Seidel, Gabriele Dr., Oktober 2017

Definitionen, aktuelle Entwicklungen, Konzepte und Projekte in Quartieren

Gesundheits-zogene Selbsthilfe im Quartier

Inhalt

[Gesundheitsbezogene Selbsthilfe im Quartier 2](#_Toc495310636)

[Aktuellen Entwicklungen in der Quartiersforschung/Quartiersentwicklung – Definitionen
 und bundesweite Konzepte und Projekte 2](#_Toc495310637)

[Soziale Stadt 4](#_Toc495310638)

[Begriff Quartier 4](#_Toc495310639)

[Ziele des Quartiersmanagement 4](#_Toc495310640)

[Eckpunkte des Quartiersmanagements 5](#_Toc495310641)

[Gesunde Stadt 6](#_Toc495310642)

[Der Settingansatz 6](#_Toc495310643)

[Altersfreundliche Stadt 7](#_Toc495310644)

[Gesundheitsregionen 7](#_Toc495310645)

[Gesundheitskonferenzen 8](#_Toc495310646)

[Krankenkassen und Kommune 9](#_Toc495310647)

[Ausgewählte Projekte 10](#_Toc495310648)

[Altenrechte Quartiere 10](#_Toc495310649)

[Primär- und Langzeitversorgung im Quartier 10](#_Toc495310650)

[Projekt SoPHiA - Sozialraumplanung für Menschen mit und ohne Behinderung im Alter 12](#_Toc495310651)

[Projekt Amiqus ältere MigrantInnen im Quartier 13](#_Toc495310652)

[Projekte aus der Praxisdatenbank „Gesundheitliche Chancengleichheit“ 14](#_Toc495310653)

[Resümee 18](#_Toc495310654)

[Literaturverzeichnis 23](#_Toc495310655)

# Gesundheitsbezogene Selbsthilfe im Quartier

Im folgenden Text wird den Fragen nachgegangen, welche Rolle Gesundheit und Alter im Quartier spielen, wo gesundheitliche Selbsthilfe im Quartier verortet werden kann, ob es Quartierskonzepte gibt, die Selbsthilfe einbeziehen, an welchen Stellen im Quartier sich Kooperationen anbieten und wo die Selbsthilfe ggfs. anknüpfen kann.

Dazu werden in einem ersten Schritt die Definitionen, einige relevante bundesweite Konzepte und Projekte sowie die Entwicklungen in der Quartiersforschung in Zusammenhang mit der gesundheitlichen Selbsthilfe skizziert.

Nach einem kurzen Resümee werden ausgewählte Projektbeispiele vorgestellt, in denen gesundheitsbezogene Selbsthilfeorganisationen und/oder –gruppen wirken (könnten). Anschließend werden die Rechercheergebnisse der Praxisdatenbank „Gesundheitliche Chancengleichheit“ vorgestellt und diskutiert.

Abschließend wird ein Ausblick in die mögliche zukünftige Entwicklung der Selbsthilfe in der Kommune, im Stadtteil oder Quartier gegeben.

## Aktuellen Entwicklungen in der Quartiersforschung/Quartiersentwicklung – Definitionen, bundesweite Konzepte und Projekte

Die aktuellen Entwicklungen in der Quartiersforschung oder auch Quartiersentwicklung müssen vor dem Hintergrund der Zunahme der Bevölkerung in Städten sowie - wenn es um den Bereich Gesundheit geht - vor dem Hintergrund der Zunahme der älter werdenden Gesellschaft, dem damit einhergehenden Pflegebedarf, mit der Zunahme der chronischen progredienten Erkrankungen und der Bewältigung derselben, betrachtet werden. Heute leben sieben von acht Einwohnern[[1]](#footnote-1) in der deutschen Bevölkerung in Städten, die Tendenz ist steigend. Chronisch Erkrankte stehen oft vor der Herausforderung, eine oder mehrere Erkrankungen mit ihren langwierigen, oft schleichenden Verläufen, den periodisch auftretenden Komplikationen und den körperlichen und psychischen Begleitumständen zu bewältigen. Die Erkrankung beeinträchtigt dabei nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch deren Angehörige und das soziale Umfeld. Knapp 60% der Menschen über 65 Jahren sind von chronischer Erkrankung betroffen, 33% der Erwerbstätigen im Alter von 18-64 Jahren (RKI 2014). Der Unterstützungs -und Pflegebedarf in Deutschland wird weiter steigen, im Jahr 2013 waren 7,5 Millionen Menschen schwerbehindert, die meisten davon waren älter als 55 Jahre (75,9 %) (Rodekohr 2017).

Um den damit einhergehenden Herausforderungen adäquat begegnen zu können und die Chancengleichheit zu unterstützen, wurden in den letzten zwei Jahrzehnten verschiedene Konzepte, Strategien und Projekte entwickelt, erprobt, evaluiert und mitunter auch verstetigt.

Zurzeit wird vermehrt das Konzept „StadtGesundheit“ oder auch „Urban Health“ diskutiert. Das Konzept „StadtGesundheit“ (Trojan et al. 2016), integriert verschiedene Professionen, Institutionen und Wissenschaftsdisziplinen, wie Public Health, medizinische Versorgung, öffentliche Gesundheitsdienste, Stadt- und (Sozial-)Raumplanung, Humangeographie, Informatik, Ökonomie, Umwelt- und Kulturwissenschaften, mit dem Ziel inter- und transdisziplinäre Kooperationen für (gesundheitliche) Investitionen im städtischen Raum zu entwickeln. „StadtGesundheit“ kann als Aktualisierung verschiedener gesundheitswissenschaftlicher, technologischer und sozial motivierter Bestrebungen für eine gesundheitliche Gesamtschau im städtischen Umfeld verstanden werden. „StadtGesundheit“ beinhaltet eine Vielzahl verschiedener Einflüsse auf die menschliche Gesundheit, Krankheit und Folgewirkungen, dies reicht von fehlender Gesundheit über eingeschränkte Mobilität bis hin zu Armut. Hierbei geht es um unterschiedliche Bevölkerungsgruppen in verschiedenen Lebenswelten sowie in physischen und sozialen Lebensphasen. „StadtGesundheit“ fokussiert sich auf Sozialraum und auf die Nutzung vorhandener Ressourcen und deren Organisationen mit Blick auf gesundheitsbezogene Ziele, es interessiert Gesundheitsförderung, Prävention sowie der Umgang und die Versorgung mit Krankheiten, inklusive der Versorgungslandschaft mit allen Akteuren.

Schaut man sich die Internetseite der „StadtGesundheit“ ([www.stadt-und-gesundheit.de](http://www.stadt-und-gesundheit.de)) an, muss man konstatieren, dass der disziplinierte und sektorale Brückenbau lediglich bei einigen Institutionen funktioniert. Die BAG Selbsthilfe, andere gesundheitsbezogene Selbsthilfeorganisationen oder Behindertenverbände sucht man dort jedoch vergeblich.

Auch bei einer Tagung im November 2017 mit dem Schwerpunkt der "StadtGesundheit" „Die Stadt der Zukunft gestalten: lebenslang mobil bei jedem Wetter“ ist eine Kooperation mit der Selbsthilfe nicht erkennbar, obwohl die Expertise der Selbsthilfe durchaus sinnvoll ist. Organisiert durch die Universität Stuttgart wird der Frage nachgegangen, wie die Generationsgerechte Stadt der Zukunft aussieht. Der Fokus liegt auf Mobilität im Alltag und der Möglichkeiten der sozialen Teilhabe. Des Weiteren gehen sie der Frage nach, welchen Einfluss klimatische Bedingungen, wie etwa sommerliche Hitzeperioden auf die Gesundheit haben können. Demographischer Wandel, Urbanisierung und Klimawandel sind drei große gesellschaftliche Trends, mit denen sich auf der Tagung auseinandergesetzt wird (http://www.leibniz-gesundes-altern.de/fileadmin/user\_upload/FV-HealthyAgeing/PDFs/ILS\_Tagungs-Flyer.pdf).

Im Folgenden werden weitere Konzepte vorgestellt, die in den letzten Jahren entwickelt und projekthaft umgesetzt wurden oder werden (Fehr 2016), um weiterhin die Verflechtung mit der gesundheitlichen Selbsthilfe zu erforschen.

## Soziale Stadt

1996 wurde auf der jährlichen Konferenz der Landesminister die bundesweite Initiative **„Soziale Stadt“** ins Leben gerufen. 1998 wurde dies im Koalitionsvertrag der Bundesregierung fixiert, umso ab 1999 als Bund–Länder-Programm unter dem Titel **„Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf - die Soziale Stadt“** etabliert zu werden (Geene 2017). Der Begriff „Soziale Stadt“ kommt aus der Stadtentwicklung und fokussiert sich auf die Stabilisierung und Aufwertung städtebaulich, wirtschaftlich und sozial benachteiligter und strukturschwacher Stadt- und Ortsteile. Ziele sind, die Verbesserung der Wohnqualität, Generationengerechtigkeit, Familienfreundlichkeit im Quartier und Verbesserung der Chancen auf Teilhabe und Integration der Bewohner. Ziel ist es vor allem, „lebendige Nachbarschaften“ zu fördern und den sozialen Zusammenhalt zu stärken. In diesem Programm geht es auch um Aktivierung und Partizipation der Quartiersbewohner.

Ziel des Programms ist die Gesundheitsförderung im Setting „Stadt“ und „Quartier“. Neben vermeidbaren Gesundheitsproblemen durch ungesunde Ernährung, Bewegungsarmut, starken Alkoholkonsum usw. sind vermehrt umweltbedingte Gesundheitsrisiken vorhanden. Einig ist man sich darüber, dass das Quartier oder der Stadtteil als Lebensraum von hoher gesundheitlicher Relevanz für die dort lebenden Menschen ist (Fabian et al. 2017).

### Begriff Quartier

Eine Definition des Wortes Quartier ist nicht einfach. Es existiert eine Vielzahl von Definitionen. Oft spricht man in diesem Zusammenhang auch von Bezirk, Stadtteil, Gemeinde, Region oder einem anderweitig von den Akteuren definierten sozialen Raum (Süß 2016). Ein Quartier kann als sozialer Lebensraum verstanden werden, als ein Stadtteil, der unabhängig von administrativen Grenzen und vielfältiger als ein Wohngebiet sein kann. Ein Quartier bildet sich im Verständnis der Menschen, die darin leben (Hämel et al. 2017) und ist räumlich überschaubar. Quartiere erfüllen für die Quartiersbewohner vielfältige Funktionen, zum Beispiel in den Bereichen Wohnen, Bildung, Arbeit, Alltagsgestaltung, soziale Kontakte und Erholungsraum (Fabian et al. 2017).

### Ziele des Quartiersmanagement

Der Begriff Quartiersmanagement ist ein strategisches Instrument, um professionsübergreifendes Denken, Arbeiten und Handeln in einer Stadt zu fördern. Quartiersmanagement übernimmt dabei eine vermittelnde und koordinierende Funktion. Methoden des Quartiersmanagements werden vor allem in Stadtteilen eingesetzt, in denen soziale Brennpunkte und Benachteiligungen zusammentreffen. Das Quartiers- oder auch Stadtteilmanagement zielt darauf ab, Projekte und Maßnahmen durchzuführen, die alle relevanten Akteure partizipativ integriert. Das beinhaltet die Aktivierung der Bewohnerinnen und Bewohner sowie der ortsansässigen Akteurinnen und Akteure, die als sogenannte Schlüsselpersonen in einem Quartiersentwicklungsprozess gelten (Jasper et al. 2002)

### Eckpunkte des Quartiersmanagements

Das Programm „Soziale Stadt“ ist ein Bund-Länder-Programm der Städtebauförderung. Gesetzliche Grundlagen sind § 171 e BauGB, der Art. 104 BGG und jährliche Verwaltungsvereinbarungen des Bundes (Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung) und der Länder sowie der Leitfaden der Baumministerkonferenz zur Ausgestaltung der Gemeinschaftsinitiative „Soziale Stadt“. Zuwendungsempfänger/Träger der Maßnahmen sind die Kommunen, die die Aufnahme ins Programm Soziale Stadt beim Land beantragen. Bislang wurden 783 Gesamtmaßnahmen in 441 Städten und Gemeinden in das Bund-Länder-Programm aufgenommen ([www.Städtebauförderung.Info](http://www.Städtebauförderung.Info)).

