Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung

Gesunde Lebenswelten schaffen

Heft 1

Bundesministerium für Gesundheit

IN FORM
Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Kooperationsverbund
GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Aktiv werden für Gesundheit –
Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung
Heft 1

Herausgeber:
Gesundheit Berlin-Brandenburg
Friedrichstraße 231, 10969 Berlin
Tel. 030 / 44 31 90 60
E-Mail: post@gesundheitbb.de

Autorinnen und Autoren:
Carola Gold, Stefan Bräunling (V.i.S.d.P.), Prof. Dr. Raimund Geene, Holger Kilian,
Ute Sadowski, Andrea Weber

Die Arbeitshilfen wurden entwickelt im Rahmen des bundesweiten Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit.
Der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit wurde 2003 auf Initiative der BZgA gegründet und wird maßgeblich durch die BZgA getragen.
Ihm gehören aktuell 61 Partnerorganisationen an.

Geschäftsführung des Kooperationsverbundes: Gesundheit Berlin-Brandenburg

Die Erstellung der 4. Auflage der Arbeitshilfen wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gefördert.

Wir danken allen Personen und Organisationen, die für die Arbeitshilfen Material zur Verfügung gestellt haben.

Umschlag- und Heftgestaltung:
Connye Wolff, Berlin · www.connye.com

© 4., aktualisierte Auflage 2014
Gesundheit Berlin-Brandenburg
Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Genehmigungen für die Wiedergabe auch längerer Inhaltspassagen oder ganzer Kapitel werden gern gewährt. Der Herausgeber bittet dann um Zusendung eines Belegexemplares.
ISBN 978-3-939012-19-1

Bildnachweis:
S. 3, www.pixelio.de, Stephanie Hofschläger
S. 4, www.pixelio.de, Claudia Hautumm
S. 6, www.pixelio.de, Lea M.
S. 9, www.pixelio.de, jean jannon
S. 10, Gesundheit Berlin-Brandenburg
S. 11, www.pixelio.de, Silvia Buchner
S. 12, Nahid Zvornicanin
S. 13, www.sxc.hu, Fleur Suijten
S. 16, www.fotolia.de, Ybond
S. 18, www.pixelio.de, Thomas Kujawa
S. 19, www.pixelio.de, Christian Steiner
S. 21, www.fotolia.de, Prod. Numérik

Kommunaler Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“

„Gesund aufwachsen für alle!“

Kommunaler Partnerprozess schafft gesunde Lebenswelten für Kinder und Jugendliche

Die Chancen auf ein gesundes Aufwachsen sind ungleich verteilt

Laut dem Kinderreport 2007 des Deutschen Kinderhilfswerks leben mehr als 2,5 Millionen Kinder in Deutschland in Armut. Und laut der Arbeitsgemeinschaft der Kinder- und Jugendhilfe lebt jeder vierte Jugendliche zwischen 16 und 24 Jahren in materieller Not oder ist davon bedroht.

Armut bedeutet mehr als nur den Verzicht auf materielle Güter: 15 bis 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen aus armen Familien haben schlechtere Gesundheitschancen.

Was muss getan werden, damit alle Kinder und Jugendlichen die gleichen Gesundheitschancen haben?

Als Antwort auf diese Frage hat der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit Handlungsempfehlungen erarbeitet, wie die Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen nachhaltig zu verbessern sind.

Kurz gesagt: In den Gemeinden, Städten und Kreisen werden zur Unterstützung integrierte Strategien und Maßnahmen entwickelt, die ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen und die Unterstützung ihrer Familien ermöglichen.

Kommunaler Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“

Auf dem Weg zu einer besseren Gesundheitsstrategie haben zahlreiche Kommunen erkannt, dass Familien, Kinder und Jugendliche in schwieriger sozialer Lage besonders unterstützt werden müssen.

Die Umsetzung der Empfehlungen in den Kommunen und der gemeinsame Erfahrungsaustausch darüber stehen im Mittelpunkt des kommunalen Partnerprozesses.

Wie können kommunale Gesundheitsstrategien gelingen?

Vernetzen und Verbinden sind die Schlüssel für eine erfolgreiche Gesundheitsstrategie. An dieser Stelle sei die „Präventionskette“ genannt. Hier werden speziell zugeschnittene Formen der Zusammenarbeit entwickelt, die von der Schwangerschaft bis zum Übergang in das Berufsleben die Menschen fördern und begleiten.

Diese Gesamtkonzepte sind notwendig, um Armutsfolgen zu vermeiden. Gesundheitsförderung und Prävention werden zum Bestandteil jeder Lebensphase, jeden Überganges und tragen maßgeblich zur Verbesserung der Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen bei.

Gesund aufwachsen für alle!
PARTNERPROZESS
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Wer nimmt am kommunalen Partnerprozess teil?

Mit dem Jahrestreffen des Kooperationsverbundes im November 2011 startete der Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“ offiziell mit ersten teilnehmenden Kommunen. Seitdem schließen sich laufend weitere an. Von kreisfreien und kreisangehörigen Städten und Gemeinden über Stadtbezirke und Landkreise bis hin zum Stadtstaat konnten bereits die unterschiedlichsten Kommunalstrukturen für die Zusammenarbeit gewonnen werden.

Die sieben Handlungsempfehlungen „Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen nachhaltig verbessern!“ finden Sie unter *www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/partnerprozess/handlungsempfehlungen*.

Kommunaler Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“

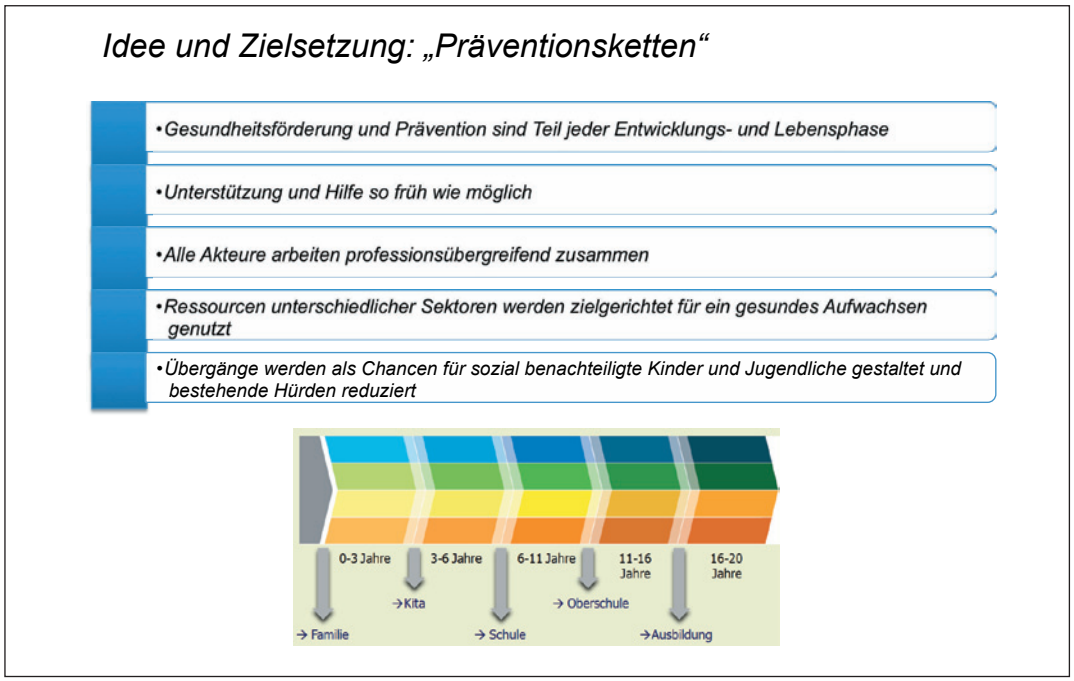


Abbildung 1: Idee und Zielsetzung der „Präventionsketten“ (eigene Darstellung)

Wer unterstützt den Partnerprozess?
Der Partnerprozess wird von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), den kommunalen Spitzenverbänden Deutscher Städtetag, Deutscher Städte- und Gemeindebund sowie Deutscher Landkreistag, dem Gesunde-Städte-Netzwerk, der Techniker Krankenkasse, den Partnern im Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit und den Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit in den Bundesländern unterstützt.

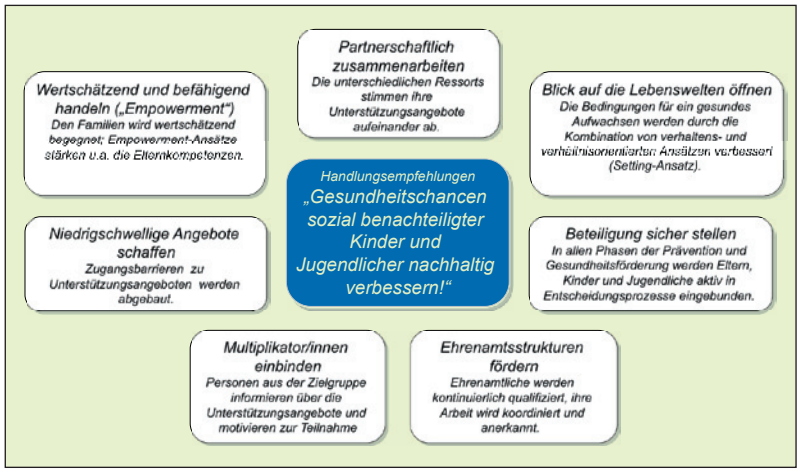


Abbildung 2: Handlungsempfehlungen des Kooperationsverbundes (eigene Darstellung)

Was bietet der bundesweite Kooperationsverbund?
Als Zusammenschluss aller relevanten Institutionen und Organisationen in der sozial-lagenbezogenen Gesundheitsförderung bietet der bundesweite Kooperationsverbund den fachlichen Rahmen. Darüber hinaus bildet der Verbund die Schnittstelle zwischen Praxis, Wissenschaft und politischer Entscheidungsebene. Mit seinem modernen Wissensmanagement und Möglichkeiten zum fachlichen Austausch – von der kommunalen bis hin zur Bundesebene – gestaltet er den Partnerprozess transparent und attraktiv.

