
Teil 2 Forschungsstand

Gesundheit im Raum und kommunale Gesundheitsförderung

Zu den einleitend beschriebenen großen Herausforderungen bei der Forschung zur gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung zählt, dass dieser Projektpraxis meist keine expliziten theoretischen Annahmen zugrunde liegen und die wissenschaftliche Dokumentation der bisherigen Praxiserfahrungen nicht durchgehend erfolgt ist. Auch das Verhältnis von Gesundheit und Raum ist theoretisch wie empirisch unzureichend geklärt. Bevor die Frage der Wirksamkeit von Interventionen überhaupt gestellt werden kann, müssen im Bereich des Setting-Ansatzes „Quartier“ zunächst grundlegende Vorarbeiten geleistet werden. Dies ist die Zielstellung des hier vorgelegten Literaturüberblicks. Die Forschungsergebnisse werden aus verschiedenen Bereichen zusammengezogen, die untereinander kaum Bezug aufeinander nehmen. Dabei ist einzuschränken, dass dem Ziel des ordnenden Überblicks das der lückenlosen Aufarbeitung der Literatur nachgeordnet werden musste. Dies hätte einer stärkeren Fokussierung auf Einzelaspekte bedurft, die allerdings zulasten der allgemeinen Bestandsaufnahme gegangen wäre.

Jeder der folgenden Teilabschnitte resümiert in einem Zwischenfazit die Erkenntnisse und offenen Fragen, die für die empirische Analyse relevant sind. Vor allem in Kapitel 6 wird in der Querschau verschiedener Modelle zur gesundheitlichen Ungleichheit und zur Gesundheitsförderung deutlich, dass ein umfassendes Erklärungsmodell bislang fehlt. Die konzeptionell insgesamt noch sehr wenig gefestigte Basis wird in Kapitel 7 zu einer Definition verdichtet und sechs Wirkungserwartungen herausgearbeitet. Insgesamt begründet dieser bislang wenig integrierte Forschungsstand das im nachfolgenden Teil 3 entworfene explorative Forschungsdesign und die Wahl der Grounded Theory als Auswertungsmethode.

2 Interventionspraxis

Dieses Kapitel führt in den Gegenstandsbereich der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung ein. Zunächst wird die Interventionspraxis dargestellt, indem der Setting-Ansatz in die Diskussion um geeignete Interventionen zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit eingeordnet, Umfang wie Finanzierung des Förderbereichs umrissen und die zentralen Akteure vorgestellt werden. Im letzten Abschnitt wird die beträchtliche Diskrepanz zwischen programmatischem Anspruch und Umsetzungspraxis herausgestellt.

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung weist die Gemeinde als den zentralen Steuerungsakteur der „gesundheitsfördernden Gesamtpolitik“ aus. Die Schaffung „gesundheitsförderlicher Lebenswelten“ ist eine Komponente dieses Pakets, die mit der Konzeption des Setting-Ansatzes und mit Initiativen wie dem Gesunde Städte-Netzwerk untersetzt wurde. Die fünf in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung ausgewiesenen Handlungsebenen zielen darauf, dem umfassenden Verständnis von Gesundheitsförderung gerecht zu werden (WHO 1986):

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
- Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten
- Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen
- Entwicklung persönlicher Kompetenzen
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste

New Public Health-Verständnis von Gesundheitsförderung

Die Ottawa-Charta hat in den 1980er-Jahren eine Neubestimmung der Öffentlichen Gesundheit vollzogen. Mit „New Public Health“ wurde ein Gesundheitsverständnis etabliert, das dem pathogenetischen Verständnis von Gesundheit („Abwesenheit von Krankheit“) eine komplexere bio-psycho-soziale Definition entgegensetzte (Hurrelmann 2010, S. 137ff.). Gesundheit wird demnach nicht als „Schweigen der Organe“ angesehen, sondern als ein Zustand psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens, der jeder und jedem Einzelnen ein kontinuierliches Austarieren von Belastungen und Ressourcen über den Lebenslauf hinweg abverlangt.

Public Health wird nach diesem „salutogenetischen“ Verständnis folgendermaßen definiert:

„Public Health ist Theorie und Praxis der auf Gruppen bzw. Bevölkerungen bezogenen Maßnahmen und Strategien zur Verminderung von Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten durch Senkung von Gesundheitsbelastungen und Stärkung bzw. Vermehrung von Gesundheitsressourcen mittels überwiegend nichtmedizinischer Interventionen“ (Rosenbrock 2001, S. 754).

