

Gesundheitsprofil Weststadt

Bedarfsanalyse & Maßnahmenentwicklung des Projekts
„Gesundheit für alle im Stadtteil“



Das Projekt „Gesundheit für alle im Stadtteil“ ist ein Kooperationsprojekt des Gesundheitsamts der Stadt Nürnberg und der AOK Bayern.

Impressum

Herausgeberin

Stadt Nürnberg
Gesundheitsamt
Burgstr. 4
90403 Nürnberg
Telefon: 0911 / 231 - 2308
Email: gesundheitimstadtteil@stadt.nuernberg.de
www.gesundheitimstadtteil.nuernberg.de

Redaktion

Janina Barth, Daniel Dravenau, Sarah Hentrich, Kim Nicole Hubmann, Melanie Mengel, Katharina Seebaß,
Tansu Shaw - Gesundheitskoordination im Projekt „Gesundheit für alle im Stadtteil“

Fotos

Stadt Nürnberg - Referat für Umwelt und Gesundheit; Gesundheitsamt: Projektteam
Gesundheitskoordination

Erscheinungsdatum November 2019

Geleitwort



Aktuelle Ergebnisse der Gesundheitsforschung belegen den Zusammenhang von gesundheitsbezogener Lebensqualität und Lebensumfeld sowie Lebensstil. So zeigt die aktuelle „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ des Robert-Koch-Instituts, dass ein niedriges Familieneinkommen erhebliche Auswirkungen auf den Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen hat – dabei sind verschiedene Wirkungsketten zu beobachten, die mit Fragen der Ernährung, von Bildung und Sachkenntnis aber auch Stabilität der Lebensverhältnisse zu tun haben.

Vor dem Hintergrund solcher Erkenntnisse konnte das Gesundheitsamt auf der Basis des Bundespräventionsgesetzes ein Projekt zur Etablierung einer stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung in Nürnberg mit Unterstützung durch die AOK Bayern entwickeln. In diesem Rahmen können Gesundheitskoordinatorinnen in den Stadtteilen St. Leonhard-Schweinau, Langwasser, Röthenbach sowie in der Weststadt eingesetzt werden.

Wir werfen nun mit dem „Stadtgesundheitsprofil für die Weststadt“ einen Blick auf die sozialmedizinische Sachlage, die Bedarfe und die Ansatzpunkte für eine präventionsorientierte Stattearbeit. „Bewegungstreffe“ und „Bewegungstage“ sollen niederschwellige Angebote, Anreize bieten, sich körperlich zu betätigen. Gesunde Ernährung tritt als zweiter wichtiger Interventionsbereich hinzu – bis hin zur Einbindung von Hausgemeinschaften und Angeboten zum gemeinschaftlichen Kochen. Auch für Hygienebildung, psychische Beratung und Suchtprävention gilt es, Ansätze zu entwickeln. Nicht zuletzt ist damit eine Stärkung des Gemeinwesens und des fürsorglichen, nachbarschaftlichen Umgangs miteinander intendiert.

Ich setze darauf, dass unter Beteiligung vieler Bürgerinnen und Bürger, der Bürgervereine sowie der im Stadtteil vertretenen weiteren Interessenvertretungen ein Netzwerk zur Förderung gesunder Lebensverhältnisse geschaffen werden kann, das wirksam zu einer Verbesserung der Lebensumstände und des Gesundheitszustands der Weststädter beiträgt. Die begleitend durchzuführenden Monitoring-Aktivitäten sollen darüber Aufschluss geben.

Allen Beteiligten danke ich für die gute Zusammenarbeit und insbesondere der AOK Bayern für die gewährte Unterstützung und die sachkundige Begleitung der Aktivitäten.

Dr. Peter Pluschke
Referent der Stadt Nürnberg für Umwelt und Gesundheit

1. Einleitung.....	2
2. Stadtteilbezogene Gesundheitsförderung	3
2.1. Prävention und Gesundheitsförderung	3
2.2. Gesundheitliche Ungleichheit	4
2.3. Das Projekt „Gesundheit für alle im Stadtteil“	6
3. Datengrundlage & Projektgebiete	9
4. Gesundheit in der Nürnberger Weststadt.....	14
4.1. Bevölkerungsstruktur	15
4.2. Sozialstatus und Teilhabe	19
4.2.1. Arbeitslosigkeit und Transferleistungsbezug nach SGB II.....	19
4.2.2. Bildungsteilhabe.....	21
4.2.3. Politische Teilhabe	21
4.3. Raum und Umwelt	22
4.3.1. Baustruktur und Wohnumfeld.....	22
4.3.2. Grün- und Freiflächen.....	24
4.3.3. Klimatische Situation	26
4.3.4. Lärm- und Luftbelastung	27
4.3.5. Mobilität	29
4.4. Soziale Ressourcen & Soziale Infrastruktur.....	30
4.4.1. Bindung an das Viertel und Nachbarschaft	30
4.4.2. Soziale Infrastruktur und Netzwerke	31
4.5. Gesundheit und Gesundheitsverhalten	35
4.5.1. Kinder – Schuleingangsuntersuchung (SEU)	35
4.5.2. Kinder - Zahngesundheit	40
4.5.3. Erwachsene	42
5. Bedarfe und Maßnahmen	45
5.1. Verhaltensbezogene Bedarfe und Maßnahmen.....	45
5.1.1. Bewegungs- und Entspannungsangebote	45
5.1.2. Gesunde Ernährung	46
5.1.3. Seelische Gesundheit und Suchtprävention.....	47
5.1.4. Gesundheits- und Erziehungsberatung.....	48
5.2. Verhältnisbezogene Bedarfe und Maßnahmen.....	48
5.2.1. Gesundheitsversorgung.....	48
5.2.2. Stärkung des Gemeinwesens	49
5.2.3. Soziale Infrastruktur	49
5.2.4. Umwelt	50
6. Fazit und Ausblick	51
Abkürzungsverzeichnis.....	53
Literaturverzeichnis	54
Anhang.....	58

1. Einleitung

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“ (WHO, 1986): Mit diesem Motto ihrer „Ottawa Charta“ leitete die WHO 1986 einen Perspektivenwechsel ein, der die Gesunderhaltung ins Zentrum der Überlegungen zur Sicherung der Gesundheit rückte und dabei eine besondere Betonung auf den Einfluss der Lebensverhältnisse und Lebensweisen legte. Die WHO reagierte damit auf die wachsende Bedeutung chronischer Erkrankungen in den Industriegesellschaften, insbesondere aus dem Herz-/Kreislaufbereich, die in engem Zusammenhang mit sozialen Verhältnissen und Verhaltensweisen stehen.

Gleichzeitig zog dieser Perspektivenwechsel die überfällige Konsequenz daraus, dass Gesundheit und Lebenserwartung auch in den wohlhabenden Industriegesellschaften höchst ungleich verteilt sind. Zwischen dem obersten und untersten Fünftel der sozialen Schichtung besteht ein Unterschied von bis zu zehn Jahren in der durchschnittlichen Lebenserwartung (Lampert & Kroll, 2014) – und diese Differenz ist nur zu einem Teil durch Unterschiede in der medizinischen Versorgung zu erklären. Der Ansatzpunkt der Gesundheitsförderung muss also, so die Schlussfolgerung, auch bei sozioökonomischen und soziokulturellen Strukturen liegen, die Gesundheitsverhältnisse und Gesundheitsverhalten nachhaltig beeinflussen und prägen.

Ein wesentlicher und unverzichtbarer Bestandteil einer so verstandenen Gesundheitsförderung ist die kommunale Gesundheitsförderung, sind insbesondere stadtteilbezogene Ansätze. Auf der kommunalen Ebene, in kleinräumiger Perspektive, werden einerseits gesundheitsrelevante Kontextbedingungen sichtbar: Bevölkerungsstruktur und sozioökonomische Lage eines Quartiers, räumlich-städtebauliche und Umweltverhältnisse sowie soziokulturelle bzw. nachbarschaftliche Ressourcen des Gemeinwesens. Hier bestehen aber auch gute Chancen, Bündnisse mit Akteuren und Einrichtungen aus verschiedenen Bereichen einzugehen, um gemeinsam kommunale Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe weiter zu entwickeln. Und besonders wichtig: Hier können Betroffene zu Mitwirkenden werden, die ihre jeweiligen Sichtweisen einbringen und Veränderungsprozesse mitgestalten. Dabei darf ein kleinräumiger Ansatz allerdings nicht mit einer „Kirchturmperspektive“ verwechselt werden. Viele Gesundheit beeinflussende Faktoren werden zwar auf der kommunalen Ebene sichtbar, verweisen aber auf gesamtgesellschaftliche Problemlagen (z. B. Armut und Arbeitslosigkeit, Prekarisierungs- und Beschleunigungsprozesse in der Arbeitswelt, eine „autolastige“ Verkehrspolitik), deren nachhaltige Lösung nur unter Einbeziehung übergeordneter Handlungsebenen in den Blick genommen werden kann. Aufgabe einer kommunalen Gesundheitsfürsorge ist es auch, die Wirkmächtigkeiten gesellschaftlicher Faktoren auf der lokalen Ebene zu beschreiben und sich für ihre Berücksichtigung und Bearbeitung auf Landes- und Bundesebene einzusetzen.

Anfang der 1990er Jahre starteten in Nürnberg auf der Grundlage eines dezentralen Konzepts drei städtische Projekte zur stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung. In Gostenhof lag die Trägerschaft beim Bildungszentrum, in der Südstadt und im Nordosten beim Gesundheitsamt. Obwohl dieser Ansatz überregional Beachtung erfahren hat (siehe Beier in: Stumm & Trojan 1994, S.209 ff), mussten die Projekte aufgrund städtischer Haushaltskonsolidierungsmaßnahmen um die Jahrtausendwende wieder eingestellt werden.

Die Verabschiedung des Bundespräventionsgesetzes im Jahre 2015 hat die Möglichkeiten der gesetzlichen Krankenversicherung erweitert, in Kooperation mit weiteren Partnern, z.B. den Kommunen, Aktivitäten zur Prävention und Gesundheitsförderung zu unterstützen. Das Ziel ist es, die gesundheitliche Lage von Menschen in sozial schwierigen Lebenslagen besonders zu berücksichtigen. Die stadtteilbezogene Gesundheitsförderung, nahe an den Betroffenen und ihren Problemlagen, bietet sich dabei als ein erfolgversprechender Ansatz an: So initiierten die AOK Bayern und der Bildungscampus der Stadt Nürnberg 2016 das über vier Jahre laufende Projekt „Gesunde Südstadt“. Im nächsten Schritt vereinbarten die AOK Bayern und das Referat für Umwelt und Gesundheit der Stadt Nürnberg eine Kooperation für ein weiteres Stadtteilprojekt, das im Mai 2017 an den Start ging. Dieses Projekt, ebenfalls mit einer Laufzeit von vier Jahren, ist am Städtischen Gesundheitsamt angesiedelt. Die vier Projektgebiete setzten sich zusammen aus den statistischen Bezirken Gostenhof, Bärenschanze, Eberhardshof und Muggenhof (Projektgebiet Weststadt), den Bezirken St. Leonhard und Schweinau, Röthenbach West und

Ost sowie den vier Bezirken in Langwasser. Damit wird nun an den in den 1990er Jahren eingeschlagenen „Nürnberger Weg zur dezentralen Gesundheitsförderung“ mit einer stadtteilbezogenen Schwerpunktsetzung unter veränderten Rahmenbedingungen wieder angeknüpft.

In diesem Stadtteilgesundheitsprofil werden im zweiten Kapitel zunächst zentrale Begriffe und Ansätze, die dem Konzept des Projekts zugrunde liegen, dargestellt. Auf dieser Grundlage werden die rechtliche Einbettung des Projektes, die Projektziele, die praktischen Methoden und die Maßnahmen zur nachhaltigen Verankerung des Projektes „Gesundheit für alle im Stadtteil“ erläutert.

Um einen Eindruck über das Projektgebiet und dessen Bezirke zu gewinnen, wird das Gebiet anhand von Kartenmaterial und statistischen Daten im dritten Kapitel kurz einführend beschrieben. Ebenso werden hier die der Bedarfsanalyse zugrundeliegenden Daten und Datenquellen vorgestellt.

Im vierten Kapitel werden allgemeine Einflussfaktoren auf die Gesundheit im Projektgebiet Weststadt anhand verschiedener quantitativer Daten aus stadtteilbezogenen Sekundärdaten und qualitativer Aussagen aus den in der Bedarfsanalyse durchgeführten Expert*inneninterviews beschrieben. Hierfür werden die die Gesundheit beeinflussenden Rahmenbedingungen und Lebensverhältnisse, wie das Wohnumfeld, die Grünflächen im Quartier, die Zusammensetzung der Nachbarschaften und die soziale und politische Partizipation der Menschen in der Weststadt dargestellt. Um den Gesundheitszustand der Kinder objektiv abzubilden und mit der Gesamtstadt vergleichen zu können, werden Daten der für alle verpflichtenden Schuleingangsuntersuchungen ausgewertet. Darüber hinaus werden die Befunde der zahnärztlichen Untersuchung, die in Nürnberg an Schulen mit vielen sozioökonomisch benachteiligten Kinder durchgeführt wird, dargestellt. Die gesundheitliche Lage der Erwachsenen im Projektgebiet Weststadt wird auf der Basis von subjektiven Einschätzungen aus einer stadtweiten Befragung mit den Angaben aus der Gesamtstadt in Beziehung gesetzt.

Die gesundheitsbezogenen Bedarfe werden im fünften Kapitel strukturiert zusammengefasst, um die aus der Bedarfsanalyse abgeleiteten Handlungsoptionen wie auch die ersten Maßnahmen, die im Projektgebiet bereits umgesetzt werden, darzustellen.

2. Stadtteilbezogene Gesundheitsförderung

2.1. Prävention und Gesundheitsförderung

Strategien zur Sicherung und Stärkung des Gesundheitszustands sind die (Krankheits-)Prävention und die Gesundheitsförderung. In der gesundheitswissenschaftlichen Literatur als auch in der Praxis von Prävention und Gesundheitsförderung wird nicht immer eine präzise Unterscheidung zwischen den beiden Begriffen getroffen. Für das Projekt „Gesundheit für alle im Stadtteil“ ist sie jedoch von wesentlicher Bedeutung. Die Konzepte werden als eigenständige, gleichrangige und einander ergänzende Strategien verstanden.

Der Begriff der Krankheitsprävention ist weitaus älter als der der Gesundheitsförderung. Seine Anfänge gehen zurück ins 19. Jahrhundert, als sich die modernen gesellschaftsmedizinischen Diskurse der Bevölkerungsgesundheit und -hygiene entwickelt haben (Hurrelmann et al., 2017, S. 13). Nach Rosenbrock umfasst die Prävention in ihrem klassischen Verständnis „die individuellen und gesellschaftlichen Maßnahmen und Strategien, die darauf zielen, einen schlechteren Gesundheitszustand zu vermeiden“ (2017, S. 662). Hier wird die Ausgangsfrage „Was macht den Menschen krank?“ und damit die *pathogenetische* Perspektive des Präventionsbegriffs deutlich. Von dieser ausgehend, werden Ausgangsbedingungen und voranschreitende Dynamiken ermittelt, die Krankheiten hervorrufen (können). Entscheidend ist die Suche nach Risikofaktoren, die in der körperlichen Verfassung, individuellem Verhalten, psychischen Dispositionen und ökologischen Verhältnissen liegen können und die es zu vermeiden bzw. zu minimieren gilt (vgl. Hurrelmann et al., 2017). Die Vorbeugung von Erkrankungen zielt darauf ab, sowohl *Verhalten* zu beeinflussen, als auch mittels politikfeldübergreifender Vernetzungsstrukturen und Strategien Lebens- und Arbeitsbedingungen in Lebenswelten, also *Verhältnisse*, gesundheitsgerecht zu gestalten (GKV-Spitzenverband, 2018).

Der Begriff der Gesundheitsförderung wurde in seinem heutigen Verständnis erstmals 1986 durch die Ottawa-Charta der WHO als präzises Konzept bestimmt und erlangte in den Folgejahren weltweite Beachtung: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO, 1986, S. 1). Zur Stärkung der persönlichen Kompetenz sollten positive Bedingungen in Umwelt und Gemeinde durch gemeinsame politische Strategien geschaffen werden. Somit wird zum einen „Empowerment“, also die Befähigung, in gesundheitlichen Angelegenheiten selbst aktiv zu werden, betont. Zum anderen hebt der Begriff die Ganzheitlichkeit und Vielschichtigkeit von Gesundheit und Wohlbefinden noch einmal deutlicher hervor als der Präventionsbegriff, indem bewusst unterschiedliche Dimensionen von Gesundheit unterschieden und entsprechend die Verantwortung aller Politikbereiche herausgestellt wird. Der Grundgedanke der Gesundheitsförderung ist die *salutogenetische* Sichtweise. Sie zielt auf die Stärkung und Förderung von Ressourcen ab, nicht allein auf das Vermeiden gesundheitlicher Risiken. Anders als bei der Prävention wird danach gefragt, was den Menschen gesund hält, nicht was ihn krank macht. Es werden Schutzfaktoren, nicht allein Risikofaktoren ermittelt (Hurrelmann et al., 2017, S. 16). Aus der Perspektive der Gesundheitsförderung sind grundlegende sozialpädagogische Interventionen (z.B. der Gemeinwesenarbeit) und politische Maßnahmen (z.B. der Bildungs-, Sozial-, Umweltpolitik) zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage unabdingbar, weil sie *verhältnisbezogen* strukturelle Lebenslagen zugunsten breiter Bevölkerungskreise bearbeiten.

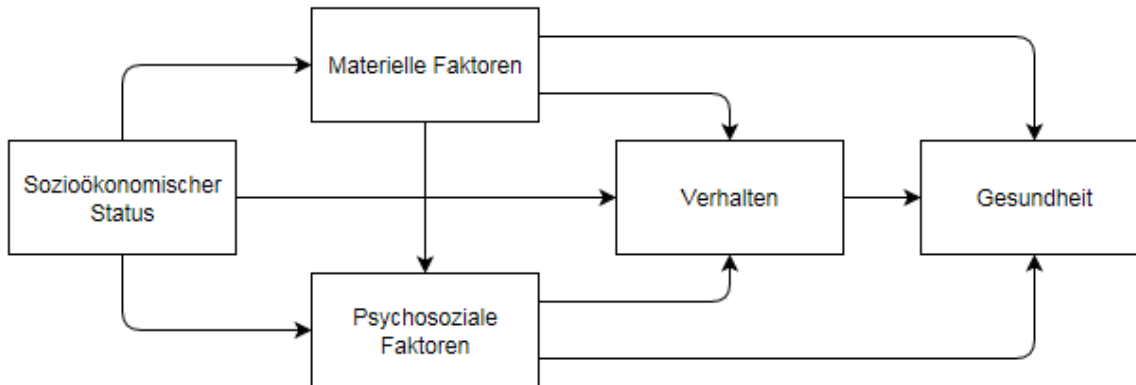
Die Gestaltung und Finanzierung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung für die allgemeine Bevölkerung, die entsprechenden Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten sind ausgehend vom SGB V näher bestimmt. Seit 1988 existiert mit § 20 des SGB V eine eigenständige rechtliche Grundlage zur Sicherstellung von Gesundheitsförderung und (Primär-)Prävention durch die gesetzlichen Krankenversicherungen (Altgeld 2011). Leistungen der Prävention und der Gesundheitsförderung sollen dabei helfen, den generellen Gesundheitsstatus der Bevölkerung zu verbessern, sowie einen Beitrag zur Reduzierung von sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener gesundheitlicher Ungleichheit zu leisten. Die Verabschiedung des Bundespräventionsgesetzes im Jahre 2015 hat den Maßnahmenkatalog hinsichtlich der Prävention in Lebenswelten präzisiert und erweitert (§ 20a SGB V). Auch die Kommune als Handlungsfeld zählt zu den „Settings“, die davon profitieren. Der vom GKV-Spitzenverband herausgegebene „Leitfaden Prävention“ zur „Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V“ gibt Kommunen konkrete Empfehlungen zur Umsetzung von Maßnahmen (GKV-Spitzenverband, 2015). Dabei wird zwischen Verhaltensprävention (z.B. Angebote zur Bewegungsförderung und Stressbewältigung) und Verhältnisprävention (z.B. Verbesserung sozialer Infrastruktur, städtebaulicher und Umweltbedingungen) unterschieden, die in der Praxis kombiniert werden sollen. Die Förderfähigkeit der Maßnahmen ist an die Differenzierung spezifischer Handlungsfelder (Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement, Suchtmittelkonsum), die Einbettung in ein Gesamtkonzept sowie an die Qualifikation der Übungsleiter*innen gebunden (GKV-Spitzenverband, 2018).

2.2. Gesundheitliche Ungleichheit

In den vergangenen drei Jahrzehnten haben zahlreiche Studien bestätigt, dass in Deutschland wie auch in anderen wohlhabenden Gesellschaften ein Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Lage und Gesundheitszustand, also gesundheitliche Ungleichheit besteht (BMAS, 2017; Richter/Hurrelmann, 2009a; Bauer et al., 2008). So zeigen die Ergebnisse der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) des Robert-Koch-Instituts, dass Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status ein höheres Risiko haben, an chronischen Erkrankungen zu leiden sowie körperliche und psychische Beschwerden zu haben, als Menschen einer höheren sozialen Stellung. In Bezug auf die sportliche Aktivität sind Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status deutlich inaktiver als statushöhere (Lampert et al., 2013). Im Hinblick auf Lebenserwartung und Mortalität kommen Lampert et al. 2019 zu dem Fazit, dass: „[s]oziale Unterschiede (...) ein deutlicher Ausdruck bestehender sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit in der Bevölkerung“ sind. (Lampert et al., 2019a, S.3). Ein Blick auf die niedrigste und höchste Einkommensgruppe zeigt, dass die Differenz der mittleren Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt bei Frauen 4,4 Jahre und bei Männern 8,6 Jahre beträgt. Bezogen auf die Sterblichkeit wird analog festgestellt, dass, je niedriger das Einkommen, vorzeitige

Sterblichkeit (vor dem 65. Lebensjahr) umso häufiger auftritt (Lampert et al., 2019a). Die gesundheitliche Ungleichheit zeigt sich schon bei Heranwachsenden. Mit Blick auf bestimmte Gesundheitsoutcomes (z.B. allgemeiner Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, psychische Auffälligkeiten, körperliche Aktivität) gilt, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status häufig Nachteile gegenüber Gleichaltrigen aus sozioökonomisch besser gestellten Familien haben (Lampert et al., 2019b).

Abb. 2.1.: **Erklärungsmodell gesundheitlicher Ungleichheit**



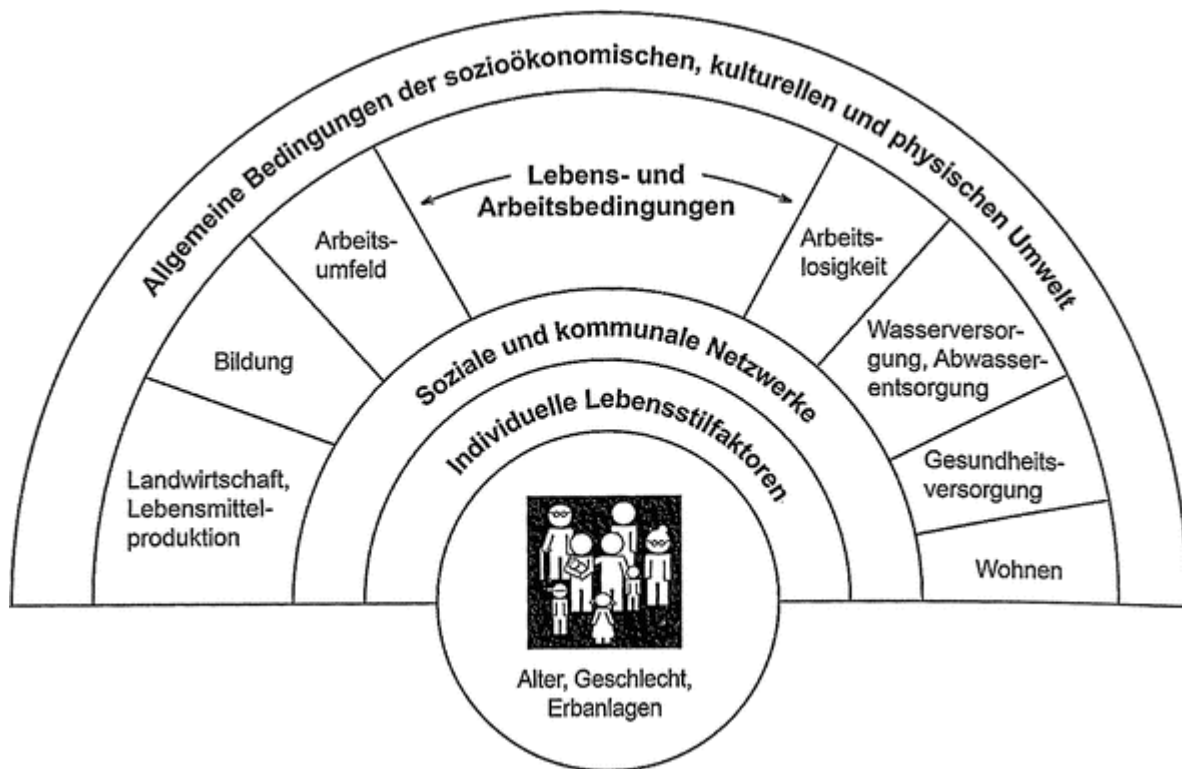
Entnommen aus Richter/Hurrelmann, 2009b, S.23; dort nach Mackenbach, 2006.

Die Sozialstruktur übt demnach einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit aus. Sie hat jedoch keinen direkten Effekt auf den Gesundheitszustand, sondern wirkt über bestimmte, ungleich verteilte materielle, psychosoziale und verhaltensbezogene Risiko- und Schutzfaktoren (Richter/Hurrelmann, 2009, S. 22f). Das Erklärungsmodell (Abb. 2.1) verdeutlicht den Wirkungszusammenhang. Der sozioökonomische Status beeinflusst das Verhalten (bspw. milieuspezifische Lebensstile) sowohl direkt als auch indirekt über materielle Faktoren (bspw. Konsummöglichkeiten, Wohnumgebung, Gesundheitsversorgung) und psychosoziale Faktoren (bspw. psychische Deprivationen aus Arbeitsbelastung/Arbeitslosigkeit oder den Grad soziokultureller Einbindung in familiäre oder Nachbarschaftsnetzwerke). Dabei beeinflussen wiederum die materiellen und psychosozialen Faktoren als Gesundheitsverhältnisse die Gesundheit sowohl vermittelt über das Gesundheitsverhalten als auch direkt.

Prävention und Gesundheitsförderung formulieren den Anspruch, dass alle Menschen unabhängig von sozioökonomischem Status und kultureller Herkunft die gleiche Chance auf Gesundheit und Wohlbefinden haben sollen. Ihr primäres Ziel ist die Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit. Dies erfordert zum einen sozial- und bildungspolitische Anstrengungen zur Verringerung sozialer Ungleichheiten (Einkommen, Bildung, Status); und zum anderen Interventionen, die etwaige negative Einflüsse der materiellen, psychosozialen und soziokulturellen sowie verhaltensbezogenen Faktoren auf die Gesundheit minimieren. Effektive Prävention und Gesundheitsförderung ist dabei auf eine reflektierte Zielgruppenorientierung angewiesen. Hier sind nicht nur sozioökonomischer Status und kultureller Hintergrund, sondern ebenso sozialräumliche Gegebenheiten der Bevölkerungsstruktur, der städtebaulichen Umweltbedingungen und der Integration des nachbarschaftlichen Gemeinwesens zu berücksichtigen, um in die gesundheitliche Ungleichheiten vermittelnden Wirkungszusammenhänge eingreifen zu können. Zu beachten ist darüber hinaus die Notwendigkeit früher Interventionen. Gesundheitsförderung muss schon bei Kindern und Jugendlichen ansetzen, da das Gesundheitsverhalten früh geprägt und angebahnt wird (Lampert, 2010).

Ein Modell, das die vielschichtige Komplexität der Gesundheit beeinflussenden Faktoren und damit auch Ansatzpunkte (sozial)politischer und sozialarbeiterischer Interventionen differenziert veranschaulicht ist das sogenannte Regenbogenmodell von Whitehead und Dahlgren (Abb. 2.2)

Abb. 2.2.: Das Regenbogenmodell der Gesundheit



ursprünglich entwickelt von Dahlgren und Whitehead, hier modifiziert nach Bolte G. et al. (2012) S. 24.

