein eher seltenes (Interventions-)Forschungsprojekt handelt. Die darüber hinaus gegebenenfalls vorhandenen Evaluationen sind nicht allgemein in der wissenschaftlichen Literatur zugänglich. Damit lassen sich deutschlandweit die folgenden Lücken konstatieren: Selten wird bei Projekten zur Gesundheitsförderung im Quartier die gesamte Bevölkerung eines Quartiers adressiert, meist sind es die Kinder bzw. ihre Mütter. Das Prinzip des »Health in all Policies« findet ebenfalls zu wenig Beachtung. Außerdem mangelt es deutlich an einer an den Wirkungen der Intervention orientierten Beforschung.

Um die reichhaltigen Erfahrungen vorhandener Quartiersprojekte in Hamburg (z. B. »Lenzgesund«, »RISE«, »Landungsbrücke – Übergänge meistern«, »Q8«, »Projektforum Demenz in Lohbrügge«, »Aktive Stadtentwicklung Billstedt/Horn«) (Globalrichtlinie »Rahmenprogramm Integrierte Stadtteilentwicklung« [RISE]; Beyer et al. 2016; Kalter & Dauter 2015; Oertel 2013; Optimedis AG 2015; Trojan et al. 2013) systematisch zu analysieren und aufzuarbeiten sowie für die Entwicklung von Interventionen in unserem Forschungsverbund nutzbar zu machen, wurden qualitative Interviews und Workshops mit den Beteiligten dieser Projekte durchgeführt und deren Ergebnisse dokumentiert (siehe Kapitel 10).

3.5

Aktuelle sozialepidemiologische Herausforderungen und Problemlagen

Sozialepidemiologie als »jene wissenschaftliche Disziplin, die sich – in Anlehnung an und Ergänzung zur klassischen Epidemiologie – mit der sozialen Verteilung, den sozialen Ursachen und Folgen von Gesundheit und Krankheit in der Gesellschaft beschäftigt« (Schott & Kuntz 2011, S. 160), befasst sich mit der Erforschung salutogener (gesundheitsförderlicher) Einflüsse sozialer Variablen wie zum Beispiel soziale Schichtung, soziale Unterstützung usw. (ebd.), wobei insbesondere Geschlecht, soziale Beziehung, psychosoziale Arbeitsbelastungen, sozialer Status und Migration als wichtige Einflussfaktoren auf die Gesundheit zu berücksichtigen sind (Schott & Kuntz 2011; Vonneilich & Knesebeck 2018).

Zur Einordnung der Ansätze der Gesundheitsförderung im Setting Quartier soll ein kurzer Überblick über die Abhängigkeit vom Sozialstatus weniger im Hinblick auf die Krankheitsarten, Risikofaktoren oder Vorsorgemaßnahmen (vgl. hierzu etwa die einschlägigen Studien bzw. Publikationen des RKI), sondern beschränkt auf zentrale Versorgungsbereiche erfolgen. Diese Aufstellung kann angesichts der vielfältigen Studien der Sozialepidemiologie keineswegs vollständig sein und soll vielmehr nur deren zentrale Erkenntnisse skizzieren.

Soziale Ungleichheit in der ambulanten Versorgung

Dem Primat der hausärztlichen Versorgung folgen niedrigere Statusgruppen eher, Personen mit einem höheren Bildungsstand suchen häufiger (direkt) die fachärztliche Versorgung auf, wobei sich die berechtigte Frage stellt, ob dies eher eine bewusste Entscheidung für das Konzept der hausärztlichen Versorgung ist oder doch eher der sozialen Ungleichheit im Zugang zu fachärztlicher Versorgung geschuldet ist, wie bei-

spielsweise die SHARE-Studie bestätigt (Kruse & Schmitt 2016). Gesichert sind signifikant längere Wartezeiten auf einen Termin im ambulanten Sektor für GKV-Patienten und einkommensschwächere Gruppen, insbesondere in der fachärztlichen Versorgung (Klein & Knesebeck 2018).