Soziale Determinanten und nicht-individuelles Risikoverhalten werden nach diesem Ansatz betont. Ungleichheiten bei den Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten werden als eine komplexe Kombination von Nachteilen gesehen, die sich aus dem sozialen Status, aus höheren Belastungen und geringeren persönlichen Ressourcen, aus sozial selektiven Zugängen zur gesundheitlichen Versorgung und aus gesundheitlich relevanten Lebensstilen ergeben (vgl. Modell nach Elkeles/Mielck 1997, modifiziert nach Rosenbrock 2001, S. 755). Gesundheitsförderung ist demnach ein kontinuierlicher und gestaltbarer Prozess, der darauf abzielt, krankmachende Belastungen zu senken und gering zu halten sowie gesundheitsförderliche Ressourcen aufzubauen und zu erhalten.

Definitionsgemäß wird immer dann von „sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit“ gesprochen, „wenn drei Bedingungen gemeinsam auftreten: Die Differenzen sind systematisch, sie sind sozial hervorgerufen, und sie sind unfair“ (Franzkowiak et al. 2011, S. 39). Damit entspricht die Definition dem englischen Begriff „health inequity“, der von dem ‚neutraleren‘ „health inequalities“ abgegrenzt wird. Mit Letzterem werden gesundheitliche Ungleichheiten beschrieben, die als unabänderlich bzw. als unproblematisch angesehen werden (vgl. Mielck 2000). Aus den beobachteten Zusammenhängen und der Betonung der prinzipiellen Veränderbarkeit der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit erwächst eine große sozial- wie gesundheitspolitische Herausforderung (Richter/Hurrelmann 2006). Der Weltgesundheitsorganisation zufolge liegt es in der gesellschaftlichen Verantwortung, den Menschen möglichst viel Selbstbestimmung in Bezug auf ihre Gesundheit zu ermöglichen und für gesunde Lebensbedingungen zu sorgen (WHO 1986).

Zu den Grundsätzen von New Public Health, die auch im Setting-Ansatz verwirklicht werden sollen, zählen folglich „die Beteiligung und Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger, die gesundheitliche Chancengleichheit und

die partnerschaftliche Zusammenarbeit“ (Naidoo/Wills 2010, S. 190; Rosenbrock 2001).

Einordnung des Setting-Ansatzes im Spektrum präventiver Maßnahmen

Rosenbrock ordnet den Setting-Ansatz im Spektrum der verschiedenen Strategien der Primärprävention in einer Zwischenebene an (Rosenbrock 2004). Damit wird neben der Unterscheidung von klassischen Strategien der Prävention (Information, Aufklärung, Beratung) und Vorgehensweisen von New Public Health über die Beeinflussung des lebensweltlichen Kontexts eine Mikro- (Individuum), Meso- (Setting) und Makro-Ebene (Bevölkerung) eingeführt, die noch zu diskutieren sein wird:

Abb. 1 Typen und Arten der Primärprävention

	Information, Aufklärung, Beratung	Beeinflussung des Kontextes
Individuum	I. - z.B. ärztliche Gesundheitsberatung [...]	II. - z.B. präventiver Hausbesuch
Setting	III. - z.B. Anti-Tabak-Aufklärung in Schulen	IV. - z.B. betriebliche Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung
Bevölkerung	V. - z.B. „Esst mehr Obst“, „Sport tut gut“, „Rauchen gefährdet die Gesundheit“	VI. - z.B. HIV/Aids-Kampagne, Trimm-Dich-Kampagne

(Quelle: Rosenbrock/Gerlinger 2006, S. 73)

Als vorbildliche Beispiele für New Public Health-Interventionen in Deutschland führen Rosenbrock und Gerlinger die HIV/Aids-Prävention der 1990er-Jahre und die Betriebliche Gesundheitsförderung an.

In der Betrieblichen Gesundheitsförderung hat sich zur Belastungssenkung und Ressourcenstärkung das dialogische Verfahren des Gesundheitszirkels bewährt (Sochert 1998). Mit Vertreter_innen aus allen Funktionsgruppen des Unternehmens werden Maßnahmen entwickelt, die auf die Verbesserung von physi-

schen, psychischen und sozialen Arbeitsbedingungen sowie gesundheitsfördernde Arbeitsabläufe zielen. Ein Rückgang des Krankenstandes und eine nachweisliche Verbesserung des Betriebsklimas zählen zu den dokumentierten Ergebnissen dieser Vorgehensweisen (Rosenbrock 2001, S. 759).