Weitere Informationen zum Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“ finden Sie unter *www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/partnerprozesspartnerprozess*.

Kapitel 1 – Was ist Gesundheit?

In den Quartieren der Sozialen Stadt entsteht vieles, was sich positiv auf die Gesundheit der Bewohner auswirkt. In Bremen-Osterholz-Tenever ermöglicht z.B. eine Kinder- und Jugendfarm ein gemeinschaftliches Naturerlebnis als Kontrast zur gebauten Umwelt. In Köln-Kalk entstand in einem alten Industriegebiet eine Abenteuerhalle für Jugendliche und junge Erwachsene. In Velten-Süd wurde in einer alten Grundschule ein Bürgerhaus errichtet, das soziale Angebote bündelt.

Und dennoch hieß es im Statusbericht 2008 zum Programm soziale Stadt „Wenngleich hinlänglich bekannt ist, dass Armut und soziale Benachteiligung ein erhebliches Gesundheitsrisiko darstellen, werden Soziale Stadt und Gesundheitsförderung immer noch zu selten in Verbindung gebracht. Gesundheitsförderung und die Bewältigung armutsbedingter Gesundheitsprobleme spielen in den Quartieren nach wie vor eine untergeordnete Rolle. Eine Stärkung dieses Handlungsfelds erscheint daher weiterhin nötig.“ Und in der Rangliste der Handlungsfelder belegte das Thema Gesundheit nur einen schwachen 19. Platz (Bundestransferstelle Soziale Stadt, 2008, S. 32).

Definition Prävention

„(Primär[1])Prävention bezeichnet die Verminderung von (Teil-)Ursachen bestimmter Erkrankungen oder von Krankheit überhaupt. Das Ziel ist die Senkung von Eintrittswahrscheinlichkeiten oder Inzidenzraten[2]“ *(Rosenbrock, 2004, S. 27).*

Definition Gesundheitsförderung

„Seit der Ottawa-Charta der WHO bezeichnet Gesundheitsförderung Prozesse, die Individuen oder Zielgruppen zu mehr Selbstbestimmung über ihre Gesundheit verhelfen“ *(Rosenbrock, 2004, S. 28).*

Wird von Gesundheit gesprochen, so denken die meisten erst einmal an Krankheit und medizinische Versorgung. Und „Gesundheit“ wird oft erst dann zu einem Thema, wenn ein Mensch erkrankt oder etwas nicht mehr wie gewohnt funktioniert.

Die Weltgesundheitsorganisation WHO geht dagegen von einem positiven Verständnis von Gesundheit aus. Gesundheit ist danach ein „Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“ (Gesundheitsdefinition der WHO von 1948).

Unter Gesundheit, die sich über Wohlbefinden definiert, können Menschen, je nach Sichtweise, auch sehr unterschiedliche Dinge verstehen. Ältere Menschen definieren Gesundheit mehr als Ganzheit, Integrität, innere Stärke und Fähigkeit den Alltag zu bewältigen, Jüngere mehr in Richtung Fitness, Energie und Stärke (Naidoo und Wills, 2010).

Auch kulturell bedingt kann es Unterschiede im Verständnis von Gesundheit geben. Gerade ältere Migrantinnen und Migranten verbinden ihr Wohlbefinden sehr stark mit der Situation anderer Familienmitglieder und Bekannter.
Um Menschen für das Thema Gesundheit zu gewinnen und mit ihnen die Voraussetzungen für ihre Gesundheit zu verbessern ist es deshalb wichtig, diese unterschiedlichen Sichtweisen zu berücksichtigen.

1 Unter Sekundärprävention wird die Entdeckung von symptomlosen, aber biomedizinisch eindeutigen Frühstadien einer Erkrankung und die dadurch ermöglichte erfolgreiche Frühtherapie verstanden. Tertiärprävention bezieht sich auf die bereits manifeste Erkrankung. Es soll z.B. die Verschlimmerung der Erkrankung verhindert werden. (nach Rosenbrock, 2004, S. 27)

2 Inzidenzraten geben Hinweise auf die Anzahl von Neuerkrankungen.

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen."

Ottawa-Charta der WHO, 1986

In der Ottawa-Charta der WHO (1986) wurden fünf Aktionsstrategien formuliert:

- „Schaffung gesundheitsförderlicher Lebens- und Arbeitswelten", d.h. die sozialen und ökologischen Umweltbedingungen müssen im Interesse der Gesundheit der Menschen gestaltet sein
- „Befähigung zu gesundheitsförderlichem Handeln" und
- „Stärkung entsprechender Gemeinschaftsinitiativen", also den Menschen die Möglichkeit zur aktiven Gestaltung ihrer Gesundheitsbedingungen eröffnen und soziale Netzwerke zur gegenseitigen Unterstützung aufbauen und stärken
- „Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik", d.h. Gesundheitsförderung als Leitbegriff der Gesundheitspolitik und Querschnittsaufgabe aller Politikfelder
- „Neuorganisation der Gesundheitsdienste"

(nach Geene, 2003, S. 39)

In der Prävention geht es darum, die Chancen auf Gesundheit durch Stärkung von Ressourcen und Senkung von Gesundheitsbelastungen zu verbessern. Insbesondere der Prozess der Ressourcenstärkung ist eng mit der Gesundheitsförderung verbunden. Gesundheit ist dann Ergebnis der gelungenen Balance zwischen Gesundheitsbelastungen und Gesundheitsressourcen, Krankheit steht für eine missglückte Balance.

Gesundheitsressourcen werden im Hinblick auf Krankheitsvermeidung benötigt,

- um die physischen bzw. psychischen Bewältigungsmöglichkeiten von Gesundheitsbelastungen zu erhöhen
- um die individuellen Handlungsspielräume zur Überwindung gesundheitlich belastenden Verhaltens zu vergrößern
- um Handlungskompetenz für die Gestaltung der Strukturen zu entwickeln bzw. freizusetzen, die
  - entweder direkt die Gesundheit oder
  - die Gesundheit belastendes Verhalten begünstigen.

(Rosenbrock, 2008, S. 13)

Gesundheitsbelastungen sind z.B.	Gesundheitliche Ressourcen sind z.B.
• chemische, physikalische und biologische Belastungen • belastender Stress • körperliche und seelische Überlastungen • geringe Verhaltensspielräume • schlechte Ernährung • Rauchen • Bewegungsmangel • soziale Isolation	• Selbstbewusstsein • Kompetenzen • Information • Bildung • Handlungswissen • Einkommen • angemessene Partizipation • Verhaltensspielräume • Unterstützung durch soziale Netze • Erholung

Kapitel 2 – Gesundheitschancen sind ungleich verteilt

Gesundheitschancen sind in unserer Gesellschaft ungleich verteilt. Angehörige des unteren Fünftels der Gesellschaft tragen in jedem Lebensalter statistisch betrachtet ein mindestens doppelt so hohes Risiko, ernsthaft zu erkranken oder vorzeitig zu sterben wie Angehörige des oberen Fünftels. So werden Männer der höchsten Einkommensgruppe durchschnittlich zehn Jahre älter als die der niedrigsten (Mielck, 2005; Lampert, Kroll & Dunkelberg, 2007).

Soziale Benachteiligung erzeugt Ungleichheit in Gesundheitschancen. Dabei kommen sowohl materielle Ursachen als auch psychosoziale Faktoren zum Tragen. Von Geburt an summieren sich die größeren Gesundheitsbelastungen durch schlechtere Lebensbedingungen und riskanteres Gesundheitsverhalten.

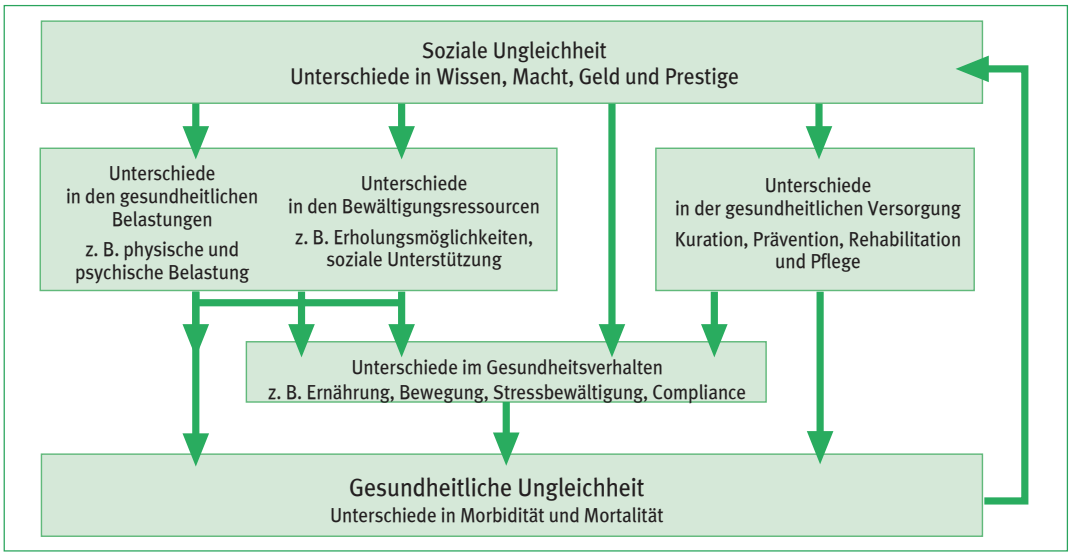


Abbildung 3: Der Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit. (nach Mielck, 2000, S. 173)

„Armut, Arbeitslosigkeit und ein niedriger sozioökonomischer Status sind Risikofaktoren, die die Entstehung bzw. Intensivierung von Suchtproblemen begünstigen. Aufwachsen in Armut ist ein Risikofaktor, der beispielsweise den Einstieg in das Rauchen bereits im Alter von 11 bis 15 Jahren deutlich begünstigt und damit wahrscheinlich auch das Abhängigkeitsrisiko erhöht. Als ursächlich für die stärkere Verbreitung des Tabakrauchens werden die insbesondere bei armen Kindern gehäuft auftretenden Probleme, wie z. B. geringes Selbstwertgefühl, Stressbelastungen in Familie und Schule sowie Beeinträchtigungen in der Bewältigung jugendtypischer Entwicklungsaufgaben angesehen. Starke Unterschiede in den Tabakprävalenzen bestehen auch in allen Altersklassen der Erwachsenen, wenn nach Einkommen und Erwerbsstatus differenziert wird. In der Arbeitswelt ist vor allem bei monotonen Arbeitsabläufen, hohem Zeitdruck, restriktiven Vorgesetztenverhalten oder geringen Handlungs- und Entscheidungsspielräumen mit einer erhöhten Anfälligkeit für das Rauchen zu rechnen."