Um möglichst alle Akteure in Maßnahmen zu integrieren und Bürgerinnen und Bürger zu befähigen selbst etwas für ihre soziale Lage und Gesundheit zu tun, sind unterschiedliche Methoden und Instrumente Bestandteil des Quartiersmanagementkonzeptes.

* „Die zentrale Steuerung erfolgt durch einen von der öffentlichen Hand gesetzten Quartiersmanager. Er steuert die Einsetzung der Fördermittel, hat aber auch die Aufgabe, weitere Förderungsmöglichkeiten vor Ort zu eröffnen.
* Meist gibt es ein Quartiersbüro, das zum einen die administrative Infrastruktur für das Quartiersmanagement bereitstellt, zum anderen aber auch Anlauf und Versammlungspunkt für Bürgerorganisationen sein kann.
* Ein wichtiger Bestandteil ist ein so genannter Quartiersfond, ein Fördertopf, aus dem kurzfristige und kleinteilige Maßnahmen im Stadtviertel finanziert werden können (Verschönerungsaktionen, Hoffeste, Spielplatzbau).
* Über die Verteilung dieser Gelder entscheidet meist eine Bürgerjury, zusammengesetzt aus Anwohnerinnen und Anwohnern unter Leitung des Beauftragten Quartiersmanagements“ (Geene 2017).

Die Evaluation der Projekte im Rahmen des Programms „Soziale Stadt“ zeigen, dass die Verbesserung der Lebenssituation der Bewohner mit partizipativen Ansätzen möglich ist (Haack und Eltges 2005). Die Beispiele zeigen auch, dass großen Schnittmengen zum Konzept „Gesunde Stadt“ existieren. Beide Konzepte basieren auf dem Gesundheitsbegriff der WHO, demzufolge bedeutet Gesundheit nicht (nur) die Abwesenheit von Krankheit, sondern ein umfassendes physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden.

Einig ist man sich darüber, dass die Wirksamkeit von gesundheitlichen Maßnahmen von dem Grad der Einbeziehung und Vernetzung der in einer Lebenswelt tätigen Akteure abhängt. Hier hat Selbsthilfe per se ihren angestammten Platz. Die Ottawa Charta bestätigt das durch folgende Formulierung: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und leben.“ (Fabian et al. 2017).

## Gesunde Stadt

Das „Gesunde Städte Programm“ ist ein von der WHO initiiertes langfristiges, internationales Programm, dass die Gesundheit und das Wohlergehen der Bürgerinnen und Bürger in den Mittelpunkt stellt. Die Mitglieder in diesem Programm erkennen die Determinanten der Gesundheit an und fördern partizipative -die breite Bevölkerung inkludierende- Prozesse. In Deutschland existiert das „Gesunde Städte-Netzwerk“ der Bundesrepublik Deutschland als Teil des WHO Programms. Das Netzwerk ist ein freiwilliger Zusammenschluss der beteiligten Mitgliederaus Wohnungsbau, Umwelt- und Stadtentwicklungsplanung sowie Gesundheits- und Sozialwesen. Ebenso angesprochen sind Vertreter der Gesundheitsinitiativen und Selbsthilfegruppen. Mitglieder sind Städte, Gemeinden, Stadtverwaltungen, Kreisverwaltungen, Gesundheitsämter, Bezirksämter, wenige gesundheitsbezogene Selbsthilfeorganisationen bzw. Selbsthilfegruppen und einige Selbsthilfekontaktstellen. Die Mitgliederversammlungen finden jährlich statt, Gesunde Städte Symposien werden alle zwei Jahre durchgeführt ([www.gesunde-staedte-netzwerk.de](http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de)).

### Der Setting Ansatz

Weitere kommunale Ansätze der Gesundheitsförderung finden unter dem sogenannten „Setting Ansatz“ statt. Die Förderung des gesunden Settings „Lebenswelt von Menschen“ zeigt sich auch in dem Präventionsgesetz SGB V eingefügten § 20 a, der dort Lebenswelt definiert als „für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme“. Im Setting Lebenswelt/Quartier/Stadtteil ist das Ziel strukturell nachhaltige Bedingungen für ein gesundes Leben zu schaffen.

Der Ansatz gilt in der Gesundheitsförderung als Schlüsselstrategie zur Umsetzung der Prinzipien der Ottawa Charta, deren Augenmerk auf gesundheitsförderndem Handeln in den Sozialsystemen (Schule, Quartier, Verein etc.) liegt. Neben dem Individuum und der Bevölkerung gelten auch räumliche und soziale Strukturen als Ziele gesundheitsfördernder Maßnahmen. Mit dem „Setting Ansatz“ soll Gesundheit kein abstraktes Ziel mehr sein, sondern im Alltag der Menschen geschaffen und aufrechterhalten werden. Kompetenzstärkung, Strukturentwicklung und Partizipation sind zentrale Elemente des „Setting Ansatzes“.

Kommunale „Setting Ansätze“, die über die Lebensspanne Gesundheitsförderung und Prävention systematisch entwickeln und dauerhaft etablieren wollen, werden Präventionsketten genannt. Solche kommunalen Konzepte werden ebenfalls mit zentralen Akteursgruppen im Quartier entwickelt und sind bisher vorwiegend auf Kinder und Jugendliche ausgerichtet. Die ältere Bevölkerung wird dabei weniger in den Blick genommen. Allerdings ist oft unklar, wer, wie und wozu an der Stadtentwicklung bzw. Quartiersentwicklung beteiligt wird (Bär und Schaefer 2016).

## Altersfreundliche Stadt

Grundsätzlich ist hier die WHO Kampagne „Global Age Friendly Cities“ zu nennen. In der Kampagne geht es darum, dass die älter werdende Gesellschaft in der Stadt, auch bei funktionaler Beeinträchtigung, ihre Autonomie erhalten kann, in ihrer gewohnten Umgebung weiterleben kann und ihr Wohlbefinden bzw. ihre (funktionale) Gesundheit fördert.

Dies ist ein sehr wichtiger Aspekt, wenn man bedenkt, dass 85 % der Bevölkerung in Städten lebt, in denen es vorwiegend „Ein-Personen-Haushalte“ gibt. Mit zunehmendem Alter wird der Aktionsradius älterer, sozial benachteiligter Menschen mit Pflegebedarf immer kleiner und die Aktivitäten der Menschen konzentrieren sich auf das Umfeld ihrer Wohnung (Wolter 2017).

Die WHO hat Kriterien für eine altersfreundliche Stadt definiert. Neben Mobilitätsaspekten, Infrastruktur und Grünflächen sollte eine altersfreundliche Stadt die aktive Teilhabe im städtischen Leben fördern sowie individuelle Entscheidungen der älteren Menschen respektieren. Zwei Kriterien sind besonders für die Selbsthilfe interessant:

1. Etablierung informeller und formeller Netzwerke im Quartier, um hilfsbedürftigen älteren Menschen zur Seite zu stehen und
2. intersektorale Ansätze, die Organisationen beinhalten, die sich als Anwälte um die Belange von alten Menschen kümmern (Schlicht et al.).

Der Stadtteil bietet sich als Setting der Gesundheitsförderung im Alter an, weil sich der Aktionsradius mit zunehmendem Alter, abnehmender Gesundheit und Mobilität immer stärker auf die Wohnumgebung und das eigene Quartier konzentriert, in dem Alltagswege beschritten, Besorgungen gemacht, soziale Kontakte geknüpft und gepflegt werden, zumal die meisten älteren Menschen selbst bei gesundheitlichen Einschränkungen so lange wie möglich in der gewohnten Umgebung leben möchten (Plaumann et al. 2015).

## Gesundheitsregionen

Mit der Initiative „Gesundheitsregionen der Zukunft“ fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung seit 2009 den Aufbau von Netzwerken, mit deren Hilfe medizinische Versorgung verbessert und Innovationspotenziale genutzt werden. Zu den Teilnehmenden aus Wissenschaft und Praxis gehören Ärzte, Krankenhäuser, Patientenverbände und Hersteller von Medizintechnik und in einigen Projekten auch Selbsthilfekontaktstellen, gesundheitsbezogene Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfegruppen.

Mittlerweile haben verschiedene Bundesländer das Projekt „Gesundheitsregionen“ ins Leben gerufen, um Landkreise und kreisfreie Städte bei der Gestaltung des regionalen Gesundheitswesens zu unterstützen. So fördert in Niedersachsen die Landesregierung gemeinsam mit der AOK Niedersachsen, der kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, den Ersatzkassen sowie dem BKK Landesverband 2014-2017 die Entwicklung von kommunalen Strukturen und innovativen Projekten, die eine bedarfsgerechte und möglichst wohnortnahe Gesundheitsversorgung zum Ziel haben. Hier wird eine intensive träger- und sektorenübergreifende Kooperation und Vernetzung der Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens vor Ort sowie aus anderen Bereichen der regionalen Daseinsvorsorge angeregt. Die Förderung wird ab dem Jahr 2018 fortgesetzt. Derzeit gibt es 35 Gesundheitsregionen in Niedersachsen (Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2014).

Über einen Zeitraum von fünf Jahren unterstützt das Förderprogramm „Gesundheitsregionen plus“ des bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege regionale Netzwerkstrukturen, deren Aufbau, Weiterentwicklung und Verstetigung. Seit dem Jahr 2015 wurden in Bayern 33 „Gesundheitsregionen plus“ etabliert (bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2016).

Dahinter steht der Gedanke, dass die Vernetzung lokaler Akteure eine strukturelle Voraussetzung dafür ist, die Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung vor Ort zu optimieren sowie gesundheitliche Belange stärker in die Regionalentwicklung integrieren zu können.

### Gesundheitskonferenzen

Betrachtet man die Vernetzung auf kommunaler Ebene, zeigt sich, dass bisher nur ein geringer Teil die Selbsthilfe und andere Akteure durch Vernetzung systematisch in die Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung vor Ort integriert ist. Nach einer Übersicht aus dem Jahr 2015 verfügt erst ca. ein Drittel der Landkreise und kreisfreien Städte in Deutschland über Gesundheitskonferenzen, in denen eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit stattfindet (Bödecker et al. 2016)(Hollederer 2013). In Nordrhein-Westfalen sind die Gesundheitskonferenzen gesetzlich verankert und die Integration der Selbsthilfe gelungen (Klier und Koch 2015).

Das Akteursspektrum in Gesundheitskonferenzen reicht von gesundheitspolitischen Bereichen (Kreistag bzw. Stadtrat, Landratsamt), Institutionen aus Verkehr, Umwelt, Schule, Bildung, Arbeit und Wirtschaft bis zu Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens, Sozialversicherungsträger sowie Patientenvertreter, gesundheitsbezogene Selbsthilfeorganisationen, Wohlfahrtsverbände, Universitäten, Sportverbände, Volkshochschulen.

