

FORSCHUNG UND PRAXIS DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

# ZUM ZUSAMMENHANG VON NACHBARSCHAFT UND GESUNDHEIT

**BAND 36**



Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

**BZgA**

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit mit Sitz in Köln. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nimmt sie sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben (Aufklärungsfunktion) als auch Qualitätssicherungsaufgaben (Clearing- und Koordinierungsfunktion) wahr.

Zu den Informations- und Kommunikationsaufgaben gehört die Aufklärung in Themenfeldern mit besonderer gesundheitlicher Priorität. In Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern werden z.B. Kampagnen zur Aids-Prävention, Suchtprävention, Sexualaufklärung und Familienplanung durchgeführt. Die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist derzeit der zielgruppenspezifische Schwerpunkt der BZgA. Auf dem Sektor der Qualitätssicherung gehören die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen, die Entwicklung von Leitlinien und die Durchführung von Marktübersichten zu Medien und Maßnahmen in ausgewählten Bereichen zu den wesentlichen Aufgaben der BZgA.

Im Rahmen ihrer Qualitätssicherungsaufgaben führt die BZgA Forschungsprojekte, Expertisen, Studien und Tagungen zu aktuellen Themen der gesundheitlichen Aufklärung und der Gesundheitsförderung durch. Die Ergebnisse und Dokumentationen finden größtenteils Eingang in die wissenschaftlichen Publikationsreihen der BZgA, um sie dem interessierten Publikum aus den verschiedensten Bereichen der Gesundheitsförderung zugänglich zu machen. Die Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ versteht sich, ebenso wie die themenspezifische Reihe „Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung“, als ein Forum für die wissenschaftliche Diskussion. Vornehmliches Ziel dieser auch in Englisch erscheinenden Fachheftreihe ist es, den Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis zu fördern und Grundlagen für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung zu schaffen.

**FORSCHUNG UND PRAXIS DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG**  
**BAND 36**

# **ZUM ZUSAMMENHANG VON NACHBARSCHAFT UND GESUNDHEIT**

Antje Richter und Marcus Wächter

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 36  
Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit  
Köln: BZgA, 2009

Herausgeberin:  
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)  
Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln  
Tel.: 02 21/89 92-0  
Fax: 02 21/89 92-300

Projektleitung: Dr. Frank Lehmann  
E-Mail: [frank.lehmann@bzga.de](mailto:frank.lehmann@bzga.de)

Alle Rechte vorbehalten.

Lektorat: René Zey, Frechen  
Satz: Königsdorfer Medienhaus, Frechen  
Druck: Schiffmann, Bergisch Gladbach

Auflage: 1.2,5.03.09

ISBN 978-3-937707-63-1

Band 36 der Fachheftreihe ist erhältlich  
unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln,  
und über Internet unter der Adresse <http://www.bzga.de>

Diese Broschüre wird von der BZgA kostenlos abgegeben.  
Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/  
den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestellnummer: 60636000

# Steckbrief des Projekts

---

Projekttitel:	Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit
Ziele:	Vertiefende Darlegung der Kohäsion zwischen Nachbarschaft und Gesundheit, unter besonderer Berücksichtigung der Bedarfe von Menschen in sozial und gesundheitlich schwierigen Lebenslagen
Methoden:	<ul style="list-style-type: none"><li>– Sekundärstatistische Analyse</li><li>– Literaturanalyse</li><li>– Internetrecherche</li><li>– Standardisierte Befragungen</li><li>– Experteninterviews</li><li>– Good-Practice-Analyse</li></ul>
Projektdurchführung:	Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. Fenskeweg 2 30165 Hannover  Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e. V. Feldmannstr. 110 66119 Saarbrücken
Projektleitung:	Dr. phil. Antje Richter
Autorin/Autor des Berichts	Dr. phil. Antje Richter Marcus Wächter
Finanzierung:	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Ostmerheimer Str. 220 51109 Köln
Projektleitung in der BZgA:	Dr. Frank Lehmann, MPH

---



# Inhaltsverzeichnis

Einleitung	7
<b>1. ERARBEITUNG EINER MINIMALDEFINITION</b>	<b>9</b>
1.1 Auswertung der Tagungsreihe zu Nachbarschaft und Gesundheit	10
1.1.1 Die Perspektive des Städtebaus	10
1.1.2 Die sozialpsychiatrische Perspektive	12
1.2 Hinzugezogene Literatur	12
Exkurs: Nachbarschaft als Mikrogesellschaft	13
Exkurs: Sozialisation im Kontext räumlicher und sozialer Variablen	14
1.3 Sozialer Status als unterscheidender Faktor	17
Exkurs: Soziale Kohäsion und soziales Kapital	19
1.4 Nachbarschaft und Gesundheit	21
1.4.1 Definition von Gesundheit und Gesundheitsförderung	21
1.4.2 Nachbarschaft und Gesundheit – ein Definitionsversuch	21
<b>2. DATENBANK GESUNDHEITSPROJEKTE</b>	<b>25</b>
2.1 Schrittweise Recherche	26
2.2 Inhaltliche Ausrichtung der identifizierten Projekte	27
<b>3. EXPERTENBEFRAGUNG</b>	<b>29</b>
3.1 Methodisches Vorgehen	30
3.1.1 Das Experteninterview	30
3.1.2 Auswahl der Experten und Expertinnen	30
3.1.3 Durchführung der Interviews	31
3.1.4 Auswertungsmethode	31
3.2 Leitfragen	32
3.3 Beschreibung von Interviewpartnern und -partnerinnen, Konzepten und Initiativen	32
3.3.1 Die Intensivinterviews	33
3.3.2 Die Praxisbeispiele	34

<b>4. ERGEBNISSE DER EXPERTENBEFRAGUNG</b>	37
<b>4.1 Strategie = Netzwerkbildung</b>	38
Exkurs: Nachbarschaftsnetzwerke	38
<b>4.2 Ergebnisse Fragen 1–4</b>	39
4.2.1 Welche Faktoren beeinflussen die Entstehung, die laufende Arbeit und die Weiterentwicklung von Nachbarschaftsnetzwerken?	39
4.2.2 Wo liegen besondere Stärken nachbarschaftlicher Netzwerke mit Relevanz für die Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner?	45
4.2.3 Wo liegen besondere Hemmnisse nachbarschaftlicher Netzwerke mit Relevanz für die Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner?	49
4.2.4 Wie sind diese Ergebnisse hinsichtlich der gesundheitlichen Situation älterer Menschen zu bewerten?	53
<b>4.3 Zusammenfassung der Ergebnisse der Expertenbefragung</b>	56
<b>5. SCHLUSSFOLGERUNGEN</b>	63
<b>6. LITERATUR</b>	69
<b>7. ANHANG</b>	73



# Einleitung

Es gibt in der Bundesrepublik Deutschland nur wenig Literatur über das Setting Nachbarschaft und seine Merkmale.<sup>1</sup> Über den Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit findet man noch weniger. Der Gedanke, dass beide Konstrukte in einem engen Zusammenhang stehen, ist jedoch im Bewusstsein nachbarschaftlich Engagierter fest verankert. Schon bei einer einfachen Internetrecherche finden sich zahllose Praxisbeispiele mit dieser Ausrichtung. Hier nur eines von vielen Beispielen: „Wir wollen zum Engagement anregen, für sich selbst und den Nächsten. Wir schaffen über Gruppen- und Kursangebote die Möglichkeit, Kontakte zu knüpfen und sich auszutauschen und ... leisten Haushaltshilfe oder bieten Einkaufs- und Begleitedienste für alte, kranke und behinderte Menschen an.“<sup>2</sup> Obwohl alle diese Initiativen soziale Integration fördern und Unterstützungsleistungen transportieren, sind verschiedene inhaltliche Ausrichtungen zu erkennen.

Einige Nachbarschaftsinitiativen verfolgen das Ziel, für alte, kranke und behinderte Menschen da zu sein. Sie unterstützen diese Personen in ihrem Alltag und leisten schnelle und unbürokratische Hilfe. Häufig wird als Motiv für das Engagement der Wunsch genannt, sich selbst und anderen Menschen zu ermöglichen, auch im Alter so lange es geht in den „eigenen vier Wänden“ zu bleiben.<sup>3</sup>

Die Bewegung der Mütterzentren und die sich in jüngerer Zeit rasch verbreitenden „Internationalen Gärten“ sind eine andere Spielart dieses Phänomens. Sie wollen über nachbarschaftliche Vernetzung das psychosoziale Wohlbefinden fördern und die interkulturelle Integration stärken. Weitere gesundheitsrelevante Teilbereiche, wie beispielsweise gesunde Ernährung, werden ebenfalls behandelt.<sup>4</sup> In konzeptionellen oder programmatischen Äußerungen wird die Verwirklichung von Partizipation und Empowerment der Bewohnerinnen und Bewohner angestrebt.

Die vorliegende Arbeit verfolgt das Ziel, den hier postulierten Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit näher zu beleuchten. Besondere Berücksichtigung finden dabei die Bedarfe von sozial und gesundheitlich benachteiligten Personen. Dazu werden verschiedene Methoden und Quellen genutzt. Eingangs wird anhand einer Literaturanalyse ein theoretisches Konstrukt rund um den Begriff „Nachbarschaft“ erstellt. Eingeleitet

---

1 Vgl. dazu auch die Ausführungen Klaus Dörners in: Dörner 2007, S. 94.

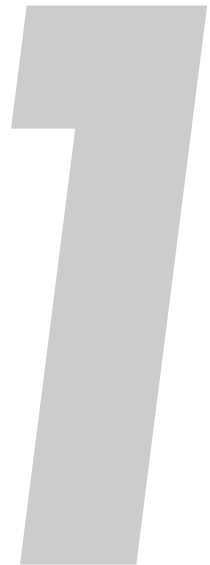
2 Vgl. [www.nachbarschaft-neuhadern.de/seiten/verein.htm](http://www.nachbarschaft-neuhadern.de/seiten/verein.htm), [www.netzwerk-nachbarschaft.de](http://www.netzwerk-nachbarschaft.de).

3 Vgl. [www.nachbarschaft-neuhadern.de/seiten/verein.htm](http://www.nachbarschaft-neuhadern.de/seiten/verein.htm), [www.netzwerk-nachbarschaft.de](http://www.netzwerk-nachbarschaft.de).

4 Vgl. <http://www.stiftung-interkultur.de/aufpro.htm>.

baute Exkurse führen tiefergehend in die Thematik angrenzender Bereiche ein. Als Quellen dienen die Dokumentationen der dreiteiligen Tagungsreihe „Nachbarschaft und Gesundheit“ der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. und des Regionalen Knotens Niedersachsen sowie ergänzende Texte. Im Zentrum der Ausarbeitung steht die Analyse und Diskussion von Praxisbeispielen aus der Datenbank [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) und aus benachbarten Bereichen. In sechs qualitativen Interviews werden ausgewählte Expertinnen und Experten zum Thema Nachbarschaft und Gesundheit befragt. Das Interesse ist dabei insbesondere auf die Beschreibung der Strategien, Chancen und Hemmnisse ihres Vorgehens bezüglich der Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit gerichtet. Ein Schwerpunkt bei der Auswahl der Projekte und der Expertinnen und Experten sowie bei der Darstellung der Ergebnisse liegt auf der Zielgruppe „ältere Menschen“.

**ERARBEITUNG EINER  
MINIMALDEFINITION**



In einem ersten Schritt werden die Dokumentationen der Tagungsreihe „Nachbarschaft und Gesundheit“ ausgewertet und durch Exkurse zu zentralen Begrifflichkeiten ergänzt. Im Anschluss daran werden die Begriffe Nachbarschaft, Gesundheit und Nachbarschaftsnetzwerk definiert und in Beziehung zueinander gesetzt.

## 1.1 Auswertung der Tagungsreihe zu Nachbarschaft und Gesundheit

Angestoßen durch einen Vortrag des Psychiaters Prof. Dr. Klaus Dörner im Jahr 2003 in Hannover, der zur Versorgung chronisch kranker alter Menschen ein tragfähiges Netz in der Wohnung, im Umfeld der Wohnung sowie eine weitgehende Verflechtung mit der Nachbarschaft forderte, begann die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. mit dem Regionalen Knoten Niedersachsen in den Jahren 2004 bis 2006 eine dreiteilige Tagungsreihe zum Thema „Nachbarschaft und Gesundheit“. Ziel war es, die verschiedenen Aspekte dieses Wirkzusammenhangs praxisorientiert wie auch wissenschaftlich zu beleuchten, um dem gesundheitsfördernden Potenzial von Nachbarschaften auf die Spur zu kommen (vgl. Dörner 2003). Die Beiträge dieser Tagungsreihe wurden im Internet veröffentlicht und liefern nicht nur das Material für eine erste theoretische Einordnung, sondern auch diverse beispielhafte Projektideen.<sup>5</sup>

### 1.1.1 Die Perspektive des Städtebaus

Auf die Verknüpfung und die Wechselwirkungen von Nachbarschaft und Gesundheit bezieht sich in einer der Folgeveranstaltungen auch Robert Kaltenbrunner vom Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung in seinem Beitrag mit dem Titel: „Kommt gute Nachbarschaft über den Städtebau ins Quartier?“ Er sieht in dieser Frage eine der traditionellen Grundfragen des Städtebaus, die lautet: Ist es möglich, durch die Manipulation der gebauten Umwelt auf soziale Prozesse und Beziehungen gestaltend einzuwirken? Nach Kaltenbrunner sind die von dieser Profession formulierten Erwartungen an die Nachbarschaftseinheit spätestens seit den 1920er-Jahren hochgesteckt. Man hofft seitdem u. a., dass der Städtebau über die Nachbarschaftseinheit 1.) eine physisch spürbare Ordnung in ein chaotisches und fragmentiertes städtisches Aggregat bringt und dass sie 2.) aufs Neue örtliche Face-to-face-Kontakte in eine anonyme urbane Gesellschaft einführt und dabei gleichzeitig den Menschen hilft, eine Form von Gemeinschaftssinn wiederzugewinnen. Ihre Bewohner sollten 3.) ermutigt werden, vor Ort „Loyalitäten“ und

---

<sup>5</sup> Siehe Regionaler Knoten Niedersachsen, unter Nachbarschaft: <http://www.gesundheit-nds.de/arbeitschwerpunkte/uebersicht/regionaleknotengesundheitsfoerderung.htm>.

Bindungen zu entwickeln, um damit die „Entwurzelung“ des Einzelnen als Folge der gestiegenen Mobilität aufzuheben. Damit einhergehend versprach man sich 4.) die Stimulierung eines Gefühls von Identität, Sicherheit, Stabilität und „Verwurzeltheit“ in einer (ansonsten) bedrohlichen Welt (vgl. Kaltenbrunner 2005).

Um es gleich vorwegzunehmen: Die Bedeutung baulicher Maßnahmen zur Förderung des nachbarschaftlichen Zusammenlebens wird nach Ansicht Kaltenbrunners eher überschätzt. Seiner Ansicht nach können sie den gegenwärtigen gesellschaftlichen Herausforderungen allein nicht gerecht werden und der zunehmenden sozialen Spaltung der Gesellschaft oder den Anforderungen der demografischen Entwicklung allein nicht genügend entgegensetzen. Für Kaltenbrunner basiert der Glaube an den sozialen Determinismus räumlicher Planung größtenteils eher auf ungeprüften Annahmen als auf Erfahrungen des Städtebaus. Kaltenbrunner weist jedoch auf drei wesentliche Punkte hin, die nachbarschaftliches Miteinander fördern:

- ein erträgliches Nebeneinander verschiedener Nutzungsarten zur Sicherung des multifunktionalen oder nutzungs offenen Charakters von Räumen;
- ein regelmäßig erneuertes Verhältnis von Homogenität und Heterogenität. Faustregel ist: Im Quartier durchmischt, im Haus homogen<sup>6</sup>;
- integrierte Handlungskonzepte, um Nachbarschaft als Lebensort und die Vitalität von Quartieren zu stärken – weg von sektoraler Politik, hin zur Verzahnung und Verschmelzung unterschiedlicher Sphären. Voraussetzung dafür ist Wissen, Verständnis und Akzeptanz (vgl. Kaltenbrunner 2005).

Nach seiner Definition stellt Nachbarschaft ein Gewebe aus gesellschaftlichen Beziehungen dar, die auf Gegenseitigkeit und Freiwilligkeit beruhen: „Nachbarschaft muss – bis zu einem gewissen Grad – einen habituellen Umgang mit dem anderen einüben: einer Angestelltenfamilie mit dem extrovertierten Lebensstil des Singles nebenan, der betagten Witwe mit den seltsamen Kochgewohnheiten des vietnamesischen Paares im Stock darüber, die türkische Großfamilie mit den musikalischen Zumutungen der WG gegenüber.“ (Vgl. Kaltenbrunner 2005, S. 11)

Wirkungsvolle Ansätze müssen ebenso die menschliche Fähigkeit und Bereitschaft zu prosozialem *Handeln* (das heißt Handeln, das nicht primär vom Prinzip subjektiver Nutzenoptimierung geleitet wird) und die Befolgung der Normen sozialer Reziprozität fördern und sollten in integrierte Handlungskonzepte, Ressourcenbündelung und sektorübergreifender Zusammenarbeit münden. Kaltenbrunner nennt als Zielgruppen dieses Handelns beispielhaft ältere Menschen und chronisch Kranke, Diabetes- oder Alzheimerpatienten und -patientinnen (vgl. Kaltenbrunner 2005).

6 Interessanterweise hat genau diese Diskussion im Zusammenhang mit der Integration von Menschen mit Migrationshintergrund in den letzten Jahren enorme Sprengkraft entwickelt (vgl. u. a. *Die Welt* vom 20.11.2007 und *Frankfurter Rundschau* vom 21.11.2007).

## 1.1.2 Die sozialpsychiatrische Perspektive

Aus einer anderen Disziplin, doch mit Bezug auf ähnliche Zielgruppen, nähert sich der Psychiater Klaus Dörner dem Thema Nachbarschaft und Gesundheit. Er wagt es, auch auf die Gefahr hin, „für verrückt, sozialromantisch und ewig gestrig erklärt zu werden“, ernsthaft danach zu fragen, ob für die zukünftig sich noch dramatischer ausbreitenden Sorgebedürfnisse im Gesundheitssystem unserer Gesellschaft das Nachbarschaftspotenzial aller Bürgerinnen und Bürger, insbesondere für die Kränksten unter ihnen, nicht notgedrungen dringend gebraucht wird. Für Dörner hat der Satz „Weil du arm bist, musst du früher sterben“ alle medizinischen Fortschritte überdauert. Er gilt auch heute noch für fast alle ernsthaften Erkrankungen und wird seiner Ansicht nach angesichts einer weiteren Öffnung der Schere zwischen Arm und Reich noch brisanter werden.

Dörner bezeichnet die Verbindung Haushalt und Nachbarschaft als kleinste sozial tragfähige Einheit für überdurchschnittlichen Hilfebedarf. Er stellt 15 Thesen zur Diskussion, die Bedingungen, Bedeutungen und Organisation gesundheitsfördernder Nachbarschaft umschreiben. Er macht es vom Gelingen nachbarschaftlicher Strukturen abhängig, ob die künftigen Herausforderungen an unser Gesundheitssystem zu bewältigen sind, und bezieht sich in seinen Ausführungen insbesondere auf chronisch Kranke, Menschen mit Behinderungen und die zunehmende Zahl der demenziell Erkrankten, deren Versorgung er allein durch ausreichende nachbarschaftliche Initiativen gesichert sieht (vgl. Dörner 2004). Dörner verweist auf Rodlins Erfolgsfaktoren, nach denen Nachbarschaft umso besser funktioniert,

- je öffentlicher die Sorgebedürftigen sichtbar sind,
- je mehr Gelegenheiten zum Helfen sinnlich erfahrbar werden,
- je gleichmäßiger die „Besiedelung“ mit Sorgebedürftigen erfolgt,
- je mehr die mit der Modernisierung erfolgte Entmischung der sozialen Schichten städteplanerisch zurückgebaut wird, Beziehungs-Arme und Beziehungs-Reiche vermischt leben.<sup>7</sup>

## 1.2 Hinzugezogene Literatur

Weitere wichtige Hinweise zur Definition von Nachbarschaft liefert eine von Siegrist, Dragano und von dem Knesebeck herausgegebene Zusammenfassung europäischer Forschungsergebnisse zur Messung von sozialem Kapital und dessen Beziehung zu Gesundheit. Die Grundlage zum Verständnis des Zusammenhangs zwischen struktureller

---

<sup>7</sup> Rodlin, D., nach Dörner, K., in: Wie gute Nachbarschaft heilt: Zur sozialen Genese von Krankheit und Heilung. Dokumentation der Veranstaltung „Nachbarschaft Leben“. 2004, S. 9. [<http://www.gesundheit-nds.de/downloads/doerner-wiegutenachbarschaftheilt.pdf>]

Benachteiligung einer Wohnregion und dem darin vorfindbaren „sozialen Kapital“ liefern ihnen neuere soziologische, überwiegend amerikanische Studien zur Nachbarschaft (siehe auch unter „neighbourhood sociology“). Dort wird Nachbarschaft als „Speicherort“ für soziales Kapital gesehen. Das Autorenteam definiert Nachbarschaft in Anlehnung an Kawachi und Berkman als „sozialräumliche Institution“. Diese umfasst „die sozialen Beziehungen der Bewohner einer Region, die in überschaubarer räumlicher Nähe leben und in gewissem Umfang an gleichen Einrichtungen (Geschäfte, Schulen etc.) partizipieren“ (Siegrist, Dragano und von dem Knesebeck 2006, S. 159).

### EXKURS: NACHBARSCHAFT ALS MIKROGESELLSCHAFT

Die von Siegrist, Dragano und von dem Knesebeck herangezogene Definition von *Gesellschaft* und die von Kawachi und Berkman definierten Eckpunkte von *Nachbarschaft* weisen grundlegende Übereinstimmungen auf. In beiden Konstrukten wird von einer bestimmten Anzahl von Individuen gesprochen, die als soziale Akteurinnen und Akteure miteinander verknüpft leben und interagieren.

Die zusammengeschlossene Personengruppe definiert sich anhand gemeinsamer Merkmale. In Gesellschaften ist eine gemeinsame Sprache oder Kultur, in Nachbarschaften der Wohnort (das heißt die räumliche Nähe) das verbindende Element. Darüber hinaus führen Prozesse sozialräumlicher Segregation zu einer quartiersbezogenen Kumulation von Personen bestimmter sozialer Lagen.

Soziale Interaktion bezeichnet in diesem Zusammenhang das sich aufeinander beziehende Handeln von wenigstens zwei Individuen oder sozialen Einheiten. Voraussetzung für das Gelingen der Interaktion ist die angemessene Interpretation der Handlungsgründe und Handlungsziele des Gegenübers sowie seiner Erwartungen an das eigene Handeln. Insofern solche Interpretation immer auch wechselseitig ist, ist soziale Interaktion zugleich auch Kommunikation. Watzlawick versteht Verhalten jeder Art als Kommunikation (Watzlawick, Beavin und Jackson 2000). Da Verhalten kein Gegenteil hat, man sich also nicht nicht verhalten kann, ist es auch unmöglich, nicht zu kommunizieren. Den Konstrukten Nachbarschaft und Gesellschaft liegt also keine bestimmte Qualität sozialer Kontakte zugrunde, da Interaktion immer vorhanden ist.

Der Unterschied beider Gemeinschaften liegt in der Anzahl der darin verknüpften Personen. Nachbarschaft bezieht sich im Vergleich zu einer Gesellschaft immer auf eine wesentlich kleinere Gruppe von Individuen. Aufgrund dieser Tatsache und der oben genannten Konstruktionsprinzipien, stellt sich die Frage, ob Nachbarschaft auch als Mikrogemeinschaft definiert werden kann. Die Klärung dieser Frage könnte der Arbeit in und mit Nachbarschaften eine weitergehende konzeptuelle Tiefe verleihen, da Zusammenhänge in Gesellschaften wesentlich ausführ-

licher erforscht sind als die in Nachbarschaften. Eine Übertragbarkeit, wenn auch mit Abstrichen, wäre ein großer Schritt in der Nachbarschaftsforschung. Auch der Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit würde hierdurch besser bestimmbar.

Das Konzept des „sozialen Kapitals“ wird weiter unten erneut aufgenommen und in Bezug zum Thema gesetzt. Zunächst wird jedoch ein anderer bedeutender Aspekt in einem Exkurs skizziert. Es geht dabei um die Sozialisation im Kontext räumlicher und sozialer Variablen, u. a. am Beispiel von Kindern und Jugendlichen.