3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, 2008, S. 223

Im Rahmen der Berliner Gesundheits- und Sozialberichterstattung 2008 wurden für die Berliner Bezirke verschiedenste Sozialindexe berechnet. Die zur Berechnung des Sozialindexes 2003 verwendeten 25 Indikatoren, wurden 2008 auf 64 Indikatoren erweitert. Im Zuge dessen wurde der 2003 noch allgemein gefasste Sozialindex in die Sozialindexe I, II und den Statusindex aufgespaltet. In den Sozialindex I, vergleichbar mit dem Sozialindex von 2003, fließen Faktoren wie Arbeitslosigkeit, Leistungsempfang nach SGB II und XII, Berufsbildung, Armuts- und Einkommenslage, Anteile von Kindern unter 6 Jahren, Wohnlage, Wanderungsvolumen und Indikatoren des Gesundheitszustandes ein. Der Sozialindex II ist geprägt von Indikatoren wie der Art des Beschäftigungsverhältnisses und der Arbeitslosigkeit. Er wird als Gradmesser für die Vorstufe verfestigter sozialer Probleme gesehen.

Der Statusindex berücksichtigt Faktoren wie Bildung, Wanderungsbewegung, geringe Haushaltsgröße und Erwerbsstruktur (Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, 2008).

Der mit Hilfe der oben genannten Indikatoren errechnete Sozialindex I korreliert stark mit der allgemeinen vorzeitigen Sterblichkeit vor dem 65. Lebensjahr (Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, 2008, S. 211). Diesen Zusammenhang veranschaulicht die untere Grafik. Ist der Sozialindex I hoch, wie in Steglitz-Zehlendorf, so liegt die vorzeitige Sterblichkeit weit unter dem Berliner Durchschnitt. Mit abnehmendem Sozialindex I nimmt die vorzeitige Sterblichkeit stärker zu.

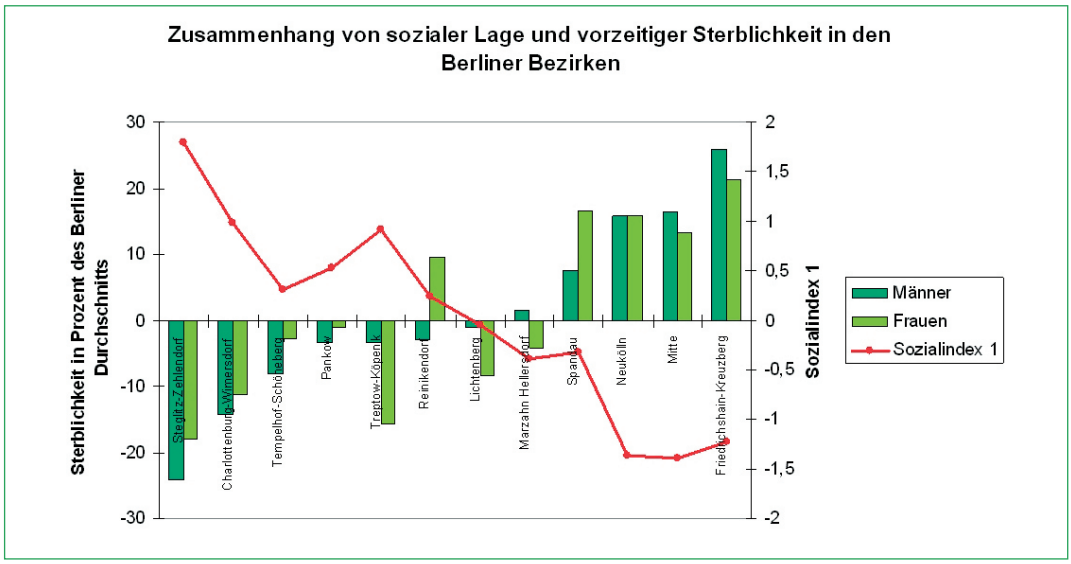


Abbildung 4: Diese Grafik wurde an Hand von Daten des Sozialstrukturatlasses 2008 der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz zu vorzeitiger allgemeiner Sterblichkeit (S. 209) und zum Sozialindex I (S. 257) erstellt.

Kapitel 3 – Welche Faktoren beeinflussen Gesundheit?

Viele soziale Faktoren, die Gesundheit belasten (z.B. Umweltverschmutzung, Arbeitslosigkeit), können im Stadtteil kaum geändert werden. Dennoch kann Gesundheitsförderung im Stadtteil die Gesundheitschancen der Menschen positiv beeinflussen.

Wird ein gesundheitsförderliches Angebot geplant, so ist es wichtig zu bestimmen, welche Faktoren in Bezug auf Gesundheit verändert werden sollen. Geht es bei dem Projekt z.B. um ein anderes Verhalten, sollen gesundheitliche Belastungen im Stadtteil gesenkt werden oder sollen Rahmenbedingungen so gestaltet werden, dass die Bedingungen für ein gesundheitsförderliches Verhalten im Alltag verbessert werden?

Gesundheit und Wohlbefinden hängen von einer Vielzahl von Faktoren ab. Abgesehen von Alter, Geschlecht und Erbanlagen sind die meisten dieser Faktoren beeinflussbar. Margret Whitehead und Göran Dahlgren (1991) haben die verschiedenen Ebenen dargestellt, auf denen diese Faktoren wirken:

- die persönlichen Verhaltens- und Lebensweisen (erste Ebene)
- die Unterstützung und Beeinflussung durch das soziale Umfeld (zweite Ebene)
- die Lebens- und Arbeitsbedingungen (dritte Ebene)
- die wirtschaftlichen, kulturellen und physischen Umweltbedingungen (vierte Ebene)

In der Gesundheitsförderung und Prävention werden zwei Zielrichtungen unterschieden:

- Maßnahmen, die individuelle Faktoren verändern sollen, z.B. Kurse für gesundes Ernährungsverhalten oder Raucherentwöhnung, werden als **verhaltensbezogen** bezeichnet.
- Maßnahmen, die Faktoren verändern sollen, die von außen auf das Individum einwirken, werden als **verhältnisbezogen** bezeichnet.

Die verschiedenen Schichten werden jedoch nicht isoliert betrachtet, sie beeinflussen sich wechselseitig. So haben beispielsweise die Arbeits- und Lebensbedingungen oder die sozialen Netzwerke auch Einfluss auf individuelle Lebensweisen.

Die Weltgesundheitsorganisation hat unter dem Begriff „soziale Determinanten“ von Gesundheit die zentralen Aspekte in den Lebens- und Arbeitsbedingungen und der Lebensweise herausgearbeitet, durch die die Gesundheit der Menschen bestimmt wird. Die folgende Tabelle erläutert, welche sozialen Bedingungen (Determinanten) die Gesundheit beeinflussen und nennt einige Beispiele wie sie sich im Quartier auswirken können. Die Tabelle kann auch als Checkliste genutzt werden, um positive oder negative Faktoren im Stadtteil zu identifizieren.

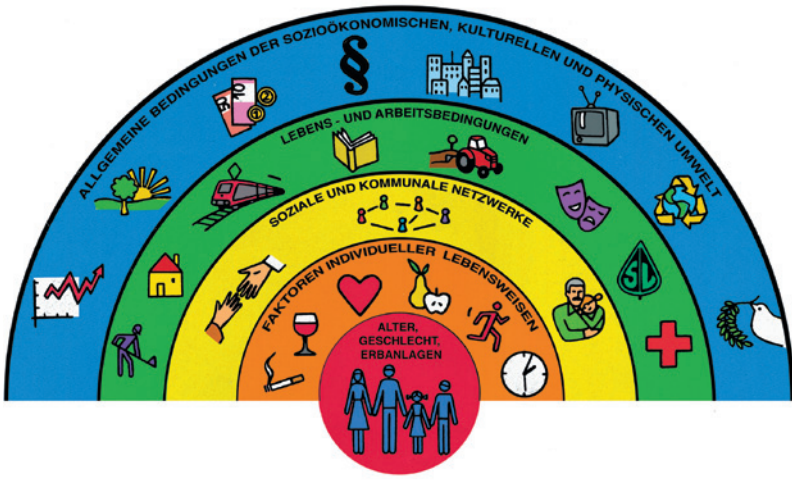


Abbildung 5: Einflussfaktoren auf die Gesundheit: das Regenbogen-Modell nach Whitehead und Dahlgren
(Darstellung: Fonds gesundes Österreich, www.fgoe.org)

Kapitel 3 – Welche Faktoren beeinflussen Gesundheit?