Im Zentrum stehen Personen, die sich hinsichtlich Alter, Geschlecht und genetischer Faktoren unterscheiden. Diese Eigenschaften beeinflussen die Gesundheit, wobei sie nur sehr bedingt modifiziert werden können. Die darüber liegenden Bögen werden von Dahlgren und Whitehead als durch die Politik veränderbar angesehen. Das Regenmodell verdeutlicht, dass Gesundheitsverhalten und -zustand eines Individuums als vielfältig und differenziert beeinflusst zu verstehen sind. Ins Auge fallen dabei zunächst die individuellen körperlichen und Lebensstilfaktoren sowie die Faktoren des unmittelbaren Nahraums sozialer und kommunaler Netzwerke. Diese werden wiederum von übergeordneten Meso- und Makro-Einflüssen der äußeren Bögen mitbestimmt, sodass die Gesundheitsförderung auch diese Faktoren, auch wenn sie diese nicht unmittelbar selbst bearbeiten kann, zu problematisieren und politisch zu kommunizieren hat.

2.3. Das Projekt „Gesundheit für alle im Stadtteil“

Das Projekt „Gesundheit für alle im Stadtteil“, als kommunaler Ansatz zur Gesundheitsförderung in sozial benachteiligten Stadtteilen Nürnbergs, startete im Mai 2017 als Kooperation des Gesundheitsamtes der Stadt Nürnberg mit der AOK Bayern. Übergreifendes Ziel ist es, die gesundheitliche Lebensqualität in vier ausgewählten Stadtteilen zu stärken, indem kommunale und nicht-kommunale Akteure sowie Betroffene gemeinsam nachhaltige Strategien zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation vor Ort entwickeln und etablieren. Vier Vollzeitstellen wurden mit insgesamt sechs „Gesundheitskoordinatoren“ besetzt, die seither in den Stadtteilen aktiv sind und über ein Budget zur Förderung konkreter Angebote und Maßnahmen verfügen. Mit dem Projekt „Gesunde Südstadt“, angesiedelt am Bildungszentrum der Stadt Nürnberg, das schon ein Jahr zuvor ebenfalls im Rahmen der kommunalen Gesundheitsförderung die Arbeit aufgenommen hat, besteht regelmäßiger Austausch und Kooperation.

Bei den ausgewählten Projektgebieten handelt es sich um St. Leonhard/Schweinau, die Weststadt (mit den Bezirken Gostenhof, Bärenschanze, Eberhardshof und Muggenhof), Langwasser und Röthenbach. Während in den Projektgebieten Weststadt, St. Leonhard/Schweinau und Langwasser überdurch-

schnittlich viele Bewohner*innen in sozial prekären Lebenslagen leben, sind die Bewohner*innen in Röthenbach, was die sozioökonomische Situation betrifft, vergleichsweise besser situiert. Röthenbach wurde daher zum Vergleich der Gesundheitslagen und Förderbedarfe in benachteiligten und bessergestellten Quartieren herangezogen (siehe zum Zuschnitt der Projektgebiete und ihrer Sozialraumtypologie Kap. 3.1.)

Grundlegendes Ziel des Projekts ist es, zu einer Verbesserung gesundheitsrelevanter Lebensverhältnisse und gesundheitsbezogenen Verhaltens in belasteten Sozialmilieus beizutragen. Ausgehend hiervon und auf Grundlage der Bedarfsanalysen lassen sich folgende kurz- und mittelfristige Ziele und Maßnahmenbündel formulieren:

1. Bewegung & Entspannung/Stressbewältigung
 - a. Verbesserung der Nutzung vorhandener/Erschließung weiterer Grünflächen
 - b. zielgruppenspezifische Angebote
 - c. Umsetzung eines Gesamtkonzeptes für gesunde Mobilität
 - d. Ausbildung von Bewegungsbotschaftern
2. Gesunde Ernährung
 - a. Einsatz einer mobilen Küche für einen niedrighschwelligen Zugang zum Thema Ernährung
 - b. Umsetzung von Angeboten zum Thema „gut und günstig wirtschaften“
 - c. Verbesserung der Versorgungsinfrastruktur im Stadtteil
3. Seelische Gesundheit & Suchtprävention
 - a. niedrighschwellige Anlaufstellen
 - b. Initiierung/Unterstützung von Selbsthilfegruppen
 - c. zielgruppenspezifisch angeleitete Angebote
4. Niedrighschwellige Gesundheitsinformationen zur Förderung von Alltagskompetenzen
 - a. zielgruppenspezifische Angebote
 - b. Etablierung von Informationsstrukturen zu vorhandenen Angeboten
5. Verbesserung der Gesundheitsversorgung vor Ort
 - a. Aufbau von Kooperationen mit Ärzten und Gesundheitsdiensten
 - b. Aufbau und Weiterentwicklung von Präventionsnetzen und -ketten
6. Gemeinwesenarbeit
 - a. Anregung und Unterstützung nachbarschaftlichen Austauschs
 - b. gemeinschaftliche Aneignung/Gestaltung des öffentlichen Raums
 - c. Unterstützung von Stadtteil- und Straßenfesten
 - d. Gesundheitsthemen in lokalen Netzwerken platzieren und ehrenamtliche Multiplikator*innen gewinnen
 - e. Unterstützung der Angebote zur Alltagsunterstützung und Begleitung

Zentrales Anliegen der partizipativen Maßnahmenentwicklung der Gesundheitskoordination ist es, in enger Abstimmung mit den Akteuren und Zielgruppen vor Ort, Maßnahmen zu initiieren und umzusetzen, von denen nicht nur bestimmte Zielgruppen, sondern möglichst viele Bewohner*innen profitieren können. Dabei ist es ein besonderes Anliegen, vulnerable Zielgruppen zu erreichen. Das Vorgehen orientiert sich dabei am sogenannten Public-Health-Action-Cycle (Abb. 2.3; siehe auch Rosenbrock & Hartung, 2018), folgt also keiner einfach linearen, sondern einer zirkulären Umsetzungslogik.

Abb.: 2.3.: **Public Health-Action Cycle**



eigene Darstellung in Anlehnung an BZgA, 2012.

Im ersten Schritt ging es darum, sich in die bestehenden Netzwerke und Strukturen vor Ort einzubinden, um in einer Vielzahl von Informationsgesprächen mit den verschiedenen Akteuren im Stadtteil Kooperationen aufzubauen und ein gemeinsames Verständnis des Projektauftrags zu entwickeln. Dann wurde zum Zwecke der Bedarfs- und Bestandsanalyse begonnen, stadtteilspezifische Gesundheitsprofile zu erstellen. Zum Einsatz kamen hier leitfadengestützte Experteninterviews und Netzwerkdiskussionen; die partizipative Einbeziehung der Bewohner*innen in Gruppendiskussionen und Stadtteilbegehungen sowie schließlich bereits vorhandene statistische und Umfragedaten (Kap. 3 & 4).

Die Ergebnisse der Analysen wurden als Grundlage für die Bestimmung adäquater Zielgruppen, Handlungsoptionen und Maßnahmenkonzepte genutzt, um diese mit den Akteuren vor Ort abzustimmen. Für die einzelnen Projektgebiete wurden folgende erste Zielgruppen für erste Maßnahmen bestimmt:

- Weststadt: Arbeitslose, Senior*innen und Menschen mit Migrationshintergrund
- St. Leonhard/Schweinau: Kinder und Familien
- Röthenbach: Senioren
- Langwasser: Senioren, Alleinerziehende

Die detaillierte Planung, Priorisierung und Umsetzung einzelner Maßnahmen erfolgt aufgrund unterschiedlicher Gegebenheiten und Bedarfe in den Projektgebieten zeitlich versetzt. Dies ermöglicht, Maßnahmen modellhaft in einem Stadtteil zu testen und sie dann je nach Bedarf auf die anderen Stadtteile zu übertragen.

Die Maßnahmen werden fortlaufend dokumentiert, evaluiert und weiterentwickelt. Dies ist für die Weiterführung und Verbesserung der Angebote von großer Bedeutung. Zum Ende der Laufzeit ist eine Gesamtevaluation des Projekts geplant. Die Optimierung und Verstetigung der Maßnahmen ist ein besonderes Anliegen und wird von Anfang an im Projekt mitgedacht. Neben der Einbeziehung und gemeinsamen Planung der Maßnahmen mit Netzwerken und zentralen Akteuren vor Ort, ist dabei auch

die Einbeziehung der Zielgruppen im Stadtteil unabdingbar. Dazu werden Multiplikatoren aus den jeweiligen Zielgruppen zu spezifischen Gesundheitsthemen fortgebildet, die Erfahrungen weitergeben und die Gesundheitsförderung im Quartier nachhaltig verankern. Darüber hinaus trägt die Öffentlichkeitsarbeit z.B. auf Kongressen und Tagungen dazu bei, dass Erfahrungen, die im Projekt gesammelt werden, in den Fachdiskurs Eingang finden.

3. Datengrundlage & Projektgebiete

In diesem und den anderen Stadtteilgesundheitsprofilen wird die soziale und gesundheitliche Lage der Bewohner*innen der Projektgebiete möglichst detailliert beschrieben. Grundlage dafür sind quantitative und qualitative Daten aus unterschiedlichen Quellen. Die Profile sollen einen Einblick in die demographische, soziale, räumliche und gesundheitliche Situation der Bewohner*innen geben. Für Nürnberg werden die hierzu relevanten Daten damit erstmalig kleinräumig zusammengeführt.

Der allgemeine Zusammenhang sozioökonomischer und gesundheitlicher Ungleichheit ist von der gesundheitswissenschaftlichen Forschung hinreichend untersucht und belegt (Richter & Hurrelmann, 2009). Auch die Korrelationen mit askriptiven Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund sind gut erforscht und werden in differenzierten Ansätzen in die Betrachtung integriert (Jungbauer-Gans & Gross, 2009). Unter Berücksichtigung dieses Forschungsstandes (vgl. auch Kap. 2.2) wurden die in die Stadtteilgesundheitsprofile einzubeziehenden Daten zu den sozialräumlichen Kontexten von Gesundheit und Gesundheitsverhalten ausgewählt (Abb.3.1).

Abb. 3.1.: Einflüsse auf die Gesundheit



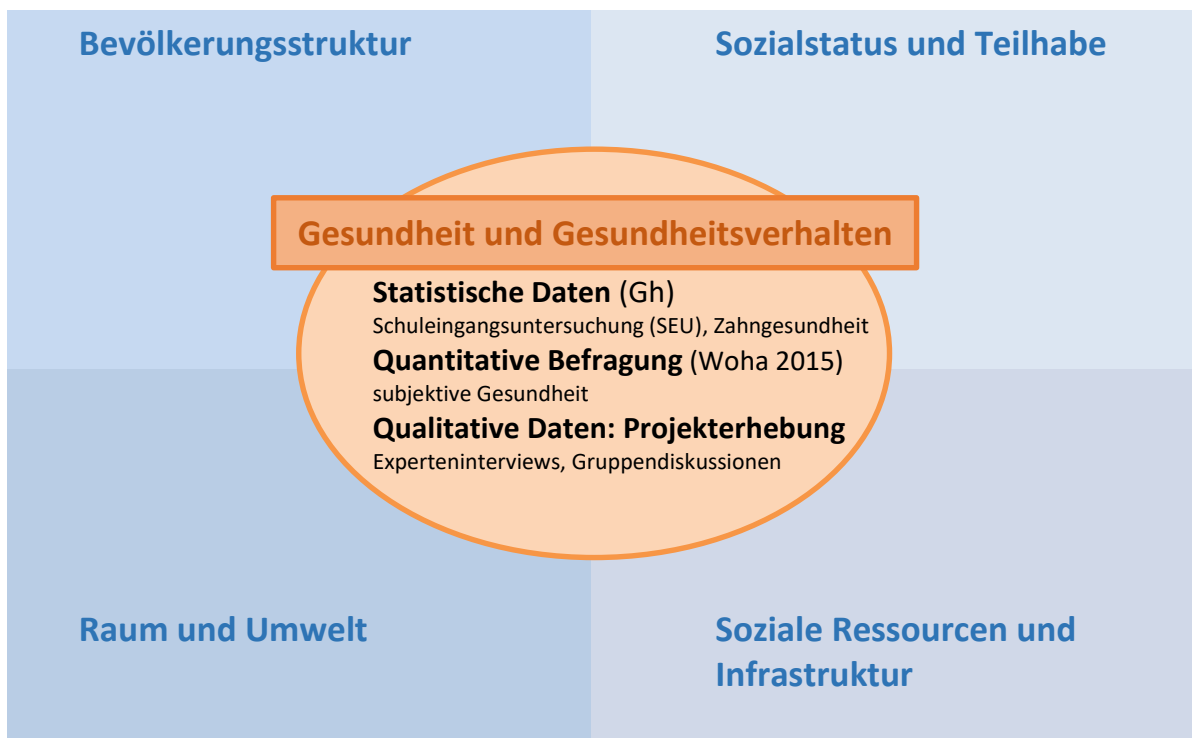
Zur Identifizierung der allgemeinen Bevölkerungsstruktur in den Projektgebieten werden Daten zu Alter, Geschlecht und Haushaltszusammensetzung herangezogen. Die Ungleichheitsdimension wird berücksichtigt durch Daten zu Sozialstatus und sozialer Teilhabe. Zur Analyse der räumlichen Dimensionen fließen Daten zu wohnräumlicher Beschaffenheit und Umweltsituation in die Untersuchung

ein. Schließlich werden die sozialen Ressourcen und die soziale Infrastruktur durch Daten zu sozialer Einbindung, Bewertung der Nachbarschaft und vorhandener Infrastruktur abgebildet.

Im Mixed-Method-Ansatz¹ werden kleinräumige quantitative Daten aus unterschiedlichen Quellen zusammengeführt: statistische Daten (Einwohnermeldestatistik, Arbeitsmarktstatistik), Daten der Wohnungs- und Haushaltserhebung *Leben in Nürnberg 2015* (Wohaus 2015) des Amtes für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth (StA), Daten des Umweltamtes (UwA) zur verkehrsbedingten Lärmbelastung, bioklimatischen Situation und zum Bestand an öffentlichen Grünflächen sowie schließlich qualitative Daten von im Projekt durchgeführten Experteninterviews und Gruppendiskussionen mit sozialpolitischen Arbeitskreisen und unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen.

Zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten liegen ebenfalls kleinräumige Daten vor. Informationen zum Gewicht sowie zur sprachlichen und feinmotorischen Entwicklung von Vorschulkindern stammen aus der amtlichen Schuleingangsuntersuchung (SEU) und vom Zahngesundheitsdienst (ZGD) des Gesundheitsamtes der Stadt Nürnberg (Gh).² Subjektive Daten zur Gesundheit von Erwachsenen stammen aus den Sonderauswertungen der Wohaus 2015 für die Projektgebiete (Abb. 3.2).

Abb. 3.2.: **Gesundheit und Gesundheitsverhalten**



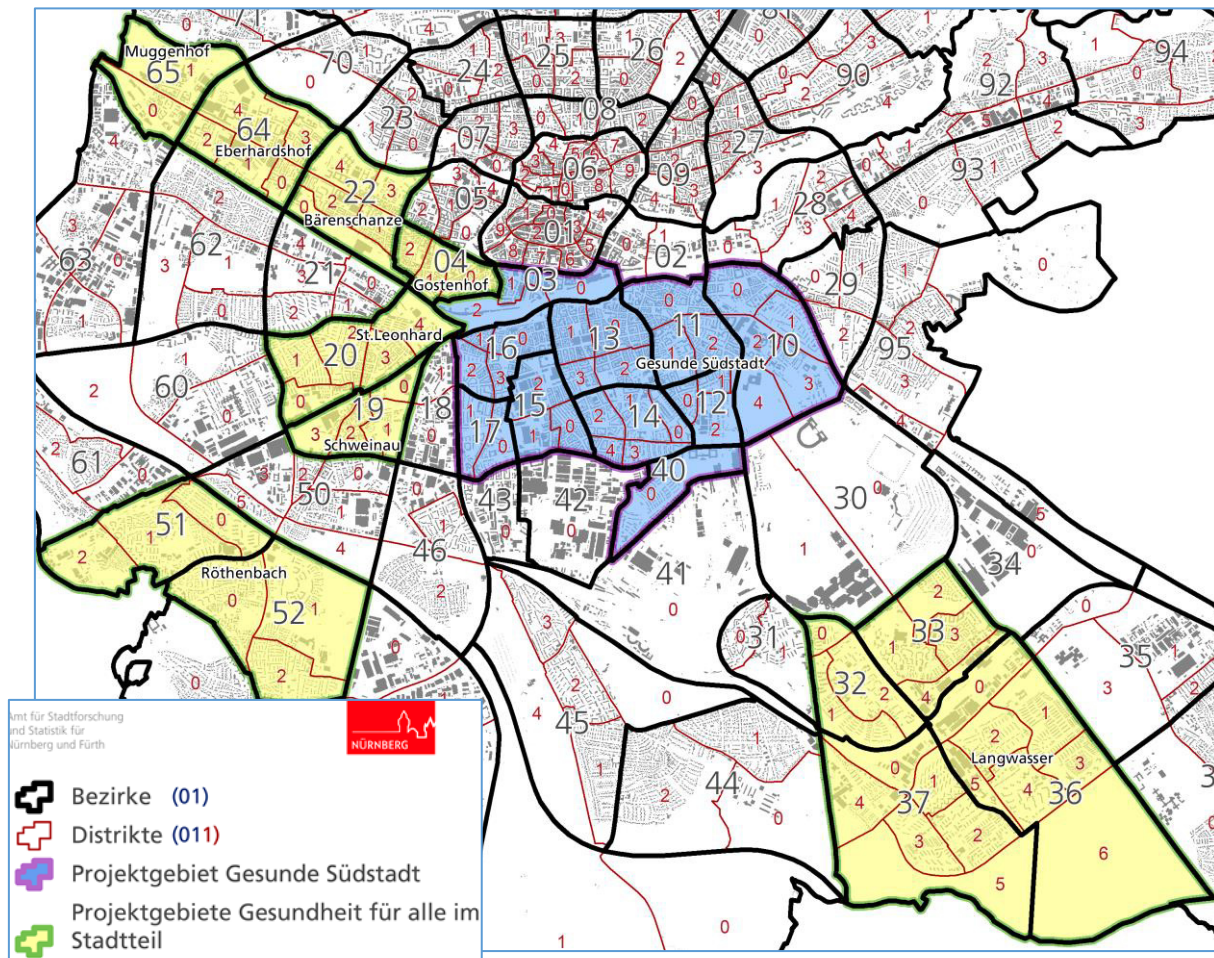
Die Daten der Wohaus 2015 stammen aus dem Jahr 2015. Die statistischen Daten sind, falls nicht anders hervorgehoben, auf dem Stand vom 31.12.2016, um eine Vergleichbarkeit zu ermöglichen. Die Experteninterviews und Gruppendiskussionen wurden in der ersten Projektphase 2017 und 2018 geführt.

Der Zuschnitt der Projektgebiete orientiert sich am Raumbezugssystem des Amtes für Stadtforschung und Statistik. Die Projektgebiete Weststadt, St. Leonhardt/Schweinau, Röthenbach und Langwasser setzen sich aus zwei bzw. vier ganzen statistischen Bezirken zusammen, ohne dass dabei Bezirksgrenzen geschnitten werden (Abb. 3.3.)

¹ Zum Mixed-Method Ansatz siehe beispielsweise Kuckartz (2014).

² Für allgemeine Informationen zur SEU: <https://www.nuernberg.de/internet/gesundheitsamt/einschulung.html>; weiterführend: Oldenhage, Daseking und Petermann (2009) <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0029-1239514>

Abb. 3.3: Lage der Projektgebiete in der Stadt



Das Projekt „Gesundheit für alle im Stadtteil“ bemüht sich damit um die Etablierung nachhaltiger Strukturen der Gesundheitsförderung in Quartieren, deren besonderer sozioökonomischer und städtebaulicher Förderbedarf im Fall der Projektgebiete Weststadt, St. Leonhard/Schweinau und Langwasser auch durch die Aufnahme in die städtebaulichen Förderprogramme Stadtumbau West (Weststadt) bzw. Soziale Stadt dokumentiert ist. Die drei genannten Projektgebiete sind damit Schwerpunkte der Stadterneuerung des Nürnberger Stadtplanungsamtes, mit dessen Quartiersmanagement das Projektteam vor Ort zusammenarbeitet. Gemäß der Sozialraumtypologie des Amtes für Stadtforschung und Statistik überwiegen in den Projektgebieten West und St. Leonhardt/Schweinau Räume des Typ 2 „sozial angespannte Quartiere“; in Langwasser die Typen 2 „sozial angespannte“ und 3 „gemäßigte Quartiere“; in Röthenbach, das als Vergleichsgebiet mit geringer sozialer Belastung in das Projekt aufgenommen wurde, 3 „gemäßigte“ und 4 „etablierte Familienquartiere“ (Tab. 3.1 und Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth 2018).

Mit dieser Orientierung am städtischen Raumbezugssystem lassen sich die statistischen Daten und die Daten der Wohaus 2015 den Projektgebieten direkt zuordnen. Die Gesundheitsdaten aus der SEU und die Daten zur Bildungsteilhabe zum Übergang von der Primar- in die Sekundarstufe liegen auf Ebene der Schulsprengel vor. Die Sprengelgrenzen entsprechen nicht den Gebietsgrenzen der statistischen Bezirke und der Projektgebiete. Für die Auswertung wurden daher auch Sprengel einbezogen, deren Schulen außerhalb des Projektgebiete liegen oder die Gebiete umfassen, die außerhalb der Projektgebiete liegen, sofern diese Sprengel in sozialräumlicher Perspektive als relevant zu betrachten sind, da die Sprengelschulen für die Kinder der Projektgebiete in Frage kommen.

Tab. 3.1: **Statistische Bezirke, Sozialraumtypen, Schulsprengel**

Projektgebiet	Stat. Bezirke	Sozialraumtyp³	zugeordnete Schulsprengel
Weststadt	04 Gostenhof	2	29 GS Knauerstr. 42 GS Reutersbrunnenstr.
	22 Bärenschanze	2 & wenig 5	29 GS Knauerstr. 42 GS Reutersbrunnenstr.
	64 Eberhardshof	2 & wenig 3	56 GS Wandererstr.
	65 Muggenhof	2	56 GS Wandererstr.
St. Leonhard/ Schweinau	20 St. Leonhard	2 & wenig 3	49 Michael-Ende-Schule (früher St. Leonhard) 38 Carl-von-Ossietzky-Schule
	19 Schweinau	2	61 Georg-Paul-Amberger-Schule
Röthenbach	51 R. West	3	20 Birkenwald-Schule
	52 R. Ost	3,4 & 5	44 Helene-von-Forster-Schule
Langwasser	32 LW Nordwest	2 & 3	60 GS Zugspitzstr.
	33 LW Nordost	2, 3 & 5	60 GS Zugspitzstr.
	37 LW Südwest	3 & 4	26 Adalbert-Stifter-GS
	36 LW Südost	2, 3, 4	45 Astrid-Lindgren-Schule 16 Georg-Ledebour-GS

Um gesundheitsbezogene Bedarfe und die allgemeine soziale und gesundheitliche Situation der Bewohner*innen in den Projektgebieten zu ermitteln, wurde zusätzlich zur Auswertung quantitativer Daten eine qualitative Befragung unterschiedlicher Akteure durchgeführt. Diese sind aufgrund beruflicher oder ehrenamtlicher Tätigkeiten Experten sowohl in Bezug auf die Lebenssituation in den Quartieren, als auch zum größten Teil im Hinblick auf die sozialpolitische und (sozial)pädagogische Arbeit in den Quartieren (vgl. zum Expertenbegriff und -interview in der empirischen Sozialforschung Meuser/Nagel 2009)

Weitere Informationen zu spezifischen Zielgruppen und Gesundheitsthemen wurden in Interviews mit Expert*innen eingeholt, die auf Ebene der Gesamtstadt aktiv sind. Die Erhebung diente zugleich dazu, das Projekt „Gesundheit für alle im Stadtteil“ bekannt zu machen, und um Kontakte zu Kooperationspartnern zu knüpfen. Die Befragung von Akteuren im Quartier wurde und wird sukzessive durch Gruppendiskussionen mit Bürger*innen aus den Projektgebieten ergänzt und konkretisiert.

Als Erhebungsinstrument wurde ein Leitfaden für Experteninterviews entwickelt und in allen vier Projektgebieten getestet. Nach Abstimmung der endgültigen Fassung wurde auf Grundlage des Leitfadens für die Quartiere der Leitfaden für die Befragung in der Gesamtstadt verfasst. Der Leitfaden diente dazu, die Interviews auf die Erhebung gesundheitsbezogener Bedarfe im Quartier zu fokussieren. Die Expert*innen wurden um eine Bewertung bestehender Gesundheitsangebote gebeten sowie um eine Einschätzung charakteristischer Bedingungen im Quartier. Sofern die Interviewten diese nicht selbst ansprachen, wurden eventuelle Bedarfe in den Bereichen Ernährung/Bewegung/Alltag, seelische Gesundheit, Umwelt/Verkehr/räumliche Situation sowie soziales Leben und Sicherheitsempfinden von den Interviewer*innen explizit erfragt. Die Expert*innen wurden gebeten, etwaige Bedarfe nach

³ 1: City-/Dienstleistungsquartiere; 2: sozial angespannte Quartiere; 3 gemäßigte Quartiere; 4: etablierte Familienquartiere; 5: neue Wohnquartiere/Insellagen.

Dringlichkeit zu priorisieren. Darüber hinaus wurde nach gesundheitsfördernden Ressourcen im Quartier gefragt. Welche Einrichtungen und Angebote stehen zur Verfügung, welche Nachbarschaftsnetzwerke und Freizeitmöglichkeiten bestehen vor Ort? Wie sicher und nachhaltig stehen diese Ressourcen zur Verfügung? Schließlich waren Zugangsmöglichkeiten zu unterschiedlichen Zielgruppen bzw. etwaige Nutzungsbarrieren bzgl. gesundheitsfördernder Angebote sowie stadtteilbezogene Kooperationen und Netzwerke Bestandteil der Befragung. Zum Ende des Interviews gab es die Möglichkeit, konkrete Erwartungen an das Projekt „Gesundheit für alle im Stadtteil“ zu formulieren und erste Ideen für eine mögliche Zusammenarbeit einzubringen.

Die ausgewählten Expert*innen sind selbst Teil des Handlungsfeldes. Sie sollten Einschätzungen zu gesundheitlichen Themen abgeben können sowie zu einem Quartier und/oder mindestens einer Zielgruppe. Es wurden sowohl Personen mit einer breiten Vernetzung im Projektgebiet einbezogen, als auch solche, die über spezifische Bedarfe und weniger sichtbare Zielgruppen Auskunft geben können. Idealerweise waren die Expert*innen auch als Multiplikatoren für spezifische Zielgruppen ansprechbar.

Tab. 3.2.: Interviewte Expert*innen nach Zielgruppe & Einrichtung/Funktion

	Röthenbach	Weststadt	Leonhard/ Schweinau	Langwasser	Gesamt- stadt	gesamt
nach Zielgruppe						
Kinder/Jugendliche/Familien	4	10	5	4	5	28
Senioren	2	3	1	1	2	9
unspezifisch	5	8	6	7	5	31
nach Einrichtung/Funktion						
stadtteilübergreifende Koordination	1	4	2	1	1	9
Gesundheitsdienste	1	2		1	5	9
Netzwerk		1	3	1	3	8
Zivilgesellschaft	2	2	1	3		8
Kita/Schule/Bildung	2	5	2		1	10
Umwelt/Raum			1		1	2
Beratung/Fürsorge/ Seelsorge	1	2	2	3	1	9
Kultur/Freizeit	4	5	1	3		13
gesamt	11	21⁴	12	12	12	68

⁴ Da die Weststadt mit ihren vier statistischen Bezirken das heterogenste Projektgebiet ist, wurden hier mehr Interviews geführt als in den anderen Projektgebieten.

Um zielgruppenspezifische Bedarfe abzubilden, wurde darauf geachtet, dass pro Projektgebiet mindestens eine Expertin für die Zielgruppen Familien/Kinder/Jugendliche beziehungsweise Senior*innen vertreten war. Zudem sollten mindestens zwei Personen zur Gesamtsituation im Quartier befragt werden. Ergänzend zu den Experteninterviews wurden strukturierte und leitfadengestützte Gruppendiskussionen in zum Teil zielgruppenspezifischen Arbeitskreisen zu gesundheitsbezogenen Bedarfen geführt. Insgesamt 68 Befragungen, davon 64 Experteninterviews mit einer durchschnittlichen Befragungsdauer von 47 Minuten sowie 4 Gruppendiskussionen, konnten im Untersuchungszeitraum realisiert werden. Zur Verteilung auf die Zielgruppen und die Projektgebiet siehe Tab. 3.2.

Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen, verschriftlicht und anonymisiert. Die Gruppendiskussionen wurden anonymisiert protokolliert. Die Daten werden für die Dauer des Projektes gespeichert. Zugriff haben lediglich die zur Verschwiegenheit verpflichteten Mitarbeiterinnen des Projekts. Nach Abschluss des Projekts werden die Tonbandaufnahmen gelöscht. Aussagekräftige Zitate der Expert*innen werden in anonymisierter Form für das Gesundheitsprofil verwendet, Rückschlüsse auf die Befragten oder deren Institution sind dadurch ausgeschlossen. Neben den Experteninterviews wurden zahlreiche Informationsgespräche mit unterschiedlichen Akteuren geführt, die einerseits dazu dienten, sich diesen Akteuren vorzustellen und sie kennenzulernen, aber auch dazu, weitere Bedarfe explorativ zu erfassen. Zu allen Gesprächen wurden kurze Dokumentationen verfasst. Dort genannte Problemlagen fließen mit in die Bedarfsanalyse ein.

Für die inhaltliche Auswertung wurden folgende Kategorien gebildet:

- allgemeine gesundheitliche Rahmenbedingungen im Projektgebiet
- Grundideen der Akteure zur Gesundheitsförderung
- Bedarfe bzgl. Ernährung/Alltagsbegleitung/Gesundheitskompetenzen
- Bedarfe bzgl. Bewegung & Entspannung/Stressbewältigung
- Soziales, Nachbarschaft & Gemeinwesen
- Kooperationen & Netzwerke
- vorhandene Ressourcen im Projektgebiet
- Migrationssensible Versorgung
- Zielgruppen
- Lebensraum, Räumliche- & Umweltbedingungen

Die Orientierung der Auswertungen an diesen Hauptkategorien ermöglichte ein einheitliches Vorgehen und eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse für die einzelnen Projektgebiete. Übergreifende Bedarfe können dadurch ebenso sichtbar gemacht werden wie unterschiedliche soziale und gesundheitliche Problemlagen in den einzelnen Quartieren.

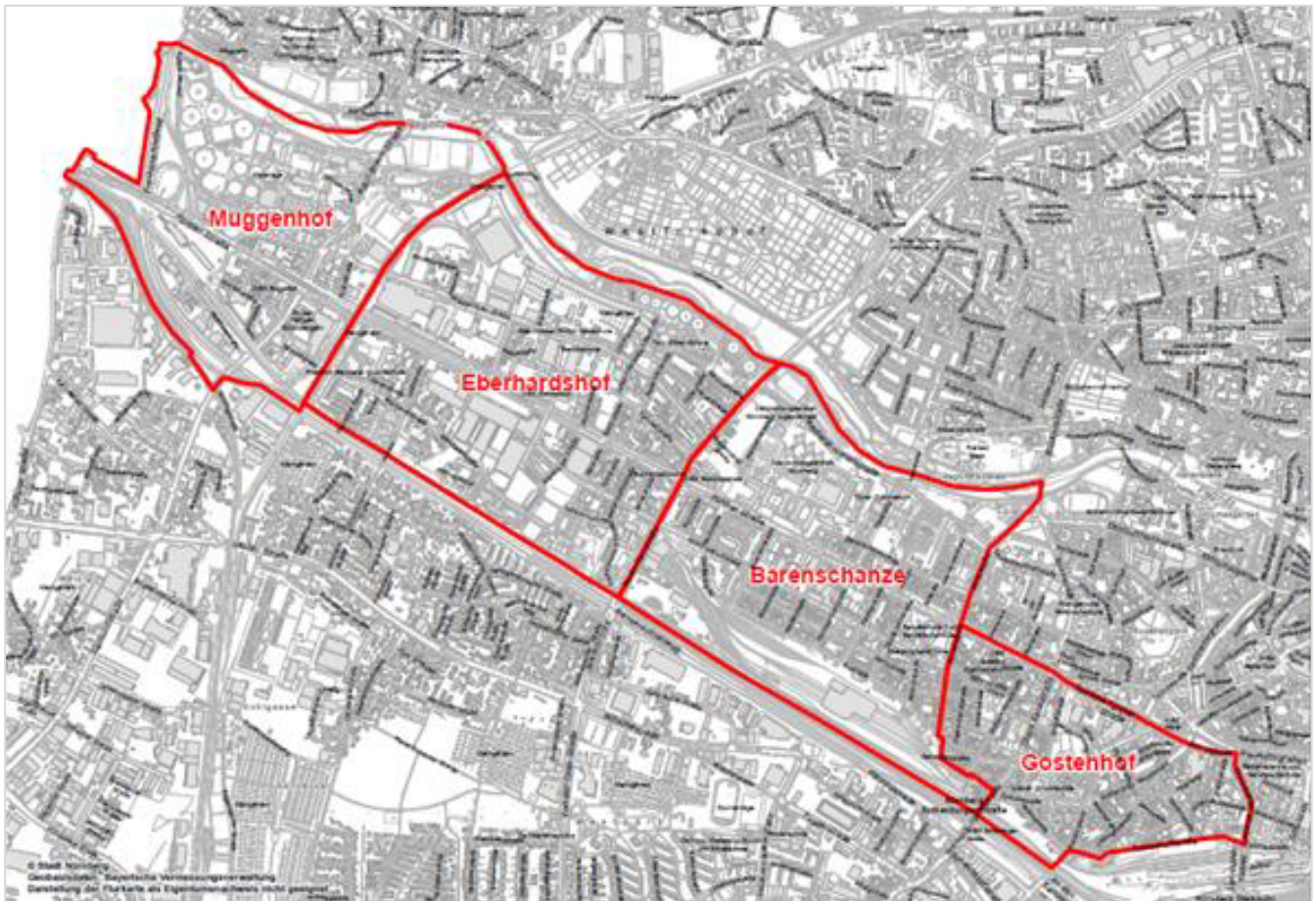
4. Gesundheit in der Nürnberger Weststadt

Die Gesundheit von Menschen wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Wie gesundheitsförderlich sich der oder die Einzelne jeweils verhält, ist dabei nur ein Faktor unter vielen. Von mindestens ebenso großer Bedeutung dafür, ob Kinder und Jugendliche gesund aufwachsen und Erwachsene und Senior*innen gesund bleiben, sind ökonomische und soziokulturelle Rahmenbedingungen sowie räumliche Umweltbedingungen, die als sozialräumliche Kontextbedingungen auf der Ebene des direkten Wohnumfeldes wirken. Diese sozialräumlichen Kontexte sowie Daten zu Gesundheit und Gesundheitsverhalten der Bewohner*innen des Quartiers werden im Folgenden für das Projektgebiet Weststadt dargestellt. Was genau heißt es für die Gesundheitskoordination, in ein benachteiligtes Quartier zu gehen? Hierüber soll die konkrete Skizze eines „individuellen“ Sozialraums Aufschluss geben und damit die adäquate lebensweltsensible und zielgruppengerechte Maßnahmenentwicklung zur Verbesserung von Gesundheitsverhältnissen und Gesundheitsverhalten ermöglichen.

Das Projektgebiet Weststadt besteht aus den vier statistischen Bezirken Gostenhof (04), Bärenschanze (22), Eberhardshof (64) sowie Muggenhof (65) (Abb. 4.1). Im Nordosten ist es größtenteils durch die

Pegnitz, im Südwesten durch den Frankenschnellweg (A73) begrenzt. Gostenhof ist im Norden durch die südliche Fürther Straße, im Osten durch die Steinbühler Straße sowie im Süden durch die Kohlenhofstraße begrenzt. Die Innenstadt ist damit von Gostenhof gut fußläufig erreichbar. Die Bärenschanze, Eberhardshof und Muggenhof sind über den öffentlichen Nahverkehr gut an die Innenstadt angebunden. Muggenhof grenzt im Westen an Fürth, welches vom Projektgebiet aus gut mit der U-Bahn oder über die Fürther Straße zu erreichen ist. Da sich die Bezirke in einzelnen Bereichen zum Teil deutlich voneinander unterscheiden, werden die Ergebnisse im Folgenden nach Bezirken differenziert dargestellt.

Abb. 4.1: **Projektgebiet Weststadt**



Stadt Nürnberg - Amt für Geoinformation und Bodenordnung: Karte Weststadt auf Grundlage von Geobasisdaten der Bayerischen Vermessungsverwaltung, 2018.

4.1. Bevölkerungsstruktur

Im Projektgebiet leben auf einer Fläche von insgesamt 377 Hektar 31.206 Bewohner*innen, was einer Bevölkerungsdichte von 82,8 Personen je Hektar entspricht. Gostenhof ist der flächenmäßig kleinste Bezirk, hier leben 181,9 Personen auf einem Hektar Fläche. Mit einigen Südstadtbezirken (Steinbühl, Galgenhof, Glockenhof) ist Gostenhof damit einer der am dichtesten besiedelten Bezirke Nürnbergs. Der am dünnsten besiedelte Bezirk im Projektgebiet ist Muggenhof, hier leben 28 Personen auf einem Hektar (vgl. Tab. 4.1.). Ein großer Teil der Flächen ist für die Bewohner*innen jedoch nicht nutzbar, da hier große Flächen nicht nutzbar sind, beispielsweise aufgrund von Gleisflächen oder Industrieareale.

Tab. 4.1: **Bevölkerungsdichte**

	PG Weststadt	Gesamt- stadt	Gostenhof	Bären- schanze	Eberhards- hof	Muggenhof
Einwohner je ha	83	28	182	91	75	28
Fläche in ha	377	18 640	52	109	123	93
Einwohner	31 206	529 407	9 462	9 952	9 209	2 583

Quelle: Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth, Stand 31.12.2016; bezogen auf Einwohner am Hauptwohnsitz.

Von 2011 bis 2016 verzeichneten alle Bezirke des Projektgebietes wie auch die Gesamtstadt ein Bevölkerungswachstum (Tab 4.2.). Allerdings ist dieses in der Weststadt mit 10,0% beinahe doppelt so groß wie in der Gesamtstadt. Am relativ stärksten ist die Bevölkerung in Muggenhof gewachsen (+21,8%).

Tab. 4.2. **Bevölkerungsveränderung**

	PG Weststadt	Gesamt- stadt	Gosten- hof	Bären- schanze	Eberhards- hof	Muggen- hof
Veränderung 2011-2016	+ 10,0%	+ 5,2%	+ 12,8%	+ 8,1%	+ 6,4%	+ 21,8%
Einwohner 2011	28 368	503 402	8 386	9 204	8 658	2 120
Einwohner 2016	31 206	529 407	9 462	9 952	9 209	2 583

Quelle: Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth, Bezirksdatenblätter 2016; Stand 31.12.2016

Das Durchschnittsalter im Nürnberger Westen liegt bei 38,6 Jahren und damit etwa 5 Jahre unter dem Altersdurchschnitt in Nürnberg insgesamt (43,2). Im Projektgebiet wohnen überdurchschnittlich viele Menschen im Alter von 25 bis unter 45 Jahren (35,7% der Bevölkerung; gesamtstädtisch 29,5%). Auch der Anteil an Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen unter 25 Jahren ist mit rund 27,1% höher als in der Gesamtstadt (23,7%) (Anhang, Tab. A1).

Im Projektgebiet ist eine verhältnismäßig große Zahl alleinwohnender Personen festzustellen. Vor allem in Gostenhof wohnt mit 37,7% der Erwachsenen ein größerer Anteil allein als in der Gesamtstadt (31,1%) (Tab. 4.3). Besonders hoch ist der Prozentsatz der allein wohnenden Seniorinnen über 65 Jahre. Hier hat vor allem Eberhardshof mit 51,6% einen über dem gesamtstädtischen Schnitt von 43,0% liegenden Wert.

18,2% der Haushalte im Nürnberger Westen sind Familienhaushalte. Dieser Anteil weicht nicht bedeutsam von dem in der Gesamtstadt ab (17,6%). Lediglich in der Bärenschanze ist hier mit 20,4% ein gegenüber der Gesamtstadt etwas größerer Anteil festzustellen. Auffälliger ist dagegen der verhältnismäßig große Anteil von Familien mit mehr als drei Kindern an den Familienhaushalten. Dieser liegt insbesondere in Gostenhof (15,7%) und Muggenhof (19,3%) deutlich über dem gesamtstädtischen Anteil von (10,3%). Etwas höher als in der Gesamtstadt (23,4%) ist auch der Anteil der Alleinerziehenden-Haushalte an den Familienhaushalten, wiederum vor allem in Gostenhof und Muggenhof mit jeweils 27,3%.

Tab. 4.3: Haushaltsformen

	PG Weststadt	Gesamt- stadt	Gosten- hof	Bären- schanze	Eberhards- hof	Muggen- hof
Alleinwohnende⁵						
unter den über 18-Jährigen	33,9%	31,1%	37,7%	31,0%	33,6	31,5
unter den über 65-Jährigen	37,3%	34,9%	38,1%	30,9%	42,2%	36,9%
unter den über 65-Jährigen Männern	29,0%	23,7%	33,6%	25,0%	29,7%	26,6%
unter den über 65-Jährigen Frauen	44,1%	43,0%	42,9%	35,4%	51,6%	46,0%
Familienhaushalte						
Anteil der FH an allen HH	18,2%	17,6%	16,5%	20,4%	17,6%	18,8%
Anteil der HH mit mind. 3 Kindern an allen HH mit Kindern	13,7%	10,5%	15,7%	13,1%	10,9%	19,3%
Anteil Alleinerziehenden- HH an allen Familien-HH	26,4%	23,4%	27,3%	27,1%	24,5%	27,3%

Quelle: Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth, Stand 31.12.2016, eigene Berechnung.

Im Nürnberger Westen leben traditionell Menschen aus vielen unterschiedlichen Kulturen und Herkunftsländern. Nahezu zwei Drittel der Bewohner*innen im Projektgebiet haben einen Migrationshintergrund (MH)⁶ (63,2%), deutlich mehr als in der Gesamtstadt (44,6%). Vergleichen wir die vier statistischen Bezirke des Projektgebiets miteinander, dann leben die meisten Menschen mit eigener oder familialer Zuwanderungsgeschichte (76,9%) in Muggenhof (Tab. 4.4).

Tab. 4.4.: Migrationshintergrund

	PG Weststadt	Gesamt- stadt	Gosten- hof	Bären- schanze	Eberhards- hof	Muggen- hof
Deutsche ohne MH	36,8%	55,4%	36,8%	37,6%	39,7%	23,1%
Deutsche mit MH	20,4%	22,5%	17,2%	19,7%	24,1%	21,7%
Ausländer	42,8%	22,1%	46,0%	42,7%	36,2%	55,2%

Quelle: Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth; Stand 31.12.2016; eigene Berechnung.

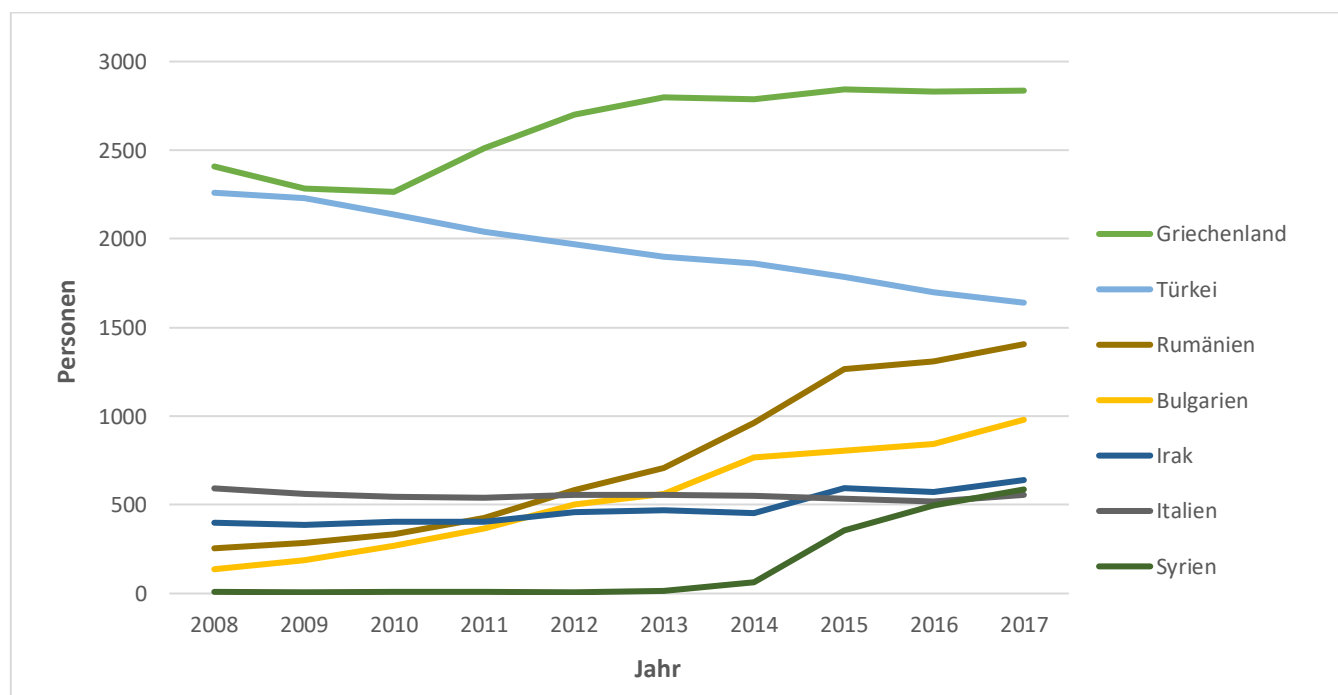
Insgesamt sind im Projektgebiet 126 verschiedene Nationalitäten vertreten (im Vergleich zu 161 in der Gesamtstadt). Die Betrachtung der Entwicklung der Anzahl der Ausländer*innen nach Herkunftsland zwischen 2008 bis 2016 zeigt vor allem einen Anstieg der bulgarischen und rumänischen Bevölkerungsgruppen (Abb. 4.2). Die Anzahl von Menschen aus Rumänien hat sich im betrachteten Zeitraum im Westen verdoppelt, die Zahl der Menschen aus Bulgarien ist um mehr als das sechsfache gestiegen. Auch die Zahl der griechischen Bürger*innen nahm im Westen zu. Ebenso ist seit 2014 eine

⁵ Alleinwohnende wurden berechnet nach Alleinwohnenden in privat Haushalten bezogen auf die Bevölkerung mit Hauptwohnsitz im Projektgebiet. Bezüglich der Anteile der Alleinwohnenden ist zu berücksichtigen, dass unter den Alleinwohnenden ebenso Personen mit Nebenwohnsitz geführt werden und zum anderen Personen in Heimen ausgeschlossen sind, die jedoch in der Gesamtzahl der Hauptwohnsitzbevölkerung enthalten sein können, was den Berechnungen eine gewisse Unschärfe verleiht.

⁶ Eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil bei Geburt nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besaßen. Weitere Informationen zur Erfassung von Menschen mit Migrationshintergrund siehe Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth, Menschen mit Migrationshintergrund in Nürnberg, Statistische Nachrichten N1, 2011, S. 8.

starke Zunahme von Menschen aus Syrien zu beobachten. Einzig die Zahl der Bewohner*innen aus der Türkei ist rückläufig – sowohl bei Ausländer*innen mit türkischem Pass als auch bei türkischstämmigen Deutschen.

Abb. 4.2: **Ausländer*innen nach Herkunftsland im PG Weststadt**



Quelle: Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth; Stand: 31.12.2016; eigene Berechnung und Darstellung.

569 Geflüchtete leben im Projektgebiet in insgesamt 14 Unterkünften (Stand: 31.07.2018). Wie in der Gesamtstadt sind im Projektgebiet ca. zwei Drittel der Geflüchteten männlich (Tab. 4.5). Allerdings sind im Vergleich zur Gesamtstadt die Anteile junger Erwachsener und Erwachsener größer und die der unter 18-Jährigen kleiner. Der Anteil Geflüchteter über 65 Jahren ist im Projektgebiet vernachlässigbar gering.

Tab. 4.5: **Geflüchtete**

	PG Weststadt	Gesamtstadt
Geflüchtete	569	6689
Unterkünfte	14	152
Geschlecht		
Männer	68,8%	67,6%
Frauen	31,8%	31,7%
Alter		
0-17	22,7%	32,1%
18-25	27,8%	22,8%
über 25	49,6%	45,1%
über 65	0,4%	1,7%
„Fehlbeleger“	40,1%	36,6%

Quelle: Datenreport: Flüchtlinge in Nürnberg - Sonderauswertung des Referat Jugend, Familie und Soziales; Stand 31.07.2018; eigene Berechnung

Rund ein Drittel der Bewohner*innen in den Unterkünften sind sogenannte „Fehlbeleger“, das heißt, bereits anerkannte Flüchtlinge, die sich eine Wohnung suchen müssten, aber weiterhin in den Unterkünften leben müssen. Eine mögliche Erklärung für die hohe Anzahl ist die angespannte Situation auf dem Wohnungsmarkt. Die geflüchteten Familien werden in den Experteninterviews als psychisch sehr belastet beschrieben und leiden aufgrund von Flucht- bzw. Gewalterfahrung häufig unter Traumata.

Wie die vorangegangenen Ausführungen zeigen, sind die Bürger*innen mit Migrationshintergrund keine homogene Gruppe. Sie unterscheiden sich bezüglich der Herkunftsländer und Aufenthaltsdauer, danach, ob sie eigene Erfahrungen mit Zuwanderung haben sowie nach ihrem Aufenthaltsstatus und den damit einhergehenden Teilhabemöglichkeiten und Bleibeperspektiven. Bei der Gestaltung von Angeboten zur Gesundheitsförderung gilt es daher, diese migrationssensibel zu gestalten. Es ist mit Sprachmittler*innen zu arbeiten, falls die deutsche Sprache nicht verstanden wird. Und es gilt, gerade bei Neuzugewanderten, die jeweiligen Herkunftskulturen zu berücksichtigen und Angebote kultursensibel, d.h. ggf. auch unter Einbeziehung von Kulturmittler*innen, zu gestalten, da sich Kulturen in ihrer Sichtweise auf Gesundheit unterscheiden können

4.2. Sozialstatus und Teilhabe

Das Projektgebiet ist nicht nur von kultureller Diversität geprägt, sondern auch, zum allergrößten Teil dem Sozialraumtyp 2 „sozial angespannte Quartiere“ zugeordnet, von sozialer Benachteiligung. In den Experteninterviews wird auf die verhältnismäßige Häufung prekärer Lebenslagen hingewiesen.

4.2.1. Arbeitslosigkeit und Transferleistungsbezug nach SGB II

Im Vergleich zur Gesamtstadt ist der Anteil Arbeitsloser an der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter erhöht und liegt bei 7,9% (Tab. 4.6). Auch die Jugendarbeitslosigkeit der 15–24-Jährigen liegt insbesondere in Gostenhof und Bärenschanze über dem Wert der Gesamtstadt.

Der Anteil erwerbsfähiger SGB II-Leistungsberechtigter an der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter liegt im Projektgebiet mit 16,7% deutlich über dem gesamtstädtischen Anteil von 9,2%. Aufgegliedert nach statistischen Bezirken zeigt sich, dass der Wert in Muggenhof mit 18,4% am höchsten, in Eberhardshof mit 15,1% am niedrigsten ist. Die gesonderte Betrachtung der Kinder und Jugendlichen, die in Bedarfsgemeinschaften leben sowie der Bezieher*innen von Grundsicherung im Alter (SGB XII) zeigt ein ähnliches Muster sozialer Benachteiligung im Projektgebiet und seinen Bezirken. Der Anteil der Kinder in Bedarfsgemeinschaften erreicht dabei einen Wert von 35,5%.

Tab. 4.6: **Arbeitslosigkeit & Transferleistungsbezug**

	PG Weststadt	Gesamt- stadt	Gosten- hof	Bären- schanze	Eberhards -hof	Muggen- hof
Arbeitslosigkeit						
Anteil Arbeitsloser an Bev. i. erwerbsf. Alter	7,9%	5,0%	8,2%	8,0%	7,5%	8,3%
Anteil Arbeitsloser unter 25 Jahren an Bev. i. erwerbsf. Alter U25	4,1%	2,7%	4,5%	4,6%	3,5%	3,0%
SGB II-Bezug						
Anteil erwerbsfähiger Leistungsberechtigter an Bev. i. erwerbsf. Alter.	16,7%	9,2%	17,8%	16,6%	15,1%	18,4%
Anteil Kinder unter 18 in Bedarfsgemein. an allen U18	35,5%	18,9%	37,7%	34,4%	26,8%	34,7%
Anteil 18 bis 24-J in Bedarfs-gemein. an allen 18-24J	17,6%	9,3%	16,9%	16,8%	12,3%	17,0%
Grundsicherung im Alter						
Anteil Bezieher Grund-sicherung an allen U65	14,4%	6,2%	18,0%	16,1%	10,5%	16,3%

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit; Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth, Stand 31.12.2016, eigene Berechnung

Aus den Experteninterviews geht hervor, dass armutsgefährdeten Familien im Quartier Geld für Freizeitaktivitäten, Ausflüge oder Urlaub fehlt, was für die Kinder weniger Gelegenheit zur sozialen Teilhabe bis hin zum Erleben von Ausgrenzung bedeuten kann. Viele Familien im Stadtteil sind z. B. durch Trennung, Krankheit, Gewalt und Arbeitslosigkeit multipel belastet, wodurch auch die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben erschwert ist. Auch der Bildungsbericht der Stadt Nürnberg weist darauf hin, dass Muggenhof und Gostenhof durch die hohe SGB II-Quote in den Blick genommen werden müssen, um der Beeinträchtigung des Bildungserfolgs durch sozioökonomische Benachteiligung entgegen zu wirken (BgA/Bildungsbüro, 2017). Kinder, die in Armut bzw. von Armut bedroht aufwachsen, sind häufig auch in ihrer sozialen, kulturellen und gesundheitlichen Entwicklung beeinträchtigt. Insbesondere andauernde Armutserfahrungen können sich negativ auf Bildungsteilhabe und -chancen auswirken. Neben diesen Auswirkungen auf die Teilhabechancen kann sich der Mangel an existenziellen Gütern wie unzureichender Wohnraum, fehlende regelmäßige warme Mahlzeiten oder unzureichender Obst/Gemüse-Verzehr auch direkt auf die Gesundheit auswirken (Laubstein et al., 2016).

Ergänzend zu den statistischen Daten zur Armutsgefährdung im Projektgebiet können Ergebnisse aus der Wohnungs- und Haushaltserhebung 2015 einen Eindruck zur Verbreitung von materiellen Engpässen im Quartier vermitteln. So gab ein Anteil von 34% der befragten Bewohner*innen an, in den letzten zwölf Monaten Schwierigkeiten gehabt zu haben, Ausgaben für Lebensmittel, Miete oder andere Rechnungen zu bezahlen (Tab: 4.7)

Tab. 4.7: **Schwierigkeiten Rechnungen zu bezahlen**

		PG Weststadt	Gesamtstadt
Schwierigkeiten in den letzten 12 Monaten, Ausgaben für Lebensmittel/Miete/andere Rechnungen zu bezahlen?	ja	34%	26%
	nein	61%	70%
	weiß nicht	5%	3%
		N=492 ⁷	N=8223

Quelle: Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth, Wohnungs- und Haushaltserhebung *Leben in Nürnberg* 2015

Der negative Einfluss von Arbeitslosigkeit, insbesondere Langzeitarbeitslosigkeit, auf die Gesundheit ist wohl bekannt, weshalb Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für die Zielgruppe der erwerbslosen Menschen im Projektgebiet von besonderer Bedeutung sind. Arbeitslosigkeit kann sowohl direkt wie indirekt verschiedene Auswirkungen auf den Gesundheitszustand haben. Arbeitslose Menschen weisen ein erhöhtes Mortalitätsrisiko auf, sind häufiger krank, berichten vermehrt über Beschwerden und verhalten sich häufiger gesundheitsriskant (erhöhter Zigaretten- und Alkoholkonsum sowie geringere körperliche Aktivität) (Kroll et al., 2016). Die häufigere Betroffenheit von Beschwerden gilt dabei insbesondere bezüglich psychischer Störungen, ernährungsbedingter und Stoffwechselerkrankungen, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sowie Krankheiten des Nervensystems (Kroll & Lampert, 2012). Dabei müssen auch Geschlechterunterschiede berücksichtigt werden (die Zusammenhänge sind für Frauen weniger stark ausgeprägt).