## **EXKURS: SOZIALISATION IM KONTEXT RÄUMLICHER UND SOZIALER VARIABLEN**

### **Die sozialökologische Untersuchungsperspektive in der Sozialisationsforschung**

In der Sozialisationsforschung wird der Versuch unternommen, spezifische Lebenslagen zu untersuchen und die verschiedenen Einflüsse auf diese Lebenslagen zu erfassen. Sollen beispielsweise jene von Kindern untersucht werden, sind Ansätze erforderlich, die den Blick auch über den innerfamiliären Zusammenhang hinaus auf kontextuelle Einflüsse von Nachbarschaften, Peergroups, Gemeinden und Schulen lenken und eine sozialökologische Perspektive einbringen.

Dieser Ansatz geht auf Bronfenbrenner (1976) zurück. Er nennt wichtige Kriterien für das Konzept einer „ökologischen Sozialisationsforschung“, bringt die „meso-soziale Ebene“ in die Diskussion, unter die auch Nachbarschaft fällt, und verlangt mit Nachdruck, in der Sozialisationsforschung der subjektiven Perspektive Rechnung zu tragen. Bronfenbrenners Grundidee liegt im Versuch, die Bedeutung zu ermitteln, die Sachverhalte – wie Aspekte der sozialen Umwelt, ebenso wie Handlungen und Beziehungen – für die Betroffenen haben. Die Bedeutung dieses Ansatzes ist in erster Linie darin zu sehen, dass durch die Bestimmung des Menschen als Erfahrungssubjekt die Aufmerksamkeit auf die Umwelt als alltägliche, dauerhafte und erlebte (auch örtlich abgrenzbare) Umgebung des Einzelnen gelenkt wird.

Beachtung findet noch immer der Vorschlag, nach der Wechselwirkung von räumlich-physischen und soziokulturellen Variablen sowie deren Sozialisationswirkungen zu fragen und die Bedeutung der unmittelbaren Umgebung als ein System aufzufassen, zu beschreiben und ihre Sozialisationswirkung zu analysieren (ökologisches System).



Entsprechend werden lokale Umwelten nicht nur als „objektiviertes Bedingungsgefüge“, sondern auch als Erfahrungs- und Handlungswelt der einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner gesehen, die „räumliche Elemente“, „soziale Bedeutungen“ und „psychisches Erleben“ beinhaltet, wobei all dies nicht getrennt ist, sondern sich ineinander vermischt.

Für die Lokalität als Erfahrungs- und Handlungswelt interessiert, welches Bewusstsein jemand von ihr und ihrer Rolle für das eigene Leben aufgebaut hat. Verbunden ist damit die Frage nach der subjektiven Wahrnehmung dieser Umwelt und dem sozialen Wissen, das jemand über sie und Teilaspekte von ihr erworben hat. Im Übrigen sind diese Wahrnehmungen und Wissensbestände, so zutreffend oder auch perceptiv verzerrt sie sein mögen, entscheidend für das eigene soziale Handeln. Kurz und besonders treffend wird diese Erkenntnis durch das Thomas-Theorem beschrieben: „If men define situations as real, they are real in their consequences.“ (Vgl. Thomas und Thomas [1928], zitiert nach Bargel 1982)

### **Raumerfahrung**

Entscheidend für die subjektive Wahrnehmung und Beurteilung einer Lokalität ist, in welcher Lebenssituation oder lebensgeschichtlichen Phase sich ein Mensch befindet. Geht es um die Perspektive und die Entwicklung von Kindern unter spezifischen Lebenslagen, wird den Bedingungen im unmittelbaren Wohnumfeld als Bedingungen der Sozialisation hohe Priorität zugewiesen. Dies wird auch als Opportunitätsstruktur bezeichnet (vgl. Richter 2000; 10. Kinder- und Jugendbericht 1998).

Kinder haben in der Nutzung des Außenraumes unterschiedliche Bedürfnisse, denen eine vielseitige Gestaltbarkeit des Wohnumfelds entgegenkommt. Ein Aspekt betrifft die Möglichkeiten zur Wahrnehmung, Reflexion und Gestaltung des Alltagslebens in der Wohnumgebung. In der Regel fehlen insbesondere im Mietwohnungsbau für die Bewohnerinnen und Bewohner die erforderlichen Gestaltungsmöglichkeiten im Wohnumfeld.

Es liegt auf der Hand, dass hiervon sozial und materiell benachteiligte Bevölkerungsgruppen besonders betroffen sind. Trotzdem hat jedes noch so depriviertes Quartier auch immer seine Stärken und seine Integrationspotenziale, die sich aus dem Kontext der Bedeutungen ergeben, die die Akteurinnen und Akteure dem Raum zuschreiben – und diese Bedeutungen hängen mit der objektiven Gestaltung des Raumes zusammen. Bei Kindern und Jugendlichen aus sozialen Brennpunkten ist zu beobachten, dass sie durchaus eine Bindung zu „ihrem“ Quartier entwickeln. Es gibt vertraute Ecken, versteckte Treffpunkte – Orte, mit denen man sich identifiziert, ihnen also subjektiv eine positive Bedeutung gibt.

Dangschat (vgl. Dangschat 1998) beschreibt Raumerfahrung als abhängig vom Ort des Erlebens und entlang von Merkmalen sozialer Ungleichheit sowie gemäß soziokultureller Regeln. „Raum wird systematisch differenziert wahrgenommen, was die Voraussetzung für einen unterschiedlichen Umgang mit Raum, mithin soziostrukturell unterschiedlicher Aneignungschancen, darstellt.“ (Dangschat 1998, S. 117) Er weist in diesem Zusammenhang vor allem darauf hin, dass Kinder unter Entwicklungsstörungen leiden, wenn sie unter räumlichen Bedingungen aufwachsen, die stark einschränkend sind.

Der psychische Prozess der Wahrnehmung und Aneignung von sozialen Räumen zielt darauf ab, mit seiner Umwelt im Einklang zu leben, mit ihr vertraut zu sein und sich bewusst zu werden, dass man diese Umwelt auch gestalten kann. Man identifiziert sich mit einem sozialen Raum erst dann, wenn man diesen Raum nach seinen Bedürfnissen gestalten kann, zumindest dort seine Bedürfnisse befriedigen kann. Begreift man den Menschen als Umwelt schaffendes Wesen, sind seine Möglichkeiten, über Umwelt zu verfügen und zu gestalten, von Bedeutung. Das Wohnumfeld ist als ein Bereich mit positiven Gestaltungsmöglichkeiten zu betrachten.

Freidank (1995) konkretisiert diese Bedeutung für folgende Aspekte:

- *Räumliche Intelligenz* – Für die Entwicklung und Weiterentwicklung der Fähigkeit zur Raumwahrnehmung und Raumgestaltung sind Verfügung über Raum und Gestaltungs- und damit Erprobungsmöglichkeiten unerlässliche Voraussetzung.
- *Individuelle Identität* – Diese wird durch symbolische Selbstdarstellung entwickelt und bestätigt.
- *Positive Identifikation* – Identifikation mit dem Wohnumfeld und emotionaler Ortsbezug werden durch Gestaltungseinfluss in einem sozialen Prozess gefördert.
- *Kommunikation und soziale Prozesse* – Beide werden sowohl durch individuelle, als auch kollektive Gestaltungsmöglichkeiten gefördert.

Individuelle und kollektive Verfügungs- und Gestaltungsmöglichkeiten erweisen sich also als Schlüssel und Medium für die Bedeutungsgewinnung des Wohnumfelds für Teile der individuellen kognitiven Entwicklung, für individuelle Identität, Kommunikation und soziale Prozesse. Aktive Gestaltung sowie soziale Prozesse haben wiederum eine Schlüsselrolle für die emotionale Ortsbezogenheit und lokale Identifikation (vgl. Richter 2000).

### **Raumerfahrung und Gesundheit**

Baum verbindet in logischer Schlussfolgerung die Kategorie Raum(-erfahrung) mit Gesundheit und spitzt den Zusammenhang noch zu. „Der Raum schafft es von

seiner Struktur her, von seinen Bedingungen und seiner Gestaltung her, seine Akteure entweder handlungs- und entwicklungsfähig zu machen oder nicht, krank oder gesund zu machen.“ (Baum 2007) Für ihn hat Gesundheit etwas mit der Frage zu tun, wie Individuen in soziale Räume – in ihr Wohngebiet, ins Quartier – integriert sind, das heißt, wie sie sich im Kontext ihres Wohngebiets oder ihres Stadtteils wohlfühlen, ihr Leben deuten, andere wahrnehmen, Beziehungen gestalten oder interagieren.

Die Qualität der Integration hängt davon ab, ob Individuen das Gefühl haben, für andere bedeutsam zu sein, ob sie das Gefühl entwickeln können, gebraucht zu werden, anerkannt zu sein von jeweils anderen.

Dazu bedarf es Netzwerken, die Vertrauen in die anderen und in sich selbst schaffen, und zwar auf der Ebene *informeller Netzwerke* auf der einen Seite und der Ebene der *Institutionen* auf der anderen Seite.

„*Informelle Netzwerke* dienen der assoziativen Vernetzung, also einer Vernetzung, die Akteure zusammenführt, deren gemeinsames Anliegen vom informellen Austausch auf der Straße bis zur aktiven Einmischung bei der Gestaltung des sozialen Raumes reichen kann ... Damit sind aber auch der nachbarschaftliche Austausch und die gegenseitige Hilfe gemeint, weil in der gegenseitigen Hilfe auch die Anerkennung des jeweils anderen steckt.“ (Baum 2007)

## 1.3 Sozialer Status als unterscheidender Faktor

Wird die Bedeutung des sozialen Status als unterscheidender Faktor in die Analyse einbezogen, tun sich noch andere Erkenntnisfelder auf, beispielsweise der „überforderten Nachbarschaften“. In diesem Umfeld steht Nachbarschaft allenfalls für räumliche Nähe, und dies oft eher unfreiwillig, aus einer Notlage heraus. In „überforderten Nachbarschaften“ suchen Bewohnerinnen und Bewohner weniger den Zusammenhalt, sondern eher den individuellen Ausweg, sobald es ihnen finanziell möglich ist. Die Heterogenität von Nachbarschaften wird genau dann zu einem besonderen Problem, auch für die gesundheitliche Entwicklung, wenn es sich um eine nicht freiwillige Form der Wahl der Nachbarn handelt. Man spricht hier von „überforderten Nachbarschaften“ (vgl. GdW Bundesverband deutscher Wohnungsunternehmen 1998). Als solche werden Nachbarschaften bezeichnet, in denen einkommensschwache Haushalte, Arbeitslose, Menschen mit psychosozialen Auffälligkeiten und Menschen mit Migrationshintergrund räumlich eng konzentriert leben. Diese Situation entsteht aufgrund der Dynamik des Wohnungs-

marktes und stellt meist einen Fall von „erzwungener“ und „unfreiwilliger“ Segregation dar. „Es bedeutet ohne wirtschaftlich relevante Kontakte und Beziehungen zu leben; es bedeutet zu viel Umgang mit frustrierten, durch tägliche Sorgen aufgefressene Menschen; es bedeutet abnehmende Initiative und wachsende Lähmung sowie schließlich auch den Verlust an Fähigkeiten und Qualifikationen.“ (Vgl. GdW Bundesverband deutscher Wohnungsunternehmen 1998, S. 4) Überfordert sind die Bewohnerinnen und Bewohner mit der Bewältigung der alltäglichen Konflikte durch die räumliche Nähe sozial jeweils unerwünschter Personen, und überfordert sind die gesellschaftlichen Institutionen mit ihren Lösungsansätzen, wenn es nicht zu integrierten und abgestimmten Konzepten kommt. Der französische Soziologe Pierre Bourdieu hat ausgeführt, dass „nichts unangenehmer (ist) als die physische Nähe von sozial fernstehenden Personen“. Das Belastungsniveau in „überforderten Nachbarschaften“ ist daher eine direkt die Gesundheit beeinträchtigende Variable.

Konzepte der Nachbarschaftsentwicklung sind in diesem Fall mit der Herausforderung konfrontiert, dass Heterogenität der Bewohnerschaft und räumliche Nähe sowohl einen Teil des Problems als auch einen Teil der Lösung darstellen. In sozial benachteiligten Wohngebieten ergibt sich daraus Handlungsdruck, denn sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen sind auf die stützenden Funktionen der Nachbarschaft angewiesen, da sich ihr Aktionsradius oftmals auf die unmittelbare räumliche Umgebung konzentriert. „Auf der individuellen Ebene wächst die Bedeutung der Nachbarschaft, je weniger Bezugsgruppen jemand insgesamt hat; auf der strukturellen Ebene gewinnt sie dann an Bedeutung, wenn öffentliche Infrastrukturen oder privat-kommerzielle Dienstleistungen nicht zur Verfügung stehen.“ (Vgl. Hamm 1998, S. 172ff.)

Sichtet man entsprechende Literatur z. B. aus der Gemeinwesenarbeit oder auch die Beiträge der oben erwähnten Tagungsreihe, fällt positiv auf, dass sich die Expertinnen und Experten gegen eine polarisierende Sichtweise wehren, die funktionierende Nachbarschaftsnetze sowie Problemlöse- und Selbsthilfefähigkeit nur in homogenen, mittelschichtgeprägten, gutbürgerlichen und stadtrandnahen Wohnvierteln vermutet. Vielmehr sind die Ressourcen „auch innerhalb der Quartiere in irgendeiner Form räumlich verteilt ... was wiederum oft zu einer ‚Kleinräumigkeit‘ von Defiziten und Potenzialen führt. Deswegen gibt es auch nicht einfach nur klar umrissene Problemquartiere, sondern in vielen Facetten zerklüftete Viertel, in denen einzelne Mietshäuser oder Hausgruppen durchaus als Nachbarschaften funktionieren können.“ (Kaltenbrunner 2005, S. 12) Als aufbauende Ressource wird dabei u. a. „soziales Kapital“ genannt, worunter soziale Netzwerke, Vertrauensverhältnisse, gegenseitige Verpflichtungen und Erwartungen verstanden werden können.

Damit ist bereits zum zweiten Mal das Stichwort *soziales Kapital* gefallen, das wie ein roter Faden in den Ausführungen zu Nachbarschaft immer wieder auftaucht. In der soziologischen Terminologie werden in diesem Zusammenhang im Allgemeinen zwei Begriffe verwendet, um die Sachverhalte zusammenfassend zu charakterisieren: „soziale

Kohäsion“ und „soziales Kapital“. Beide Konzepte sind speziell unter dem Aspekt der erhöhten Vulnerabilität sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen interessant und werden im Anschluss kurz erläutert.

### **EXKURS: SOZIALE KOHÄSION UND SOZIALES KAPITAL**

„Soziale Kohäsion bezeichnet eine bestimmte Qualität und Dichte zwischenmenschlicher Beziehungen in überschaubaren sozialräumlichen Einheiten (z. B. Wohnviertel, Region), die durch gemeinsam getragene Werte und Normen (Hilfsbereitschaft, wechselseitiges Vertrauen, Verfolgen kollektiver Ziele) gekennzeichnet ist (Durkheim 1973). Mit dem Begriff des sozialen Kapitals wird ein zentrales Element sozialer Kohäsion in den Vordergrund gestellt: Vertrauensvolle Beziehungen stellen in ihrer Summe eine Ressource, eine Art Kapitalstock dar, in den Mitglieder einer Gruppe gemeinsam investieren, um von seinem Ertrag in Zukunft profitieren zu können.“ (Siegrist, Dragano und von dem Knesebeck 2006)

Die Fähigkeit zu prosozialem Handeln und die Befolgung der Norm sozialer Reziprozität sind maßgebend für den Grad des Zusammengehörigkeitsgefühls. Siegrist, Dragano und von dem Knesebeck definieren das Ausmaß an Vertrauen in soziale Beziehungen und die kollektiv verfolgten Ziele einer Gemeinschaft als Indikatoren sozialer Kohäsion.

Die alleinige Existenz intensiver sozialer Kontakte zwischen Nachbarn stellt allerdings keine hinreichende Bedingung zur Entwicklung von sozialem Kapital dar. Vielmehr ist die Qualität der Kontakte bestimmend. Diese zeichnet die Fähigkeit zur kollektiven Wirksamkeit für die Bildung von sozialem Kapital aus. Somit beschreibt soziales Kapital genauso wie soziale Kohäsion die Eigenschaft eines Systems sozialer Beziehungen und nicht die Qualität individueller Merkmale der Akteure. „Gemeinsam ist den beiden Begriffen ferner, dass sie jeweils kurz nach ihrer Einführung in den wissenschaftlichen Diskurs als erklärende Konstrukte zur Beantwortung der Frage herangezogen wurden, auf welche Weise das gesellschaftliche Leben die Gesundheit ganzer Bevölkerungsgruppen beeinflussen kann.“ (Siegrist, Dragano und von dem Knesebeck 2006)

Am Beispiel des sozialen Kapitals wird nun die besondere Problematik von sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen deutlich: Ihre sozialen Netzwerke sind sichtlich kleiner als die nicht benachteiligten Gruppen und häufig lokal begrenzter. Wenn diese Nachbarschaften sich hauptsächlich dadurch auszeichnen, dass dort Personen mit ebenso wenig sozialem Kapital wohnen, verstärken sich Ausgrenzungsprozesse gegenseitig: Auch bei der nachbarschaftlichen Kontaktförderung von z. B. Arbeitslosen untereinander bauen diese kein „brückenbildendes“

soziales Kapital auf, das ihnen bei der Suche nach einem Arbeitsplatz helfen könnte. Ähnliches gilt für den Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems bei bildungsfernen Personengruppen. Soziales Kapital realisiert sich vor allem über eine Vielzahl von sogenannten „weak ties“ (schwachen Bindungen) und nicht über die „strong ties“ der jeweiligen Primärgruppe (Granovetter 1973). „Während man in Freundschaften (strong ties) viel (Zeit) investiert, ist bei Bekannten, mit denen man weniger Zeit verbringt, oder die man zwangsläufig zum Beispiel auf der Arbeit trifft (weak ties), der Aufwand wesentlich geringer. Aber sowohl die Informationen der Freunde als auch die der Bekannten können im Fall der Wohnungssuche gleich nützlich sein. Mit anderen Worten: die weak ties ‚rentieren‘ sich demnach mehr als die strong ties, da bei geringerer Investition ein höherer Nutzen zu erwarten ist. Es erweist sich also als günstig, viele weak ties zu besitzen.“ (Schnur 2003)

### **Brückenbildendes soziales Kapital**

Im wissenschaftstheoretischen Kontext herrscht weitgehend Einigkeit darüber, dass der Aufbau des sozialen Kapitals benachteiligter Personengruppen eine positive Wirkung auf deren Gesundheit hat. Der Umfang des sozialen Kapitals ist dabei abhängig von den Ressourcen der Gruppenmitglieder und der Fähigkeit zur kollektiven Wirksamkeit. Da gerade bei Bewohnerinnen und Bewohnern problembehafteter Stadtteile nur wenige Ressourcen vorhanden sind, reicht die Identifizierung und Mobilisierung der Potenziale innerhalb dieser Personengruppe nicht aus. Es bedarf unbedingt auch der Anknüpfung an Potenzialen und Ressourcen der benachbarten Stadtteile und der Gesamtstadt. Soll die Ausdehnung der sozialen Kontakte über soziale, kulturelle oder räumliche Grenzen hinweg gelingen, ist nach Putnam (Putnam 2001) brückenbildendes soziales Kapital (Bridging social capital) nötig. In Abgrenzung dazu definiert Putnam den Begriff des Bindungskapitals (Bonding social capital) als Ressource für sozialen Rückhalt in kleinen homogenen Gruppen. Beide Arten von sozialem Kapital sind für Individuen von immenser Bedeutung. Benachteiligten Bevölkerungsgruppen fehlt es aber vor allem an brückenbildendem sozialem Kapital. Aus der Sicht der Gemeinwesenarbeit erschwert das negative Image eines benachteiligten Stadtteils den Aufbau von sozialen Kontakten in andere Milieus. Nicht zuletzt, um eine Stigmatisierung der Bewohner und Bewohnerinnen benachteiligter Quartiere zu vermeiden, müssen daher von beiden Seiten Brücken gebaut werden, um Austauschprozesse zu initiieren (vgl. Runge 2007).

In Nachbarschaften mit hauptsächlich benachteiligter Bewohnerschaft sind der Bildung von sozialem Kapital also enge Grenzen gesetzt. Insbesondere Migrantinnen und Migranten sind davon betroffen. Neuere Forschung bestätigt den Befund, dass ihre sozialen



Netzwerke sich häufig räumlich konzentrieren, eng auf die familiäre Primärgruppe begrenzt sind und nicht weit genug ausgelegt sind, um z. B. Informationsvorteile aus vielfältigen „schwachen Bindungen“ zu ziehen (vgl. Gestring, Janssen und Polat 2006, S. 11ff.). Ziel der Nachbarschaftsentwicklung muss es also sein, langfristig Netzwerke zwischen heterogenen Bevölkerungsgruppen aufzubauen. „Netzwerke sind dann eng mit Sozialkapitalbildung verbunden, wenn sie Lernprozesse ermöglichen und zur Überwindung ... von sozialen Milieus beitragen.“ (Fürst, Lahner und Zimmermann 2004)

## 1.4 Nachbarschaft und Gesundheit

Aus dem bisher vorgetragenen Material werden jetzt wesentliche Aspekte zusammengefasst. Zuvor wird noch kurz auf den verwendeten Gesundheitsbegriff eingegangen.

### 1.4.1 Definition von Gesundheit und Gesundheitsförderung

Das Phänomen Gesundheit ist mehrdimensional zu betrachten und zeichnet sich durch eine hohe Komplexität aus. Durch die WHO wurde diese Komplexität aufgegriffen und in die umfassende Definition „Gesundheit ist der Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht die bloße Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“ (WHO 1946) gefasst, die auch hier Grundlage der Analyse sein soll.

Mit der Ottawa-Charta wurde 1986 eine richtungsweisende Definition von Gesundheitsförderung gegeben. Gesundheitsförderung nach der Ottawa-Charta wurde in einen gesellschaftlichen Kontext gesetzt und zielt darauf ab, allen Menschen die Gelegenheit zu geben, ihr größtmögliches Potenzial zu verwirklichen. Einzelne, Gemeinschaften, Gemeinden, Gesundheitswesen und Gesamtpolitik sind dazu aufgefordert, Gesundheitsförderung zu einem Kernpunkt ihrer Fähigkeiten und Möglichkeiten zu machen (Kolip und Schmidt 2007).

### 1.4.2 Nachbarschaft und Gesundheit – ein Definitionsversuch

Nachbarschaft ist die Bezeichnung für räumliche Wohn- oder Siedlungsnähe und für die aus dieser ökologischen Vorgegebenheit resultierenden sozialen Beziehungen. Als soziales Subsystem steht Nachbarschaft zwischen Familie und Gemeinde (vgl. Hillmann 1994). Für den Zweck dieser Expertise wird Nachbarschaft folgendermaßen definiert:

Nachbarschaft ist als ein Gefüge sozialer Beziehungen von Bewohnern und Bewohnerinnen einer Region zu sehen, die in überschaubarer Nähe leben und in gewissem Umfang an gleichen Einrichtungen partizipieren (vgl. Kawachi und Berkman 2003).

Es wurde bereits zu Beginn erwähnt, dass es in Deutschland relativ wenig Literatur zum Thema Nachbarschaft gibt. Ganz anders ist es in den USA, wo sich eine „neighbourhood sociology“ entwickelt hat, die nicht nur eine umfassende Sammlung von Literatur hervorgebracht hat, sondern auch Interventionsinstrumente unterschiedlichster Art liefert. Dennoch hat der Begriff auch dort viele verschiedene Bedeutungen. Immer wieder wird darauf verwiesen, dass es ganz unterschiedliche Definitionen von Nachbarschaft gibt und man diese entsprechend den beteiligten Akteurinnen und Akteuren oder auch Wissenschaftsdisziplinen jeweils neu bestimmen muss. Vermutlich hat diese Varianz damit zu tun, dass Nachbarschaft sowohl räumliche als auch soziale Komponenten enthält (vgl. u. a. Chaskin 1995). Als Ergänzung zur oben formulierten Minimaldefinition scheinen daher die folgenden Aspekte wichtig zu sein.

Jede Definition von Nachbarschaft sollte zwei verschiedene inhaltliche Aspekte enthalten – räumliche Nähe und soziale Interaktion –, die in enger Wechselwirkung stehen. Die räumlichen Grenzen von Nachbarschaften orientieren sich an städtebaulichen oder infrastrukturellen Gegebenheiten, die maßgeblich durch die subjektive Wahrnehmung der Bewohnerschaft geprägt werden. Die Organisationsform von Nachbarschaft ist variabel. Sie entwickelt sich durch das soziale Engagement der ansässigen Bewohnerinnen und Bewohner und aus den jeweiligen lokalen, situativen Gegebenheiten.

