



Beteiligung, Teilhabe und sozialer Zusammenhalt

Wie New Public Health gesundheitliche und
soziale Chancengerechtigkeit fördert

» 3 Editorial

» Thema

- 4 Die polarisierende Pandemie
Christoph Butterwegge
- 7 Schluss mit der Kampagnen-Euphorie!
Thomas Altgeld
- 11 „Soziales Kapital ist ein wesentliches Instrument der Gesundheitsförderung“
Nico Dragano, Petra Hofrichter
- 14 Die Hamburger Strategie der Prävention und Kommunikation in den Stadtteilen gegen Corona
Claudia Lohkamp, Petra Hofrichter
- 17 Pandemie der Ungleichheit
Milli Schroeder, Philipp Dickel
- 20 Sozialer Zusammenhalt im Quartier
Christian Lorentz, Alf Trojan
- 24 Der Gesundheitskiosk – gut für den Stadtteil
Klaus Balzer
- 27 35 lebendige und gemütliche Wohnzimmer in der ganzen Stadt
Uta Keite



27



15

- 30 ParkSport
Beate Wagner-Hauthal, Nina Stahmer

- 33 Forum „Eine Mitte für Alle“
Lea Gies

- 36 Nachbarschaft zusammen leben
Alima Matko
-

» 39 Impressum



Editorial

Liebe Leser*innen,

Kriege, Klima, Corona – die existenziellen Krisen sind Herausforderungen, die uns viel abverlangen. Viele Menschen sind verunsichert, verlieren das Vertrauen in die Zukunft, fühlen sich machtlos oder ausgeschlossen. Angesichts dessen gilt es die Gesundheit zu stärken. Die in diesen Stadtpunkten diskutierten Leitfragen lauten: Wie lässt sich sozialer Zusammenhalt (wieder) stärken? Wie können mit dem Konzept New Public Health gesundheitliche und soziale Chancengerechtigkeit gefördert werden und durch mehr Beteiligung, Teilhabe und Zusammenhalt dazu beitragen, dass ungleiche Gesundheitschancen verringert werden? Welche Strukturen werden benötigt, um allen gesellschaftlichen Gruppen eine adäquate, gerechte Gesundheitsversorgung zukommen zu lassen? Wie können gesellschaftliche Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit für alle Adressat*innen-gruppen beeinflusst werden?

Der Armutsforscher Christoph Butterwegge begründet, dass die Pandemie polarisiert. Geringes Einkommen, hoch belastende Arbeitsbedingungen, beengte Wohnverhältnisse oder Obdachlosigkeit, ein (sozial bedingt) schlechter Gesundheitsstatus und andere negative Einflussgrößen erhöhten das Infektionsrisiko deutlich. Während Menschen in Armut in der Pandemie nur unzureichend unterstützt werden, sind viele Reiche reicher geworden. Thomas Altgeld kritisiert Ansätze der mittelschichtorientierten Gesundheitsförderung, die monothematische Kampagnen fördert, aber zu wenig für systematische und integrierte Handlungsansätze leistet. Er plädiert für eine Stärkung der Gesundheitsförderung vor Ort und eine Neubelebung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Im Interview mit Nico Draganò werden die Zusammenhänge zwischen Armut und höherer Betroffenheit von COVID ebenfalls herausgearbeitet und die Chance des Paktes für den ÖGD in Hinblick auf „New Public Health“ benannt.

Als Beispiel für Gesundheitsförderung vor Ort gilt die Hamburger Corona-Strategie. Kultursensibel, in 27 Sprachen veröffentlicht und mit Gesundheitsmediator*innen in unmittelbarer Kommunikation im Quartier lassen sich viele Menschen erreichen. Die Stärkung des sozialen Zusammenhalts im Quartier basiert einerseits auf einem guten Überblick der Angebote, andererseits auf aktivierender Beteiligung und drittens auf gelebter Vielfalt. Wie das umgesetzt werden kann, zeigen weitere gute Praxisansätze in Hamburg: Die Poliklinik Veddel und der Gesundheitskiosk in Billstedt zeugen ebenso davon wie die 35 lebendigen und gemütlichen Wohnzimmer der Bücherhallen Hamburg, die alltägliche, kommunikative Begegnungsorte für alle Generationen, alle Nationen und alle Geschlechter sind. Und, na klar, spielt der Sport neben der unmittelbaren Gesundheitsförderung auch eine wichtige Rolle für gesellschaftliches Miteinander, soziale Integration und Teilhabe. Im Sinne der Gesundheitsförderung vor Ort ist die Beteiligung der Bewohner*innen an den sozialen Aktivitäten von entscheidender Bedeutung. Das Beispiel der Quartiersentwicklung in der Neuen Mitte Altona zeigt die Befähigung zu Eigenverantwortlichkeit, so wie es auch im Konzept des „Community Organizing“ dargestellt wird: Eine resiliente Gesellschaft bedarf der inklusiven, verbindenden Gemeinschaft.

Herzlichen Dank an alle Autor*innen, die zum Gelingen dieser Ausgabe beigetragen haben. Wir wünschen allen Leser*innen eine anregende Lektüre.

Das Redaktionsteam

Bestellen Sie unseren Newsletter

Stadtpunkte AKTUELL“:
newsletter@hag-gesundheit.de
 oder unter www.hag-gesundheit.de.
 Er informiert Sie sechs Mal im
 Jahr über Aktivitäten und
 Veranstaltungen der HAG sowie über
 gesundheitspolitische
 Themen und Termine in Hamburg und
 auf Bundesebene.



Die polarisierende Pandemie

Corona vermehrt Armut und Reichtum

Christoph Butterwegge

Während der COVID-19-Pandemie hat sich die soziale Ungleichheit auf der ganzen Welt zum Teil drastisch verschärft, wie die internationale Nothilfe- und Entwicklungsorganisation Oxfam belegt hat. Dafür ist allerdings nicht SARS-CoV-2 verantwortlich, wie es der markante Titel der Oxfam-Studie „Das Ungleichheitsvirus“ nahelegt. Vor dem neuartigen Coronavirus sind, was seine Infektiosität betrifft, vielmehr alle Menschen gleich.

Nur weil sich deren Gesundheitszustand, Arbeits- und Lebensbedingungen sowie Einkommens-, Vermögens- und Wohnverhältnisse zum Teil stark voneinander unterscheiden, sind auch die Infektionsrisiken sehr ungleich auf die einzelnen Bevölkerungsgruppen verteilt. Ungerecht ist also gar nicht das Virus, sondern die Klassengesellschaft, auf deren Mitglieder es trifft. Die bestehenden Wirtschaftsstrukturen, Machtverhältnisse und Verteilungsmechanismen bewirken, dass SARS-CoV-2 bzw. COVID-19 den Trend zur sozioökonomischen Polarisierung verstärkt.

Pandemie, Ökonomie und Krise

Von der Pandemie am stärksten betroffen waren die Immun- und die Finanzschwächsten – zwei Gruppen, die sich personell nicht zufällig überlappen. Sozial bedingte Vorerkrankungen wie Asthma, Adipositas (Fettleibigkeit), Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) oder COPD (Raucherlunge), katastrophale Arbeitsbedingungen (z.B. in der Fleischindustrie) sowie beengte und hygienisch bedenkliche Wohnverhältnisse erhöhen das Risiko für eine Infektion und einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf. Hauptleidtragende, weil überwiegend einkommens- und immunschwach, waren Obdach- und Wohnungslose, aber auch andere Bewohner/innen von Gemeinschaftsunterkünften wie Strafgefangene, Geflüchtete, (süd)osteuropäische Werkvertragsarbeiter/innen der Subunternehmen deutscher Großschlachtereien bzw. Fleischfabriken und nichtdeutsche Saisonarbeiter/innen, Migrant(inn)en ohne gesicherten Aufenthaltsstatus, Menschen mit Behinderungen, Pflegebedürftige, Suchtkranke, Prostituierte, Er-

werbslose, Geringverdiener/innen, Kleinstrentner/innen und Transferleistungsbezieher/innen (Empfänger/innen von Arbeitslosengeld II, Sozialgeld, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sowie Asylbewerberleistungen).

Die ohnehin brüchige Lebensgrundlage der ärmsten Menschen wurde durch länger geltende Kontaktverbote, Ausgangsbeschränkungen und Einrichtungsschließungen zerstört, weil fehlende Passant(inn)en und die Furcht der verbliebenen davor, sich zu infizieren, manchmal zum Totalausfall der Einnahmen von Bettler(inne)n, Pfandsammler(inne)n und Straßenzeitungsverkäufer(inne)n führten. Die finanzielle Belastung von Transferleistungsbezieher(inne)n, Kleinstrentner(inne)n und Geflüchteten nahm durch die Schließung der meisten Lebensmittel-tafeln, von Hamsterkäufer(inne)n geleerte Regale mit preiswerten Grundnahrungsmitteln wie Nudeln oder Mehl und steigende Preise bei Frischeprodukten zu.

Zu den Hauptleidtragenden der COVID-19-Pandemie gehörten auch die Beschäftigten im Niedriglohnsektor. Sie waren besonders häufig von Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit und den damit verbundenen Einkommensverlusten betroffen. Die als Reaktion auf die Pandemie behördlich verordnete Schließung von Geschäften, Gaststätten, Hotels, Clubs, Kinos, Theatern und anderen Einrichtungen hatte erhebliche wirtschaftliche Einbußen für die dort Tätigen, aber auch Konkurse und Entlassungen zur Folge. Studierende, die mit ihrem regulären BAföG-Satz nicht auskamen und von ihren Eltern nicht unterstützt werden (können), verloren häufig ihren Nebenjob, etwa in der Gastronomie. Da sie weder Kurzarbeiter- noch Arbeitslosengeld beantragen konnten, kam es zu Studienabbrüchen.

Zu den Hauptprofiteuren des Krisendesasters gehörten einige der profitabelsten Unternehmen mit den reichsten Eigentümern. Unter dem Druck der Coronakrise, die zu Einkommensverlusten durch Kurzarbeit, Geschäftsaufgaben und Arbeitslosigkeit geführt hat, kauften mehr Familien bei Lebensmittel-Discountern ein, wodurch die



Mehr Armut: Einnahmen von armen Menschen schrumpften in der Pandemie

Besitzer solcher Ladenketten wie Aldi Nord und Aldi Süd, die ohnehin zu den vermögendsten Deutschen gehören, noch reicher geworden sind. Dieter Schwarz, Eigentümer von Lidl und Kaufland, hat sein Privatvermögen, das die Welt am Sonntag (v. 20.9.2020) auf 41,8 Milliarden Euro taxierte, laut dem US-Wirtschaftsmagazin Forbes während der Pandemie um 7,5 Milliarden Dollar gesteigert. Viele kleine Einzelhändler/innen haben wegen der Schließung ihrer Läden und ausbleibender Kundschaft hingegen ihre Existenzgrundlage verloren.

Unsummen für die Wirtschaft – Brosamen für die Armen

Bund, Länder und Gemeinden haben in der Coronakrise hohe Geldbeträge für direkte Finanzhilfen, Bürgschaften und Kredite bereitgestellt, die hauptsächlich den Unternehmen – auch und gerade Konzernen wie der Lufthansa, dem Reiseanbieter TUI oder Galeria Karstadt Kaufhof – zugutekamen. Sozial benachteiligte Personengruppen wie Obdachlose, Hartz-IV-Bezieher/innen und Kleinstrentner/innen wurden hingegen – wenn überhaupt – nur am Rande berücksichtigt.

Aufgrund der stärkeren Krisenbetroffenheit gering entlohnter Berufsgruppen nahm das Armutsrisiko im unteren

Einkommensbereich stark zu. Geringverdiener(inne)n hätte ein Mindestkurzarbeitergeld mehr genützt als das schrittweise Ansteigen des Kurzarbeitergeldes entsprechend der Bezugsdauer – nach drei Monaten stieg dieses von 60 bzw. 67 Prozent (mit einem Kind) auf 70 bzw. 77 Prozent und nach sechs Monaten auf 80 bzw. 87 Prozent des pauschalierten Nettoentgelts. Zwar konnten auch Leiharbeiter/innen seit März 2020 befristet das Kurzarbeitergeld beziehen; Überstundenzuschläge, Einmalzahlungen (z.B. Gewinnbeteiligungen oder Jahresprämien) sowie steuer- und beitragsfreie Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit blieben bei der Berechnung allerdings unberücksichtigt, was im Falle der „Kurzarbeit Null“ drastische Lohneinbußen und gravierende Einschränkungen des gewohnten Lebensstandards mit sich brachte. Beschäftigte aus materiell besser gestellten Haushalten waren seltener von Kurzarbeit betroffen.

BMW ließ sich für über 20.000 Beschäftigte in Kurzarbeit fast die gesamten Lohnkosten (einschließlich der Arbeitgeberbeiträge zur Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung) erstatten, zahlte aber im Mai 2020 nicht weniger als 1,64 Milliarden Euro an Dividenden für das Vorjahr aus. Davon erhielten die beiden Großaktionäre



Ungerecht ist gar nicht das Virus, sondern die Klassengesellschaft, auf deren Mitglieder es trifft.

Susanne Klatten und Stefan Quandt, denen fast die Hälfte des Münchner Automobilherstellers gehört, allein 769 Millionen Euro. Andere Staaten knüpften Finanzhilfen dagegen an die Bedingung, dass Unternehmen keine Gewinne ausschütten.

Selbst die „Sozialschutz-Pakete“ der CDU/CSU/SPD-Koalition wiesen eine verteilungspolitische Schiefelage auf. Während der Arbeitslosengeld-II-Bezug für von der Coronakrise geschädigte Soloselbstständige erleichtert wurde, indem man die strenge Vermögensprüfung für sie vorübergehend aussetzte und ein halbes Jahr lang die Angemessenheit der Wohnung stillschweigend voraussetzte, gab es für langjährige Hartz-IV-Bezieher/innen selbst dann keinen Ernährungszuschlag, wenn ihre Kinder während der Kita- und Schulschließungen zu Hause verpflegt werden mussten, anstatt wie sonst kostenfrei

die Gemeinschaftsverpflegung in der öffentlichen Betreuungseinrichtung zu nutzen.

Erst im September/Oktober 2020 bekamen Eltern 300 Euro pro Kind, die bei höheren Einkommen mit dem steuerlichen Kinderfreibetrag verrechnet wurden. Zwar half dieser „Corona-Kinderbonus“ den Familien im Hartz-IV-Bezug etwas, weil er nicht auf das Arbeitslosengeld II bzw. das Sozialgeld angerechnet wurde. Ausländische Eltern, die als Geduldete keinen Anspruch auf Kindergeld hatten, gingen jedoch ebenso leer aus wie Flüchtlingsfamilien, die sich noch im Asylverfahren befanden. Dasselbe gilt für die Neuauflage des Kinderbonus in Höhe von 150 Euro, der im Mai 2021 ausgezahlt wurde. Zum 1. Januar 2022 stiegen die Regelbedarfe in der Grundversicherung trotz eines starken Anstiegs der Verbraucherpreise um weniger als ein Prozent.

Autor und Literatur: **Prof. Dr. Christoph Butterwegge** hat bis 2016 Politikwissenschaft an der Universität zu Köln gelehrt. Kürzlich ist sein Buch „Die polarisierende Pandemie. Deutschland nach Corona“ bei Beltz Juventa erschienen. <https://www.christophbutterwegge.de/>



Die Gesundheitsfachkräfte
Esra Aksoy und Julia Törper
bei einem Einsatz mit dem
mobilen Impftruck vor Ort

Schluss mit der Kampagnen-Euphorie!

Mehr Gesundheit lässt sich nur vor Ort herstellen!