Die Handlungsfelder beziehen sich auf Prävention und Gesundheitsförderung, Gesundheitsversorgung sowie Pflegeberatung, Gesundheitstourismus, Gesundheitswirtschaft, Rehabilitation, Telemedizin, Datenanalyse und gesunde Gemeinde. Insbesondere im Handlungsfeld Prävention und Gesundheitsförderung können gesundheitsbezogene Selbsthilfeorganisationen und -gruppen wirken, z.B. im Bereich der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, gesunde Lebenswelten, Gesundheit im Alter, Gesundheit von Migranten, Bewegung, Ernährung und Sucht (Bödecker et al. 2016).

## Krankenkassen und Kommune

Auch Krankenkassen engagieren sich im Bereich Kommune. Im Jahr 2013 haben die kommunalen Spitzenverbände und die gesetzlichen Krankenkassen gemeinsam eine Empfehlung erarbeitet und veröffentlicht, die inzwischen auch über den - weiterhin noch aktuellen-Leitfaden seitens der Krankenkassen - konkretisiert wurden. Dabei werden zunächst das „Gesunde Städte-Netzwerk“ und das „Bund Länder Programm Soziale Stadt mit der Steuerung durch ein Quartiersmanagement“ und der Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ als wesentliche Quellen für kommunal orientierte Primärprävention und Gesundheitsförderung hervorgehoben. Für solche Maßnahmen, die stadtteilbezogene Bedarfsanalysen, Konzept- und Strukturentwicklung sowie partizipative Projektentwicklung umfassen können, werden Mittel der GKV in Aussicht gestellt, sofern sie mit weiteren Mitteln des sozialen Stadtprogramms, von Stiftungen oder auch mit kommunalen Mitteln zusammengeführt werden können. Als besondere Adressatengruppen werden dabei neben älteren und arbeitslosen Menschen „werdende, junge Familien und Alleinerziehende im Setting Kommune“ herausgestellt. Dabei wird eine anteilige Finanzierung von niedrigschwelligen Angeboten für Familienangeboten , zum Beispiel über die Ausbildung von Multiplikatoren, Stadtteilmüttern, Gesundheitslotsen oder Partnerschaften mit freien Trägern (GKV 2014). Zudem bietet das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention“, das 2015 verabschiedet wurde, Möglichkeiten in der Kommune oder im Quartier/Stadtteil gesundheitsfördernd tätig zu werden. Ziel des Gesetzes ist es, die Gesundheitsförderung und primäre und tertiäre Prävention, insbesondere in den Lebenswelten von Bürgerinnen und Bürgern, zu stärken. Dabei wird der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung auch verpflichtet, die nationalen Gesundheitsziele vom Kooperationsverbund Gesundheitsziele.de zu berücksichtigen. Diese Verpflichtung schlägt sich auch in den Empfehlungen der nationalen Präventionskonferenz, welche Anfang 2016 stattgefunden hat, nieder. Darin sind am Lebenslauf orientierend als gemeinsame Ziele „gesund aufwachsen“, „gesund leben und arbeiten“ und „gesund im Alter“ vereinbart worden. Damit einher geht auch eine finanzielle Förderung der geplanten Aktivitäten, die in diesem Gesetz festgeschrieben worden sind (Meierjürgen et al. 2016).

## Ausgewählte Projekte

Im Folgenden werden exemplarisch einige Projekte vorgestellt, ohne den Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben. Es geht darum Projekte aufzuzeigen, bei denen sich gesundheitsbezogene Selbsthilfeorganisationen vorstellen könnten wirksam zu werden oder Orte zu identifizieren, an denen gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen um Mitglieder werben könnten.

### Altenrechte Quartiere

Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen hat 2016 ein Projekt ins Leben gerufen, dass sich insbesondere mit älteren Menschen im Quartier befasst „Masterplan altengerechte Quartiere. NRW Strategie- und Handlungskonzept zum selbstbestimmten Leben im Alter“. In diesem Projekt wird auf die Partizipation aller relevanten Akteure gesetzt. Explizit steht die Zusammenarbeit mit gesundheitsbezogenen Selbsthilfeorganisationen im Vordergrund, in einem „beteiligungsorientierten Erarbeitungsprozess“, der fortlaufend von einem Kreis praxiserfahrener Experten begleitet wird (MGEPA NRW 2016).

Zunächst wurden die unterschiedlichen Themen im Quartier n vier zentrale Handlungsfelder zusammengefasst: [Gemeinschaft erleben](http://www.aq-nrw.de/quartier-verstehen/handlungsfelder/gemeinschaft-erleben/), [sich versorgen](http://www.aq-nrw.de/quartier-verstehen/handlungsfelder/sich-versorgen/), [wohnen](http://www.aq-nrw.de/quartier-verstehen/handlungsfelder/wohnen/), [sich einbringen](http://www.aq-nrw.de/quartier-verstehen/handlungsfelder/sich-einbringen/). Als Querschnittsthema wird u.a. auch Gesundheit genannt. Auf der Homepage Altengerechte Quartiere.NRW werden alle Aktivitäten und Informationen rund um das Thema altengerechte Quartiere ausführlich dargestellt (http://www.aq-nrw.de/).

### Primär- und Langzeitversorgung im Quartier

In Nordrhein-Westfalen gibt es ein Modellverbund „Pflege stationär-weitdenken!“ (Hämel et al. 2017), welches von den Kooperationspartnern Stiftung Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen, Alters-Institut-das Zentrum für Versorgungsforschung und Geragogik, Arbeiterwohlfahrt, Evangelisches Johanneswerk, Bodelschwingsche Stiftungen Bethel und der Hansestadt Herford getragen wird. Die Idee ist die Umsetzung einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Versorgung älterer, chronisch kranker, hilfe- und pflegebedürftiger Menschen im Stadtteil und Quartier durch eine Weiterentwicklung stationärer Pflegeeinrichtungen hin zur sektorübergreifenden, multiprofessionellen Pflege.. Die Zentren in Bielefeld und Herford vereinen ambulante und stationäre Angebote und verschiedene Dienstleistungen, Professionen und Angebotsformen unter einem Dach. Dieses Modellprojekt wird von der Universität Bielefeld wissenschaftlich begleitet. (Laufzeit Modellversuch April 2016 bis März 2019). Für eine Bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung ist die Partizipation von Betroffenen relevant. Erste Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass die Beteiligung der potentiellen Nutzer verbessert werden könnte, wenn gezielt Kooperationen mit so genannten Schlüsselpersonen aus den Quartieren eingegangen werden. Generell sind stabile Kooperationsbeziehungen mit Freiwilligen, Vereinen und Selbsthilfegruppen eine wichtige und große Ressource für den Austausch und die Öffnung im Quartier (Hämel et al. 2017).

Ein anderes Projekt, das die Primär- und Langzeitversorgung im Quartier optimieren möchte, hat die Robert Bosch Stiftung aufgelegt. Mit dem Programm „PORT - Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ wird die (Weiter-)Entwicklung und Einführung von lokalen, inhaltlich umfassenden Gesundheitszentren gefördert. Die künftigen PORT-Gesundheitszentren sind auf den regionalen Bedarf abgestimmt. Sie setzen eine patientenzentrierte, koordinierte, kontinuierliche Versorgung um und unterstützen den Patienten im Umgang mit seiner Erkrankung. Darüber hinaus arbeiten sie als multiprofessionelles Team aus Gesundheits-, Sozial- und anderen Berufen auf Augenhöhe, nutzen neue Potentiale (z.B. eHealth) schließen Prävention und Gesundheitsförderung mit ein, sind kommunal gut eingebunden und einige wollen explizit mit Selbsthilfegruppen zusammenarbeiten. Bisher befinden sich sechs PORTS im Aufbau: in der Gemeinde Büsum (Schleswig Holstein), im Landkreis Calw, in der Gemeinde Hohenstein (Baden Württemberg), beim Gesundheitskollektiv Berlin e.V. (Berlin) und im Landkreis Waldeck-Frankenberg (Hessen), weitere werden folgen (http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/59803.asp).

PORT ist nur eines von vielen Projekten, welche kommunale Gesundheitszentren aufbauen oder über sektorübergreifende Versorgung nachdenken (Diakonie 2017). Hier ist ein Anknüpfungspunkt für Selbsthilfegruppen vor Ort gegeben.

Ein weiteres Projekt, das zwar nicht nur Primär- und Langzeitversorgung im Quartier behandelt, aber darauf abzielt Selbstmanagement von chronisch Erkrankten zu fördern und die Autonomie und gesellschaftliche Teilhabe zu stärken, bietet das INSEA Projekt (Seidel et al. 2015). Seit 2011 wird das „Chronic Disease Self-Management Program“ (CDSMP) im deutschsprachigen Raum unter dem Namen „Gesund und aktiv leben“ im Evivo-Netzwerk e.V. unter Federführung der Careum-Stiftung (Schweiz) disseminiert. Für Deutschland wurde 2014 im Rahmen der „Initiative für Selbstmanagement und aktives Leben“ (INSEA) eine Implementationsstrategie über eine Nationale Koordinierungsstelle sowie verschiedene Standorte bzw. Organisationen als Projektförderung gestartet. Die BARMER und die Robert Bosch Stiftung unterstützen in Kooperation mit dem Evivo-Netzwerk e.V. und der Careum-Stiftung die Umsetzung. Die erste Förderphase ist bis Ende Februar 2018 terminiert. Eine weitere dreijährige Förderphase steht bevor.

Hintergrund der Implementierungsstrategie ist die besondere Situation von Menschen mit chronischen Erkrankungen. Die Betroffenen stehen vor der Herausforderung, eine oder mehrere Erkrankungen mit ihren langwierigen, oft schleichenden Verläufen, den periodisch auftretenden Komplikationen und den körperlichen und psychischen Begleitumständen zu bewältigen. Grundlage für ein kompetentes gesundheits- und krankheitsbezogenes Handeln bei chronischer Erkrankung ist die Fähigkeit der Betroffenen, ihren Alltag bestmöglich zu gestalten. Dabei reichen die durch das Medizinsystem angebotenen Interventionen in der Regel nicht aus - ohne ein aktives Mittun der Patientinnen und Patienten sind diese nicht fruchtbar (Lorig 2012). Vielmehr müssen und sollen Erkrankte selbst Experten ihrer Krankheit sein bzw. werden (Taylor et al. 2014) Dazu gehört, dass sie in der Lage sind, neben der Therapie und Begleitung durch Professionelle ihre gesunden Anteile zu stärken und den Prozess der Verschlimmerung der Erkrankung aufzuhalten. Im Einzelnen können dies angemessenes Medikamentenmanagement, ein entsprechender Ernährungsstil oder ein angepasstes Bewegungsverhalten sein, aber auch der Aufbau bzw. der Erhalt von sozialen Beziehungen.

Die Fähigkeit zur Bewältigung einer chronischen Erkrankung kann durch die Teilnahme an evidenzbasierten Selbstmanagementprogrammen gefördert werden (Brady et al. 2013). Dabei bedeutet Selbstmanagementkompetenz unter anderem, Schwierigkeiten zu erkennen, einzuschätzen und zu kommunizieren. Des Weiteren gilt es Entscheidungen zu treffen, Handlungen zu planen und sich konkrete Ziele zu setzen, um auch komplexere Anforderungen in kleinen, durchführbaren Schritten angehen zu können (Haslbeck und Schaeffer 2007). Bislang werden in Deutschland entsprechende Programme nur punktuell angeboten und haben meist einzig den chronisch Erkrankten selbst im Blick, Schulungen für Angehörige und Freunde sind selten (Reusch et al. 2013).