Grundsätzlich ist eine vielfältige Zusammensetzung (Heterogenität) der Bewohnerschaft zu unterstellen, auch wenn manche Nachbarschaften innerhalb von Quartieren bestehen, deren Grenzen von ihren Bewohnern und Bewohnerinnen kaum verlassen bzw. von Externen selten überschritten werden und innerhalb dieser Grenze homogene Gruppen leben. Auch werden manche Gruppen wie beispielsweise „Menschen mit Migrationshintergrund“ nur von außen als homogene Gruppe wahrgenommen.

Der Aspekt der räumlichen Nähe bezieht sich sowohl auf das Zusammenleben in einem abgegrenzten Setting als auch auf den Einfluss des öffentlichen Raumes auf die Beziehungen der Bewohnerinnen und Bewohner zueinander. Diese sind zwar von Gegenseitigkeit, aber nicht unbedingt auch von gleichzeitiger Freiwilligkeit geprägt, wie die Ausführungen zu „überforderten Nachbarschaften“ zeigen sollten. Die Heterogenität der Bewohnerschaft und die räumliche Nähe bilden dabei einen Teil des Problems und gleichzeitig einen Teil der Lösung (in Form potenzieller Ressourcen). Insbesondere sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen, aber auch ältere Menschen mit eingeschränkter Mobilität, sind auf die stützenden Funktionen der Nachbarschaft angewiesen,



da sich ihr Aktionsradius oftmals auf die unmittelbare räumliche Umgebung konzentriert. „Auf der individuellen Ebene wächst die Bedeutung der Nachbarschaft, je weniger Bezugsgruppen jemand insgesamt hat. Auf der strukturellen Ebene gewinnt sie dann an Bedeutung, wenn öffentliche Infrastrukturen oder privat-kommerzielle Dienstleistungen nicht zur Verfügung stehen.“ (Hamm 1998, S. 172ff.)

Die soziale und räumliche Vernetzung hat weitere eng miteinander verwobene Aspekte, wenn man sie vor dem Hintergrund der gesundheitlichen Situation der Bewohnerschaft sieht. Die Betonung liegt dann auf den Faktoren „soziale Beziehungen“, „Partizipation“, „lokale Intervention“ und in der Annahme der sozialen Relevanz des Raumes für Wohlbefinden und Gesundheit – das heißt der These, dass gesundheitsrelevante Wahrnehmungen und Handlungen von Menschen auch durch räumliche Merkmale strukturiert werden (siehe hierzu auch den Exkurs zu „Sozialisation im Kontext räumlicher und sozialer Variablen“, Seite 14 ff.). Der Faktor „soziale Interaktion“ verweist darauf, dass es um den Aufbau sozialer Beziehungen geht, die sich über unterschiedliche Einzelpersonen, Gruppen und Institutionen erstrecken, auf je verschiedene Ziele und Zwecke richten und ein soziales Netzwerk – das Nachbarschaftsnetzwerk – bilden (vgl. LAG Soziale Brennpunkte, Hannover 2005, S. 38, 47, 54).

Dabei sind mehrdimensionale gesundheitsfördernde Wirkungen möglich. Ein Beispiel zur Erläuterung: Engagierte Akteurinnen und Akteure in einem nachbarschaftlichen Netzwerk organisieren unterstützende gesundheitliche Maßnahmen für Bewohnerinnen und Bewohner. Die Aktion scheint klar zu sein: Helfer und Helferinnen helfen „Hilfsbedürftigen“. Das ist in erster Linie ein Gewinn für Menschen, die aufgrund zunehmender Immobilität oder anderer Teilhabebeschränkungen auf unterstützende Hilfeleistungen angewiesen sind. Im ungünstigen Fall erzeugt das jedoch Schamgefühle über die eigene Hilfsbedürftigkeit. Das Engagement für die hilfebedürftigen Nachbarn und Nachbarinnen kann den Akteurinnen und Akteuren aber auch gleichzeitig eine verbesserte soziale Integration in das Umfeld, einen quantitativen und qualitativen Zuwachs an sozialen Beziehungen und/oder einen persönlichen Gewinn beispielsweise in Form eines „Bedeutungszuwachses“ (Dörner 2004, 2007) bringen. Der Bedeutungsgehalt der Aktion wird dadurch um eine gleichwertige Dimension erweitert.

Im günstigen Fall entsteht durch diese Perspektive eine Ebenbürtigkeit in der sozialen Beziehung, die sich nicht nur positiv auf das Wohlbefinden der Beteiligten auswirkt, sondern es auch erlaubt, Wissen und Informationen niedrigschwellig zu übermitteln. Die jeweilige Bedeutung ihrer Handlungen wird durch die beteiligten Akteurinnen und Akteure ausgehandelt sowie mitgestaltet und wirkt sich auch auf das umgebende Setting Nachbarschaft aus.

Auf den positiven Anteil dieser Wechselwirkungen bezieht sich der Begriff „soziale Kohäsion“. Er bezeichnet eine bestimmte Qualität und Dichte zwischenmenschlicher Beziehungen in überschaubaren sozialräumlichen Einheiten (z. B. Wohnviertel, Region), die

durch gemeinsam getragene Werte und Normen gekennzeichnet ist (vgl. Durkheim 1973, 1976).

### **Zentraler Faktor „Heterogenität“**

In der gesichteten Literatur erweist sich bei der Textanalyse neben den Faktoren „räumliche Nähe“ und „soziale Interaktion“ die Kategorie „Heterogenität“ als zentral. Heterogenität bezieht sich auf eine vielfältige Zusammensetzung der Bewohnerschaft und damit auf die Auswahl von Interaktions- und Kommunikationspartnern bzw. -partnerinnen innerhalb der räumlichen Grenzen eines bestimmten Bereichs. Erfolgsfaktor und daher Ziel der Nachbarschaftsinitiativen ist es, in dieser Heterogenität von Lebensstilen, Einkommen, familiären Konstellationen und ethnischen Hintergründen ein Zusammengehörigkeitsgefühl zu stimulieren. Heterogenität wird an verschiedenen Stellen der gesichteten Literatur nicht nur als zu bewältigendes Problem, sondern auch als Erfolgsfaktor für die Intervention in sozial benachteiligten Gebieten herausgehoben.

**DATENBANK  
GESUNDHEITS-  
PROJEKTE**



Die hier dokumentierte Recherche verfolgt das Ziel, mögliche Projektbeispiele in der Datenbank Gesundheitsprojekte des Internetportals [www.gesundheitliche-chancen-gleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancen-gleichheit.de) zur Thematik Nachbarschaft und Gesundheit zu identifizieren.

## 2.1 Schrittweise Recherche

Die Datenbank enthält derzeit (Stand 2/2009) 1750 Projekte zum Bereich der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. Zur Recherche kann entweder die Volltext- oder die Listensuche verwendet werden. Mithilfe der Volltextsuche kann nach einzelnen Begriffen in den Rubriken „Name des Angebots“, „Träger“ und „Selbstbeschreibung des Angebots“ der Projektbeschreibungen gesucht werden. Die Listensuche bietet die Möglichkeit, anhand festgelegter Kriterien innerhalb der Bereiche „Anbieter“, „Lebenswelt“, „Themen“, „Zielgruppen“, „Altersgruppen“, „Bundesland“ und „Postleitzahl“ nach Projekten zu suchen. Eine Kombination beider Suchfunktionen ist nicht möglich.

Aufgrund der verschiedenen Suchfunktionen und -begriffe wurde die Datenbank in einem mehrstufigen Verfahren gefiltert. In einem ersten Schritt wurde eine Volltextsuche mit den Suchbegriffen „Nachbarschaft“ und „Nachbarschaftsnetzwerk“ vorgenommen. Zum Begriff „Nachbarschaft“ wurden 473 Einträge und zu „Nachbarschaftsnetzwerk“ 19 Projekteinträge identifiziert.

Anschließend wurde die Datenbank noch einmal anhand der Listensuchfunktion gefiltert. Hierzu wurde in der Liste „Themen“ das Kriterium „Stadtteilarbeit/Gemeinwesenarbeit/Nachbarschaftsnetzwerk“ als relevant ausgewählt. Die Recherche ergab 174 Einträge.

Das Kriterium „Alle Personen innerhalb einer Lebenswelt (z. B. Schule, Kindergarten, Nachbarschaft, Stadtteil)“ innerhalb der Liste „Zielgruppen“ wurde als nicht relevant eingestuft und daher nicht für die Recherche verwendet. Auch auf die Recherche anhand der Kriterien „Wohnungsqualität, Wohnumfeld“ und „Stadtteil/Quartier“ wurde aufgrund des präziseren Kriteriums „Nachbarschaftsnetzwerk“ verzichtet.

Zur weiteren Eingrenzung wurden die Kurzbeschreibungen der identifizierten Projekte nach dem Sinnzusammenhang überprüft, in dem die Begriffe „Nachbarschaft“ oder „Nachbarschaftsnetzwerk“ vorkommen.

Zwecks Ökonomisierung der Recherche wurden die Einträge der Volltextsuche zum Suchwort „Nachbarschaft“ zunächst stichprobenartig überprüft. In 48 von 50 überprüften Einträgen tauchte „Nachbarschaft“ im Zusammenhang mit Kooperationspartnern

oder als eventuelle Zielgruppe auf. Das Setting Nachbarschaft war jedoch nicht Inhalt des Projekts. Die zwei übrigen Fälle wurden auch in der Volltextsuche nach „Nachbarschaftsnetzwerk“ identifiziert. Es wurden daher nur die recherchierten Einträge zum Begriff „Nachbarschaftsnetzwerk“ verwendet. Die identifizierten 19 Projekte finden sich in den Ergebnissen der Listensuche wieder, sodass insgesamt 174 Projekte näher beleuchtet wurden.

Als weiteres Recherchematerial dienen die Kurzbeschreibungen der Projekte aus der Datenbank. Die Kurzbeschreibungen der Projekte wurden von den Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeitern selbst geschrieben und in keiner Form standardisiert erfasst. Sie stellen somit qualitatives Datenmaterial dar. Die Länge und Ausführlichkeit der Beschreibungen variiert sehr. In einem dritten Schritt wurde dieses Datenmaterial nach dem Begriff bzw. Wortteil „Nachbarschaft“ durchsucht. Auf Basis dieser Recherche konnten insgesamt sieben Projektbeschreibungen aus dem Datenpool herausgefiltert werden. Im folgenden Kapitel werden die inhaltlichen Ausrichtungen der Projekte zusammenfassend dargestellt. Die Kurzbeschreibungen der identifizierten Projekte sind im Anhang der Arbeit einsehbar.

## 2.2 Inhaltliche Ausrichtung der identifizierten Projekte

In den sieben herausgefilterten Projekten wurde der Begriff bzw. das Wortteil „Nachbarschaft“ ausnahmslos zur Beschreibung des Vorgehens oder Ziels benutzt. Alle sieben Projekte sind somit für die weitere Analyse relevant.

In allen Projektbeschreibungen wurde als eines der Hauptziele die Förderung nachbarschaftlichen Engagements durch Netzwerkbildung angegeben. Die beschriebenen Nachbarschaftsnetzwerke basieren ausnahmslos auf von außen in den Stadtteil eingebrachte Strukturen und stellen somit initiierte Netzwerke dar. Darüber hinaus bieten alle Projekte einen offenen Treffpunkt für die Bewohnerinnen und Bewohner der umliegenden Straßen. Gemeinsam ist den Einrichtungen auch, dass praktische Unterstützungsleistungen für die Kiezbewohnerinnen und -bewohner angeboten werden. Das können Beratungsangebote, aber auch eine Hausaufgabenbetreuung oder ein Mittagstisch für Kinder sein. Unterschiede bestehen in den über die Förderung nachbarschaftlichen Engagements hinausgehenden Zielsetzungen. Zum einen wird die integrative Wirkung der Vernetzung (innerhalb unterschiedlicher Generationen oder Herkunftsländer), zum anderen die individuelle nachbarschaftliche Hilfe als Hauptgrund für den Aufbau der Nachbarschaftsnetzwerke genannt. Der von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern selbst benannte Gesundheitsbezug der Projekte geht – sofern überhaupt erwähnt – auf gesundheitsbezogene Beratungsangebote zurück. Die Angebote zur Sprachförderung, Stär-

kung der Erziehungskompetenz oder Stärkung der psychosozialen Ressourcen wurden im Text nicht direkt mit Gesundheit in Verbindung gebracht. In drei Fällen wurde in den Kurzbeschreibungen partizipatives Vorgehen und Empowerment implizit erwähnt. Auffallend ist, dass einige Einrichtungen sich auf bestimmte Gruppen innerhalb des Stadtteils spezialisiert haben. Je zwei Einrichtungen erwähnen Migrantinnen und Migranten bzw. junge Familien; eine Einrichtung nennt Kinder als hauptsächliche Zielpersonen.

Eine tiefergehende Analyse der Projekte lassen die Kurzbeschreibungen der Datenbankeinträge nicht zu. Auch können auf Basis der Anzahl der herausgefilterten Nachbarschaftsnetzwerke mit Gesundheitsbezug keine Aussagen im Hinblick auf deren Verbreitung gemacht werden.

# 3

## **EXPERTENBEFRAGUNG**

Eine inhaltliche Vertiefung hinsichtlich der Mechanismen und Faktoren mit gesundheitsrelevanter Wirkung auf das Setting Nachbarschaft wird von einer Expertenbefragung erwartet. Das Erkenntnisinteresse ist dabei besonders auf sozial benachteiligte Menschen im Allgemeinen sowie auf ältere (sozial benachteiligte) Personen gerichtet. Beide Gruppen werden als prioritäre Zielgruppen prosozialer, gesundheitsbezogener Aktivitäten in diesem Setting gesehen.

## 3.1 Methodisches Vorgehen

Bevor Interviewleitfragen und Praxisbeispiele vorgestellt werden, wird die Methodik der Befragung kurz beschrieben.

### 3.1.1 Das Experteninterview

Das Experteninterview ist eine ermittelnde Befragung, bei der sich die interviewte Person durch einschlägiges Wissen auszeichnet. Im Unterschied zu anderen qualitativen Verfahren werden die Aussagen der interviewten Person unabhängig von ihrem biographischen Hintergrund analysiert. Die Befragten werden vielmehr als Funktionsträger und -trägerinnen begriffen (vgl. Meuser und Nagel 2003).

Bogner und Menz differenzieren die Erhebungsmethode in drei Typen: explorativ, systematisierend und theoriegenerierend (vgl. Bogner und Menz 2002). Für den vorliegenden Fall wurde das systematisierende Experteninterview gewählt. Im Vordergrund steht hier das aus der Praxis gewonnene, kommunizierbare Handlungs- und Erfahrungswissen. Der befragte Experte wird als Ratgeber gesehen, der über ein bestimmtes, dem Forscher nicht zugängliches Fachwissen verfügt (vgl. Bogner und Menz 2002).

### 3.1.2 Auswahl der Experten und Expertinnen

Die Wahl der Interviewpartner und -partnerinnen erschließt sich aus der zugrunde liegenden Definition eines Experten bzw. einer Expertin und dem zur Verfügung stehenden Praxisfeld. Bogner und Menz (2002) definieren Expertin bzw. Experte als Person, die sich – ausgehend von spezifischem Praxis- oder Erfahrungswissen eines bestimmten Problemkreises – die Möglichkeit geschaffen hat, ein Handlungsfeld sinnhaft und handlungsleitend zu strukturieren. Indem ihr Wissen praxiswirksam wird, strukturiert es die Handlungsbedingungen anderer Akteure und Akteurinnen in ihrem Aktionsfeld in relevanter Weise.



Die Auswahl der Expertinnen und Experten geschieht hier schrittweise nach konkret-inhaltlichen Kriterien. Zunächst werden zwei Intensivinterviews durchgeführt. Weitere Entscheidungen über die Auswahl und Zusammensetzung des empirischen Materials werden im Prozess der Datenerhebung und -auswertung gefällt.

Im vorliegenden Fall galten als Auswahlkriterien während der ersten beiden Schritte u. a. die theoretische Vorbeschäftigung mit der Thematik (belegt durch Publikationen oder die berufliche Tätigkeit, die Mitwirkung als Referentin oder Referent an der Tagungsreihe „Nachbarschaft und Gesundheit“) oder die Beteiligung an den Aktivitäten des *Kooperationsverbundes Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten*.

Im dritten Schritt wurde verstärkt nach Akteurinnen und Akteuren aus bewohnerinitiierten Netzwerken gesucht, um auch diese Perspektive erfassen zu können. Weitere Auswahlkriterien waren:

- Ansiedlung von Projekt/Institution in Großstadt versus Kleinstadt,
- Befragung von „Professionellen“ bzw. „Nichtprofessionellen“,
- Zielgruppe der Aktivitäten sind „Ältere“,
- Zielgruppe der Aktivitäten sind sozial Benachteiligte.

Nach dieser Methode wurden sechs Interviewpartnerinnen und -partner schrittweise ausgewählt. Die Ergebnisse dieser Interviews werden in Kapitel 4 dargestellt.

### 3.1.3 Durchführung der Interviews

Zur Durchführung des Interviews empfehlen Meuser und Nagel einen Interviewleitfaden, der das Gespräch strukturiert und zugleich Raum für unerwartete Themendimensionierungen lässt (vgl. Meuser und Nagel 2003). Zur Beschreibung des Interaktionsgeschehens während des Interviews sehen Bogner und Menz die Analyse der Beziehung zwischen Interviewer/Interviewerin und Experten/Expertinnen als ausreichend an (vgl. Bogner und Menz 2002). Insgesamt generieren die Autoren sechs typische Szenarien. In der vorliegenden Untersuchung wiesen die durchgeführten Interviews nur eine gering ausgeprägte asymmetrische Befragungssituation auf. Eine vollständige Wissenskongruenz muss für dieses Szenario nicht vorliegen.

### 3.1.4 Auswertungsmethode

Die Expertenbefragungen wurden als teilstrukturiertes Telefoninterview durchgeführt und schriftlich dokumentiert. Die Niederschrift erfolgte zum Teil wortwörtlich anhand eines Gesprächsmitschnitts sowie stichwortartig während der Befragung. Danach wurden die festgehaltenen Aussagen schrittweise verallgemeinert und anschließend zu thematischen Clustern zusammengefasst. Ausschlaggebend für die Bündelung der Aussagen war ihre inhaltliche Ähnlichkeit. Für die Auswertung der stichwortartigen Notizen wurden

die Aussagen zur Verbesserung der Validität der Erhebung nach der Clusterung den interviewten Personen wieder vorgestellt und Veränderungen im Sinngehalt der Aussagen aufgenommen. Anschließend erfolgte die Rückinterpretation der zusammengefassten Äußerungen. Die Auswertungsmethode orientiert sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring 2000).

## 3.2 Leitfragen

Das Erkenntnisinteresse richtet sich auf den Zusammenhang zwischen Nachbarschaft und Gesundheit sowie die potenziellen Wirkungen von Nachbarschaft auf die Verminderung gesundheitlicher und sozialer Ungleichheit. Es gelten folgende Leitfragen:

### Leitfragen

1. Welcher Zusammenhang besteht zwischen Nachbarschaft und Gesundheit?
2. Wie trägt Nachbarschaft zur Verminderung gesundheitlicher und sozialer Ungleichheit bei?

Zur Strukturierung und Vertiefung der Interviews werden vier Subfragen gebildet.

### Subfragen

1. Welche Faktoren beeinflussen die Entstehung, die laufende Arbeit und die Weiterentwicklung von Nachbarschaftsnetzwerken?
2. Wo liegen besondere Stärken nachbarschaftlicher Netzwerke mit Relevanz für die Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner?
3. Wo liegen Hemmnisse bzw. Problemstellungen nachbarschaftlicher Netzwerke mit Relevanz für die Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner?
4. Wie sind diese Ergebnisse hinsichtlich der gesundheitlichen Situation älterer Menschen zu bewerten?

## 3.3 Beschreibung von Interviewpartnern und -partnerinnen, Konzepten und Initiativen

Es werden zwei Intensivinterviews mit einem Experten aus dem medizinischen Bereich und einer Expertin aus der Gemeinwesenarbeit geführt und vier Interviews mit leitenden Projektverantwortlichen, die im Setting Nachbarschaft haupt- oder ehrenamtlich aktiv sind.

### 3.3.1 Die Intensivinterviews

**Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus Dörner** war zunächst als Mediziner in Hamburg an der psychiatrischen Universitätsklinik tätig, wo er u. a. das Konzept der dortigen Tagesklinik entwickelte und sich an der Gründung des medizinsoziologischen Instituts an der medizinischen Fakultät beteiligte. Danach ging er als ärztlicher Leiter der Westfälischen Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Neurologie nach Gütersloh. Dörner war Mitinitiator der Reformbewegung der Psychiatrie. Er lehrte Psychiatrie in Witten/Herdecke und ist Autor zahlreicher Bücher, darunter Standardwerke wie „Bürger und Irre“, das Psychiatrie-Lehrbuch „Irren ist menschlich“ oder auch „Der gute Arzt“.

Prof. Klaus Dörner stellt angesichts der Alterung unserer Gesellschaft und den damit zusammenhängenden Anforderungen an das Gesundheitssystem einen menscheitsgeschichtlich unvergleichbar großen Hilfebedarf fest. Schon jetzt hat diese Dimension dazu geführt, dass in fast jeder erweiterten Familie ein Altenpflegeproblem besteht, für das eine Lösung gesucht werden muss. Seiner Ansicht nach kommt unsere Gesellschaft um eine De-Institutionalisierung, das heißt den weitgehenden Abschied vom Heim für den Alterspflegebedürftigen, nicht mehr herum.

Gleichzeitig konstatiert er einen tiefgreifenden kulturellen Einstellungs- und Verhaltensumbruch der Bürgerinnen und Bürger in Richtung auf zunehmendes soziales Engagement. Er sieht darin eine neue soziale Bürgerhilfebewegung, die als Basis für die Entwicklung eines neuen Hilfesystems des Bürger-Profi-Mix dienen könnte, mit dem Ziel, einen dritten Weg zwischen Wohnung und Heim für den wachsenden Hilfebedarf zu finden.

Eine Lösungssuche erfolgt schon heute vorwiegend in der Nachbarschaft, das heißt einem Sozialraum, der zwischen 1000 und 10 000 Einwohner umfasst. Dort werden verstärkt nachbarschaftliche Hilfs-, Koordinations- und Kooperationsmöglichkeiten gesucht, was zu einer Wiederbelebung der „Nachbarschaftsmentalität“ führt. Dörner wählt dafür die Bezeichnung „dritter Sozialraum“, um den vorbelasteten Begriff „Nachbarschaft“ zu vermeiden, und meint damit den Raum zwischen privatem und öffentlichem Raum. Er bietet Platz für Hilfebedarf, der den Einzelnen überfordert, ebenso wie für alle Prozesse von Solidarität oder Integration, die über den familiären Bereich hinausreichen. Diese Prozesse sind seiner Ansicht nach nur im dritten Sozialraum hinreichend zu erfüllen.<sup>8</sup>

**Helene Luig-Arlt** ist Diplompädagogin und mit dem Büro für Stadtteilarbeit selbstständig tätig. Sie hat langjährige Erfahrung im Bereich der Frauenforschung und nachhaltigen Stadtentwicklung. Frau Luig-Arlt war 1998 verantwortlich für die Umsetzung des

<sup>8</sup> In seiner aktuellen Veröffentlichung „Leben und sterben, wo ich hingehöre – Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem“ führt Dörner dies weiter aus.

Bund-Land-Programms „Soziale Stadt“ in Flensburg und im Rahmen dieser Tätigkeit maßgeblich an der Gründung des Fördervereins Schutzengel e. V. in Flensburg beteiligt. Schutzengel e. V. ist der Trägerverein einer niedrigschwelligen Anlaufstelle für junge Eltern in einem Flensburger Stadtteil. Als Mitglied der Deutsch-Russischen Gesellschaft unterstützt sie den interkommunalen Austausch zwischen Städten in Russland und Deutschland. Zudem arbeitete sie am Aufbau der Datenbank [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) mit und ist Mitglied im beratenden Arbeitskreis des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ der BZgA.