Soziale Determinanten für Gesundheit im Stadtteil

Soziale Determinanten	Kurzerklärung	Wie macht sich dies im sozial benachteiligten Stadtteil bemerkbar?
Soziales Gefälle	Unterschiedliche Formen von Benachteiligung (sozial, wirtschaftlich) treffen tendenziell immer die gleichen Personengruppen und summieren sich im Laufe des Lebens	*z.B. besonders stigmatisierte Wohnquartiere im Stadtteil, Wohnungsstandard, Anteil Bezieherinnen und Bezieher von Transferleistungen*
Verkehr	Straßen und Kreuzungen, Verkehrsaufkommen, ggf. Probleme für kleine Kinder und ältere Menschen, sich eigenständig in ihrem Wohnumfeld zu bewegen	*z.B. Lärm, Luftverschmutzung, Unfälle, Durchfahrtsstraßen, fehlende Fußgängerüberwege und Radwege*
Umwelt	Luft, Geräusche, Stadtbild, Wohnstruktur	*z.B. Brachflächen, Versiegelungsgrad, fehlende Grünflächen, fehlende Flächen für Spiel und Bewegung, Lärm, Luftverschmutzung*
Stress	Psychosoziale Risiken (Sorgen, Unsicherheit, mangelnde Mitbestimmung usw.) führen langfristig zu physiologischen Reaktionen (Bluthochdruck, Herzinfarkt usw.)	*z.B. Menschen, die apathisch, ungepflegt, gereizt, alkoholisiert oder vereinsamt in der Öffentlichkeit wirken, Angst*
Soziale Ausgrenzung	Not, Verbitterung durch Armut, soziale Ausgrenzung und Diskriminierung wirken sich lebensverkürzend aus.	*z.B. Einsamkeit, Altersdepression, häusliche Gewalt, Vandalismus, Kriminalität, Erscheinungsformen von Rassismus und Rechtsradikalismus*
Soziale Unterstützung	Integration, Netzwerke	*z.B. Stadtteilvereine, Nachbarschaftszentren, Gesundheitsangebote, soziale Netzwerke, kulturelle Angebote, „Szenen“ und „Communities“, Treffpunkte, Feste*
Arbeit	Arbeit und sinnvolle Betätigungen als besonders bedeutende Gesundheitsressource. Stress am Arbeitsplatz erhöht das Krankheitsrisiko.	*z.B. Krankenstand, „Nischenarbeitsplätze“ für Menschen, die den zunehmenden Anforderungen des Arbeitsplatzes und -marktes nicht gewachsen sind*
Arbeitslosigkeit	Unsicherheit, Statusverlust als Krankheitsrisiko	*z.B. Arbeitslosenquote*
Sucht	Suchtprobleme als zusätzlicher Stressor für den Einzelnen und für den Stadtteil	*z.B. öffentlicher Konsum von Alkohol und illegalen Drogen, Flaschen und Spritzen in Grünanlagen und Spielplätzen, Verletzungen und Infektionen, Belästigungen durch Dealer*
Bedingungen für Babys und Kinder	Grundlagen der Gesundheit werden in früher Kindheit gelegt. Unter mangelhaften Bedingungen erhöht sich das Risiko einer lebenslangen schlechten Gesundheit.	*z.B. Armut in Familien, beengter, unsanierter Wohnraum, Verkehrsaufkommen, Anzahl und Zustand der Kinderspielplätze, hungrige, verhaltensauffällige Kinder in Kindertagesstätte und Schule, Unfallhäufigkeit, Anteil Alleinerziehender, sozial isolierte Familien*

(nach Wilkinson und Marmot, 2004)

„Nicht einfach materielle Armut ist gesundheitsschädigend. Der soziale Sinn, der Armut, Arbeitslosigkeit, Ausgrenzung und anderen Stigmatisierungen beigemessen wird, ist einfach wichtig.

Als soziales Wesen benötigen wir nicht nur gute materielle Bedingungen, sondern auch von Kindheit an das Gefühl, geschätzt und gemocht zu werden. Wir brauchen Freunde, wir brauchen menschliche Gesellschaften, wir müssen uns nützlich fühlen und wir müssen ein wesentliches Maß an Entscheidungsbefugnissen über eine sinnvolle Arbeit haben. Sonst sind wir anfälliger für Depression, Drogenkonsum, Angst, Feindseligkeit und Hoffnungslosigkeit mit entsprechenden Folgen für die körperliche Gesundheit."

Richard Wilkinson & Michael Marmot, 2004, S. 9

Menschen in schwieriger sozialer Lage sind aufgrund ihrer Lebenssituation vielfach großen Belastungen ausgesetzt, z.B. Arbeitslosigkeit, geringes Einkommen, schwierige Wohnsituation, und verfügen gleichzeitig oftmals nicht über ausreichende Ressourcen und Kompetenzen zu deren Bewältigung, z.B. Unterstützung durch soziale Netzwerke, Angebote professioneller Unterstützung oder die Kompetenz, diese zu nutzen.

Dies trifft insbesondere zu für

- Personen mit niedrigem Einkommen (z.B. Empfängerinnen und Empfänger von Hartz IV-Leistungen),
- Personen mit niedrigem beruflichem Status (z.B. ungelernte Arbeiterinnen und Arbeiter),
- Personen mit niedriger Schulbildung (z.B. ohne qualifizierten Schulabschluss) und
- spezifische Zielgruppen wie Obdachlose, Suchtmittelabhängige, Menschen mit Behinderungen.

Aus dem Regenbogen-Modell und der Darstellung der Determinanten für Gesundheit wird neben vielen Schwierigkeiten auch deutlich, dass Gruppen und Einzelpersonen immer auch über die verschiedensten Ressourcen und Potenziale verfügen. Diese werden durch die Gesundheitsförderung gezielt angesprochen. Dabei müssen die Zielgruppen grundsätzlich in die Planung und Entwicklung von Angeboten einbezogen werden. Nur dann können Interventionen nachhaltig zu einer Veränderung des Alltags führen.

Am erfolgversprechendsten sind Interventionen, die nicht nur einzelne Personen ansprechen und ihre Verhaltensweisen zu verändern versuchen, sondern auch ihre Lebenszusammenhänge berücksichtigen. Ein Beispiel hierfür ist der Kurs „Gesund essen mit Freude", der insbesondere den kulturellen Hintergrund von Migrantinnen berücksichtigt.

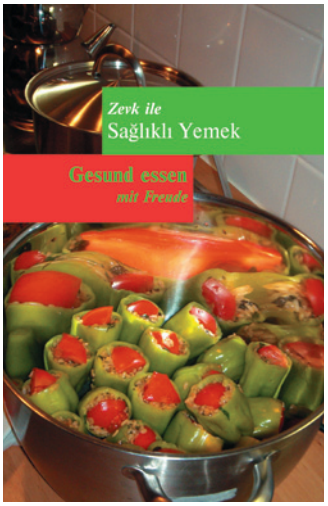
„Gesund essen mit Freude“, Berlin

Im Koch- und Ernährungskurs „Gesund essen mit Freude“ werden die Themen und Praxisteile nach den Interessen und Erfahrungen der teilnehmenden Frauen gestaltet. So kochen die Frauen Gerichte, die sie besonders mögen oder von Hause aus kennen. Gemeinsam mit einer Ernährungsberaterin überlegen sie dabei, wie die Ernährungsgewohnheiten der Familie gesünder gestaltet werden können. Die Gruppe setzt sich so mit ihrem Alltag auseinander, die Erfahrungen der Frauen sind Thema und gemeinsam werden Strategien entwickelt, wie gesundes Ernährungsverhalten im Alltag umgesetzt werden kann. Die Berücksichtigung kulturbedingter Ernährungsgewohnheiten, aber auch die Auseinandersetzung z.B. mit Klischees in der Erziehung oder im Rollenverständnis von Jungen und Mädchen, gehören dazu, damit die neuen Kenntnisse in den Alltag der Familien integriert werden.

Diese Auseinandersetzung gelingt jedoch erst dann, wenn die Frauen Vertrauen in die Gruppe und die Ernährungsberaterin aufgebaut haben. Die partizipative Gestaltung des Angebots ist dafür Voraussetzung.

Der Kurs wurde in Gemeinwesenzentren, Grundschulen, Kindertagesstätten und Volkshochschulen durchgeführt. Leitfaden, Kursmanual und das in den Kursen entstandene Kochbuch sind im Internet verfügbar.

Weitere Informationen zum Projekt „Gesund essen mit Freude“ in der Datenbank *www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/gesund-essen-mit-freude*.



Kapitel 4 – Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier

„Vorbeugen ist besser als Heilen – aus vielen guten Gründen: Prävention kann vermeidbares Leid verhindern. Prävention kann das Leben verlängern. Prävention kann die Lebensqualität steigern. Prävention kann ein produktives und aktives Leben ermöglichen. Prävention kann Spaß machen. Prävention kann den Zusammenhalt in der Gesellschaft fördern. Prävention kann Kosten der Krankenversorgung sparen.“ (Rosenbrock, 2008, S. 7)

Präventionsstrategien können auf verschiedenen Ebenen ansetzen: sie können sich auf das Individuum, auf die Lebenswelt (das Setting) oder die Bevölkerung richten. Und es können unterschiedliche Interventionsstrategien gewählt werden. So kann sich eine Maßnahme auf Information, Aufklärung und Beratung beschränken oder sie schließt die Veränderung gesundheitsbelastender bzw. ressourcenhemmender Faktoren der jeweiligen Umwelt bzw. des jeweiligen Kontextes ein. (nach Rosenbrock, 2004)

	Information, Aufklärung, Beratung	**Beeinflussung des Kontexts**
Individuum	z.B. ärztliche Gesundheitsberatung, Gesundheitskurse	z.B. präventive Hausbesuche
Setting	z.B. Anti-Tabak Aufklärung in Schulen	z.B. betriebliche Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung
Bevölkerung	z.B. „Esst mehr Obst“, „Sport tut gut“, „Rauchen gefährdet die Gesundheit“, „Seid nett zueinander“	z.B. HIV/AIDS-Kampagne, Tempo 130, „rauchfrei“-Kampagne (mit Gesetzgebung zum Passivrauchen)

Abbildung 6: Typen und Arten der Primärprävention (nach Rosenbrock, 2008, S.16)

Hausgemeinschaften beschließen zusammen in der Straße ein Kinderfest zu organisieren. Das Fest wird ein Erfolg, trotz Unterschieden in Kultur und Lebensstil bringen sich viele Nachbarn ein. Aus dem gemeinsamen Feiern entstehen weitere Ideen. Es gibt einen Kreis der Aktiven, die für Kontinuität sorgen, und Unter-stützenden, die sich immer wieder einbringen und auch punktuell Verantwortung übernehmen.