Während das sozioökonomische Panel höhere Konsultationsraten hinsichtlich ambulanter Versorgung bei einkommensschwächeren Gruppen (SOEP-Studie) belegt (ebd., S. 240), verzichten entsprechend der europaweiten Studie Menschen ab 50 Jahren mit niedrigerem Einkommen vermehrt auf medizinische Versorgung (SHARE-Studie) (ebd., S. 239), wobei in diesem Zusammenhang sicherlich das jeweilige Gesundheitssystem mit sehr unterschiedlichen Absicherungssystemen nicht ohne Einfluss sein wird. Im Hinblick auf die Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen weisen Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status eine deutlich höhere Inanspruchnahme auf (Klein & Knesebeck 2018; Rommel et al. 2017). Im Gegensatz dazu erfolgt eine höhere Inanspruchnahme der hohen Statusgruppe bei Ärzten und Ärztinnen für Gynäkologie, Dermatologie und Zahnheilkunde im Vergleich zu niedrigen und mittleren Statusgruppen (Rattay et al. 2013). Wenn denn Konsultationen stattfinden, wird von sozialen Unterschieden bei der Bewertung der Versorgungsqualität (kürzere Dauer der Konsultation, weniger freiwillig vom Arzt gegebene Informationen usw.) für GKV-Versicherte bzw. Versicherte mit niedrigem Sozialstatus berichtet (Klein & Knesebeck 2021). Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Wartezeiten auf einen Termin im ambulanten Sektor für GKV-Patienten und einkommensschwächere Gruppen länger ist (Klein & Knesebeck 2018a). Exemplarisch für den Aspekt der medikamentösen Versorgung sei an dieser Stelle auf die ungleiche Versorgung bei einer kontrollierten Hypertonie verwiesen, da dieses Erkrankungsbild im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention von hoher Bedeutung ist. Laut Schneider (2020) zeigt sich, »dass die Chance einer medikamentös effektiv eingestellten und somit kontrollierten Hypertonie auch nach Adjustierung für Alter, Geschlecht, Risiko- und Lebensstilfaktoren sowie Medikamentenklassen für die einkommensstärkste Gruppe höher blieb als dies in der einkommensschwächsten Gruppe der Fall war« (Schneider 2020).

Soziale Ungleichheit bei Unfällen und in der stationären Akutversorgung

Unfälle spielen eine zentrale Rolle bei der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen und vermeidbarer Todesfälle. Den Daten des RKI zufolge sind Personen mit niedrigem Sozialstatus vermehrt von chronischen Krankheiten, psychosomatischen Beschwerden und Unfallverletzungen betroffen (RKI 2016), wobei die KIGGS-Studie keinen Unterschied zwischen den Statusgruppen in Bezug auf Kinder und Jugendliche im Alter von eins bis 17 Jahren erhoben haben. 15,5 Prozent der Befragten haben im

einjährigen Befragungszeitraum mindestens eine behandlungsbedürftige Unfallverletzung erlitten, wobei diese am häufigsten zu Hause, gefolgt von Betreuungs-/Bildungseinrichtungen und Spielplätzen/Sportstätten, aufgetreten ist. Kinder und Jugendliche aus der niedrigen Statusgruppe werden aber, wenn sie verunfallen, zu einem größeren Anteil und auch länger im Krankenhaus behandelt als Gleichaltrige aus der hohen Statusgruppe (Lampert & Kuntz 2015). Ganz generell mussten Kinder und Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus mit 13,8 Prozent gegenüber 7,0 Prozent rund doppelt so häufig stationär versorgt werden wie Gleichaltrige aus der hohen Statusgruppe. Zudem dauerte ein Krankenhausaufenthalt bei ihnen rund zwei Nächte länger (RKI 2015). Differenziert nach Krankheitsarten, lässt sich berichten, dass ein niedriger sozioökonomischer Status häufiger mit Krankheiten wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes und Depression einhergeht, genauso wie mit längeren und häufigeren Krankenhausaufenthalten (ebd.).