4.2.2. Bildungsteilhabe

Am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben ist ein zentrales menschliches Bedürfnis und grundlegend für die psychische Gesundheit von Individuen und Gemeinschaften (Butterworth, 2000). Gleichzeitig ist bekannt, dass die sozioökonomische Lage Einfluss auf das Ausmaß der gesellschaftlichen Teilhabe in verschiedenen Bereichen besitzt, z.B. bzgl. der Bildungs- und politischen Teilhabe. Bildungschancen sind abhängig von der sozialen Herkunft. Aktuelle Ergebnisse wie beispielsweise aus der PISA-Studie verdeutlichen dies eindrücklich (OECD, 2016). Auch der Bildungsbericht der Stadt Nürnberg weist darauf hin, dass der sozioökonomischen Lage von Kindern eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden muss, um Bildungserfolge zu unterstützen und möglich zu machen (BgA/Bildungsbüro, 2017). Für die Projektgebiete stehen keine kleinräumigen Daten zum allgemeinen Bildungsstand, Schulabschlüssen oder Schulabbrüchen zur Verfügung, weshalb als Indikator für Bildungsteilhabe die Übertrittquote der Kinder von Grundschulen auf Gymnasien herangezogen wird. Der Vierte Bildungsbericht der Stadt Nürnberg zeigt, dass in Schulsprengeln des Nürnberger Westen ein vergleichsweise geringerer Anteil an Kindern nach der vierten Klasse auf ein Gymnasium wechselt, wie die gemittelten Übergangsquoten am Ende der Schuljahre 2012/13, 2013/14 und 2014/15 zeigen. Das Projektgebiet liegt im 1. Quartil, was einem maximalen Anteil von 31,3% an Übertritten auf das Gymnasium entspricht. In anderen städtischen Gebieten liegt dieser Anteil bei über 55,5%. (BgA/Bildungsbüro, 2017, S.87)

4.2.3. Politische Teilhabe

Auch bei der Beteiligung an politischen Prozessen zeigen sich je nach sozioökonomischer Situation deutliche Unterschiede. Personen, die in relativer Armut leben, weisen eine deutlich geringere politische Beteiligung auf als wohlhabendere Personen. Das Ausmaß, politische Entscheidungsprozesse mitzugestalten und sich am kulturellen Leben beteiligen zu können, steht mit Einkommens- und Vermögensverhältnissen ebenso wie mit Bildung in Zusammenhang (Engels, 2004).

⁷ Bei den Summen der Antworten aus dem Projektgebiet (hier ausgewiesen als N) handelt es sich jeweils um die Anzahl der Befragten in den Projektgebieten (ungewichtet). Die Auswertungen erfolgten mit dem gewichteten Datensatz und ohne Einbeziehung derjenigen, die bei der jeweiligen Frage keine Angabe gemacht haben. Die Prozentangaben beziehen sich demzufolge jeweils auf die gültigen Angaben. Aufgrund der kleinen Fallzahlen in den Projektgebieten unterliegen die Ergebnisse jeweils einer gewissen Schwankungsbreite.

Betrachten wir die Bundestagswahl 2017, fällt die Wahlbeteiligung im Nürnberger Westen mit 62,2% deutlich geringer aus als in der Gesamtstadt (74,2%). Im Vergleich zu den anderen Projektgebieten des Projekts „Gesundheit für alle im Stadtteil“ weist nur St. Leonhard/Schweinau eine noch geringere Wahlbeteiligung auf. Differenziert nach den einzelnen Bezirken war die Wahlbeteiligung in Muggenhof mit 51,0% am niedrigsten. Ganz ähnlich stellt sich auf insgesamt niedrigerem Beteiligungsniveau die geringe politische Beteiligung im Projektgebiet und seinen Bezirken bei der Stadtratswahl 2014 dar (Tab. 4.8).

Tab. 4.8.: **Wahlbeteiligung Bundestagswahl 2017**

	PG Weststadt	Gesamt- stadt	Gosten- hof	Bären- schanze	Eberhards- hof	Muggen- hof
Bundestagswahl 2017	62,2%	74,2%	66,7%	66,9%	64,2%	51,0%
Stadtratswahl 2014	29,7%	44,3%	31,5%	32,2%	31,7%	23,3%

Quelle: Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth, eigene Berechnung.

4.3. Raum und Umwelt

4.3.1. Baustruktur und Wohnumfeld

Wie Menschen wohnen beeinflusst die Lebensqualität und Gesundheit. Prekäre Wohnverhältnisse können sich auf unterschiedliche Weise negativ auswirken: direkt auf die physische und psychische Gesundheit oder indirekt, vermittelt beispielsweise über das persönliche und familiäre Wohlbefinden oder die soziale Integration als vermittelnden Faktoren (Bridge et al., 2003; OECD, 2018). Im Projektgebiet finden wir im Vergleich zur Gesamtstadt (12,5%) einen hohen Anteil alter Wohngebäude vor, die bereits vor 1918 erbaut worden sind, insbesondere in Gostenhof (43,0%) und Bärenschanze (55,5%) (Tab. 4.9). Dieser hohe Anteil an alter Gebäudesubstanz bringt z.T. problematische Wohnverhältnisse mit sich und bedeutet einen erhöhten Bedarf an Maßnahmen zur Modernisierung und Sanierung.

Was die Baustruktur betrifft, besteht im Projektgebiet der Wohnungsbestand zu 79,5% aus Mehrfamilienhäusern mit mindestens drei Wohnungen. Die Ausnahme stellt hier allein Eberhardshof mit einem hohen Anteil an Ein- und Zweifamilienhäusern (26,8%) dar. In der Gesamtstadt hingegen ist ein deutlich größerer Anteil von Ein- und Zweifamilienhäusern festzustellen (64,5%).

Tab. 4.9: **Baustruktur**

	PG Weststadt	Gesamt- stadt	Gosten- hof	Bären- schanze	Eberhards- hof	Muggen- hof
Anteil Wohngebäude (inkl. Wohnheime & Anstaltsgebäude)	57,1%	58,8%	57,1%	59,6%	61,7%	33,1%
Wohnungen nach Baujahr						
bis 1918	40,2%	12,5%	43,0%	55,5%	25,9%	22,6%
1919 – 1948	12,5%	10,7%	7,7%	11,8%	19,8%	6,0%
1949 – 1980	27,8%	53,3%	27,0%	16,0%	38,6%	35,8%
1981 – 2004	14,8%	17,9%	16,9%	11,5%	11,4%	34,7%
2005 und später	4,7%	5,6%	5,4%	5,2%	4,4%	0,9%
Wohngebäude nach Größe (ohne Wohnh. & Anstaltsgeb.)						
Ein- und Zweifamilienhäuser	18,2%	66,0%	14,1%	13,7%	27,1%	14,3%
3 – 9 Wohnungen	52,0%	22,9%	64,9%	51,5%	41,1%	42,9%
10 – 19 Wohnungen	27,2%	9,4%	18,4%	33,0%	29,6%	33,7%
20 und mehr Wohnungen	2,5%	1,6%	2,6%	1,8%	2,2%	9,2%

Quelle: Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth; Stand 31.12.2016; eigene Berechnung

In den Experteninterviews werden vor allem in Bezug auf Gostenhof immer wieder prekäre Wohnverhältnisse thematisiert. Trotz der Stadtteilsanierungen im Rahmen der Stadtteilerneuerungsprogramme der letzten Jahrzehnte sind eine Vielzahl von Wohngebäuden nach wie vor in sehr schlechtem baulichem Zustand. In den Experteninterviews wird von stark beengten bis hin zu gesundheitsschädlichen Wohnverhältnissen berichtet: Ein Teil der Wohnungen sei nicht saniert und ohne warmes Wasser, die Fenster undicht, Feuchtigkeit, Schimmelbefall und hygienische Probleme mit Ungeziefer kämen hinzu. Die Zusammenarbeit mit den Wohneigentümern bzw. Vermietern wird oft als schwierig beschrieben. Die Mieter seien häufig nicht in der Lage, etwas gegen die Vernachlässigung dringender Modernisierungsmaßnahmen zu unternehmen, einige gerieten gar aufgrund hoher Energiekosten in die Verschuldung. Auf der anderen Seite werden Gentrifizierungsprozesse in Gostenhof als nicht minder problematische Kehrseite dieses Zustands geschildert. Durch die zunehmende Verknappung günstigen Wohnraums im Quartier müssten nicht wenige Mieter in ungeeigneten Wohnverhältnissen verbleiben. Eine vom Spiegel in Kooperation mit einem Immobilienforschungsinstitut durchgeführte Studie beziffert die Mietpreissteigerung in Gostenhof in den Jahren 2007 bis 2017 auf einen bundesweiten Spitzenwert von 58% (Jauernig & Ohdah, 2018).

Werden die Bewohner*innen des Nürnberger Westens befragt, wie sie die Wohnsituation vor Ort bewerten, zeigt sich, dass die allgemeine Wohnsituation sowie die Größe der Wohnung deutlich seltener als gut bewertet werden als gesamtstädtisch; wobei immer noch etwas mehr als die Hälfte der Bewohner*innen zufrieden ist. Deutlich schlechter dagegen stellt sich die Bewertung der Gestaltung des Wohnumfeldes dar, hier äußern sich nur noch 32% der Befragten positiv und ein Anteil von 19% wertet diese als schlecht; im Vergleich zu 49% bzw. 63% in der Gesamtstadt.

Tab. 4.10.: **Bewertung der Wohnsituation**

	PG Weststadt	Gesamtstadt
Wohnsituation allgemein		
gut	51 %	68 %
mittel	41 %	28 %
schlecht	8 %	4 %
	N=491	N=8206
Größe der Wohnung		
gut	53 %	63 %
mittel	41 %	31 %
schlecht	6 %	5 %
	N=489	N=8153
Gestaltung des Wohnumfelds		
gut	32 %	49 %
mittel	49 %	41 %
schlecht	19 %	10 %
	N=483	N=7999

Quelle: Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth, Wohnungs- und Haushaltserhebung *Leben in Nürnberg* 2015

4.3.2. Grün- und Freiflächen

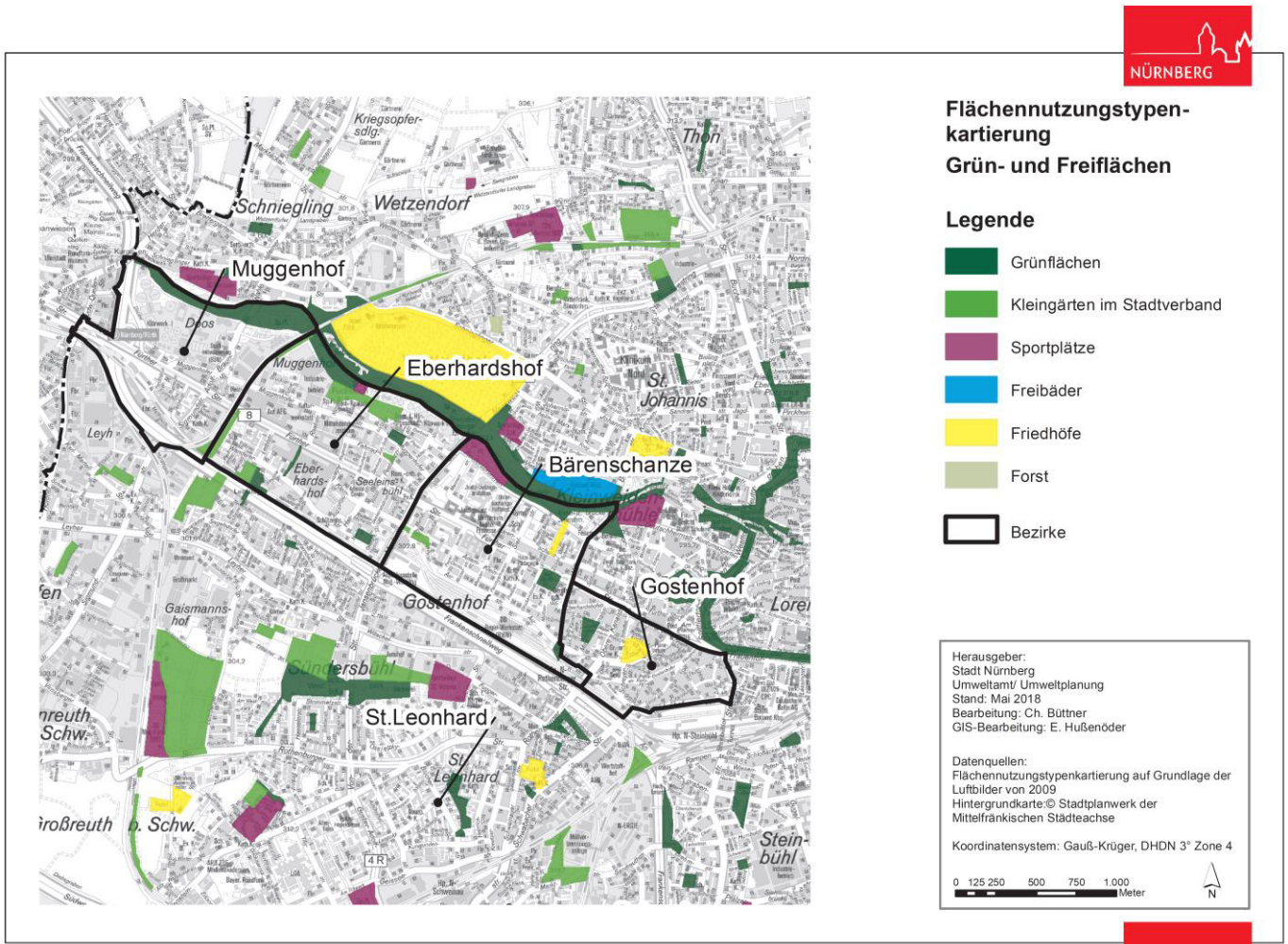
Öffentliche Grünflächen sind nicht nur aus bioklimatischer Sicht wichtig (Kap. 4.3.3), sondern haben weitere vielfältige positive Auswirkungen auf die Gesundheit. Sie dienen der Erholung und sind Räume für Bewegung und Spiel, Entspannung und Naturerlebnis. Der Stellenwert der Erholung im Alltag ist dem Stellenwert des Arbeitens gleich zu setzen. Erholung dient der psychischen und physischen Gesundheit und dem subjektiven Wohlbefinden. Eine gute Ausstattung mit öffentlichen Freiräumen wirkt sich sozial stabilisierend und nachhaltig positiv auf ein Stadtquartier aus (Hilker & Krug-Auerbachs, 2012). Grünflächen in der näheren Wohnumgebung beeinflussen positiv die körperliche Aktivität, fehlende Grünflächen erschweren diese (Mielck, 2012; BMUB, 2015). Gerade für die gesunde Entwicklung von Kindern ist der Zugang zu Natur und eine bewegungsfreundliche Wohnumgebung essentiell (Krug et al., 2018; Louv, 2006a, 2006b).

Neben den Bewegungsmöglichkeiten und den positiven Einflüssen auf die psychische Gesundheit fördern öffentliche Grünflächen auch das soziale Leben (Maller et al., 2009). Von Bedeutung für die Nutzung von Freiflächen sind dabei vier Schlüsselfaktoren:

- eine leichte Zugänglichkeit,
- die Möglichkeit, unterschiedlichen Aktivitäten nachzugehen,
- bequeme Nutzbarkeit, positives Erscheinungsbild und „guter Ruf“ der Freiflächen
- die Möglichkeit zu Begegnung und gemeinschaftlicher Nutzung (PPS, o.J.)

Da die Bevölkerung im Projektgebiet Weststadt häufig über keine eigenen Gärten verfügt, ist sie auf öffentlich zugängliche Frei- und Grünflächen angewiesen. Die Vorbereitenden Untersuchungen Weststadt zur Stadterneuerung konstatieren jedoch einen Mangel an Grün- und Freiflächen sowie ein Spielflächendefizit im Quartier. Darüber hinaus wird Zustand und Ausstattung vorhandener Spielflächen negativ bewertet (Stadt Nürnberg, 2010).

Abb. 4.3.: Grün- und Freiflächen im Projektgebiet Weststadt



Der Blick auf die Kartierung der Grün- und Freiflächen des Projektgebietes sowie Zahlen zum Grünanteil pro Kopf bestätigen diese Feststellung (Abb. 4.3.). Das Pegnitztal grenzt im Norden direkt an das Projektgebiet, ist aber nur für Bewohner*innen dieses äußeren Randes des Quartiers unmittelbar zugänglich. Darüber hinaus sind nur vereinzelte und vergleichsweise kleine Grünflächen vorhanden. In Gostenhof sind dies Flächen wie der Jamnitzerplatz und das Linde-Gelände, in der Bärenschanze der Veit-Stoß-Platz. In Eberhardshof befindet sich südlich der Fürther Straße eine Grünfläche am Leiblsteig sowie als öffentlich-gemeinschaftliches Urban-Gardening Projekt der „Stadtgarten“ auf dem Parkplatz des ehemaligen Quelle-Geländes; nördlich der Fürtherstraße liegt der Heinickeplatz. In Muggenhof stehen den Bewohnerinnen und Bewohnern keine direkt nutzbaren öffentlichen Grünflächen zur Verfügung.

Insgesamt stehen im Projektgebiet etwa 20,2 ha öffentliche Grünflächen zur Verfügung (Berechnung auf Basis der Flächennutzungstypenkartierung 2011 auf Grundlage des Luftbilds 2009 von UWA). Bezogen auf die Grünflächen alleine entspricht dies etwa 6,6 m² pro Einwohner. Diese Zahl relativiert sich, wenn man andere Freiflächen miteinbezieht. Dann entfallen auf jede Einwohnerin 8,8 m² Grün- und Freiflächen. Auch bei Betrachtung der Einwohner je Hektar Gebietsfläche (82,8) sowie der Einwohner pro Hektar Wohn- und Siedlungsbaufächen (260,6) zeigt sich die Verdichtung im Stadtteil. Sportplätze sind nur in der Bärenschanze sowie in Eberhardshof vorhanden. Insgesamt sind 36,03 ha Sportflächen vorhanden. In Übereinstimmung mit den Einschätzungen der Expert*innen zeigt sich auch, dass es wenig Spielflächen gibt: pro Einwohner 1 m² (Datenlieferung UWA; eigene Berechnungen)

Zwar wurden im Projektgebiet in den letzten Jahren unterschiedliche Maßnahmen zur Verbesserung der räumlichen Situation im Quartier in Angriff genommen und auch schon durchgeführt: beispielsweise die Hinterhofbegrünungen, die Öffnung des Schulhofes der Grundschule Knauerstraße als Spielhof, die Umgestaltung des Veit-Stoß-Platzes und jetzt des Jamnitzer Platzes, die Öffnung der DATEV-Gärten für

die Öffentlichkeit und die Errichtung des Quartiersparks Eberhardshof. Dennoch unterscheidet sich die Bewertung der vorhandenen Parks und Grünflächen durch die Bürger*innen deutlich von der in der Gesamtstadt. Sie bewerten die Parks und Grünflächen in der Nähe nur zu 40% als „gut“. In der Gesamtstadt sind dagegen 61% der Befragten mit den Anlagen zufrieden (vgl. Tab. 4.11).

Tab. 4.11.: **Bewertung Parks/Grünflächen in der Nähe**

	PG Weststadt	Gesamtstadt
gut	40%	61%
mittel	34%	26%
schlecht	26%	13%
	N=485	N=8185

Quelle: Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth, Wohnungs- und Haushaltserhebung *Leben in Nürnberg* 2015

Auch in den Experteninterviews wurde zur räumlichen Situation im Stadtteil angemerkt, dass obwohl die o.g. Maßnahmen zu begrüßen seien, im Stadtteil weiterhin wenig attraktive Grün- und Freiflächen vorhanden sind. So fehlten für Kinder Spielbereiche und -flächen und für Jugendliche Rückzugsmöglichkeiten in ausreichendem Maße. Insbesondere bzgl. Eberhardshof und Muggenhof kam in den Experteninterviews mehrfach zur Sprache, dass die Stadtteile durch ihre räumlichen Gegebenheiten nur begrenzt attraktiv seien und wenig Anlässe zur Begegnung bieten. Das Pegnitztal sei nur an wenigen Stelle gut zugänglich, u.a. weil das Klärwerk als Barriere wirke. Die leichter zugänglichen Flächen im Pegnitztal würden im Sommer sehr stark von verschiedenen Zielgruppen genutzt und seien dann beinahe „überfüllt“. Auch der Heinickeplatz erfahre eine starke Nutzung, Ausweichmöglichkeiten zu anderen öffentlichen Flächen in der Nähe fehlten. Hoffnungen richteten sich laut der Expert*innen auf den neuen Quartierspark Eberhardshof. Dieser wird auf dem Gelände des Quelle-Areals auf dem Standort des ehemaligen Busparkplatzes zwischen Wandererstraße, Augsburger Straße und Adam-Klein-Straße entstehen. Für die Bewohner*innen wird damit eine qualitativ hochwertige und zum Verweilen einladende Naherholungsfläche geschaffen. Der Quartierspark soll voraussichtlich ab 2021 genutzt werden können.

4.3.3. Klimatische Situation

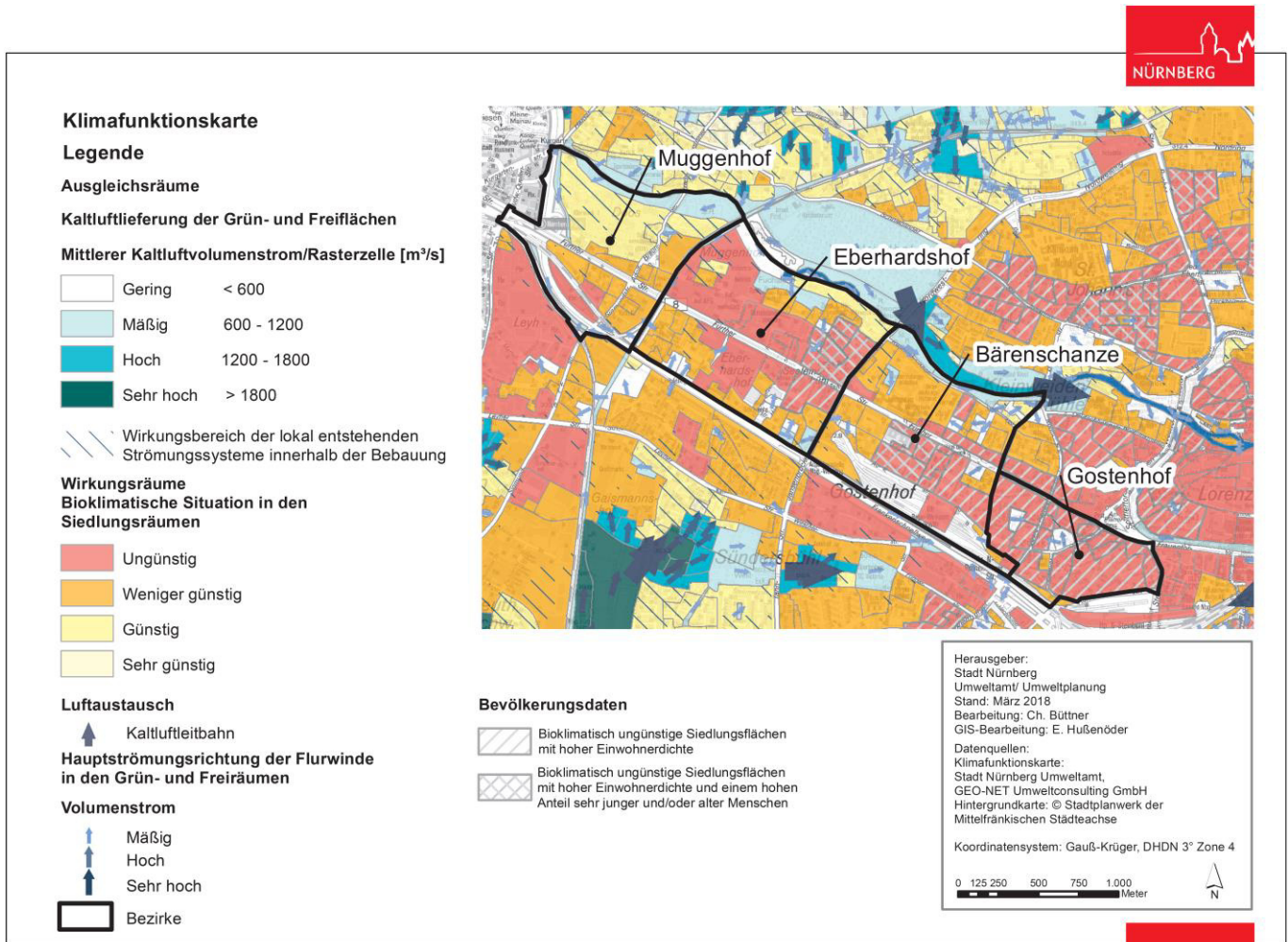
Für die Gesamtstadt wurde im Jahr 2014 ein Stadtklimagutachten⁸ erarbeitet. Die Klimafunktionskarte stellt zum einen die bioklimatische Situation der Siedlungsräume in vier Kategorien von sehr günstig bis ungünstig dar, zum anderen die Grün- und Freiflächen als sogenannte Ausgleichsflächen, die hinsichtlich ihrer Kapazität Kaltluft zu liefern ebenfalls vier Kategorien, gering bis sehr hoch, zugeordnet werden (Abb. 4.4).

In den Bezirken des Projektgebiets Weststadt ist die bioklimatische Situation vorwiegend als ungünstig oder weniger günstig eingestuft. Eine Ausnahme bildet Muggenhof. Hier ist die bioklimatische Situation weniger günstig bzw. günstig. Die als ungünstig bewerteten Siedlungsräume in Gostenhof, Bärenschanze und teilweise in Eberhardshof zeichnen sich durch eine hohe Einwohnerdichte aus, kleine Teilflächen in Eberhardshof und Bärenschanze zusätzlich durch einen hohen Anteil an sehr jungen Einwohnern und/oder alten Menschen.

Ein weiteres Merkmal für alle Bezirke sind fehlende Ausgleichsräume, d.h. Grün- und Freiflächen innerhalb der Bezirke. Sie finden sich lediglich am nördlichen Rand des Projektgebiets, entlang der Pegnitzau. Der Kaltluftvolumenstrom ist im Bereich Muggenhof und Eberhardshof mäßig, der sich vorrangig in Muggenhof günstig auf die Siedlungsräume auswirkt. Im Bereich der Bezirke Bärenschanze und Gostenhof ist der Kaltluftvolumenstrom zwar hoch, wirkt sich aber nicht auf die Siedlungsräume positiv aus.

⁸ Im Auftrag des Umweltamtes der Stadt Nürnberg; Bearbeitung: GEO-NET Umweltconsulting GmbH, 2014

Abb.4.4: Klimafunktionskarte



4.3.4. Lärm- und Luftbelastung

Lärm stellt, neben der Luftbelastung, eine wesentliche gesundheitsrelevante Umweltbelastung dar (Claßen, 2013; Hornberg et al., 2013). Zur Vermeidung gesundheitlicher Risiken sollten 65 dB tagsüber bzw. 55 dB nachts nicht überschritten werden (Umweltbundesamt, 2016).