Die Aids-Prävention hat einen erfolgreichen Strukturaufbau erreicht, der auf Selbstorganisation und vorhandene Kommunikationswege setzte sowie eine lebensstilakzeptierende, überwiegend nicht-medizinische Präventionsarbeit und eine glaubwürdige Interessenvertretung. Somit ist sie in Deutschland zu einem Paradebeispiel moderner Gesundheitsförderung avanciert. Auf diese Weise ist es gelungen, ein risikomeidendes Verhalten bei der großen Mehrheit der Hauptzielgruppen zeitstabil zu etablieren (Rosenbrock et al. 1999). In der Aids-Prävention sind auch zentrale Elemente des Setting-Ansatzes realisiert worden, auch wenn sie in der Übersicht oben vor allem für den Kampagnen-Ansatz ausgewiesen wird. Konzeptionell ist dieser Präventionsansatz von der sogenannten „strukturellen Prävention“ der Aids-Hilfen gekennzeichnet (Etgeton 1998). Die strukturelle Prävention versucht die New Public Health-Grundsätze in einer kritischen Reflexion bisheriger Präventionsbegrifflichkeiten deutlich zu machen. Dieses Konzept enthält vier Einheiten: „Einheit von Verhaltens- und Verhältnisprävention, Einheit der drei Präventionsebenen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, Einheit von Gesundheitsförderung und Selbsthilfe, Einheit von Emanzipation und Prävention“ (Ketterer 1998, S. 40). Dabei lassen sich viele der konzeptionellen und kritischen Überlegungen zu Aids im engeren Sinne lösen und auf die Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Menschen im Allgemeinen übertragen. Die konsequente Gestaltung der Prävention aus der „Betroffenenperspektive“, das Zugeständnis, dass Verhaltensänderung kein rein rationaler Prozess ist, sondern sowohl strukturelle Bedingungen wie nicht-rationale Beweggründe berücksichtigt werden müssen, die Differenzierung von Gesundheit und Wohlbefinden sowie die Erfahrungen bei der Selbstorganisation von gesellschaftlich marginalisierten Gruppen (Etgeton 1998) sind m. E. noch nicht hinreichend in die Diskussion um die gesundheitliche Chancengleichheit eingeflossen (vgl. Merzel/D’Afflitti 2003; Trojan/Süß 2010).

Die Interventionspraxis zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit wird im Folgenden mit besonderem Fokus auf den Setting-Ansatz dargestellt. Die genannte normative Prägung des Inequity-Begriffs unterstreicht die Bedeutung der öffentlichen Auseinandersetzung und der politischen Bewertung von sozialen und gesundheitlichen Zusammenhängen. Aus diesem Grund

werden nachfolgend die aktuellen präventionspolitischen Rahmenbedingungen umrissen.

2.1 Interventionen zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit

Seit den frühen 2000er-Jahren ist in Deutschland das Thema der gesundheitlichen Ungleichheit bzw. der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen in der „expliziten Gesundheitspolitik“ (Rosenbrock/Gerlinger 2006) angekommen. Dies spiegelt sich zum einen in der Wiedereinführung des § 20 im SGB V im Jahr 2000, der gesetzlichen Finanzierungsgrundlage der Primärprävention seitens der Gesetzlichen Krankenkassen, in der Gründung des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ und in verschiedenen Strategiepapieren und Förderprogrammen (Noweski 2009a) wider.