Nach Helene Luig-Arlt fehlt in vielen benachteiligten Stadtteilen die Voraussetzung für soziale Kohäsion, was sich in einem geringen Selbstorganisationsgrad der Bewohnerinnen und Bewohner niederschlägt. Es mangelt an gegenseitigem Vertrauen und an Hilfsbereitschaft. Dem gegenüber steht eine hohe Anzahl von Personen, die sich aus den verschiedensten Gründen nicht mehr selbst helfen können. Besonders im Vergleich zu einer sich immer schneller entwickelnden Umwelt geraten diese Personen immer weiter ins gesellschaftliche Abseits. Diese in mehrfacher Hinsicht benachteiligten Personen können sich nicht nach dem Münchhausen-Prinzip selbst helfen, das heißt, „sich nicht selbst am Schopf aus dem Schlamassel ziehen“. In sozial deprivierten Stadtteilen sind externe Akteurinnen und Akteure notwendig, um eine soziale Vernetzung anzustoßen. Helene Luig-Arlt bezeichnet diese Strukturen als initiierte Netzwerke. In ländlichen Wohngebieten hingegen sind oft noch gewachsene Sozialstrukturen vorhanden.

### 3.3.2 Die Praxisbeispiele

#### **Nachbarschaftsheim St. Pauli**

Die Altentagesstätte des Nachbarschaftsheims St. Pauli e.V. liegt in einem sozialen Brennpunkt Hamburgs und bietet integrative offene Altenarbeit nach einem Konzept an, über das äußerst unterschiedliche Bewohnergruppen erreicht werden, deren Zusammensetzung typisch für den Hamburger Stadtteil St. Pauli ist. Ziel ist es, ein soziales Netzwerk herzustellen, das zielgruppenorientiert arbeitet. Es spiegelt die soziale Struktur des Stadtteils wider und wendet sich an Menschen über 55 Jahre. Die Zielgruppe ist sehr heterogen bezüglich Nationalität und auch Kultur, aber auch homogen auf Alter, Bildung und Schicht.

Die Angebote beziehen sich insbesondere auf existenzielle Hilfen und Kommunikationsangebote, deren Bandbreite von gemeinsamem Mittagstisch, Sozialberatung (hoher Anteil Analphabeten und Analphabetinnen!) über Informationsveranstaltungen und -rundgängen, Ernährungshilfen, Sport- und Musikangeboten, Feiern und Ausflügen bis hin zu Apothekersprechstunden mit Medikamentenberatung, Haus- und Krankenbesuchen sowie Begleitung zu Ärzten/Ärztinnen und Behörden etc. reicht. Mehr über das Nachbarschaftsheim St. Pauli ist bereits in der Datenbank [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) nachzulesen.

## Bayouma-Haus

Das Bayouma-Haus ist ein interkulturelles Zentrum im Berliner Stadtteil Kreuzberg-Friedrichshain, in das mehrere Projekte integriert sind. Hauptziel ist die Förderung der Integration von Migrantinnen und Migranten unterschiedlicher Nationalitäten. Die Angebote orientieren sich problem- und basisnah an den Bedürfnissen von Menschen mit Migrationshintergrund und reichen von Beratungsangeboten zu sozialrechtlichen und gesundheitlichen Angelegenheiten bis hin zu Deutsch- und Nähkursen, Fachvorträgen zu migrationspolitischen Themen, Freizeitangeboten sowie der Organisierung von zahlreichen interkulturellen Aktivitäten. In speziellen Projekten wie z. B. „Nachbarn öffnen ihre Türen“ werden nachbarschaftliche Hilfeleistungen gefördert. Dabei geht es u. a. um die Vernetzung und Mobilisierung der gegenseitigen Hilfeleistung auf ehrenamtlicher Basis zwischen Migranten/Migrantinnen und Nichtmigranten/Nichtmigrantinnen.

Aufgrund des Modellcharakters ist das Haus 2002 in die Projektdatenbank des Deutschen Instituts für Urbanistik zum Bund-Länder-Programm „Stadtteile mit besonderem Erneuerungsbedarf – die soziale Stadt“ aufgenommen worden und wurde mehrfach ausgezeichnet.

## Gemeinschaft Hasport e. V.

Die Gemeinschaft Hasport e. V. ist eine ehrenamtlich organisierte Nachbarschaftsinitiative in der niedersächsischen Kleinstadt Delmenhorst. Das Quartier Hasport, in dem die Initiative hauptsächlich agiert, bietet nur wenig Einkaufsmöglichkeiten, ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln nur schwer zu erreichen und zeigt sich geprägt durch den sozialen Wohnungsbau. Die Bewohnerstruktur weist einen hohen Anteil an Personen mit Migrationserfahrung sowie an Sozialgeldempfängerinnen und -empfängern auf.

Die Nachbarschaftsinitiative existiert seit 1999 und gab sich im Jahr 2004 die Rechtsform des Vereins. Seit 2002 steht in der Wohnlage ein Container, der als Gemeinschaftsraum genutzt wird. Auch mehrere leer stehende Wohnungen in den umliegenden Wohnblocks können durch den Verein genutzt werden. Der Aufgabenschwerpunkt der Gemeinschaft Hasport e. V. liegt in der Arbeit mit Kindern. Im Laufe der Zeit kamen auch andere Aktivitäten wie Computer- oder Sprachkurse für Migrantinnen und Migranten hinzu. Im Frühling 2007 wurde durch den Verein ein ehrenamtlich betriebenes Sozialkaufhaus eröffnet. Insgesamt sind ungefähr 40 Personen in der Gemeinschaft Hasport engagiert. Der Verein wird hauptsächlich ehrenamtlich geführt, beschäftigt aber auch 17 Ein-Euro-Jobber, die Arbeiten wie die Pflege der Außenanlagen oder die Hausaufgabenhilfe übernehmen.

## Nachbarschaftsbüro Wollepark

Das Nachbarschaftsbüro Wollepark ist eine typische Einrichtung der Gemeinwesenarbeit im Rahmen des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt“. Eine problematische Eigentumsstruktur, bauliche Missstände, mangelnde Identifikation der Bewohnerinnen und Bewohner mit ihrem Lebensumfeld sowie fehlende nachbarschaftliche Strukturen führ-

ten zum Niedergang des innenstadtnahen Wohnquartiers aus den 1970er-Jahren im niedersächsischen Delmenhorst. Ein hoher Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner erhält Arbeitslosen- bzw. Sozialhilfe. Der Migrantenanteil liegt bei 60 Prozent. Das Quartier gehört zu den kinderreichsten Vierteln der Stadt.

Um die Aktivierung und Beteiligung der Bewohnerschaft und den Aufbau sozialer und nachbarschaftlicher Strukturen zu fördern, wurden die Gemeinwesenarbeit und das Quartiersmanagement im Wollepark initiiert. Das Projekt ist mit zwei hauptamtlichen Mitarbeitern ausgestattet. Ein Nachbarschaftszentrum dient als Veranstaltungsort und offener Treffpunkt der Bewohnerinnen und Bewohner. Ein Ergebnis der Arbeit ist der von Bewohnerinnen und Bewohner getragene Verein „Zukunft Wollepark e.V.“. Er versteht sich als Interessenvertretung der Bevölkerung und setzt sich intensiv für die Entwicklung des Quartiers ein. Zudem übernimmt der Verein auch die Trägerschaft von kleineren Projekten und entsendet gewählte Vertreterinnen und Vertreter in den GISS-Beirat Wollepark (Gemeinschaftsinitiative Soziale Stadt), um dort die Interessen der Bewohnerschaft des Quartiers Wollepark nach außen zu vertreten. Mehr über das Nachbarschaftsbüro Wollepark ist über die LAG Soziale Brennpunkte Niedersachsen e. V. zu erfahren.

**ERGEBNISSE DER  
EXPERTENBEFRAGUNG**

**4**

Die Ergebnisse werden in Kapitel 4.2 anhand der Leit- bzw. Subfragen 1 bis 4 dargestellt. Zuvor wird noch in einem Exkurs auf die Strategie der Netzwerkbildung in Nachbarschaften eingegangen.

## 4.1 Strategie = Netzwerkbildung

In der theoretischen Analyse wurde bereits herausgearbeitet, dass die grundlegenden Kategorien zur Beschreibung von Nachbarschaften räumliche Nähe, soziale Interaktion und Heterogenität sind. Darauf bauen auch die Akteurinnen und Akteure in Nachbarschaften auf. Die grundlegende Strategie, die sie dabei anwenden, ist die Netzwerkbildung. Über Netzwerke wird all das transportiert, was als Bedarf und Bedürfnis auf Seiten der Mitglieder festgestellt wird. Die räumliche Nähe hat positiven Einfluss auf die Qualität der persönlichen Beziehungen, der Informationsvermittlung und auf das Erkennen eines individuellen Hilfebedarfs. Nachbarschaftsnetzwerke fördern die oben beschriebenen „weak ties“ und die Bildung sozialen Kapitals, vor allem, wenn es gelingt, unterschiedliche Mitglieder oder auch Institutionen einzubinden.

### EXKURS: NACHBARSCHAFTSNETZWERKE

Die soziale und räumliche Vernetzung in Nachbarschaften und deren Wechselwirkungen finden ihren Ausdruck zunehmend in Netzwerken, die sich unterschiedliche Ziele und Aufgaben setzen und häufig auf eine Minderung der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit zielen.

Nachbarschaftsnetzwerke können zunächst unter dem Obergriff des sozialen Netzwerks subsumiert werden. Der Begriff des sozialen Netzwerks bezeichnet ein Beziehungsgeflecht, das Menschen mit anderen Menschen und Institutionen sowie Institutionen untereinander verbindet. Anhand verschiedener Eigenschaften können soziale Netzwerke und damit einhergehend auch diejenigen in Nachbarschaften näher bestimmt werden. Zunächst kann zwischen primären und sekundären Netzwerken unterschieden werden. Primäre Netzwerke basieren auf der freiwilligen Verbindung von Individuen. Die Vernetzung von Einrichtungen oder Institutionen wird als sekundäre Vernetzung bezeichnet. Die Verbindung von Individuen wird durch Trojan [Trojan 2003] nochmals in persönliche (Familie, Freunde/Freundinnen ...) und aufgabenbezogene soziale Netzwerke (Selbsthilfegruppen, Vereine ...) unterteilt. Durch die beiden Ausdifferenzierungsmöglichkeiten des Oberbegriffs lassen sich Nachbarschaftsnetzwerke mittels der Kriterien „primär“ und „persönlich“ eingrenzen. Das wichtigste definitorische Kriterium



ist allerdings die oben genannte fundamentale Kategorie des Nahraumes. Hierdurch wird ein Kriterium eingeführt, das nur für Nachbarschaftsnetzwerke von Bedeutung und in starker Verbindung mit den vorherrschenden Kommunikationsstrukturen zu deuten ist.

Nachbarschaftsnetzwerke setzen sich aus den Bewohnern der umliegenden Straßenzüge zusammen und basieren vorwiegend auf Face-to-face-Kontakten. Anhand der drei genannten Kriterien lässt sich auch die Bedeutung von Nachbarschaftsnetzwerken für sozial Benachteiligte ableiten. Neben der enormen Bedeutung von sozialen Kontakten im Allgemeinen können immer wieder benannte Probleme wie mangelnde Mobilität, fehlende finanzielle Mittel und Kommunikationsschwierigkeiten durch diese spezielle Netzwerkform positiv beeinflusst werden.

4

## 4.2 Ergebnisse Fragen 1–4

Die Ergebnisse der Befragung werden im Anschluss in vier thematischen Clustern dargestellt. Die Kategorien werden jeweils am Ende in einer tabellarischen Übersicht zusammengefasst.

### 4.2.1 Welche Faktoren beeinflussen die Entstehung, die laufende Arbeit und die Weiterentwicklung von Nachbarschaftsnetzwerken?

Die Analyse der Aussagen aus sechs Interviews ergibt eine Reihe von Faktoren, die nach Ansicht der Gesprächspartnerinnen und -partner für die Entstehung eines Nachbarschaftsnetzwerks wesentlich sind. Zentral ist bei der Mehrzahl der Befragten der Bezug auf die Zielgruppe sozial benachteiligter Menschen.

#### **Gemeinsamkeiten**

Nachbarschaftliche Netzwerke, aber auch Netzwerke generell, entstehen über Gemeinsamkeiten. Als erste Voraussetzungen für Entstehung und Existenz von Nachbarschaftsnetzwerken werden räumliche Nähe, ähnliche Interessen und Problemlagen genannt.

#### **Gemeinsame Problemlagen**

Eine gemeinsame Problemlage in der Altenpflege stellt für einen der Interviewpartner den wesentlichen Anlass für die zu beobachtende Neubelebung der Bedeutung von Nach-

barschaften dar. Seiner Ansicht nach führt die gegenwärtige (und zukünftig zu erwartende) Größenordnung der Problematik dazu, dass die bisherigen Versorgungsmuster unzureichend sind und eine Lösungssuche in der Nachbarschaft erfolgt, wo verstärkt Hilfs-, Koordinations- und Kooperationsmöglichkeiten gesucht werden. Diese Entwicklung wird dadurch verstärkt, dass die Individuen immer mehr freie Zeit haben und man bei einem Teil, besonders bei Menschen im dritten Lebensalter und bei Langzeitarbeitslosen, auch von einem Zuviel an freier Zeit, ja sogar von einem „Leiden an zu viel freier Zeit“ sprechen kann.

Ein weiterer prägender Faktor für die zunehmende Orientierung an nachbarschaftlichen Unterstützungsformen ist aus seiner Sicht die weit verbreitete, unzureichende Erwerbssituation, die Zusatzjobs zur Existenzsicherung erforderlich macht. Soziale Tätigkeiten in der Nachbarschaft werden auch für Geldleistungen als (halb-)legaler Nebenerwerb aufgegriffen. Die hier angesprochene Altenpflegesituation wird vom Interviewpartner allerdings nicht speziell auf die Gruppe der sozial Benachteiligten bezogen, sondern angesichts der demografischen Entwicklung eher als allgemeine und brisante Problematik mit wachsender gesamtgesellschaftlicher Bedeutung gesehen.

Das Netzwerk, über das eine andere Interviewpartnerin spricht, setzt an existenziellen Problemen an und richtet sich ebenfalls besonders an die ältere Bevölkerung eines regional umgrenzten Gebietes. Ausgehend von einem Treffpunkt reichen die Netzwerkstrukturen über die unmittelbare Nachbarschaft hinaus in den Stadtteil. Die existenziellen Probleme bilden in diesem Fall den größten gemeinsamen Nenner, das heißt, das Netzwerk wendet sich an sozial Benachteiligte. Die Zielgruppe ist in ihren Merkmalen sowohl als heterogen zu bezeichnen (da unterschiedliche Nationen den Treffpunkt nutzen) als auch als homogen, da nach den Beobachtungen der Interviewpartnerin die Faktoren Alter, Bildung und Schicht stärkere Gemeinsamkeiten darstellen als die Faktoren Nationalität, Religion und Kultur. „Das heißt, die Gruppe, mit der wir uns beschäftigen, ist sehr heterogen, aber sie ist doch auch homogen, bezogen auf Bildung und Schicht. Und das ist für uns eben der Arbeitsansatz auch; es bildet sich dadurch eine ganz starke gemeinsame Lebensbasis für die Menschen, die zu uns kommen, und in unseren Augen oder den Erfahrungen unserer Arbeit nach, ist dies eine wesentlich stärkere Grundlage, auch für die Arbeit und Gemeinsamkeit, als es die Faktoren Nationalität Religion und Kultur sind.“<sup>9</sup>

## **Gemeinsame Aufgaben und Ziele**

Des Weiteren leben und gedeihen Nachbarschaftsnetzwerke anhand gemeinsamer Aufgaben und Ziele. Der Kommunikation zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern wird dadurch ein Thema vorgegeben, das als Aufhänger für weitere gemeinsame Aktivitäten dienen kann. Wie sehr gemeinsame Ziele ein Nachbarschaftsnetzwerk stärken,

---

<sup>9</sup> Interview Nr. 6

belegt folgendes Zitat eines Interviewpartners: „Ich denke, wir sind schon ein ganz starker Verein. Wir wissen schon, was wir wollen.“<sup>10</sup>

## **Kommunikative und soziale Strukturen**

Auf diesen Gemeinsamkeiten werden über das Netzwerk kommunikative und soziale Strukturen aufgebaut. Wichtig ist, dass diese Strukturen nicht erstarren, sondern immer wieder an Veränderungen und aktuelle Themen angepasst werden und Probleme aufgreifen. Überlebensmerkmal eines gut funktionierenden Netzwerks ist, dass es offen ist und Strukturen ausbildet, die Ausgrenzung und Homogenität verhindern. Speziell in der Migrant\*innenarbeit muss der Austausch zwischen Netzwerk und Gemeinwesen möglich sein; es darf kein Gegensatz zwischen den Nachbarschaftsnetzwerken und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben entstehen.

## **Vermittelnde Situationen und Personen**

Aus den Interviews lassen sich drei weitere wesentliche Aspekte herauslösen, die vor allem für die Entstehung von bewohner\*inneninitiierten Nachbarschaftsnetzwerken konstituierend sind.

Erstens liegt den Nachbarschaftsnetzwerken häufig ein spezielles Ereignis zugrunde, das den Anstoß für den Zusammenschluss der Netzwerkmitglieder gab. Das Ereignis kann positiver, aber auch negativer Natur sein. So führte beispielsweise der Wunsch von Kindern, einen Flohmarkt zu veranstalten, dazu, dass ein ganzes Wohnviertel sich zusammenschloss und ein Sommerfest organisierte. Andererseits können negativ bewertete Geschehnisse wie extremer Vandalismus oder Vermüllung dazu führen, dass Nachbarschaftsnetzwerke aufgebaut werden. Hier ist allerdings deutlich zu trennen zwischen sozial benachteiligten und privilegierten Personengruppen. Es scheint so, dass die Bewohner\*innen benachteiligter Quartiere eher auf positive Ereignisse reagieren als auf besonders negative. Eine Ursache könnte sein, dass negative Ereignisse die Lebensrealität der Bewohner\*innen widerspiegeln und eine latent vorherrschende Resignation dadurch verstärkt wird. Positive Ereignisse hingegen wecken Hoffnung auf einen Ausweg aus der Situation.

Der zweite Aspekt bezieht sich auf das Zustandekommen von tragfähigen Beziehungen zwischen Individuen in der näheren Umgebung. Diese bilden die Ausgangsbasis für ein Nachbarschaftsnetzwerk. In der Regel sind hierfür Mittler und Mittlerinnen notwendig. Das können externe Akteure und Akteurinnen wie beispielsweise die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen eines Gemeinwesenprojekts, aber auch Personen aus dem Kreis der Bewohnerschaft sein. Externe Akteure und Akteurinnen nehmen in den meisten Fällen die Rolle von Mediatoren und Mediatorinnen sowie Moderatoren und Moderatorinnen ein. Um dieser Rolle gerecht zu werden, brauchen externe Akteurinnen und Akteure das Vertrauen der Bewohner\*innen und Bewohner einer Nachbarschaft. Von zentraler Bedeu-

<sup>10</sup> Interview Nr. 5

tung sind hierbei die Eigenschaften „Dauerhaftigkeit“ und „Verlässlichkeit“. Die Rolle der internen Akteurinnen und Akteure ist eine andere. Sie ist eher mit einem Katalysator zu vergleichen. Ohne sich bewusst für den Zusammenschluss von Bewohnern und Bewohnerinnen einzusetzen, steigern sie durch ihre Anwesenheit (Kinder, Hausmeister ...) die Kommunikationsbereitschaft anderer Personen.

Der dritte bedeutende Faktor ist das Vorhandensein von engagierten Einzelpersonen im Kreis der Bewohnerschaft. Diese Menschen zeichnen sich durch eine besonders hohe Bindung an ihren Wohnort aus. „*Wir wollen etwas für unsere Anlage tun. Nicht für den Vermieter oder so, sondern für unsere Anlage.*“<sup>11</sup> Die Zeitspanne, in der Personen konstant an einem Ort leben, ist eine bedeutende Variable für den Grad der Identifikation mit dem Wohnort. Diese Personen müssen zudem die Fähigkeit besitzen, die organisatorischen Aufgaben, die zur Gründung und Unterhaltung eines Netzwerks nötig sind, effektiv zu bewältigen. Als Beispiel nennt eine der befragten Personen die Organisation eines Veranstaltungsraumes oder eines Referenten bzw. einer Referentin. Solange ein Netzwerk nur in einem kleinen Rahmen existiert, ist seine Unterhaltung noch ohne großen Aufwand und besondere Fähigkeiten zu bewerkstelligen. Mit zunehmender Größe des Netzwerks werden die Aufgaben komplexer und besondere Fähigkeiten sowie Engagement werden immer bedeutender. Verschiedene Beweggründe, sich zu engagieren, werden erkennbar:

- eine Aufgabe brauchen,
- sich aus der eigenen Lage befreien,
- sich mit dem Wohnort identifizieren,
- Win-Win-Situation/Anerkennung durch andere.

Ist die Grundstruktur eines Nachbarschaftsnetzwerks angelegt (das heißt, Individuen haben sich zur Durchführung einer gemeinsamen Aufgabe zusammengefunden), sind weitere Faktoren notwendig, um dieses temporär bestehende System in die Dauerhaftigkeit zu überführen.

## Treffpunkte

Die Interviewpartnerinnen und -partner äußerten im Konsens, dass zunächst ein gemeinsamer Ort für Zusammenkünfte gefunden werden muss. Dieser Ort kann ein Platz im öffentlichen Raum sein, aber auch ein offener Treffpunkt oder ein spezifisches Angebot einer Einrichtung. Neben einer identitätsstiftenden Wirkung, besonders wenn der Treffpunkt von den Benutzerinnen und Benutzern selbst gestaltet wird, sprechen auch praktische Gründe für einen festen Treffpunkt.

## Erfolge darstellen

Ein weiterer bedeutender Aspekt bezieht sich auf die Ergebnisse der Arbeit eines Nachbarschaftsnetzwerks. Besonders die Erfolge müssen zwingend nach außen und nach

---

<sup>11</sup> Interview Nr. 5

<b>Kategorien Frage 1: „Entstehung, Existenz, Weiterentwicklung“</b>			
<b>Gemeinsamkeiten</b>	Räumliche Nähe	<p>Gemeinsame Interessen, Aufgaben und Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zum Beispiel an Lösungssuche für Altenpflegeproblem in der Nachbarschaft</li> <li>• Bedingt durch Faktoren wie Alter, Bildung, Schicht</li> <li>• Gemeinsames Thema in der Kommunikation als Aufhänger für weitere Aktivitäten</li> </ul>	<p>Gemeinsame Problemlagen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Größenordnung der Problematik</li> <li>• Unzureichende Versorgungsstruktur</li> <li>• Unzureichende Erwerbssituation</li> <li>• Existenzielle Probleme</li> <li>• Leiden an zu viel freier Zeit</li> </ul>
	Freie Zeit		
<b>Kommunikative und soziale Strukturen</b>	Offene und flexible Strukturen	Ausgrenzung und Homogenität verhindern	Austausch zwischen Netzwerk und Gemeinwesen ermöglichen
<b>Vermittelnde Situationen und Personen</b>	<p>Spezielle Ereignisse</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Positive Ereignisse</li> <li>• Negative Ereignisse</li> </ul> <p>Akteure/Akteurinnen</p> <p>Externe Akteure und Akteurinnen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mediator/Mediatorin und Moderator/Moderatorin</li> <li>• Dauerhaftigkeit und Verlässlichkeit</li> </ul> <p>Interne Akteure und Akteurinnen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• „Katalysator“</li> </ul>	<p>Engagierte Einzelpersonen</p> <p>Identifikation mit Wohnort</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hohe Bindung an Wohnort</li> <li>• Konstante Zeitspanne</li> </ul> <p>Organisatorische Fähigkeiten</p>	
<b>Treffpunkte</b>	<p>Ort im öffentlichen Raum</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fester Treffpunkt</li> <li>• Offener Treffpunkt</li> <li>• Spezielles Angebot einer Einrichtung</li> </ul>		
<b>Erfolge darstellen</b>	<p>Gemeinsamen Erfolg darstellen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stärkt Gruppe nach innen</li> <li>• Macht Gruppe für andere interessant</li> <li>• Anerkennung von außen</li> <li>• Stärkt gemeinsame Identität</li> <li>• Motivationsschub durch Anerkennung von außen</li> </ul>		

<b>Kategorien Frage 1: „Entstehung, Existenz, Weiterentwicklung“</b>			
<b>Ausdehnung des Netzwerks</b>	Anzahl vernetzter Personen und Institutionen Potenzial an Hilfeleistungen steigt an	Schlüsselpersonen Externe Akteure und Akteurinnen geben Anstoß • Vertrauen schaffen Interne Akteure und Akteurinnen geben Anstoß • Heterogenität beachten	

Abb. 1: Übersicht über die Kategorien in Frage 1

innen dargestellt werden. Gemeinsamer Erfolg stärkt die Gruppe nach innen und macht eventuelle nachfolgende Aktivitäten der Gruppe auch für andere Personen interessant. Auch erfährt die Gruppe dadurch eine Anerkennung von außen, was besonders für sozial benachteiligte Personen einen Motivationsschub bedeuten kann. Ein probates Medium zur Darstellung der Ergebnisse ist die lokale Presse. Aber auch stadtteilinterne Kommunikationsmöglichkeiten wie eine Stadtteilzeitung oder Bewohnerforen können genutzt werden.