Anders verhält es sich bei dem von Kate Lorig und ihrem Team entwickelten Chronic Disease Self Management Program (CDSMP), das indikationsübergreifend alle chronisch Erkrankten, sowie deren Angehörige und Freunde anspricht und das sich deshalb aus Sicht der Projektinitiatoren besonders gut eignet, in den deutschen Kontext übertragen zu werden. Ein weiteres, besonders relevantes Merkmal des CDSMP-Programms ist der Peer-to-Peer-Ansatz – die Kurse werden geleitet von Personen, die selbst eine chronische Erkrankung haben. Seit 2015 werden mit Unterstützung der BARMER und der Robert Bosch Stiftung diese Selbstmanagementprogramme in Bayern, Baden Württemberg und Niedersachsen erfolgreich durchgeführt.

Bis Ende 2016 konnten in Deutschland 59 Selbstmanagementkurse durchgeführt werden. Insbesondere die Selbsthilfekontaktstellen in Bayern sehen mit der Durchführung der Selbstmanagementkurse eine „Brücke in die Selbsthilfe“. Dieser Ansatz würde möglicherweise auch für Landesarbeitsgemeinschaften der Selbsthilfe interessant sein, auch vor dem Hintergrund, dass die Kursleitungen keine Experten sein müssen, sondern chronisch Erkrankte sein sollten, die „Experten in eigener Sache“ sind (www.insea-aktiv.de).

### Projekt SoPHiA - Sozialraumplanung für Menschen mit und ohne Behinderung im Alter

Das Interesse und die Anforderung, sozialraumorientierte Lösungsstrategien zu entwickeln, um demographiefeste Quartiere zu stärken, stand im Fokus des Forschungsprojektes SoPHiA, das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wurde. Die kommunale Sozialplanung sollte als Koordinierungsstelle gemeinsam mit verschiedenen Akteure, Bürgerinnen und Bürgern Lösungsbausteine für den Sozialraum diskursiv erarbeiten (Rodekohr 2017). Als Kooperationspartner wurden die Hauptakteure der Sozialplanung im Rahmen der Alten- und Behindertenhilfe sowie die zuständigen Sozialplaner und Behindertenbeauftragten miteinbezogen. Ziel des Projektes ist die Analyse und Zusammenführung der Planungspraxen der Alten- und Teilhabeplanung hin zu einer intensiven sozialraumorientierten Praxis der Sozialplanung für das Alter(n). Es wurden Methoden erprobt, um Menschen mit Behinderung in Beteiligungsprozesse einzubeziehen und ihnen eine gesellschaftliche und politische Teilhabe zu ermöglichen, zum Beispiel durch Zukunftswerkstätten, aufsuchende Befragung, thematische Arbeitsgruppen, Fokusgruppeninterviews oder Sozialraumbegehung. In dem Artikel von Richter oder auch in dem Projektbericht (Frewer-Graumann et al. 2016) wurden gesundheitsbezogene Selbsthilfeorganisationen oder Selbsthilfegruppen nicht genannt, obwohl diese gerade mit ihrer Expertise einen hohen Mehrwert für die zukünftige Sozialplanung gehabt hätten.

### Projekt Amiqus ältere MigrantInnen im Quartier

Ein weiteres Projekt im Quartier ist „Amiqus“, ein Forschungsprojekt zur Stützung und Indizierung von Netzwerken der Selbstorganisation und Selbsthilfe, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (May und Alisch 2013). Von 2009-2012 arbeiteten ältere Migrantinnen und Migranten aus sechs verschiedenen Nationen zusammen. In wöchentlichen Treffen wurden die unterschiedlichen Formen der Alltagsorganisation, der Nachbarschaftshilfe und die Nutzung und Nutzbarkeit der infrastrukturellen Angebote rekonstruiert. Zudem wurden 801 ältere Zuwandererrinnen und Zuwanderer an vier Projektstandorten (Fulda, München und Wiesbaden) befragt. Diese Befragung lieferte wichtige neue Erkenntnisse zu vorhandenen Ansätzen von Selbstorganisation und Selbsthilfe bei älteren, benachteiligten Menschen mit und ohne Migrationshintergrund. Überraschend sind die Forschungsergebnisse, die die Bedeutung des Quartiers und des nachbarschaftlichen Zusammenlebens im Alter aufzeigen. Bei älteren Migranten handelt es sich um eine Bevölkerungsgruppe, die in besonderer Weise die Ausprägungen des demographischen Wandels verdeutlichen. Die Gesellschaft wird nicht nur älter, sondern auch „ bunter“, ohne dass die Bedürfnisse, Interessen und Teilhabemöglichkeiten im Rentenalter bisher bekannt waren. Das Projekt zeigt , wie es praktisch gelingen kann, mit den oftmals als unerreichbar beschriebenen Menschen, gemeinsame Projekte fürs Alter zu entwickeln und im kleinen Rahmen gemeinsam umzusetzen(May und Alisch 2013).

Gesundheitsbezogene Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfegruppen wurden in dem Projekt zwar nicht genannt, jedoch Vereine, Nachbarschaftsvereine, Netzwerke 55+, Kulturpflege, Frauentreffs oder Cafés, Gesundheitsberatung oder Generationentreffs. Im Rahmen dieser sozialen Unterstützung und Kontaktstellen sind Selbsthilfegruppen ebenfalls dort zu verorten. Die stärksten Zusammenhänge bei nahezu allen Items zur Alltagsorganisation finden sich in der Variable „Quartier“. In den Wohnquartieren finden sich vielfältige Formen informeller Unterstützung im Alltag. Dieses informelle Engagement der älteren Migrantinnen wird systematisch übersehen und unterschätzt. Dennoch wird es weiterhin schwierig werden, ältere Migrantinnen als Bürger und als Zielgruppe für die Selbsthilfe zu gewinnen oder zu aktivieren. Für den Zugang zu Personen mit Migrationshintergrund können auch hier Schlüsselpersonen, die mit den Regelstrukturen und der Migrantenorganisation vertraut sind, einen wichtigen Beitrag leisten (Johner-Kobl und Gehrig 2017) (Schäfer et al. 2015).

### Projekte aus der Praxisdatenbank „Gesundheitliche Chancengleichheit“

Die Literaturrecherche ergab wenig systematisch-empirisches Wissen darüber, wie die Selbsthilfe in die Prozesse einer nachhaltig-integrierten Sozialraumentwicklung und in Quartieren stattfinden und verlaufen kann (Schulz-Nieswandt et al. 2016). Darum wurde ein weiterer Zugangsweg mit der Praxisdatenbank des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“ gewählt. „Gesundheitliche Chancengleichheit“ ist ein Verbundprojekt der [Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)](https://de.wikipedia.org/wiki/Bundeszentrale_f%C3%BCr_gesundheitliche_Aufkl%C3%A4rung), der Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheit, von [Krankenkassen](https://de.wikipedia.org/wiki/Krankenkasse) und [Ärzteverbänden](https://de.wikipedia.org/wiki/%C3%84rzteverband), dem [Deutschen Städtetag](https://de.wikipedia.org/wiki/Deutscher_St%C3%A4dtetag), der [Bundesagentur für Arbeit](https://de.wikipedia.org/wiki/Bundesagentur_f%C3%BCr_Arbeit), Wohlfahrtsverbänden und vielen weiteren Partnerorganisationen. Der Verbund wurde 2003 auf Initiative der BZgA gegründet. Die Praxisdatenbank wurde 2003 initiiert und wird stetig weiterentwickelt (BZgA 2011); Sie bietet einen Überblick über bundesweite „vor Ort“ Angebote und Maßnahmen, die sich an Menschen in schwieriger sozialer Lage richten und Adressen und Angebotsbeschreibungen bereithalten und übersichtlich präsentieren. Insgesamt befinden sich mehr als 2.500 Projekte, Programme und Netzwerke in der Praxisdatenbank, nach denen online recherchiert werden kann.

Unter <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/recherche/> wurde deshalb nach verschiedenen Begriffen recherchiert, deren Zielgruppe chronisch erkrankte Menschen sind und die sich im Quartier oder in einem Stadtteil stattfinden. Gesucht wurde nach Themen und Lebenswelt, im Detail:

* unter „Themen“: Aktionsbündnisse, Gesundheits- und Pflegekonferenzen, HIV/Aids, sektorenübergreifende Versorgung, kognitive Einschränkungen/Demenz, Netzwerkarbeit, Multimobilität, Pflegebedürftigkeit, Psychische Gesundheit, Selbsthilfe, soziale Teilhabe, Stadtteil/Gemeinwesenarbeit/Nachbarschaftsnetzwerke, Steigerung der Selbstständigkeit, Stressbewältigung, Sucht, Unfall/Sturz-Prävention, Unterstützung von pflegenden Angehörigen und Wohnqualität.
* Unter „Lebenswelt“: Verein/Verband, häusliches Umfeld, Stadt/Stadtteil/Quartier/Kommune, Nachbarschaftshaus/Stadtteilzentrum, Mehrgenerationenhaus, Pflegestützpunkt/Senioren Büro, Pflegeheim und ambulante Pflege.

Die Recherche ergab 84 Projekte, in denen die Selbsthilfe entweder als Initiator oder als Kooperationspartner in einem Quartier oder Stadtteil wirken könnte(siehe Tabelle). In der anliegenden Tabelle werden die Projekte differenziert nach Schwerpunkten, Anbietern, Inhalten, Kooperationspartnern, Internetlink, Link auf Publikationen und Ort des Projektes dargestellt. Zudem ist dargestellt, ob die Selbsthilfe als Kooperationspartner und/oder Multiplikator in dem Projekt angegeben wird. Schon vorweg sei gesagt, dass die Projekte, die ohne die Selbsthilfe agieren, als Möglichkeit der Kooperation und des Mitwirkens der Selbsthilfe im Stadtteil/Quartier angesehen werden könnten.

**Insgesamt konnten 50 indikationsspezifische Projekte identifiziert werden:**

* Krebs: 2 Projekte
* Demenz: 16 Projekte
* AIDS/HIV: 13 Projekte
* Sucht: 10 Projekte
* Psychische Erkrankungen: 9 Projekte

**Indikationsübergreifend sind 34 Projekte angelegt:**

* Behinderung: 7 Projekte
* Pflege: 3 Projekte
* Nachbarschaftshilfe/
Quartiersmanagement: 10 Projekte
* Selbsthilfe(-kontaktstelle): 14 Projekte

Insgesamt wurden im Vergleich nur wenige Indikationen gefunden, die in Kommunen/Stadtteilen oder in Quartieren in Projekten bearbeitet werden. Nur wenige gesundheitsbezogene Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfegruppen sind in dieser Praxisdatenbank sichtbar.

Im Bereich Demenz ist eine Vielzahl von Projekten zu finden. Dies ist wahrscheinlich der Tatsache geschuldet, dass im Jahr 2012 anlässlich des Welt-Alzheimer-Tages auf Initiative der Bundesregierung und einer Arbeitsgruppe die „Allianz für Menschen mit Demenz“ als Bestandteil der Demographie Strategie gegründet wurde. Dabei ist die Deutsche Alzheimer Gesellschaft als Interessensvertretung der Menschen mit Demenz und deren Angehörigen ein wichtiger Partner, was sich auch in den Projektpartnern niederschlägt (siehe Tabelle) (BMFSFJ und BMG 2014).

Im Bereich AIDS/HIV werden die meisten Projekte durch gemeinnützige Vereine als Beratungsservice durchgeführt. Kooperationen mit der Deutschen Aidshilfe oder der AIDS-Stiftung werden weniger angegeben; von gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen ist nichts dokumentiert. Auch in dem Bereich Sucht werden eher Beratungsangebote von gemeinnützigen Vereinen oder Wohlfahrtsverbänden offeriert, Kooperationen mit gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen oder Selbsthilfeorganisationen werden nicht dokumentiert. Gleiches gilt für die Projekte aus dem Bereich „Psychische Erkrankungen“, „Behinderung“ und „Pflege“. Ausgenommen sind Projekte, die auf dem Netzwerkgedanken aufgebaut sind, z.B. Psychenet, Eltern beraten Eltern – von Kindern mit und ohne Behinderung e.V..