Analysiert man vor dem Hintergrund der beschriebenen Versorgungsstrukturen die Notfall- bzw. Rettungseinsätze, so ergibt sich ein vergleichsweise eindeutiges Muster. Notärzte und Notärztinnen im Rettungsdienst sind häufiger in ärmeren Stadtgebieten unterwegs, Stadtteile mit niedrigem sozioökonomischen Status wiesen eine signifikant höhere Einsatzinzidenz auf. Viele Einsätze in der präklinischen Notfallrettung erscheinen den Rettenden als »Fehleinsätze«, die auch durch soziale Aspekte getriggert werden, wenn diese nicht sogar im Vordergrund des Einsatzes stehen (Völker et al. 2016). Eine Überprüfung der Einsatzschweregrade in den unterschiedlichen Stadtteilen zeigte jedoch eine annähernde Gleichverteilung (Engel et al. 2011). Diese Ergebnisse werden in einer weiteren Studie bestätigt, auch unter Berücksichtigung einzelner Erkrankungen, wobei als Indikator für die soziale Lage die Arbeitslosenquote mitberücksichtigt wurde (Hanefeld et al. 2018).

Soziale Ungleichheit bei Pflegebedürftigkeit

Da auch Gesundheitsförderung und Prävention immer stärker in den Blick geraten, und dies nicht nur mit Fokus auf die Pflegekräfte, soll auch kurz die Frage der sozialen Ungleichheit bei Pflegebedürftigkeit berücksichtigt werden. Auch hier sind die Befunde eindeutig: Menschen der niedrigen Statusgruppen haben ein höheres Risiko, pflegebedürftig zu werden (Lampert et al. 2016). Ältere Menschen aus niedrigeren Statusgruppen beantragen seltener Leistungen der sozialen Pflegeversicherung, und wenn Leistungen beantragt werden, dann wird in niedrigeren Statusgruppen die Pflege häufiger ausschließlich von Angehörigen übernommen, Pflegesachleistungen seltener, das (vom Zahlbetrag her deutlich günstigere) Pflegegeld häufiger beantragt (Kruse & Schmitt 2016). Dies geht einher mit einer hohen Bereitschaft (oder Notwendigkeit), dass Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status die häusliche Pflege von Angehöri-

gen auch ohne professionelle Hilfe selbst übernehmen, hohe Sozialstatusgruppen lieber stationäre bzw. Heimpflege ihrer Angehörigen bzw. auch mehr Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen (ebd.). Wenn professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird, lässt sich festhalten, dass sozioökonomische Unterschiede von pflegebedürftigen Personen auch das pflegerische Handeln der Pflegekräfte beeinflussen und Auswirkungen auf den empfundenen Betreuungsumfang sowie ihre emotionale Arbeitsbelastung haben (Lampert & Hoebel 2019).

Soziale Ungleichheit und COVID-19

Abschließend sei aus gegebenem Anlass noch kurz auf die Frage von COVID-19 und gesundheitliche Ungleichheit eingegangen. Auch mit Beginn 2021 sind noch keine belastbaren Untersuchungen zu dieser Fragestellung vorhanden. Es mehren sich allerdings die Hinweise, dass die Schwere der Krankheitsverläufe soziallagenabhängig sein könnte. In Einklang damit steht, dass sozial benachteiligte Menschen ein deutlich höheres Risiko haben, wegen COVID-19 ins Krankenhaus eingeliefert zu werden (z. B. Blättner 2020). Ganz allgemein sei auf die soziale Komponente bei Infektionskrankheiten hinzuweisen, weil neben den grundlegenden Lebensverhältnissen auch die Arbeitsplätze oftmals nicht für das Homeoffice geeignet sind. Die damit einhergehende notwendige höhere Mobilität, fehlende finanzielle Ressourcen zum Beispiel für Schutzmaßnahmen, insbesondere auf die oben berichteten Vorerkrankungen, und der erschwerte Zugang zu Versorgung sind nicht zu vernachlässigen (Dragano & Conte 2020). Die Frage, ob vor dem Virus alle gleich sind, lässt sich nicht eindeutig beantworten. Die COVID-19-Pandemie zeigt aber gerade auf, dass in Zeiten einer Pandemie ganz neue Fragen von Ethik und Gerechtigkeit aufgeworfen werden. Dabei wird deutlich, dass nur ein frühzeitiger, insbesondere settingbezogener, gesundheitsförderlicher Ansatz dazu beitragen kann, die Strukturen im Gesundheitswesen insgesamt resilienter zu machen (Wooock & Busch 2021).