Bis 2013 markierten zwei gescheiterte Gesetzesinitiativen für ein Präventionsgesetz das noch uneinheitliche Aufgreifen von Armut als Thema der Gesundheitspolitik, eine fehlende Interventionsberichterstattung und sich noch entwickelnde Qualitätsvorstellungen die noch wenig konsolidierten Bestrebungen einer Gesundheitsförderungspolitik, die Ungleichheiten zu mindern sucht. Im dritten Anlauf ist 2013 ein Präventionsgesetz der konservativ-liberalen Koalition auf den Weg gebracht worden, das stark auf „gesundheitliche Eigenkompetenz und Eigenverantwortung“ abstellt, in dem auch betriebliche und nicht-betriebliche Setting-Ansätze verankert sind und nach wie vor als Ziel „die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ durch die Gesetzliche Krankenversicherung angegeben wird. Unter den zu fördernden Lebenswelten sind Kindergärten und Kindertagesstätten (beides im Folgenden „Kitas“ genannt), Schulen und Jugendeinrichtungen sowie Lebenswelten für ältere Menschen benannt. Stadtteile oder Quartiere werden nicht explizit erwähnt, die kommunalen Spitzenverbände sind allerdings im ständigen Präventionsausschuss eingebunden (Deutscher Bundestag 2013). Der Deutsche Bundesrat hat das Gesetz als „völlig unzureichend“ an den Vermittlungsausschuss verwiesen. Gefordert wurde u.a. stärker auf dezentrale Strukturen der Umsetzung zu fokussieren:

„Für eine effektive und effiziente Gesundheitsförderung und Prävention sind abgestimmte und abgesicherte Maßnahmen in den Settings vor Ort notwendig, die den

jeweiligen regionalen Erfordernissen qualitäts- und zielorientiert angepasst werden“ (Deutscher Bundesrat 2013, S. 3).

Wegen des Regierungswechsels ist das Gesetzesvorhaben durch das Prinzip der sachlichen Diskontinuität nichtig. Laut Koalitionsvertrag soll es in einem neuen Anlauf noch im Jahr 2014 verabschiedet werden unter der inhaltlichen Maßgabe, „die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kita, Schule, Betrieb und Pflegeheim und die betriebliche Gesundheitsförderung“ zu stärken und alle Sozialversicherungsträger einzubeziehen (CDU/CSU/SPD 2013, S. 82). Der neuer Gesetzentwurf lag zum Abschluss dieser Arbeit leider noch nicht vor.

Die bisherige Praxis ist gekennzeichnet von dem, was Rosenbrock und Gerlinger (2006, S. 89ff.) das „Vollzugsdefizit“ der Gesundheitspolitik im Bereich der Prävention nennen. Angesichts der Individualisierung von Gesundheitsrisiken und der Kommerzialisierung von Präventionsgütern sei eine „gegentendenzielle“ Gesundheitspolitik vonnöten. Die Autoren lenken das Augenmerk vor allem auf Akteur_innen- und Interessenkoalitionen, um dieses politische Defizit auszuleuchten. Sie benennen fünf Hemmnisse: Prävention als neuer und lokal wie regional noch wenig eingeübter Politiktyp, Probleme der Evaluation und des Nutznachweises, das Primat der Ökonomie vor Gesundheit, die Bestimmung der Präventionsinhalte durch den Markt und die Nachfrage kaufkräftiger Nutzer_innen, die Dominanz der Medizin und die Privilegierung der ärztlichen Beratung bei Prävention vor anderen Trägern sowie Formen der Beratung und Kommunikation. Dies berge die Gefahr, sozialen Problemen mit individueller medizinischer Therapie oder Medikalisierung zu begegnen (ebd., S. 91).

Jüngere Bewertungen der bundesweiten Präventionspraxis untermauern die Einschätzung, wonach vor allem ein verhaltenspräventiv orientierter Interventionsstypus das Feld beherrscht. Dies wurde sowohl in einer Bestandsaufnahme von Programmen im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit (Noweski 2009b; SVR 2008) als auch im 13. Kinder- und Jugendbericht (BMFSFJ 2009) sowie in der kritischen Durchsicht des Präventionsberichts des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenkassen 2012 (Altgeld 2012) übereinstimmend kritisiert. Von den 302 Millionen Euro, die 2010 durch die GKV in Maßnahmen des § 20 investiert wurden, sind 80 Prozent für individuelle Präventionsangebote für die Mitglieder ausgegeben worden. Liegen die Investitionen insgesamt über dem gesetzlich festgelegten Wert, erreichen die mitglieder-unabhängigen Förderbereiche ihre Orientierungswerte nicht. Die selbst gesetzte Marge für Setting-

Ansätze von 50 Cent pro Versichertem wird damit erneut unterschritten (MDS 2012).