Thomas Altgeld

Paradoxerweise plaktierte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung während der Pandemie in Zeiten von allgemeinen Lockdowns und Kontaktbeschränkungen ihre „Juckt's im Schritt?“-Kampagne deutschlandweit. Junge Menschen sollten so über die Gefahren sexuell übertragbarer Krankheiten aufgeklärt werden, während sie ihr Studium nicht auf einem belebten Universitätscampus, sondern digital aus ihrem Elternhaus heraus aufnehmen mussten und weder Diskotheken noch Clubs besuchen konnten, weil diese am konsequentesten geschlossen blieben.

Das Durchziehen dieser Kampagne zwischen zweiter und vierter Welle der COVID-19-Pandemie zeigt entweder, wie wenig sich Gesundheitspolitik für die gesundheitsbezogenen Maßnahmen ihrer nachgeordneten Behörden interessiert oder welches naives Kampagnenverständnis diese immer noch pflegen. Für Letzteres spricht leider auch der denkwürdige Auftritt von Bundeskanzler Olaf Scholz am 16. Februar 2022 nach den Beratungen mit den Regierungschef*innen der Länder: Mitten in den aufgelaufenen Diskussionen zur Impfpflicht hielt er 60 Millionen

Euro (!) teure, zweifarbige Plakate mit dem an Schlichtheit nicht zu überbietenden Motto „Impfen hilft“ in die Kameras. Sechs Motive mit unterschiedlichen Sprüchen, alle ausschließlich in deutscher Sprache.

Die Pandemiebekämpfung als Präventionsdilemma mit Ansage

Die ganze Pandemiebekämpfung ist in Deutschland zu lange nach dem Motto „Vor dem Virus sind alle gleich“ verfahren, entsprechend mittelschichtsorientiert war das Gros der Bekämpfungsmaßnahmen. Am 16. Juni 2020 ging die Corona-Warn-App der Bundesregierung an den Start, deren Betrieb und Entwicklung im Jahr 2020 ganze 52,8 Millionen Euro und 2021 weitere 63,5 Millionen Euro gekostet hat (<https://www.bundestag.de/presse/hib/kurzmeldungen-877736>, Zugriff 3/2022). Bis Ende 2020 war diese App nur in deutscher Sprache herunterzuladen, zudem war sie auf älteren Smartphones überhaupt nicht installierbar. Alle Menschen, die nicht lesen konnten, kein Deutsch verstanden oder sich kein Smartphone der neuesten Generation kaufen konnten oder wollten, waren also zunächst von der Corona-Warnung per App ausgeschlossen. Deutlicher lässt sich das von

Bauer 2006 beschriebene „Präventionsdilemma“ nicht veranschaulichen: Das Gros der Präventionsmaßnahmen erreicht auch in der Pandemie vor allem diejenigen Bevölkerungsgruppen mit ohnehin besseren Gesundheitschancen, ist also invers zu den Bedarfen angelegt. Weltweit und auch in Deutschland spielt der soziale Status eine entscheidende Rolle dabei, wie hoch das individuelle Infektionsrisiko ist, wie die Überlebenschancen bei einer Infektion aussehen sowie welche Auswirkungen die Pandemiebekämpfungsmaßnahmen auf psychische und physische Gesundheit haben. Die ersten Analysen des Robert Koch-Institutes erschienen aber erst im Frühjahr 2021, mehr als ein Jahr nach dem Pandemiebeginn (Hoebel et al., 2021). Die Untersuchungen zeigten erwartbar deutlich, dass der Anstieg der COVID-19-Todesfälle in den sozial benachteiligten Regionen Deutschlands am stärksten ausfiel. Das Fazit der Autor*innen lautete deshalb: „Erhöhte Infektionsrisiken in deprivierten Gruppen könnten die gesundheitliche Ungleichheit somit verschärfen. Deprivierte Bevölkerungsgruppen sollten bei der Weiterentwicklung von Infektionsschutz- und Präventionsmaßnahmen verstärkt berücksichtigt werden,

um die gesundheitliche Chancengleichheit in der COVID-19-Pandemie und darüber hinaus zu fördern“ (ebd.). Genau diese verstärkte Berücksichtigung sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen bei der Weiterentwicklung von Infektionsschutz- und Präventionsmaßnahmen findet weitestgehend immer noch nicht statt.

In der Pandemie haben sich jedoch nicht nur die unmittelbaren Gesundheitsrisiken für einige Bevölkerungsgruppen verschärft, sondern auch bereits existierende Armutslagen. ALG-II-Regelsätze wurden beispielsweise trotz erwiesener Mehrbedarfe nicht erhöht, und viele – wenn auch prekäre – Beschäftigungsverhältnisse z.B. in der Gastronomie, im Kultur- und Eventbereich oder im Schaustellergewerbe fielen in den Lockdowns weg. Auch die Bildungschancen von Kindern aus benachteiligten Familien haben sich verschlechtert, unter anderem aufgrund fehlender digitaler Endgeräte im Dauer-Homeschooling und geringer Fördermöglichkeiten außerhalb des Elternhauses. All dies wirkt sich auch mittel- und langfristg auf die sozialen und gesundheitlichen (Teilhabe-)Chancen von Menschen in schwierigen Lebenslagen aus.

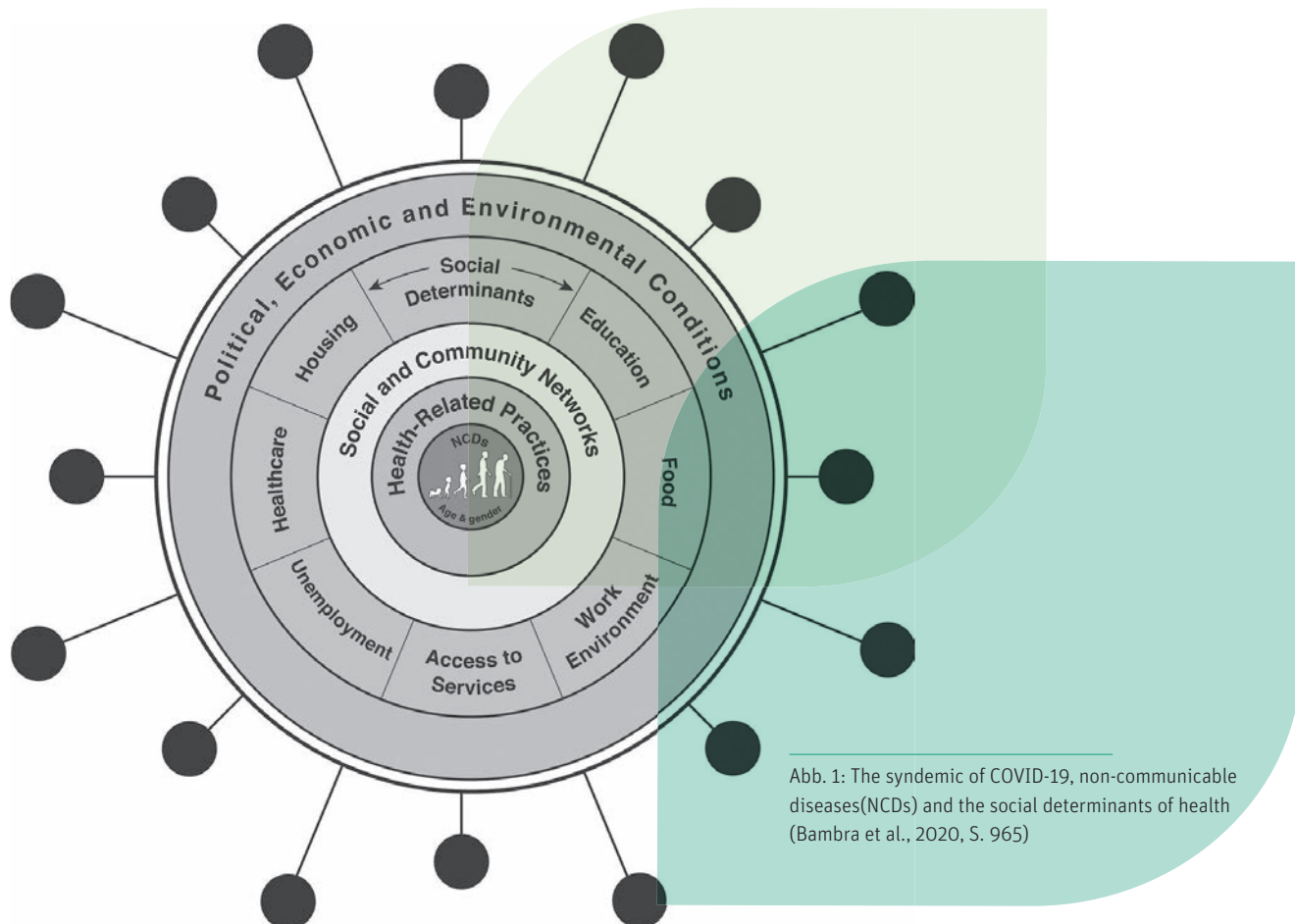


Abb. 1: The syndemic of COVID-19, non-communicable diseases (NCDs) and the social determinants of health (Bambra et al., 2020, S. 965)

Weil die soziale Determinierung des Pandemiegeschehens an sich so überdeutlich ist, haben Bambra et al. bereits im Juni 2020 den Begriff der „Syndemie“ vorgeschlagen (Bambra et al., 2020). Syndemie bezeichnet das gleichzeitige Zusammenkommen von mehreren Gesundheitsproblemen in einer Bevölkerung(sgruppe), die zugleich stark von sozialen Faktoren beeinflusst bzw. durch diese verstärkt werden können. In die deutschen Diskussionen ist der Begriff allerdings nicht eingeflossen (siehe Abb. 1 auf Seite 8).

Da in den letzten beiden Jahren tägliche Länderrankings zu Infektionszahlen, Intensivbettenbelegung und Impfquoten zum Medienalltag geworden sind, lohnt ein Blick auf das Bundesland mit den mit Abstand höchsten Impfquoten. Das Land Bremen hat als einziges Bundesland bereits Ende 2020 kleinräumige, sozialepidemiologische Auswertungen zum Infektionsgeschehen vorgenommen. Diese wiesen im November 2020 ein ungleich verteiltes Infektionsgeschehen in den Bremer Stadtteilen nach. Insbesondere in benachteiligten Quartieren mit einem hohen Anteil an von Armut betroffenen Bevölkerungsgruppen lagen die Fallzahlen deutlich über dem bremischen Durchschnitt. Als mögliche Ursachen hierfür gelten insbesondere soziale Faktoren. Die Menschen in diesen Quartieren leben häufiger in beengten Wohnverhältnissen oder arbeiten in (prekären) Beschäftigungsverhältnissen, welche die Einhaltung von Abstands- und Hygieneregeln erschweren. Sprachliche Barrieren und der Bildungsstand wiederum beeinflussen zusätzlich die individuellen Möglichkeiten, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und letztlich anzuwenden. Gleichzeitig waren fundierte Informationen zu den Corona-Maßnahmen für Menschen in benachteiligten Lebenslagen oder mit geringen Deutschkenntnissen oft nur schwer zugänglich.

Gesundheitsfachkräfte in sozial benachteiligten Bremer Quartieren als Modell guter Praxis

Noch im Dezember 2020 hat der Bremer Senat kurzfristig auf die Berichtslagen mit der Förderung stadtteilbezogener, präventiver Unterstützungsangebote reagiert. Diese Angebote sind in zwei Projekte untergliedert, die eng vernetzt miteinander arbeiten. Dabei handelt es sich um ein Informations- und Qualifizierungsangebot für Akteur*innen in betroffenen Stadtteilen (#IQ-Covid) sowie um die Einsetzung von Gesundheitsfachkräften in benachteiligten Quartieren. In enger Zusammenarbeit mit Quartiersmanager*innen, Stadtteilinitiativen, Religionsgruppen, Bildungseinrichtungen und Ladenbesitzer*innen vor Ort wurden Zugangswege zu



Für Kampagnen gibt´s leichter Geld als für systematische und integrierte Handlungsansätze.

Bevölkerungsgruppen aufgebaut, die zuvor nicht erreicht worden waren. Moscheen, Hochhaussiedlungen, Übergangwohnheime, Einrichtungen der Arbeitsmarktförderung, russische und türkische Supermärkte wurden zu Angebotsorten für Infopoints und Informationsangebote, soziale Medien und Messenger-Dienste zu Weiterleitungsmöglichkeiten für aktuelle Informationen in den sechs am häufigsten gesprochenen Sprachen in den benachteiligten Quartieren.

Dieser niedrigschwellige Ansatz des Projekts „Gesundheitsfachkräfte in Bremer Quartieren“ hat sich als zielführend erwiesen, um über Fragen zu Gesundheit und der COVID-19-Pandemie aufzuklären. Speziell bei der Informationsvermittlung zur COVID-19-Schutzimpfung haben sich die persönliche Ansprache direkt vor Ort und das Ernstnehmen von Sorgen und Ängsten bewährt. Essenziell ist zudem die enge Vernetzung mit anderen Akteur*innen und Institutionen im Quartier, um den Kontakt und das Vertrauen zu den Bewohner*innen aufzubauen und neue Angebote zu initiieren. Aufgrund der erfolgreichen Arbeit im ersten Projektjahr und der Rückmeldung eines hohen Bedarfs an Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention, das heißt auch jenseits der Pandemiebewältigung, wird das Projekt auch in den Jahren 2022 und 2023 fortgeführt und auf Bremerhaven ausgeweitet. Neben der Fortführung der bestehenden Informationsangebote wird ab Sommer 2022 auch ein besonderer Fokus darauf gelegt, den negativen gesundheitlichen Folgewirkungen der Pandemie zu begegnen.