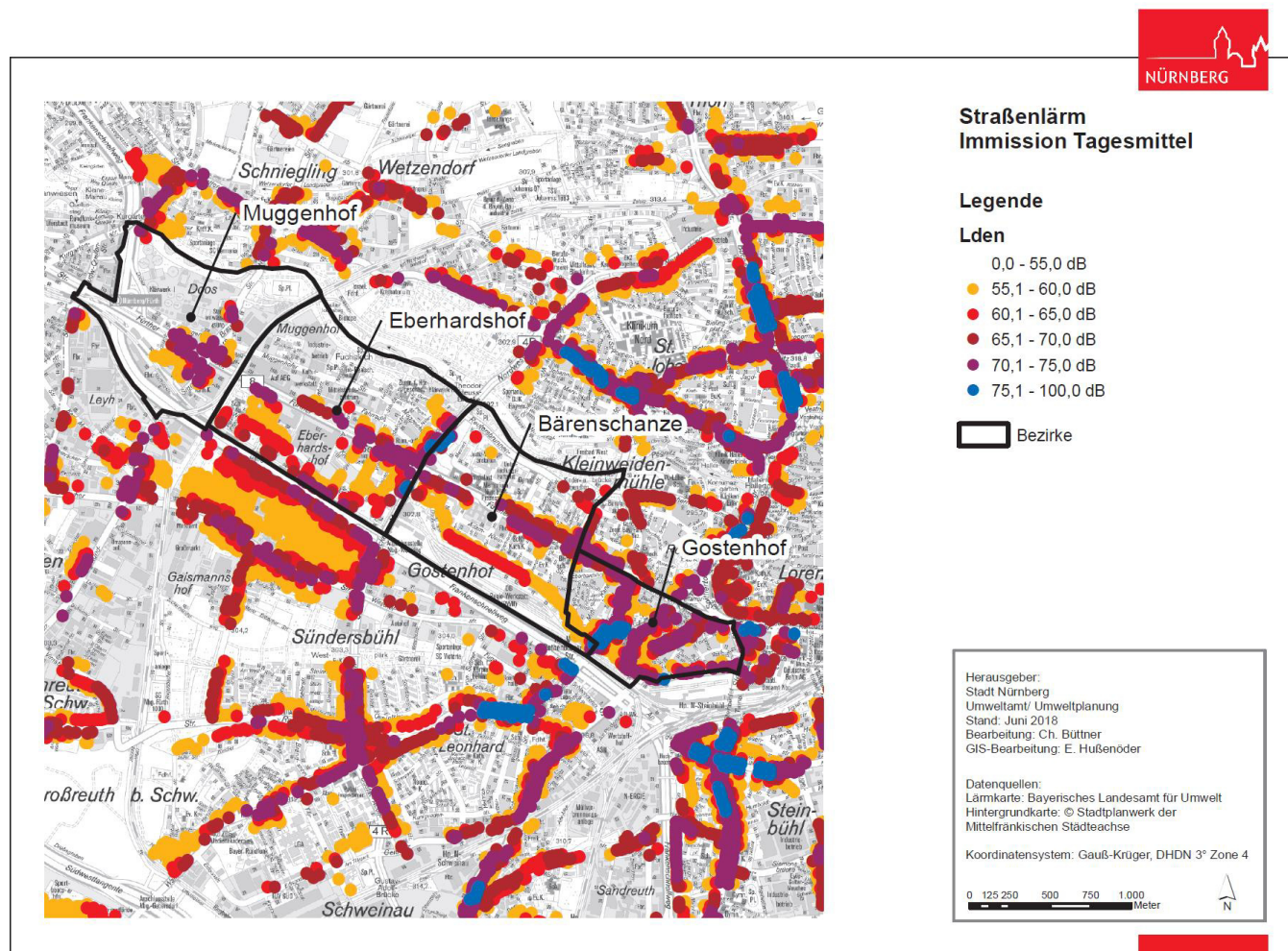
Abb. 4.5 stellt die berechneten Lärmimmissionswerte infolge von Kfz-Verkehr an Wohnhausfassaden punktuell dar. Deutlich wird, dass die Verkehrslärmbelastung sich auf die Straßen mit hohem Verkehrsaufkommen konzentriert und die Lärmwerte überwiegend den Lärmkategorien 65,1-70 dB bzw. 70,1 bis 75 dB zugeordnet sind, vereinzelt auch der Kategorie über 75,1 dB. Orientierungswerte der DIN 18005 werden somit deutlich überschritten. Betroffen sind insbesondere die Fürther Straße, die sich durch alle Bezirke des Projektgebietes zieht und die Maximilianstraße. Gostenhof weist mit der Kohlenhofstraße, der Gostenhofer Hauptstraße, der Rothenburger Straße und der Oberen Kanalstraße einen sehr hohen Anteil lärmbelasteter (Wohn)Straßen auf.

Die Lärmbelastung fällt nachts zwar geringer aus, jedoch werden an den Hauptverkehrsachsen immer noch Werte bis zu 65 dB, in der Austraße bis zu 55 dB berechnet. Auch diese Werte liegen über der Empfehlung. Etwas ruhigere Wohngebiete sind nur in Eberhardshof nördlich der Fürther Straße sowie in Teilen von Muggenhof zu finden.

Problematisch für die Gesundheit ist, dass Lärm das subjektive Wohlbefinden beeinträchtigt und zu nachhaltigen gesundheitlichen Schäden führen kann. Als wichtigste Auswirkungen von Lärm gelten u.a. Schlafstörungen, körperliche Stressreaktionen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Gehörschäden (Babisch, 2011). Lärmauswirkungen hängen vom Geräuschpegel, den spezifischen Lärmcharakteristika

und davon ab, wie Lärm von einer Person wahrgenommen wird (Claßen, 2013; WHO Europe & JRC EC, 2011). Zu beachten ist also, dass Gesundheitsschäden auch unterhalb der gesetzlichen Grenzwerte auftreten können. Gerade eine chronische Lärmbelastung kann nachteilige Auswirkungen auf die Lebensqualität und die Gesundheit haben (Baumeister et al., 2016).

Abb.4.5.: Straßenlärmbelastung im Tagesmittel⁹



Darüber hinaus muss davon ausgegangen werden, dass durch das hohe Verkehrsaufkommen im Stadtteil die Luft stark verunreinigt ist. Für die Gesundheit bedeutsame Schadstoffe sind Feinstaub, Kohlenmonoxid, Stickstoffoxide, Ozon und Schwefeldioxid. Gesundheitsbezogene Auswirkungen können von subjektiv fast unmerklichen Veränderungen bis hin zu akuten Atemproblemen und Husten sowie zur Verschlechterung von Atemwegs- oder Herz-Kreislauferkrankungen reichen (Hornberg et al., 2013; Hurley et al., 2005).

Die subjektive Wahrnehmung der Luft- und Lärmbelastung im Stadtteil aus der Wohnungs- und Haushaltserhebung *Leben in Nürnberg* 2015 bestätigt diese Daten (Tab. 4.12). Mehr als ein Viertel, und damit deutlich mehr Personen als in der Gesamtstadt, bewerten die Lärmsituation (28%) und die Luftqualität (29%) als schlecht. Im Vergleich verschiedener Altersgruppen zeigt sich, dass vor allem Senior*innen die Situation tendenziell als schlechter beschreiben.

⁹ Die Belastung durch Lärm wurde mittels Fassadenpunkten ermittelt. Die Gebäudehöhe wird mit in die Berechnung einbezogen und zeigt die Stärke des Lärms, welcher an den Gebäuden wiederhallt. Im Vergleich zu anderen Darstellungen von Lärm, wird hier nicht die Ausbreitung des Lärms in der Fläche dargestellt.

Tab. 4.12: **Subjektive Wahrnehmung Lärm- und Luftbelastung**

	PG Weststadt	Gesamtstadt
Lärmsituation		
gut	31%	40%
mittel	41%	41%
schlecht	28%	19%
	N=484	N=8206
Luftqualität		
gut	20%	42%
mittel	51%	44%
schlecht	29%	14%
	N=481	N=8142

Quelle: Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth, Wohnungs- und Haushaltserhebung *Leben in Nürnberg* 2015

In den Experteninterviews wurde angemerkt, dass die Luftbelastung durch die Abgase deutlich spürbar sei, gerade beim Laufen entlang der Maximilianstraße sowie der Fürther Straße. Auch der Geruch des Muggenhofer Klärwerks werde von den Stadtteilbewohner*innen, vor allem in den Sommermonaten, als unangenehm wahrgenommen.

4.3.5. Mobilität

Die im Rahmen der Bedarfsanalyse befragten Expert*innen beschreiben das langgezogene und zwischen Eisenbahnschienen, Autobahn und Pegnitzgrund „eingeklemmte“ Projektgebiet als einen Stadtteil langer Wege. In Eberhardshof befindet sich beispielsweise das großflächige ehemalige Quelle-Gelände, das weiträumig umlaufen werden muss. Durch den Wegfall großer Unternehmen wie Quelle und AEG, die Eberhardshof und Muggenhof über Jahrzehnte geprägt haben, hat sich auch die Infrastruktur vor Ort verändert. Nahversorgung und Einzelhandel sind in Teilen weggebrochen, und gerade für ältere und weniger mobile Personen stellt die mangelnde Erreichbarkeit ein Problem dar. Andererseits verfügt der Nürnberger Westen durch die sechs U-Bahn-Haltestellen entlang der Fürther Straße sowie die Nähe zur Autobahn jedoch über eine sehr gute Anbindung an die Nürnberger Innenstadt und nach Fürth. Die Fürther Straße stellt mit über 1,4 km jedoch eine Barriere im Stadtteil dar, die nur eine geringe Zahl von Übergängen bietet und v.a. im Bereich Eberhardshof/Muggenhof aufgrund der oberirdischen U-Bahn problematisch ist. Beobachtungen der Expert*innen weisen darauf hin, dass die Fürther Straße die Stadtteilbevölkerung gewissermaßen teilt und Angebote „auf der anderen Seite“ häufig nicht genutzt werden.

In den Experteninterviews wurde zudem kritisch angemerkt, dass sich die Verbindung vom Stadtteil ins Pegnitztal schwierig gestaltet und mehr einfache Zugänge bereit zu stellen wären. Die vorhandenen Wege zur Pegnitz sind zu steil und bieten deshalb gerade für ältere Menschen keine Möglichkeit für Spaziergänge oder sind nur schwer nutzbar. Auch für Bewohner*innen, die südlich der Fürther Straße leben, ist das Pegnitztal schwer erreichbar. In den Vorbereitenden Untersuchungen zur Stadterneuerung Weststadt wird die Brücke des Leiblsteigs zwar als Möglichkeit genannt, weitere Grünflächen und Naherholungsgebiete zu erreichen, jedoch werden die entsprechenden Fuß- und Radwege als unattraktiv bewertet (Stadt Nürnberg, 2010).

Hinsichtlich der Barrierefreiheit wurde zudem angesprochen, dass Fahrstühle bzw. Rolltreppen an den U-Bahnhöfen häufig nicht funktionierten. Die Mobilität im Stadtteil mit Rollator, Gehstock oder Kinderwagen ist u.a. durch zu schmale oder zugeparkte Gehwege erschwert.

Zur Verkehrssituation im Westen wurde in den Experteninterviews angemerkt, dass die Fahrradstrecke im Westen als einer der gefährlichsten Radwege Nürnbergs gilt. An der Fürther Straße fehlen Radwege,

vorhandene Radwege sind teilweise nicht durchgängig bzw. zu schmal und es kommt zu Konflikten mit Fußgängern. Auf Höhe des ehemaligen Quelleareals wurden mittlerweile Gehwege für Radfahrer freigegeben, jedoch kann dies keine dauerhafte Lösung darstellen.

Unsichere Wege und eine unattraktive Umgebung hindern z. B. Kinder und Jugendliche daran, zu Fuß zu ihren Bildungsstätten zu gehen oder im Freien zu spielen. Bewegungsmöglichkeiten für die Bevölkerung werden reduziert, wie Spaziergänge oder Fußwege und damit körperliche Aktivität, die beiläufig im Alltag passiert (Baumeister et al., 2016). Das Leben in Wohngebieten, die gekennzeichnet sind durch z. B. nahe Einkaufsmöglichkeiten, gut angebundene Straßen, Fußwege oder eine Gestaltung, die Gehen oder Fahrrad fahren fördert, veranlasst allgemein zu mehr körperlicher Aktivität und Bewegung (Bucksch et al., 2012).

4.4. Soziale Ressourcen & Soziale Infrastruktur

4.4.1. Bindung an das Viertel und Nachbarschaft

Der Grad der Integration in Netzwerke hat einen bedeutenden Einfluss auf das Wohlbefinden und die psychische und physische Gesundheit, beispielsweise im Hinblick auf Depressionen, aber auch auf die allgemeine Erkrankungs- und Sterberate (Haverkamp, 2012; Klauer et al., 2007). Eine gute Nachbarschaft stellt eine wichtige soziale Ressource dar. So kann die Einbindung in nachbarschaftliche Unterstützungsnetze Risikoverhalten wie Bewegungsmangel und Rauchen reduzieren und damit z. B. die Wahrscheinlichkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen senken (Schlicht, 2017). Soziale Unterstützung kann demnach als gesundheitliche Ressource betrachtet werden, auf die zur Bewältigung besonderer Risiken und Belastungen zurückgegriffen werden kann. Gerade bei sozial benachteiligten Gruppen ist diese Ressource jedoch oft nur in geringem Maße vorhanden (Lampert et al., 2018; Mielck, 2012).

Im vorliegenden Stadtteilgesundheitsprofil wird die Wohndauer im Quartier als Indikator für die soziale Eingebundenheit herangezogen. Die Wohndauer eröffnet Möglichkeiten, sich im Stadtteil zu verwurzeln und sich die Ressource Nachbarschaft nachhaltig zu erschließen. Sie ist im Nürnberger Westen im Vergleich zur Gesamtstadt deutlich geringer. Tab. 4.13 zeigt, dass vor allem in Gostenhof (43,3%) und Muggenhof (43,5%) verhältnismäßig mehr Menschen weniger als 3 Jahre im Projektgebiet wohnen als in Nürnberg insgesamt (30,8%). Ein deutlich geringer Anteil (9,4% bzw. 9,6%) wohnt mehr als 20 Jahre im Quartier (Gesamtstadt: 30,8%).

Tab.4.13: Wohndauer im Projektgebiet

	PG Weststadt	Gesamt- stadt	Gostenhof	Bären- schanze	Eberhards- hof	Muggenhof
Personen mit Wohndauer von						
unter 3 Jahren	39,5%	30,8%	43,3%	38,0%	36,0%	43,5%
3 – 4 Jahren	13,1%	11,0%	13,4%	14,1%	11,4%	14,0%
5 – 9 Jahren	18,5%	17,9%	17,7%	19,8%	18,3%	16,6%
10 – 19 Jahren	17,3%	20,1%	16,2%	16,7%	19,3%	16,3%
ab 20 Jahren	11,7%	20,1%	9,4%	11,4%	15,0%	9,6%

Quelle: Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth, Stand: 31.12.2016, eigene Berechnung

In eine ähnliche Richtung weisen die Ergebnisse der Wohnungs- und Haushaltserhebung *Leben in Nürnberg* 2015. Hier wurden Bewohner*innen zum Grad ihrer Bindung an ihr Wohnviertel und zu ihrer Umzugsabsicht befragt (Tab. 4.14). Im Vergleich zur Gesamtstadt zeigt sich, dass die Wohnbindung im Nürnberger Westen etwas geringer ist. Ebenso ist die Umzugsabsicht erhöht. 30% der Befragten geben an, dass sie in den nächsten zwei Jahren umziehen wollen, im Vergleich zu 21% in der Gesamtstadt.

Tab. 4.14.: **Bindung an den Stadtteil**

	PG Weststadt	Gesamtstadt
Wie stark fühlen Sie sich an dieses Wohnviertel gebunden?		
sehr stark	16%	17%
stark	34%	41%
weniger stark	34%	31%
kaum oder gar nicht	16%	11%
	N=489	N=8259
Umzugsabsicht		
will in den nächsten 2 Jahren umziehen	30%	21%
will später umziehen	25%	25%
will nicht umziehen	45%	55%
	N=488	N=8206

Quelle: Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth, Wohnungs- und Haushaltserhebung *Leben in Nürnberg* 2015

Die Wohnungs- und Haushaltserhebung *Leben in Nürnberg* 2015 gibt zudem Aufschluss darüber, wie die Bewohner*innen im Nürnberger Westen ihr soziales Umfeld beurteilen. Im Vergleich zur Gesamtstadt fällt die Bewertung der Nachbarschaft deutlich seltener positiv aus. 38% der Befragten bewerten das soziale Umfeld und die Nachbarschaft als „gut“ (Gesamtstadt 50%), 18% als „schlecht“ (Gesamtstadt 9%) (Tab. 4.15).

Tab.4.15: **Bewertung der Nachbarschaft**

	PG Weststadt	Gesamtstadt
Bewertung des sozialen Umfeldes und der Nachbarschaft		
gut	38%	50%
mittel	44%	40%
schlecht	18%	9%
	N=488	N=8204

Quelle: Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth, Wohnungs- und Haushaltserhebung *Leben in Nürnberg* 2015

Soziale Unterstützung kann als wichtige Ressource zur Aufrechterhaltung der Gesundheit auch in Zeiten hoher Belastung dienen. Eine gut funktionierende Nachbarschaft kann eine wichtige Quelle sozialer Unterstützung sein (Berkman & Glass, 2000). Dabei zeigen sich deutliche sozialräumliche Unterschiede bezüglich informeller Nachbarschaftshilfen. Wie eine vom Nürnberger Seniorenamt in Auftrag gegebene Studie der TH Nürnberg zeigt, haben Personen in innerstädtischen Gebieten selten Kontakte zu Nachbarn und der Wunsch nach Gelegenheiten, mit Nachbarn in Kontakt zu kommen, ist groß (Fromm et al., 2018). Gerade bzgl. der Senior*innen wurde in den Experteninterviews von (drohender) Isolation berichtet. Vielen falle das Verlassen der eigenen Wohnungen schwer und es fehle die Gelegenheit zum Kennenlernen von Nachbarn. Dies hat auch Auswirkungen auf die psychische Gesundheit.

4.4.2. Soziale Infrastruktur und Netzwerke

Gerade in Gostenhof und der Bärenschanze befinden sich viele (sozial-)pädagogische und soziokulturelle Einrichtungen sowie zivilgesellschaftliche Initiativen und Vereine. Die Bewohner*innen können im Stadtteil auf eine Vielzahl von Angeboten zur Freizeitgestaltung und auf vielfältige Unterstützungs- und

Hilfeangebote für unterschiedliche Lebensbereiche zurückgreifen. Angebote stehen u.a. durch die Präsenz internationaler Vereine für verschiedene kulturelle Gruppen zur Verfügung. Im Unterschied zu Muggenhof und Eberhardshof sind viele Gostenhofer Einrichtungen und Initiativen schon lange aktiv und daher untereinander gut vernetzt. In Muggenhof und Eberhardshof ist die Dichte an Einrichtungen und Vereinen deutlich geringer, auch wenn sich in den letzten Jahren durch die soziale Stadtentwicklung diesbezüglich einiges zum besseren entwickelt hat.

Für Kinder stehen im Nürnberger Westen verschiedene Einrichtungen zur frühkindlichen Bildung, Erziehung und Betreuung zur Verfügung. Insgesamt sind im Projektgebiet Weststadt (mit Einbezug von Himpfelshof¹⁰) 16 Kinderkrippen mit insgesamt 394 Plätzen und 26 Kindergärten mit 1.228 Plätzen vorhanden (JHA vom 19.04.2018). Darunter sind integrierte bzw. inklusive Einrichtungen, die Kinder mit erhöhtem Förderbedarf aufnehmen und drei Familienzentren¹¹, die verstärkt Eltern- und Erziehungsberatung in die pädagogische Arbeit einbeziehen. Die Einrichtungen befinden sich in freier oder öffentlicher Trägerschaft und haben verschiedene Profile ausgebildet, u.a. die Bewegungs- und Gesundheitsförderung als „Bewegte Kita“ und „Gesunde Kita“. Vier Kindergärten werden als „Haus für Kinder“ geführt. Auch sind zwei der Einrichtungen sogenannte „Ankerkitas“¹² im Rahmen des Programms zur Förderung der Kinderbetreuung für Familien mit Flucht- oder Migrationsgeschichte. Darüber hinaus sind im Projektgebiet Weststadt zwei schulvorbereitende Einrichtungen mit insgesamt 54 Plätzen angesiedelt, die allerdings der Gesamtstadt zur Verfügung stehen. Nichtsdestotrotz wird von den befragten Expert*innen gerade für Gostenhof darauf hingewiesen, dass für Kinder mit besonderen Bedarfen, z.B. bzgl. der Entwicklung sprachlicher und sozialer Kompetenzen, in den Einrichtungen nicht immer eine adäquate Betreuung und Förderung gewährleistet werden kann.

Im Projektgebiet gibt es drei Grundschulen. Die Knauerschule liegt in Gostenhof, die Grundschule Reutersbrunnen liegt streng genommen nicht mehr im Projektgebiet, das Einzugsgebiet der Schülerinnen und Schüler liegt jedoch im Projektgebiet. In Muggenhof befindet sich die Friedrich-Wanderer-Grundschule. Zusätzlich finden sich im Projektgebiet das Sonderpädagogische Förderzentrum an der Bärenschanze sowie zwei schulvorbereitende Einrichtungen (SVE). Auch die Wilhelm-Löhe-Schule, eine evangelische kooperative Gesamtschule, welche Grundschule, Mittelschule, Realschule, Fachoberschule sowie Gymnasium unter einem Dach vereinbart, ist im Nürnberger Westen angesiedelt. Zur Kindertagesbetreuung von Schüler*innen finden sich im Projektgebiet 11 Kinderhorte mit 651 Plätzen (JHA vom 19.04.2018; eigene Berechnungen). Als weiterbildende Schulen befinden sich die Johann-Daniel-Preissler-Mittelschule, die Geschwister-Scholl-Realschule sowie das Albrecht-Dürer-Gymnasium vor Ort; als berufsqualifizierende Einrichtungen das Euro Bildungswerk, das Berufliche Fortbildungszentrum (Bfz) sowie die Berufliche Schulen 2 – Fürther Straße und 5 – Reutersbrunnenstraße. An den Grundschulen sowie den weiterführenden Schulen (mit Ausnahme des Gymnasiums) ist die Nürnberger Jugendsozialarbeit an Schulen (JaS) eingerichtet, die sich an unterstützungsbedürftige Schüler*innen richtet, um deren schulische Ausbildung und soziale Integration zu fördern.

Außerhalb der schulischen Betreuung gibt es für Kinder und Jugendliche im Projektgebiet Weststadt verschiedene offene Einrichtungen. So gibt es im Rahmen der städtischen Kinder- und Jugendarbeit zwei Kinder- und Jugendhäuser, welche für Kinder und Jugendliche ab sechs Jahren Ansprechpartner sind, sowie den offenen Jugendtreff Street´la in der Knauerstraße. Neben Freizeitangeboten zu verschiedenen Themen sowie offenen Treffs, erhalten Kinder und Jugendliche dort Unterstützung und Hilfe bei schulischen, beruflichen sowie Alltagsthemen und -problemen. Ebenso steht sowohl in Gostenhof als auch in Eberhardshof/Muggenhof ein Aktivspielplatz zur Verfügung. Hier können Kinder und Jugendliche unter Anleitung zusammen im Freien spielen, kreativ sein oder gemeinsam kochen und essen; ebenso werden Kunst- und Theaterprojekte, Musik- und Sportangebote und auch Ferienfahrten organisiert.

Zur Unterstützung von Familien gibt es zwar keine städtische Erziehungsberatungsstelle im Projektgebiet, doch wird in den Experteninterviews angemerkt, dass die Beratungsstellen gut übergreifend zusammenarbeiten und somit auch für den Westen in anderen Stadtteilen Anlaufstellen gegeben sind.

¹⁰ Die dortigen Einrichtungen sind hier miteinbezogen, da auch die Planung der Jugendhilfeplanung diese miteinschließt und sie in den Netzwerken und Stadtteilarbeitskreisen des Projektgebietes mit vertreten sind.

¹¹ <https://www.nuernberg.de/internet/kinderbetreuung/familienzentren.html>

¹² https://www.nuernberg.de/internet/kinderbetreuung/bundesprogramm_kitaeinstieg.html

Eine weitere Möglichkeit, sich beraten zu lassen, gibt es in der evangelischen Familienbildungsstätte in der Leonhardstraße. Die Bildungsstätte ist für Familien ein zentraler Anlaufpunkt zu vielfältigen Fragestellungen und Angeboten (u.a. zum Thema Gesundheit). Ebenso bietet Treffpunkt e.V. in Eberhardshof Beratung für Familien an. Kindertagesstätten als Orte für Familien und Familienzentren im Quartier bieten außerdem niedrigschwellige präventive Angebote sowie Beratung zu verschiedenen Themen. Zudem fördern diese den Kontakt der Familien untereinander sowie die Vernetzung im Stadtteil mit anderen sozialen und kulturellen Einrichtungen. In Familienzentren gibt es zusätzlich spezifische familienbezogene Angebote, wie Information und Beratung durch Fachdienste. Verschiedene Elternbildungsprogramme wie HIPPY, PAT, Nürnberger Elternbegleiter und Elternlotsen stehen des Weiteren im Quartier zur Verfügung.

Eine Vielzahl von Migrantenvereinen ist im Nachbarschaftshaus organisiert. Viele dieser Vereine sind aus Eigeninitiativen entstanden und kommen hier selbst organisiert zusammen. Spezielle Angebote und Beratung bieten beispielsweise Tim e.V. (ebenfalls im Nachbarschaftshaus), HeHanI e.V. oder Treffpunkt e.V. Das Internationale Frauen- und Mädchenzentrum (IFMZ) bietet ebenfalls spezifische Beratung und Veranstaltungen vor Ort an. In der evangelischen Familienbildungsstätte gibt es ebenfalls neben Beratung, Deutsch – und Integrationskursen, die Kursreihe „Leben in Bayern“ (u.a. auch zum Thema Gesundheit) sowie das Café Dunya, welches sich an geflüchtete Frauen mit ihren Kindern richtet. Außerdem ist dort das Begegnungszentrum Brücke-Köprü angesiedelt, eine Einrichtung der evangelisch-lutherischen Kirche in Bayern im Dekanat Nürnberg, das sich der christlich-muslimischen Bildungsarbeit widmet.

Neben dem IFMZ dient als Anlaufpunkt für Frauen und Mädchen zu geschlechtsspezifischen Themen das Frauen- und Mädchengesundheitszentrum (FMGZ). Neben Beratung werden dort Gesundheitskurse für Migrantinnen sowie Bewegungs- und Entspannungskurse angeboten. Das „Frauenzimmer“ in Gostenhof ist ein Tagestreff, der speziell für Frauen in schwierigen oder krisenhaften Lebenssituationen eingerichtet ist. Platz für wohnungslose Frauen bietet das Catherine Booth Haus des Nürnberger Sozialwerks der Heilsarmee. Für Männer bietet die Heilsarmee in der Leonhardstraße und Gostenhofer Hauptstraße Platz zum Leben und Wohnen.

Für Senior*innen gibt es im Stadtteil vielfältige Angebote. Neben den Kirchengemeinden bestehen vom Seniorennetzwerk Eberhardshof/Muggenhof/Gostenhof unterschiedliche Angebote, beispielsweise das Café Eberhard sowie das Café Mugg, welche durch Freiwillige organisiert und geleitet werden, oder der Stammtisch auf AEG; das Nachbarschaftshaus bietet u.a. gemeinsames Kochen für Senior*innen in Kooperation mit dem Seniorennetzwerk an. Laut den Experteninterviews ist die Versorgung mit Pflegewohnheimen ausreichend. Auch gibt es ausreichend, auch mehrsprachige, ambulante Pflegedienste, die gewährleisten, dass ältere Personen möglichst lange im eigenen Heim bleiben können. Bei der Angehörigenberatung e.V. Nürnberg, die im Nachbarschaftshaus angesiedelt ist, können sich Menschen, die ältere Personen pflegen oder betreuen, beraten lassen. Die Koordinatorin des Seniorennetzwerkes verweist ältere Menschen des Weiteren auf die Gesundheitsangebote des Projekts „Gesundheit für alle im Stadtteil“.

Im soziokulturellen Bereich finden viele Veranstaltungen, Kurse und Gruppenangebote für verschiedene Zielgruppen in zentralen Einrichtungen im Projektgebiet Weststadt statt. Dazu zählt beispielsweise das Nachbarschaftshaus in Gostenhof oder in Eberhardshof die Kulturwerkstatt „Auf AEG“. Auf die Förderung interkultureller Kompetenzen und eine „Willkommenskultur“ für Neuzugewanderte zielen verschiedene Projekte ab, wie „Gemeinsam im Quartier“ und „Kultur führt zusammen“, angegliedert an das Berufliche Fortbildungszentrum der Bayerischen Wirtschaft Nürnberg. Ebenso organisieren die Kirchengemeinden im Quartier kulturelle Angebote und Ausflüge. In Gostenhof gibt es des Weiteren verschiedene Ateliers, Museen, ein Theater sowie die Stadtteilbibliothek.