Kapitel 4 – Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier

„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. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. (...) Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten."

Ottawa–Charta der WHO, 1986

Für jede dieser Strategien gibt es zweckmäßige Einsatzfelder. In einer erfolgreichen Strategie in Stadtteil werden individuelle und Setting-Ansätze, d.h. Interventionen bezogen auf die Lebenswelt, aufeinander abgstimmt und es kommen die verschiedenen Maßnahmen (Kontextbeeinflussung und Information, Aufklärung, Beratung) zum Einsatz. Eine besondere Herausforderung stellt im Stadtteil die Beeinflussung der konkreten Lebensbedingungen dar.

„Es ist möglich, als Ausgangspunkt für eine Intervention, die den Kontext Stadtteil verändern soll zunächst eine Nachbarschaft zum Ausgangspunkt zu nehmen und eine gesundheitsförderliche Entwicklung nach dem Setting-Ansatz zu unterstützen. In Abgrenzung zu den Systemen Familie und Gemeinde bieten Nachbarschaften zwei wesentliche Vorteile: erstens sind sie weniger komplex als das sehr große und wenig institutionalisierte Setting des Stadtteils, und zweitens ist die Zugangsbarriere der Privatsphäre, wie sie im Setting Familie sehr ausgeprägt auftritt, weniger stark vorhanden" (Richter und Wächter, 2009).

Gesundheitsförderung hat das Ziel, Prozesse zu initiieren und zu unterstützen, die den Menschen zu mehr Selbstbestimmung über ihre Gesundheit verhelfen. Bei sozial Benachteiligten müssen erfolgreiche Präventionsstrategien auch beinhalten, dass die Menschen die Erfahrung machen, dass sie diese Faktoren positiv beeinflussen können.

Da der Blick auf die Stärkung und Verbesserung der Voraussetzungen für Gesundheit gerichtet ist,

- sind gesundheitsfördernde Ansätze meist krankheitsunspezifisch (also nicht auf die Vermeidung einer konkreten Erkrankung ausgerichtet)
- berücksichtigen und verändern gesundheitsfördernde Ansätze nicht nur das Verhalten der Einzelnen, sondern auch deren Lebens und Arbeitsbedingungen (die „Verhaltenskontexte")
- sind gesundheitsfördernde Ansätze in hohem Maße auf Beteiligung (partizipativ) angelegt.

Ein gesundheitsförderlicher Stadtteil zeichnet sich dadurch aus, dass gemeinsam mit den Bewohnern Ideen für ein gesundes Leben im Stadtteil entwickelt werden. Wege um die Lebensbedingungen so gestalten zu können, dass Gesundheitsbelastungen gesenkt werden (z.B. Stress, Lärm oder Unfallgefahren) und gesundheitsdienliche Ressourcen vermehrt werden (z.B. soziale Netzwerke, Bildung oder Bewegung im Alltag) sollten gemeinsam entwickelt und umgesetzt werden.

Solche Veränderungen der Lebens- und Arbeitsbedingungen haben Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und begünstigen gesundheitsförderliche Lebensweisen.

„Die gesunde Entscheidung zur einfacheren Entscheidung machen" – das ist die große Herausforderung für Prävention und Gesundheitsförderung.

In der Kindertagesstätte wird gemeinsam mit den Kindern das Frühstück vorbereitet; die Eltern organisieren einen Schulkiosk mit einem leckeren und gesunden Angebot: in der Schule gibt es mittags eine ausgewogene Schulverpflegung; bei der Stadtverwaltung wird eine Initiative zur Verbesserung des Radwegesystems angeregt und Fahrrad fahren dadurch erleichtert; attraktive Spielplätze werden mit Kindern geplant und mit Unterstützung der Bewohner gestaltet.

Für den Erfolg der Arbeit in einem Setting, d.h. in der Lebenswelt einer Zielgruppe, ist es wichtig, dass die Zielgruppe selbst in die Problemanalyse und die Lösungsfindung einbezogen wird (Partizipation). Hierbei sollte die Heterogenität der Zielgruppe, also Unterschiede im Geschlecht oder der Kultur berücksichtigt werden (Diversity). Es sollten sowohl individuelle Verhaltensweisen, als auch die Verhältnisse der Lebenswelt in die Analyse einfließen (Ganzheitlichkeit), wobei die Gesundheitsförderung das Ziel aller Beteiligten sein sollte (Integration). Die Arbeit sollte prozessorientiert durchgeführt werden, wobei nach der Situationsanalyse, der Zieldefinition, der Planung und der Durchführung der Maßnahmen die Ergebnisse kontrolliert werden und so wieder zu neuen Zielen und Maßnahmen führen (Projektmanagement).
Einen Überblick dazu gibt die folgende Checkliste.

Checkliste: Kernstrategien der Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Settingarbeit

✓ Einbezug und Beteiligung aller relevanten Gruppen in dem jeweiligen Settingkontext

✓ Prozessorientierung statt vorgegebener fest gefügter Programme. Die Ausgangsbedingungen werden mit allen Beteiligten genau analysiert und darauf aufbauend Maßnahmen entwickelt. Nach Durchführung der Maßnahmen wird der Erfolg bewertet und eine neue Ausgangsanalyse vorgenommen.

✓ Entwicklung integrierter Konzepte statt punktueller Einzelaktionen

✓ Systeminterventionen, die teilweise individuelle Verhaltensweisen, aber auch die Verhältnisse innerhalb des Settings selbst beeinflussen

✓ Verankerung von Gesundheit als Querschnittsanforderung an die Kernroutinen des jeweiligen Settings

(Altgeld, Kolip, 2004; zitiert nach Bundesministerium für Gesundheit, 2010, S.27)

Kapitel 5 – Gesundheitsförderung die ankommt: Der Lebenswelt-Ansatz

Menschen in schwieriger sozialer Lage (z.B. Empfängerinnen und Empfänger von Transferleistungen, Personen mit Migrationshintergrund oder Alleinerziehende) werden über andere Kommunikationskanäle und mit anderen Ansprachestrategien erreicht als sozial besser Gestellte. Durch rein verhaltensbezogene Interventionen, wie z.B. Kursangebote, sind kaum nachhaltige Wirkungen zu erwarten. Information, Aufklärung und Beratung sind Teil von Prävention, aber der Erfolg hängt maßgeblich davon ab, ob der Verhaltenskontext bzw. die konkreten Lebensbedingungen beeinflusst werden (nach Rosenbrock, 2008).

Das „Regenbogen-Modell“ (vergleiche Kapitel 1) veranschaulicht, dass der individuelle Lebensstil stark von den Lebens- und Arbeitsbedingungen und dem sozialen Umfeld bestimmt wird. Der Erfolg gesundheitsfördernder Ansätze ist umso wahrscheinlicher, je mehr von Anfang an auch diese Rahmenbedingungen zum Gegenstand der Intervention werden. Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat hierfür den Begriff des „Setting-Ansatzes“ geprägt. In Deutschland wird auch vom „Lebenswelt-Ansatz“ gesprochen.

Definition Lebenswelt

Der Lebenswelt-Ansatz (Setting-Ansatz) ist eine Kernstrategie der Gesundheitsförderung. Als Lebenswelt (Setting) werden Lebensbereiche verstanden, in denen die Menschen regelmäßig einen großen Teil ihrer Lebenszeit verbringen, z.B. der Arbeitsplatz, die Schule oder das Wohnumfeld (Nachbarschaft). Wichtig bei diesem Ansatz ist, dass er die Menschen immer in enger Verbindung mit ihren Lebenswelten sieht, denn diese haben einen ganz zentralen Einfluss auf die Chance, ein gesundes Leben zu führen. Interventionen nach dem lebensweltlichen Ansatz sind also nicht nur auf gesundheitsrelevantes Wissen, Einstellungen und Handeln Einzelner ausgerichtet (z.B. durch Information und Schulung), sondern gleichzeitig auch auf die Faktoren, die dieses beeinflussen (z.B. Arbeitsbedingungen in Betrieben, gesundheitsbezogene Steuerungskreise in Schulen und Kindertagesstätten oder Bewegungsräume im Stadtteil).

Schulprogramm Fridtjof-Nansen-Schule, Hannover

In der Fridtjof-Nansen-Schule, im sozialen Brennpunkt Hannover-Vahrenheide, wird Gesundheitsförderung umfassend in den schulischen Alltag der Schülerinnen und Schüler sowie der Lehrkräfte integriert. Das zugrunde liegende Programm ist durch stark partizipative Elemente (z.B. Kinderparlament) sowie eine Öffnung des Schulsystems zum Stadtteil gekennzeichnet. Die ganzheitliche Förderung von Mädchen und Jungen, die als durchgängiges Prinzip gilt, beinhaltet die kindgerechte Rhythmisierung des Schulalltags, einige immer leicht verfügbare Bewegungsräume, Freiräume für die Begegnung und Auseinandersetzung mit der Natur und vieles mehr. Ein Steuerungsausschuss sichert die Beteiligung von Lehrenden, Schülerinnen und Schülern sowie Eltern an einem gemeinsamen kontinuierlichen Entwicklungsprozess der gesamten Schule hin zu mehr Gesundheit (Organisationsentwicklung).

Die Öffnung der Schule zum Stadtteil ist durch eine gemeinwesenorientierte Zusammenarbeit mit Institutionen aus dem sozialen Umfeld gesichert worden. Die Schule bietet mit dem Freilichtforum einen zentralen Kommunikationsort nicht nur für Lehrkräfte, Schülerinnen und Schüler, sondern auch für den umgebenden Stadtteil. Das Forum steht Stadtteilinitiativen kostenneutral offen und wird intensiv genutzt. Darüber hinaus sichert die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen – zum Beispiel Gemeindeunfallversicherungsverband, Beratungsstellen, Krankenkassen, Stadtteilforen etc. – die fachliche Einbindung und Weiterentwicklung im Setting.