3.6

Fragestellungen

Ausgehend von dem beschriebenen Hintergrund und dem skizzierten Forschungsstand, bearbeiten im Forschungsverbund »Gesunde Quartiere« Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen aus unterschiedlichen Disziplinen (der Gesundheitspsychologie, Gesundheitsförderung, Gesundheitsökonomie, Medizinsoziologie, Epidemiologie und Stadtentwicklung sowie Stadt- und Regionalforschung) aus drei Hamburger Hochschulen mit Unterstützung eines Magdeburger Kollegen die folgenden Fragestel-

lungen (in Klammern ist jeweils angegeben, wo sich in diesem Band die Bearbeitung dieser Fragestellungen findet):

1. Welche Indikatoren sind geeignet, die gesundheitliche Lage in Statistischen Gebieten Hamburgs abzubilden und quartiersbezogene Interventionen zu evaluieren? *(Siehe Teil 2)*
2. Wie ist die gesundheitliche Situation der Bevölkerung in Gebieten mit unterschiedlicher sozialer Lage in Hamburg? *(Siehe Teil 2)*
3. Welcher Bedarf ergibt sich daraus im Hinblick auf Gesundheitsförderung und Prävention? *(Siehe Kapitel 10 und 11)*
4. Welchen Beitrag leisten Sekundärdaten der GKV und andere gesundheitsbezogene Routinedaten zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung, differenziert nach dem Sozialindex ihres Wohnortes in Hamburg? *(Siehe Kapitel 7 und 13)*
5. Lassen sich Primär- und Sekundärdaten sowie Sozialindikatoren der amtlichen Statistik und der Gesundheitsberichterstattung auf aggregiertem und individuellem Niveau zu einem umfassenden kleinräumigen Gesundheitsinformationssystem zusammenführen? *(Siehe Kapitel 8, 13 und 14)*
6. Wie ist die Evidenzlage zur Wirksamkeit von gesundheitsförderlichen Maßnahmen in städtischen Quartieren, und inwieweit tragen solche Maßnahmen zu einer Reduzierung von gesundheitlichen Ungleichheiten bei? *(Siehe Kapitel 9)*
7. In welchem Umfang und bzgl. welcher Einzelindikatoren ist der Sozialstatus eines Quartiers mit der Gesundheit seiner Einwohner und Einwohnerinnen assoziiert? *(Siehe Kapitel 5 und 7)*
8. Welche der quartiersbezogenen Merkmale sind in Hamburg mit unterschiedlicher gesundheitlicher Lage assoziiert? *(Siehe Teil 2)*
9. Wie kann eine quartiersbezogene Intervention zur Gesundheitsförderung und Prävention partizipativ gestaltet, umgesetzt und evaluiert werden? *(Siehe Kapitel 11 und 12)*
10. Welche förderlichen und hinderlichen Bedingungen gibt es in den Quartieren zur Umsetzung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, und können diese Maßnahmen die intendierten Zielgruppen erreichen? *(Siehe Kapitel 14)*

Der vorliegende Band stellt das methodische Vorgehen zur Beantwortung dieser Fragestellungen, die dabei gemachten Erfahrungen und die wesentlichen Ergebnisse dieser Forschungsarbeit vor.

LITERATUR

Agenda 21 – nachhaltige Entwicklung. <http://www.zukunftsbuero.net/partizipation.html>

Audrey, S.; Batista-Ferrer, H. (2015): Healthy urban environments for children and young people: A systematic review of intervention studies. In: *Health Place*; 36: 97–117

Badura, B.; Ducki, A.; Schröder, H.; Klose, J.; Meyer, M. (Hrsg.) (2020): Fehlzeiten-Report 2020. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin, Heidelberg

Barton, H.; Grant, M. (2006): A health map for the local human habitat. In: *J R Soc Promot Health*; 126(6): 252–253.