Diese Faktoren decken sich darin, dass sie der Herstellung einer gemeinsamen Identität zuträglich sind und den Zusammenhalt der Gruppe fördern.

### **Ausdehnung des Netzwerks**

Für die Weiterentwicklung eines Nachbarschaftsnetzwerks ist die Ausdehnung des Netzwerks von größter Bedeutung. Eine Interviewpartnerin belegt diese Aussage anhand des Beispiels einer Tauschbörse. Diese Systeme funktionieren umso besser, je mehr Personen sich beteiligen. Ähnlich verhält es sich in Nachbarschaften auch. Das Potenzial, sich gegenseitig Hilfe leisten zu können, steigt mit zunehmender Anzahl an vernetzten Personen. Die Ausdehnung bezieht sich aber nicht nur auf Personen, sondern auch auf Einrichtungen. Benachteiligte Wohnquartiere haben oft infrastrukturelle Mängel, wie fehlende Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung oder zur Erledigung des Einkaufs. Durch Ausdehnung der Netzwerkstrukturen über die Grenzen der Nachbarschaft hinaus können diese strukturellen Mängel ausgeglichen werden. Für die Ausdehnung eines Nachbarschaftsnetzwerks bedarf es Schlüsselpersonen, die aktiv auf Bewohnerinnen und Bewohner zugehen und Vertrauen besitzen. Das können wiederum externe Akteurinnen und Akteure, im Idealfall aber Personen aus der Nachbarschaft sein. Besonders in Wohngebieten mit schwieriger sozialer Zusammensetzung oder mit hohem Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund ist das von Bedeutung. „Wir haben auch einen Pastor

da gehabt und den Imam ... weil wir zeigen wollten, wir können nur gemeinsam. Ja, das ist ganz wichtig ... Man kommt aufeinander zu, das ist ganz wichtig. Gerade in der schwierigen Zeit, die wir gerade haben.“<sup>12</sup>

## 4.2.2 Wo liegen besondere Stärken nachbarschaftlicher Netzwerke mit Relevanz für die Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner?

Die durch ein Nachbarschaftsnetzwerk verbundenen Personen treten füreinander ein und unterstützen sich. Dies fängt bei einfachen Hilfeleistungen auf der Ebene einzelner Personen an und endet bei gemeinschaftlichen Aktionen einer ganzen Gruppe zur Unterstützung anderer.

Das Engagement der Netzwerkmitglieder bezieht sich zum einen auf die Wohnqualität in der Nachbarschaft insgesamt, zum anderen aber auch auf den Unterstützungsbedarf Einzelner in der Nachbarschaft. Hieraus lassen sich zwei unterschiedliche gesundheitsbezogene Leistungen von Nachbarschaftsnetzwerken ableiten. Eine verbesserte Wohnqualität wirkt sich aus auf die Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner insgesamt und auch auf umweltbezogene Belastungsfaktoren wie feuchte Wohnungen oder fehlende Grünflächen. Bezüge zur psychischen und körperlichen Gesundheit liegen auf der Hand. Einzelfallhilfen wie Hausaufgabenbetreuung oder Einkaufshilfe haben dagegen einen impliziten Einfluss auf die Gesundheit.



### Positive soziale Interaktion und räumliche Nähe

Gemeinsamer Tenor in den Antworten auf diese Frage ist die von allen Befragten geäußerte Überzeugung, dass nachbarschaftliche Netzwerke die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben fördern und somit einen integrativen Charakter haben. Das wird einerseits auf die Bedeutung sozialer Einbindung im Allgemeinen und sozialer Unterstützung insbesondere in gesundheitlichen Krisen zurückgeführt.

„Ich denke, ganz allgemein kann man sagen, dass soziale Bindung insgesamt die Gesundheit, insbesondere die psychische Gesundheit, enorm fördert. Dass es überhaupt eine der stabilsten Grundlagen für die psychische Gesundheit ist. Dass tragfähige soziale Bindungen vorhanden sind, dass es niedrighschwellige und vertraute Unterstützungsstrukturen gibt. Dass besonders in gesundheitlichen Krisen, das ist bei mir natürlich auch immer der Hintergedanke, die Älteren, die besonders krank sind bei uns, sind besonders darauf angewiesen, und wenn es das nicht gibt, sind sie eben auch wirklich oft verloren.“<sup>13</sup>

<sup>12</sup> Interview Nr. 5

<sup>13</sup> Interview Nr. 6

## **Zuwachs an Bedeutung für andere**

Andererseits wird auch eine positive Wirkung auf die Gesundheit der Unterstützer festgestellt, was allerdings nicht per se verallgemeinert werden kann. Die Bedeutung der Einbindung im Nachbarschaftsraum ist nicht deckungsgleich mit der Wirkung allgemeiner Integration in gesellschaftliche Gruppen. Einer der Interviewpartner führt aus, dass der Bürger als Nachbar in der Regel nicht von sich aus mit dem Helfen beginnen kann und dass dies „erlaubt, weil normal ist“. Der Mensch braucht einen Anstoß von außen und darf dabei nicht überlastet werden. Das setzt seiner Ansicht nach eine territoriale und inhaltliche Begrenzung von Zuständigkeit voraus, um „vom gesamten Elend der Welt“ (Dörner 2007, S. 98) freigesprochen zu werden.

Dörner stellt ausführlich dar, dass die Bereitschaft, sich für andere Hilfebedürftige aus diesem geografisch und erlebnismäßig abgegrenzten Nahbereich zu engagieren, heute entsprechend dem wachsenden Hilfebedarf in älteren Bevölkerungsgruppen ansteigt. Dieses Engagement erwächst zum einen aus der Tatsache, dass der Bedarf im Nahraum wahrgenommen wird, und liegt zum anderen darin, dass mehr Zeit als je zuvor zur Verfügung steht, sodass es gegenwärtig häufig sogar zu einem „Leiden an freier Zeit“ kommt. Die damit verbundene „Unterlastung“ beinhaltet sowohl körperliches wie auch psychosoziales Unwohlsein und bedarf einer Sinnanfüllung. Denn, so der Befragte, eine zu geringe „Tagedosis an Bedeutung für andere“ führt zu Sinnkrisen und körperlichen wie psychischen Befindlichkeitsstörungen.

Die salutogene Wirkung, die sollen diese Aussagen beispielhaft verdeutlichen, liegt vor allem in der Stärkung des Gefühls von Sinnhaftigkeit und Bedeutsamkeit – einer der wesentlichen Komponenten des Kohärenzgefühls nach Aaron Antonovsky (vgl. Bengel, J., Strittmatter, R. und Willmann, H. 1998).

## **Niedrigschwelliger Zugang zu Unterstützungsleistungen**

Die Einbettung in nachbarschaftliche Strukturen bewirkt zudem einen niedrigschwelligen Zugang zu Unterstützungsleistungen und eine Stärkung der Selbsthilfekräfte. „Das Merkmal dieser Unterstützung ist, dass sie unbürokratisch und einfach zu bekommen ist, dass in einem sozialen Netzwerk Aktivitäten gefördert werden, dass sie sich durch eine positive soziale Kontrolle auch positiv auswirken, dass sie Vernachlässigung, Passivität, Depression entgegenwirken. Und dass sie eben auch bei negativen Veränderungen in der Gesundheit, in den äußeren Lebensumständen, auch schnell regulierend eingreifen können. Weil jeder auf den anderen achtet, weil überhaupt eine Beachtung stattfindet.“<sup>14</sup>

Dieser Einbindung in soziale Strukturen und dem Zuwachs an Bedeutung für andere wird in den Interviews eine salutogene Wirkung zugesprochen. Beides wird insbesondere bei niedrigem Sozialstatus und in höherem Alter als Ressource bewertet.

---

<sup>14</sup> Interview Nr. 6



## Empowerment und Partizipation

Nachbarschaftsnetzwerke werden als Ausgangspunkte für Empowermentprozesse angesehen, die den Menschen helfen, mehr Einfluss auf ihre Lebensbedingungen auszuüben und ein höheres Maß an Selbstwirksamkeit zu erfahren. Werden die Aktivitäten verstetigt, gelten diese Prozesse sogar als Ursprung von Bürgerbeteiligung (wobei in sozial benachteiligten Nachbarschaften allerdings besondere Bedingungen gelten; oft ist dort z. B. eine Beteiligung externer Akteure und Akteurinnen nötig).

Ein weiterer gesundheitsfördernder Effekt von Nachbarschaftsnetzwerken ist die Steigerung des Selbstwertgefühls. Darin ist eine bedeutende gesundheitliche Ressource zu sehen, die in der Regel unter sozialer Benachteiligung geringer ausgeprägt ist (vgl. zu Kindern und Jugendlichen: Richter 2000, KiGGS 2006). Verantwortlich für die Steigerung des Selbstwertgefühls ist nach Angaben der Interviewpartnerinnen und -partner vor allem der Kontakt auf Augenhöhe unter den Netzwerkpartnerinnen und -partnern. Die Netzwerkmitglieder erfahren in Form von „Rat erhalten und selber geben“ eine Wertschätzung ihrer persönlichen Kompetenzen. Der bzw. die Ratsuchende fühlt sich ernst genommen und erhält Hilfe, der bzw. die Ratgebende fühlt sich in seiner bzw. ihrer Kompetenz bestätigt und gewinnt an Selbstvertrauen. In beiden Rollen werden die Betroffenen wieder zu „Experten ihrer eigenen Sache“<sup>15</sup>, so eine Befragte. Diese Kommunikationskultur ist grundlegend für Nachbarschaftsnetzwerke und bezieht sich auf hauptwie ehrenamtlich engagierte Personen.

Sehr eng verwoben mit dem Selbstwertgefühl sind die Fähigkeiten zur Selbsthilfe sowie zur Übernahme von Verantwortung für sich selbst und andere. Beide Eigenschaften werden durch Nachbarschaftsnetzwerke unterstützt. Ursächlich hierfür sind, neben der oben bereits erwähnten Kommunikationskultur, Maßnahmen aus dem Methodenrepertoire des Empowerments und der Partizipation. Diese werden gezielt, aber auch instinktiv eingesetzt, wie ein Zitat aus einem ehrenamtlich arbeitenden Projekt zeigt: „Beim ersten Sommerfest war das so, wir haben da ganz spontan gesagt: Bevor jetzt wir machen, macht ihr.“<sup>16</sup>

## Informationsvermittlung

Ein weiteres Produkt der speziellen Kommunikationsstrukturen in Nachbarschaftsnetzwerken ist die schnelle und lebensnahe Verbreitung von gesundheitsrelevanten Informationen. Unter Gleichen herrscht eine größere Offenheit, und die Mitglieder dieser Gruppen trauen sich, ihre Meinung bzw. ihre Sorgen und Ängste mitzuteilen. Nachbarschaftsnetzwerke können damit auch als Vehikel für konkrete Angebote der Gesundheitsförderung genutzt werden. Als Beispiel für die Wirkung niedrigschwelliger Kommunikationsmodelle führt eine Interviewpartnerin das Projekt Schutzengel an. Die in

<sup>15</sup> Interview Nr. 3

<sup>16</sup> Interview Nr. 5

diesem Projekt agierenden Expertinnen und Experten kommunizieren mit den Besucherinnen des Treffpunkts auf einer partnerschaftlichen Ebene und fügen sich in das bestehende soziale Gefüge der Besucherinnen als gleichwertig ein. Als Resultat verbreiten sich Angebote zur Gesundheitsförderung wesentlich schneller und werden besser angenommen.

<b>Kategorien Frage 2: „Stärken“</b>		
<b>Positive soziale Interaktion und räumliche Nähe</b>	<p>Teilhabe erhöhen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Niedrigschwellige, vertraute Unterstützungsstrukturen schaffen</li> <li>• Soziale Bindungen <ul style="list-style-type: none"> <li>– zur Stärkung psychischer Gesundheit</li> <li>– zur Stärkung der Integration in gesundheitlichen Krisen</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Zuwachs an Bedeutung für andere</b>	<p>Einbindung in soziale Strukturen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anstoß von außen notwendig</li> <li>• Hilfsbereitschaft nicht überfordern</li> <li>• Inhaltliche und territoriale Begrenzung der Hilfsbereitschaft notwendig</li> </ul>	<p>Salutogene Wirkung</p> <p>Alternative zur krankmachenden „Unterlastung“ (im Sinne von „Leiden an zu viel freier Zeit“)</p>
<b>Niedrigschwelliger Zugang zu Unterstützungsleistungen</b>	<p>Stärkung der Selbsthilfekräfte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Positive soziale Kontrolle</li> <li>• Schnelle Regulierung und schneller Zugang bei gesundheitlichen Problemen</li> </ul>	<p>Salutogene Wirkung</p> <p>Sinnhaftigkeit/Bedeutsamkeit</p>
<b>Empowerment und Partizipation</b>	<p>Mehr Einfluss auf Lebensbedingungen</p> <p>Gefühl von Selbstwirksamkeit stärken</p> <p>Steigerung des Selbstwertgefühls</p> <p>Kommunikationskultur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Kontakt auf „Augenhöhe“</li> <li>– Wertschätzung der persönlichen Kompetenzen auf beiden Seiten</li> </ul>	<p>Übernahme von Verantwortung für sich und andere</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunikationskultur</li> <li>• Kontakt auf Augenhöhe</li> <li>• Wertschätzung der persönlichen Kompetenzen auf beiden Seiten</li> </ul> <p>Methodenrepertoire nutzen</p>
<b>Informationsvermittlung</b>	<p>Offenheit unter Netzwerkmitgliedern</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schnelle und lebensnahe Verbreitung von gesundheitsrelevanten Informationen</li> <li>• Höhere Akzeptanz der Informationen</li> </ul>	

Abb. 2: Übersicht über die Kategorien in Frage 2

### 4.2.3 Wo liegen besondere Hemmnisse nachbarschaftlicher Netzwerke mit Relevanz für die Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner?

Auch auf die Frage nach den Hemmnissen mit Relevanz für die Gesundheit der Beteiligten äußerten sich die Befragten. Als wesentlicher Faktor mit gesundheitlichen Wirkungen gilt ein Übermaß an sozialer Kontrolle sowie Konformitätsdruck in Verbindung mit gesundheitsschädigendem Verhalten. Andere Überlegungen betreffen in erster Linie allgemeine Faktoren, die die Fortführung und Entwicklung der nachbarschaftlichen Netzwerke berühren oder eine verminderte Qualität der Arbeit durch Konkurrenz- und Kooperationsprobleme betreffen.

#### Fehlende Kontinuität

Sind Nachbarschaftsnetzwerke erfolgreich und entsprechend dauerhaft angelegt, geraten sie im Laufe ihrer Entwicklung an einen Punkt, an dem die Pflege des Netzwerks über das ehrenamtliche Engagement einzelner Personen hinausgeht und spezielle Fähigkeiten sowie Ressourcen notwendig werden. Es entsteht der Bedarf nach finanzieller Unterstützung und einem formalen Rahmen. Hieraus erwachsen folgende Probleme:

- Verantwortlichkeiten müssen definiert werden.
- Die Finanzierung muss gesichert sein.
- Die Bewohnerinitiative braucht eine Rechtsform.

Der damit verbundene Druck steht oftmals im Gegensatz zu den Grundprinzipien vieler Bewohnerinitiativen, die eher auf Uneigennützigkeit und Spontaneität beruhen. Es entsteht eine Dilemmata-Situation. Auf der einen Seite muss ein formaler Rahmen geschaffen werden, um den Erfolg zu sichern, auf der anderen Seite darf der Charakter einer Bewohnerinitiative nicht verloren gehen, um den niedrigschwelligen Ansatz zu erhalten. Um die Angebote aus solchen Initiativen heraus auch erfolgreich zu halten, muss ständig aus- oder umgebaut werden. Das Netzwerk darf nicht erstarren, sondern muss offen sein, sich immer wieder anpassen und auch aktuelle Themen und Probleme aufgreifen. Ein Interviewpartner drückte sich in diesem Zusammenhang folgendermaßen aus: „Wenn wir nicht weiter hier aktiv am Ball bleiben, sind wir weg.“<sup>17</sup> Die hier notwendigen Bedingungen sind durch eine Kombination von Innovation und Nachhaltigkeit gekennzeichnet.

#### Konkurrenzverhalten

Ein weiteres Hemmnis nachbarschaftlicher Netzwerke kann auftretende Konkurrenz durch professionelle Anbieter sein. Dieser Punkt wurde in der Mehrzahl der Interviews benannt und aus unterschiedlichen Perspektiven beschrieben. „Irgendwer wirft uns Steine in den Weg.“<sup>18</sup> Diese Aussage einer Nachbarschaftsinitiative verweist auf die von

<sup>17</sup> Interview Nr. 5

<sup>18</sup> Interview Nr. 5

ihnen wahrgenommenen Schwierigkeiten. Sie häufen sich, seitdem sie auf Erfolge verweisen können und finanzielle Unterstützung der Kommune beantragt haben.

Als erschwerend wird auch die Konkurrenz von Institutionen wie Krankenkassen oder Pflegediensten gesehen; es wird gefordert, endlich zu krankenkassenübergreifenden Präventionsmaßnahmen zu kommen. „Ich weiß nicht, ob das illusorisch ist. Ich sehe, dass die Konkurrenzsituation enormes Potenzial für Prävention verhindert. Mir ist natürlich klar, die Kassen stehen in Konkurrenz, die wollen sich profilieren mit eigenen Maßnahmen, aber im Grunde der Kerngedanke der Prävention wird dadurch stark behindert oder auch verhindert. Ganz generell wäre mehr Zusammenarbeit sehr schön ... Ja, wenn ich jetzt vom gesundheitlichen Bereich spreche, dann ist das natürlich nicht nur im Präventionsbereich der Krankenkassen. Wir sehen es ja auch im Bereich der Pflegedienste, dass jeder Pflegedienst, gerade wenn es sich um größere ... handelt, auch versucht, sich zu profilieren.“<sup>19</sup>

Abschließend noch ein Zitat zur Beschreibung des größten Hemmnisses aus Sicht eines Befragten. „Einmal, und das dürfte der wirksamste Faktor sein, ist die unglaubliche Marktmacht all derer, die professionell Hilfen anbieten, weil die das natürlich nicht leiden können, dass die Bürger in verstärktem Maße zu nachbarschaftlichen Selbsthilfekräften greifen. Und da wir 100 Jahre Tradition darin haben, das Helfen immer mehr nicht nur zu institutionalisieren, sondern auch zu professionalisieren, weil Profihilfe ja immer besser sein muss als Laienhilfe, ist das ein Faktor, der sehr stark wirksam ist, sein muss, geradezu unvermeidlich, so lange wir das Gesundheits- und Sozialwesen marktmäßig organisieren.“<sup>20</sup>

## **Fehlende Kooperation**

„Wir haben es ja hier in ganz besonderem Maße mit sozial benachteiligten Menschen zu tun ... die einen sehr niedrigen Bildungsstand haben und ihre Krankheiten oft überhaupt nicht selber verstehen oder einschätzen können. Und sich auch gegenüber professionellem Personal, Ärzten und Ärztinnen sowie Pflegern und Pflegerinnen schlecht vertreten können. Das ist also das eine – dass hier ganz schnell eine Unterstützung greift und dass auch darauf hingewirkt wird, dass die Leute in ihrem sozialen Bezug bleiben. Dass die Hilfe schnell organisiert wird, dass sie zurückkehren in die häusliche Umgebung und dass sie auch das fordern, dass sie wieder in die Gemeinschaft kommen können.“<sup>21</sup>

Bürokratische Hürden, Arbeitsüberlastung und mangelhafte Kooperation der unterschiedlichen Berufsgruppen werden ebenso genannt wie zu enge Zeitkorsetts oder auch Gleichgültigkeit der Professionellen, um auf individuelle Bedürfnisse vor allem alter

---

19 Interview Nr. 6

20 Interview Nr. 6

21 Interview Nr. 6

Menschen oder psychisch Kranker in ihrer gewohnten Umgebung eingehen zu können. Daran schließt sich die Forderung nach mehr und vor allem selbstverständlicherer Zusammenarbeit an. „Mir wäre es sehr, sehr wichtig, auch gerade im gesundheitlichen Bereich kleinere Netzwerke zu schaffen, die auch wirklich funktionieren. Ich denke, es geht so viel Geld in den Gesundheitsbereich und es wird teilweise so schlecht benutzt. Und so kontraproduktiv auch. Ich verstehe nicht, warum man mit solchen Kräften gegen Fehlentwicklungen anarbeiten muss. Das kostet uns ja auch eine unglaubliche Energie, unglaublich viel Zeit mit Einzelnen, die sich wirklich gar nicht vertreten können.“<sup>22</sup>

### **Negative soziale Kontrolle**

Als bedeutendes Hemmnis mit möglicher gesundheitlicher Relevanz wird außerdem ein bekanntes Gruppenphänomen – der Konformitätsdruck – genannt. Ist der Anpassungsstress in Gruppen zu groß, kann dies zu Erstarrung und Begrenzung der Netzwerkstrukturen führen. Das trifft beispielsweise auf Situationen zu, in denen nichtgruppenkonformes Verhalten von Minderheiten mit Ausgrenzung bestraft wird. Eine der befragten Personen bemerkt hierzu: „... wenn Minderheiten ausgegrenzt werden, wenn nicht gruppenkonformes Verhalten bestraft wird, kann ein enormer psychischer Druck aufgebaut werden, mit einer großen Belastung auch für die Gesundheit insgesamt. Die gegenseitige Bestärkung bei gesundheitlichem Fehlverhalten, um es jetzt mal direkt auf die Gesundheit zu beziehen, durch den Gruppendruck, kann auch unglaublich sein. Das sind ja auch so die typischen Beispiele: Alkohol, Nikotin, Essverhalten, Bewegungsverhalten kann sich in einer Gruppe oder einem Gruppenzusammenhang ganz negativ verstärken. Dann denke ich, Anpassungsstress ist in den meisten Gruppen da; Konformitätsdruck kann zu Erstarrung und Begrenzung führen.“<sup>23</sup>

Entsprechend wird auch empfohlen, dass zu wenig Nachbarschaftsorientierung nicht in ein Übermaß umschlagen sollte, um nicht Kontrollbedürfnissen zu viel Raum zu geben. Treten entsprechende Phänomene in Nachbarschaftsnetzwerken auf, werden besonders starke Persönlichkeiten oder externe Akteure bzw. Akteurinnen nötig, um diese Personengruppen zu integrieren.

### **Kommunikationsstörungen**

Unter die Kategorie Kommunikationsstörungen werden einige sehr unterschiedliche Phänomene subsumiert, die sich zu Hemmnissen entwickeln können.

Eine Ursache kann die Haltung einer im Netzwerk agierenden Person sein. Wenn sich Mitglieder selbst zu Experten oder Expertinnen ernennen und somit die partnerschaftliche Kommunikationsebene verlorengelht, brechen Kontakte häufig ab. Die Befragten

<sup>22</sup> Interview Nr. 6

<sup>23</sup> Interview Nr. 6

Kategorien Frage 3: „Hemmnisse“		
<b>Fehlende Kontinuität</b>	Ehrenamtliches Engagement übermäßig gefordert Spezielle Fähigkeiten und Ressourcen notwendig Finanzielle Unterstützung und formaler Rahmen nötig	Formale Erstarrung/Lähmung • Spontaneität und Uneignenützigkeit gefährdet durch allzu formalen Rahmen • Erstarre Strukturen und unattraktives Themenangebot
<b>Konkurrenzverhalten</b>	Konkurrenz für „Helfer“ durch professionelle Anbieter • Behinderung der Bewohneraktivitäten, um Marktanteile zu sichern Konkurrenz der professionellen Anbieter untereinander • Behinderung/Verhinderung des Präventionsgedankens	
<b>Fehlende Kooperation</b>	Bürokratische Hürden Arbeitsüberlastung Zu enge Zeitkorsetts Gleichgültigkeit	
<b>Negative soziale Kontrolle</b>	Konformitätsdruck und Anpassungsstress • Erstarrung und Begrenzung der Netzwerkstrukturen • Ausgrenzung Einzelner	Zu viel Nachbarschaftsorientierung
<b>Kommunikationsstörungen</b>	Verlust der partnerschaftlichen Kommunikationsebene • Selbst ernannte Experten und Expertinnen • Hierarchische Strukturen	Hohe Fluktuation, begünstigt zum Beispiel durch schlechte Infrastruktur
<b>Mangelnde Heterogenität</b>	Zuweisungspraktiken im sozialen Wohnungsbau • „Entmischung“ • Zu grob spezifizierte Kategorien bei der Zuweisung	Hohe Fluktuation, begünstigt zum Beispiel durch schlechte Infrastruktur

Abb. 3: Übersicht über die Kategorien in Frage 3

fordern daher eine persönliche Haltung, die „Ebenbürtigkeit“ und „gleiche „Augenhöhe“ der Interaktionspartnerinnen und -partner signalisiert. Auch können schwerwiegende Probleme, wie bestimmte stigmatisierende Krankheiten oder Ehekonflikte, sich negativ auf die Kommunikationsbereitschaft in Nachbarschaften auswirken. In solchen Fällen ist professionelle Hilfe seitens Beratungsstellen, die anonym aufgesucht werden können, die bessere Wahl. In Nachbarschaftsnetzwerken werden aber durchaus die Kontaktdaten solcher Stellen weitergegeben.