Der Kinder- und Jugendbericht weist darauf hin, dass mit projektförmig organisierten Aktivitäten ein Gesundheitserziehungsverständnis bzw. eine „Gesundheitsbildung erster Ordnung“ einherginge (BMFSFJ 2009, S. 244), die – in Anlehnung an Stroß – ein „Selbstverständnis einer auf gesellschaftliche Anpassungsprozesse zielende und mit Methoden der individuellen Abschreckung arbeitende Gesundheitserziehung“ beinhalte (Stroß 2006, S. 34). Davon wird eine „Gesundheitsbildung zweiter Ordnung“ abgegrenzt, die Kinder, Jugendliche und ihre Familien dazu befähige, den jeweils konkreten Bedürfnissen, Rahmenbedingungen und Entwicklungsherausforderungen entsprechend eigene gesundheitsförderliche Lebensweisen zu entwickeln (ebd., S. 36). Dieser Hinweis auf die gesundheitsfördernde wie pädagogische Praxis und vor allem auf die Prägung der Umsetzungspraxis durch das Gesundheitsverständnis der beteiligten Akteur_innen ist für die hier vorgelegte Arbeit ebenfalls zentral. Die Gesundheitsbildung erster Ordnung wird in dieser Arbeit als „Gesundheitserziehungsverständnis“, die zweite Ordnung als Public Health-Konzept der „Gesundheitsbildung“ verwendet (vgl. auch Blättner 2010; Nöcker 2010).

Einen expliziten Gegenentwurf zu dieser individuen-zentrierten, verhaltensorientierten Präventionspraxis stellt der Setting-Ansatz zur Gesundheitsförderung dar, wie einleitend bereits eingeführt.

Gefahr von Ungleichheit vergrößernden Interventionseffekten

Allgemein werden zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit im Rückgriff auf Graham und Kelly (2004) drei unterschiedliche Zielsetzungen benannt (vgl. Richter/Hurrelmann 2006, S. 24ff.): Die gezielte Gesundheitsförderung der am schlechtesten gestellten Gruppen, das Schließen der „Gesundheitslücke“ zwischen der obersten und der untersten sozialen Schicht ebenfalls durch Interventionen, die an die schlechtergestellten Gruppen gerichtet sind, oder die Förderung der gesamten Bevölkerung, um graduelle Gesundheitsgewinne für alle zu ermöglichen. Die oben genannten Aktivitäten in Deutschland werden überwiegend der ersten Strategie zugeordnet. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen empfiehlt wegen der begrenzten Ressourcen eine Konzentration auf den ersten Typus von Interventionen. Darunter sollten auch „Interventionen nach dem Setting-Ansatz“ gefasst werden, „vor al-

lem in Schulen und anderen Bildungseinrichtungen, in privaten und öffentlichen Betrieben und Verwaltungen (betriebliche Gesundheitspolitik) sowie in den Kommunen, vor allem an ‚sozialen Brennpunkten‘ in Städten und Gemeinden“ (SVR 2005, S. 115).

Hurrelmann (2010, S. 159ff.) befürwortet ebenfalls die Konzentration auf Interventionen des ersten Typs und fordert eine gesundheitsorientierte Sozialpolitik, die auf die Förderung von besonders benachteiligten Zielgruppen setzt. Zunächst sollen die Missstände, die zur Ausgrenzung führen, beseitigt werden (z.B. Mangel an materiellen Ressourcen, fehlender Bildungs- und Arbeitsmarktzugang). Im Weiteren sollen für besonders „verletzliche Bevölkerungsgruppen“ gezielte Hilfen zur Ressourcenbildung angeboten werden, um die vorhandenen Angebote nutzbar zu machen. Dabei soll nicht an den Symptomen der Gesundheitsstörung angesetzt werden, sondern an den sozialen Ursachen. Elementar sei hierbei die „Integration in persönliche Stabilität vermittelnde soziale Netzwerke“ (ebd., S. 163).

Nachdrücklich weist Hurrelmann auf gegenläufige Effekte der Vergrößerung von „health gaps“ hin, wenn die Programme nicht an den „Lebenskontext der Adressatengruppe“ angepasst sind (ebd., S. 164). Ohne eine zielgruppengenaue Programmatik werden entsprechend des Präventionsdilemmas gesundheitlich bessergestellte Personen zuverlässiger erreicht. Erst nach einer entsprechenden Programmrevision könne langfristig eine Verringerung „gesundheitlicher Ungleichheit“ erfolgen.