Weitere Informationen zu diesem Projekt in der Datenbank
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/schulprogramm-fridtjof-nansen-schule

In einem vereinfachten Schema umfassen Interventionen innerhalb der Lebenswelt drei zentrale Aspekte:

- Sie stärken die Kompetenzen und Ressourcen der im Setting lebenden Personen (individuelle Ebene),
- sie entwickeln gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen (Ebene der Strukturbildung) und
- sie binden in diesen Prozess systematisch möglichst viele Personen(gruppen) in deren Lebenswelt ein (Partizipation).

Durch die gleichzeitige Berücksichtigung sowohl der individuellen wie auch der strukturellen Ebene ist die Umsetzung des Lebenswelt-Ansatzes sehr anspruchsvoll. Insbesondere in der Lebenswelt Stadtteil wird die erfolgreiche Umsetzung nur gelingen, wenn viele Akteure an einem Strang ziehen.Dafür können auch bereits etablierte Netzwerke und Foren der Zusammenarbeit genutzt werden.
Das Bund-Länder-Programm Soziale Stadt ist ein zentraler Anknüpfungspunkt. Ursprünglich als ein Ansatz der sozialen Städtebauförderung initiiert, gewinnt die Entwicklung einer sozialen Infrastruktur in den benachteiligten Stadtteilen zunehmend an Bedeutung.

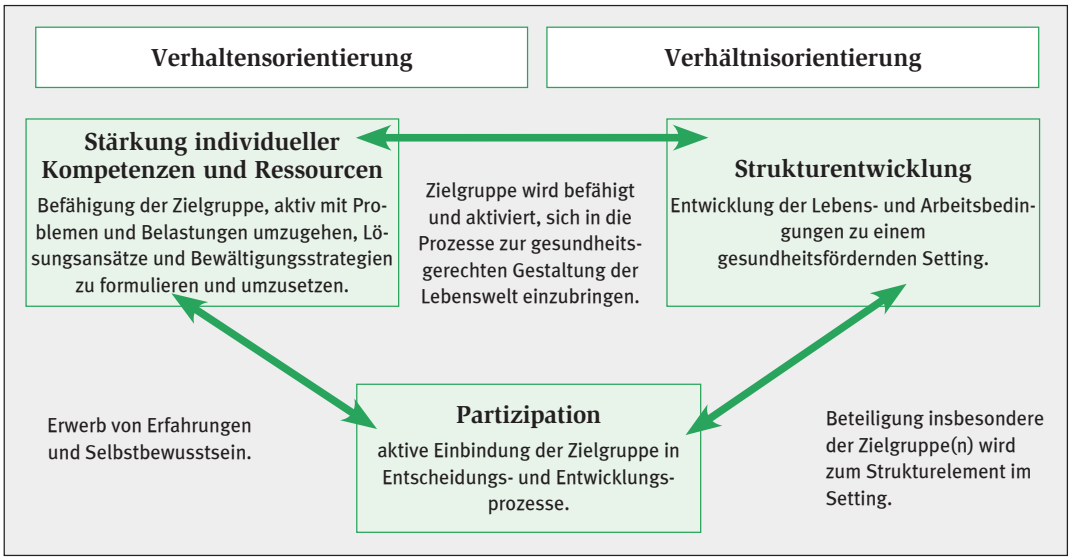


Abbildung 7: Kompetenzstärkung, Strukturentwicklung und Partizipation als zentrale Elemente des Setting-Ansatzes (nach Kilian, Geene & Philippi, 2004)

Die Themen „Gesundheit“ und „Gesundheitsförderung“ finden sich zwar noch immer am Ende der bearbeiteten Themenlisten, aber die Infrastruktur, die seit 1999 bis zum Jahr 2011 inzwischen 603 geförderten Programmgebieten in 374 Gemeinden aufgebaut wurde, bietet beste Voraussetzungen, diese Themen in die zahlreichen Aktivitäten zu integrieren, da sich hier die drei wesentlichen Elemente des Lebenswelt-Ansatzes wiederfinden:

- Das Programm Soziale Stadt wendet sich an sozial benachteiligte Zielgruppen, die den Auswirkungen der sozial bedingten ungleichen Gesundheitschancen in hohem Maße ausgesetzt sind **(individuelle Ebene).**
- Im Programm Soziale Stadt geht es primär um den Aufbau und die Weiterentwicklung der baulichen und sozialen Infrastruktur. Beides hat entscheidende Auswirkungen auf die Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner und bietet gute Ansatzpunkte, diesen Aspekt bei den künftigen Aktivitäten der Arbeit vor Ort zu stärken **(Ebene der Strukturbildung).**
- Ein wichtiges Element der Arbeit im Programm „Soziale Stadt“ ist die Einbindung der Bewohnerinnen und Bewohner der Programmgebiete in strategische Entscheidungen und Einzelprojekte. Auch dieses entspricht dem Basiskonzept von Gesundheitsförderung, das auf die Stärkung von Kompetenzen und Beteiligungsmöglichkeiten der Betroffenen setzt **(Ebene der Partizipation).**

Insbesondere der letzte Punkt, die Beteiligung der Zielgruppen, kann nur gelingen, wenn diese auch in die Lage versetzt werden, sich aktiv einzubringen. Oft wird es notwendig sein, diese Voraussetzungen erst zu schaffen. Dies ist Aufgabe und Ziel des Empowerments, das im nächsten Kapitel vorgestellt wird.

Kapitel 6 – Empowerment in der Gesundheitsförderung

Was ist Empowerment?

Die WHO sieht als Ziel der Gesundheitsförderung einen selbstbestimmten Umgang mit der eigenen Gesundheit. Die Befähigung dazu, die eigenen Bedürfnisse und Forderungen eigenständig zu äußern und alleine oder gemeinsam mit anderen umzusetzen, ist ein zentraler Ansatz der Gesundheitsförderung. Da die Ressourcen hierfür oftmals (noch) nicht vorhanden sind, kommt dem Empowerment – der Ermächtigung/ Befähigung – der Zielgruppen im Rahmen gesundheitsfördernder Interventionen eine zentrale Rolle zu.

Mit Empowerment werden Prozesse bezeichnet, in deren Verlauf Menschen – in der Regel sozial benachteiligte Gruppen – Möglichkeiten und Fähigkeiten gewinnen, ihr Leben eigenverantwortlich zu gestalten. Sie werden dabei unterstützt, ihre Probleme eigenständig zu lösen.

Diese Herangehensweise unterscheidet sich auch deutlich von früheren Maßnahmen der Gesundheitserziehung. Tatsächlich wurde sie besonders in der US-amerikanischen Bürgerrechtsbewegung entwickelt – der Ansatz soll helfen, soziale Ungleichheiten zu verringern, es sollen benachteiligte Individuen und Gruppen gefördert werden.

Nach der pathogenetischen [an der Krankheit orientierten] Herangehensweise werden Menschen mit hohem Aufwand aus einem reißenden Fluss gerettet, egal, wie sie da hineingeraten sind und warum sie nicht besser schwimmen können. Für Antonovsky, einen Pionier der Gesundheitsförderung, ist der Fluss der Strom des Lebens selbst. Wir gehen alle nicht einfach am Ufer entlang, sondern schwimmen in diesem – teilweise verschmutzten, teilweise reißenden – Fluss (Antonovsky 1997). Die theoretische Frage lautet danach immer, welche Faktoren das Schwimmen erleichtern. Empowerment heißt in diesem Bild: (Gemeinsam) Schwimmen lernen.

Empowerment im oben beschriebenen Sinn ist die „Ermächtigung", Verantwortung für eigene Angelegenheiten zu übernehmen. Partizipation ist zu verstehen als die aktive Einbindung Betroffener in die Bedarfserhebung, Planung, Umsetzung und auch in die Ergebnismessung von Interventionen. Das angestrebte Ergebnis ist die Vertretung der eigenen Interessen.

Insofern besteht eine wechselseitige Beziehung zwischen Empowerment und Partizipation. Kompetenzen (Empowerment) sind eine Vorraussetzung dafür, Eigenverantwortung übernehmen und sich aktiv beteiligen zu können (Partizipation). Ebenso folgt aus erworbenem Wissen und neuen Kompetenzen auch der Wunsch, diese in Beteiligungsprozesse einzubringen.

Beteiligung ist (ebenso wie Befähigung) eine Querschnittsaufgabe in allen gesundheitsfördernden Maßnahmen. Sie ist in diesen Arbeitshilfen insbesondere in Heft 2 dargestellt.

„Die Schwierigkeit, einen Empowerment-Blickwinkel in die professionelle Arbeit zu integrieren, besteht vor allem darin, dass Empowerment-Prozesse zwar angestoßen werden können, der eigentliche Prozess jedoch weitgehend ohne Zutun der beruflichen Helferinnen und Helfer abläuft. Eine Haltung des Empowerment lässt sich daher nicht mit direkten Interventionen vergleichen, wie sie im psychosozialen Bereich eher üblich sind (Beratung, Betreuung, Therapie, Anleitung von Gruppen). Empowerment als professionelle Haltung bedeutet, Möglichkeiten für die Entwicklung von Kompetenzen bereitzustellen, Situationen gestaltbar zu machen und damit „offene Prozesse" anzustoßen."

Wolfgang Stark, 2002, S. 70

Kapitel 6 – Empowerment in der Gesundheitsförderung

ELTERN-AG

Das Präventionsprogramm ELTERN-AG ist ein Konzept, dem zwei zentrale Bausteine zu Grunde liegen: Empowerment und Anleitung zur Selbsthilfe. Es richtet sich an Eltern von Kindern im Vorschulalter, die in der Regel mit mehreren Schwierigkeiten gleichzeitig kämpfen: Arbeitslosigkeit, niedriger Bildungsabschluss, Alleinerziehendenstatus, Überschuldung, Migrationshintergrund, chronische Krankheiten – kurz, Problemfamilien, die normalerweise weder den Weg in die Elternschulen noch in die Erziehungsberatungsstellen finden und auch um die Präventions- und Gesundheitskurse der Krankenkassen einen großen Bogen machen.