Unter Nachbarschaft/Quartiersmanagement sind einige Projekte aufgeführt. Diese sind eher exemplarisch zu betrachten. Auch in anderen Bundesländern gibt es mittlerweile einige solcher Initiativen. Mit dem Aktionsprogramm „Mehrgenerationenhäuser II“ fördert die Bundesregierung seit Anfang 2012 450 Mehrgenerationenhäuser in nahezu jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt in Deutschland. Dies fördert selbstverständlich auch die Nachbarschaft (Altenberichtskommission 2016), genauso wie das Praxisnetzwerk der Sozialen Stadtentwicklung der Landesarbeitsgemeinschaft soziale Brennpunkte Niedersachsen e.V. (<http://www.lag-nds.de/>). 2017 wurde erstmals von der nebenan.de Stiftung gemeinsam mit der Diakonie Deutschland, Zalando und der Deutschen Fernsehlotterie ein Nachbarschaftspreis ausgeschrieben, um lokalen Initiativen und Projekten eine Sichtbarkeit zu ermöglichen und einen Beitrag für eine lebendige Nachbarschaft aufzuzeigen. Von 1300 eingereichten Projekten wurden 66 ausgezeichnet (<https://www.nachbarschaftspreis.de/>).

Auch das Programm „Engagierte Stadt“, gefördert von BMFSFJ, Bertelsmann Stiftung, Robert Bosch Stiftung, Körber Stiftung, Herbert Quandt Stiftung, Generali und BMW Foundation unterstützt das bürgerschaftliche Engagement in Deutschland. Die „Engagierte Stadt“ unterstützt den Aufbau von bürgerschaftlichem Engagement in Städten und Gemeinden in Deutschland und fördert die Kooperation statt Projekte. Dabei begleitet sie Menschen und Organisationen vor Ort und unterstützt deren Ziele (https://www.engagiertestadt.de/).

Schon 2009 wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unter der Reihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung ein Band im Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit veröffentlicht (Richter und Wächter 2009). Hier wird ein Projekt beschrieben, das sich mit der Darlegung der Kollision zwischen Nachbarschaft und Gesundheit, unter besonderer Berücksichtigung der Bedarfe von Menschen in sozialen und gesundheitlichen schwierigen Lebenslagen, beschäftigt. Auch hier wird die Relevanz von Quartieren/Sozialraum für Menschen und von sozialen Netzwerken in Nachbarschaften für die Gesundheit unterstrichen, z.B. Gesunde-Städte-Netzwerk. Es wird auch darauf hingewiesen, dass Selbsthilfegruppen aufgabenbezogene soziale Netzwerke darstellen. Allerdings werden im weiteren Verlauf bei der Analyse nur Selbsthilfekontaktstellen in den Quartieren benannt. Selbsthilfekontaktstellen werden hier angegeben als ein Ort, an denen Menschen sich beraten und informieren können, Fragen zu Gesundheit und Selbsthilfe beantwortet bekommen, gesundheitsbezogene Kurse, Workshops und Vorträge zu Gesundheit wahrnehmen können. Ferner unterstützen Selbsthilfekontaktstellen nachbarschaftliches und ehrenamtliches Engagement und vermieten Räume für Selbsthilfegruppen und gemeinnützige Organisationen im Stadtteil.

Über die Möglichkeiten und Aufgaben der gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen oder Selbsthilfeorganisationen finden sich keine Hinweise in dem Buch, aber auch bei den preisgekrönten Projekten der Stiftung nebenan.de finden sich eher Vereine oder Projekte, die sich aus der sozialen Selbsthilfe und aus ehrenamtlichem Bürgerengagement entwickelt haben. Dennoch wären hier Schnittstellen zur gesundheitsbezogen Selbsthilfe möglich.

In der Praxisdatenbank sind gesundheitsbezogene Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfegruppen als Multiplikator oder Kooperationspartner weniger aufgeführt oder als Anbieter zu sehen. Es ist dennoch sehr wahrscheinlich, dass auf Selbsthilfegruppen in der Regel hingewiesen wird. Vermutlich werden die Kontakte in den verschiedenen Städten und Gemeinden eher über die Selbsthilfekontaktstellen vor Ort hergestellt. Deshalb sind vermutlich in der Praxisdatenbank auch einige Selbsthilfekontaktstellen als Projekt aufgeführt. Sie wurden hier dennoch aufgenommen, weil sie in der Datenbank recherchiert wurden und weil sie exemplarisch für alle Selbsthilfekontaktstellen stehen, die sich fast flächendeckend über Deutschland erstrecken und in Städten und Stadtteilen indikationsübergreifend direkten Kontakt mit Selbsthilfegruppen halten (Kofahl et al. 2016). Es existieren ca. 300 Selbsthilfekontaktstellen in Deutschland, deren Beratung und Vermittlungstätigkeit beständig zunimmt. Auch das Spektrum der Kooperationspartner und Multiplikatoren wächst stetig an (Nickel et al. 2016). 2007 wurden von NAKOS durchschnittlich 17 Kooperationspartner pro örtlicher Selbsthilfekontaktstelle ermittelt, so bestehen heute ca. 40 vertragliche Kooperationspartner mit Krankenhäusern, ca. 70-80 Selbsthilfekontaktstellen sind mit ihren Kommunen im Gesunde-Städte-Netzwerk involviert. Weitere Kooperationen bestehen im Rahmen des Bündnis gegen Depression und bei Demenz- Netzwerken oder anderen örtlichen Netzwerken (Thiel und Hundertmark-Mayser 2017).

Eine Ausnahme bildet in diesem Themenkomplex der Praxisdatenbank ein Projekt in Frankfurt, das möglicherweise auch auf andere Städte und Gemeinden übertragbar ist, um Menschen für die Selbsthilfe zu aktivieren. Die kostenfreie Frankfurter Selbsthilfezeitung ist ein Forum der Selbsthilfegruppen zur Vorstellung ihrer aktuellen Termine und Aktivitäten und ein Medium, das Menschen anregen soll, Kontakt zu Selbsthilfegruppen aufzunehmen. Sie erscheint seit 1990 zweimal im Jahr. Der Versand erfolgt u.a. an Apotheken, Sozialdienste, Politiker, Ärzte, Therapeuten, Beratungsstellen und Krankenhäuser (siehe Tabelle unter Selbsthilfe(-kontaktstellen)).

Abschließend wird deutlich, dass - bezieht man es auf Deutschland - nur wenige indikationsspezifische oder auch indikationsunspezifische Projekte in der Datenbank vorliegen. Und man kann festhalten, dass es bei der Zielgruppe „ältere Menschen“ auch nicht mehr einzig um die Bewältigung einer einzigen Indikation geht, sondern um die Bewältigung der Mulitmorbidität und deren Versorgung sowie um gesellschaftliche Teilhabe (z.B. Mobilität, barrierefreier Wohnraum, Sozialkontakte).

Eine weitere Datenbank, die für eine Recherche nutzbar wäre, ist die 2015 ins Leben gerufene Projektdatenbank „Gesund & aktiv älter werden“ der BZgA. Dort sind ca. 300 Projekte, Initiativen und Angebote der Gesundheitsförderung mit älteren Menschen gelistet. Die aufgeführten Praxisbeispiele sollen einen Beitrag zum Thema „Gesundheit im Alter“ leisten und Anregungen von der Praxis – für die Praxis geben (https://www.gesund-aktiv-aelter-werden.de/projektdatenbank/recherche-von-angeboten-in-der-projektdatenbank/). Auf eine detaillierte Auswertung wurde hier jedoch verzichtet, da sich die Themen und Schwerpunkte überschneiden.

# Resümee

In kommunalen Settings gelten integrierte Konzepte und Vernetzung sowie Partizipation als wichtige Qualitätskriterien bei der Zielerreichung. Auch der Kooperationsverbund Gesundheitsziele.de betont die Chancengleichheit. Partizipation gilt hierbei als wichtige Voraussetzung und als unverzichtbarer Bestandteil aller Maßnahmen, mit denen der Gesundheitszustand verbessert werden soll. Dahinter steht die Überzeugung, dass eine bestimmte soziale Gruppe nur dann erreicht werden kann, wenn sie frühzeitig und umfassend an Planung und Umsetzung der Maßnahme beteiligt wird (Bär und Schaefer 2016). Als Kooperationspartner werden in Gesundheitszieleprozesse die gesundheitsbezogenen Selbsthilfeorganisationen und –gruppen genannt (Brockow et al. 2009).

In den vergangenen Jahren erhielten der Vernetzungsgedanke und Netzwerkbildungen auf der kommunalen und der Bundesebene einen Schub. Frühen Hilfen zum gesunden Aufwachsen für Kinder durch das Gesunde-Städte-Netzwerk, gesundheitliche Chancengleichheit und Quartiersmanagement, kommunale Runde Tische und Gesundheitskonferenzen wurden bundesweit etabliert (Heusinger et al. 2015).

Man kann auch festhalten, dass in den Projekten der Sozialen oder Gesunden Stadt, der Gesundheitsförderung und Prävention „Selbsthilfe“ oft mitgedacht wird, manchmal mit ihr zusammengearbeitet wird oder/und häufig auf sie verwiesen wird. Der Forschungsstand besteht zwar aus einem recht kleinen Bestand von meist im Rahmen von Förderprogrammen dokumentierten Projekten, aber aufgezeigte Projekte im Quartier, in denen Selbsthilfegruppen aktiv mitwirken, können durchaus als Möglichkeit für die Zukunft betrachtet werden.

Dennoch zeigt sich, dass es kaum Hinweise darauf gibt, dass gesundheitsbezogene Selbsthilfeorganisationen oder -gruppen als Initiatoren oder Mitwirkende im Quartier wirken und arbeiten (Daßer et al. 2017) (Burozzadeh et al. 2014) (Dahlbeck NO 2015) (Bräunling 2017).

Damit bestätigen sich die Ergebnisse der SHILD-Studie, in der gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen und gesundheitsbezogene Selbsthilfeorganisationen unter anderem nach ihren Kooperationspartnern befragt wurden (Kofahl et al. 2016). Gesundheitsbezogene Selbsthilfeorganisationen haben vielfältige Kooperationspartner, die sich aber eher auf überregionalen Ebenen bewegen, zum Beispiel Kooperationen mit Selbsthilfedachverbänden, Kliniken und Krankenhäusern, Kranken- und Pflegekassen, Öffentlichkeitsmedien und anderen gesundheitsbezogenen Selbsthilfeorganisationen, Ministerien, Wohlfahrtsverbände und Forschungseinrichtungen. Selbsthilfegruppen geben dagegen an, dass sie z.B. regelmäßig mit Selbsthilfekontaktstellen (49%) vor Ort, Kliniken und Krankenhäusern sowie Kranken- und Pflegekassen (je 21 %) zusammenarbeiten. Mit Ämtern oder Behörden (15%) Beratungsstellen (11 %) und Wohlfahrtsverbänden (8%) arbeiten Selbsthilfegruppen zwar regelmäßig, aber insgesamt sehr wenig zusammen. Schulen, Kindergärten, Betriebe oder Firmen, die man möglicherweise im städtischen Bereich oder im Stadtteil vermuten kann, arbeiten mit Selbsthilfegruppen und auch Selbsthilfeorganisation fast gar nicht zusammen. Gesundheitsbezogene Selbsthilfeorganisationen und -gruppen gehen also vielfältige Kooperationen ein. Bezogen auf Quartiere, Stadtteile oder Gemeinwesenarbeit ist die gesundheitsbezogene Selbsthilfe weniger sichtbar.