Der Versorgungsgrad mit Allgemein- oder Fachärzten, mit Apotheken und anderen Gesundheitsdienstleistern wurde in den Experteninterviews als im Grunde angemessen beschrieben. Problematisch sei aber die Versorgung älterer Personen mit eingeschränkter Mobilität. Für sie sei die Möglichkeit, Hausarztbesuche in Anspruch zu nehmen, nicht in ausreichendem Maß gegeben. Auch wird die Versorgung bei komplexeren, nicht alltäglichen Problemlagen sowie bzgl. der psychischen Gesundheit als schwierig beschrieben. Träger für verschiedene Zielgruppen bieten niedrigschwellige Beratung zum

Thema Gesundheit an. Dennoch sei das Beratungsangebot als auch die Information zu spezifischen Gesundheitsthemen weiter auszubauen.

Speziell für Kinder, Jugendliche und Familien zuständig ist der Kinder- und Jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes; zum einen in Form von Beratungsangeboten, zum anderen für die Durchführung der jährlichen Schuleingangsuntersuchung. Die bis vor kurzem durchgeführte freiwillige Untersuchung von Kindern im mittleren Kindergartenalter mit dem Ziel, Unterstützungsbedarfe frühzeitig festzustellen und in entsprechende Unterstützungsmaßnahmen überleiten zu können, musste 2017 infolge knapper Personalressourcen vorübergehend eingestellt werden.

Auch Sportvereine wie der Post-Sportverein e.V. und die Sportvereinigung Gostenhof 03 e.V. sind im Projektgebiet aktiv. Informationen zu Sport- und Bewegungsangeboten für Kinder bis 10 Jahre als auch eine Übersicht der Spiel- und Sportplätze in ausgewählten Nürnberger Stadtteilen sind beispielsweise in der „kids aktiv“ Broschüre des SportService der Stadt Nürnberg zu finden¹³. Neben Sportvereinen gibt es vielfältige Bewegungsangebote der Einrichtungen vor Ort.

Im Rahmen dieses Stadtteilgesundheitsprofils wird versucht exemplarisch Überblick über spezifische Angebote im Quartier zu geben. Eine umfassendere und um Vollständigkeit bemühte Auflistung der im Projektgebiet aktiven Einrichtungen, Institutionen und Vereine sowie weitere Informationen zu sozialen, kulturellen und gesundheitlichen Angeboten ist unter www.stadtteilforum.org zu finden. Zudem erfolgt im Nürnberger Westen aktuell im Rahmen des Bildungsmonitorings der Regiestelle Sozialraumentwicklung im Sozialreferat der Stadt Nürnberg eine Bestandsanalyse zu Angeboten und deren Nutzung (Bildungsbericht West, im Druck).

Seitens der Regiestelle Sozialraumentwicklung im Referat für Jugend, Familie und Soziales der Stadt Nürnberg, ist seit Dezember 2007 in Eberhardshof/Muggenhof und seit Oktober 2008 in Gostenhof/Bärenschanze insgesamt eine Personalstelle vom Jugendamt der Stadt eingerichtet. Zu den Aufgaben der Stadtteilkoordination gehören der Aufbau und die Pflege tragfähiger Netzwerkstrukturen. Sie koordiniert die lokalen Netzwerke wie den „AK Kitas, Horte, Grundschulen“ und den Stadtteilarbeitskreis Muggeley. Für den Stadtteilarbeitskreis Gostenhof West gibt es zwei gewählte Sprecher, die für den Arbeitskreis zuständig sind. Zentral koordiniert wird der Stadtteilarbeitskreis vom Nachbarschaftshaus Gostenhof. Der Stadtteilarbeitskreis Gostenhof Ost wird von zwei engagierten Bürgern organisiert und geleitet. Die Stadtteilpatenschaft, ebenfalls angesiedelt bei der o.g. Regiestelle Sozialraumentwicklung, ist ein Modell für die Zusammenarbeit zwischen der Kommune und Unternehmen, Stiftungen und gemeinnützigen Organisationen. Diese engagieren sich im Rahmen einer Patenschaft mehrjährig (auch finanziell) für einen Nürnberger Stadtteil. Dadurch sollen in einzelnen strukturschwachen Quartieren zielgerichtet Maßnahmen unterstützt werden. Besonders Bedingungen des Aufwachsens sollen gestärkt werden. Im Nürnberger Westen sind die Stadtteilpaten in Gostenhof die Brochier-Stiftung und in Eberhardshof der Rotary-Club Nürnberg-Fürth. Das gesamte Gebiet Eberhardshof/ Muggenhof/ Gostenhof wird zudem vom Rotary-Club Nürnberg-Neumarkt durch das Projekt "Dabei sein. Das kann ich mir leisten." mit gesundheitsfördernden Angeboten für ältere Menschen, die mit dem Geld rechnen müssen, unterstützt.

Seit 2011 ist der Nürnberger Westen Stadterneuerungsgebiet im Bundesprogramm „Soziale Stadt“ für Quartiere mit besonderem Entwicklungsbedarf¹⁴. Organisatorisch angebunden an Stadtplanungsamt/ Stadterneuerung entwickelt und koordiniert das Quartiersmanagement vor Ort (städte-) bauliche Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds. Auch die Förderung von Bürgerbeteiligung sowie des sozialen und kulturellen Stadtteillebens zählen zu den Aufgaben. Das Quartiersmanagement ist im Quartiersbüro an der Fürther Straße, Höhe Eberhardshof, ansässig. Es bietet zudem Räumlichkeiten für verschiedene Akteure im Stadtteil.

Das Seniorennetzwerk West ist seit Oktober 2016 im Stadtteil etabliert. Hier finden Senior*innen und deren Angehörige Informationen und Beratung. Ziel ist außerdem die Stärkung von Nachbarschaft und Ehrenamt

¹³ https://www.nuernberg.de/internet/sportservice_nbg/kidsaktiv.html

¹⁴ Gefördert über die Städtebauförderungsprogramme „Soziale Stadt“ und „Aktive Stadt- und Ortsteilzentren“ von Bund und Freistaat Bayern, siehe: https://www.nuernberg.de/internet/gb_weststadt/startseite.html

sowie die Prävention und Gesundheitsförderung. Alle drei Monate trifft sich der „Runde Tisch der Senioren“, der der Vernetzung der Akteure dient.

Alles in allem scheint die Versorgung mit Angeboten für die verschiedenen Zielgruppen und in verschiedenen Bereichen (Bildung, Kultur und Freizeit, Beratung etc.) gut und ausdifferenziert. Dennoch gibt es vielfältige Bedarfe, die in den Experteninterviews angesprochen wurden und die in Kapitel 5 genauer beschrieben werden.

4.5. Gesundheit und Gesundheitsverhalten

Im Folgenden wird die gesundheitliche Situation von Kindern anhand von Daten aus der für Familien verpflichtenden Schuleingangsuntersuchung (SEU) der Jahre 2011/12-2015/16 und anhand von Daten des zahnärztlichen Gesundheitsdiensts aus Reihenuntersuchungen von Kindern in Bildungseinrichtungen dargestellt. Die gesundheitliche Situation der Erwachsenen wird anhand subjektiver Daten zur Einschätzung der Gesundheit aus der Wohaus 2015 des Amtes für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth beschrieben. Sie werden ergänzt durch Einschätzungen der gesundheitlichen Lage der Bewohner*innen des Quartiers, die die Akteure aus dem Stadtteil in den Experteninterviews gegeben haben.

4.5.1. Kinder – Schuleingangsuntersuchung (SEU)

Das Vorschulalter ist für eine gesunde Entwicklung und als Basis für die Gesundheit im Erwachsenenalter von besonderer Bedeutung. Gesundheitliche Risiko- wie Schutzfaktoren werden schon in der Kindheit erworben und können lebenslang bis ins hohe Alter hinein wirken (Lampert, 2010). Die KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zeigt, dass Kinder aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status allgemein einen schlechteren Gesundheitszustand und häufiger psychosomatische Beschwerden und mentale Probleme aufweisen (Poethko-Müller et al., 2018). Passend zu diesem Befund schätzen Eltern mit niedrigem sozioökonomischem Status die Gesundheit ihrer Kinder deutlich häufiger als mittelmäßig oder schlecht ein (Poethko-Müller et al., 2018).

Zuständig für Kinder und Jugendliche im Quartier ist der Kinder- und Jugendärztliche Dienst (KJÄD) des Gesundheitsamtes. Er bietet Beratungsangebote an und führt jährlich die Schuleingangsuntersuchung (SEU) durch. Die bis vor kurzem mögliche zusätzliche freiwillige Untersuchung von Kindern im mittleren Kindergartenalter (mit 4-5 Jahren), die darauf abzielte, Unterstützungsbedarfe frühzeitig festzustellen und in entsprechende Maßnahmen überzuleiten, musste 2017 wegen Personalknappheit eingestellt werden.

Die Teilnahme an der SEU ist gesetzlich verpflichtend und dient in erster Linie zur Beurteilung der Schulfähigkeit von Kindern. Aus bevölkerungsmedizinischer Sicht ist die SEU eine der wichtigsten Datenquellen in Deutschland, weil sie eine jährliche Vollerhebung der abgefragten und geprüften soziodemographischen und medizinischen Indikatoren von Vorschulkindern darstellt. Sie ist eine Pflichtaufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit bayernweit verbindlich vorgegebenen Zielen und Inhalten.

Seit 2002 besteht die SEU aus einem zweistufigen Verfahren: Alle Kinder eines Jahrgangs werden in der ersten Stufe durch eine Pflegekraft des KJÄD gescreent. Dabei werden die sprachlichen, motorischen und wahrnehmungsbezogenen Fähigkeiten in Nürnberg einer standardisierten Testung unterzogen. Bei einem auffälligen Screening, bei Fehlen der U9, bei Besuch einer schulvorbereitenden Einrichtung oder auf speziellen Wunsch der Eltern bzw. der Schule findet in der zweiten Stufe eine Untersuchung durch eine Schulärztin oder einen Schularzt des KJÄD statt (Nennstiel-Ratzel & Hachmeister, 2018).

Im Folgenden wird die gesundheitliche Lage von Kindern durch ausgewählte Indikatoren aus der SEU beschrieben. Die Angaben aggregieren die Daten der für das Projektgebiet relevanten Schulsprengel. Auswertungen für einzelne Sprengelbereiche finden sich im Bericht der SEU 2011/12–2015/16 (Stadt Nürnberg - Gesundheitsamt, im Druck).

Für das Projektgebiet West sind folgende Sprengel einbezogen:

- 29: Knauerschule
- 42: Reutersbrunnenschule
- 56: Friedrich-Wanderer-Schule

Zwischen 2011/12 und 2015/16 wurden insgesamt 1917 Kinder in diesen Sprengeln untersucht. Zur besseren Vergleichbarkeit werden nur Indikatoren analysiert, die bei allen Kindern im Vorschulalter erhoben wurden.

Tab.4.16: **Bei SEUs untersuchte Kinder 2011–2016 im Projektgebiet Weststadt**

Schuljahr	Anzahl SEU	Anteil Jungen	Anteil Kinder mit Migrationshintergrund
2011/12	329	50,2%	68,2%
2012/13	345	53,9%	70,6%
2013/14	403	53,1%	67,6%
2014/15	400	53,0%	73,4%
2015/16	440	56,3%	65,0%

Quelle: Gesundheitsamt Stadt Nürnberg, SEUs 2011 – 2016, *eigene Berechnung*

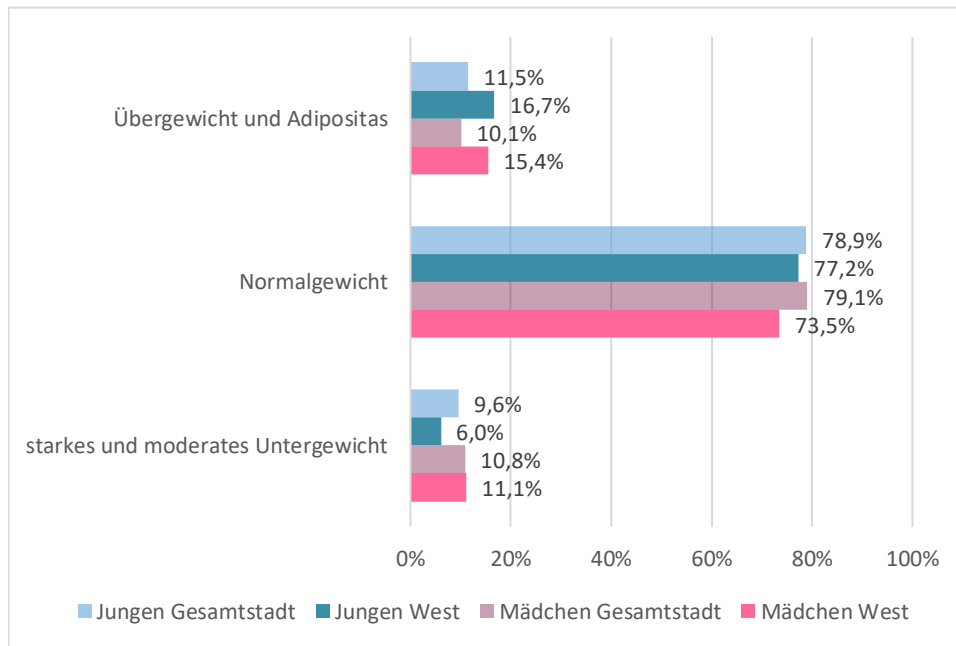
Zur Einordnung des Gewichts von Kindern und Jugendlichen kann der Body-Mass-Index¹⁵ (BMI) herangezogen werden. Zur Beurteilung von Untergewicht und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen müssen die alters- und geschlechtsspezifischen Normwerte des BMI berücksichtigt werden (Kromeyer-Hauschild et al., 2001). Deshalb wurde der BMI anhand der Kromeyer-Hauschild-Perzentilen für Mädchen¹⁶ und Jungen¹⁷ in starkes und moderates Untergewicht, Normalgewicht, moderates Übergewicht und Adipositas eingeteilt (vgl. Anhang, Abb. A1 und Abb. A2). Da die Kinder im Median 5,9 Jahre alt sind, wurden die Perzentilkurven für sechsjährige Kinder verwendet. Tendenziell könnte dadurch der Anteil untergewichtiger fünfjähriger und übergewichtiger siebenjähriger Kinder in den Grenzbereichen leicht unterschätzt werden. Praktisch sind davon aber kaum untersuchte Kinder betroffen.

¹⁵ Der BMI berechnet sich aus dem Körpergewicht [kg] dividiert durch das Quadrat der Körpergröße [m²]

¹⁶ Werte für die Kategorienbildung bei Mädchen: starkes Untergewicht: <12,91 kg/m²; moderates Untergewicht: 12,92-13,58 kg/m²; Normalgewicht: 13,59-17,99 kg/m²; moderates Übergewicht: 18,0 – 19,67 kg/m²; starkes Übergewicht: >19,67 kg/m²

¹⁷ Werte für die Kategorienbildung bei Jungen: starkes Untergewicht: <13,17 kg/m²; moderates Untergewicht: 13,18-13,78 kg/m²; Normalgewicht: 13,79-17,86 kg/m²; moderates Übergewicht: 17,87 – 19,44 kg/m²; starkes Übergewicht: >19,44 kg/m²

Abb. 4.6.: Gewichtsverteilung in der Gesamtstadt und im Projektgebiet Weststadt



Quelle: Gesundheitsamt Stadt Nürnberg, SEU 2015/16, eigene Berechnung und Darstellung

Im Projektgebiet Weststadt sind die Anteile der Übergewichtigen sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen im Vergleich zum Wert der Gesamtstadt höher (Abb. 4.6). Von Untergewicht sind im Projektgebiet West verglichen mit der Gesamtstadt etwas weniger Jungen betroffen, bei Mädchen unterscheiden sich die Werte nicht. Sowohl gesamtstädtisch als auch im Projektgebiet ist der Anteil von Kindern mit Übergewicht bei Jungen höher als bei Mädchen. So zeigen bspw. die Daten der SEU im Schuljahr 2015/2016 bei Adipositas einen Unterschied zwischen Mädchen und Jungen von knapp zwei Prozentpunkten. Hinsichtlich des Untergewichts ist gesamtstädtisch dagegen der Anteil der Mädchen mit 1,2 Prozentpunkte kaum höher als der der Jungen, im Projektgebiet Weststadt verschärft sich der Unterschied zwischen Jungen und Mädchen auf 5,1 Prozentpunkte. Gesamtstädtisch ist der Anteil von untergewichtigen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund nahezu gleich.

Vergleichen wir die Ergebnisse der SEUs 2014/2015 von Nürnberg und Bayern zeigt sich gerade beim Übergewicht ein großer Unterschied. Mit einem Anteil von 14% im Projektgebiet Weststadt sind deutlich mehr Kinder übergewichtig als bayernweit (8%). Untergewichtig sind im Projektgebiet Weststadt um drei Prozentpunkte weniger Kinder als in Bayern. Die Ergebnisse für Bayern zeigen ebenso wie die Ergebnisse für das Projektgebiet Weststadt, dass Kinder mit Migrationshintergrund häufiger übergewichtig bzw. adipös sind (Nairz et al., 2017).

Die aktuellsten KiGGS-Daten deuten in eine ähnliche Richtung. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass sich die Zahlen auf Mädchen und Jungen im Alter zwischen 3 und 17 Jahren beziehen, die hier vorhergehend genannten Zahlen auf Kinder vor der Einschulung (5 - max. 7 Jahre). So sind 10% der von KiGGS untersuchten Kinder übergewichtig und 5,4% adipös (vgl. Weststadt Übergewicht: 8,8% und Adipositas: 6,8%). Auch zeigen die KiGGS-Daten, dass Kinder mit einem niedrigen sozioökonomischen Status häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen sind. In den beiden Befragungswellen (2009-2012 und 2014-2017) seit der Basiserhebung (2003-2006) sind die Prävalenzen unverändert und auf diesem hohen Niveau stabil geblieben (Schienkiewitz et al., 2018).

Übergewicht ist neben einer ungesunden Ernährung (u.a. starkem Zuckerkonsum) auch auf mangelnde Bewegung zurückzuführen. Deutschlandweit zeigen die Ergebnisse der KiGGS-Studie (2014–2017), dass sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche häufiger zuckerhaltige Getränke konsumieren. Ein aus Sicht

der Public Health erfreulicher Befund ist, dass sich seit der ersten Erhebung (2003–2006) der Anteil an Kindern und Jugendlichen, die angeben, zuckerhaltige Erfrischungsgetränke zu konsumieren, verringert hat (Mensink et al., 2018).

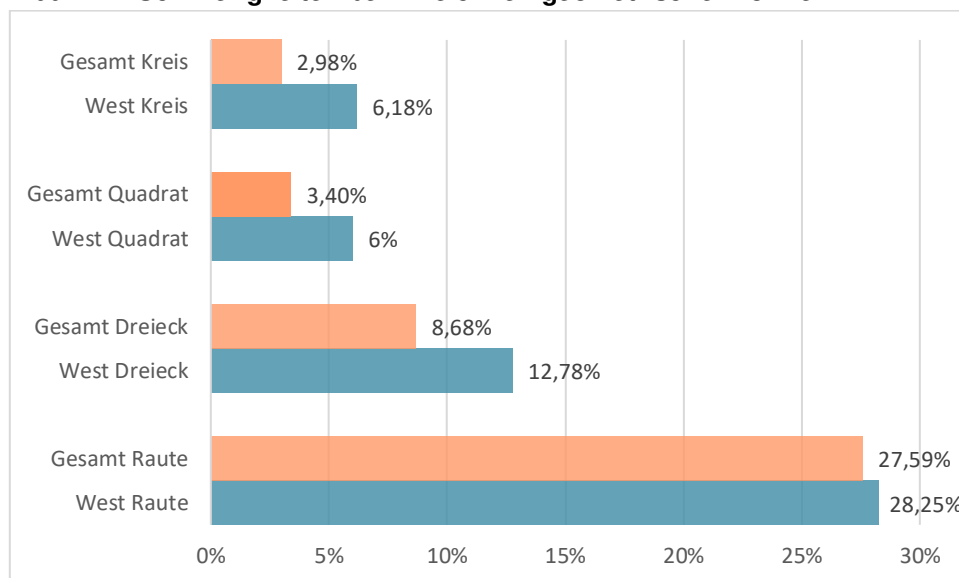
Des Weiteren sind viele Kinder und Jugendliche zu wenig körperlich aktiv: nur 22 % der Mädchen sowie 29% der Jungen erreichen die Bewegungsempfehlung der WHO von 60 Minuten körperlicher Aktivität pro Tag. Bei Kindern aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status ist der Anteil noch geringer (Finger et al., 2018). Frühere Untersuchungen im Rahmen der KiGGS-Studie zeigen, dass sich sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche auch ungesünder ernähren und z.B. weniger frisches Obst essen (Lampert & Kuntz, 2015).

Die Ergebnisse der verschiedenen Untersuchungen im Rahmen der KiGGS-Studie werden auch durch die Aussagen in den Experteninterviews im Projektgebiet bestätigt. Gerade die Bewegungsarmut der Kinder des Stadtteils war dabei ein häufig genannter Aspekt. Im Quartier fehlen Grün- und Freiflächen, auf denen sich Kinder bewegen könnten. Häufig werden Kinder durch den Fernseher oder andere digitale Medien beschäftigt. Aus den Interviews geht aber ebenso hervor, dass es bewegungsfreudige und sportliche Kinder und Jugendliche im Projektgebiet gibt. Ein mehrfach angesprochenes Thema ist, dass u.a. durch das Fehlen eines Hallenbades, einige Kinder nicht schwimmen können.

Auch im Bereich Ernährung werden die nationalen Ergebnisse durch die Expert*innen bestätigt. Viele Kinder sind schlecht versorgt, und Familien achten nicht auf gesunde Ernährung. Kinder im Projektgebiet konsumieren viele Süßigkeiten, zuckerhaltige Getränke und Fertigprodukte. Auch deshalb spielt in den Kitas, Kindergärten und Schulen das Thema Ernährung eine große Rolle. Eine häufige Rückmeldung war, dass Kinder teilweise ohne Frühstück bzw. Pausenbrot in die jeweilige Einrichtung kommen. Berichtete Folgeerscheinungen dieser Situation waren neben Unter- bzw. Übergewicht auch die mangelhafte Zahngesundheit und -hygiene.

Die Entwicklung der visuomotorischen Fähigkeiten von Kindern ist ausschlaggebend für das Schreiben lernen (Schriftbild und Schreibtempo). Sie werden im Rahmen der SEU durch das Abzeichnen geometrischer Formen unterschiedlichen und zunehmenden Schwierigkeitsgrades getestet. So ist das Zeichnen einer Raute entwicklungsbedingt von den jüngeren Kindern eines Einschuljahrgangs oft nicht zu leisten. Entsprechend traten die häufigsten Schwierigkeiten beim Zeichnen einer Raute auf. Bezogen auf die Kinder, bei denen das Zeichnen getestet werden konnte, war dies bei knapp 30% der Kinder der Fall (Abb. 4.7). Bei durchschnittlich weniger als 1% war die Testung aus verschiedenen Gründen nicht möglich, dieser Anteil wurde herausgerechnet. Kinder mit Migrationshintergrund weisen v.a. beim Zeichnen des Dreiecks und der Raute häufiger eine Auffälligkeit auf als Kinder ohne Migrationshintergrund. Auch gesamtstädtisch ist dieser Unterschied zu beobachten, jedoch fallen dort die Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund etwas geringer aus.

Abb. 4.7.: Schwierigkeiten beim Zeichnen geometrischer Formen



Quelle: Gesundheitsamt Stadt Nürnberg, SEU 2015/2016, eigene Berechnung und Darstellung

Betrachten wir das Projektgebiet West im Vergleich zur Gesamtstadt, zeigt sich, dass bezüglich aller geometrischen Formen im Projektgebiet ein größerer Anteil der Kinder Zeichenschwierigkeiten hat als in der Gesamtstadt. Bei Mädchen werden insgesamt weniger Schwierigkeiten beim Formenzeichnen als bei Jungen festgestellt.

Sprachverzögerungen und Auffälligkeiten bei der sprachlichen Entwicklung sind häufige Entwicklungsstörungen im Kindesalter. In nationalen und internationalen Studien wird eine Prävalenz von 5-10% unter Kindern im Einschulungsalter angenommen (Law et al., 1998; van Suchodoletz, 2003; Neumann et al. 2009). In der SEU wird getestet, ob eine Wort-/Satzbildungsstörung vorliegt und damit Wörter und/oder Sätze vom Kind falsch oder unvollständig gebildet werden (Nairz et al., 2017). Die Einführung des Triolog-Tests in der Sprachtestung seit der SEU 2005/2006 hat das Messinstrumentarium des Screenings verfeinert und zu einer höheren Erkennungsrate geführt. Eine davon unabhängige Zunahme von Sprachdefiziten bei Schulanfänger*innen kann dennoch nicht ausgeschlossen werden (Stadt Nürnberg - Gesundheitsamt, im Druck).

Im Projektgebiet Weststadt zeigt mehr als jedes fünfte Kind (22,0%) min. eine Auffälligkeit bei der Wort- und Satzbildung. In der Gesamtstadt wird ca. jedes sechste Kind (15,8%) als auffällig identifiziert. Es lässt sich ein moderater Unterschied zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund ausmachen. Gesamtstädtisch zeigt jedes sechste Kind mit Migrationshintergrund (16,4%) und im Projektgebiet jedes vierte bis fünfte Kind (22,8%) mit Migrationshintergrund Auffälligkeiten bei der Wort- und Satzbildung. Bei Kindern ohne Migrationshintergrund ist der Anteil mit 14,4% (Gesamtstadt) bzw. 17,6% (Projektgebiet) erwartungsgemäß etwas geringer.

Die Daten des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) finden bei 10% der Kinder in Bayern einen Verdacht auf eine Wort- und Satzbildungsstörung (der Empirie entsprechend, 5-10%). Damit liegt der gesamtbayrische Wert deutlich unter dem Durchschnitt im Projektgebiet. Jungen sind häufiger betroffen als Mädchen, ebenso wie Kinder mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Kindern ohne Migrationshintergrund. Der Besuch einer Kindertageseinrichtung wirkt sich positiv aus: Je länger der Besuch, desto weniger Auffälligkeiten in diesem Bereich (Nairz et al., 2017). Gemäß dem Kinder- und Jugendreport 2018 der DAK werden bei Jungen doppelt so häufig Sprach- und Sprechstörungen diagnostiziert wie bei Mädchen. Mit einer Prävalenz von 11,4% stellen Sprach- und Sprechstörungen bei Jungen in diesem Alter die vierthäufigste Behandlungsdiagnose dar (Greiner et al., 2018).

Insgesamt zeigt sich bei den Daten der Schuleingangsuntersuchungen, dass Kinder im Projektgebiet bei wesentlichen Punkten, wie visuomotorischen Fähigkeiten und Wort- und Satzbildung, schlechter ab-

schneiden als der gesamtstädtische Durchschnitt. Sowohl im feinmotorischen als auch im sprachlichen Bereich zeichnen sich somit im Projektgebiet Förderbedarfe ab. Die Bedarfe, die sich aus den Daten ableiten lassen, spiegeln sich auch in den Aussagen der Expertinnen und Experten im Rahmen der Bedarfsanalyse wider und werden in Kap.5 vorgestellt.

4.5.2. Kinder - Zahngesundheit

Gesunde Zähne tragen zum subjektiven Wohlbefinden bei. Erkrankungen wie Karies oder Parodontitis können Schmerzen verursachen, die Funktionalität gesunder Zähne, z. B. beim Sprechen oder Essen, beeinträchtigen und das Auftreten von weiteren Erkrankungen begünstigen (Brauckhoff et al., 2009). Präventionsstrategien und -maßnahmen erzielten in Deutschland in den letzten Jahrzehnten große Wirkung bei Kindern und Jugendlichen. Waren im Jahr 1990 noch durchschnittlich 5,9 Zähne von Karies befallen, konnte die Prävalenz durch systematisch prophylaktisch durchgeführte Gruppen- und Einzeluntersuchungen und die Zugabe von Fluor zum Speisesalz auf durchschnittlich 0,5 befallene Zähne im Jahr 2014 gesenkt werden (Jordan & Baudisch, 2018). Zu diesen vorsorgenden Maßnahmen gehört z.B. die durch den Zahngesundheitsdienst in Kindergärten und Schulen durchgeführte Individualprophylaxe¹⁸.

Der Zahngesundheitsdienst (ZGD) des Gesundheitsamts Nürnberg besucht schwerpunktmäßig Einrichtungen, die nach vom KJÄD als Einrichtungen mit sozial schwacher Schülerschaft eingestuft wurden. Die dortigen Kinder und Jugendlichen sind relativ häufig sozioökonomisch benachteiligt und weisen zu einem hohen Anteil einen Migrationshintergrund auf. Darüber hinaus werden Einrichtungen aufgesucht, die selbst den Wunsch oder einen speziellen Bedarf äußern. Abhängig von der personellen Kapazität werden auch Kinder aus Einrichtungen der Sozialraumtypen B und C untersucht.