Als dritte Ursache wurde eine hohe Fluktuation der Bewohnerinnen und Bewohner eines Nachbarschaftsquartiers genannt. Die nötige Basis für nachbarschaftliche Kommunikation in Form von Kontinuität und Vertrauen kann dadurch nicht aufgebaut werden. Dieses Problem betrifft besonders die Nachbarschaften in benachteiligten Wohngebieten mit mangelhafter Infrastruktur. Diese Quartiere sind aufgrund dieser Mängel oftmals nur Durchgangsstationen und werden bei der nächsten Gelegenheit wieder verlassen.

### **Fehlende Heterogenität**

Eine homogene Zusammensetzung der Bewohnerinnen und Bewohner in Bezug auf deren soziale Lage, die sich insbesondere aufgrund der Zuweisung von Wohnungen im Rahmen des sozialen Wohnungsbaus ergibt, wird ebenfalls als hemmender Faktor mit Relevanz für Gesundheit gesehen. Unter anderem wird dies wegen der Entmischung von erwerbstätigen und berufstätigen Personen so negativ bewertet. Segregation begünstigt nicht nur die gesellschaftliche Spaltung und bedroht den sozialen Frieden, sondern schafft parallele Welten ohne übergreifende Alltagskommunikation.

Eine differenzierende Betrachtung ist angesichts der Aspekte Homogenität/Heterogenität allerdings immer angebracht. Menschen mit Migrationshintergrund werden beispielsweise besonders häufig in die betreffenden Wohnungen eingewiesen. Diese Personengruppe ist aber nur bei Betrachtung von außen homogen und besteht im Inneren aus sehr verschiedenen Gruppen.

## **4.2.4 Wie sind diese Ergebnisse hinsichtlich der gesundheitlichen Situation älterer Menschen zu bewerten?**

Das Altenpflegeproblem nimmt proportional mit steigendem Lebensalter zu und betrifft im vierten Lebensalter einen erheblichen Anteil dieser Altersgruppe.

### **Zunahme des Hilfebedarfs**

Gegenwärtig steigt der Hilfebedarf im Alter so sehr an, dass sich ein weitaus größerer Anteil der Bevölkerung als bisher üblich auf der Suche nach adäquaten Lösungen des Altenpflegeproblems befindet und diese u. a. auch im nachbarschaftlichen Umfeld sucht. „Eine Verhaltensumstellung im nachbarschaftlichen Raum erfolgt aus der Notwendigkeit heraus, das heißt, je deutlicher dieser Hilfebedarf wird, desto mehr Anpassung an die Situation erfolgt.“<sup>24</sup>

Einer der Interviewten führt aus, dass sich das bisher übliche Vorgehen, Menschen mit größerem Hilfebedarf aus ihrem ursprünglichen Kontext heraus in Heime zu bringen,

<sup>24</sup> Interview Nr. 1

nur bei seltenem Vorkommen der Problemlage eignet. Grundsätzlich gilt außerdem, dass das Heim als Lebensraum nicht zuträglich ist. Es beschneidet Freiheits- und Selbstbestimmungsgrade, ist mit der Gefahr der Überversorgung verbunden und verschlimmert Gesundheitsschädigungen. Es ist jedoch gesellschaftlich nicht verantwortbar, eine ganze Generation im vierten Lebensalter zu verheimen und aus den normalen Lebensbezügen des Privattraums auszugrenzen.

„... hier ist die gesamte Bevölkerung von dieser Bewegung der Zunahme der Alterspflegebedürftigen getroffen und betroffen, und sie machen sich also in der Breite Gedanken darüber, was man für eigene neue, dritte Wege zwischen eigener Wohnung und Heim finden könnte oder müsste und probieren dies und jenes aus. Und weil das allein ja auch schwierig ist, guckt man sich um, aber man guckt sich da nicht sehr weit um, sondern nur so weit die Beziehungen und Gesprächskontakte und die Fantasie reichen ...“<sup>25</sup>

Zunehmende Immobilität und der dadurch entstehende Mangel an Teilhabe- und Kontaktmöglichkeiten oder auch sozialer Rückzug aus Schamgefühl über die Hilfsbedürftigkeit werden von den Befragten besonders häufig als Anlass für Interventionen genannt. „Wir machen jetzt auch so eine Einkaufshilfe für alte Leute und so. Das läuft jetzt erst so langsam an. Wird da doch festgestellt, dass da erst so eine Hemmschwelle oder Scheu da war. Das ist verständlich. Die wollen ja auch laufen.“<sup>26</sup>

Nachbarschaftsnetzwerke haben bei Älteren also eine besondere Bedeutung. Immer wieder werden auch Unterstützungsangebote (Transportservice, Freizeitangebote etc.) empfohlen, über die Zugangswege geschaffen werden können, die bei Hilfebedarf durch altersbedingte gesundheitliche Schwierigkeiten unproblematisch genutzt werden können.

## **Niedrigschwellige Unterstützungsstrukturen**

Diese Problemanalyse gilt allerdings nicht statusunabhängig. Was in Familien oder auch in gewachsenen Nachbarschaften, vor allem aber auch in Gruppen mit mittlerem bis hohem sozioökonomischem Status gelingt, muss nicht gleichzeitig für statusniedrige Gruppen zutreffen. In benachteiligten Stadtteilen und insbesondere in „sozialen Brennpunkten“ fehlen oft die Voraussetzungen für soziale Kohäsion (siehe oben). Demgegenüber steht in diesen Stadtteilen häufig eine besonders hohe Anzahl von Personen, die sich aus den verschiedensten Gründen nicht mehr selbst helfen können. Hier sind externe Akteure und Akteurinnen notwendig, die ein Netzwerk aufbauen und betreuen, um tragfähige Beziehungen zu anderen in der näheren Umgebung zu generieren.

Sozial benachteiligte Ältere sind auf niedrigschwellige Unterstützungsstrukturen angewiesen, die vor allem in gesundheitlichen Krisen, wenn Hilfebedarf entsteht, eine große

---

25 Interview Nr. 1

26 Interview Nr. 5



Rolle spielen. „Auch bei den Migranten. Das sieht man hier ganz stark, auch bei den türkischen Familien. Sehr viele alleinstehende Frauen, Männer, Ehepaare, die überhaupt keinen familiären Bezug mehr haben. Bei den Deutschen ist das alles schon entsprechend weiter fortgeschritten. Da eben diese familiären Unterstützungsstrukturen sehr viel schwächer geworden sind, teilweise überhaupt nicht mehr vorhanden sind, soziale Bindungen im Alter ohnehin nachlassen, verloren gegangen sind, auch durch Todesfälle, natürlich, oder auch, weil sie nicht mehr gepflegt werden, ist es hier ganz besonders wichtig, soziale Bindungen aufzubauen. Mit einem regionalen Bezug, sodass sie eben auch erreichbar sind. Und niedrigschwellige Unterstützungsstrukturen, die spielen dann wirklich eine herausragende Rolle in gesundheitlichen Krisen und wenn ein Hilfebedarf entsteht. Ich denke, das ist bei älteren Menschen ganz stark der Fall, anders als bei anderen Altersgruppen.“<sup>27</sup>

Der Aufbau sozialer Beziehungen wird daher durch unterschiedlichste Aktivitäten gefördert, und bei Hilfebedarf fallen auch organisatorische Aufgaben an, das heißt sowohl die Organisation von Besuchen durch Freunde und Freundinnen sowie Bekannte wie auch von Pflegediensten, Ärztinnen und Ärzten oder behördlichen Einrichtungen wie Seniorenberatung. „Unsere Einrichtung ist auch darauf spezialisiert, solche Unterstützungsstrukturen sowohl im Rahmen eines sozialen Netzwerks zu schaffen, das heißt, dass die Leute sich gegenseitig besuchen, kleine Hilfsdienste füreinander übernehmen, als auch das professionell zu machen. Indem wir dann wirklich, wenn diese Krise eintritt, Hausbesuche machen, auch mit zu Ärzten gehen und auch im Krankenhaus Kontakt aufnehmen. Um einmal die Unterstützung zu zeigen, das ist eben die psychische Seite, dass die Leute sehen, wir sind nicht allein. Dann ... um eben auch unterstützend zu helfen, weil sie sich nicht selbst vertreten können.“<sup>28</sup>

### Schnelle Intervention bei Krankheiten

In dieser Altersgruppe ist es außerdem wichtig, dass eine Unterstützung schnell greift und die Leute in ihren sozialen Bezügen bleiben und ihre Selbstständigkeit wahren können.

„Wir haben grade festgestellt, dass es ganz wichtig ist, dass die Hilfe sehr schnell greift, weil die Leute in solchen Krisen ihre Bezüge oft verlieren. Und auch die Familien dazu neigen, wenn die denn in Restbeständen noch da sind, in Panik eine Schnelllösung zu finden. Das bedeutet bei sehr alten, kranken Menschen auch oft die unnötige, zu schnelle Einweisung in ein Pflegeheim, meistens auch eben gegen den Wunsch des Betroffenen. Sind sie aber in einem solchen sozialen Netz eben drin, gelingt es deutlich besser, auch bei schweren Krankheiten den Menschen in seinem Bezug zu lassen.“<sup>29</sup>

<sup>27</sup> Interview Nr. 6

<sup>28</sup> Interview Nr. 6

<sup>29</sup> Interview Nr. 6

<b>Kategorien Frage 4: „Ältere Menschen“</b>		
<b>Zunahme des Hilfebedarfs</b>	Größenordnung des Altenpflegeproblems <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verheimlichung unmöglich aufgrund der Größenordnung des Problems</li> <li>• Größenordnung des Problems erfordert individuelle Lösungssuche</li> <li>• Individuelle Lösungssuche im vertrauten häuslichen Umfeld</li> </ul>	Teilhabechancen erhöhen und Selbstständigkeit erhalten <ul style="list-style-type: none"> <li>• Folgen zunehmender Immobilität mindern</li> <li>• Zugangswege über Alltagsbedarf schaffen</li> </ul>
<b>Niedrigschwellige Unterstützungsstrukturen</b>	Hilfebedarf statusabhängig <ul style="list-style-type: none"> <li>• Externe Akteure und Akteurinnen in statusniedrigen Gruppen einsetzen</li> <li>• Anwaltschaftliche Vertretung der Interessen in statusniedrigen Gruppen</li> </ul>	Teilhabechancen erhöhen und soziale Beziehungen fördern <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soziale Bindungen der Bewohnerinnen und Bewohner untereinander stärken</li> <li>• Strukturen zur schnellen Unterstützung zwischen Personen und Institutionen</li> <li>• Strukturen zur schnellen Unterstützung der Institutionen untereinander</li> </ul>
<b>Schnelle Intervention bei Krankheiten</b>	Soziale Bezüge erhalten Selbstständigkeit erhalten	Schnelle Unterstützung im Nahraum

Abb. 4: Übersicht über Kategorien der Frage 4

## 4.3 Zusammenfassung der Ergebnisse der Expertenbefragung

Die Leitfragen der qualitativen Interviews richteten sich auf den Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit. „Räumliche Nähe“, „soziale Interaktion“ und „Heterogenität“ erweisen sich hier, wie auch in der vorhergehenden Literaturanalyse, als grundlegende Determinanten zur Definition des Settings Nachbarschaft. Es werden Bedingungen benannt, die sich als positive bzw. negative Wirkfaktoren bezüglich der Verminderung gesundheitlicher und sozialer Ungleichheit durch nachbarschaftliche Netzwerke erweisen. Daneben ergibt die qualitative Analyse weitere Hinweise auf fördernde und hemmende Faktoren, die entsprechend der Fragestellungen 1 bis 4 zusammengefasst werden. Einen kurzen Überblick über die verschiedenen Kategorien gibt Abbildung 5.

Anschließend werden die Ergebnisse unter der Perspektive der Vorgehensweise und der Umsetzbarkeit gesundheitsfördernder Aktivitäten in Nachbarschaftsnetzwerken untergliedert.

Kategorien 1: „Entstehung“	Kategorien 2: „Stärken“	Kategorien 3: „Hemmnisse“	Kategorien 4: „Ältere Menschen“
Gemeinsamkeiten	Positive soziale Interaktion und räumliche Nähe	Fehlende Kontinuität	Zunahme des Hilfebedarfs
Kommunikative und soziale Strukturen	Zuwachs an Bedeutung für andere	Konkurrenzverhalten	Niedrigschwellige Unterstützungsstrukturen
Vermittelnde Situationen und Personen	Niedrigschwelliger Zugang zu Unterstützungsleistungen	Fehlende Kooperation	Schnelle Intervention bei Krankheiten
Treffpunkte	Empowerment und Partizipation	Negative soziale Kontrolle	
Erfolge darstellen	Informationsvermittlung	Kommunikationsstörungen	
Ausdehnung des Netzwerks		Mangelnde Heterogenität	

Abb. 5: Übersicht über die Oberkategorien der Fragen 1 bis 4

### Frage 1

Entstehung, Existenz und Weiterentwicklung von Nachbarschaftsnetzwerken werden durch Gemeinsamkeiten der Netzwerkmitglieder positiv beeinflusst. Dies können ein gemeinsames Interesse in der Altenpflege, ein existenzielles Problem oder andere kollektive Interessen und Problemlagen sein. Gesundheitsfördernde Wirkungen ergeben sich dadurch, dass ein Nachbarschaftsnetzwerk auf kommunikative und soziale Strukturen zurückgreift, über die wiederum Hilfeleistungen, Informationen und andere Ressourcen transportiert werden können. Anstoß für die Bildung von Nachbarschaftsnetzwerken geben meist vermittelnde Personen und Situationen. Je nach Struktur und Zielsetzung des Netzwerks sind interne oder externe Akteure bzw. Akteurinnen für den Prozess notwendig, deren Aktivitäten miteinander vernetzt sind (bzw. sein können). Ein Treffpunkt für die Mitglieder wirkt ebenfalls förderlich. Positiv für die Weiterentwicklung des Nachbarschaftsnetzwerks wirkt es sich aus, wenn Erfolge nach außen dargestellt werden und die Ausdehnung des Netzwerks aktiv betrieben wird.

### Frage 2

Besondere Stärken nachbarschaftlicher Netzwerke mit Relevanz für die Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner liegen in der Herstellung positiver sozialer Interaktion und der Erreichbarkeit dieser Ressource, bedingt durch räumliche Nähe. Die Einbindung in nachbarschaftliche Strukturen bewirkt einen niedrigschwelligen Zugang zu Unterstützungsstrukturen und einen Zuwachs an „Bedeutung für andere“ mit salutogener Wirkung. Über Nachbarschaftsnetzwerke lassen sich Empowerment- und Beteiligungs-

prozesse anstoßen, die eine Verbindung von „Profi- und Laienhilfe“ (auch in sozial benachteiligten Zielgruppen) ermöglichen.

### **Frage 3**

Als Hemmnis mit Relevanz für die Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner erweisen sich vor allem fehlende Konkurrenz, fehlende Kontinuität, negative (das heißt übermäßige soziale) Kontrolle, allgemeine Kommunikationsstörungen z. B. im Netzwerk der helfenden Institutionen sowie mangelnde Heterogenität innerhalb der Netzwerkmitglieder, die sich u. a. auf die Mobilisierung sozialen Kapitals auswirken kann.

### **Frage 4**

Nachbarschaftsnetzwerke sind bezogen auf die gesundheitliche Situation älterer Menschen vor allem relevant unter der Perspektive der enormen Zunahme des Hilfebedarfs in dieser Zielgruppe. Zur Erhaltung der Selbstständigkeit und der raschen Integration in das gewohnte häusliche Umfeld werden niedrigschwellige Unterstützungsstrukturen und schnelle Intervention bei Krankheiten als bedeutendste Ressourcen bewertet.

## **Strukturen und Strategien**

Fragt man sich nun, auf welchen Strukturen und Strategien die Akteurinnen und Akteure in Nachbarschaften aufbauen, um gesundheitsfördernde Wirkungen zu erzielen, lassen sich die Aussagen noch tiefgehender analysieren. Um die Ergebnisse mit bereits existierenden Beschreibungsschemata zu verbinden, wird u. a. auf die Good-Practice-Kategorien des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ (Lehmann et al. 2007) zurückgegriffen. Die dort definierten Handlungsansätze wie Niedrigschwelligkeit, Empowerment, Partizipation und integriertes Handlungskonzept finden sich unter den positiv bewerteten schützenden Faktoren. Sie lassen sich u. a. auf die Kommunikationsstrukturen zurückführen, die in initiierten sowie gewachsenen Netzwerken auf der Gleichwertigkeit der Interaktionspartnerinnen und -partner aufbauen. Zum Erhalt offener und flexibler Strukturen ist die Balance von Innovation und Nachhaltigkeit unverzichtbar. Andere Good-Practice-Kriterien des Kooperationsverbundes werden von den Akteurinnen und Akteuren nicht explizit genannt, ergeben sich aber – wie z. B. „Multiplikatorenkonzept“ – aus der genaueren Betrachtung der Hemmnisse mit Relevanz für die Gesundheit (siehe z. B. unter „Konkurrenz“ und „fehlende Kooperation“ in Frage 3<sup>30</sup>).

Unter den Strategien treten vor allem Netzwerkbildung, Empowerment und Partizipation deutlich hervor. Auf die Strategie der Netzwerkbildung wird hier nicht nochmals eingegangen. Die Bedeutung von Empowerment und Partizipation für den Wirkzusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit wird dagegen etwas ausführlicher beleuchtet.

---

<sup>30</sup> Die gesundheitsförderliche Wirkung dieser Good-Practice-Methoden wird an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt. Es wird dazu auf die Veröffentlichungen des Kooperationsverbundes verwiesen.

## Empowerment und Partizipation

Gemeinsame Problemlagen, gemeinsame Aufgaben und Ziele sind für die Entstehung eines Zusammenschlusses in der Nachbarschaft notwendig. Ebenso nötig werden aber auch kommunikative und soziale Strukturen gebraucht. Auswirkungen auf Gesundheit ergeben sich aus der Kombination von positiver sozialer Interaktion und räumlicher Nähe, die den Aufbau von Vertrauen begünstigen und prosoziales Handeln ermöglichen. Dazu ist eine Haltung nötig, die „Ebenbürtigkeit“ und „gleiche Augenhöhe“ signalisiert. Der Aufbau kommunikativer und sozialer Strukturen wird durch die Anwendung von Methoden des Empowerments und der Partizipation initiiert und gestützt.

Die von uns untersuchten Aktivitäten in strukturell benachteiligten Nachbarschaften richten sich sowohl darauf, die sozialen Interaktionen und sozialen Bindungen innerhalb der Bewohnerschaft zu fördern, als auch einen niedrigschwelligen Zugang zu den Leistungen des Hilfs- und Unterstützungssystems zu gewährleisten. Der Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit lässt sich vor allem in diesen Prozessen und seinen Wechselwirkungen verorten. Die Förderung der sozialen Bindungen und auch die Vermittlung von Informationen etc. sind unter der Kategorie der sozialen Kapitalbildung zusammenzufassen. Der gesundheitsbezogene Wert ist hier implizit enthalten, wird aber nicht immer thematisiert und ist den Akteurinnen und Akteuren auch nicht immer als solcher bewusst. Ziel dieser Aktivitäten ist Empowerment der Bewohnerschaft.

Geht es (statusunabhängig) um die Gruppe der Älteren, so steht zunächst deren gesundheitliche Situation, das heißt Erhalt bzw. Verbesserung ihrer Gesundheit, im Vordergrund. Netzwerkangebote und -aktivitäten haben hier eine Bedeutung, die über den reinen Erhalt der körperlichen und psychischen Gesundheit hinausreicht und auf Erhaltung der Selbstständigkeit bis ins hohe Alter gerichtet ist. Partizipation meint hier zuvorderst soziale Integration und gesellschaftliche und soziale Teilhabe am „Leben der anderen“. Empowerment ist zu verstehen als Befähigung, so lange wie möglich (das heißt möglichst bis zum Tod) dort zu bleiben, „wo man hingehört“ (Dörner 2007). Das ideale Setting ist dafür die Nachbarschaft als Sozialraum zwischen Privatem und Öffentlichem.

Das Engagement in nachbarschaftlichen Netzwerken wirkt auf die Akteurinnen und Akteure zurück und schafft soziale und eventuell auch politische Teilhabe. Diese Aktivitäten wirken also wechselseitig, wie Klaus Dörner im Interview sowie in verschiedenen Publikationen immer wieder betont. Sie nutzen also nicht nur den Menschen, die nachbarschaftliche Unterstützungsleistungen erhalten, sondern auch den Akteurinnen und Akteuren im Netzwerk – sowohl durch Aktivierung eigener Potenziale als auch durch Vermeidung von „Unterlastung“, womit Dörner den „Mangel an Bedeutung für andere“ meint, der in spezifischen Lebensphasen und -situationen zu Beeinträchtigungen von (körperlicher und psychischer) Gesundheit führt. Konsequenterweise stellt Dörner in seinen Ausführungen zu der uns erwartenden Alterspflegeproblematik nicht die Gruppe der „Hilfe-Empfänger“ in den Vordergrund. Er unterscheidet nur geringfügig zwischen

„Unterstützungsleistenden“ und „-empfangenden“ und gibt damit die Richtung vor, die nachbarschaftliche Aktivitäten nehmen müssen, um als Unterstützungsleistung akzeptiert zu werden.

### **Sinnhaftigkeit/Bedeutsamkeit**

Gesundheitsfördernde Wirkungen werden auf beiden Seiten der Beteiligten gesehen. Auf der Seite der Unterstützten und der Unterstützer, deren Aktivitäten eine beidseitige salutogene Wirkung zugeschrieben wird. Die Kategorie „Zuwachs an Bedeutung für andere“ verweist in diesem Fall auf die Dimension „Sinnhaftigkeit/Bedeutsamkeit“, die für Antonovsky in seinem Konzept des Kohärenzgefühls die wichtigste Dimension ist (vgl. Bengel, Strittmatter und Willmann 1998).

Für die Konzepte von Empowerment und Partizipation sind diese Bedingungen tragend. Sie werden in den Interviews (wie übrigens auch in der Literatur) von allen Interviewpartnerinnen und -partnern mit unterschiedlichen Begriffen (z. B. Ebenbürtigkeit, Augenhöhe) belegt. Damit verbunden ist eine spezifische Haltung, die Stigmatisierungen, Abhängigkeiten und die Polarisierung in Starke und Schwache vermeidet. Für professionelle Akteurinnen und Akteure bedeutet das primär, dass sie der Zielgruppe zutrauen, Entscheidungen eigenständig und eigenverantwortlich zu fällen und dass sie selbst in der Lage sein müssen, die Verantwortung für Entscheidungen tatsächlich in die Hände der Zielgruppe zu legen und ihnen Teilhabe an Entscheidungsmacht (Arnstein 1969) zuzugestehen. Das bedeutet außerdem, dass diese Fähigkeiten zu unverzichtbaren Bestandteilen von Mitarbeiterqualifikationen werden müssen.

### **Niedrigschwelligkeit**

Ein niedrigschwelliger Zugang wird als Ressource herausgestellt, wenn Unterstützungsleistungen schnell gegeben werden können und die Kommunikationsstrukturen in diesen Netzwerken auf gegenseitiger Akzeptanz beruhen und darüber gesundheitsrelevante Inhalte vermittelt werden können.