So wundert es nicht, dass Heusinger und Kollegen postulieren, dass Veränderungen von (kommunalen) Strukturen zur Verbesserung der Gesundheit zwar häufig gefordert, aber im Vergleich zu verhaltensorientierten Maßnahmen seltener umgesetzt und wissenschaftlich evaluiert werden. Nur wenige Ergebnisse liegen hierzu derzeit für Deutschland vor (Heusinger et al. 2015). Auch Schulz-Nieswandt et al. (2016) stellen nach einer Literaturrecherche fest, dass es bisher wenig systematisch-empirisches Wissen darüber gibt, wie die Selbsthilfe in die Prozesse einer nachhaltig-integrierten Sozialraumentwicklung eingebunden ist (Schulz-Nieswandt et al. 2016). Dabei ist die Generierung lokaler Unterstützungsstrukturen im Kontext der Quartiersentwicklung eine zukunftsbezogene Entwicklungsaufgabe, bei der die Rolle der Selbsthilfe als eine Form bürgerschaftlichen Engagements im kommunalen Setting und in der „Daseinsvorsorge“ zu diskutieren ist (Schulz-Nieswandt et al. 2016).

Das Konzept des Quartiersmanagements kommt aber aus dem Kontext der sozialen Arbeit. Mitwirkende im Quartiersmanagement sind oft Unterstützungsorganisationen, Sozialarbeiter, Schulsozialarbeiter, Schulen, Elternbildung, Ausbildungseinrichtungen, Beratungseinrichtungen, Wohlfahrtsverbände, Verwaltung, Kindertagesstätten, Tagespflegeeinrichtungen, Jugendzentren und weniger gesundheitsbezogene oder auf Krankheit fokussierte Einrichtungen, wie Selbsthilfegruppen oder -organisationen. Als Zielgruppe sind meist Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene, Familien oder auch Erzieher und Lehrer im Blickpunkt. Ein lange beforschtes Projekt ist das „Lenzgesund - Vernetzte frühe Hilfen“ in einem Stadtteil in Hamburg (Süß 2016). Die Themen der „Frühen Hilfen“ beziehen sich meist auf Ernährung, Bewegung, Sucht aber auch auf Schwangerschaft und Impfungen, Zahngesundheit im Zusammenhang mit den Zielgruppen Kindern, Jugendliche, junge Eltern, Alleinerziehende (Fischer und Geene 2017). Gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen finden sich in diesem Themenspektrum des Quartiersmanagement auch in der Literatur kaum wieder.

Dennoch gibt es sie höchstwahrscheinlich große Schnittmengen, zum Beispiel bei Alkoholproblemen. Denn alle Aktivitäten zielen darauf ab, große Gesundheitsrisiken und Volkskrankheiten zu mindern bzw. sie zu verhüten. Außerdem zeigt sich heute, dass insbesondere die chronischen (Erb-)krankheiten, die häufig im Kindesalter in Vorstufen beginnen und sich dann bis ins Erwachsenenalter weiterentwickeln, im Vordergrund stehen könnten. Zudem stellt man heute eine Verschiebung von chronisch somatischen hin zu chronischen psychischen Krankheiten fest. Diabetes, Adipositas und Sucht sind zum Beispiel Themen, bei denen die Unterstützung von gesundheitlichen Selbsthilfegruppen im Quartier sinnvoll sein könnte.

Schaut man sich die verschiedenen Projekte im Bereich der frühen Hilfen an, die auf Partizipation der Betroffenen und auf Vernetzung setzen, ist das durchaus ein Bereich, in dem nicht nur die bisher aufgeführten Akteure und Akteurinnen des Gesundheitswesens ihren Platz finden, sondern die Einbeziehung von gesundheitlicher Selbsthilfe gute Anknüpfungsmöglichkeiten bieten könnte und möglicherweise für alle Beteiligten gewinnbringend ist (Mossakowski et al. 2009)(Nöcker 2012)(Geene 2017).

Auch für ältere Menschen ist das Quartier, ihr Viertel oder auch die Nachbarschaft von großer Bedeutung, da die Kompetenzen und die Mobilität nachlassen und soziale Kontakte vielfach abnehmen. Dennoch stehen ältere Menschen noch nicht so sehr im Fokus von Programmen, vielmehr sind die Maßnahmen vor Ort, wie schon ausgeführt, auf den Schwerpunkt von Kindern, Jugendlichen und Familien ausgerichtet. Wenn es aber um altersgerechte Quartiersentwicklung geht, so zielen die Projekte auf die Verbesserung der physischen Wohn- und Lebensbedingungen, der individuellen Lebenschancen sowie auf Integration und Zusammenleben ab. Barrierefreies Wohnen, ‚Alten WGs‘ oder ‚Mehr-Generationen-Wohnen‘ sind nur einige Stichwörter in diesem Zusammenhang, des Weiteren geht es auch um Mobilität, öffentlichen Personennahverkehr und um Barrierefreiheit in Gesundheitsinstitutionen (Wolter 2017). Diese Faktoren sind für eine gesellschaftliche Teilhabe von älteren Menschen in der Gesellschaft von großer Bedeutung. Gesundheitliche indikationsspezifische Selbsthilfegruppen finden hier zurzeit noch keinen sichtbaren Platz.

Im Bereich der Sozialen Stadt hat jedoch die Gesundheitsförderung im Laufe der Programmumsetzung an Gewicht gewonnen. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung wächst die Bedeutung dieses Themas auch für ältere Menschen. Viele im Alter gehäuft auftretende Zivilisationskrankheiten können durch gesundheitsgerechtes Verhalten und gesunde Lebensverhältnisse vermieden oder in ihrem Auftreten verzögert werden. Als quartiersbezogene Angebote für Ältere haben sich beispielsweise regelmäßige gemeinsame und gesunde Frühstücke, Bewegungstreffs, Kurse zur Stuhlgymnastik, Sportgruppen und Gesundheitssprechstunden sowie Seniorengesundheitstage bewährt. Gefördert wird stadtteilbezogene Zusammenarbeit der entsprechenden Akteure, tragfähige Kooperationsformen, , wie zum Beispiel Wohnungswirtschaft, Träger sozialer Dienste, Pflege und andere Dienstleistungen, Einzelhandel und Handwerk, Vereine, Stiftungen sowie Selbsthilfe der Älteren ohne dabei tatsächlich die gesundheitliche Selbsthilfestruktur im Blick zu haben. Zudem hat sich in dem Bereich altersgerechtes Wohnen ein Feld für Nachbarschaftshilfe entwickelt (Böhme und Franke 2010).

In keinem dieser Projekte wird in der Literatur explizit auf gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen oder Selbsthilfeorganisationen eingegangen, außer in den Gesundheitsregionen (siehe im Text unter Gesundheitsregionen). Auch bei den Gesundheitsdeterminanten wird zwar auf die Relevanz von sozial kommunalen Netzwerken hingewiesen, genannt werden aber oft die Nachbarschaft, Familie, Freunde, die die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit unterstützen. Gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen finden hier keinen Raum.

Im Quartier ist es jedoch nahe liegend, dass vor allem die Ebenen der sozialen und kommunalen Netzwerke sowie Lebens- und Arbeitsbedingungen der Bevölkerung von Interesse sind (Fabian et al. 2017). Auch eine Studie aus dem Jahr 2010 weist darauf hin, dass Selbsthilfe im Quartier eine Relevanz besitzt. Allerdings wird diese eher über die jeweiligen Selbsthilfekontaktstellen organisiert als über gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen oder -organisationen (Birkhölzer et al. 2010) (Nickel et al. 2016). Wobei die Selbsthilfekontaktstellen den Weg in die Selbsthilfegruppe ebnen (Thiel und Hundertmark-Mayser 2017).

Die vorliegende Analyse mit dem Thema Quartier und Selbsthilfe hat gezeigt, dass die Eingebundenheit der gesundheitsbezogenen Selbsthilfeorganisationen bzw. der Selbsthilfegruppen im Quartier/Stadtteil oder in der Kommune noch nicht in alle Regionen (weit) fortgeschritten ist. Es kann natürlich auch sein, dass Selbsthilfegruppen vor Ort aktiv sind, diese Aktivitäten aber in der Literatur oder in dokumentierten Projekten nicht sichtbar sind.

Es zeigt sich jedoch in neueren Veröffentlichungen, dass quartiersbezogene Ansätze für ein gelingendes Alter(n) immer mehr an Bedeutung gewinnen und dass die Selbsthilfe dort mitgedacht wird. So hat das Fachmagazin „Pro Alter - selbstbestimmt älter werden“ des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, das mit Berichten, Reportagen, Interviews und Kommentaren zu aktuellen Fragen rund ums Alter und Älterwerden informiert, eine Ausgabe mit dem Thema „Gesund älter werden im Quartier“ im Dezember 2016 veröffentlichte, wobei hier der Schwerpunkt auf Prävention gelegt wurde (Kuratorium Deutsche Altershilfe 2016). Und die AOK nimmt in ihrer Zeitschrift „G+G Gesundheit und Gesellschaft“ (Ausgabe 06/17) als Aufmacher den Artikel „Frischer Wind fürs Stadtquartier“.

Im siebten Altenbericht 2016 wird insbesondere die Kooperation mit der Selbsthilfe und der Gesundheitslandschaft hervorgehoben. Die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens ist in Abstimmung auf die besonderen Bedürfnisse älterer und hochaltriger Menschen in ihren Lebenswelten notwendig. Gesundheitsbezogene Selbsthilfeorganisationen können bei der Weiterentwicklung eine wichtige Rolle spielen. Es wird festgehalten, dass an der Gesundheitsversorgung vor Ort oder in der Kommune alle relevanten Akteure des Gesundheits- und Sozialwesens beteiligt sein müssen. Gesundheitsbezogene Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfegruppen werden dabei immer mitgedacht. Die Kooperationen des formellen Gesundheitswesens mit bürgerschaftlichen Organisationen und gesundheitsbezogenen Selbsthilfeorganisationen sollte also gestärkt werden. Für die Verstetigung müssen nach dem siebten Altenbericht neue Kooperationsformen, vor allem zwischen Wohnungsunternehmen, sozialen Gesundheitsdiensten und -Anbietern (unter anderem niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser sowie Pflegedienste), der Informations- und Kommunikationswirtschaft, den Kommunen, den Krankenkassen sowie den Selbsthilfeverbände und bürgerschaftlich Engagierten entwickelt werden (Altenberichtskommission 2016).

In einer Sonderausgabe vom Oktober 2017 setzt sich das Kuratorium Deutsche Altershilfe in der Zeitschrift „Pro Alter - selbstbestimmt älter werden“ zudem mit „Sozialraumorientierten Ansätzen für ein Gelingendes Alter(n)“ auseinander und veröffentlicht Artikel über kommunale Handlungsfelder des siebten Altenberichts. Auch hier steht zu lesen: „Für ein menschen-, lebens- und wohnortnäheres Gesundheits- und Pflegewesen müssten alle Akteure – Kassen, Leistungserbringer, Gesundheitsberufe, Selbsthilfe, Kommunen – im Sinne der Patientinnen und Patienten wirkungsvoll miteinander kooperieren (Scharfenberg 2017).“ Elisabeth Scharfenberg bemängelt in ihrem Artikel jedoch, dass die Versorgung von Menschen noch nicht ausreichend lebens- und wohnortnah ausgestaltet ist und es an wirkungsvollen Kooperationen der verschiedenen Akteure wie Kranken- und Pflegekassen, Leistungsträger, Gesundheitsberufe, Selbsthilfe, Kommunen etc. fehle. Auch sie fordert, dass die verschiedenen Akteure auf Augenhöhe miteinander agieren und die Einflussmöglichkeiten der Betroffenen selbst (zum Beispiel Selbsthilfe- und Verbraucherorganisationen) weiter gestärkt werden.