Das Programm zeichnet sich durch die Merkmale Niedrigschwelligkeit, Befähigung auf gleicher Augenhöhe sowie Förderung von Selbstwert und Kontrollüberzeugungen aus. Auf der Basis spezifischer Interventionstechniken erfahren sich Eltern im Verlauf des Kurses als zunehmend kompetent, als die Expertinnen/Experten ihres eigenen Alltags und ihrer Kinder. Das Programm zielt über die Arbeit mit den Eltern auf die Förderung der emotionalen, sozialen und kognitiven Kompetenzen der Vorschulkinder und die Verbesserung der familiären Beziehungen.

Weitere Informationen zu diesem Projekt in der Datenbank *www.gesundheitliche-chancengleichheit.de* und unter *www.eltern-ag.de*

Wie gelingt Empowerment?

Empowerment ist ein Prozess, der von einem Gefühl der Ohnmacht hin zu Kompetenz und aktiver Beteiligung führt. Idealtypisch werden verschiedene Entwicklungsphasen unterschieden:

1. Mobilisierung	Eine herkömmliche Haltung von Desinteresse, Bequemlichkeit, Autoritätsgläubigkeit oder einem Selbstbild als „Loser“ wird aufgebrochen. Eigene Stärken und Ressourcen werden entdeckt.
2. Engagement und Förderung	Nach dem Abflauen der Anfangsbegeisterung entwickelt sich ein stabileres Engagement.
3. Integration und Routine	Die Aktivitäten werden teilweise zur Routine und in den Alltag integriert.
4. Überzeugung und Kontinuität	Eine Sicherheit in der Anwendung partizipatorischer Kompetenzen, eine entwickelte Organisations- und Konfliktfähigkeit wurden erreicht. Die Überzeugung, dass es möglich ist, Veränderungen herbeizuführen, bleibt bestehen.

(nach Stark, 1996)

Empowerment reicht also vom ersten aktivierenden Impuls bis zu einer verlässlichen Begleitung und Unterstützung über einen gewissen Zeitraum. Der Prozess dauert mitunter lange. Dies ist von vornherein zu bedenken, um der Gefahr der Demotivierung nach überzogenen Erwartungen zu begegnen. Der erste Impuls kann von einer Aktivierenden Befragung (siehe Heft 2), der Organisation eines Stadtteilfestes, der Unterstützung eines kulturellen Angebotes und vielem mehr ausgehen.

In Mädchen- und Frauenprojekten hat der Empowerment-Ansatz oft eine hohe Bedeutung. Die spezifischen Lebenslagen von Mädchen und Frauen sind ein wichtiges Thema und die Auseinandersetzung mit Rollenklischees kann die Entwicklung eines starken Selbstwertgefühls und eines selbstbewussten Auftretens befördern.

Kinder und Jugendliche sind besonders stark auf die Chancen angewiesen, die ihnen ihre Umgebung eröffnet. Nachhaltige Erfolge der Gesundheitsförderung sind bei ihnen, ebenso wie bei sozial benachteiligten Gruppen, nur als Empowerment-Prozesse zu erzielen.

Mehrgenerationenhaus München

Das interkulturell ausgerichtete Mehrgenerationenhaus (MGH) befindet sich in einer Wohnanlage der gemeinnützigen Wohnstätten- und Siedlungsgesellschaft mit ca. 2000 Wohneinheiten in Einfachausstattung. Das MGH lebt als Selbsthilfeeinrichtung von der aktiven und engagierten Mitarbeit der Menschen. Unterstützt werden sie von einigen fest angestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Jeder ist willkommen und kann im Rahmen der Möglichkeiten mitarbeiten und sein persönliches Wissen, seine Fähigkeiten, Neigungen und Erfahrungen einbringen. Die Projektnutzerinnen und -nutzer können selbstständig und eigenverantwortlich Teilprojekte und Veranstaltungen organisieren und die Infrastruktur des MGH zu einem geringen Mietpreis nutzen. Ein Beispiel für ein selbst initiiertes Projekt ist eine Kleidertauschbörse, ebenso wurde ein Flohmarkt gegründet. Zu den weiteren Angeboten zählt der „gesunde“ Mittagstisch, den Seniorinnen für Kinder und Jugendliche zubereiten.

Weitere Informationen zum Projekt „Mehrgenerationenhaus München“ in der Datenbank unter *www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/mehrgenerationenhaus-muenchen*

Kapitel 6 – Empowerment in der Gesundheitsförderung

Empowerment in der Gesundheitsförderung heißt, dass Personen, Gruppen oder Organisationen…

- über eine größere Kompetenz im Umgang mit der eigenen Gesundheit verfügen
- über die Fähigkeit verfügen, eigene Entscheidungen zu treffen
- über einen Zugang zu Informationen und Ressourcen verfügen
- über verschiedene Handlungsalternativen und Wahlmöglichkeiten verfügen
- das Gefühl haben, als Individuum oder Gruppe etwas bewegen zu können
- kritisch denken
- sich nicht allein fühlen, sondern als Teil einer Gruppe oder eines sozialen Netzwerkes agieren
- Veränderungen im eigenen Leben und im sozialen Umfeld bewirken
- neue Fähigkeiten erlernen, die sie selbst für wichtig halten
- sich ein positives Selbstbild erarbeiten und Stigmatisierungen überwinden

(nach Lenz und Stark, 2002)

Die nachfolgenden Projektbeispiele zeigen unterschiedliche Umsetzungsstrategien des Empowerment–Konzeptes in der sozialla-genbezogenen Gesundheitsförderung im Stadtteil.

„Adebar – Beratung und Begleitung für Familien“, Hamburg

Die Mitarbeiterinnen von ADEBAR zielen mit einer ressourcenorientierten Arbeitsweise darauf ab, bei den Familien die oft verschütteten individuellen Stärken, Fähigkeiten und Möglichkeiten aufzudecken und zu fördern. Die Vernetzung und Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten oder Selbstorganisation im Stadtteil genießt immer erste Priorität, betreuende und programmorientierte Intervention wird dem nachgestellt. Im Familiencafé wird informiert, qualifiziert und fortgebildet. Das Selbsthilfepotenzial und die Selbsthilfeorganisation werden gestärkt. ADEBAR setzt Beteiligungsmethoden wie „Planning for Real“ ein und orientiert sich konsequent am vorhandenen Niveau der Problemwahrnehmung und -artikulation der Anwohnerschaft.

Wie werden diese Strategien in diesem Projekt umgesetzt?

- Zugänge ermöglichen
- Informieren und Lotsenfunktionen ausüben
- Vorbilder bieten und qualifizieren
- Eigensinn und Kommunikationsformen akzeptieren
- Freiwilligkeit und Auftragsorientierung ermöglichen
- Ressourcendiagnostik und kleine Schritte
- Netzwerkberatung und -förderung
- Aktiver Umgang mit Problemen bringt Erfolge (Selbstwirksamkeit erfahren)
- Transparentes Handeln und Ermutigung

Mehr Informationen zum Projekt ADEBAR in der Datenbank
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/adebar

Mädchenclub „MaDonna“, Berlin

Die Freizeiteinrichtung für Mädchen bis etwa 18 Jahre liegt im Quartiersgebiet „Rollbergsiedlung“ in Berlin-Neukölln. In dieser Gegend leben überwiegend Familien mit türkischem oder arabischem Migrationshintergrund. Empowerment wird im „MaDonna“ ausdrücklich mit Frauenrechten in Zusammenhang gebracht, „Frauen beteiligen sich, Frauen nehmen am Leben teil“. Es wird viel mit den Nutzerinnen geredet, vieles wird ihnen erklärt.

Wie werden diese Strategien in diesem Projekt umgesetzt?

- Die Grundhaltung ist geprägt von Empathie.
- Oft geht es auch um die Unterstützung von Widerständigkeit.
- Räumlichkeiten sowie finanzielle und andere Ressourcen werden den Mädchen zur Umsetzung ihrer eigenen Ideen zur Verfügung gestellt.
- Die Mädchen lernen auch andere Stadtviertel als ihr eigenes kennen und sich dort stark und wohl zu fühlen.
- Sie können gemeinsame Erlebnisse haben, wie Schwimmen gehen oder Ausflüge mit dem Fahrrad, die ihnen ohne die Unterstützung durch die Mitarbeiterinnen und die Clique verwehrt blieben.
- Regelmäßige Plena sollen der Beteiligung und der Interessenvertretung der Nutzerinnen dienen.
- Die körperlichen Veränderungen des Jugendalters werden möglichst offen und ausdrücklich positiv in der Gemeinschaft thematisiert.
- Die Mädchen übernehmen in Cliquen Verantwortung füreinander.

Weitere Informationen zum Mädchenclub „MaDonna“ in der Datenbank *www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank* und unter *www.madonnamaedchenpower.de*

Checkliste: Empowerment

- ✓ Durch welche Strategien soll das Maß an Selbstbestimmung und Autonomie bei der Zielgruppe erhöht werden?
- ✓ Über welche Ressourcen verfügt die Zielgruppe und wie können diese durch Maßnahmen gefördert werden?
- ✓ Bestehen Strategien zur Entstigmatisierung sozial benachteiligter Zielgruppen, zur Förderung ihrer Interessenvertretung und ihres sozialen Zusammenhalts?
- ✓ Wie werden die Nutzerinnen und Nutzer durch das Projekt konkret in die Lage versetzt, ihre Belange eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten?
- ✓ In welcher Form werden den Nutzerinnen und Nutzern Wissen und Kompetenzen zur Verfügung gestellt, damit sie zu größerer Mündigkeit und Selbstbestimmung gelangen können?
- ✓ Welche instrumentellen Hilfen, z.B. Finanzen, Räume, können zur Erhöhung der Handlungsfähigkeit zur Verfügung gestellt werden?
- ✓ Wodurch wird der Zielgruppe die Möglichkeit gegeben, gestaltend in der Gemeinschaft im Projekt mitzuwirken?
- ✓ Sind diese Möglichkeiten strukturell abgesichert und damit nicht mehr vom Goodwill der Projektträger abhängig?
- ✓ Wird die Zielgruppe in die Projektplanung und Evaluation aktiv einbezogen?