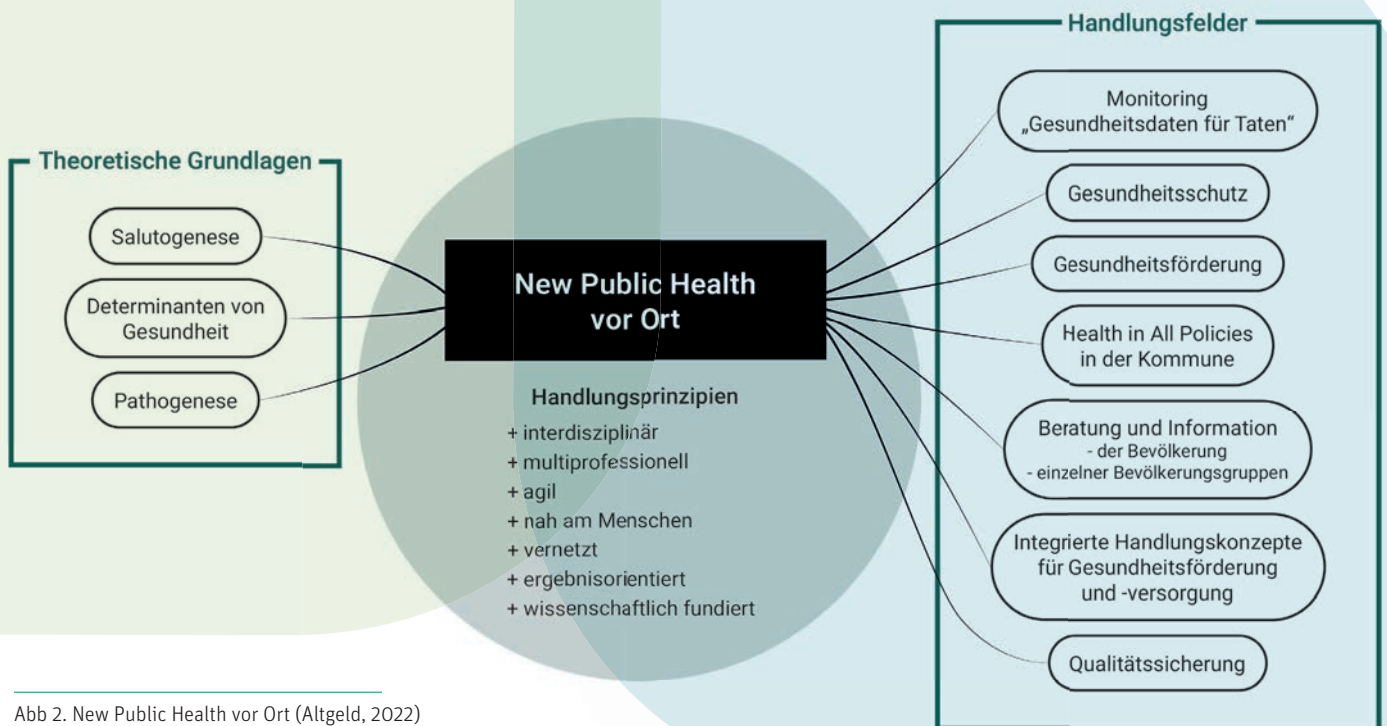


Abb 2. New Public Health vor Ort (Altgeld, 2022)

Für Kampagnen gibt's leichter Geld als für systematische und integrierte Handlungsansätze

Punktuelle Einzelmaßnahmen und immer neue marketingmäßig aufgearbeitete, monothematische Kampagnen (heute zu COVID, morgen wieder zu Diabetes oder psychischer Gesundheit) werden nichts dazu beitragen, die Gesundheitschancen von benachteiligten Gruppen wesentlich zu erhöhen, ob in der Pandemie oder danach. Vielmehr müssen die Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteur*innen sowie gemeinsame, abgestimmte Konzepte gestärkt werden, die verschiedene Einflussfaktoren auf Gesundheit adressieren und die entsprechenden Angebote, Strukturen und Maßnahmen verzahnen und (weiter-)entwickeln. Insbesondere für eine systematischere Public-Health-orientierte Gesundheitsförderung, die sich an Lebenslagen und -altern orientiert, ist ein Umdenken weg von einfachen Präventionslogiken und konkurrierenden Angebotsstrukturen hin zu integrierten Strategien notwendig. Auf kommunaler Ebene braucht es zwar eine Zuständigkeit für Gesundheit, aber eine Zuständigkeit, die Gesundheit in alle kommunalen Handlungsbereiche überträgt. Gerade weil die Determinanten für Gesundheit nicht durch die Gesundheitsversorgung oder das Gesundheitsamt beeinflusst werden können, müssen Bildungseinrichtungen, Verkehrsplanung, Jugendhilfe und Wirtschaftsförderung beispielsweise Gesundheit immer

mitdenken. Eine Gesundheitsverträglichkeitsprüfung für Gesetze auf allen Ebenen hat sich bislang in Deutschland nicht durchsetzen lassen. Aber eine Gesundheitsbrille bei jeder Beschlussfassung über kommunale Haushalte ist dringend notwendig. Dafür braucht es vor Ort auch einen effektiven, anders aufgestellten Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD).

Nie zuvor ist mehr Geld für diesen Sektor in die Kommunen geflossen als jetzt in Pandemiezeiten. Doch der Pakt für den ÖGD droht zu versanden in der verzweifelten Suche nach mehr Ärzt*innen, Debatten um eine bessere Bezahlung dieser Ärzt*innen und Digitalisierungssonderwegen für Gesundheitsämter abseits elektronischer Patientenakten oder kommunaler Softwareprogramme. Deshalb wäre eine breitere öffentliche Diskussion über die Ausgestaltung des Paktes dringend geboten. Eine Diskussion, in die sich andere Handlungsbereiche in der Kommune und die Zivilgesellschaft stärker einmischen sollten, statt sie den Amtsärzt*innen alleine zu überlassen. Der ÖGD kann eine große Rolle für mehr gesundheitliche Chancengleichheit spielen, wenn er sich theoretisch neu grundiert und praktisch neu ausrichtet, wie das Schaubild oben auf dieser Seite veranschaulichen soll.

Autor und Literatur: **Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.**, thomas.altgeld@gesundheit-nds.de; [Twitter: @TAltgeld](https://twitter.com/TAltgeld)

„Soziales Kapital ist ein wesentliches Instrument der Gesundheitsförderung“

Interview mit dem Medizinsoziologen Prof. Dr. Nico Dragano

Prof. Dr. Nico Dragano leitet das Institut für Medizinische Soziologie am Universitätsklinikum Düsseldorf. Er forscht zu den Themen Gesundheitschancen und soziales Milieu sowie zu Gesundheit und Arbeit. Petra Hofrichter – fachliche Leitung der HAG – hat das Interview mit ihm geführt.

Petra Hofrichter (PH): Herr Dragano, Sie forschen seit Langem zum Thema sozialer Status und Gesundheit. Wir konnten zur Pandemie immer wieder lesen: „Wir sitzen alle im gleichen Boot und die Pandemie betrifft uns alle.“ Sie waren einer der Ersten, der diese Aussagen widerlegt und darauf hingewiesen hat, dass eine klare Korrelation zwischen der sozialen Lage und den Auswirkungen der Pandemie besteht. Sie haben belegt, dass ärmere Menschen eher von der Pandemie betroffen sind, und das auf ganz unterschiedlichen Ebenen. Wie hat sich die COVID-19-Pandemie in Bezug auf die soziale Lage ausgewirkt? Was konnten Sie dort für Erkenntnisse gewinnen?

Nico Dragano (ND): Bei den epidemiologischen Analysen, bei denen man direkt auf COVID-19 schaut, seien es die Inzidenzen oder seien es die schweren Verläufe, haben sich durchgängig soziale Muster gezeigt. Bestimmte Bevölkerungsgruppen hatten höhere Inzidenzen, eine höhere Wahrscheinlichkeit, schwerer zu erkranken, und – im Fall einer Infektion – auch eine höhere Wahrscheinlichkeit zu versterben. Diese sozialen Muster zeigen sich im Zusammenhang mit verschiedenen Größen, aber eine wichtige haben Sie schon angesprochen: Es gibt einen Zusammenhang mit Armut – mit Einkommensarmut. Beispielsweise ist es so, dass Regionen in Deutschland, in denen die Einkommen geringer sind, über den Verlauf der Pandemie hinweg höhere Inzidenzen hatten. Zu Beginn der jeweiligen Wellen erkrankten eher Menschen in Regionen mit höheren Einkommen oder beruflicher Mobilität. Die Regionen mit geringeren Einkommen zogen dann deutlich nach und hatten einen steileren Peak. Wir haben zudem in Analysen von Krankenhausdaten gesehen, dass ärmere Menschen, Leute in Arbeitslosig-

keit oder Menschen, die aufstocken müssen, auch höhere COVID-19-Hospitalisierungsraten hatten. Es gibt auch spezifische Populationen, die besonders gefährdet waren, beispielsweise prekär Beschäftigte in der Landwirtschaft, oft Kolleginnen und Kollegen aus dem Ausland, die als Saisonarbeiter tätig waren, mit hohen Inzidenzen. Wenn man weiter ausdifferenziert, sieht man etwas feinere Muster, aber in der Summe gibt es klare Zusammenhänge zwischen der sozialen und der beruflichen Lage und COVID-19.

PH: Ein zentrales Präventionsangebot ist die Impfung. Welche Erkenntnisse haben Sie über die Impfangebote, das Impfverhalten und die Impfakzeptanz – spielt die soziale Dimension auch hier eine Rolle?

ND: Die Datenlage ist bisher nicht besonders gut, aber das, was man aus Deutschland und auch aus anderen Ländern weiß, ist, dass es wie bei allen Präventionsangeboten auch hier soziale Ungleichheiten gibt. Insbesondere marginalisierte diskriminierte Bevölkerungsgruppen haben geringere Impfquoten und einen schlechteren Zugang gehabt, beispielsweise zu grundlegenden Informationen. Was man ebenfalls in den vorliegenden Studien sieht, ist, dass der Faktor Bildung eine Rolle spielt. Je geringer die Bildung, desto geringer die Impfbereitschaft und desto höher die Verunsicherung. Das ist jetzt nichts völlig Neues, das weiß man auch aus anderen Präventionsfeldern. Bis heute haben wir rund um die Impfkampagne widersprüchliche Informationen, und das verunsichert eher Menschen mit geringer Bildung, geringer Gesundheitskompetenz. Aber auch hier gibt es noch weitere Faktoren, die vielleicht gar nicht unmittelbar etwas mit der sozialen Situation zu tun haben. Es gibt klare regionale Unterschiede, was mit kulturellem und/oder politischem Klima zu tun haben kann. Die Daten vermitteln also zumindest in Teilen den Eindruck, dass wir auch hier die klassischen Probleme der Prävention sehen: je privilegierter, je gebildeter, desto eher Zugang zur Info, desto früher geimpft.



Wir haben [...] in Analysen von Krankenhausdaten gesehen, dass ärmere Menschen, Leute in Arbeitslosigkeit oder Menschen, die aufstocken müssen, auch höhere COVID-19-Hospitalisierungsraten hatten.

PH: Welche indirekten gesundheitlichen Folgen konnten Sie bei Menschen in sozial belasteten Lebenssituationen beobachten?

ND: Indirekte Folgen sind gesundheitliche Probleme, die aus dem Gesamtzusammenhang entstanden sind: geschlossene Kliniken, Angst, Unsicherheit, geschlossene Betriebe, Angst um den Job. Hierzu gibt es mittlerweile einige Studien, die zeigen, dass Menschen in problematischen Lebenssituationen mit weniger Ressourcen durch die Gesamtsituation stärker belastet waren. Extrem kritisch ist die Situation für Kinder aus sozial benachteiligten Familien. Dem deutschen Bildungssystem ist es bereits vor der Pandemie schon nicht gut gelungen, diese Kinder in der Schule zu fördern und Defizite auszugleichen. Ihre Situation hat sich in der Pandemie deutlich verschlimmert und soziale Unterschiede verfestigt. Das ist sehr kritisch, weil daraus in Zukunft mit hoher Wahrscheinlichkeit weitere gesundheitliche Probleme entstehen werden. Ebenfalls problematisch ist die Unterversorgung bei chronisch Kranken. Sie sind aus Angst vor Infektionen nicht mehr zu Ärzten gegangen. Und Krankenhäuser führen bis heute bestimmte Operationen oder Behandlungen nicht durch, weil die Häuser voll sind mit COVID-19-Erkrankten. Das trifft besonders die Menschen, die viele chronische Krankheiten haben, und das sind eben diejenigen, die ärmer sind, denen es sozial und ökonomisch nicht gut geht.

PH: Während der Pandemie haben Sie Fachkräfte aus Gesundheitsförderung und Public Health mit Daten unterstützt, um dieses Thema anzugehen. Sie haben wiederholt gefordert, die sozialen Komponenten als Teil der Pandemiebekämpfung anzuerkennen und verstärkt aktiv zu werden. Sie haben vor einiger Zeit einen Artikel zum Konzept des sozialen Kapitals veröffentlicht. Welches Potenzial sehen Sie in diesem Ansatz, auch im Kontext der Pandemie? Wie hängen soziales Kapital und Gesundheit zusammen und was können wir für die Gesundheitsförderung daraus ableiten, um dem Auseinanderdriften der Gesellschaft entgegenzuwirken?

ND: Meine Kollegin Insa Backhaus, die in Harvard mit Ichiro Kawachi gearbeitet hat, schaut sich beispielsweise gerade die Rolle von sozialem Kapital im Beruf und Betrieb während der Pandemie an. Die Kollegin hat in Datenanalysen großer europäischer Datensätze gesehen, dass in Betrieben mit hohem sozialem Kapital Belastungen geringer ausfielen. Soziale Unterstützung ist eine wesentliche Ressource, wenn es um die psychische Gesundheit geht: Betriebe mit hohem sozialem Kapital fördern die Gesundheit ihrer Beschäftigten. Soziales Kapital kann also gerade in Krisenzeiten als Puffer wirken. Gleiches gilt auf kommunaler Ebene für Ansätze



Nachbarschaftshilfe in der Pandemie

der Gesundheitsförderung, beispielsweise indem man in die Communities gegangen ist und versucht hat, die Gemeinschaften dort mitzunehmen und ein Gemeinschaftsgefühl herzustellen – etwa: „Hey Leute, wir haben alle selber Probleme, es ist eine Pandemie, wir dürfen alle nicht zur Schule, zur Arbeit und hier im Viertel ist es eng – lasst uns gemeinsam nach Lösungen suchen.“ Diese Strategie wurde in manchen Städten durchaus erfolgreich umgesetzt, Menschen wurden aufgeklärt und die Bereitschaft erhöht, sich impfen zu lassen. Insofern ist soziales Kapital auch und gerade in Krisenzeiten ein wesentliches Instrument der Gesundheitsförderung.

PH: In den letzten zwei Jahren wurden in einigen Kommunen mit hohem Infektionsgeschehen niedrigschwellige, stadtteilbezogene präventive Unterstützungsangebote initiiert, die im Dialog mit den Menschen deren Gesundheitskompetenz gestärkt haben. Wie kann es gelingen, aus diesen unterstützenden Angeboten und guten Ansätzen eine längerfristige solidarische Struktur aufzubauen, die die Stärkung des Empowerments und der Selbstermächtigung fördert? Haben Sie Anregungen, Ideen, wie so etwas gelingen kann, ohne dass es als Einzelmaßnahme verpufft?

ND: Wie können wir diese Ansätze, die ja ihren Wert bewiesen haben, in einer Art Public-Health-System verankern – und das regelhaft? Dass man regelhaft Strukturen schafft, und zwar in der Fläche im gesamten Land, dass das Thema soziale Ungleichheit immer und bei allen Präventionsbestrebungen mitgedacht wird. Dafür benötigen wir eine Art „Social Mainstreaming“. Das heißt, dass Maßnahmen daraufhin überprüft werden, dass auch alle

gesellschaftlichen Gruppen davon profitieren. Das muss aber auf politischer Ebene initiiert werden. Die Pandemie hat das Thema der gesundheitlichen Ungleichheit an vielen Stellen nochmals präsent gemacht, auch in der Politik, vielleicht ist das eine Chance. Bis zu einem echten Public-Health-System, das strukturell verankert ist und gesundheitliche Chancengleichheit konsequent fördert, ist es aber wohl noch ein langer Weg.

PH: Bietet der Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) die Möglichkeit, in der Aus- und Weiterbildung die soziale Komponente immer miteinzubeziehen?

ND: Ich glaube schon, dass der Pakt für den ÖGD eine Chance ist. Der ÖGD ist ein zentraler Player, wenn es darum geht, vor Ort gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern. Das sind ja diejenigen, die ganz nah dran sind, insofern ist eine Stärkung des ÖGD eine gute Idee, zumal der ÖGD das Thema ohnehin verfolgt. Allerdings muss dann auch wirklich „New Public Health“ gemacht werden. Das ist aber trotzdem eines der Beispiele, die eher optimistisch stimmen, dass wir es tatsächlich schaffen könnten, zu einer strukturell verankerten Strategie zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit zu kommen.

PH: Herr Dragano, vielen Dank für das Gespräch.

Kontakt: Prof. Dr. Nico Dragano, Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Düsseldorf, dragano@med.uni-duesseldorf.de
Petra Hofrichter, HAG e.V., petra.hofrichter@hag-gesundheit.de

Die Hamburger Strategie der Prävention und Kommunikation in den Stadtteilen gegen Corona

„Corona – so schützen Sie sich und Ihre Familie!“

Claudia Lohkamp, Petra Hofrichter

Lokale und niedrigschwellige Corona-Prävention in Hamburger Stadtteilen sollte das vorhandene niedrigschwellige Informationsangebot zu den wichtigsten Aspekten der Bewältigung der Pandemie gemeinsam mit den Bezirken und Multiplikatoren weiterentwickeln und fortführen. Seit Anfang 2021 setzt die Sozialbehörde die „Hamburger Strategie für mehr Prävention und Kommunikation in den Stadtteilen gegen Corona“ um mit dem Titel „Corona – so schützen Sie sich und Ihre Familie!“ und baute diese sukzessive aus. Ziel der Strategie ist es, die Gesundheitskompetenz von Menschen mit höheren Infektionsrisiken zu stärken und ihre Gesundheit zu fördern. Die Angebote wenden sich an Multiplikator*innen, sprechen aber auch direkt Bewohner*innen im Stadtteil an.