Die Einrichtungen werden von Zahnarzthelfer*innen aufgesucht, die mit den Kindern spielerisch Prophylaxeschulungen durchführen. Bei einem weiteren Termin findet die zahnärztliche Untersuchung der Kinder statt. Kinder, die einen Behandlungsbedarf aufweisen, erhalten eine Benachrichtigung für die Eltern mit nach Hause.

Tabelle 4.17 zeigt die Anzahl der Einrichtungen, die von 2014/2015 bis 2017 besucht wurden sowie die Anzahl der Kinder, die beim Besuch der Einrichtungen untersucht wurden. Die Darstellung der unten aufgeführten Ergebnisse der Untersuchungen ist somit sehr selektiv, da nur als „sozial schwächere“ eingestufte Einrichtungen besucht wurden. Die Ergebnisse sind somit nicht gesamtstädtisch repräsentativ, sondern illustrieren die Situation der Kinder in sozialräumlich schwachen Gegenden.

Tab. 4.17: Vom ZGD untersuchte Kinder (Einrichtungen) im PG Weststadt

Schuljahr	Kinder- tageseinrichtungen	Förderzentren	Schulen
2014/2015	221 (8)	-	611 (2)
2015/2016	282 (6)	-	653 (2)
2016/2017	359 (9)	82 (1)	1073 (3)

Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg, ZGD, eigene Berechnung

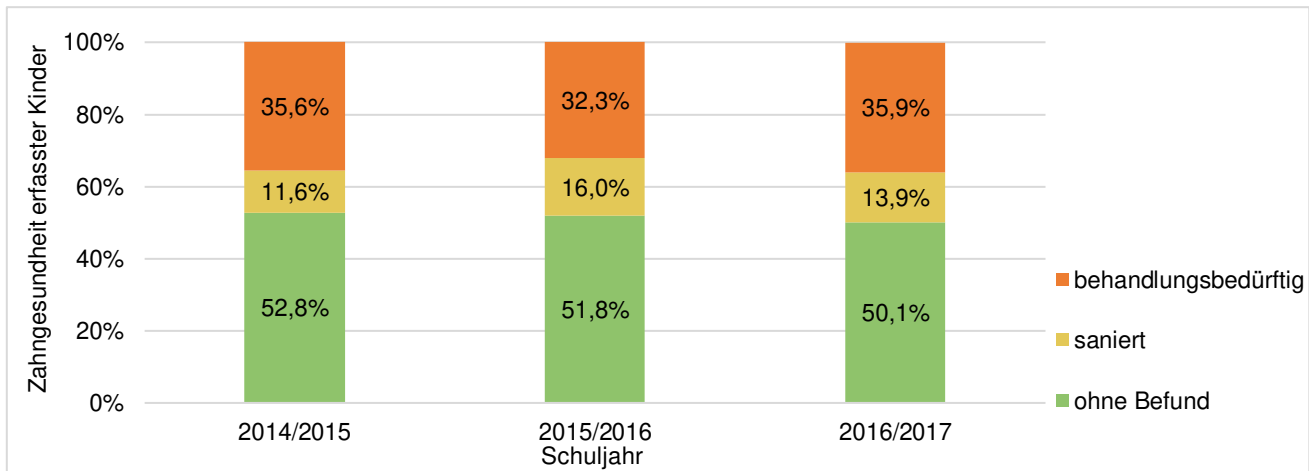
Für Förderzentren im Westen liegen seit 2014 nur für das Jahr 2016/2017 die Daten eines Förderzentrums über 82 Kinder vor. 23,2% dieser Kinder hatten behandlungsbedürftige Zähne, 28% sanierte Zähne und bei 48,8% der Kinder war die Untersuchung ohne Befund.

Die Untersuchungsergebnisse aus verschiedenen Kindergärten zeigen, dass etwa jedes dritte Kind aufgrund von z.B. Karies behandlungsbedürftige Zähne aufweist (Abb. 4.8)). Abb. 4.9 zeigt die Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchung in Schulen, in denen jedes vierte Kind einen behandlungsbedürftigen

¹⁸ Oberbegriff für durch den Zahnarzt durchgeführte vorbeugende Maßnahmen, die verhindern sollen, dass Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparats entstehen oder sich verschlimmern

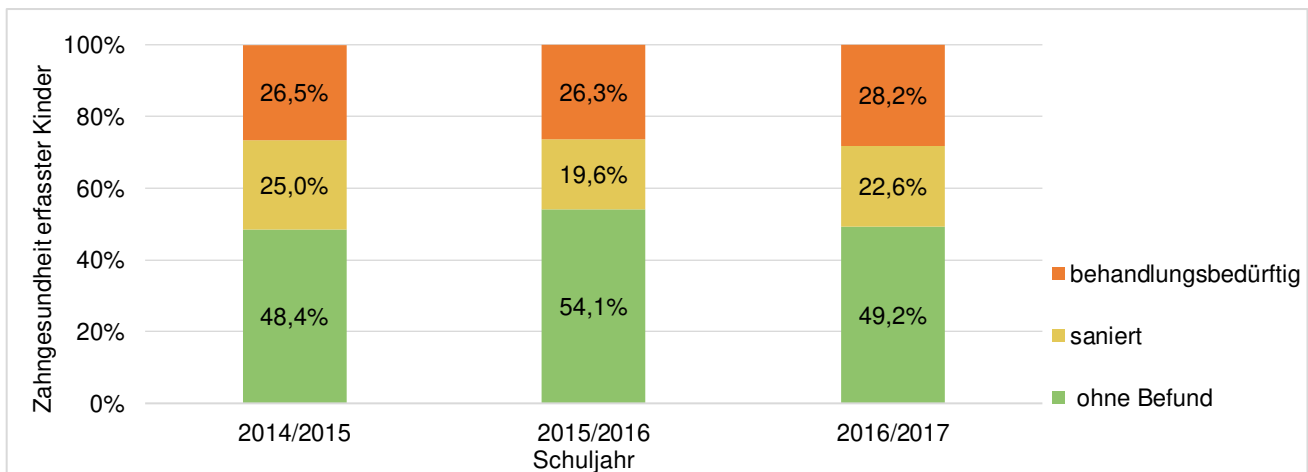
Befund aufweist. Vergleicht man die Ergebnisse von Kindergarten- und Schulkindern, weisen die Schulkinder einen etwas geringeren Anteil behandlungsbedürftiger Zähne auf, auch aufgrund bereits erfolgter Sanierung.

Abb. 4.8.: Zahngesundheit in Kindergärten im PG Weststadt



Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg, ZGD, eigene Berechnung und Darstellung

Abb. 4.9.: Zahngesundheit in Schulen im PG Weststadt



Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg, ZGD, eigene Berechnung und Darstellung

In einem Bericht der DAK wird angeführt, dass deutschlandweit bei 1,1% aller Kinder und Jugendlichen bei einem Zahnarztbesuch Karies festgestellt wurde. Mit 3,3% waren Kinder im Alter von 5 Jahren am stärksten betroffen. Mit zunehmendem Alter sinkt die Prävalenz (Greiner et al., 2018). Insgesamt lässt sich in Deutschland eine Tendenz zu verbesserter Mund- und Zahngesundheit feststellen (Pieper, 2010). Es besteht jedoch unverändert ein Zusammenhang zwischen der Mundgesundheit von Kinder und der sozialen Herkunft. Je höher der soziale Status, desto seltener treten Karies und andere Zahnerkrankungen auf (Frühbuß & Schäfer, 2009; Schwendicke et al., 2015).

Von 30.000 untersuchten Kindern in Berlin beispielsweise wiesen 2015 86,9% ein naturgesundes Gebiss bzw. mit Füllungen angemessen versorgte Zähne ohne zusätzlichen Karies auf. Bei den übrigen 13,1% lag ein Behandlungsbedarf z. B. bedingt durch Karies oder abgefallene Zähne vor. Dabei hatte jedes 3. Kind mit niedrigem Sozialstatus sanierungsbedürftige Zähne, während der Anteil bei mittlerem (10,3%) und hohem Sozialstatus (3%) deutlich darunter lag (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin,

2016). Dieser Anteil der Kinder niedriger sozialer Herkunft mit behandlungsbedürftigen Zähnen entspricht in etwa dem Anteil im Projektgebiet Weststadt.

Auch ein aktueller Bericht zur Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland bestätigt, dass die Unterschiede zu Kindern mit Eltern höherem Bildungsabschlusses beträchtlich sind. So ist die Karies-Prävalenz bei Kindern von Eltern mit hohem Bildungsabschluss 74% geringer als bei Kindern von Eltern ohne Bildungsabschluss (9 Fälle je 1.000 vs. 34 Fälle je 1.000) (Greiner et al., 2018).

Angesichts der großen zahngesundheitlichen Unterschiede zwischen den Kindern mit hohem und niedrigem Sozialstatus kann eine umfassende Verbesserung der Zahngesundheit von 2007–2015 nicht bestätigt werden. Stattdessen haben sich die zahngesundheitlichen Unterschiede noch verstärkt (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin, 2016).

Die Daten zur Zahngesundheit zeigen, auch wenn sie nur eine sehr selektive Darstellung ermöglichen, dass im Projektgebiet ein deutlicher Bedarf an Vermittlung von Informationen zur Zahngesundheit besteht. Dies zeigt sich auch im Rahmen der Experteninterviews sowie den Aussagen im Rahmen der Bewertung des Netzwerkmonitorings. Neben der kindgerechten Vermittlung von Informationen, beispielsweise wie Zähne richtig geputzt werden, müssen ebenso die Eltern miteinbezogen werden. Dabei gilt es u.a. auch auf den Zusammenhang zur Ernährung hinzuweisen.

4.5.3. Erwachsene

Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status sind häufiger gesundheitlichen Belastungen und Risiken z. B. am Arbeitsplatz, in der Wohnumgebung oder im familiären und sozialen Umfeld ausgesetzt als Personen mit einem hohen sozioökonomischen Status. Gleiches gilt für gesundheitsschädliches Verhalten wie Rauchen oder sportliche Inaktivität. Insgesamt weisen Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status weniger psychische, soziale und ökonomische Ressourcen auf, um Belastungen und Anforderungen im Alltag bewältigen zu können. Auch Erkrankungen, Beschwerden und Funktionseinschränkungen treten bei ihnen häufiger auf. Ein niedriger sozioökonomischer Status ist außerdem mit einem höheren Erkrankungs- und vorzeitigem Sterberisiko verbunden. Die Verbreitung von Gesundheitsrisiken und Krankheiten in niedrigen Statusgruppen schlägt sich in einer um fünf bis zehn Jahre verminderten Lebenserwartung nieder (Lampert & Kroll, 2014). Bei spezifischen Krankheiten ist ein deutlicher sozialer Gradient erkennbar. So ist die Diabetesprävalenz bei Frauen und Männern mit niedriger Bildung deutlich höher als bei Frauen und Männern mit mittlerer/hocher Bildung (Heidemann et al., 2009). Auch bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen zeigt sich dieser Einfluss des Bildungsstatus (Busch et al., 2015). Und auch die subjektive Bewertung des Gesundheitszustands sowie die subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität fallen bei niedriger Bildung schlechter aus (Moor et al., 2018).

Kleinräumige Daten zur Bewertung der gesundheitlichen Lage von Erwachsenen in Nürnberg sind bedauerlicherweise kaum bis gar nicht vorhanden. Um zumindest einige Aussagen über die Situation im Quartier machen zu können, werden Befragungsergebnisse zum Thema Gesundheit aus der Wohnungs- und Haushaltserhebung *Leben in Nürnberg 2015* (Wohaus 2015) herangezogen. Dabei wurden Bewohner*innen im Nürnberger Westen u.a. zu ihrem allgemeinen Gesundheitszustand sowie zu ihrem Gesundheitsverhalten (Rauchen, sportliche Aktivität) befragt.

Im Projektgebiet bewerten fast gleich viele Personen ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ wie in der Gesamtstadt (24% bzw. 22%) (Tab. 4.18). Auch in den anderen Kategorien gibt es keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Erhebungsgebieten.

Tab. 4.18: **Subjektive Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustands**

	PG Weststadt		Gesamtstadt	
	in %	n	in %	n
Gesundheitszustand allgemein				
sehr gut	24%	116	22%	1797
gut	38%	185	38%	3138
zufriedenstellend	25%	122	28%	2286
weniger gut	11%	54	10%	810
schlecht	2%	9	3%	217
Gesamt		486		8248

Quelle: Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth, Wohnungs- und Haushaltserhebung *Leben in Nürnberg* 2015.

Die Frage „Hatten Sie in den letzten drei Monaten gesundheitsbedingt im Beruf bzw. zu Hause weniger geschafft?“ (Tab. 4.19) ist angelehnt an eine Frage des SF-12 Health-Surveys zur Erfassung der subjektiven gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Damit wird erfasst, wie gut die Person ihrer Arbeit oder anderen täglichen Aktivitäten nachgehen kann. Grundsätzlich unterscheiden sich Gesamtstadt und Projektgebiet Weststadt auch hier nicht. Und auch in anderen Bereichen finden sich keine nennenswerten Differenzen (vgl. Anhang, Tab. A2).

Tab. 4.19: **Subjektive Einschätzung der gesundheitlichen Situation**

	PG Weststadt		Gesamtstadt	
	in %	Angaben	in %	Angaben
Gesundheitsbedingt im Beruf oder zu Hause weniger geschafft				
ja, häufig	15%	71	13%	1069
ja, manchmal	33%	158	33%	2679
nein	52%	253	54%	4387
Gesamt		482		8135
Schwierigkeiten, weil niedergeschlagen und traurig				
ja, häufig	10%	48	10%	810
ja, manchmal	36%	174	32%	2600
nein	54%	264	58%	4766
Gesamt		485		8175

Quelle: Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth, Wohnungs- und Haushaltserhebung *Leben in Nürnberg* 2015.

Im Rahmen der Wohnungs- und Haushaltserhebung *Leben in Nürnberg* 2015 wurde auch die körperliche Aktivität in Nürnberg und den Projektgebieten erhoben. Körperliche Aktivität wird mit verschiedenen positiven Effekten auf die Gesundheit in Verbindung gebracht: verminderte Mortalität, Stressreduktion sowie ein niedrigeres Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Depression, Typ-II-Diabetes und bestimmte Krebserkrankungen (BZgA, 2018). Um bedeutsame Gesundheitswirkungen zu erzielen und Risiken für die Entstehung chronischer Erkrankungen zu reduzieren, sollten Erwachsene regelmäßig körperlich aktiv sein. Dabei bringt jede zusätzliche Bewegung einen gesundheitlichen Nutzen. Um die Gesundheit zu erhalten und umfassend zu fördern empfiehlt die WHO für Erwachsene zwischen 18 und 65 Jahren körperliche Aktivität von mindestens 150 Minuten/Woche (z. B. 5 mal 30 Minuten/Woche) mit mittlerer Intensität. Zusätzlich sollten zweimal pro Woche muskelkräftigende Übungen durchgeführt und lange, ununterbrochene Sitzphasen vermieden werden. Bei Personen ab 65 Jahren gelten die gleichen Empfehlungen, jedoch werden folgende Empfehlungen ergänzt. Bei Mobilitätseinschränkungen sollten an mindestens 3 Tagen/Woche Gleichgewichtsübungen zur Sturzprävention durchgeführt werden und bei gesundheitlichen Einschränkungen sollten sich die Personen, je nachdem wie es die gesundheitliche Situation zulässt, bewegen (Pfeifer et al., 2016).

Tab. 4. 20: **Angaben zum Gesundheitsverhalten**

		PG Weststadt	Gesamtstadt
		in %	in %
Wie oft treiben Sie 30 Minuten oder länger Sport?	täglich	10%	8%
	mehrmals pro Woche	33%	34%
	einmal pro Woche	16%	20%
	seltener	25%	25%
	nie	17%	13%
Sind Sie Raucher/in?	ja	29%	22%
	nein	71%	78%

Quelle: Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth, Wohnungs- und Haushaltserhebung *Leben in Nürnberg* 2015.

Im Projektgebiet geben unter den Befragten mehr Personen als in der Gesamtstadt an, täglich Sport zu treiben (Tab. 4.20). Ein Drittel der Befragten in der Weststadt und der Gesamtstadt geben an, mehrmals pro Woche Sport zu treiben.

Die Antworten zum Rauchverhalten zeigen, dass die Raucherquote im Vergleich zur Gesamtstadt um 7 Prozentpunkte erhöht ist (29% vs. 22%). Betrachtet man die Bevölkerung nach Merkmalen gruppiert, fällt auf, dass im Projektgebiet West in fast allen Gruppen der Anteil der Raucher höher als in der Gesamtstadt ist. Dies bezieht sich auf Geschlecht, Altersgruppen, Erwerbstätigkeitsstatus und Migrationshintergrund (nur bei den Nicht-Deutschen entspricht der Raucheranteil des Westens dem der Gesamtstadt).

Allgemein ist die Raucherquote in Deutschland rückläufig. Bei Männern mit niedriger Bildung ist im Gegensatz zu Frauen jedoch kein Rückgang des Raucheranteils nachzuweisen (Hoebel et al., 2018). Nicht nur beim Rauchverhalten und der körperlichen Aktivität zeigen Personen aus einer niedrigeren sozialen Schicht riskanteres Verhalten. Auch das Ernährungsverhalten ist weniger ausgewogen und gesundheitsförderlich. Eine qualitative Studie mit 15 Haushalten kam zu dem Ergebnis, dass vor allem ein knappes Haushaltsbudget und Einsparungen dazu führen. Es werden überwiegend Lebensmittel gekauft, die einen hohen Sättigungswert haben, wie beispielsweise Brot oder Wurst- und Fleischwaren. Obst und Gemüse sowie Milch und Milchprodukte werden seltener gekauft (Leonhäuser & Lehmkuhler, 2002). Adipositas kommt in allen Bildungs- und Einkommensschichten vor und nimmt über den Zeitverlauf anteilmäßig zu, während sich der relative Unterschied zwischen den sozialen Lagen verringert hat (Maron et al., 2014).

Auch wenn die soziale Belastung im Projektgebiet im Vergleich zur Gesamtstadt durchaus hoch einzuschätzen ist, und auch die Expert*innen von hohen gesundheitlichen Belastungen berichten, erlauben die vorhandenen quantitativen Daten zur Gesundheit Erwachsener nicht, diesen allgemeinen Forschungsstand und die Expertenwahrnehmung zur gesundheitlichen Ungleichheit zu bestätigen. Für eine verlässliche Einschätzung der gesundheitlichen Situation Erwachsener im Projektgebiet West sind die Daten der Wohaus 2015 allein offensichtlich nicht geeignet. Hierzu wären weitere Daten zu erheben oder zugänglich zu machen, die nicht nur subjektive Einschätzungen zu Gesundheit und Gesundheitsverhalten umfassen sollten.

5. Bedarfe und Maßnahmen

Trotz vielfältiger Belastungen, denen die Bewohner*innen im Projektgebiet durch die besonderen sozialräumlichen Bedingungen ausgesetzt sind, wird in den Experteninterviews hervorgehoben, dass die Vielfalt der im Quartier lebenden Menschen und ihr Engagement auch eine Ressource darstellt. Das zivilgesellschaftliche Engagement unterschiedlicher Vereine und Einzelpersonen wird als Besonderheit wahrgenommen. Vor allem in Gostenhof fällt die lebendige lokale Kulturszene auf, viele Künstler*innen haben sich mit kleinen Ateliers und Geschäften im Stadtteil angesiedelt. Eigeninitiative und gemeinschaftliche Aktionen prägen so seit einigen Jahren und zunehmend das Bild des Projektgebiets. Dazu hat sicher auch die koordinierende Begleitung durch die kommunale Stadtteilkoordination und die Stadtteilerneuerung einen Beitrag geleistet. Die Ergebnisse der Experteninterviews zeigen, dass die Vielfalt an Einrichtungen vor Ort sowie die Kooperation und Zusammenarbeit im Stadtteil sehr wertgeschätzt wird. Durch die gemeinsame Arbeit im Stadtteil sowie die Umsetzung konkreter Projekte, wird die Zusammenarbeit weiter gestärkt und werden Synergieeffekte genutzt.

Nichtsdestotrotz, das zeigen die obigen Betrachtungen der sozialräumlichen Kontexte, der gesundheitlichen Lage der Bewohner*innen und nicht zuletzt die Einschätzungen der Expert*innen, bestehen in vielen Bereichen Bedarfe auf die eine Gesundheitsförderung zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit reagieren muss. Dabei kann und muss sie an die vielfältigen, in Kap. 4.4.2 dargestellten Strukturen, Netzwerke und Ressourcen anschließen, die im Quartier schon vorhanden sind.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Bedarfsanalyse für das Projektgebiet Weststadt zusammengefasst und die an sie anschließende Maßnahmenplanung vorgestellt. Diese wurde in verschiedenen Stadtteilgremien diskutiert und in Abstimmung mit zentralen Akteuren aus dem Stadtteil erstellt. Den einzelnen Bedarfen wurden Maßnahmen zugeordnet, die im Projekt „Gesundheit für alle im Stadtteil“ gemeinsam mit verschiedenen Kooperationspartnern bereits umgesetzt oder in Planung sind.

5.1. Verhaltensbezogene Bedarfe und Maßnahmen

Zunächst werden verhaltensbezogene Bedarfe und Maßnahmen bzgl. der Förderung von Bewegung und Entspannung, gesunder Ernährung, seelischer Gesundheit und Suchtprävention sowie gesundheitsbezogener Alltagskompetenzen vorgestellt; dann folgen verhältnisbezogene Bedarfe und Maßnahmen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung und der Förderung des Gemeinwesens.

5.1.1. Bewegungs- und Entspannungsangebote

Zwar gibt es im Projektgebiet in verschiedenen Einrichtungen Bewegungsangebote für unterschiedliche Zielgruppen. Dennoch werden von vielen Expert*innen Bedarfe bzgl. weiterer kontinuierlicher und vor allem niedrigschwelliger Bewegungs- und Entspannungsangebote formuliert. Im Projekt wurden hierzu bisher folgende Angebote realisiert.

- **„Bewegungstreffs“ und Entspannungsangebote auf öffentlichen Grünflächen/Plätzen:**
„Bewegung im öffentlichen Raum“ wurde häufig als Bedarf genannt. Angelehnt an das Angebot der Gesundheitskoordination in St. Leonhard/Schweinau, wo bereits im Sommer 2018 einmal wöchentlich öffentliche Bewegungstreffs für verschiedene Zielgruppen stattfanden, wurden auch im Projektgebiet Weststadt ab Mai 2019 Bewegungstreffs auf dem Veit-Stoß-Platz organisiert. In Eberhardshof wurden Stadtteilspaziergänge mit Qi Gong angeboten. Im Garten des Nachbarschaftshauses fanden ebenfalls Qi Gong Angebote statt. Neben dem niedrigschwelligen Einstieg in die Bewegungsförderung, sollen dadurch auch vorhandene Grünflächen im Projektgebiet Weststadt bekannter gemacht werden. Bewährte Angebote sollen 2020 weitergeführt werden. Je nach Stand der Fertigstellung soll auch der Quartierspark Eberhardshof miteinbezogen werden.

- **Familienporttag/Bewegungstag**

Möglichkeiten und Angebote, sich im Projektgebiet zu bewegen sind oft nicht bekannt. Ziel des von den Gesundheitskoordinator*innen initiierten und koordinierten Bewegungstags, der im Mai 2019 im Nürnberger Westen stattfand, war es, über Angebote zu informieren sowie diese auf niedrigschwellige Art und Weise kennenzulernen bzw. auszuprobieren. Ortsansässige Sportvereine und Einrichtungen, die Bewegungsangebote durchführen, wurden dabei mit einbezogen.

- **Stadtteilspaziergänge**

Stadtteilspaziergänge sind ein niedrigschwelliges Angebot alltags- und wohnortnaher Bewegungsförderung. Sie dienen auch dazu, den Stadtteil und die Einrichtungen vor Ort kennenzulernen. Für 2020 ist geplant, solche Spaziergänge mit verschiedenen Zielgruppen, z.B. mit Menschen in Arbeitslosigkeit, partizipativ zu entwickeln.

- **Bewegungs- und Gymnastikangebot für Senior*innen**

Trotz zahlreicher Angebote fehlen hier niedrigschwellige Zugänge. Das Bewegungsangebot startete Anfang November 2018 im Quartier Muggenhof und Eberhardshof in Kooperation mit dem Seniorennetzwerk und soll dem Erhalt von alltäglicher Mobilität und Selbstständigkeit dienen.

- **Migrationssensibles Angebot zur Stressbewältigung**

Um Zugänge zu Migrantengruppen zu schaffen und diese für das Thema Gesundheitsförderung zu sensibilisieren, werden im Stadtteil etablierte Vereine genutzt, die langjährige Erfahrungen in der Arbeit mit der Zielgruppe haben. Das Angebot „Gesund leben – Gesund bleiben“ startete im Herbst 2018 in Kooperation mit HeHan! e.V. Es hat zum Ziel, die Stressbewältigungsstrategien von Menschen mit Migrationshintergrund positiv zu beeinflussen. Durchgeführt wird das Angebot durch geschulte Multiplikatoren, die arabisch, tamilisch und türkisch sprechen. Unterstützt werden sie von einer Sozialpädagogin. Die Teilnehmer*innen sollen darüber hinaus unterstützt werden, ihren Stadtteil auch aus gesundheitsbezogener Sicht besser kennenzulernen.

Darüber hinaus wurde in den Experteninterviews auf Bedarfe hinsichtlich niedrigschwelliger migrationssensibler Bewegungsangebote („über die üblichen Vereinsangebote hinaus“) und des Stressabbaus Jugendlicher hingewiesen. Angebote hierzu sollen in 2020 realisiert werden.

5.1.2. Gesunde Ernährung

Im Stadtteil gibt es bereits einige zielgruppenspezifische Angebote zum Thema Ernährung. Auch in den Einrichtungen wird teilweise mit den Kindern gekocht, sowie ein gesundes (Familien-)Frühstück oder ein Obst- und Gemüsetag angeboten. Dennoch decken diese Angebote nicht die verhaltensbezogenen Bedarfe, die zum Umgang mit gesunder Ernährung von den Expert*innen beschrieben werden.

- Benötigt werden Angebote zum Thema „gesundes und preiswertes Kochen“ (u.a. für Menschen in Arbeitslosigkeit).
- Besonders empfohlen werden generationenübergreifende Angebote. Senior*innen könnten beispielsweise mit Kindern und Jugendlichen Gemüse und Kräuter anpflanzen und gemeinsam kochen.
- Des Weiteren müsste es vermehrt mobile Angebote geben zur Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten zum Thema gesunder Ernährung.

2019 fand in Kooperation mit dem Quartiersmanagement und der Stadtteilkoordination und ergänzend zum Projekt „Hinterhofbegrünung“ hierzu schon ein gemeinsames Kochen in unterschiedlichen Einrichtungen in Gostenhof statt. Dabei wurde praxisbezogen aufgezeigt, wie Gemüse aus dem Hochbeet lecker, einfach und günstig zubereitet werden kann. In 2020 ist geplant im Rahmen dieser Kooperation vermehrt Hausgemeinschaften durch das Angebot „Hinterhofkochen“ zusammenzubringen, wodurch nicht nur die bewusste Ernährung, sondern auch das nachbarschaftliche Miteinander gefördert wird.

Darüber hinaus wurde, um bedarfsgerecht und niedrigschwellig gesundes Kochen zu thematisieren eine Multiplikatorenschulung durchgeführt. Diese Multiplikatoren vermitteln in Kochangeboten ihr Wissen und ihre Fähigkeiten und finden einen guten Zugang zur Zielgruppe.