### **Innovation und Nachhaltigkeit**

Wichtig ist auch, dass die Strukturen nicht erstarren, sondern immer wieder an Veränderungen im Umfeld und an aktuelle Themen, die die Nachbarschaft beschäftigen, angepasst werden und aktuelle Probleme aufgreifen. Um die Angebote aus solchen Initiativen heraus erfolgreich zu halten, muss ständig aus- oder umgebaut werden, aber nicht, ohne bekannte Identifikationsmerkmale zu erhalten, die die Bewohnerschaft verbinden und Gemeinsamkeiten signalisieren. Als Überlebensmerkmal eines gut funktionierenden Nachbarschaftsnetzwerks gilt außerdem, dass es offen ist und Strukturen ausbildet, die Ausgrenzung und Homogenität verhindern. Zudem muss immer der Austausch zwischen Netzwerk und Gemeinwesen möglich sein.

Es geht dabei um die richtige Balance von Innovation und Nachhaltigkeit, weniger um den für die Ermittlung von Good-Practice-Projekten relevanten Aspekt des Transfers auf

andere Projekte, sondern um die Integration und Transformation von Entwicklungen auf der „mesosozialen“ Ebene (Bronfenbrenner 1989) zugunsten des Erhalts des bestehenden Netzwerkgefüges.

### **Zielgruppenorientierung und Vernetzung**

In den Ergebnissen kann weiterhin zwischen den Wirkungen auf die Zielgruppen „sozial Benachteiligte“ und „ältere Menschen“ unterschieden werden. Letztere müssen nicht zwingend hinsichtlich der finanziellen Situation, des Bildungsstatus oder des Migrationshintergrunds – das heißt der „klassischen“ Merkmale sozialer Benachteiligung – betroffen sein. Prekäre Lebenslagen entstehen oft auch durch einen hohen Bedarf an Hilfs- und Heilmitteln, an Unterstützungsbedarf im Alltag (z. B. Dienstleistungen im hauswirtschaftlichen oder pflegerischen Bereich) sowie durch fehlende gesellschaftliche Teilhabe durch soziale Isolation und Einsamkeit.

Durch die Unterstützung über nachbarschaftliche Netzwerke können soziale und gesundheitliche Ungleichheit in dieser Zielgruppe – vor allem, wenn sie von akuter und chronischer Krankheit oder Behinderung betroffen sind – gemindert werden. Die Einbindung in Nachbarschaftsnetzwerke kann dann z. B. über die Frage der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, des Zugangs zu gesundheitlichen Diensten und Pflegeleistungen und zu sozialer Sicherheit entscheiden.

Bei der Betrachtung der gesundheitsrelevanten Stärken nachbarschaftlicher Netzwerke wird schnell deutlich, dass aus den Interviews sowohl explizite sowie implizite Ansätze zur Gesundheitsförderung extrahiert werden können.

### **Integriertes Handlungskonzept**

Nachbarschaftsnetzwerke basieren auf sozialen Kontakten im Nahraum, sind für alle Bewohner eines Quartiers offen und fördern das soziale Miteinander. Wie die Ausführungen zum sozialen Kapital gezeigt haben, kann soziale Benachteiligung im Allgemeinen oder auch strukturelle Benachteiligung einer Wohnregion die Mobilisierung des sozialen Kapitals der Bewohnerinnen und Bewohner und damit auch deren gesundheitsfördernde Wirkung schwächen (vgl. Siegrist, Dragano und von dem Knesebeck 2006). Daher sind in „überforderten Nachbarschaften“ oft zusätzliche Anstöße externer Akteure notwendig. „Kooperation statt Konkurrenz“ lautet denn auch das gemeinsame Credo der Befragten auf die Frage nach fördernden Faktoren in Nachbarschaftsinitiativen und Netzwerken. Ergänzt werden kann die Forderung nach sektorenübergreifender Zusammenarbeit, wie sie auch erneut im EU-Bericht „Städtebauliche Aufwertungsstrategien in benachteiligten Stadtgebieten – Gute Praxisbeispiele aus Europa“ des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung formuliert wurden.<sup>31</sup>

<sup>31</sup> Siehe Siegrist, Dragano, von dem Knesebeck 2006, S. 14, wo die ausgewogene Anwendung sozialräumlicher und personenzentrierter Ansätze empfohlen wird.

## Settingansatz

Auch der Settingansatz findet in Nachbarschaftsnetzwerken seine Anwendung. So kann die Nachbarschaft im Sinne der stadtteilorientierten Gesundheitsförderung selbst zum Setting heranwachsen. Klaus Dörner hat dafür den neuen Begriff „Dritter Sozialraum“ geprägt und definiert ihn „als Raum zwischen privatem und öffentlichem Raum, als ein geografisch erlebnismäßig abgegrenzter Nahbereich“ (Dörner 2007). Er bevorzugt diesen Begriff u. a., weil der Bezug auf „Nachbarschaft“ heute einerseits mit unverzeihlicher Sozialromantik gleichgesetzt wird und „immer noch mit in der Vergangenheit zurückliegenden Gefühlshypothesen belastet ist, als etwas Lästiges, Schwieriges“ (Dörner 2007).

Bewohnerinitiierte Aktivitäten und sogenannte „Bürger-Profi-Mix“-Initiativen im Setting Nachbarschaft fallen unter die vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) in seinem letzten Gutachten aus dem Jahr 2007 (SVR 2007) geforderte Variante der „Gesundheitsförderung *durch* Settingentwicklung“, die auf die Modifikation gesundheitsrelevanter bzw. -abträglicher Lebensbedingungen abzielt. Maßnahmen dieser Art sind durch die Kombination von verhaltens-/verhältnisorientierten Elementen zu charakterisieren. Sie sind zu den kontextbezogenen Ansätzen zu rechnen und besonders für sozial benachteiligte Gruppen unabdingbar, deren Lebenswelten in der Regel starke Gesundheitsbelastungen aufweisen und gesundheitsförderliches Verhalten erschweren (vgl. SVR, 2005, Ziff. 198–207).

Auf der Makroebene werden unter dem Motto „Gemeinsam sind wir stark“ politische Forderungen transportiert. Nachbarschaftsnetzwerke und -initiativen bilden dann eine notwendige Maßnahme im Kanon einer umfassenderen Settingintervention.



# **SCHLUSSFOLGERUNGEN**



Nachbarschaft lässt sich anhand der Kategorien „räumliche Nähe“, „soziale Interaktion“ und „Heterogenität“ beschreiben. Die Wechselwirkungen zwischen diesen drei Kategorien bewirken charakteristische Ausprägungen, von denen „fördernde Nachbarschaften“ oder „überforderte Nachbarschaften“ jeweils die Extrempositionen darstellen. Zu ihren Kennzeichen gehören u. a. die Größenordnung des zur Verfügung stehenden sozialen Kapitals, sozialräumlich geprägte Sozialisationsbedingungen oder auch das Hilfesystem im Wohnumfeld.

In überfordernden Nachbarschaften verstärken sich Ausgrenzungsprozesse wechselseitig, wodurch der Grad der strukturellen Benachteiligung erhöht wird. Gelingt es dagegen, die Kraft des sozialen Zusammenhalts (soziale Kohäsion) in Nachbarschaften zu erhöhen, können fördernde Nachbarschaften mit einem hohen Grad wechselseitiger sozialer Interaktionen, wechselseitigem Vertrauen oder auch Unterstützungsleistungen entstehen.

Das Zusammenwirken der drei genannten Kategorien bewirkt im positiven Fall das Zusammenwirken der Bewohnerschaft in einem Nachbarschaftsnetzwerk, das sich über unterschiedliche Einzelpersonen, Gruppen und Institutionen erstreckt und durch Verantwortungsübernahme der Akteure gekennzeichnet ist. Den Anstoß geben dazu „Gelegenheiten“, die gezielt durch externe Akteure hergestellt werden oder auch durch zufällige Anlässe, gemeinsame Interessen und Problemlagen der Bewohnerinnen und Bewohner entstehen. In strukturell benachteiligten Nachbarschaften sind Anstöße von außen eher erforderlich als in anderen Quartieren.

Als wesentliche gesundheitsrelevante Strategie im Setting Nachbarschaft erweist sich die Netzworkebildung. Vernetzte Aktivitäten in der Nachbarschaft lassen sich zwecks Generalisierung in zwei Kategorien unterteilen: a) Aktivitäten, die von externen Akteuren – oftmals hauptamtlich Tätigen – angestoßen wurden, sowie b) Aktivitäten, die von Bewohnerinnen und Bewohnern in der Nachbarschaft eigenständig initiiert und dauerhaft weitergeführt werden. Dazwischen scheint es vielfältige Formen eines Bürger-Profi-Mix zu geben, die eine Verbindung von „Profi- und Laienhilfe“ ermöglichen. Diese Strategien zielen vor allem darauf, Empowerment- und Partizipationsprozesse anzustoßen.

Jegliche Generalisierung sollte jedoch nicht verdecken, dass weitere Differenzierungen unverzichtbar sind; das heißt, was sich in homogenen „mittelschichtsgeprägten“ Wohngebieten realisieren lässt, ist auf sozial benachteiligte Stadtteile und strukturschwache ländliche Regionen nicht „eins zu eins“ übertragbar.

Im Setting Nachbarschaft finden sich Strategien wie Netzworkebildung, Empowerment, Partizipation, Settingansatz, Niedrigschwelligkeit und andere Good-Practice-Kriterien des Kooperationsverbundes Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (vgl. Lehmann et al. 2007). Vernetzte Aktivitäten im Setting Nachbarschaft ermöglichen durch ihren kleinräumigen Kontextbezug einen gesundheitsfördernden Strukturwandel mit

hohen partizipativen Anteilen. Ähnlich wie der Stadtteil eignet sich Nachbarschaft als Setting für primärpräventive Aktivitäten.

## **Untergliederung des Settings Stadtteil durch Nachbarschaften**

Das soziologische Konstrukt der Nachbarschaft steht als soziales Subsystem Pate für ein neu zu definierendes Setting bei Interventionen im Stadtteil (vgl. Douma et al. 2007). Als Ausgangsbasis für eine Intervention nach dem Settingansatz bietet Nachbarschaft, in Abgrenzung zu den Systemen Familie und Gemeinde, zwei wesentliche Vorteile: Erstens ist es weniger komplex als das sehr große und wenig institutionalisierte Setting des Stadtteils, zum anderen ist die Zugangsbarriere der Privatsphäre, wie sie im Setting Familie sehr ausgeprägt auftritt, weniger stark vorhanden. Auf einem Kontinuum mit den einander entgegengesetzten Polen „anonym“ und „intim“ ist das Setting der Nachbarschaft mittig einzuordnen. Dörner hat hierfür den Begriff des „dritten Sozialraums“ geprägt.

Nachbarschaften können als Untergliederung des Settings Stadtteil, aber auch als eigenes, in sich geschlossenes Setting betrachtet werden. In beiden Fällen bietet es ideale Bedingungen zur Primärprävention und – vorausgesetzt, die Rahmenbedingungen stimmen – zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. Die von Rosenbrock geforderten kontextbezogenen und kontextverändernden Interventionen können auf der kleinräumigen Ebene des Settings Nachbarschaft unter Beteiligung der Bewohnerschaft umgesetzt werden und einen gesundheitsförderlichen Strukturwandel initiieren (vgl. Rosenbrock 2004). Die in vielfältigen Formen entstehenden Nachbarschaftsnetzwerke können zur Information, Aufklärung und Beratung genutzt werden.

## **Einsatz von Nachbarschaftsnetzwerken als Interventionsmethode**

Netzwerkbildung ist die zentrale Strategie zur praktischen Umsetzung des Settingansatzes in Nachbarschaften. Der wesentliche Aspekt ist hierbei die Verbindung von sozialen Kontakten und räumlicher Nähe. Nachbarschaftsnetzwerke stellen eine methodische Brücke zwischen einem sozialraumorientierten und sozialökologischen Interventionsansatz dar und eignen sich zur Verhaltens- und/oder Verhältnisprävention. Darüber hinaus können in dieser Interventionsmethode Handlungsansätze, die den Good-Practice-Kriterien (Lehmann et al. 2007) „Integriertes Handlungskonzept/Setting“, „Partizipation“, „Empowerment“, „Niedrigschwelligkeit“ und „Multiplikatorenansatz“ entsprechen, hervorragend umgesetzt werden. Die unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit besonders bedeutsamen Kriterien der Partizipation und des Empowerments stellen innerhalb dieser Methode eine Grundhaltung dar und müssen nicht in eigene Aktivitäten aufwändig umgesetzt werden.

## **Zugang zu älteren Menschen**

Das Setting Nachbarschaft bietet mit den Möglichkeiten direkter Ansprache vor Ort entscheidende Möglichkeiten des Zugangs zu älteren Menschen. Werden Maßnahmen für

Ältere zielgruppen- und statusspezifisch geplant, können auch sozial benachteiligte Zielgruppen erreicht werden.<sup>32</sup>

In der Praxis finden sich diverse Formen zwischen ausschließlich bewohnerinitiierten Aktivitäten, einem Mix von ehrenamtlichem und professionellem Engagement oder hauptamtlich dominierten Interventionen. Tatsächlich ist das Setting Nachbarschaft der Ort, an dem Bürgerhilfe und professionelle Hilfe synchronisiert und so zur Basis eines neuen Hilfesystems des „Bürger-Profi-Mix“ werden können. Der „Dritte Sozialraum“ bietet das Potenzial für Hilfebedarf, der den Einzelnen überfordert, ebenso wie für alle Prozesse von Solidarität oder Integration, die über den familiären Bereich hinausreichen.

Als Hemmnis der Aktivitäten und sogar als präventionsverhindernd wird sowohl Konkurrenz durch professionelle Anbieter als auch Konkurrenz unter den professionellen Anbietern bezeichnet. Zur Verwirklichung dieses Vorhabens sollten vielmehr unterschiedlichste Kooperationspartnerinnen und -partner (Angehörige, Bürgerinnen und Bürger, Wohlfahrtsverbände und andere Anbieter von Pflegeleistungen, Kommunen, Wohnungsbaugesellschaften und vieles mehr) gewonnen werden.

Kommunen müssen auf diese Entwicklung reagieren, diese Herausforderung aufgreifen und sich organisatorisch auf den „Dritten Sozialraum“ als „Ort des Helfens“ einstellen und alle anderen Aufgaben dem Sozialraumprinzip unterordnen. Außerdem sollte eine möglichst vielfältige Entwicklung von Modellen angeregt werden, die die regionalen Besonderheiten und Strukturen aufgreifen. Im ländlichen Bereich ist das Setting Nachbarschaft anders zu definieren als in Städten verschiedener Größenordnung; zudem erfordert es andere Interventionen. Beim Aufbau eines gesundheitsrelevanten Hilfs- und Unterstützungssystems sollten diese Besonderheiten Beachtung finden. In ländlichen Regionen könnten zu diesem Zweck für die Zielgruppe älterer Menschen Modellansätze gefördert und Preise ausgelobt werden, um Entwicklung auch hier zu aktivieren.

## **Verfügungsfonds Gesundheit**

Auch wenn vieles auf freiwilliger Basis initiiert wird, werden doch immer wieder (geringe, aber eigenverantwortlich zu verwaltende) Geldmittel gebraucht. Zur Förderung gesundheitsrelevanter Aktivitäten in Nachbarschaften könnten Verfügungsfonds einge-

---

<sup>32</sup> Vgl. die Hamburger Altentagesstätte St. Pauli (siehe S. 34) oder das vom Hamburger Albertinenstift, dem Preisträger des Deutschen Präventionspreises 2005, entwickelte Projekt „Gesundheitsförderung in Seniorentreffs“, das in mehreren Seniorentreffs eines Hamburger Stadtteils durchgeführt wurde. Hierfür wurde eine umfangreiche Adaptation des Programms „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“ an die jeweiligen Gegebenheiten (Struktur, Prozesse, Räumlichkeiten, Besucherklintel) von Seniorentreffs entwickelt. Im Vordergrund steht die Entwicklung und das niedrigschwellige Angebot eines ganzheitlichen Programms als Kombination von Ernährung, Bewegung und sozialem Umfeld (zwischenmenschliche Beziehungen, Teilhabe an gesellschaftlichem Leben etc.). Nach Angaben der Projektverantwortlichen sind alle Beteiligten, das heißt Ältere, Ehrenamtliche und professionelle Leitungen der Treffpunkte eingebunden. Es ist hier also gelungen, ehrenamtliche und professionelle Aktivitäten in einem Konzept gesundheitsförderlicher Maßnahmen erfolgreich zu verbinden. (Der Deutsche Präventionspreis wurde 2005 gemeinsam getragen vom Bundesministerium für Gesundheit, der Bertelsmann-Stiftung und der BZgA.)

richtet werden, um damit nach festgelegten Regeln finanzielle Mittel für kleinere, schnell zu realisierende Projekte als „Mikrofinanzierungen“ zur lokalen Gesundheitsförderung zu bewilligen. Kerngedanke dabei ist, dass in einem umgrenzten Wohngebiet finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden, über deren Verwendung die dort Lebenden selbst bestimmen können.

Die Entscheidungen werden von einer Jury gefällt, die sich aus Freiwilligen zusammensetzt und das Geld über ein geregeltes Antragsverfahren schnell und unbürokratisch für die Verwirklichung von Ideen zur Verfügung stellt. Dieses Vorgehen ermöglicht die direkte Mitentscheidung über eigene Belange für Bewohnerinnen und Bewohner und fördert die Identifikation und das Zusammenleben in der Nachbarschaft. Die am Entwicklungsprozess beteiligten lokalen Akteure werden in ihren Handlungs- und Entscheidungskompetenzen gestärkt. Antragsberechtigt sind alle Gruppen, die sich eigenverantwortlich und engagiert zusammenschließen und Maßnahmen durchführen, die unter zuvor geregelte gesundheitsrelevante Handlungsfelder fallen.

### **Brückenbildendes soziales Kapital aufbauen**

Der Aufbau brückenbildenden sozialen Kapitals und das Anknüpfen an Potenziale und Ressourcen in benachbarten Stadtteilen wird als Lösungsansatz betrachtet. Voraussetzung dafür sind konkrete Orte alltäglicher Begegnung. Nur so kann Unkenntnis über die Lebenssituation in der Nachbarschaft abgebaut und Abgrenzung und Begegnung meidendes Verhalten aufgehoben werden. Konkret müssten dazu jedoch öffentliche Räume zur Verfügung gestellt werden, in denen Begegnung und Austausch stattfinden können.

### **Verfügung über öffentliche Räume**

In diese Richtung und weit darüber hinaus geht das Zurverfügungstellen öffentlicher Räume, die in Selbstverantwortung und Eigenregie verwaltet werden. Ungeschmälert ist die Bedeutung von Treffpunkten, die die Existenz und Weiterentwicklung nachbarschaftlicher Initiativen und Netzwerke in sozial benachteiligten Zielgruppen und Nachbarschaften überhaupt erst ermöglichen. Auch hier ist eine Umleitung finanzieller Ressourcen an Nachbarschaftsinitiativen und -treffpunkten gefragt.

### **Methodenkompetenz erweitern**

Methodenkompetenz zur Umsetzung von settingorientierter Gesundheitsförderung muss in Mitarbeiterqualifikationen verankert werden. Das gilt vor allem für Qualifikationen zur Umsetzung von Beteiligungs- und Empowermentprozessen. Zur Erweiterung der allgemeinen Kenntnisse in der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung und zur Erhöhung der Qualifikation von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens und in der Gemeinwesenarbeit werden allgemein zugängliche praxisorientierte Instrumente und Modelle gebraucht.

Die an der Universität von Kansas entwickelte Community Tool Box (CTB) (Download unter <http://ctb.ku.edu/en/Default.htm>) kann dazu Modell stehen. Sie ist eine Service-

leistung der Arbeitsgruppe für kommunale Gesundheit und Entwicklung, mit dem Ziel, Menschen, Ideen und Ressourcen in diesem Handlungsfeld zusammenzuführen. Die Community Tool Box beschreibt neben Aufgabenfeldern, Fähigkeiten und Problemlösungen auch Beispiele Guter Praxis, bietet Ansprechpartnerinnen und -partner sowie Links zu Fragestellungen im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens, der Gemeinwesenarbeit und anderen Bereichen. Sie enthält Hinweise zu Partizipation und Empowerment und zu Fragen bürgerschaftlichen Engagements (vgl. Schumacher 1973).

### **Gesundheitsförderliche Lebensbedingungen schaffen**

Kleines schafft mehr Vielfalt als Großes, das heißt, das kleinere Setting Nachbarschaft zeichnet sich gegenüber dem größeren Stadtteil durch die Kombination von Heterogenität, räumlicher Nähe und sozialer Interaktion aus oder auch – plakativ gesagt – durch soziale Vielfalt auf engstem Raum. Menschen in Nachbarschaften können durch Rituale und gemeinsame Gewohnheiten verbunden sein, die Soziotope schaffen, in denen Selbstverpflichtung und Motivation als Voraussetzung für selbstbestimmte Solidarität entstehen kann. Diese Einsicht hat Menschen immer wieder fasziniert (nicht zuletzt in „Small is beautiful“ [Schumacher 1973]), beweist auch heute Anziehungskraft und wird immer wiederbelebt. Gerade deswegen ist es unverzichtbar, abschließend darauf hinzuweisen, dass die mesosoziale Ebene der Analyse – die Ebene von Wohnbezirken, Gemeinden oder Nachbarschaften – nicht unabhängig von übergreifenden Strukturen analysiert werden kann, ohne eine Verengung der Perspektive zu riskieren. So wurde zwar für diese Expertise der Blick auf das kleine Setting Nachbarschaft fokussiert, aber auch die makropolitischen Einflüsse, denen dieses Setting unterliegt, wurden nicht außer Acht gelassen.

An erster Stelle sind in diesem Zusammenhang der Rückbau des Sozialstaats zum „aktivierenden Sozialstaat“ und dessen Auswirkungen auf das Sozialsystem und das Gesundheitswesen zu nennen. Der Rückbau zielt darauf ab, Umfang und Zuständigkeiten der zentralen gesellschaftlichen Akteure neu zu ordnen. Der Staat soll weniger und die Zivilgesellschaft mehr Verantwortung übernehmen. Dies resultiert in der permanenten Forderung nach mehr Eigenverantwortung und auch nach mehr zivilem, bürgerschaftlichem Engagement, dem die weit verbreitete Konzentration gesundheitsförderlicher Maßnahmen allein auf die Verbesserung individueller Kompetenzen entspricht.

Was fehlt, vor allem für die Gruppe der sozial Benachteiligten mit ihren eingeschränkten Möglichkeiten zur Mobilisierung sozialen Kapitals, ist eine gleichzeitige strukturelle Verbesserung ihrer Möglichkeiten. Der Nachweis des Zusammenhangs von Nachbarschaft und Gesundheit, der mit dieser Expertise erbracht wird, mündet daher in ein abschließendes Plädoyer für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik, die sich nicht in der Etablierung von Netzwerken mit allgemeinen Zielsetzungen erschöpft, sondern parallel dazu gesundheitsförderliche Lebensbedingungen durch ein ausgewogenes Zusammenspiel zwischen Eigenverantwortung und Unterstützung für die immer größer werdende Gruppe der sozial Benachteiligten schafft.