Die HAG hat im Januar 2022 die fachliche Koordination der „Hamburger Strategie der Prävention und Kommunikation in den Stadtteilen gegen Corona“ übernommen. Die Strategie setzt auf unterschiedlichen Ebenen an und beinhaltet verschiedene Aufgabenpakete:

Aufsuchende Arbeit in den Quartieren

Das Corona-Infomobil fährt mit niedrigschwelligen Informations- und Gesprächsangeboten in ausgewählte Quartiere. Das Angebot ist eine Kooperation vom Deutschen Kinderschutzbund und den Gesundheitsmediator*innen aus dem Projekt MiMi „Mit Migranten für Migranten“. Die Gesundheitsmediator*innen bieten ein Gespräch zu allen

Fragen rund um Corona an – kultursensibel, niedrigschwellig und in 27 verschiedenen Sprachen. Seit Januar 2021 fanden 241 Einsätze statt. Aktuell fokussiert sich das Corona-Infomobil auf die Ankunftszentren und Wohnunterkünfte für die ukrainischen Schutzsuchenden, zur Aufklärung und Beratung zu Impfangeboten zu Corona, Mumps, Röteln, Masern und Polio. Da Hamburg eine hohe Corona-Impfquote aufweist (91,8 Prozent aller volljährigen Personen), stehen aktuell neben Nachfragen zu Impfangeboten und Impfberatungen der Umgang mit den Folgen der Pandemie und die schnell variierenden Informationen rund um die Pandemie im Mittelpunkt der Gespräche. Die MiMi-Gesundheitsmediator*innen haben ihr Angebot entsprechend angepasst und beraten die Bewohner*innen über die aktuell gültigen Handlungsempfehlungen, über Long-Covid und informieren über Unterstützungsangebote im Quartier. Mit diesem niedrigschwelligen Angebot gehen sie auf die Bedarfe, Ängste und Sorgen der Bevölkerung ein, bauen mit gesicherten Informationen das Vertrauen (wieder) auf und tragen zur Stärkung der Selbstwirksamkeit bei.

Informationen und Austausch mit und für Fachkräfte

Die HAG bietet gemeinsam mit der Sozialbehörde monatliche digitale Informationsveranstaltungen unter dem Titel „Corona: Fragen und Antworten, kurz und knapp“ an. Der Veranstaltungsschwerpunkt orientiert sich an jeweils aktuellen Themen und Fragen zur Pandemie. Teilnehmende Bürger*innen, Fachkräfte und Multiplikator*innen



Das A und O der
(Corona-)Prävention:
Kommunikation und
Kompetenzstärkung

erhalten aktuelle Informationen zum Pandemiegeschehen und Hinweise zur Gesundheitsförderung und Prävention. Die Teilnehmer*innen können ihre Fragen einbringen, Fachexpert*innen beantworten sie. Von Mai 2021 bis März 2022 wurden bisher zwölf Informationsveranstaltungen mit einer Gesamtteilnehmendenzahl von über 500 Personen umgesetzt.

Die monatlich stattfindenden Austauschtreffen zwischen Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Hamburg (KGC), Sozialbehörde, gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und den Koordinatorinnen der Lokalen Vernetzungsstellen (LVS) Prävention sind ein weiterer zentraler Bestandteil der „Hamburger Strategie der Prävention und Kommunikation in den Stadtteilen gegen Corona“. Als Multiplikatorinnen und Fachkräfte für Gesund-

heitsförderung im Quartier sind die Koordinatorinnen der LVS wichtige Verbindungsstellen: Sie erfahren, was die Menschen in den Stadtteilen bewegt, und erkennen, worin Herausforderungen aber auch Entwicklungspotenziale für Gesundheitsförderung in Bezug auf die Pandemie liegen. In den bisherigen 18 Austauschtreffen wurden Bedarfe kommuniziert und Gute Praxis-Ansätze diskutiert. Zudem werden die Ergebnisse der Austauschtreffen in den Informationsveranstaltungen aufgegriffen.

Die Sozialbehörde und die HAG veröffentlichen regelmäßig themenbezogene Fachinformationen und stellen aus der Vielzahl an vorhandenen Informationsangeboten ein kompaktes und aktuelles Informationspaket zusammen. Dazu zählen unter anderem Info-Videos und Merkblätter in diversen Sprachen, die von den MiMi-Gesundheits-

»» Gesundheitsmediator*innen bieten ein Gespräch zu allen Fragen rund um Corona an – kultursensibel, niedrigschwellig und in 27 Sprachen.

mediator*innen angesprochen bzw. verteilt werden, sowie ein regelmäßiger Newsletter der Sozialbehörde, aktuelle Informationen zur pandemischen Lage auf der Webseite der Stadt Hamburg oder die Bündelung von aktuellen Studien, Berichten und Stellungnahmen auf der HAG-Webseite unter der Rubrik „Corona aktuell“.

Stärkung der Methodenkompetenz

Seit April 2022 bietet die HAG Workshops für Hamburger Multiplikator*innen und Fachkräfte an. Die Workshops bieten den Fachkräften ein praxisnahes Format, das sie zu ausgewählten Themen/Anforderungen im Rahmen der Corona-Gesundheitskommunikation unterstützt. Dazu zählt z.B. das Thema „Umgang mit Verschwörungserzählungen“ oder „Resilienz – zum Schutz der mentalen Gesundheit“. Ein Mix aus fachlichem Input und Methodentraining unterstützt die Teilnehmenden, in herausfordernden Alltagssituationen professionell zu handeln.

Was haben wir bisher gelernt?

Die „Hamburger Strategie der Prävention und Kommunikation in den Stadtteilen gegen Corona: Corona – so schützen Sie sich und Ihre Familie!“ setzt auf die Expertise bereits bestehender Institutionen, lokaler Strukturen der Gesundheitsförderung und niedrigschwelliger Ansprache und bindet diese für die Kommunikation und Kompetenzstärkung rund um Corona ein.

Die enge Kooperation zwischen der Sozialbehörde, dem Deutschen Kinderschutzbund, dem Projekt MiMi und der HAG ermöglichen eine passgenaue Planung und Umsetzung der Einsatztermine für das Corona-Infomobil und die Integration dieses Angebotes in die lokalen Netzwerkstrukturen.

Wie unerlässlich ein gut funktionierendes Netzwerk bestehend aus Institutionen und Akteuren ist, zeigt sich insbesondere in der aktuellen Situation der ukrainischen Schutzsuchenden. Hier wurden in kürzester Zeit ukrainisch und russisch sprechende MiMi-Gesundheitsmediator*innen in den Hamburger Ankunftszentren eingesetzt, neue Unterstützer*innen durch einen Aufruf in diversen Netzwerken akquiriert und in kürzester Zeit geschult, um die ukrainischen Kriegsflüchtlinge über die Impf- und Teststrategien aufzuklären und über weitere Gesundheitsmaßnahmen zu informieren. Die Einsätze des Corona-Infomobils sind dann besonders effektiv, wenn zum einen lokale Kooperationspartner (z.B. Senior*innentreffs, Einkaufszentren, Beratungsstellen etc.) den Einsatztermin über Aushänge und Flyer bewerben und zum anderen, wenn ein lokales Impfangebot in unmittelbarer Nähe zur Verfügung steht, damit die Bürger*innen einen direkten Anlaufpunkt und kurze Wege für die Impfung haben. Besonders bewährt hat sich der kontinuierliche Einsatz von Vertrauenspersonen. Die Krisensituationen der pandemischen Lage erfordern schnelle und pragmatische Lösungswege und leicht verständliche, positive Botschaften. Erkenntnisse, die die HAG in ihrer Netzwerkarbeit und ihren Veranstaltungen verstärkt aufgreifen wird.

Autorinnen: [Claudia Lohkamp](#), [Petra Hofrichter](#), [Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.](#), claudia.lohkamp@hag-gesundheit.de, petra.hofrichter@hag-gesundheit.de, www.hag-gesundheit.de



Unsere kapitalistische Gesellschaftsordnung produziert Krisen am laufenden Band, COVID-19 ist nur ein Beispiel. Wir brauchen etwas grundlegend anderes. Auf dem Weg dahin können stabil finanzierte gemeinwohlorientierte, interdisziplinäre Stadtteilgesundheitszentren und enge Kooperationen mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst helfen, die nächste Pandemie besser zu bewältigen.

Pandemie der Ungleichheit

Von New Public Health zur COVID-19-Pandemie auf der Veddel

Milli Schroeder, Philipp Dickel

Die Verabschiedung der Ottawa-Charta am 21. November 1986 markierte den Aufbruch der sogenannten New-Public-Health-Bewegung. Diese hatte sich zum Ziel gesetzt, die Wechselwirkungen zwischen Gesundheit und Gesellschaft in den Fokus einer neuen Gesundheitsförderung zu nehmen und die Bedeutung von politischen und wirtschaftlichen Interventionen zur Verbesserung der Gesundheit auf Bevölkerungsebene zu betonen.

Mehr als 30 Jahre nach Ottawa traf die COVID-19-Pandemie die Menschheit in Zeiten einer globalen sozialökologischen Krise. Während eine zunehmende Umweltzerstörung, gepaart mit einer ausufernden Massentierhaltung, den Nährboden für Pandemien vergrößerte, nahmen soziale Ungleichheiten durch die Kapitalisierung weiter Gesellschaftsbereiche bei gleichzeitiger Flexibilisierung und Deregulierung der Arbeitsmärkte zu.

Heute, nach zwei Jahren pandemischem Ausnahmezustand, fragt man sich, was aus dem Paradigma des New Public Health geworden ist.

Medial sprechen vor allem Virolog:innen und Epidemiolog:innen. Die psychosozialen Auswirkungen der Pandemie wurden lange nicht verhandelt. Obwohl die Sozialgeografie der Pandemie früh unterstrichen hat, dass Armut bzw. ein niedriger sozialer Status als wesentlicher Risikofaktor für ein erhöhtes Infektionsrisiko und schwere Krankheitsverläufe angesehen werden muss, war von sozialen – oder treffender – Klassenaspekten selten die Rede. Im Gegenteil. Daten zu der klassenspezifisch ungleichen Betroffenheit wurden lange zurückgehalten beziehungsweise gar nicht erst erhoben. Bis heute fehlen in Deutschland sozialepidemiologische Untersuchungen zu den sozialen Determinanten von Gesundheit wie Wohnen, Arbeit und Einkommen in der Pandemie. Die lokalen

Communities und Nachbarschaften werden zwar als Orte der Prävention erkannt und angerufen, eine nachhaltige Finanzierung von Gemeinwesenarbeit und Peer-Aktivitäten sucht man aber vergeblich.

Im Folgenden sollen am Beispiel des Hamburger Stadtteils Veddel exemplarisch zwei der lokalen Bewältigungsstrategien während der COVID-19-Pandemie betrachtet werden.

Aufklärungskampagne

Als im Herbst 2020 die Infektionszahlen in der zweiten Welle rasant anstiegen und auf der Veddel der bis dahin größte Schulausbruch Deutschlands verzeichnet werden musste, wurde in der Poliklinik Veddel die Idee entwickelt, gemeinsam mit Multiplikator:innen aus dem Stadtteil eine mehrgleisige Informationskampagne zum Schutz gegen COVID-19 zu starten. Auf der Straße wurde ein Corona-Infostand etabliert, an dem Multiplikator:innen der türkisch- und albanischsprachigen Veddeler Communitys gemeinsam mit Mitarbeiter:innen aus dem Stadtteilgesundheitszentrum die Veddeler:innen über neue Regelungen, Schutzmöglichkeiten, Ansteckungsrisiken, Corona-Fake-News und später auch Impfungen aufklärten und Masken verteilten. Zugleich wurden Videoclips mit Multiplikator:innen zu diesen Themen erarbeitet. Im Bereich der Videoinformationskampagne kommen den Videos von Zumreta Sejdovic und Maya Adzovic besondere Bedeutung zu. Die beiden Frauen leiten das Romani Kafava, ein niedrighschwelliges Beratungsangebot primär für Rom:nija, und arbeiten zudem in der Poliklinik Veddel als Peer-Beraterinnen. Im Zuge der regelmäßigen Arbeitsbesprechungen sensibilisierten sie ihre Kolleg:innen aus dem Stadtteilgesundheitszentrum für die historisch begründeten Ängste in der Rom:nija-Community gegenüber der Impfung gegen COVID-19.

Um diesen Ängsten zu begegnen, ließen sich die Peer-Beraterinnen bei ihren Impfungen filmen. Die Videoclips wurden über Facebook verbreitet und führten zu großer Resonanz.

Der Corona-Infostand wurde mit 3.500 Euro von der Sozialbehörde bezuschusst, viel Arbeit blieb unbezahlt.

Das Videoclipprojekt konnte mit Mitteln aus dem Mikrofonds der Lokalen Vernetzungsstelle Prävention Veddel realisiert werden. Selbst die Stellen der Peer-Beraterinnen sind nicht langfristig gesichert, sondern werden aktuell zum zweiten Mal mit einjähriger Laufzeit über den Quartiersfonds Hamburg-Mitte finanziert.

Impfkampagne

Vor dem Hintergrund der hohen Inzidenzen bei gleichzeitiger Impfstoffknappheit forderte die Poliklinik Veddel im Frühling 2021, die höhere Gefährdung einer Infektion mit Corona in deprivierten Stadtteilen in der Impfpriorisierung zu berücksichtigen. Diese Forderung wurde medial viel diskutiert, führte aber nicht wie gewünscht zu der angeregten gemeinsamen Impfstrategie von lokalem Stadtteilgesundheitszentrum, Multiplikator:innen und den Hamburger Behörden. Das Angebot der Hamburger Sozialbehörde waren wöchentlich 100 zusätzliche Impfdosen für die Veddel. Damit wurden der zusätzliche Arbeitsaufwand und die Verantwortung an die Strukturen vor Ort zurückgegeben. Da die Privatpatient:innen auf der Veddel an einer Hand abgezählt werden können, gibt es infolge der Entscheidung der Hamburger Kassenärztlichen Vereinigung, Hamburg als einen Planungsbezirk anzusehen, nur noch zwei Kassensitze im Stadtteil (seit 2021 beide in der Poliklinik Veddel). Angesichts der Impfstoffrationierung pro Kassensitz hätte mit dieser Ausgangslage nur sehr wenig Impfstoff die Veddel zu Beginn der bundesweiten Impfkampagne erreicht. Die in Aussicht gestellten 100 zusätzlichen Impfdosen führten zur Entscheidung in der Poliklinik Veddel, die vorgeschlagene Impfstrategie mit Multiplikator:innen aus dem Stadtteil ohne weitere Unterstützung durch die Behörden zu entwickeln. Durch zusätzliche Mittel aus dem Quartiersfonds des Bezirks Hamburg-Mitte konnten die ehrenamtliche Arbeit der mehrsprachigen Multiplikator:innen und die Besetzung einer Impfhotline finanziert werden. Sehr viel Arbeit blieb allerdings auch hier unbezahlt.