Berg, M. van den; Wendel-Vos, W.; Poppel, M. van; Kemper, H.; Mechelen, W. van; Maas, J. (2015): Health benefits of green spaces in the living environment: A systematic review of epidemiological studies. In: *Urban Forestry & Urban Greening*; 14(4): 806–816

Betz, T.; Gaiser, W.; Pluto, L. (2010): Partizipation von Kindern und Jugendlichen. Forschungsergebnisse und gesellschaftliche Herausforderungen. Schwalbach: Wochenschau-Verlag

Beyer, A.; Boettcher, A.; Cording, L.; Schattschneider, R.; Woock, K.; Busch, S. (2016): Modellvorhaben nach § 45 c SGB XI, Leben mit (beginnender) Demenz in Hamburg, Abschlussbericht. Hamburg

Blättner, B. (2020): Covid-19 und gesundheitliche Ungleichheit: Die Relevanz des HiAP-Ansatzes bei Pandemien. In: *Public Health Forum*; 28(3): 182–184

Böhme, C.; Kliemke, C.; Reimann B.; Süß, W. (Hrsg.) (2012): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Bern: Hans Huber

Bucksch, J.; Schneider, S. (2014): Zusammenfassende Betrachtung von Konzepten der Walkability. In: Bucksch, J.; Schneider, S. (Hrsg.): *Walkability. Das Handbuch zur Bewegungsförderung in der Kommune*. Bern: Hans Huber: 125–128

BZgA, G. C. (2014): Gesundheitsförderung im Quartier bzw. Stadtteil – gesundheitliche Chancengleichheit: Handreichung, Stand Juli 2014

Dahlgren, G.; Whitehead, M. (1991): Policies and strategies to promote social equity in health: Background document to WHO – Strategy paper for Europe

Destatis – Statistisches Bundesamt (2020): Anzahl der Gestorbenen nach Kapiteln der ICD-10 und nach Geschlecht für 2019. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/gestorbene_anzahl.html; zuletzt abgerufen am 30.3.2021

Deutsche Rentenversicherung (2020): Sonderauswertung. Rentenzugänge Erwerbsminderungsrenten nach SGB VIII/CD-10 Diagnoseschlüssel F00–F99. Versicherungsstatus am 31.12. des Jahres vor dem Leistungsfall. In: Badura, B.; Ducki, A.; Schröder, H.; Klose, J.; Meyer, M. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2020*. Berlin, Heidelberg: Springer

Deutsches Institut für Urbanistik (2007): Abschlussbericht: Evaluierung der Partizipation im Rahmen der Berliner Quartiersverfahren unter besonderer Berücksichtigung der Aktivierung von Berlinerinnen und Berlinern mit migrantischer Herkunft. Berlin

Dragano, N.; Conte, A. (2020): »Health in All Policies« und gesundheitliche Chancengleichheit: COVID-19 als Fallstudie. In: *Public Health Forum*; 28(3): 185–187

ecos.ch (2002): Erfolgsfaktoren und Qualitätsstandards partizipativer Prozesse in Gemeinden, Quartieren, Städten und Regionen, Abschlussbericht Erfolgsfaktoren und Qualitätsstandards für Prozesse. Basel

Engel, P.; Wilp, T.; Lukas, R. P. et al. (2011): Beeinflussen soziodemografische Faktoren Notarzteinsätze?: Analyse in der Stadt Münster. In: *Anaesthesist*; 60(10): 929–936

Franzkowiak, P. (2018): Prävention und Krankheitsprävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: 776–797. https://www.leitbegriffe.bzga.de/fileadmin/user_upload/leitbegriffe/e-Books/E-Book_Leitbegriffe_2018_08.pdf; zuletzt abgerufen am 18. 5. 2021

Geene, R.; Gerhardus, A.; Grossmann, B.; Kuhn, J.; Kurth, B. M.; Moebus, S.; Philipsborh, P. von; Pospiech, S.; Matusall, S. (2019): Health in All Policies – Entwicklungen, Schwerpunkte und Umsetzungsstrategien für Deutschland. Berlin

Ghosh-Dastidar, B.; Cohen, D.; Hunter, G.; et al. (2014): Distance to store, food prices, and obesity in urban food deserts. In: American Journal of Preventive Medicine; 47(5): 587–595

GKV-Spitzenverband (2020). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/Leitfaden_Praevention_2020_barrierefrei.pdf; zuletzt abgerufen am 21. 5. 2021

Globalrichtlinie »Rahmenprogramm Integrierte Stadtteilentwicklung« (RISE). <http://www.hamburg.de/contentblob/3669796/data/globalrichtlinie-rahmenprogramm-integrierte-stadtteilentwicklung.pdf>; zuletzt abgerufen am 21. 4. 2016