Dieser Vorschlag stellt eine Absage an vermeintlich allgemeingültige Strategien dar und lenkt auf der Grundlage sozialwissenschaftlicher Forschungsergebnisse den Blick auf Faktoren sozialer Ungleichheit, auf die Bildung von sozialem Kapital und auf gesellschaftliche Kohäsionskräfte. Zwei Stoßrichtungen von Maßnahmen sind zu unterscheiden: zum einen der Abbau sozialer Ungleichheiten, zum anderen die Verringerung von Ungleichheiten bei „intermediären Einflussfaktoren“ (Richter/Hurrelmann 2006, S. 26). Richter und Hurrelmann sprechen vor allem der „meso-sozialen Ebene“ und der Veränderung der dort angesiedelten Vergesellschaftungs- und Arbeitsbedingungen Erfolgsaussichten bei der Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit zu (ebd., S. 27). Die hier vorgelegte Forschungsarbeit stellt diese Ebene ebenfalls ins Zentrum. Dabei werden die Umsetzungsbedingungen dieses Interventionstyps betrachtet und die Konsequenzen für die Programmziele diskutiert. Allerdings ist fraglich, welchem der drei Interventionstypen Ansätze zur gesundheitsfördernden Stadtteilentwick-

lung zuzuordnen sind. Auch wenn eine Konzentration auf die Programmgebiete der Sozialen Stadt erfolgt, sind die Stadtteile dennoch von einer erheblichen sozialen Heterogenität geprägt, so dass sich auch hier die Frage nach einer zielgruppengenauen Programmkonzeption stellt.

Aus der Diskussion um die sozialkompensatorischen Effekte von Sozialraum-Programmen stammt ein weiterer Hinweis auf die möglichen gegenteiligen Wirkungen solcher Vorgehensweisen. Kessl und Krasmann sprechen von der „Programmierung des Sozialen“:

„Programme sind performativ [...]. Sie rationalisieren Formen der Machtausübung und untermauern bestehende Herrschaftsstrukturen: Indem sie Problemfeststellungen, Ziele und Strategien der Bearbeitung ins Verhältnis zueinander setzen, artikulieren sie Denkweisen und etablieren bestimmte Ordnungsvorstellungen. Sie formen die Realität in dieser Rationalität“ (Kessl/Krasmann 2005, S. 231).

Die Autor_innen verdeutlichen dies am Beispiel von zielgruppenspezifischen bzw. sozialraumbezogenen Interventionen und weisen auf Effekte der „Responsibilisierung“ und „Territorialisierung“ hin. Die Programme etablierten durch ihre Ausrichtung zunächst „Problemgruppen“ oder „sozial benachteiligte Stadtteile“, um „ihnen buchstäblich das ‚angemessene‘ Regierungsprogramm zu verpassen“ (ebd., S. 241). Entsprechend könne es zu weiteren sozialen Benachteiligungen wie Stigmatisierungseffekten durch die Programme kommen, die eigentlich sozialen Benachteiligungen entgegenwirken wollen. Sozial benachteiligte wie gesundheitsfördernde Quartiere wären demnach zwei Seiten derselben Medaille. Dieser Umgang mit dem Raum liefe Gefahr, zum einen die soziale Heterogenität der Gebiete zu ignorieren und zum anderen Erkenntnisse aus bevölkerungsbezogenen Aggregatdaten als Gebieteigenschaften zu „verdinglichen“ (Kessl/Reutlinger 2010, S. 121f.). Dies bedeutet für die Autoren allerdings keine generelle Absage an ein sozialraumorientiertes Vorgehen. Vielmehr bedürfe es einer reflexiven Sozialraumarbeit, das heißt einer genauen Kenntnis der beschriebenen Gefahren und der zugehörigen Raumbilder sowie einer „systematische[n] Kontextuierung“, um die möglichen Entwicklungserfolge nicht durch eine erneute Reproduktion von Ausgrenzungen zu gefährden (ebd., S. 123).

Diese Hinweise sensibilisieren die empirische Analyse dieser Arbeit für den Aspekt der „Programmierungspraktiken“. Diese zeigen sich vor allem in der Phase der konzeptionellen Festlegungen. Deutlich wird aber auch, wie die um-

Gesundheitsförderung lokal verorten
Räumliche Dimensionen und zeitliche Verläufe des
WHO-Setting-Ansatzes im Quartier

Bär, G.

2015, XVIII, 363 S. 14 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-09549-9