Heike von Lützau–Hohlbein weist in ihrem Artikel „Selbsthilfeorganisation braucht kommunale Unterstützung“ in derselben Ausgabe von Pro Alter ausdrücklich darauf hin, dass es unterstützende Strukturen von Seiten der Kommune braucht, um die Ressourcen der Selbsthilfe nutzbar machen zu können (von Lützau-Hohlbein 2017). Am Beispiel des Krankheitsbildes Demenz wird eindrücklich aufgezeigt, wie Selbsthilfegruppen kommunal in Netzwerke eingebunden werden können. Dazu braucht es funktionierende Netzwerke in der Kommune, wobei die Vernetzung vor Ort alle Akteure betrifft, die kommunalen Beratungsstellen, die Pflegestützpunkte wie auch die Zusammenarbeit mit Hospizverbänden. Frau von Lützau- Hohlbein weist aber auch darauf hin, dass die Überlegungen im 7. Altenbericht den gesundheitsbezogenen Selbsthilfeorganisationen Aufgaben zuzuweisen, die teilweise noch gar nicht oder nicht in ausreichendem Maße wahrgenommen werden, nicht per se funktionieren, nur weil sie einmal festgestellt worden sind. Aus sich heraus und mit dem zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln wird auch eine Ausweitung oder die Erledigung dieser Aufgaben kaum möglich sein, so ihre Einschätzung. Sie fordert eine verstärkte Vertretung der Demenzkranken und Angehörigen in der Kommune, ein Ausbau der Selbsthilferessourcen in strukturschwachen Regionen. Außerdem postuliert sie, dass man die Ressourcen der Selbsthilfe und Selbsthilfeorganisation älterer Menschen nutzen kann und in Prozesse der Sozialplanung einbeziehen kann, wenn dafür Anreize und unterstützende Strukturen geschaffen werden. Dabei sollte die Selbsthilfe als Wächter der Daseinsvorsorge für gute Pflege und Sorge dienen, Maßstäbe definieren und auf deren Einhaltung achten (zum Beispiel Pflegenoten, die Medikation, freiheitsentziehende Maßnahmen).

Möglicherweise wird der Forschungsverbund PartKommPlus zukünftig weitere Hinweise liefern, wie integrierte kommunale Strategien der Gesundheitsförderung erfolgreich entwickelt und umgesetzt werden können. Der Verbund, im Institut für Soziale Gesundheit in der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin koordiniert, wird über drei Jahre, von 2015 bis 2018 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert (http://partkommplus.de/). In einem Teilprojekt beschäftigen sich die Forscher auch mit kommunalen Gestaltungsmöglichkeiten für eine gelingende Beteiligung benachteiligter älterer Menschen und der Förderung gesundheitsförderlicher Lebenswelten für Ältere in der Kommune. Der Projektname lautet „Age4Health – Gesunde Stadtteile für Ältere“ (http://partkommplus.de/teilprojekte/age4health/).

Literaturverzeichnis

Altenberichtskommission (2016): Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune - Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung. Hg. v. Deutscher Bundestag. 18. Wahlperiode Drucksache 18/10210. Online verfügbar unter https://www.siebter-altenbericht.de/, zuletzt geprüft am 07.10.2017.

Bär, Gesine; Schaefer, Ina (2016): Partizipation stärkt integrierte kommunale Strategien für Gesundheitsförderung. In: *Public Health Forum* (24), S. 255–257.

bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2016): Gesundheitsregionen plus. Hg. v. bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. Online verfügbar unter https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2016/04/konzept\_gesundheitsregionen\_plus\_2016.pdf, zuletzt aktualisiert am 08.10.2017.

Birkhölzer, H.; Schillat, M.; Lorenz, G.; Schmidt, S.; (Keine Angabe) (2010): Soziale Unternehmen der Gesundheitswirtschaft in Berlin-Neukölln. Bestandsaufnahme und Potenzialanalyse. Technologie-Netzwerk Berlin e.V. Berlin. Online verfügbar unter http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/34090/ssoar-2010-birkholzer\_et\_al-Soziale\_Unternehmen\_der\_Gesundheitswirtschaft\_in.pdf?sequence=1, zuletzt geprüft am 07.10.2017.

BMFSFJ; BMG (2014): Gemeinsam für Menschen mit Demenz. Die Handlungsfelder. Hg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Gesundheit. Online verfügbar unter http://www.allianz-fuer-demenz.de/fileadmin/de.allianz-fuer-demenz/content.de/downloads/Gemeinsam\_fuer\_Menschen\_mit\_Demenz.pdf, zuletzt geprüft am 07.10.2017.

Bödecker, Malte; Deiters, Timo; Eicher, Albert; Hollederer, Alfons; Pfister, Florian; Wildner, Manfred (2016): Wie können die Gesundheitsversorgung,-Förderung und Prävention regional optimiert werden? Die Entwicklung der Gesundheitsregionen plus in Bayern. In: *Public Health Forum* (24), S. 290–293.

Böhme, C.; Franke, T. (2010): Soziale Stadt und ältere Menschen. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* (43), S. 86–90.

Brady, T.J.; Murphy, L.; O’Colmain, B.J.; Beauchesne, D.; Daniels, B.; Greenberg, M. (2013): A Meta-Analysis of Health Status, Health Behaviors, and Health Care Utilization Outcomes of the Chronic Disease Self-Management Program. In: *Prev. Chronic Dis.* (10). DOI: 10.5888/pcd10.120112.

Bräunling, S. (2017): MITEINANDER FÜR GESUNDE QUARTIERE - Potenziale zur Zusammenarbeit. Entwickelt im Rahmen der Partnerkonferenz „quartiersbezogene Gesundheitsförderung-gesunde Quartiersentwicklung“ zum 11. Bundeskongress nationale Stadtentwicklungspolitik. Hg. v. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Berlin. Online verfügbar unter https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=3523900e31fc36bf898af952b38277f3, zuletzt geprüft am 07.10.2017.

Brockow, T.; Schulze, J.; Fürst, F.; Sawatzki, R.; Wegge, J.; Kliegel, M. et al. (2009): Entwicklung des Sächsischen Gesundheitsziels „Aktives Altern – Altern in Gesundheit, Autonomie und Mitverantwortlichkeit. In: *Bundesgesundheitsblatt* (52), S. 775–788.

Burozzadeh, D.; Buschmann, I.; Endres, V.; Heineck, R.; Herres, S.; Ohlig, M.; Zawar-Schlegel, S. (2014): Gemeinwesensarbeit und Quartiersmanagement in der Sozialen Stadtentwicklung der Stadt Trier. Schlussbericht. Hg. v. Sozialdezernat der Stadt Trier. Trier. Online verfügbar unter https://www.trier.de/icc/internet\_de/med/e79/e7930982-2614-a941-334e-85260a348b02,11111111-1111-1111-1111-111111111111.pdf, zuletzt geprüft am 07.10.2017.

BZgA (2011): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz - Beispiele - weiterführende Informationen. 5. erweiterte und überarbeitete Auflage 2011. Köln (Gesundheitsförderung konkret, 5).

Dahlbeck, Elke (NO 2015): Gesundheit im Quartier: Gesundheitliche Lage, Bedarfe und Wünsche. Hg. v. Forschung Aktuell, Institut Arbeit und Technik (IAT), Gelsenkirchen, No. Gelsenkirchen. Online verfügbar unter https://www.econstor.eu/bitstream/10419/110621/1/826353762.pdf, zuletzt geprüft am 07.10.2017.

Daßer, E.; Jahnke, K.; Maier, D.; Stelmacher, K. (2017): Studie zur Verstetigung in der Sozialen Stadt war. Handlungsempfehlungen zur Implementierung des Verstetigungsansatzes in laufende und künftige Verfahren. Schlussbericht im Auftrag der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen Referat IV B Soziale Stadt, Stadtumbau, Zukunftsinitiative Stadtteil. Hg. v. Planergemeinschaft für Stadt und Raum eG. Berlin. Online verfügbar unter http://www.stadtentwicklung.berlin.de/wohnen/quartiersmanagement/download/schlussbericht\_verstetigung.pdf, zuletzt geprüft am 07.10.2017.

Diakonie (2017): Wie kann sektorübergreifende Versorgung gelingen? Diakonie-Konzept zum Aufbau regionaler verbünde für alte Menschen. Hg. v. Diakonie Deutschland. Berlin. Online verfügbar unter https://www.diakonie.de/fileadmin/user\_upload/Diakonie/PDFs/Broschuere\_PDF/2017-01\_Auf-den-Punkt\_Sektorenuebergreifende\_Versorgung.pdf.

Fabian, Carlo; Drilling, Matthias; Niermann, Oliver; Schnur, Olaf (2017): Quartier und Gesundheit – Klärungen eines scheinbar selbstverständlichen Zusammenhangs. In: Carlo Fabian, Matthias Drilling, Oliver Niermann und Olaf Schnur (Hg.): Quartier und Gesundheit. Impulse zu einem Querschnittsthema in Wissenschaft, Politik und Praxis. Wiesbaden: Springer VS (Research), S. 9–37.

Fehr, Rainer (2016): Urban Health / StadtGesundheit in Deutschland. In: *Public Health Forum* (24), S. 251–254.

Fischer, Jörg; Geene, Raimund (Hg.) (2017): Netzwerke in Frühen Hilfen und Gesundheitsförderung. Neue Perspektiven kommunaler Modernisierung. Unter Mitarbeit von Linda Gerigk. 1. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa. Online verfügbar unter http://www.content-select.com/index.php?id=bib\_view&ean=9783779945796.

Frewer-Graumann, Susanne; Rodekohr, Bianca; Dieckmann, Friedrich; Rohleder, Christiane; Schäper, Sabine (2016): Inklusive Sozialplanung für Menschen mit und ohne Behinderung im Alter: Regionalbericht Münster-Hiltrup. Forschungsprojekt SoPHiA. Hg. v. Institut für Teilhabeforschung der KaTHO Abteilung Münster. Münster. Online verfügbar unter https://www.katho-nrw.de/fileadmin/primaryMnt/KatHO/Teilhabeforschung/Projekt\_SoPHiA\_Regionalbericht\_Muenster-Hiltrup.pdf, zuletzt geprüft am 08.10.2017.

Geene, Raimund (2017): Gesundheitsförderung und frühe Hilfen als Modernisierungsstrategien. In: Jörg Fischer und Raimund Geene (Hg.): Netzwerke in Frühen Hilfen und Gesundheitsförderung. Neue Perspektiven kommunaler Modernisierung. Unter Mitarbeit von Linda Gerigk. 1. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, S. 18–80.

GKV (2014): Kapitel 4: Setting-Ansatz nach § 20 Abs. 1 [neu: 20a] SGB V. Aus dem Leitfaden Prävention Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V. Vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\_1/praevention\_\_selbsthilfe\_\_beratung/praevention/praevention\_leitfaden/2017\_3/Leitfaden\_Praevention\_Teilaktualisierung\_P170009\_02\_IV.pdf, zuletzt geprüft am 07.10.2017.

Haack, Silke; Eltges, Markus (Hg.) (2005): Die soziale Stadt - ein Programm wird evaluiert. Bundesinstitut für Bau-, Stadt-und Raum Forschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung: Bundesinstitut für Bau-, Stadt-und Raum Forschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung.