Insgesamt hat sich die Versorgungsstruktur der Poliklinik Veddel mit ihrem multiprofessionellen Angebot während der Pandemie als robust und versatil dargestellt. Durch eine hohe Flexibilität konnte eine Reihe von Corona-



Um diesen Ängsten zu begegnen, ließen sich die Peer-Beraterinnen bei ihren Impfungen filmen. Die Videoclips wurden über Facebook verbreitet und führten zu großer Resonanz.

spezifischen Angeboten geschaffen werden, die sicherlich einige Auswirkungen der Pandemie auf der Veddel abgemildert haben. Trotzdem konnten die Bewohner:innen der Veddel nicht substantiell vor einer COVID-19-Infektion geschützt werden.

Die lokalen Bewältigungsstrategien der COVID-19-Pandemie verdeutlichen die fatale „Verzivilgesellschaftlichung der sozialen Frage“ (van Dyk / Haubner 2021). Handlungsfähigkeit wird vom Engagement lokaler Strukturen abhängig, wenn Gelder nur noch für Mikroprojekte und Ehrenamtszuschüsse bereitgestellt werden. Eine strukturell verankerte und stabil finanzierte Zusammenarbeit von Primärversorgung, Communitys und Öffentlichem Gesundheitsdienst im Sinne eines modernen Public Health Practitioning wäre nicht nur für die pandemische Ausnahmesituation wünschenswert gewesen.

Die Ansätze der New Public Health scheinen die beschriebenen Verwerfungen nur bedingt wahrzunehmen. Teilweise erscheinen sie gar im Diskurs um individuelle Verhaltensweisen und ein risikoarmes Leben stecken geblieben

zu sein. Mit Kai Mosebach lässt sich diese Stagnation als „neosoziale Moralität, die sich in gesundheitlichen Imperativen des ‚Beweg dich!‘, ‚Iss weniger Fett!‘ und ‚Reduziere Deinen Stress!‘ ausdrückt“, zusammenfassen (Mosebach 2018). Die Bewegung um New Public Health hat es versäumt, nachhaltige soziale Infrastrukturen aufzubauen und vor allem bestehende gesellschaftliche Machtverhältnisse und eine neoliberale Gesellschaftlichkeit in den Fokus ihrer Kritik zu nehmen.

Die Pandemie ist letzten Endes nur ein Ereignis, das das ganze historisch gewachsene Elend des Kapitalismus blitzartig erhellt. Es bleibt zu hoffen, dass es in der kommenden Post-COVID-Phase zu neuen sozialen Bewegungen und Kämpfen kommen wird, die die organisierte Verantwortungslosigkeit im Kapitalismus infrage stellen und die sozialökologische Transformation vorantreiben.

Autor*innen und Literatur: **Milli Schroeder und Philipp Dickel, Poliklinik Veddel, www.poliklinik1.org**



Sozialer Zusammenhalt im Quartier

Den Beitrag der Gesundheitsförderung sichtbar machen!

Christian Lorentz, Alf Trojan

Weißt du, wie viele Kurse laufen ...?

Wir verfügen heute über ein relativ gut gesichertes Wissen darüber, wie wir z.B. durch unser Ernährungs- und Bewegungsverhalten unsere Gesundheit positiv beeinflussen können. Dieses Wissen konnte in verschiedensten Angeboten der Gesundheitsförderung umgesetzt werden, über die wiederholt eindrucksvoll berichtet wurde. Relativ wenig wissen wir demgegenüber darüber, wie verbreitet solche Angebote sind und welchen Stellenwert die Gesundheitsförderung in der kommunalen Daseinsvorsorge hat.

[Gesundheitsförderung ist ein Schlüsselkonzept für persönliche Entwicklung und sozialen Zusammenhalt](#)

Als allgemein menschliche Erfahrung finden die Themen Gesundheit und Krankheit bei vielen Menschen Aufmerksamkeit. Auch diejenigen, deren Leben durch finanzielle Enge und vielfältige soziale Probleme geprägt ist und

die in der Regel ihre Kräfte auf die Bewältigung ihres familialen Alltags konzentrieren (müssen), zeigen sich immer wieder offen für Angebote der Gesundheitsförderung. Ganz überwiegend sind es Frauen, die sich zu Fragen von gesünderem Leben zusammensetzen. Wenn sich die Teilnahme an einer solchen Veranstaltung mit Erfahrungen verbindet, wie akzeptiert zu werden, mitreden zu können, Wissen für den Alltag zu erwerben und persönliche Beziehungen zu stärken, dann können sich daraus weitere gemeinsame Aktivitäten bis hin zur Bildung eines nachbarschaftlichen Netzwerks ergeben. Auf diese Weise werden Rat und praktische Unterstützung in der Nachbarschaft über gesundheitliche Fragen hinaus möglich und entwickelt sich gelebter gesellschaftlicher Zusammenhalt.

Dass das nicht bloß Theorie ist, zeigt eine ganze Reihe von Praxisbeispielen. So auch das folgende. Die Hamburger Lenzsiedlung war von 2000 bis 2012 Gebiet der integrierten Stadtteilentwicklung. Im selben Zeitraum lief das „Präventionsprogramm Lenzgesund“, ein vom bezirk-

Gesundheitsförderung vor Ort unterstützt die persönliche Entwicklung und den sozialen Zusammenhalt

lichen Gesundheitsamt initiiertes und mit zahlreichen lokalen Akteuren umgesetztes Gesundheitsförderungsprojekt. Eines der ersten Angebote war die Reihe „Gesundheitsgespräche für Frauen von Frauen“. 2002 und 2003 wurde es von der HAG finanziell unterstützt. In diesen beiden Jahren fanden 16 Gesundheitsgespräche statt, die von insgesamt 100 Bewohnerinnen (mit insgesamt 350 Familienangehörigen) der Lenzsiedlung besucht wurden. Nach dem Ende der Förderphase gingen die Gesundheitsgespräche, wenngleich in deutlich geringerer Häufigkeit und auch mit dem einen oder anderen Jahr ohne Angebot, dank finanzieller Unterstützung durch das Gesundheitsamt bis zum Lockdown infolge der Coronapandemie weiter.

Teilgenommen haben vor allem migrantische Frauen, was angesichts des sehr hohen Anteils migrantischer Bewohnerschaft in der Lenzsiedlung zu erwarten war. Ein großer Teil von ihnen lebte noch nicht lange in Deutschland bzw. in der Lenzsiedlung. Daher waren Sprachmittlerinnen im Einsatz, die zugleich moderierende Funktionen in ihren Sprachgruppen hatten. Referentin war eine in der Gesundheitsarbeit mit Migrantinnen erfahrene Ärztin – zunächst ausschließlich, später kamen weitere Referentinnen dazu. Gearbeitet wurde mit einem Rahmenthema wie Frauengesundheit oder Kindergesundheit. Dazu wurden in den Sprachgruppen Fragen gesammelt und dann vorgetragen, was anfangs überwiegend Aufgabe der Sprachmittlerinnen war. Die Referentin versuchte aus diesen Fragen Themenschwerpunkte zu bilden, zu denen sie ein, zwei kurze Impulsvorträge hielt, die dann weitere Fragen und Gespräche anregten. Ein Gesundheitsgespräch dauerte 2,5 bis 3 Stunden. Je Treffen nahmen 10 bis 20 Frauen teil.

Bald schon beteiligten sich einige Frauen aktiver am Gespräch in der Gesamtgruppe. Später zeigte sich, dass etliche deutlich besser Deutsch sprachen, als sie selbst glaubten oder vorgaben. Oder sie hatten in kurzer Zeit ihre Sprechkompetenz deutlich gesteigert. Die inhaltliche

Offenheit war mitunter frappierend. Viele Frauen nahmen in den zwei Jahren an mehr als fünf Gesundheitsgesprächen teil. Eine zunächst parallel zu den Gesprächen organisierte Kinderbetreuung konnte nach einigen Monaten eingestellt werden, da die meisten Teilnehmerinnen dies im Familien- oder Nachbarschaftskreis regeln konnten. Waren die meisten Frauen zu Beginn der Quartiersentwicklung und Gesundheitsförderung im Jahr 2000 in der Öffentlichkeit des Sozialraums mehr oder weniger nicht präsent, so änderte sich das im Laufe der nächsten Jahre kontinuierlich. Sie besuchten andere (Gesundheits-) Veranstaltungen im lokalen Nachbarschaftszentrum und kamen zu Versammlungen und Freizeittreffen. Inzwischen zählen sie zum festen Besucherstamm und nehmen auch an der bis zu Beginn der Pandemie jährlich durchgeführten Familien-Gruppenreise teil. Zu dem Integrations- und Entwicklungsprozess in der Lenzsiedlung insgesamt haben selbstverständlich verschiedenste Angebote und Aktivitäten beigetragen. Aber das Thema Gesundheit und speziell die Gesundheitsgespräche waren für viele migrantische Frauen der Weg, ihren Platz in der nachbarschaftlichen Öffentlichkeit zu finden. Und sich dann weitergehend zu beteiligen.

Daten von Taten sind Daten für Taten

Die Gesundheitsförderung ist heute eine hoch entwickelte Praxisdisziplin mit einem vielfältigen und ausgereiften Instrumentarium. Vieles ist evaluiert. Ihr Problem ist, dass sie noch nicht ausreichend Eingang in den Kanon der kommunalen Daseinsvorsorge gefunden hat. Das zeigt sich unter anderem darin und hat hierin zugleich einen wesentlichen Grund, dass es in der Fläche keine systematische Zählung von Angeboten der Gesundheitsförderung gibt. Daher ist schwierig zu beurteilen, ob das Angebot bedarfsgerecht ist und wie es gegebenenfalls verändert und erweitert werden sollte.

Allerdings ist es für Kommunen schwierig, einen flächendeckenden Überblick über Anzahl und Qualität gesundheitsrelevanter Angebote zu bekommen. Vieles geschieht



Rat und praktische Unterstützung in der Nachbarschaft werden möglich und es entwickelt sich ein gelebter gesellschaftlicher Zusammenhalt.

kleinräumig; selten wird systematisch erfasst und berichtet. Dies auch, weil gesundheitsrelevante Aktivitäten oft aus anderen Ressorts als dem Gesundheitsbereich, insbesondere aus der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe sowie der Kultur- und Bildungsarbeit, initiiert und gemanagt werden. In dem Quartiersprojekt der Gesundheitsförderung in der Hamburger Lenzsiedlung (Lorentz et al. 2015:8) wurde ein Fragebogen für die quantitative Dokumentation lokaler gesundheitsförderlicher Aktivitäten entwickelt und erprobt.

Das Instrument

Das von uns vorgeschlagene Instrument umfasst zwei Seiten. Es besteht die Möglichkeit zum Download unter www.uke.de/kliniken-institute/institute/medizinische-soziologie/forschung/ag_gesundheit.html, dort unter „Materialien für die Dokumentation von Gesundheitsförderung“ mit der „Standarddokumentation – Dokumentationsbogen“ und der „Standarddokumentation – Anwendungsempfehlungen und Bearbeitungshinweise“. Es kann von einer einzelnen Einrichtung bzw. von den Durchführenden eines einzelnen Angebots oder auch von mehreren zur Selbstkontrolle genutzt werden. Die gemeinsame Nutzung durch die Lokalen Vernetzungs-

stellen würde Vergleiche untereinander und im Verlauf der Jahre ermöglichen. Alle Aktivitäten (Kurse, Gruppen, Exkursionen usw.) werden von den Durchführenden selbst dokumentiert.

Der Bogen besteht neben allgemeinen Angaben zu Ort und Zeit aus vier Hauptteilen:

- Veranstaltungsformat (z.B. Kurs, Treff, Einzelhilfe), Häufigkeit und Teilnehmendenzahl
- gesundheitsförderliches Potenzial des Angebots (worauf wir im Folgenden näher eingehen)
- Teilnehmende nach Lebensphase und anderen Schlüsselmerkmalen
- Qualifikation der Angebotsleitung

Als größte Herausforderung erwies sich die operationale Definition von Gesundheitsförderung. Wir sind dabei sehr pragmatisch vorgegangen: Wir sprechen vom mehr oder weniger ausgeprägt gesundheitsförderlichen Potenzial einer Veranstaltung oder Aktivität und beziffern dessen Intensität mithilfe von vier Skalen (siehe Abbildung auf Seite 23).

Dazu ein Beispiel: In einem Kurs, der vom Kantinenchef eines benachbarten Unternehmens im Nachbarschafts-

ERHEBUNGSBOGEN ZU GESUNDHEITSFÖRDERUNGSANGEBOTEN IM STADTTEIL

16	Gesundheitsförderliche Aspekte der Veranstaltung <i>Schätzen Sie die Bedeutung jedes der folgenden Aspekte in Ihrer Veranstaltung.</i>	<i>Machen Sie bitte in <u>jeder Zeile ein Kreuz.</u></i>				
		ohne	eher gering	eher hoch	sehr hoch	
17	A Gesundheit/Krankheit ist direkt Thema	0	1	2	3	
18	B Inhalt des Angebots stärkt Gesundheit	0	1	2	3	
19	C Das Angebot bietet lebenspraktische Hilfe, die (gesundheitlichen) Stress reduziert	0	1	2	3	
20	D Es ermöglicht Kommunikation und Teilhabe	0	1	2	3	
21	Gesundheitsförderliches Potenzial der Veranstaltung	<i>Bilden Sie die Summen in den Spalten</i>				
		<i>Bilden Sie die Gesamtsumme:</i>				

treff angeboten wird, geht es um das Thema „Schnell und preiswert für meine Familie kochen“. Gesundheitliche Inhalte spielen nur am Rande eine Rolle. Die Bedeutung von Aspekt A wird daher als eher gering (1 Pt.) bewertet. Die in dem Kurs gemachten Erfahrungen können aber die Gesundheit der Teilnehmenden und ihrer Angehörigen stärken, indem sie eine kontinuierliche und ausreichende Ernährung fördern (Bedeutung B: eher hoch, 2 Pt.). Ebenso können die Teilnehmenden lernen, die Ernährung ihrer Familie stressfreier in den Alltag zu integrieren (Bedeutung C: eher hoch, 2 Pt.). Die Vermittlung erfolgt klassisch frontal. Immerhin lernen sich Teilnehmende aus derselben Nachbarschaft etwas kennen und nehmen außerhalb leichter wieder Kontakt auf (Bedeutung D: eher gering, 1 Pt.). Insgesamt wird die Gesundheitsförderlichkeit des Angebots also mit 6 von 12 möglichen Punkten bewertet.

Perspektive

Erhebungen mit dem Instrument setzen eine gewisse vorgängige Vernetzung im Sozialraum voraus. Die Anwendung des Instruments kann aber auch zur Weiterentwicklung von Vernetzung, Kooperation und guter Nachbarschaft beitragen. Durch Erhebungen im Abstand einiger Jahre kann die

Entwicklung von Gesundheitsförderung verdeutlicht und bewertet werden. Gezielte Impulse zu qualitativem und quantitativem Ausbau werden möglich. Dies ist wünschenswert vor allem für Sozialräume mit einem besonderen gesundheits- und sozialpolitischen Handlungsbedarf, also Gebieten, die integrierte Programme der sozialen Stadtentwicklung, „Präventionsketten“ oder ähnlich umfassende lokale Health-in-All-Policies umzusetzen versuchen. Wir würden uns freuen, wenn der Fragebogen so oder in ähnlicher Form aufgegriffen und genutzt wird. Rückmeldungen nehmen wir gern entgegen, um im Verlauf der Weiterentwicklung zu einem Instrument und einem Anwendungsverfahren zu kommen, das für Planung und Monitoring kommunaler Gesundheitsförderung, möglichst einheitliche Präventionsberichterstattung sowie weitergehende evaluative Analysen geeignet ist.