In der Online-Fassung der Arbeitshilfen unter *www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/:arbeitshilfen* und auf der diesem Ordner beiliegenden CD finden Sie einen vertiefenden Artikel zu den Komponenten von Empowerment sowie eine grafische Darstellung und ein Glossar hierzu.

Tipps zum Weiterlesen:

Altgeld, Th., Geene, R., Glaeske, G., Kolip, P., Rosenbrock, R. & Trojan, A. (2006). Prävention und Gesundheitsförderung – Ein Programm für eine bessere Gesundheits- und Sozialpolitik. Gutachten im Auftrag der Friedrich Ebert-Stiftung. Bonn, FES *

Altgeld, Th. (2004). Expertise: Gesundheitsfördernde Settingansätze in benachteiligten städtischen Quartieren. Verfügbar unter: *www.eundc.de/pdf/09600.pdf* *

Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen, dgvt-Verlag

BZgA (Hrsg.) (2011). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Werbach-Gamburg, Verlag für Gesundheitsförderung

CSDH (2008). Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, WHO. Verfügbar unter: *whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf*

Geene, R. & Gold, C. (Hrsg.) (2009). Kinderarmut und Kindergesundheit. Bern, Hans Huber Verlag

Beschluss der 87. Gesundheitsministerkonferenz „Unterstützung des kommunalen Partnerprozesses ‚Gesund Aufwachsen für alle!' und Umsetzung gesundheitsziele.de" (2014). Verfügbar unter: *www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=192&jahr=*

Hurrelmann, K., Klotz, Th., Haisch, J., (Hrsg.) (2014) Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Bern. Hans Huber Verlag.

Lenz, A. & Stark, W. (Hrsg.) (2002). Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation. Tübingen, dgvt-Verlag

Mielck, A. (2000). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern, Hans Huber Verlag

Naidoo, J. & Wills, J. (2010). Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage, Köln, BZgA

Richter, A. & Wächter, M. (2009) Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 36: Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit. Köln, BZgA *www.bzga.de/?id=medien&sid=58*

Richter, M. & Hurrelmann, K. (2009). Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2. Auflage. Wiesbaden, VS-Verlag für Sozialwissenschaften

Rosenbrock, R. (2004). Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: Rosenbrock, R. & Bellwinkel, M. & Schröer, A. (Hrsg.). Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Bremerhaven, Wirtschaftsverlag NW, S. 7-149

Rosenbrock, R. (2008). Primäre Prävention – Was ist das und was soll das? Discussion Papers der Forschungsgruppe Public Health März 2008. Berlin, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Verfügbar unter: *http://skylla.wz-berlin.de/pdf/2008/i08-303.pdf* *

Statusbericht 2008 zum Programm Soziale Stadt. (Hrsg.) Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung.Verfügbar unter: *www.difu.de/publikationen/2008/statusbericht-2008-zum-programm-soziale-stadt.html-0*

Trojan, A., Süß, W., Lorentz, Ch., Wolf, K., Nickel, S. (2013). Quartiersbezogene Gesundheitsförderung. Umsetzung und Evaluation eines integrierten lebensweltbezogenen Handlungsansatzes. Weinheim und Basel, Beltz Juventa

Weltgesundheitsorganisation. Regionalkomitee für Europa. (Hrsg.) (2014) In Kinder investieren: Strategie der Europäischen Region zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (2015-2020). Verfügbar unter: *www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/253768/64wd12g_InvestCAHstrategy_140440.pdf?ua=1*

Wilkinson, R. & Marmot, M. (Hrsg.) (2004). Soziale Determinanten von Gesundheit – Die Fakten. Zweite Ausgabe. Kopenhagen, WHO. Verfügbar unter: *www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98441/e81384g.pdf*

* auf der CD zu diesen Arbeitshilfen vorhanden

Links zu den Themen „Gesunde Lebenswelten schaffen“

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
www.bzga.de

Bundesministerium für Gesundheit
www.bmg.bund.de

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Bund-Länder-Programm Soziale Stadt
www.staedtebaufoerderung.info/StBauF/DE/SozialeStadt

Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung
www.bmvbs.de

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
www.svr-gesundheit.de

Weltgesundheitsorganisation WHO
www.who.int/en

WHO Regionalbüro Europa
www.euro.who.int/de/home

Bundesweiter Kongress „Armut und Gesundheit“
www.armut-und-gesundheit.de

Robert Koch-Institut (RKI), Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit
www.rki.de

Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Verfügbar unter: *www.leitbegriffe.bzga.de*

Quellennachweise

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2008). Lebenslagen in Deutschland. Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Verfügbar unter: *www.bmas.de/coremedia/generator/26742/property=pdf/dritter__armuts__und__reichtumsbericht.pdf*

Bundesministerium für Gesundheit (2010) Nationales Gesundheitsziel – Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. Berlin

Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm, Institute for Future Studies

Geene, R. (2003). Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche in sozial benachteiligten Stadtteilen. In: E&C Fachforum Vernetzung – Macht – Gesundheit: Kooperation zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen in sozialen Brennpunkten. Berlin. S. 39-61. Verfügbar unter: *www.eundc.de/pdf/68000.pdf*

Kilian, H., Geene, R. & Philippi, T. (2004). Die Praxis der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte im Setting. In: Rosenbrock, R., Bellwinkel, M. & Schröer, A. (Hrsg.). Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Bremerhaven, Wirtschaftsverlag NW, S. 151-230

Lampert, Th., Kroll, L.E. & Dunkelberg, A. (2007). Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. In: APuZ. Aus Politik und Zeitgeschichte, 42/2007, S. 11-18. Verfügbar unter: *www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/30172/gesundheit-und-soziale-ungleichheit*

Lenz, A. & Stark, W. (Hrsg.) (2002). Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation. Tübingen, dgvt-Verlag

Mielck, A. (2000). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern, Hans Huber Verlag

Mielck, A. (2005). Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern, Verlag Hans Huber

Naidoo, J. & Wills, J. (2010). Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage, Köln, BZgA

Rosenbrock, R. (2004). Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: Rosenbrock, R., Bellwinkel, M. & Schröer, A. (Hrsg.). Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Bremerhaven, Wirtschaftsverlag NW, S. 7-149

Rosenbrock, R. (2008). Primäre Prävention – Was ist das und was soll das? Discussion Papers der Forschungsgruppe Public Health März 2008. Berlin, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Verfügbar unter: *http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2008/i08-303.pdf* *

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (2008). Sozialstrukturatlas Berlin 2008. Verfügbar unter: *www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/spezial.html*

Stark, W. (1996). Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis. Freiburg im Breisgau, Lambertus-Verlag

Stark, W. (2002). Gemeinsam Kräfte entdecken. In: Lenz, A. & Stark, W. (Hrsg.). Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation. Tübingen, dgvt-Verlag, S. 55-76

Statusbericht 2008 zum Programm Soziale Stadt. (Hrsg.) Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung. Verfügbar unter: *www.difu.de/publikationen/2008/statusbericht-2008-zum-programm-soziale-stadt.html-0*

WHO (1986). Ottawa-Charta. Verfügbar unter: *www.euro.who.int/de/who-we-are/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986*

Wilkinson, R. & Marmot, M. (Hrsg.) (2004). Soziale Determinanten von Gesundheit – Die Fakten. Zweite Ausgabe. Kopenhagen, WHO. Verfügbar unter: *www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98441/e813849.pdf*

* auf der CD zu diesen Arbeitshilfen vorhanden

Aktiv werden für Gesundheit

Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung Heft 1

Gesunde Lebenswelten schaffen

Was Sie in diesem Heft finden

Was ist Gesundheit?
Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit, Gesundheit besteht aus körperlichem, geistigem und sozialem Wohlbefinden. Das Kapitel stellt dar, wie dieses Wohlbefinden durch Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier unterstützt werden kann.

Gesundheitschancen sind ungleich verteilt
Das Kapitel zeigt, wie soziale Ungleichheit zu schlechteren Gesundheitschancen führt. Sozial benachteiligten Menschen fehlen durch ihre Lebensumstände oft die psychischen und physischen Kräfte und Möglichkeiten, um gesund zu bleiben.

Welche Faktoren beeinflussen Gesundheit?
Alter und Erbanlagen beeinflussen die Gesundheit von Menschen, doch nicht nur sie. Dieses Kapitel zeigt, welche Faktoren sich auf die Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner im Stadtteil auswirken.

Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier
Vorbeugen ist besser als Heilen! Warum das so ist, zeigt dieses Kapitel. Zudem stellt es zahlreiche Strategien vor und gibt Hinweise, wo Prävention und Gesundheitsförderung eingesetzt werden können.

Gesundheitsförderung, die ankommt: Der Setting-Ansatz
Menschen leben in Settings / Lebenswelten, wie es in den Gesundheitswissenschaften heißt. Das Kapitel erläutert den Setting-Ansatz und zeigt, warum das Quartier ein wichtiges Setting für die Gesundheitsförderung ist und wie an das Programm „Soziale Stadt“ angeknüpft werden kann.

Empowerment in der Gesundheitsförderung
Das Kapitel stellt das zentrale Ziel der Gesundheitsförderung vor: ein selbstbestimmter Umgang mit der eigenen Gesundheit. Doch was ist Empowerment und wie gelingt es konkret?

Tipps zum Weiterlesen
Sie dienen zur Vertiefung eines interessanten Themas.

Links
Hier finden sich nützliche Informationen, Adressen von Datenbanken, praktische Hinweise, Beispielprojekte und mögliche Partner.

Checklisten
Sie helfen bei der praktischen Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention im Quartier.