# 6

## LITERATUR

- Anders, J., Dapp, U.: Aktive Gesundheitsförderung im Alter. Gesundheitsförderung in Seniorenentretreffs. In: Präventive Gesundheitsberatung für ein erfolgreiches Altern – Kooperation zwischen Hausärzten und geriatrischem Zentrum. Hausarztstudie Teil 3/Modul 4: Integration freiwilligen bürgerschaftlichen Engagements. [Unter: <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/PdfAnlagen/hausarztstudie3-modul4-ehrenamt.property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf>]
- Arnstein, S. (1969): A Ladder of Citizen Participation. In: Journal of the American Institute of Planners, Nr. 4/1969, S. 216–224.
- Bächlein, B. (2004): Mehr Nachbarschaft, wenn der Sozialstaat an seine Grenzen stößt. In: Niedersächsisches Ärzteblatt, Heft 6/2004, S. 38–39.
- Baum, D. (2007): Kinderarmut und Gesundheit – Leitorientierung für Praxisprojekte am Beispiel einer sozialraumorientierten Gesundheitsförderung. Vortrag auf der Veranstaltung „Wege in der Arbeit mit sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen“ der Landeszentrale für Gesundheitsförderung Rheinland-Pfalz e. V., Mainz. [Unter: [www.lzg-rlp.de](http://www.lzg-rlp.de)]
- Bengel, J., Strittmatter, R., Willmann, H. (1998): Was erhält Menschen gesund? – Antonovskys Modell der Salutogenese. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6. Köln.
- Bogner, A., Menz, W. (2002): Das theoriegeleitete Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: Bogner, A., Littig, B., Menz, W. (Hrsg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Opladen, S. 33–70.
- Bronfenbrenner, U. (1976): Ein Bezugsrahmen für ökologische Sozialisationsforschung. In: Neue Sammlung 3/76.
- Bronfenbrenner, U. (1989 [1979]): Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Frankfurt am Main.
- Chaskin, R. J. (1995): Defining Neighborhood: History, Theory and Practice. Chicago, The Chapin Hall Center for Children at the University of Chicago.
- Dangschat, J. (1998): Sozialräumliche Aspekte der Armut im Jugendalter. In: Klocke, A., Hurrelmann, K.: Kinder und Jugendliche in Armut. Opladen.
- Deutscher Bundestag (1998): Bericht über die Lebenssituation von Kindern und die Leistungen der Kinderhilfen in Deutschland. 10. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Drucksache 13/11368. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bonn.
- Deutscher Präventionspreis 2005. Gesund in der zweiten Lebenshälfte (50plus). [Unter: <http://www.deutscher-praeventionspreis.de/index.php?id=47>]
- Dörner, K. (2003): Chronisch Kranke – von der Medizin ignoriert? Hannover. [Unter: <http://www.gesundheit-nds.de/downloads/doernerchronischkranke.pdf>]
- Dörner, K. (2004): Wie gute Nachbarschaft heilt. Vortrag während der Veranstaltung „Nachbarschaft Leben“ der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V., Hannover. [Unter: <http://www.gesundheit-nds.de/downloads/doernerwiegutenachbarschaftheilt.pdf>]
- Dörner, K. (2007): Leben und sterben, wo ich hingehöre – Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Neumünster.
- Douma, Y., Kilian, H., Ziesemer, M. (2007): Fokus-Auswertung: „Angebote der Gesundheitsförderung im Setting Stadtteil“. Hrsg. von Gesundheit Berlin im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Berlin.
- Durkheim, E. (1973 [1897]): Der Selbstmord. Neuwied.
- Durkheim, E. (1976 [1895]): Die Regeln der Soziologischen Methode. Neuwied.
- Freidank, T. (1994): Wohnumfeld, Nachbarschaft und Alltagskultur als Aufgabe der Sozialarbeit. Unveröffentlichte Diplomarbeit/FH Freiburg, in: Neue Praxis 6/95.
- Fürst, D., Lahner, M., Zimmermann, K. (2004): Neue Ansätze integrierter Stadtteilentwicklung: Placemaking und Local Governance.
- GdW Bundesverband deutscher Wohnungsunternehmen e. V. (Hrsg.) (1998): Überforderte Nachbarschaften. Zwei sozialwissenschaftliche Studien über Wohnquartiere in den alten und den neuen Bundesländern. GdW Schriften 48. Köln/Berlin.
- Gestring, N., Janssen, A., Polat, A. (1998): Prozesse der Integration und Ausgrenzung. Türkische Migranten der zweiten Generation. Wiesbaden.



- Granovetter, M. (1973): The Strength of Weak Ties, *American Journal of Sociology*, Vol. 78, Issue 6, May 1360–80.
- Hamm, B. (1998): Nachbarschaft. In: Häußermann, H. (Hrsg.): *Großstadt. Soziologische Stichworte*. Opladen, S. 172–181.
- Hillmann, K.-H. (1994): *Wörterbuch der Soziologie*. Stuttgart.
- Kaltenbrunner, R. (2005): Kommt gute Nachbarschaft für alle über den Städtebau ins Quartier? – Vortrag auf der Veranstaltung „Neue Nachbarschaftsmodelle“ der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V., Hannover. [Unter: <http://www.gesundheit-nds.de/downloads/08.09.2005.doku.neue.nachbarschaftsmodelle.pdf>]
- Kawachi I., Berkman L. F. (2003): Introduction. In: Kawachi I., Berkman L. F. (eds.): *Neighborhoods and Health*. Oxford, 1–19.
- Kolip, P., Schmidt, B. (Hrsg.) (2007): *Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und sozialer Arbeit*. Weinheim.
- Lehmann, F., Gene, R., Kaba-Schönstein, L., Brandes, S., Köster, M., Kilian, H., Steinkühler, Bartsch, G., Linden, S. (2007): *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen. Gesundheitsförderung Konkret, Band 5*. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Mayring, P. (2000): *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 7. Aufl., Weinheim.
- Meuser, M., Nagel, U. (2003): Experteninterview. In: Bohnsack, R., Marotzki, W., Meuser, M. (Hrsg.): *Hauptbegriffe qualitativer Sozialforschung. Ein Wörterbuch*. Opladen.
- Putnam, R. D. (Hrsg.) (2001): *Gesellschaft und Gemeinsinn. Sozialkapital im internationalen Vergleich*. Gütersloh.
- Richter, A. (2000): *Wie erleben und bewältigen Kinder Armut? Eine qualitative Studie über die Belastungen aus Unterversorgungslagen und ihre Bewältigung aus subjektiver Sicht von Grundschulkindern einer ländlichen Region*. Aachen.
- Richter, A., Groeger-Roth, F. (2007): *Nachbarschaft und Gesundheit*. [Unter: [http://www.stadtteilarbeit.de/Seiten/Theorie/richter/nachbarschaft\\_gesundheit.htm](http://www.stadtteilarbeit.de/Seiten/Theorie/richter/nachbarschaft_gesundheit.htm)]
- Rosenbrock, R. (2004): *Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. 13 Befunde und Empfehlungen zur Umsetzung des § 20, Absatz 1, SGB V*. Essen.
- Runge, M. (2007): *Der Aufbau von brückenbildendem sozialem Kapital im Umfeld benachteiligter Stadtteile*. Neu-Ulm.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): *Kooperation und Verantwortung. Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. [Unter: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/%DCbersicht/Langfassung.pdf>] (Stand: 18. November 2008)
- Schnur, O. (Hrsg.) (2003): *Sozialkapital und Bürgerengagement in der Nachbarschaft: Ressourcen für die „soziale“ Stadtentwicklung*. Berlin.
- Schumacher, E. F. (1973): *Small is Beautiful. A Study of Economics as is People Mattered*. London.
- Siegrist, J., Dragano, N., von dem Knesebeck, O. (2006): *Soziales Kapital, soziale Ungleichheit und Gesundheit*. In: Richter, M., Hurrelmann, K.: *Gesundheitliche Ungleichheit, Grundlagen, Probleme, Konzepte*. Wiesbaden.
- SVR 2005: *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen*. Bonn. [Download unter [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)]
- Trojan, A. (2003): *Soziales Netzwerk*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Reihe „Blickpunkt Gesundheit“*, Band 6. 4., erweiterte und überarb. Aufl., Köln.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D. (2000): *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern.
- WHO (1946): *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation 1946*.



**ANHANG**



# Datenbank Gesundheitsprojekte

## Recherche

1. Schritt Volltextsuche:  
Suchbegriffe: Nachbarschaft, Nachbarschaftsnetzwerk
2. Schritt Listensuche:  
Rubrik: Thema  
Begriff: Stadtteilarbeit/Gemeinwesenarbeit/Nachbarschaftsnetzwerk
3. Schritt Volltextsuche in Kurzbeschreibungen  
Suchbegriff: Nachbarschaft

## Ergebnisse

- Kiezdetektive – Kinderbeteiligung für eine gesunde und zukunftsfähige Stadt
- Familientreffpunkt Kurmärkische Straße
- Integrationslotsinnen des Soldiner Kiezes
- Jenfelder Kaffeekanne – Nachbarschaftstreff für Kinder, Jugendliche und Erwachsene
- Selbsthilfetreffpunkt (Selbsthilfekontaktstelle)
- Stadtteilzentrum Pestalozzi-Treff
- wellcome – Praktische Hilfe für Familien nach der Geburt

## Kurzbeschreibungen

### **Kiezdetektive – Kinderbeteiligung für eine gesunde und zukunftsfähige Stadt**

Friedrichshain-Kreuzberg – als kleinster (20,2 km<sup>2</sup>) und am dichtesten besiedelter Bezirk Berlins mit knapp 245 000 Einwohnern, der geringsten Grünfläche je Einwohner von 7 m<sup>2</sup> (Treptow-Köpenick 388 m<sup>2</sup>) und den größten sozialen und gesundheitlichen Belastungen – hat sich zum Ziel gesetzt, durch die Aktivitäten des Gesunde-Städte-Netzwerks, der Lokalen Agenda 21 und der „Sozialen Stadtentwicklung“ die Lebensqualität im Bezirk zu verbessern.

Trotz des niedrigsten Sozialindex Berlins, höchster Arbeitslosenrate, zweithöchstem Anteil an Sozialhilfeempfängern und -empfängerinnen bzw. Migranten und Migrantinnen, Wohnungen mit hoher Belegungsdichte und den daraus resultierenden Problemen verfügt der Bezirk über viele wertvolle Ressourcen. Hierzu zählen die reiche Projektlandschaft, die Vielfalt der Kulturen, das hohe Potenzial an Selbsthilfe, nachbarschaftliche Kiezstrukturen, gute Modelle von Stadtplanung und -entwicklung sowie eine lange Tradition der Bürgerbeteiligung.

Hier setzt auch das Projekt zur Kinderbeteiligung „Kiezdetektive“ an, eine Idee, die vom Kinder- und Jugendbüro Marzahn entwickelt wurde. In enger Kooperation zwischen Gesunde-Städte-Netzwerk und Lokaler Agenda 21 wurde 1999 begonnen, Kinder als Experten in eigener Sache in Planungs- und Entscheidungsprozesse zur nachhaltigen gesunden Stadtentwicklung und -gestaltung einzubinden.

Kinder zwischen 6 und 14 Jahren erkunden als Kiezdetektive ihr Lebens- und Wohnumfeld, ermitteln Probleme, aber auch „Schätze“, dokumentieren diese in Form einer Ausstellung und präsentieren die Ergebnisse auf einer Kinderversammlung den verantwortlichen Politikerinnen und Politikern, die mit ihren Verwaltungen, freien Trägern und gemeinsam mit den Kindern aufgefordert sind, die Probleme zu bearbeiten. Nach ca. 6 Monaten werden auf einer Folgeversammlung die Umsetzungsergebnisse nachgefragt.

Die Kinderbeteiligung ist als langfristiges Projekt angelegt. Die Kiezerkundungen, die Kinderversammlung und die Ergebniskontrolle sollen als nachhaltige Planungs- und Kooperationsstruktur in bezirkliche Entscheidungsprozesse einbezogen werden.

In dem Projekt sollen Kinder befähigt werden, ihre Lebensumwelt selbstständig zu erforschen, sie zu verstehen und zu hinterfragen. Sie sollen lernen, dass es auch auf sie ankommt – dass sie aktiv ihre Umwelt mitgestalten und verändern können (Empowerment, Ressourcenstärkung). Die Kinder werden an die Politik herangeführt und für gesundheits- und umweltbezogene Fragestellungen sensibilisiert. Sie erfahren dadurch, dass gesunde Wohnbedingungen und ein gesundes Wohnumfeld wichtige Voraussetzungen für das persönliche Wohlbefinden sind. Die Erkenntnis, selbst Einfluss zu nehmen und Veränderungen herbeiführen zu können, stärkt das Selbstbewusstsein der Kinder und ihre Fähigkeit, eigenverantwortlich zu handeln. Das Projekt „Kiezdetektive“ zielt somit auf das Erleben demokratischen Handelns ab und stellt demzufolge einen umfassenden Ansatz zur Gesundheitsförderung dar. Insbesondere in problembelasteten Stadtgebieten – oft mit hohem Migrantenanteil – können durch dieses Projekt Kinder erreicht und für gesundheitliche sowie soziale Belange aktiviert werden.

Bisher waren ca. 600 Kinder aus Schulen, Kitas und Freizeiteinrichtungen an den Kiezerkundungen beteiligt.

Als Ergebnisse des Projekts konnten u. a. konkrete Verbesserungsmaßnahmen im Setting Stadtteil erzielt werden. Dazu zählen die Instandsetzung von Spielplätzen, eine nutzerfreundliche Gestaltung von Freiflächen oder auch generationsübergreifende Nachbarschaftsaktivitäten. Das Projekt erhielt im Juni 2000 den Gesunde-Städte-Preis der Bundesrepublik Deutschland und 2007 den Anerkennungspreis des Deutschen Präventionspreises.

### **Familientreffpunkt Kurmärkische Straße**

Nachbarschaftseinrichtung für den Schöneberger Norden, insbesondere

- Entwicklung und Stärkung psychosozialer Ressourcen,
- Integration und Bildung von sozial benachteiligten Menschen,
- gesundheitliche Hilfen und Prävention,
- Stärkung der Erziehungskompetenz von Eltern im Gebiet,
- möglichst frühe Förderung der Kinder.

Überwiegende Nutzer sind bildungsferne Migrantenfamilien.



### **Integrationslotsinnen des Soldiner Kiezes**

Das Projekt „Interkulturelle Mittlerinnen im Soldiner Kiez“ will zu einer Zusammenarbeit unter den verschiedenen Migrantengruppen im Soldiner Kiez und zu einer verstärkten Kommunikation mit Institutionen der Gesellschaft wie Schulen und Behörden beitragen. Es geht um die Idee eines gemeinsamen und respektvollen Zusammenlebens. Das Ziel ist es, Menschen aus anderen Herkunftsländern zu unterstützen, sich aktiv in die Gesellschaft einzubringen. Jeder soll in der Lage sein, vorhandene Strukturen zu erkennen, um auf Projekte und Initiativen in der Stadt eingehen und sie für sich nutzen zu können.

Angebote der Integrationslotsinnen sind u. a.:

- Beratungs- und Anlaufstelle für Migrantinnen und Migranten, Muttersprachler bzw. Muttersprachlerinnen in Türkisch, Arabisch, Serbokroatisch, Roma vor Ort.
- Elterncafé im Nachbarschaftshaus Prinzenallee,
- Information und Vermittlung von Beratungsangeboten zu Themen wie Gesundheit, Sprachförderung, Ausbildung oder Arbeit,
- Hilfe bei Problemen mit Ämtern und Behörden.

### **Jenfelder Kaffeekanne – Nachbarschaftstreff für Kinder, Jugendliche und Erwachsene**

- Offene Kinder- und Jugendarbeit,
- Sicherstellung der Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen (kostenloses Schülerfrühstück und preiswerter Mittagstisch),
- Förderung von Schulkindern,
- Förderung langzeitarbeitsloser Erwachsener.

### **Selbsthilfetreffpunkt (Selbsthilfekontaktstelle)**

- Selbsthilfeförderung, Beratung, Information, Öffentlichkeitsarbeit zu Fragen der Gesundheit und Selbsthilfe,
- gesundheitsbezogene Kurse, Workshops und Vorträge,
- kostenlose Rechtsberatung zu Familien-, Sozial- und Strafrecht, Mietrecht, Arbeitsrecht,
- Unterstützung nachbarschaftlichen und ehrenamtlichen Engagements,
- Vermietung von Räumen für Selbsthilfegruppen und gemeinnützige Organisationen.

### **Stadtteilzentrum Pestalozzi-Treff**

#### **Nachbarschaftseinrichtung**

- Stadtteilmanagement zur Vernetzung und Kooperation aller Träger sozialer Arbeit im Stadtteil,
- Angebote zur Unterstützung von Familien,
- Freizeitangebote,
- Förderung von Ehrenamt, Selbsthilfe, Nachbarschaftshilfe,
- Beratung und Betreuung,
- Beschäftigungsförderung.

## **wellcome – Praktische Hilfe für Familien nach der Geburt**

„wellcome – Praktische Hilfe für Familien nach der Geburt“, ein Projekt der Familienbildungsstätten, ist ein niedrigschwelliges, präventives Angebot im Bereich „frühe Hilfen“. Es richtet sich an Familien in den ersten Wochen und Monaten nach der Geburt des Kindes. Während früher Familien- und Nachbarschaftshilfe die nötige Erholung für Mutter und Säugling nach der Geburt ermöglichten, stehen Familien heute oft allein da. Dies möchte wellcome ändern.

Eine wellcome-Koordinatorin vermittelt eine ehrenamtliche Mitarbeiterin an die Familie, die dann für 2 bis 3 Monate, ein- bis zweimal die Woche, für je 2 bis 3 Stunden in die Familie geht und sie unterstützt. Sie wacht z. B. über den Schlaf des Babys, begleitet die Mehrlingsmutter zum Kinderarzt bzw. zur Kinderärztin, geht mit dem älteren Geschwisterkind auf den Spielplatz und erledigt kleine Handgriffe im Haushalt.

Mit diesem Engagement trägt „wellcome“ dazu bei, dass für den Säugling der Weg ins Leben leichter wird, da er in seiner anfänglichen Hilflosigkeit ausgeglichene und gelassene Bezugspersonen braucht, um sich gesund entwickeln zu können. Mütter können sich von den Strapazen der Entbindung erholen und Erschöpfung oder Überforderung vermeiden. Die Unterstützung kostet 4 Euro pro Stunde. Individuelle Ermäßigungen sind möglich, denn am Geld soll die Hilfe nicht scheitern.



## Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“

- Band 1: *Standardisierung von Fragestellungen zum Rauchen* – Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Präventionsforschung von Klaus Riemann und Uwe Gerber im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60600000
- Band 2: *Geschlechtsbezogene Suchtprävention* – Praxisansätze, Theorieentwicklung, Definitionen. Abschlussbericht eines Forschungsprojekts von Peter Franzkowiak, Cornelia Helfferich und Eva Weise im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60602000
- Band 3: *Gesundheit von Kindern* – Epidemiologische Grundlagen. Eine Expertentagung der BZgA. Bestellnr.: 60603000
- Band 4: *Prävention durch Angst?* – Stand der Furchtappellforschung. Eine Expertise von Jürgen Barth und Jürgen Bengel im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60604000
- Band 5: *Prävention des Ecstasykonsums* – Empirische Forschungsergebnisse und Leitlinien. Dokumentation eines Statusseminars der BZgA vom 15. bis 17. September 1997 in Bad Honnef. Bestellnr.: 60605000
- Band 6: *Was erhält Menschen gesund?* – Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Eine Expertise von Jürgen Bengel, Regine Strittmatter und Hildegard Willmann im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60606000
- Band 7: *Starke Kinder brauchen starke Eltern* – Familienbezogene Suchtprävention – Konzepte und Praxisbeispiele. Bestellnr.: 60607000
- Band 8: *Evaluation – ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung* – Eine Expertise von Gerhard Christiansen, BZgA, im Auftrag der Europäischen Kommission. Bestellnr.: 60608000
- Band 9: *Die Herausforderung annehmen* – Aufklärungsarbeit zur Organspende im europäischen Vergleich. Eine Expertise im Auftrag der BZgA und Ergebnisse eines internationalen Expertenworkshops vom 2. bis 3. November 1998 in Bonn. Bestellnr.: 60609000
- Band 10: *Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen* – Eine länderübergreifende Herausforderung. Dokumentation einer internationalen Tagung der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld in Zusammenarbeit mit dem WHO-Regionalbüro für Europa vom 4. bis 5.2.1999 in Bonn von Bernhard Badura und Henner Schellschmidt. Bestellnr.: 60610000
- Band 11: *Schutz oder Risiko?* – Familienumwelten im Spiegel der Kommunikation zwischen Eltern und ihren Kindern. Eine Studie von Catarina Eickhoff und Jürgen Zinnecker im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60611000
- Band 12: *Suchtprävention im Sportverein* – Erfahrungen, Möglichkeiten und Perspektiven für die Zukunft. Dokumentation einer Fachtagung der BZgA vom 20. bis 22. März 2000. Bestellnr.: 60612000
- Band 13: *Der Organspendeprozess: Ursachen des Organmangels und mögliche Lösungsansätze* – Inhaltliche und methodenkritische Analyse vorliegender Studien von Stefan M. Gold, Karl-Heinz Schulz und Uwe Koch im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60613000
- Band 14: *Ecstasy – „Einbahnstraße“ in die Abhängigkeit?* – Drogenkonsummuster in der Techno-Party-Szene und deren Veränderung in längsschnittlicher Perspektive. Eine empirische Untersuchung von H. Peter Tossmann, Susan Boldt und Marc-Dennan Tensil im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60614000
- Band 15: *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention* – Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Bestellnr.: 60615000
- Band 16: *„Früh übt sich ...“ Gesundheitsförderung im Kindergarten* – Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Dokumentation einer Fachtagung der BZgA vom 14. bis 15. Juni 2000 in Bad Honnef. Bestellnr.: 60616000
- Band 17: *Alkohol in der Schwangerschaft* – Ein kritisches Resümee. Bestellnr.: 60617000
- Band 18: *Kommunikationsstrategien zur Raucherentwöhnung* – Ein Überblick über die wissenschaftliche Literatur zu diesem Thema. Bestellnr.: 60618000
- Band 19: *Drogenkonsum in der Partyszene* – Entwicklungen und aktueller Kenntnisstand. Bestellnr.: 60619000



- Band 20: *Das Ernährungsverhalten Jugendlicher im Kontext ihrer Lebensstile* – Eine empirische Studie. Von Jürgen Gerhards und Jörg Rössel im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60620000
- Band 21: *Suchtprävention im Kinder- und Jugendsport* – Theoretische Einordnung und Evaluation der Qualifizierungsinitiative „Kinder stark machen“. Eine Expertise von Prof. Dr. Klaus-Peter Brinkhoff und Uwe Gomolinsky im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60621000
- Band 22: *Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte* – Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure. Von Frank Lehmann, Monika Meyer-Nürnberg u. a. Bestellnr.: 60622000
- Band 23: *Illegale Drogen in populären Spielfilmen* – Eine kommentierte Übersicht über Spielfilme zum Thema illegale Drogen ab 1995 mit ergänzenden Handlungsempfehlungen für den Einsatz von Spielfilmen im Rahmen der Suchtprävention. Von Sabine Goette und Renate Röllecke. Bestellnr.: 60623000
- Band 24: *Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland* – Grundlagen und Konzeption. Von Bettina Schmidt. Bestellnr.: 60624000
- Band 25: *Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens präventiver und kurativer Leistungen im Gesundheitsbereich durch Kinder und Jugendliche* – Forschungsstand, Interventionen, Empfehlungen. Von Anja Meurer und J. Siegrist. Bestellnr.: 60625000
- Band 26: *Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Von Ottomar Bahrs, Björn Jung, Marina Nave und Ulrike Schmidt. Bestellnr.: 60626000
- Band 27: *Ernährung, Bewegung und Stressregulation bei Kindern und Jugendlichen – Epidemiologische Grundlagen und Handlungsansätze für ein integriertes Interventionsmodell*. Von Reinhard Mann, Lydia Lamers und Cornelia Goldapp. Bestellnr.: 60627000
- Band 28: *MOVE – Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen – Evaluationsergebnisse des Fortbildungsmanuals sowie der ersten Implementierungsphase*. Von Kordula Marzinik und Angelika Fiedler. Bestellnr.: 60628000
- Band 29: *Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs*. Von Anneke Bühler und Christoph Kröger. Bestellnr.: 60629000
- Band 30: *Jugendesskultur: Bedeutungen des Essens für Jugendliche im Kontext Familie und Peergroup*. Von Silke Bartsch. Bestellnr.: 60630000
- Band 31: *Neue Wege in der Prävention des Drogenkonsums – Onlineberatung am Beispiel von drugcom.de*. Von Peter Tossmann. Bestellnr.: 60631000
- Band 32: *drugcom.de – Modellhafte Suchtprävention im Internet. Jahres- und Evaluationsbericht 2005*. Von Marc-Dennan Tensil, Benjamin Jonas und Dr. Peter Tossmann. Bestellnr.: 60632000
- Band 33: *Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – eine Bestandsaufnahme*. Von Beate Hollbach-Grömig und Antje Seidel-Schulze. Bestellnr.: 60633000
- Band 34: *Expertise zum Stand der Prävention/Frühintervention in der frühen Kindheit in Deutschland*. Von Manfred Cierpka, Michael Stasch, Sarah Groß. Bestellnr.: 60634000
- Band 35: *Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit*. Von Jürgen Bengel, Frauke Meinders-Lücking und Nina Rottmann. Bestellnr.: 60635000

Ausführliche Informationen zu dieser Fachheftreihe sowie zu anderen Schriftenreihen der BZgA finden sich im Internet unter [www.bzga.de](http://www.bzga.de) im Verzeichnis „Fachpublikationen“.

Alle bisher erschienenen Fachhefte stehen unter dieser Adresse auch vollständig als PDF-Datei zum Herunterladen zur Verfügung.