Autoren und Literatur: Christian Lorentz, früher Gesundheitsamt Hamburg Eimsbüttel, cegalo@gmx.de; Prof. Dr. Dr. Alf Trojan, Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, trojan@uke.de; www.uke.de/kliniken-institute/institute/medizinische-soziologie/index.html



Die Koalition hat den Gesundheitskiosk in ihr Regierungsprogramm aufgenommen

Der Gesundheitskiosk – gut für den Stadtteil

Bedarfsorientierte und kultursensible Gesundheitsberatung

Klaus Balzer

Im Jahr 2020 sind 15 Millionen Menschen (18,5 Prozent) der Bevölkerung laut Statistischem Bundesamt in Deutschland von Armut bedroht, davon 19 Prozent unter 18 Jahre, 20,6 Prozent über 65 Jahre. Im gleichen Jahr beziehen in Hamburg-Billstedt 20,2 Prozent der Bevölkerung Leistungen nach SGB II, bei den Billstedter Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahre sind es 37,9 Prozent, die von Mindestsicherung leben müssen. Eine Herausforderung sowohl für die Gesundheitspolitik als auch für die Praxis niedrigschwelliger Versorgungsangebote, wie sie der Gesundheitskiosk vorhält.

Die 63-jährige Dame sitzt vor ihrer Gesundheitsberaterin Cagla Kurtcu und weint. Alles sei teuer geworden, immer teurer. Auch jetzt Gemüse, Kartoffeln, Milch. Sie wisse nicht mehr, wie sie das alles bezahlen soll. „Das ist unser Alltag hier im Gesundheitskiosk“, sagt Kurtcu. „Manchmal schwer auszuhalten.“ Das Dilemma sei, dass

die schwierigen Verhältnisse, unter denen die Menschen leben, vom Gesundheitskiosk nicht zu ändern seien. Aber die Beratung werde an die Lebenssituation der Menschen angepasst: „Wir geben dann Ratschläge zur gesunden Ernährung mit günstigen Lebensmitteln und rechnen die Rezepte mit unseren Klient:innen durch, was sie dann kosten. Das hilft ein wenig.“

Armut macht krank

Es ist aus vielen Studien bekannt, dass Menschen mit niedrigem sozialem Status, geringerem Bildungsniveau und minderer beruflicher Stellung vermehrt von chronischen Krankheiten und Beschwerden betroffen sind. Sie schätzen ihre eigene Gesundheit und ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter ein. Defizite in der Gesundheitskompetenz und in den Versorgungsstrukturen, systematische Unterversorgung und höhere Versorgungskosten beschreiben die individuellen und strukturellen Probleme der Stadtteile Billstedt/Horn.

Das Konzept des Gesundheitskiosks ist an diese Lebensrealitäten angepasst. So steht den Klient:innen neben dem Angebot im Gesundheitskiosk ein umfangreiches Netzwerk ambulanter und stationärer Einrichtungen aus dem sozialen und dem Gesundheitsbereich zur Verfügung, mit dem der Gesundheitskiosk eng kooperiert. Auf diese Weise können Präventionsketten gebildet und Gesundheitswissen in die unterschiedlichen Settings hinein vermittelt werden, die zu einem niedrigheligen, interdisziplinären, kultursensiblen und an den Bedarfen der Menschen ausgerichteten gemeinsamen Versorgungsstrang führen und damit Lücken in der Versorgung im Stadtteil schließen.

Das Netzwerk als stabiles Gerüst der Versorgung

Schon 2005 formulierte der Sachverständigenrat der damaligen Bundesregierung Ziele für gesundheitliche Präventionsarbeit: über die Gestaltung der sozialen, ökologischen, ökonomischen und kulturellen Lebens-

Arbeits- und Umweltbedingungen einen positiven Einfluss auf die Gesundheit zu nehmen. Bereits im Prozess zur Vorbereitung des Projektes Gesundheitskiosk durch die Trägergesellschaft Gesundheit für Billstedt/Horn UG wurde dem Rechnung getragen, indem Stadtteilinitiativen und -einrichtungen unterschiedlichster Fachrichtungen ebenso wie Ärztinnen und Ärzte aktiv und kontinuierlich am Entwicklungskonzept für das Projekt mitgewirkt haben. Einigkeit bestand – und besteht auch heute noch – darin, Gesundheit nicht nur als individuelle Erscheinung zu betrachten, sondern als Resultat eines Systems komplexer Zusammenhänge. Das daraus entstandene Netzwerk umfasst heute eine große Zahl von kooperierenden Ärztinnen und Ärzten, sozialen und psychosozialen Einrichtungen im Quartier, Krankenhäusern, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Aber auch Fachbehörden sind ebenso Teil des Netzwerks wie die kommunalen Stadtteilkonferenzen Billstedt und Horn und die Sanierungsbeiräte Billstedt und Mümmelmanns-

Das Netzwerk | Über 100 Partnerorganisationen versorgen 6000 Versicherte


61
Mitglieder
im Ärztenetz Billstedt/Horn
e.V. haben 2000
Überweisungen an den
Gesundheitskiosk ausgestellt



80
Ärzteveranstaltungen (CME-
zertifizierte Fortbildungen z.B.
FORA, Qualitätszirkel,
Ärztenetztreffen...)



32
Arztpraxen sind als feste
Partner bei der
Gesundheit für
Billstedt/Horn aktiv



9
Sektorenübergreifende
Gesundheitsprogramme für
Risikopatienten (Diabetes, Herz,
Rücken, COPD, Onkologie,
Depression)




4
Krankenhäuser kooperieren mit dem
Ärztenetz, den Pflegeheimen, ambulante
Pflegedienste sowie dem
Gesundheitskiosk, um die poststationäre
Versorgung der Patienten zu verbessern



> 100
Gesundheitsangebote der
Einrichtungen, Vereine und
sonstigen Anbieter (social
Care) stehen zur Vermittlung
der Patienten als
Kooperationspartner bereit



12
Pfleger:innen; „Pfleger im Blick“ aktiv
mitgestalten und 75% der Heimbewohner in
Billstedt/Horn versorgen. Interdisziplinäre
Visiten werden durchgeführt + Schulungen zu
den Inhaltliche
Schwerpunkthemen: Wundversorgung,
Diabetes, Ernährung, Sturzprophylaxe und
Palliativpflege

> 15.000
Beratungsgespräche im
Gesundheitskiosk haben für 6000
Versicherte durch
mehrsprachigen Community
Health Nurses stattgefunden



berg, in denen das Thema Gesundheit als Element der Stadtplanung regelmäßig diskutiert wird. Über Einrichtungen wie den Ärztlichen Beirat, den Sozialbeirat, der sich aus relevanten Trägern sozialer und gesundheitlicher Einrichtungen im Quartier zusammensetzt, sowie den Patient:innenbeirat werden gemeinsame Bedarfe und Handlungsfelder definiert und durch eine enge Kooperation mit den Sozial- und Gesundheitsämtern des Bezirks sowie Fachgesprächen mit Landes- und Bundespolitik ergänzt.

Der Gesundheitskiosk als Schnittstelle

Zentrale Schnittstelle dieses Netzwerks ist der Gesundheitskiosk mit seiner bedarfsorientierten und kultursensiblen Gesundheitsberatung. Viele der Klient:innen haben aus sprachlichen oder kulturell bedingten Gründen keinen strukturierten Zugang zu unserem Gesundheitssystem und werden durch die muttersprachlichen Community Health Nurses oder Advanced Practice Nurses – akademisiertes Pflegefachpersonal – an eine regelmäßige haus- oder fachärztliche Versorgung herangeführt. Die pflegerisch-medizinische Beratung und Begleitung von Klient:innen erfolgt in Abstimmung mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, dazu gehören regelmäßige Arztbriefe und quartalsweise Arztgespräche. Die Leistungen des Gesundheitskiosks umfassen weiter u.a. die Gesundheits- und Präventionsberatung, die Vor- und Nachbereitung von Arztgesprächen zur Schärfung des Krankheitsverständnisses sowie die Erarbeitung von persönlichen Zielen und Versorgungsplänen. Bei Bedarf werden Klient:innen in spezialisierte Einrichtungen im Sozialraum vermittelt. 60 Prozent der Klient:innen werden aus dem Ärztenetz in den Gesundheitskiosk überwiesen, 20 Prozent aus dem Sozialraum, 20 Prozent kommen aus Eigeninitiative. In vier umliegenden Krankenhäusern

arbeiten Versorgungskordinator:innen, die vor allem aus den Geburtskliniken und aus der Kardiologie vulnerable Patient:innen nach ihrem stationären Aufenthalt ebenfalls in den Gesundheitskiosk überweisen.

Gesundheitskiosk ist Regierungsprogramm

All dies führt zu einer Verzahnung der relevanten Akteure in den Stadtteilen und bewirkt damit eine bessere Versorgung der Bevölkerung, dies wurde durch eine Evaluation der Universität Hamburg bestätigt. So wurde eine steigende Zahl ambulanter Arztbesuche bei gleichzeitig deutlichem Rückgang der Rate der nicht notwendigen Krankenhauseinweisungen festgestellt, was verdeutlicht, dass sich durch den Gesundheitskiosk der Zugang der Bevölkerung zur Versorgung verbessert hat. Die Patient:innenzufriedenheit einerseits sowie die Vernetzung und Arbeitszufriedenheit der Akteure in der Gesundheitsversorgung andererseits sind gestiegen. Für besonders sozial benachteiligte Stadtteile typische Defizite in der Gesundheitskompetenz und in den Versorgungsstrukturen konnten somit messbar verringert werden – ein Erfolg der neuen Form der Gesundheitsversorgung und präventiver Arbeit im Stadtteil.

Dieses Ergebnis wird jetzt auch auf Bundesebene wahrgenommen und dokumentiert die Möglichkeiten, die lokale Netzwerke auch im Bereich der Verhältnisprävention erreichen können: Die Koalition hat den Gesundheitskiosk in ihr Regierungsprogramm aufgenommen, im März hat der Gemeinsame Bundesausschuss empfohlen, Aspekte des Gesundheitskiosks in die Regelversorgung zu übernehmen: „Die Projektergebnisse weisen darauf hin, dass die erprobten Ansätze das Potenzial haben, die Gesundheitsversorgung in sozial benachteiligten Stadtteilen und Kommunen sinnvoll zu ergänzen und zu verbessern.“

Autor: Klaus Balzer, Gesundheit für Billstedt/Horn UG, Leiter Kommunikation | Presse, <https://gesundheit-bh.de/>



Vorlesen und
Handytricks lernen:
Das Angebot der
Bücherhallen ist
vielfältig

35 lebendige und gemütliche Wohnzimmer in der ganzen Stadt

Die Bücherhallen empfangen alle Menschen von 0 bis 100 Jahren mit offenen Armen

Uta Keite

Dass die Bücherhallen Ausleihbetriebe sind (1,75 Millionen Medien, über zehn Millionen Ausleihen pro Jahr), ist weithin bekannt. Dass sie mit über drei Millionen Gästen pro Jahr als publikumsstärkste Kultureinrichtung der Hansestadt mehr Besucher*innen verzeichnen als alle Hamburger Theater und Museen zusammen, hingegen kaum. Was aber macht die Bücherhallen über die Medienausleihe hinaus eigentlich aus? Warum begeistern sich so viele für Hamburgs 35 öffentliche Bibliotheken?

35 Räume stadtweit – Eintritt frei!

Die Bücherhallen – offene und zugleich sichere, nicht kommerzielle, politisch unabhängige und religiös neutrale Orte – laden mit ihren ansprechenden Räumen seit jeher alle von 0 bis 100 Jahren zum Aufenthalt ein: ob gemütlich

in einem Sessel sitzen, Zeitungen lesen, sich informieren oder vom kompetenten Bibliothekspersonal beraten lassen, im Internet oder in Datenbanken recherchieren, einzeln oder in Gruppen in teils reservierbaren Räumen lernen, ungezwungen nette Menschen treffen oder ... – all das geht. Ohne Bücherhallen-Karte. Ohne Anmeldung. Kostenlos. Die Bücherhallen sind „Dritte Orte“ und werden von Jung und Alt begeistert angenommen als „offenes Wohnzimmer“ – auch außerhalb der regulären Öffnungszeiten, denn viele Bibliothekstüren lassen sich von allen ab 18 Jahren auch zu Zeiten ohne Personal mit der Bücherhallen-Karte öffnen.

Vielfältige Veranstaltungsformate – Teilnahme und aktives Mitgestalten

Neben einladenden Räumen mit aktuellen Medien bieten die Bücherhallen darüber hinaus ein vielfältiges



Die Bücherhallen, Schnittstellen für die Vielfalt gesellschaftlicher und individueller Lebenswelten, sind Abbild der diversen Stadtgesellschaft.

Veranstaltungsangebot, sie sind Hamburgs größter Eventer: Bilderbuchkinos, Gedichte-für-Wichte-Angebote, Kita- und Schulklassenführungen, Ausstellungen, Lesungen, Konzerte, interkulturelle Angebote, Theater- und Filmvorführungen u.a. Auch viele Formate zum aktiven Mitmachen und Mitgestalten gehören dazu: Kreativangebote wie Basteln, Malen oder Makerspaces, Gaming, Trickfilmtechnik, Programmieren für Jugendliche, Klickerkids (Themenrecherche inklusive Gestaltung und Programmierung eigener Internetseiten), „Remote Robo Lab“ zur Vermittlung und Förderung des souveränen Umgangs mit Robotertechnologie. Hinzu kommen Veranstaltungen gegen Hassrede oder Formate zur Stärkung der Medien- und Digitalkompetenz, Fotowettbewerbe, ein Brettspielzimmer in der Bücherhalle Osdorfer Born oder auch die Möglichkeit, sich kostenlos Saatgut auszuleihen, um zu Hause gärtnerisch aktiv zu werden. Das ist nur ein kleiner Ausschnitt aus dem bunten Programm für alle!

Analog und digital – beides ist die Zukunft!

Schon seit vielen Jahren bietet die Digitalisierung den Bücherhallen die Chance, soziale und kulturelle Vielfalt zu ermöglichen: Teilhabe, unabhängig von Ort und Zeit, begann bei den Bücherhallen zunächst mit der „eBücherhalle“, dazu gehören heute rund 150.000 E-Medien wie E-Books und E-Paper, aber auch Musik- und Filmstreaming sowie über 1.000 Datenbanken – alles nutzbar rund um die Uhr.

Aufgrund der Coronapandemie wurde seit Frühjahr 2020 das Veranstaltungsportfolio digital stark ausgebaut, u.a. mit digitalen Sprechstunden sowie Recherche- und Lesetrainings für Schüler*innen, Online-Vorlesestunden oder -Bilderbuchkinos, digitalem Spielen von Gesellschaftsspielen, virtuellen Lesungen oder Diskussionsrunden und vielem mehr. Aber auch neue, teils hybride Formate sind entstanden: So konnten sich Kinder in 15 Bücherhallen Bastelmaterial in Tüten zum kreativen Gestalten abholen, um dann per Zoom in gemeinsamer Runde aktiv zu werden. Und an einer interaktiven Schnitzeljagd in Winterhude nahmen 2021 rund 1.500 Kinder mit Smartphone und anschließendem Gewinnspiel teil, wobei die Detektiv-Mappe in der Bücherhalle abgeholt werden konnte – eine Kooperation mit Seiteneinsteiger e.V. und Goldbekhaus.

Besondere Zielgruppen – besondere Angebote

Darüber hinaus engagieren sich die Bücherhallen schon lange für Menschen in benachteiligten Lebenslagen: Ehrenamtliche bieten rund 100 wöchentliche Gesprächsgruppen zum Deutschlernen für Zugewanderte an



Wohnzimmer
der Stadt:
die Bücherhallen

(DIALOG IN DEUTSCH), außerdem gibt es Hausbesuche für immobile Menschen (MEDIENBOTEN), Tablet- und Smartphone-Schulungen für Menschen 60+ (SILBER & SMART), Lesetrainings für Grundschulkinder oder deutsche bzw. fremdsprachige Vorlesestunden für Kinder mit Zuwanderungsgeschichte – kostenlos und niedrigschwellig. Seit 2020 ergänzend teils digital, sodass die Durchführung durch Ehrenamtliche sowie die Teilnahme auch von zu Hause aus möglich sind. Der schönste Lohn für dieses vielfältige zivilgesellschaftliche Engagement der über 600 Ehrenamtlichen: Alle Angebote werden sehr gut und dankbar angenommen.