Hanefeld, C.; Haschemi, A.; Lampert, T.; et al. (2018): Social Gradients in Myocardial Infarction and Stroke Diagnoses in Emergency Medicine. In: Dtsch Arztebl Int; 115(4): 41–48

Jacobi, F.; Höfler, M.; Strehle, J.; et al. (2014): Mental disorders in the general population. In: Der Nervenarzt; 85(1): 77–87

Jordan, S.; Lipe, E. von der; Hagen, C. (2011): Verhaltenspräventive Maßnahmen zur Ernährung, Bewegung und Entspannung. In: Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: 23–33

Kaba-Schönstein, L. (2011): Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und -strategien. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?id=angebote&idx=200>; zuletzt abgerufen am 2. 5. 2016

Kalter, B.; Dauter, M. (2015): »Q8 – Quartiere bewegen« Fallstudie altonavi: Auswertung der Dokumentationsunterlagen der altonavi-Mitarbeiter/innen zu den Inhalten und Ergebnissen ihrer Arbeit mit einem besonderen Fokus auf den Zeitraum 1. 1. – 31. 3. 2015. Essen

Klein, J.; Knesebeck, O. von dem (2018): Soziale Unterschiede in der ambulanten und stationären Versorgung. Ein Überblick über aktuelle Befunde aus Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt; 59: 238–244

Klein, J.; Knesebeck, O. von dem (2021): Soziale Unterschiede in der ambulanten und stationären Versorgung. Ein Überblick über aktuelle Befunde aus Deutschland. In: Deizner, R.; Knesebeck, O. von dem (Hrsg.): Online Lehrbuch der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie

Kommunale Spitzenverbände und gesetzliche Krankenversicherung (2013): Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune

Kruse, A.; Schmitt, E. (2016): Soziale Ungleichheit, Gesundheit und Pflege im höheren Lebensalter. In: Bundesgesundheitsblatt; 59: 252–258

Lampert, T.; Hoebel, J. (2019): Sozioökonomische Unterschiede in der Gesundheit und Pflegebedürftigkeit älterer Menschen. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz; 62(3): 238–246

Lampert, T.; Hoebel, J.; Kuntz, B.; Fuchs, J.; Scheidt-Nave, C.; Nowossadeck, E. (2016): Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. GBE kompakt. In: RKI; 7(1)

Lampert, T.; Kroll, L. E.; Dunkelberg, A. (2007): Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. In: Bundeszentrale für politische Bildung (BPB); 42: 11–18

Lampert, T.; Kuntz, B. (2015): Gesund aufwachsen. Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? GBE kompakt 1-2015. In: GBE kompakt; 6(1): 1–22.

Loss, J.; Eichhorn, C.; Gehlert, J.; Donhauser, J.; Wise, M.; Nagel, E. (2007): Gemeindenahe Gesundheitsförderung. Herausforderung an die Evaluation. In: Das Gesundheitswesen; 69(2): 77–87

Maas, J. (2008): Vitamin G: Green environments – healthy environments. Utrecht: Nivel

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, GKV-Spitzenverband (2014): Präventionsbericht 2014

Meijer, M. (2013): Neighbourhood Context and Mortality: An Overview. In: Stock, C., Ellaway, A. (Hrsg.): Neighbourhood Structure and Health Promotion. Boston, MA: Springer US: 11–37

Nickel, S.; Süß, W.; Trojan, A. (2013): Messung der Kapazitätsentwicklung als Ansatz für Quartiersbeteiligung: Erfahrungen aus einem Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramm in Hamburg. In: Prävention und Gesundheitsförderung; 8(3): 163–170

Oertel, A. (2013): Q8-Quartiere bewegen. http://www.q-acht.net/fileadmin/user_upload/Z_Downloads/20130607_Q8_Broschu__re.pdf; zuletzt abgerufen am 21. 4. 2016

Optimedis AG (2015): Entwicklungs- und Handlungskonzept für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung in Billstedt und Horn. Kleinräumige Analyse der Bedarfssituation. Hamburg

Partizipative Qualitätsentwicklung. <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de>; zuletzt abgerufen am 15. 3. 2021

Rattay, P.; Butschalowsky, H.; Rommel, A.; et al. (2013): Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz; 56(5–6): 832–844