Hämel, Kerstin; Kafczyk, Tom Manuel; Vorderwülbecke, Jonas; Schaeffer, Doris (2017): Vom Pflegeheim zum Zentrum für Pflege und Gesundheit im Quartier? Eine Bedarfs-und Angebotsanalyse in vier städtischen Quartieren: Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPP).

Haslbeck, Jörg W.; Schaeffer, Doris (2007): Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit: Geschichte, Konzept und Herausforderungen. In: *Pflege* 20 (2), S. 82–92, zuletzt geprüft am 19.09.2017.

Heusinger, J.; Kammerer, K.; Wolter, B.; Schuster, M. (2015): Quartierstrukturen für Gesundheit und Selbstbestimmung im höheren Alter verbessern. In: *Das Gesundheitswesen* (77), S. 122–123.

Hollederer, Alfons (2013): Die Entwicklung der Gesundheitskonferenzen in Deutschland. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (EG SMP) und Deutsche Gesellschaft für medizinische Soziologie (die GMS). Marburg, 20.09.2013. Online verfügbar unter https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsversorgung/gesundheitskonferenzen/doc/entwicklung\_gesundheitskonferenzen.pdf, zuletzt geprüft am 07.10.2017.

Jasper, Gerda; Rehrl, Markus; Rohwedder, Annegret (2002): Studie Partizipation & Bürgerengagement – Ansatzpunkte für die Vermittlung zwischen Initiativen und Politik/ Verwaltung. Erarbeitet im Auftrag der Rosa-Luxemburg-Stiftung und des kommunalpolitischen forums (Berlin) e. V. Hg. v. Gesellschaft für Arbeitsgestaltung, Personal- und Organisationsentwicklung mbH. Berlin. Online verfügbar unter http://www.brangsch.de/partizipation/dateien/Studie-unique.pdf, zuletzt geprüft am 07.10.2017.

Johner-Kobl, S.; Gehrig, M. (2017): Ältere Migrantinnen und Migranten am Wohnort erreichen. Erfahrungen aus dem Schweizer Projekt „Vicino“. In: *Z Gerontol Geriat*. Online verfügbar unter DOI 10.1007/s00391-017-1195-5.

Klier, Wolfgang; Koch, Thilo (2015): Die kommunale Gesundheitskonferenz in NRW. Aktualisierte Planungshilfe zur Unterstützung der Arbeit der kommunalen Gesundheitskonferenzen. Bielefeld. Online verfügbar unter https://www.lzg.nrw.de/\_php/login/dl.php?u=/\_media/pdf/service/Pub/2015\_druckfrisch/lzg-nrw\_planungshilfe\_kgk.pdf, zuletzt geprüft am 07.10.2017.

Kofahl, Christopher; Nickel, Stefan; Werner, Silke; Weber, Jan; Seidel, Gabriele (2016): Kooperationen und Beteiligung. In: Christopher Kofahl, Frank Schulz-Nieswandt und Marie-Luise Dierks (Hg.): Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. Berlin: LIT (Medizinsoziologie, Band 24), S. 133–158.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (2016): Pro Alter - selbstbestimmt älter werden. Gesund älter werden im Quartier. In: *Pro Alter Selbstbestimmt älter werden* (vier), S. 68 Seiten.

Lorig, Kate (2012): Patient-Centered Care. Ja. In: *Health Education & Behavior* (39), S. 523–525.

May, Michael; Alisch, Monika (2013): AMIQUS - unter Freunden. Ältere Migrantinnen und Migranten in der Stadt. Unter Mitarbeit von Frank Dölker, Stefan Fröba, Mila Kovacevic und Nadia Laabdallaouni. Opladen, Berlin & Toronto: Verlag Barbara Budrich (Beiträge zur Sozialraumforschung, Band 8). Online verfügbar unter http://www.content-select.com/index.php?id=bib\_view&ean=9783866495357.

Meierjürgen, Rüdiger; Becker, Silke; Warnke, Andrea (2016): Die Entwicklung der Präventionsgesetzgebung in Deutschland. In: *Präv. Gesundheitf.* (11), S. 206–213.

MGEPA NRW (2016): Masterplan altengerechte Quartiere.NRW. Strategie- und Handlungskonzept zum selbstbestimmten Leben im Alter. Hg. v. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf. Online verfügbar unter http://www.aq-nrw.de/media/masterplan\_altengrechte\_quartier\_nrw\_2016\_1.pdf, zuletzt geprüft am 07.10.2017.

Mossakowski, K.; Süß, Waldemar; Trojan, Alf (2009): Partizipativen Ansätze in der gemeindenahen Gesundheitsförderung. Stufen der Partizipation und Beispiele aus einem Wissenschaftspraxisprojekt in der Hamburger Lenzsiedlung. In: *Prävention und Gesundheitsförderung* (4), S. 184–194.

Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2014): Gesundheitsregionen Niedersachsen. Online verfügbar unter http://www.ms.niedersachsen.de/startseite/themen/gesundheit/gesundheitsregionen\_niedersachsen/gesundheitsregionen-niedersachsen-119925.html, zuletzt geprüft am 08.10.2017.

Nickel, Stefan; Seidel, Gabriele; Weber, Jan; Kofahl, Christopher; Werner, Silke (2016): Entwicklungen und Bedarfe der Selbsthilfe und Selbsthilfe Unterstützung aus der Perspektive der Selbsthilfeunterstützungseinrichtungen. In: Christopher Kofahl, Frank Schulz-Nieswandt und Marie-Luise Dierks (Hg.): Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. Berlin: LIT (Medizinsoziologie, Band 24), S. 159–180.

Nöcker, Guido (2012): Gesund aufwachsen in Kita, Schule, Familie und Quartier. Nutzen und Praxis verhaltens- und verhältnisbezogener Prävention - KNP-Tagung am 18. und 19. Mai 2011 in Bonn. Aufl. 1.3.05.12. Köln: BZgA (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 41). Online verfügbar unter http://www.bzga.de/pdf.php?id=3c3429d2892a1cf649de55aa50e3fd6b.

Plaumann, M.; Lehmann, F.; Pawils, S.; Walter, U. (2015): Strukturen ändern - Gesundheit integrieren. In: *Das Gesundheitswesen* (77), S. 105–111.

Reusch, A.; Schug, M; Küffner, R.; Vogel, H.; Faller, H. (2013): Gruppenprogramme der Gesundheitsbildung, Patientenschulung und Psychoedukation in der medizinischen Rehabilitation - Eine Bestandsaufnahme. In: *Die Rehabilitation* (52), S. 226–233.

Richter, Anja; Wächter, Marcus (2009): Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit. Köln (Forschung und Praxis in der Gesundheitsförderung, Bd. 36). Online verfügbar unter https://www.bzga.de/infomaterialien/forschung-und-praxis-der-gesundheitsfoerderung/band-36-zum-zusammenhang-von-nachbarschaft-und-gesundheit/, zuletzt geprüft am 08.10.2017.

RKI (2014): Chronisches Kranksein. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012. Online verfügbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/Geda2012/chronisches\_kranksein.pdf?\_\_blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 07.10.2017.

Rodekohr, Bianca (2017): Inklusive Sozialplanung - partizipativen und sozialräumliche Gestaltung der Schnittstelle der alten-Behindertenhilfe für Menschen mit und ohne lebenslange Behinderung im Alter. In: Carlo Fabian, Matthias Drilling, Oliver Niermann und Olaf Schnur (Hg.): Quartier und Gesundheit. Impulse zu einem Querschnittsthema in Wissenschaft, Politik und Praxis. Wiesbaden: Springer VS (Research), S. 101–122.

Schäfer, G.; Bringmann, D.; Freericks, R.; Kart, M. (2015): Gestaltung und Wahrnehmung niedrigschwellige Angebote für ältere Migranten im Stadtteil. Chancen für eine soziale Teilhabe im Kontext des freiwilligen Engagements. In: *Z Gerontol Geriat* DOI 10.1007/s00391-015-0913-0 (5).

Scharfenberg, Elisabeth (2017): Prävention und Kooperation: Mehr Kompetenzen für Kommunen. In: *Pro Alter Selbstbestimmt älter werden* Sozialraumorientierte Ansätze für ein gelingendes Alter(n) (Sonderausgabe Oktober), S. 12–14. Online verfügbar unter http://www.kda.de/news-detail/items/sozialraumorientierte-ansaetze-fuer-ein-gelingendes-altern.html, zuletzt geprüft am 07.10.2017.

Schlicht, Wolfgang; Oswald, Frank; Reyer, Maren: Die altersfreundliche Stadt. In: *Public Health Forum* 2016 (24), S. 301–303.

Schulz-Nieswandt, Frank; Köstler, Ursula; langen Horst, Francis (2016): Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland. Zur Genealogie Omagestalt, Gestaltswandel und Wirkkreisen solidargemeinschaftlicher Gegenseitigkeitshilfegruppen und der Selbsthilfeorganisationen. In: Christopher Kofahl, Frank Schulz-Nieswandt und Marie-Luise Dierks (Hg.): Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. Berlin: LIT (Medizinsoziologie, Band 24), S. 43–59.

Seidel, Gabriele; Haack, Marius; Kreinhacke, Maren; Dierks, Marie-Luise (2015): Das Selbstmanagement-Programm INSEA „Gesund und aktiv leben“. In: *Public Health Forum* 23 (4), S. 249–251.

Süß, Waldemar (2016): Quartiersbezogene Gesundheitsförderung – Erkenntnisse aus der Evaluation. In: *Public Health Forum* (24), S. 278–280.

Taylor, S.J.C.; Pinnock, E.; Epiphaniou, E.; Pearce, G.; Parke, H.L.; Schwappach, A. et al. (2014): A rapid synthesis of the evidence on interventions supporting self-management for people with long-term conditions. PRISMS - Practical systematic RevIew of Self-Management Support for long-term conditions.

Thiel, Wolfgang; Hundertmark-Mayser, Jutta (2017): Selbsthilfe Unterstützungseinrichtungen in Deutschland: fachliche und institutionelle Bedarfe zur weiteren Entwicklung eines wirkungsvollen Angebotes. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V (DAG SHG). (Hg.): Selbsthilfejahrbuch 2017. Gießen (ISSN 1616-0665), S. 94–104.

Trojan, Alf; Kaba-Schönstein, Lotte; Franzkowiak, Peter; Blümel, Stephan; Nöcker, Guido (Hg.) (2016): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Ergänzungsband 2016 : Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Grafling: Verlag für Gesundheitsförderung.

von Lützau-Hohlbein, Heike (2017): Selbsthilfeorganisation brauchen kommunale Unterstützung. In: *Pro Alter Selbstbestimmt älter werden* Sozialraumorientierte Ansätze für ein gelingendes Alter(n) (Sonderausgabe Oktober), S. 21–23. Online verfügbar unter http://www.kda.de/news-detail/items/sozialraumorientierte-ansaetze-fuer-ein-gelingendes-altern.html, zuletzt geprüft am 07.10.2017.

Wolter, Birgit (2017): Gesundheitsförderliche Quartiere für alte Menschen - Herausforderungen und Barrieren. In: Carlo Fabian, Matthias Drilling, Oliver Niermann und Olaf Schnur (Hg.): Quartier und Gesundheit. Impulse zu einem Querschnittsthema in Wissenschaft, Politik und Praxis. Wiesbaden: Springer VS (Research), S. 61–78.

1. Im Text wird aus Gründen der Lesbarkeit nicht immer gegendert. Gemeint sind aber immer alle Geschlechter. [↑](#footnote-ref-1)