Barrieren überwinden – mit den Bücherhallen

Auch Menschen mit Behinderung bieten die Bücherhallen ein Zuhause. Dazu gehören in der Zentralbibliothek u.a. ein inklusives Wege- und Leitsystem, barrierearme, einheitliche und gut lesbare Aushänge mit einer barrierefreien Schrift, die alle Publikationen und Hinweise für Kund*innen durchzieht, taktile Bodenindikatoren als Wegweiser, An- und Unterfahrbarkeit von Tischen, eine induktive Höranlage im Veranstaltungsraum, Bildschirmlesegerät, Filme mit Audiodeskription oder Gebärdensprachvideos. Auch die meisten Stadtteilbücherhallen sind barrierefrei zugänglich. Und die, die es noch nicht sind, sollen es, wo immer es geht, werden.

Bücherhallen als Wohnzimmer der Stadt – gemütlich, gesellig, geschützt, geschätzt

Die Bücherhallen sind permanent in Bewegung, so wie es auch die Stadtgesellschaft ist. Die vielfältigen Aktionsfelder – u.a. Bildungsunterstützung und lebenslanges Lernen, kulturelle und soziale Teilhabe, Chancengleichheit, Gemeinwesenarbeit, digitale Mündigkeit, ehrenamtliches Engagement oder Freizeitgestaltung – werden ermöglicht durch mehr als 400 Mitarbeitende und über 600 Ehrenamtliche.

Die Bücherhallen, Schnittstellen für die Vielfalt gesellschaftlicher und individueller Lebenswelten, sind Abbild der diversen Stadtgesellschaft: Die Bücherhallen werden auch weiterhin und noch mehr als bislang einzelne Bürger*innen, Communities und Gruppen in der Nachbarschaft sowie die zahlreichen Kooperationspartner*innen, insbesondere aus der soziokulturellen Stadtteilarbeit, aktiv am Programm beteiligen. Alle können, ja alle sollen mitgestalten: Davon leben die Bücherhallen, denn erst diese Partizipation macht sie wirklich zu lebendigen und offenen Wohnzimmern der Stadt. Willkommen!

Autorin: Uta Keite, Bücherhallen Hamburg, uta.keite@buecherhallen.de, <https://www.buecherhallen.de>

ParkSport

Sport und Bewegung für ALLE in öffentlichen Grünanlagen in Hamburg

Beate Wagner-Hauthal, Nina Stahmer

Wie können öffentliche Räume zu einer gesunden Stadtgesellschaft beitragen? Was braucht es, um Bewegung zu initiieren? Wie können bewegungsferne Bevölkerungsgruppen erreicht werden? Der gemeinnützige ParkSportInsel e.V. ist hierfür Diskussionsbeitrag und Modell.

Die Idee ParkSport hat ihren Ursprung in der Internationalen Gartenschau 2013. Mit der „Welt der Bewegung“ entstanden, vielfach begleitet durch partizipatorische Prozesse, auf 9 ha mit dem Multicourt, der Skateanlage, den Kletter- und Laufmöglichkeiten, der Kanustrecke, dem Discgolf-Parcours, der Beachfläche und dem Fitnessparcours Bewegungsinsel diverse Bewegungsmöglichkeiten in einem öffentlichen Park. Der Impuls für diese Entwicklung lag in der klaren Haltung, dass Parks in urbanen Räumen ausreichende und vielfältige Bewegungsmöglichkeiten für die moderne und multikulturelle Stadtgesellschaft bereithalten und damit eine Einladung für ALLE zu Aufenthalt, Bewegung und Begegnung eröffnen müssen.

Bewegung braucht Begleitung, Anleitung und Motivation!

Aus dieser Erkenntnis entsprang die Motivation für die Gründung der gemeinnützigen ParkSportInsel, die sich der Aufgabe verschrieben hat, Menschen für Sport und Bewegung sowie eine gesundheitsfördernde Freizeitgestaltung zu motivieren. Ergänzt und akzentuiert wird dies durch integrative und inklusive Sportangebote, die die gesellschaftliche Teilhabe aller ermöglicht, Maßnahmen, die alle Altersgruppen von jung bis alt ansprechen, sowie Veranstaltungen, die die kulturelle Vielfalt fördern und lebendig machen.

Die ParkSportInsel bereitet allen Menschen einen niedrigschwelligen Zugang zu Bewegungs- und Sportangeboten. Dabei stehen immer die Gemeinschaft und der Spaß im Vordergrund. Es sollen insbesondere auch Menschen für die Themen Gesundheit und Bewegung begeistert werden, die noch keinen nachhaltigen Kontakt zum Sport gefunden haben. Über unsere Vielfalt und innovativen Ideen möchten wir es allen ermöglichen, Neues zu entdecken und Spaß an Sport und Bewegung zu entwickeln.

Von Mitmachangeboten über Fitnesskurse und Feriencamps bis Sportevents

Dies geschieht zum einen im Rahmen größerer Veranstaltungen, zum anderen durch gemeinwohlorientierte Sportprojekte, Ferienangebote, Workshop- oder auch kleinere Mitmachformate. Dabei legen wir großen Wert darauf, dass (fast) alle Angebote generationsübergreifend nutzbar und kostenfrei sind. Dadurch werden nicht nur ältere Menschen angezogen, die ansonsten vor der Herausforderung stehen, passende Sportangebote zu finden. Vor allem Kinder, Jugendliche und Familien genießen unser abwechslungsreiches Programm.

Seit 2014 hat die ParkSportInsel ihr Portfolio kontinuierlich ausgebaut und bietet mittlerweile in neun Hamburger Parks an über 200 Terminen pro Jahr ihr Programm für die Hamburger Bevölkerung an. Neben dem breit gefächerten Programm im Wilhelmsburger Inselpark gibt es mittlerweile ParkSport-Angebote im Lohmühlenpark St. Georg, im Hammer Park, im Öjendorfer Park, im Quartier Haferblöcken, in Horn und in Mümmelmannsberg, am Schillerufer in Bergedorf und im Eichtalpark in Wandsbek. Im nächsten Jahr startet ein weiteres Projekt im dann neuen Sportpark Außenmühle in Harburg.

Das Team ist der Star!

Die Mitglieder der ParkSportInsel möchten mit ihrem Engagement einen Beitrag für lebendige Nachbarschaften, sozialen Zusammenhalt und Orte der Begegnung im öffentlichen Raum leisten. Eine Besonderheit der Vereinsstruktur ist hierbei die Übernahme eines genossenschaftlichen Prinzips in der Satzungsstruktur. Mit einer gestaffelten Beitragsordnung bringt sich jedes Mitglied gemäß seiner eigenen Möglichkeit in die Gemeinschaft ein: Die Starken tragen und unterstützen die Schwächeren und alle partizipieren von den gemeinsamen Mitteln und Beständen.

Zudem entstanden in den letzten Jahren zahlreiche Partnerschaften mit dem Ziel, Ressourcen zu bündeln, möglichst viele und vielfältige Zielgruppen anzusprechen und zu erreichen sowie mit den jeweiligen Fachexpertisen thematische Vielfalt entstehen zu lassen. Dies bezieht sich sowohl auf Kooperationen im Rahmen unserer



ParkSport: Sport und Bewegung für alle Altersgruppen



Veranstaltungen im Inselepark als auch auf lokale Partnerschaften in den Quartieren und Bezirken, die alle durch ihre jeweiligen Nachbarschaften geprägt sind und ihren besonderen Charakter haben.

ParkSportPiloten und ParkSportPilotinnen

Im Wilhelmsburger Inselepark sind die jungen Anleiterinnen und Anleiter in den weiß-grünen Shirts schon seit Jahren fester Bestandteil des Gesamtbildes. Auch in unseren übrigen Parks stellen die „ParkSportPiloten“ und „ParkSportPilotinnen“ einen wichtigen Baustein für die Umsetzung zahlreicher Bewegungsangebote dar. Sie sind ein Paradebeispiel dafür, wie man in einer Metropole wie Hamburg die Themen Bewegung und Gesundheit im öffentlichen Raum mit niedrighwelligen Angeboten fördern und den Parkbesucher*innen auf einfache Weise näherbringen kann. Die im Jahr 2012 in Vorbereitung auf die Sportveranstaltungen der Internationalen Gartenschau entstandene Idee eines Qualifizierungsprogramms hat sich in den vergangenen neun Jahren zu einem absoluten Vorzeigeprojekt in der Global Active City Hamburg entwickelt. Seit 2015 hat der ParkSportInsel e.V. über 500 junge Menschen zu ParkSportPiloten und -Pilotinnen qualifiziert und ihnen dabei wichtige Schlüsselkompetenzen mit auf den Weg gegeben: Neben Teamwork, Verantwortungsübernahme und selbstständigem Arbeiten werden in der Schulung auch Werte wie Fairplay und das Verständnis für gesundheitliche Themen entwickelt. Im Bereich ParkSport/Trendsport vermitteln unsere Pilot*innen einfache, freizeitorientierte Bewegungsspiele wie Longboard, Discgolf und vieles mehr.

Seit einigen Jahren spielt auch das Thema Inklusion in der Ausbildung eine wichtige Rolle. Über unsere Zusammenarbeit mit „sport und inklusion“ der Evangelischen Stiftung Alsterdorf werden ausgewählte ParkSportPiloten und -Pilotinnen speziell für den Umgang mit Menschen mit Behinderung qualifiziert. Dadurch konnten wir unsere Angebote ausbauen, verbunden mit dem Ziel, den Inklusionsgedanken an weiteren Standorten zu implementieren.

Fit und mobil

Um weitere Zielgruppen mit gesundheitsfördernden Angeboten zu erreichen, wurde speziell für Ältere das Programm „Fit im Park“ entwickelt (auf der Homepage parksportinsel.de unter „Weitere Parks und Angebote“ als Download zu finden). „Fit im Park“ ist ein Trainingsprogramm für Ältere mit zielgerichteten Outdoor-Fitnessübungen, die in den Kursen der ParkSportInsel, in der Gruppe oder auch individuell ausgeführt werden können. Ebenfalls speziell für Ältere sind die Wiederaufsteiger*innen-Kurse, in denen die Fahrradfahrtechniken aufgefrischt werden können und wieder an frühere Alltagsgewohnheiten mit dem Fahrrad angeknüpft werden kann. Zur Unterstützung der Mobilität und Nachhaltigkeit sowie zur Gesundheitsförderung und zum Empowerment von Frauen tragen die Radfahrkurse für migrantische Frauen bei, die seit Jahren im Wilhelmsburger Inselepark angeboten werden.

Besonders beliebt sind zudem die wöchentlichen, kostenfreien Yogakurse im Inselepark, die ebenfalls ein Beitrag im Rahmen des Active City Summer sind.

Von den coronabedingten Lockdownphasen abgesehen, nehmen mittlerweile mehr als 5.000 aktive Hamburgerinnen und Hamburger pro Jahr die Angebote der ParkSportInsel wahr.

Das Programm und Projekte der ParkSportInsel finden sich u.a. unter:

www.parksportinsel.de
facebook.com/parksportinsel
instagram.com/parksportinsel.hamburg

Autorinnen: **Beate Wagner-Hauthal & Nina Stahmer**, b.wagner-hauthal@parksportinsel.de, nina.stahmer@parksportinsel.de, www.parksportinsel.de



Foto: Heike Günther

Forum „Eine Mitte für Alle“

Partizipation und inklusive Stadtentwicklung in Altona

Lea Gies

Die Quartiers-Initiative „Q8 – Quartiere bewegen“ der Evangelischen Stiftung Alsterdorf arbeitet seit 2011 daran, das Soziale neu zu organisieren und somit der Frage nachzugehen, wie ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen und andere selbstbestimmt und so, wie sie es möchten, lange zu Hause leben können.

In sechs Quartieren in Hamburg arbeiten die Q8-Koordinatorinnen als intermediäre, also unabhängige und vermittelnde Instanzen. Sie fördern das nachbarschaftliche Zusammenleben, unterstützen Kooperationen vor Ort und verbessern Versorgungsstrukturen in den Quartieren. Die Menschen im Quartier werden dabei unterstützt, ihre Belange und Bedarfe zu artikulieren und diese an der richtigen Stelle zu platzieren.

Mitte Altona

Für das ehemalige Güterbahnhofsgelände an der Harthortstraße entstanden bereits 2007 erste Planungen für ein neues Wohnquartier. Mittlerweile wurden dort rund 1.600 Wohnungen errichtet. Hier wurde der zwischenzeitlich für Hamburg bekannte Drittmix (1/3 geförderter Wohnungsbau, 1/3 freifinanzierter Mietwohnungsbau, 1/3 Eigentumswohnungen) eingeführt und 20 Prozent der Wohnfläche wurden von Baugemeinschaften realisiert. Gleichzeitig entstehen in dem mit einem Park durchzogenen Quartier eine Stadtteilschule, vier Kitas und Einkaufsmöglichkeiten.

Die Arbeit des Forums *Eine Mitte für Alle*

Im Februar 2012 initiierte die damalige Q8-Altona-Koordinatorin Karen Haubenreisser das Forum *Eine Mitte für Alle*. Die zentrale Frage der Auftaktveranstaltung: Wie kann der neue Stadtteil Mitte Altona inklusiv geplant und gestaltet werden?

Bis heute nehmen am Forum Bürger*innen sowie Institutionen aus unterschiedlichen Bereichen teil, u.a. aus Politik, Verwaltung, Baugemeinschaften, Initiativen, Universitäten, Kirche und Stadtplanung – dies sind Menschen mit und ohne Behinderung und aus verschiedenen Herkunfts- und Altersgruppen. Moderiert und organisiert wird das Forum von Q8.

Gleich zu Beginn erarbeitete das Forum Kriterien für vielfältige Lebensbereiche, wobei es sich an der 2006 verabschiedeten UN-Behindertenrechtskonvention orientierte. Die so entstandenen „30 Ziele und Etappen inklusiver Stadtentwicklung in Mitte Altona“ wurden kurz darauf (im August 2012) von der Bezirksversammlung Altona aufgegriffen. Diese beschloss einstimmig, dass diese Empfehlungen für die Planungen in Mitte Altona und darüber hinaus für alle weiteren Bauvorhaben in Altona berücksichtigt werden sollen.

Folglich ist das Thema Inklusion auch in dem städtebaulichen Vertrag, der zwischen der Hansestadt Hamburg und den Eigentümern aus Mitte Altona geschlossen wurde, wiederzufinden.

Das Forum Eine Mitte für Alle trifft sich zwei- bis dreimal im Jahr. An diesen Sitzungen nehmen meist um die 30 Personen aus den verschiedensten, oben genannten Bereichen teil. Zwischen den Foren gibt es sogenannte Zwischendurch-Teams, um bestimmte Themen zu bearbeiten.

Im Forum wird Inklusion gelebt. Es gibt einen respektvollen Austausch, jede und jeder wird als Expert*in wahrgenommen – durch den professionellen Hintergrund, das Wissen über die Nachbarschaft oder Erfahrungen mit individuellen Hürden und Erlebnissen. Ist eine Perspektive zu einem bestimmten Thema noch nicht in der Runde vertreten, wird versucht, eine entsprechende Person einzuladen oder gute Beispiele für die Umsetzung zu finden. Wichtig ist, dass auch Personen aus der Verwaltung an den Treffen des Forums teilnehmen. Sie informieren über aktuelle Planungsstände und nehmen Anregungen für die inklusive Umsetzung mit.