Robert Koch-Institut (RKI) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gemeinsam getragen von RKI und Destatis (Robert Koch-Institut)

Robert Koch-Institut (RKI) (2016): Sozialer Status und soziale Ungleichheit. Studie GEDA 2010 (Erhebung 2009–2010). In: RKI. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Sozialer_Status/sozialer_status_node.html; zuletzt geprüft am 18. 5. 2021

Rommel, A.; Bretschneider, J.; Kroll, L. E.; Prütz, F.; Thom, J. (2017): Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen. Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. In: Journal of Health Monitoring; 2(4): 3–23

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Gutachten 2007 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Schneider, L. P. (2020): Bluthochdruck trotz Behandlung? Einfluss des sozioökonomischen Status (SES) auf den Blutdruck unter Berücksichtigung der Medikation. Dissertation

Schneider, S.; Gruber, J. (2013): Neighbourhood deprivation and outlet density for tobacco, alcohol and fast food: first hints of obesogenic and addictive environments in Germany. In: Public Health Nutrition; 16(7): 1168–1177

- Schott, T.; Kuntz, B. (2011): Sozialepidemiologie: Über die Wechselwirkungen von Gesundheit und Gesellschaft. In: Schott, T.; Hornberg, C. (Hrsg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit: 20 Jahre Public Health in Deutschland; Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss: 159–171
- Swart, E.; Ihle, P.; Gothe, H.; Matusiewicz, D. (Hrsg.) (2014): Routinedaten im Gesundheitswesen. 2., überarb. Auflage. Bern: Hans Huber
- Triguero-Mas, M.; Dadvand, P.; Cirach, M.; et al. (2015): Natural outdoor environments and mental and physical health: relationships and mechanisms. In: *Environment International*; 77: 35–41
- Trojan, A.; Süß, W.; Lorentz, C.; Nickel, S.; Wolf, K. (2013): Quartiersbezogene Gesundheitsförderung. Umsetzung und Evaluation eines integrierten lebensweltbezogenen Handlungsansatzes. Weinheim, Basel: Juventa
- Völker, M. T.; Jahn, N.; Kaisers, U.; Laudi, S.; Knebel, L.; Bercker, S. (2016): Soziale Aspekte von Einsätzen im Rettungsdienst. In: *ProCare*; 21(1–2): 14–23
- Vonneilich, N.; Knesebeck, O. von dem (2018): Sozialepidemiologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Haring, R. (Hrsg.): *Gesundheitswissenschaften*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg: 37–47
- WHO (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf; zuletzt abgerufen am 23.3.2021
- WHO (2013): The Helsinki Statement on Health in All Policies: The 8th Global Conference on Health Promotion. Helsinki
- WHO (2015): Der Europäische Gesundheitsbericht: Der Blick über die Ziele hinaus – neue Dimensionen der Evidenz
- Wooock, K.; Busch, S. (2021): Sind vor dem Virus alle gleich? Gerechte Gesundheitsversorgung in der Krise. In: *Sozialer Fortschritt*. Im Erscheinen
- World Health Organization (1986): Ottawa Charta for Health Promotion. <http://www.euro.who.int/de/who-we-are/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
- Wright, M. T.; Unger, H. von; Block, M. (2010). Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Wright, M. T. (Hrsg.), *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Hans Huber: 35–52

»Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.«

Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986

Immer mehr Menschen leben in Städten – für diesen Trend ist noch lange keine Umkehr in Sicht. Städtische Wohnquartiere werden daher für die Gesundheit von Menschen immer bedeutsamer.

»Gesunde Quartiere« untersucht beispielhaft die gesundheitliche Lage in ausgewählten Stadtquartieren Hamburgs aus einer interdisziplinären Perspektive. Insbesondere sozial benachteiligte Stadträume werden mit in den Blick genommen und hinsichtlich ihrer Potenziale und Limitationen reflektiert. Zudem stellt es konkrete Ansätze zur Gesundheitsförderung in sozial benachteiligten Quartieren vor, die mit der Beteiligung der Anwohner*innen entwickelt und umgesetzt wurden, und reflektiert deren Möglichkeiten und Schwierigkeiten insbesondere unter den Bedingungen der Corona-Pandemie.