Das Forum arbeitet konstruktiv und lösungsorientiert. Konflikte und Widersprüche werden als Ansporn genutzt, die beste Lösung für alle zu finden. Dies kann auch ein Kompromiss sein. Gemeinsames Ausprobieren und Reflektieren sind neben der Planung wichtige Schritte im Prozess.

» Hier wohnen Menschen mit und ohne Behinderung, aus verschiedenen Kulturen, in verschiedenen Altersgruppen.

Die Wirkung des Forums *Eine Mitte für Alle*

Der Einsatz des Forums *Eine Mitte für Alle* macht sich an verschiedenen Stellen im Quartier bemerkbar. Im Folgenden sollen einzelne Beispiele hervorgehoben werden.

Um den öffentlichen Raum so barrierefrei wie möglich zu gestalten, hat sich die Behörde für Stadtentwicklung und Wohnen beispielsweise gemeinsam mit Betroffenen auf die Suche nach einem besonderen Bordstein gemacht. Er sollte rollend überquert werden können und dennoch mit dem weißen Stock blinder und sehbehinderter Menschen tastbar sein. Für die Erprobung wurde eine Musterfläche geschaffen und das neue, barrierefreie Leitsystem gemeinsam erprobt.

Nicht nur in der Planung, sondern auch während der Umsetzung soll Inklusion in Mitte Altona gelebt werden. So verankerte das Bezirksamt Altona auf Anraten des Forums *Eine Mitte für Alle* als erste städtische Institution Hamburgs die sogenannten sozialen Vergabekriterien in der bundesweiten Ausschreibung für den Parkbau. Diese



Mustergültig: Gemeinschaftliche Suche nach einem barrierefreien Bordstein

Kriterien geben vor, dass ein Hauptauftragnehmer mit Beschäftigungs- und Bildungsträgern zusammenarbeitet, die Menschen mit erschwerem Zugang zum Arbeitsmarkt eine Perspektive bieten. Der Garten- und Landschaftsbaubetrieb, der den Zuschlag erhielt, schloss daraufhin einen Vertrag mit einem Konsortium aus sozialen Trägern.

Und auch innerhalb der Häuser wird Inklusion gelebt. Einen großen Beitrag leisten dabei die Baugemeinschaften, die auf 20 Prozent der Wohnfläche ihre besonderen inklusiven Konzepte umsetzen. Diese stellen gleichzeitig einen Mehrwert für das gesamte Quartier dar. Hier wohnen Menschen mit und ohne Behinderung, aus verschiedenen Kulturen, in verschiedenen Altersgruppen – allein, als Familie oder Wohngemeinschaft. Eine Baugemeinschaft hat beispielsweise einen kultursensiblen Pflegedienst integriert, eine andere eine inklusive Gastronomie.

Das inklusive nachbarschaftliche Miteinander wird zusätzlich von einem Quartiers- und Mobilitätsmanagement unterstützt, das auf Empfehlung des Forums eingerichtet wurde.

Wie geht es weiter?

Nach zehn Jahren und einer abgeschlossenen Planung zieht sich Q8 aus Mitte Altona zurück. Nun übernehmen die Bewohnerinnen und Bewohner selbst die Organisation des Forums *Eine Mitte für Alle*.

Gleichzeitig führt das aus dem Forum heraus gegründete Team *Inklusives Holstenquartier* die inklusive Begleitung des benachbarten Holstenareals weiter. Hier konnten die Erfahrungen aus Mitte Altona evaluiert und in Teilen bereits optimiert werden. So werden dort alle Wohnungen barrierearm gebaut und auf 7,5 Prozent der Wohnfläche wird inklusiver Wohnraum durch neun soziale Träger umgesetzt.

Autorin: **Lea Gies, Q8 altona – QUARTIERE BEWEGEN,**
L.gies@q-acht.net , www.q-acht.net/einemittefueralle.de



Für mehr Miteinander und weniger Nebeneinander: Die Begegnungsbänke stehen an verschiedenen Orten in Lieboch

Nachbarschaft zusammen leben

Community Organizing als Methode in der kommunalen Gesundheitsförderung

Alima Matko

Das Projekt „Nachbarschaft zusammen leben“ wurde von Styria vitalis von 2018 bis 2020 in der Gemeinde Lieboch umgesetzt. Ziel war es, den sozialen Zusammenhalt in der Gemeinde zu stärken. Bewohner:innen wurden nach ihren Bedürfnissen in Bezug auf ein lebenswertes Zusammenleben in der Gemeinde befragt. Der geäußerte Bedarf wurde öffentlich sichtbar gemacht, die Bewohner:innen in einen Dialog gebracht. Alle Interessierten bekamen die Möglichkeit, sich für Themen einzusetzen, die das Miteinander verbessern.

Hintergrund

Styria vitalis begleitet seit 30 Jahren das steirische Netzwerk der Gesunden Gemeinden. Dabei spielen die Stärkung der sozialen Beziehungen und die Vernetzung mit lokalen Strukturen, beispielsweise mit ortsansässigen Vereinen und Institutionen, eine wesentliche Rolle. Wenn Menschen die Möglichkeit bekommen, ihr persönliches Umfeld nach ihren Wünschen mitzugestalten, erzeugt das Wohlbefinden, was sich positiv auf ihre Gesundheit auswirkt. Unsere Zielgruppenanalyse 2017 zeigte, dass die Situ-

ationen geflüchteter Menschen und ihre Integration in die Gemeinde aktuelle Themen waren. Für Gemeinden stellten sich neue Fragen: Wie können sich Menschen, die zuziehen, in der Gemeinde einbringen? Wie kann ein Zusammenwachsen gelingen?

Ziel war es, dass Bewohner:innen und geflüchtete Menschen sich gemeinsam für Anliegen einsetzen, die ein gutes Zusammenleben ermöglichen. Die sozialen Beziehungen sollten gestärkt werden und ein (neues) Wir-Gefühl entstehen.

Methode Community Organizing

Die Methode Community Organizing ist eine Form der Bürger:innenbeteiligung, bei der Bewohner:innen eingeladen werden, ihre Lebenswelt aktiv mitzugestalten. Mithilfe einer Aktivierenden Befragung werden die Themen, die Menschen bewegen, erhoben. Die Befragung dient gleichzeitig dazu, die Betroffenen dazu zu motivieren, sich aktiv in ihre (soziale und räumliche) Umwelt einzubringen. In einem demokratischen Prozess wird dann abgestimmt, welche Themen behandelt werden sollen. Die Umsetzung der Maßnahmen passiert partizipativ.

Umsetzung der gewählten Themen in der Kerngruppe

Aktivierende Gespräche

Das Projektteam konzipierte anhand der Zielsetzungen einen Gesprächsleitfaden für die Aktivierenden Gespräche. In 90 Gesprächen – entweder vereinbart oder spontan aufsuchend – mit Bürger:innen bzw. Stakeholder:innen wurden Hinweise zusammengetragen: Wie funktioniert Nachbarschaft in Lieboch, welche Herausforderungen bestehen und welche Ideen gibt es, nachbarschaftliche Beziehungen zu fördern. Für teilnehmende Asylwerber:innen war die Begleitung durch Dolmetscher:innen hilfreich, da sie sich in ihrer Muttersprache differenzierter ausdrücken konnten. Auch war es eher ungewohnt für sie, über persönliche Wünsche zu sprechen – noch dazu zum Thema Nachbarschaft.

Abstimmung

Im Rahmen eines Nachbarschaftsfrühstücks (Versammlung) mit 80 Personen wurden die zentralen Befragungsergebnisse vorgestellt. Die Teilnehmenden gaben ihre persönliche Punktbewertung zur Priorisierung der Themen ab und konnten ihr Interesse an einer Mitarbeit am Thema bekannt geben.

Umsetzung der gewählten Themen in den Kerngruppen

Sprachtandems

Konkretes Bedürfnis der Asylwerber:innen war es, Deutsch im Alltag zu sprechen. Die Methode des Sprachtandems ermöglicht es, dass beide Partner:innen einen Beitrag in die Beziehung einbringen können. In der Folge wurden erste Paare gebildet, die sich regelmäßig trafen.

Mehr Miteinander – weniger Nebeneinander

In der Gruppe wurde die Idee der Begegnungsbankerl entwickelt, welche an verschiedenen Orten in Lieboch



Alle Interessierten bekamen die Möglichkeit, sich für Themen einzusetzen, die das Miteinander verbessern.

aufgestellt werden sollten. Der Bürgermeister sicherte nach Verhandlung mit Mitgliedern aus der Gruppe die Bereitstellung der Bänke zu. Die Werkstatt der Lebenshilfe und eine Senior:innengruppe wurden als Partner gewonnen. Die Bänke wurden grundiert und gestaltet, ein Eröffnungsfest pro Bankerl geplant. Immer mehr Liebocher:innen wandten sich mit Wünschen für weitere Standorte der Begegnungsbankerl an die Mitglieder der Kerngruppe.

Grün statt Grau

Um mehr Mitstreiter:innen für diese Gruppe zu finden, wurde erneut die Methode der Aktivierenden Gespräche aufgegriffen. Die Gruppenmitglieder erhielten eine Methodenschulung und entwickelten gemeinsam den Gesprächsleitfaden. Gemeinsam wurden die Gespräche und Ergebnisse ausgewertet und aufbereitet und beim nächsten Nachbarschaftsfrühstück vorgestellt. In der Folge stellte die Gruppe Konzepte für mehr Grün in der Stadt dem Bürgermeister, dem Umweltausschuss und dem Land Steiermark vor. Der Erfolg: Seit 2021 gibt es – für alle nutzbar – eine Streuobstwiese, eine Blühwiese für Insekten und ein Kräuterbeet.



Im Rahmen eines Nachbarschaftsfrühstücks wurde über die besten Ideen abgestimmt

Partizipation der Akteur:innen im Setting

Ziel von Community Organizing ist es, dass Bürger:innen empowert werden, sich für die Gestaltung ihrer Lebenswelt einzusetzen. In den Kerngruppen entschieden die anwesenden Personen gemeinsam über die weiteren Schritte und die Umsetzung. In allen Gruppen beteiligten sich auch Asylwerber:innen. Die Projektmitarbeiterin übernahm zu Beginn die Moderation und achtete darauf, dass Entscheidungen demokratisch getroffen wurden. Die Gruppenmitglieder teilten sich die Aufgaben auf und verhandelten selbst mit dem Bürgermeister oder dem Umweltausschuss über mögliche Unterstützungen. Alle Aktivitäten, die umgesetzt wurden, haben die Personen der Kerngruppen geplant und gestaltet.

Nachhaltige Verankerung

Es ist gelungen, eine aktive Bürger:innengruppe aufzubauen, die nach Projektende (trotz Corona) weiter an den Themen arbeitet und bis heute aktiv ist. Die Kerngruppe „Mehr Miteinander – weniger Nebeneinander“ hat sich die Gestaltung weiterer Bänke zum Ziel

gesetzt. Außerdem etablieren sich weitere Aktivitäten rund um die Begegnungsbänke.

Die Tandemgruppe ist weiter aktiv, so bleiben die Beziehungen zwischen Asylwerber:innen und Bewohner:innen bestehen. Neu hinzugekommene Asylwerber:innen beteiligen sich gerne bei den praktischen Aktivitäten wie Bänkegestalten oder Bäumepflanzen.

Die Gruppe „Grün statt Grau“ pflegt gemeinsam die Streuobstwiese und möchte sich zukünftig mit der Begrünung von Parkplätzen im Ort auseinandersetzen.

Die gesammelten Erfahrungen wurden in einem Handbuch festgehalten, welches digital downloadbar ist.

<https://styriavitalis.at/wp-content/uploads/2020/03/2020communityorganizinghandbuchweb.pdf>

Autorin: **Mag^a Alima Matko**, Styria vitalis, Gesund Aufwachsen & Gesunde Gemeinde, alima.matko@styriavitalis.at, www.styriavitalis.at

Impressum

Herausgeberin:

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für
Gesundheitsförderung e.V. (HAG)
Hammerbrookstraße 73 | 20097 Hamburg
Telefon: 040 288 03 64-0 | Fax: 040 288 03 64-29
E-Mail: buero@hag-gesundheit.de
Internet: www.hag-gesundheit.de
V.i.S.d.P.: Petra Hofrichter

Redaktion:

Claudia Duwe, Stephanie Forman, Henrieke Franzen,
Dörte Frevel, Petra Hofrichter

Beiträge:

Thomas Altgeld, Klaus Balzer, Prof. Dr. Christoph
Butterwegge, Philipp Dickel, Prof. Dr. Nico Dragano,
Lea Gies, Petra Hofrichter, Uta Keite, Claudia Lohkamp,
Christian Lorentz, Mag^a Alima Matko, Milli Schroeder,
Nina Stahmer, Prof. Dr. Dr. Alf Trojan, Beate Wagner-
Hauthal

Koordination: Dörte Frevel

Layout: Christine Ort

Gestaltung: MedienMélange: Kommunikation!

Druck: Drucktechnik

Auflage: 2.000

ISSN: 1860-7276

Erscheinungsweise: 2x jährlich

(Mai/Juni und November/Dezember)

**Namentlich gekennzeichnete Beiträge
geben die Meinung des*der Autor*in
wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.**

Titelfoto: jcomp via freepik

Fotos: Peter Ries Düsseldorf_pixelio.de (S. 5), LVG &
AFS Nds. e.V. (S. 7), Imagesines photocase.de (S. 13),
iStockDrAfter123_2, iStockDrAfter123122 (S. 15),
HAG e.V. (S. 17), Jens Natter (S. 20), Gesundheit für
Billstedt/Horn UG (S. 24, S. 25), Krim Grüttner ©
Bücherhallen Hamburg, Simon Reindl © Bücherhallen
Hamburg (S. 27), Christoph Keller © Bücherhallen
Hamburg (S. 29), Uwe Wichmann (S. 31), Heike
Günther (S. 33), Q8 altona (S. 35), Styria
Vitalis (S. 36, 38)

**Sie können StadtpunkteTHEMA kostenlos
bestellen: per Telefon, Fax oder E-Mail.**

Termine der HAG _ eine Auswahl

Are you ready? Das Instrument Standortanalyse –
Qualifizierung zur webbasierten Anwendung

Dienstag, 5. Juli 2022, online

Weiterbildung zum Eltern-Programm Schatzsuche – Basis

Donnerstag, 1. September bis Dienstag, 8. November 2022 (6 Termine)
Sozialpädagogisches Fortbildungszentrum (SPFZ)

Kongress Pakt für Prävention: Miteinander ins Gespräch kommen –
Gesundheitskommunikation vor Ort

Donnerstag, 29. September 2022

Rudolf Steiner Haus

Abschlussstagung GEsundeZEITEN

Mittwoch, 23. November 2022, online

Weiterbildung zum Eltern-Programm Schatzsuche –
Schule in Sicht

Donnerstag, 8. Dezember bis Freitag, 9. Dezember 2022, online

Die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) macht sich für soziallyagenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten stark. Sie arbeitet auf Grundlage der Ottawa-Charta. Ihr Ziel ist, das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden der Hamburger Bevölkerung zu stärken. Als landesweites Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung organisiert sie Netzwerke, koordiniert fachlichen Austausch, berät Institutionen, Einrichtungen und Initiativen, bietet Qualifizierungsangebote, unterstützt Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung, informiert zu aktuellen Fragen und fördert Projekte von Dritten. Die HAG ist unabhängig und gemeinnützig. Ihre Arbeit wird finanziert aus Mitteln der Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde) sowie aus Projektmitteln von Krankenkassen (GKV) und anderen Trägern.