Im Hinblick auf die Nahraumversorgung ist die Möglichkeit, im Stadtteil qualitativ hochwertige Lebensmittel zu erwerben, vor allem in Eberhardshof/Muggenhof und in Teilen von Gostenhof begrenzt. Da gerade im Westen viele Bewohner*innen in finanziell prekären Verhältnissen leben, wird in den Experteninterviews häufig auf die Notwendigkeit hingewiesen, verhältnispräventiv verbesserte Zugänge zu günstigem und gesundem Essen zu gewährleisten:

- Kinder und Jugendliche werden oft durch die Bildungseinrichtungen, die sie besuchen, versorgt. Als Bedarf wurde eine übergreifende gute, gesunde und kostenlose Verpflegung in diesen Einrichtungen genannt.
- Gesunde Lebensmittel müssen nicht immer teuer sein. Oft ist jedoch nicht bekannt, welche kostengünstigen Möglichkeiten und Alternativen zur Lebensmittelverpflegung (beispielsweise Food-Sharing) es auch im Stadtteil gibt. Diese Möglichkeiten und Alternativen gilt es besser zu kommunizieren und bekannt zu machen.
- Gerade für ältere Menschen gestaltet sich die Nahraumversorgung mit Lebensmitteln schwierig. In Gostenhof gibt es seit einiger Zeit einen Wochenmarkt. Auch für Eberhardshof/Muggenhof wurde dieser Bedarf genannt. Ein Wochenmarkt könnte mit Gesundheitsaktionen verbunden werden.
- Einen günstigen bzw. kostenfreien Mittagstisch zu organisieren wurde aufgrund der sozialen Lage im Quartier als großer Bedarf genannt. Dieser könnte in Form eines niedrigschwelligen Kochtreffs (als „Volksküche“) organisiert werden. In den Experteninterviews wurde auch angeregt, dies als mobiles Angebot (mobile Küche/„Foodtruck“) im Stadtteil zu verankern.

5.1.3. Seelische Gesundheit und Suchtprävention

Psychische Probleme werden von den Expert*innen bei allen Zielgruppen vermehrt wahrgenommen. Um der Zunahme an psychischen Belastungen und Erkrankungen mittels fundierter Beratung und therapeutischen Angeboten begegnen zu können, fehlt es im Projektgebiet an entsprechenden Einrichtungen. Auch der Bedarf an Präventionsangeboten in diesem Bereich wurde mehrfach genannt. Für die Entwicklung von Maßnahmen muss der Bedarf jedoch weiter konkretisiert werden – unter Einbeziehung sowohl der Fachkräfte in den Einrichtungen als auch der Bewohner*innen. Dabei ist auch noch näher zu bestimmen, welche Maßnahmen auf Basis des GKV-Präventionsleitfadens entwickelt und ggf. in Zusammenarbeit mit weiteren medizinischen, psychologischen oder sozialpädagogischen Anbietern und Diensten vor Ort umgesetzt werden können.

Bisher hat es im Projektgebiet Fortbildung für Mitarbeiter*innen im Umgang mit traumatisierten Menschen gegeben. Ein weiterer Ausbau solcher Angebote wird als dringend notwendig beschrieben.

Hinsichtlich der Verhältnisprävention im Bereich der seelischen Gesundheit wurden folgende weitere Bedarfe benannt:

- niedrigschwellige Beratungsstellen bzgl. psychischer und Suchterkrankungen;
- angeleitete und Selbsthilfegruppen für Menschen mit psychischen Erkrankungen;
- Informationen und Angebote zu medizinischer und therapeutischer Versorgung insbesondere für Senior*innen;
- arabisch sprechende Therapeut*innen für traumatisierte Flüchtlinge.

Im Rahmen der präventiven Kinder- und Jugendhilfe gibt es vom Jugendamt der Stadt Nürnberg bereits unterschiedliche Angebote zur Suchtprävention.¹⁹ Weiteren Bedarf sehen die Expert*innen bei Angeboten,

¹⁹ siehe auch: <https://www.nuernberg.de/internet/suchtprevention>

welche die Problematik illegaler Drogen thematisieren sowie Formen der Computer- und Glücksspielsucht. Dabei wurde in den Experteninterviews und Gesprächen vor Ort angemerkt, dass dies durch den Einbezug von Personen, die selbst davon betroffen sind/waren bzw. von Personen aus der gleichen Zielgruppe, am besten gelingen kann.

5.1.4. Gesundheits- und Erziehungsberatung

Wie bereits in Kap. 4.4.2 beschrieben finden sich im Quartier vielfältige Möglichkeiten, Informationen und Beratung zu gesundheitsbezogenen Alltagskompetenzen zu erhalten. Dennoch wurden bezüglich weiterer Beratungsmöglichkeiten und Informationen zum Thema Gesundheit im Rahmen der Experteninterviews und bei Gesprächen im Quartier zusätzliche Bedarfe formuliert:

- Im Projektgebiet fehlt ein niedrigschwelliges gesundheitsbezogenes Beratungszentrum. Ein niedrigschwelliger Zugang, etwa über zusätzliche attraktive Angebote (günstige Kleidung oder Lebensmittel), könnte die Nutzung begünstigen.
- Ebenso wird der Bedarf einer dezentralen niedrigschwelligen Erziehungsberatung genannt, die als mobiles Angebot bspw. an Cafés der Einrichtungen für unterschiedliche Zielgruppen andocken kann.
- Zusätzlicher Aufklärungsbedarf über das deutsche Gesundheitssystem wird auch für eine Vielzahl von Menschen mit Migrationshintergrund gesehen. Dabei wird der Wissensvermittlung bzgl. des Krankenversicherungssystem sowie der unterschiedlichen Zuständigkeitsbereiche im Gesundheitssystem die größte Bedeutung zugemessen.

Als Ansatzpunkte für die konkrete Maßnahmenplanung sollen armuts- und kultursensible Gesprächsformate zur Förderung von Gesundheitskompetenzen dienen. Ein entsprechendes Konzept könnte aus verschiedenen thematischen Modulen bestehen: Informationen zum Gesundheitssystem, Hilfe bei Notfällen, Wissen über Krankheiten, Hygiene und Zahngesundheit, Unterstützungsangebote im Stadtteil usw.

Diese könnten in bestehende Angebote oder Gruppen flexibel integriert werden. Es geht nicht darum, ein neues Programm zu entwickeln, sondern relevante alltagsbezogene Gesundheitsinformationen qualifiziert in die Fläche weiterzugeben. Wichtig ist, das Angebot nicht verschult, sondern mit praktischem Handlungswissen und geselligem Charakter zu gestalten, z. B. durch gemeinsames Essen. Ebenso ist die Zusammenarbeit mit lebensweltlichen Multiplikator*innen sowie Sprachmittler*innen mit spezifischem Gesundheitswissen angeraten. Um sich am jeweiligen Bedarf der Zielgruppe orientieren zu können, wären spezifische Inhalte im Vorfeld des Angebots mit Vertreter*innen dieser Gruppe zu erarbeiten. Auf diese Weise können vorhandenes Wissen und Stärken aus der Zielgruppe direkt in die Umsetzung des Angebots einfließen, eigene Kompetenzen erkannt und das Selbstwirksamkeitserleben gefördert werden.

5.2. Verhältnisbezogene Bedarfe und Maßnahmen

Neben den eher verhaltensbezogenen sollen auch verhältnisbezogene Maßnahmen in den Blick genommen werden, um die gesundheitliche Ungleichheit zu reduzieren. Diese erfordern eine intersektorale Bearbeitungsweise und gemeinschaftlich abgestimmte Aktivitäten unterschiedlicher Abteilungen und Ämter. Oft kann die kommunale Gesundheitsförderung hier nicht eigenständig Maßnahmen entwickeln und bereitstellen, so wie zumindest zum größten Teil bei verhaltenspräventiven Angeboten, sondern ist darauf verwiesen, auf Wirkungsmechanismen und Vermittlungszusammenhänge in der Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit hinzuweisen und diese in fachlichen wie politischen Diskussions- und Entscheidungszusammenhängen zu kommunizieren.

5.2.1. Gesundheitsversorgung

Die Versorgung mit Hausärzten wird in den Experteninterviews zwar als ausreichend beschrieben. Gerade für ältere oder bewegungseingeschränkte Bewohner*innen sind diese jedoch teilweise fußläufig nur schwer zu erreichen. Hausbesuche können jedoch nur die wenigsten Ärzte durchführen. Wünschenswert

wäre ein Ausbau dieser aufsuchenden Versorgung. Darüber hinaus monieren die Expert*innen, dass die Versorgung mit Fachärzten im Projektgebiet Weststadt nicht ausreichend ist.

Über die medizinische Versorgung im engeren Sinne hinaus wird vor allem von Kindertageseinrichtungen häufig die Notwendigkeit benannt, den Kindern und Eltern weitreichendere Informationen zur Zahnhygiene an die Hand zu geben. Kinder weisen häufig schon im Kindergartenalter behandlungsbedürftige Zähne auf, weshalb eine frühe Aufklärung im Sinne der Prävention große Bedeutung hat. Diese Informationen müssen über die Arbeit des Zahngesundheitsdienstes des Gesundheitsamtes hinausgehen, da dieser nur eine begrenzte Anzahl von Einrichtungen besuchen kann. Des Weiteren werden die Eltern darüber nicht erreicht.

Ein weiterer Bedarf, der in den Experteninterviews und Gruppendiskussionen immer wieder zur Sprache gekommen ist, ist die Integration der Ärzte in die bestehenden Netzwerke. Gerade im Sinne der Weitergabe von Informationen sowie der notwendigen Einbindung in die Stadtteilarbeit ist dies von besonderer Wichtigkeit. Ärzte sind aufgrund des Präventionsgesetzes dazu angehalten, an Patient*innen Präventionsempfehlungen weiterzugeben. Strategien, inwieweit die Stadtteilarbeit Ärzte stärker einbeziehen kann, um Gesundheitsförderung gemeinsam anzugehen, sollen auch im Rahmen des Gesamtprojekts entwickelt werden.

5.2.2. Stärkung des Gemeinwesens

In der Wohnungs- und Haushaltserhebung *Leben in Nürnberg* 2015 wird im Projektgebiet Weststadt im Vergleich zur Gesamtstadt das soziale Umfeld als deutlich schlechter bewertet als in der Gesamtstadt. Auch die Wohndauer der Bewohner*innen ist im Vergleich zur Gesamtstadt geringer (Kap. 4.1.4.1). Gerade in Bezug auf Senior*innen wird in den Experteninterviews des Öfteren erwähnt, dass diese aus der Isolation geholt und beteiligt werden müssen.

Unterschiedliche Bedarfe hinsichtlich der Stärkung des sozialen Miteinanders werden genannt:

- Empfohlen wird die Organisation von Familien-Ausflügen, um das Quartier und Einrichtungen vor Ort, aber auch anliegende Stadtteile und Nachbarstädte, kennenzulernen.
- Für Familien, deren Kinder (noch) nicht in einer Kindertageseinrichtung organisiert sind, fehle es an Mutter-Kind-Gruppen.
- Es brauche mehr attraktive Grünflächen und Grünanlagen als Treffpunkte im Freien.
- Gerade geflüchtete Menschen müssen langsam an das deutsche außerschulische Kultur- und Bildungsangebot und die vielfältigen Einrichtungen vor Ort herangeführt werden. Dazu bedarf es spezifischer Angebote und Projekte.
- Vor allem Muggenhof und Eberhardshof sind von starker Bautätigkeit geprägt. Zukünftig wird sich dieser Stadtteil durch Zuzüge stark verändern. Für Neubürger müssen Anreize geschaffen werden, sich im Quartier wohlfühlen und sich zu integrieren. Dazu können z. B. Bürgerversammlungen dienen, bei welchen u.a. auch über Angebote vor Ort informiert wird.
- Für Senior*innen und Menschen, die auf eine niedrigschwellige alltägliche Unterstützung angewiesen sind, gilt es, Angebote und Aktionen zu organisieren, damit Nachbarn untereinander in Kontakt kommen.

Gerade in der Advents- und Weihnachtszeit sind viele Menschen einsam. Um dem entgegen zu wirken und zugleich auf Angebote aufmerksam zu machen, wurde erstmals in der Adventszeit 2018 ein Adventskalender im Quartiersbüro gestaltet. Zusätzlich wurden Adventscafés in Verbindung mit Stadtteilspaziergängen durchgeführt. Dies hatte als Nebeneffekt, dass auch das Quartiersbüro Weststadt und dessen jeweiligen Nutzer*Innen dem Stadtteil zugänglicher und bekannter gemacht wurden. 2019 werden diese Aktionen fortgeführt.

5.2.3. Soziale Infrastruktur

Insgesamt sind zwar in der Nürnberger Weststadt eine Reihe von (sozial)pädagogischen, und soziokulturellen Einrichtungen und Akteuren präsent und aktiv. Gleichzeitig haben aber viele

Einrichtungen Schwierigkeiten, auf die steigende Anzahl und wachsende Komplexität der Bedarfe zu reagieren. Gestiegene Anforderungen können durch eine noch so gute Vernetzung allein nicht aufgefangen werden.

In den Einrichtungen der Kindertagesbetreuung insbesondere im frühkindlichen und Kindergartenbereich z.B. gibt es die Sorge, dass aus Personalmangel die über die Basisarbeit hinaus erforderliche Förderung und adäquate Betreuung besonderer Bedarfe zu kurz komme. In den Experteninterviews wurde angemerkt, dass viele Familien im Stadtteil durch Scheidung/Trennung, Krankheit, Gewalt und Arbeitslosigkeit häufig auch mehrfach belastet sind. Gerade bei diesen Kindern wirkt sich die Betreuung außer Haus positiv auf Psyche und Wohlbefinden sowie Verhalten aus.

Auch die regelhafte Finanzierung von Angeboten gestaltet sich schwierig. Gerade für Gesundheitsangebote fehlen oft finanzielle Ressourcen. Ideen seien genug vorhanden, „es könnte noch viel mehr angeboten werden.“ Zwar gibt es im Stadtteil schon sehr viele Projekte und Angebote, jedoch fehlen oftmals Ressourcen, um Nachhaltigkeit zu gewährleisten. Bestehende Angebote sind oft auf Spenden angewiesen und ohne diese nicht aufrecht zu halten. Eine Verstetigung und Institutionalisierung kann daher oftmals nicht stattfinden, was auch zu hohen Personalfluktuationen führt und einer kontinuierlichen professionellen Bearbeitung der Bedarfe erschwert.

5.2.4. Umwelt

Städtebauliche und umweltbezogene Bedarfe werden im Rahmen der Experteninterviews ebenfalls häufig angesprochen. Generell sei das Quartier von einem Mangel an Grün- und Freiflächen charakterisiert. Insbesondere sei auch ein barrierefreier Zugang oft nicht gegeben, vorhandene Grünflächen sind schwer zu erreichen. So müsse beispielsweise der Pegnitzgrund zugänglicher gestaltet werden. Auch die Fürther Straße stelle eine Barriere dar und müsse durch Übergänge besser passierbar gemacht werden. Generell wurde angesprochen, dass die Fürther Straße als zentrale Achse im Stadtteil attraktiver gestaltet werden muss, z.B. in Form eines „Boulevards“. Vorhandene Grünflächen müssen laut Expertenaussagen noch barrierefreier gestaltet werden, so dass auch ältere Menschen diese gut nutzen können. Dazu müssten mehr Bänke sowie seniorengerechte Untergründe vor Ort vorhanden sein.

Insbesondere der Bedarf, Bewegungsräume auszuweiten, wird in den Experteninterviews immer wieder angesprochen. Erste Schritte, hier angemessen zu reagieren, werden im Rahmen der Stadtteilerneuerung (Erschließung und Umgestaltung vorhandener Flächen, z. B. Quartierspark, Jamnitzerplatz) und von der Gesundheitskoordination des Projekts unternommen (Bewegungsangebote auf Grün- und Freiflächen, s.o.)

Neben dem Mangel an Grünflächen ist das Quartier geprägt durch hohes Verkehrsaufkommen und zentrale Verkehrsachsen, die sich durch das Gebiet ziehen. Ein zentrales Thema, das als Bedarf genannt wurde, ist daher die Verkehrsberuhigung. Gerade die zuletzt hohe Zahl der Unfälle mit Beteiligung von Kindern entlang der Fürther Straße sollte Anlass geben, die Verkehrsführung und die Gestaltung der Straße zu überdenken. Gerade aufgrund des hohen Verkehrsaufkommens und der Unfallgefahr bringen viele Eltern ihre Kinder mit dem Auto zum Kindergarten oder zur Schule. Aus der Perspektive der Gesundheitsförderung sollte es dagegen das Ziel sein, jedem Kind einen „bewegten Schulweg“ ohne Gefahren zu ermöglichen.

Das Thema Wohnen war vor allem in den Interviews in Gostenhof ein sehr zentrales Thema. Generell besteht Bedarf an bezahlbarem Wohnraum, der für verschiedene Zielgruppen (u.a. Senior*innen, aber auch Familien) zur Verfügung steht. Barrierefreie Wohnmöglichkeiten, gerade für gehbehinderte Menschen, ist ein weiterer Bedarf, der genannt wurde. Des Weiteren fehlen betreute Wohnmöglichkeiten für Senior*innen.

6. Fazit und Ausblick

Das Projekt „Gesundheit für alle im Stadtteil“ hat auf der Basis einer ausführlichen Bedarfsanalyse in vier Projektgebieten begonnen, Maßnahmen und Angebote zur Förderung der Gesundheit der Bewohner*innen zu konzipieren und umzusetzen. Für das Projektgebiet Weststadt haben die Bedarfsanalyse und bereits vorhandene quantitative Befragungsdaten die räumlichen Kontextbedingungen und die soziale Komposition der Bevölkerung im Stadtteil sichtbar gemacht und die gruppenspezifischen gesundheitlichen Lagen und das Gesundheitsverhalten der Bewohner*innen aufgezeigt.

Besonders in den Bezirken Gostenhof, Bärenschanze, Eberhardshof und Muggenhof stellen hohe nachbarschaftliche Fluktuation, hohe Luft- und Lärmbelastung, wenige Spielflächen und wenige, teils schwer erreichbare öffentliche Grünflächen, die überwiegend ungünstige bioklimatische Situation der Siedlungsräume sowie eine Bevölkerung mit einem hohen Anteil von sozial benachteiligten und Personen mit Migrationshintergrund die Gesundheitsförderung vor besondere Herausforderungen.

Die Bedarfsanalyse des Projektes erlaubt es, gesundheitsfördernde Maßnahmen zielgruppenspezifisch zu entwickeln und umzusetzen. Die Maßnahmen sind lebensweltsensibel und sollen dazu beitragen, die gesundheitlichen Folgen sozialer Ungleichheit auszugleichen. Aus diesem Grund sind alle Maßnahmen kostenlos oder sehr kostengünstig, damit sie von sozioökonomisch schwachen Personengruppen niedrigschwellig wahrgenommen werden können. Gemäß dem Public Health Action Cycle werden die Maßnahmen stets evaluiert und weiterentwickelt. Auf Basis der Rückmeldungen der Teilnehmer*innen, der lokalen Netzwerke und der Akteur*innen werden die Bedarfe ggf. aktualisiert, die Angebote genauer auf Zielgruppen zugeschnitten und die Erreichbarkeit, z.B. durch Sprachmittlerinnen oder eine zeitgleiche Kinderbetreuung, verbessert. Die Entwicklung von Multiplikatorenschulungen zum Thema Bewegung und Ernährung, beispielsweise als „Bewegungs- oder Ernährungsbotschafter“, soll im kommenden Projektjahr intensiviert werden, um das Thema Gesundheit im Stadtteil noch breiter in die Bevölkerung bringen zu können. Des Weiteren können dadurch Maßnahmen nachhaltiger gestaltet und im Stadtteil verankert werden. Die bereits bestehende starke Netzwerkarbeit, die für das Gelingen des Projektes und die nachhaltige Verankerung der Gesundheitsförderung im Projektgebiet ebenfalls nötig ist, wird kontinuierlich weitergeführt. Darüber hinaus ist es wichtig, Maßnahmen kontinuierlich (etwa den Bewegungstreff im Sommer) anzubieten, damit diese sich in der öffentlichen Wahrnehmung etablieren und Personengruppen, die nicht an Vereine und Institutionen des Stadtteils angebunden sind, durch Mund-zu-Mund-Propaganda erreicht werden können.

Im räumlich-umweltbezogenen Bereich soll der Austausch zur gesundheitsbezogenen Stadtentwicklung mit den entsprechenden Akteuren und Dienststellen erweitert und fortgeführt werden. Dabei wird u.a. ein gesamtstädtisches kleinräumiges „Screening“-Modell zur Identifikation von kumulierten (umweltbezogenen und sozialen) Belastungen in Sozialräumen zusammen mit anderen Ämtern und der Hochschule für Gesundheit Bochum entwickelt, um Mehrfachbelastungen in Nürnberg zu identifizieren und grafisch darzustellen. Außerdem soll der Beitrag der Gesundheitskoordinatoren zu einem kleinräumigen Gesundheitsmonitoring geprüft werden.

Die guten Kooperationen mit der Abteilung Gesundheitsförderung, dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst und der Gesundheitsregion^{plus} innerhalb des Gesundheitsamtes sowie der Regiestelle Sozialraumentwicklung, der Stadteilkoordination und den Seniorennetzwerken auf der operativen und der strategischen Ebene begleiten das Projekt. Synergien zum sozialraumbezogenen Bildungsmonitoring, wie es aktuell beispielhaft im Nürnberger Westen für die Kompetenzbereiche sprachliche, kulturelle und gesundheitliche Bildung erarbeitet wird, sind auszuloten und gemeinsam weiterzuentwickeln. Die Gesundheitskoordinator*innen haben sich durch ihre engen Kooperationen mit den Netzwerken und Akteuren im Stadtteil und als Schnittstelle zu den städtischen Ämtern als gewinnbringend für die Gesundheitsförderung im Stadtteil erwiesen. Ziel ist es daher, die Kooperation zwischen den Ämtern ressortübergreifend verstärkt auszubauen, um bereits vorhandene Strukturen dafür zu nutzen, gemeinsam an der Verbesserung der Lebenslagen aller Nürnberger Bewohner*innen zu arbeiten.

Die Gesundheitskoordinator*innen veröffentlichen regelmäßig anstehende Termine über die lokale Presse und auf der Website und stellen das Projekt und seine Ergebnisse auf regionalen und überregionalen Konferenzen und in Fachzeitschriften vor. Eine Bewerbung um den Bayerischen Präventionspreis 2019 ist ebenfalls Teil der Öffentlichkeitsarbeit. Durch die Öffentlichkeitsarbeit des Projektes werden Erfahrungen überregional weitergegeben und –an Rückfragen erkennbar– interessiert aufgenommen.

Im Jahr 2020 wird die Wirksamkeit der Angebote sowie die Erreichbarkeit der Betroffenen untersucht und eine umfangreiche externe Evaluation des Projektes ist geplant. Hierbei soll analysiert werden, welche Zielgruppen durch die Verhaltensangebote bisher (noch nicht) erreicht werden und welchen Beitrag die Gesundheitskoordinator*innen an der Gesundheitsförderung im Stadtteil haben. Die Gesundheitskoordinator*innen treten für eine kleinräumige Gesundheits- und Sozialberichterstattung auf Stadtteilebene ein, um gesundheitsbezogene Bedarfe und Effekte der Gesundheitsförderung erfassen zu können.

Nicht zuletzt steht an, Ansätze der nachhaltigen Verankerung einer sozialräumlich ansetzenden kommunalen Gesundheitsförderung zu entwickeln und bis zum Ende der Projektlaufzeit im April 2021 umzusetzen. Es gilt zu diskutieren, wie Gesundheit und Prävention als kommunales Querschnittsthema angelegt und verstetigt werden kann, um auch zukünftig die Lebensbedingungen, Lebensqualität und Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner der Stadt Nürnberg besonders in den sozial belasteten Lebensräumen zu verbessern. Ziel ist es, die sozialräumliche Gesundheitsförderung in der Stadt Nürnberg fest zu verankern. Denn eine effektive Gesundheitsförderung, die im direkten Lebensumfeld ansetzt und damit über die klassischen Settings wie Kita, Schule und Betrieb hinausgeht, ist eine Investition in die zukünftige Sicherung des Sozialversicherungssystems. Erst wenn die klassischen Settings verlassen werden, können Personen, die sich außerhalb dieser befinden, erreicht werden. So tragen Maßnahmen in diesem Bereich u.a. zur verbesserten Vermittlung von Menschen in Arbeitslosigkeit bei, reduzieren gesundheitliche Folgekosten, stärken den sozialen Zusammenhalt, verbessern die Lebensqualität und die Produktivitäts- und die Leistungskraft einer Kommune.

Abkürzungsverzeichnis

BgA	Bürgermeisteramt
BV	Bürgerversammlungsbereich
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Gh	Gesundheitsamt
JHA	Jugendhilfeausschuss
KIGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KJÄD	Kinder- und Jugendärztlicher Dienst
LGL	Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
Ref V	Referat für Jugend, Familie und Soziales
SEU	Schuleingangsuntersuchung
StA	Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth
UwA	Umweltamt
Wohaus 2015	Wohnungs- und Haushaltserhebung <i>Leben in Nürnberg</i> 2015
ZGD	Zahngesundheitsdienst des Gesundheitsamts

Literaturverzeichnis

- Altgeld, T. (2011). *Finanzierung der Gesundheitsförderung*, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*, Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung, 79–83.
- Babisch, W. (2011). *Quantifizierung des Einflusses von Lärm auf Lebensqualität und Gesundheit*. UMID: Umwelt und Mensch - Informationsdienst (1), 28–36.
- Bauer, U., Bittlingmayer, U. H. & Richter, M. (Hrsg.). (2008). *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit* (1. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Baumeister, H., Rüdiger, A., Köckler, H., Claßen, T., Hamilton, J., Rühweiler, M. et al. (2016). *Leitfaden Gesunde Stadt. Hinweise für Stellungnahmen zur Stadtentwicklung aus dem Öffentliche Gesundheitsdienst*. Bielefeld. Verfügbar unter https://www.lzg.nrw.de/media/pdf/service/Pub/2016_df/lzg-nrw_leitfaden_gesunde_stadt_2016.pdf
- Berkman, L. F. & Glass, T. (2000). Social Integration, Social Networks, Social Support. In Berman, L. F. & Kawachi, I. (Hrsg.), *Social Epidemiology* (S. 137–173). Oxford: University Press.
- Berman, L. F. & Kawachi, I. (Hrsg.) (2000), *Social Epidemiology*. Oxford: University Press.
- Bohle, G. Bunge, C., Hornberg, C., Köckler, H. & Mielck, A (2012) *Umweltgerechtigkeit*. Bern: Huber Verlag
- Brähler, E.; Kiess, J. & Schubert, C. (Hrsg.). *Gesund und gebildet. Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Brauckhoff, G., Kocher, T., Hofreiter, B., Bernhardt, O., Splieth, C., Biffar, R. et al. (2009). *Mundgesundheit*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Nr. 47. Berlin. Verfügbar unter www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/mundgesundheit.pdf?__blob=publicationFile
- Bridge, C., Flatau, P., Whelan, S., Wood, G. & Yates, J. (2003). *Housing Assistance and Non-Shelter Outcomes. Final Report no. 40*. Melbourne.
- Bucksch, J., Claßen, T., Geuter, G. & Budde, S. (2012). *Bewegungs- und Gesundheitsförderliche Kommune – Evidenzen und Handlungskonzept für die Kommunalentwicklung – ein Leitfaden*. Bielefeld.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). (2017). *Lebenslagen in Deutschland. Der fünfte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Kurzfassung. Zugriff am 27.11.2018. Verfügbar unter https://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/SharedDocs/Downloads/Berichte/5-arb-kurzfassung.pdf?__blob=publicationFile&v=4
- Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (Hrsg.). (2015). *Grün in der Stadt - Für eine lebenswerte Zukunft. Dokumentation des Kongresses am 10. und 11. Juni 2015 in Berlin*. Berlin. Verfügbar unter https://www.gruen-in-der-stadt.de/sites/default/files/downloads/doku_kongress_2015.pdf
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (Hrsg.). (2018). *Bewegung fördert die Gesundheit*. Zugriff am 05.12.2018. Verfügbar unter <http://www.frauengesundheitsportal.de/themen/bewegung-und-sport/mehr-zum-themasport-und-bewegung/>.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGÄ)(Hrsg.). (2012). *Leitfaden Qualitätskriterien zur Planung, Umsetzung und Bewertung von Maßnahmen mit dem Fokus auf Bewegung, Ernährung und Umgang mit Stress*. Köln. Verfügbar unter https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKewixuJrS1LnlAhXLLFAKHVV-BS8QFjABegQIBhAC&url=https%3A%2F%2Fqueb.bayern%2Fres%2FLeitfaden_QS_BZgA.pdf
- Bürgermeisteramt (BgA) - Bildungsbüro (2017). *Bildung in Nürnberg 2017. Vierter Bildungsbericht der Stadt Nürnberg*. Verfügbar unter https://www.nuernberg.de/imperia/md/bildungsbuero/dokumente/bb171207_01.pdf.
- Busch, M. A., Schienkiewitz, A., Kroll, L. E., Goesswald, A. & Lampert, T. (2015). *Trends in social inequalities in the prevalence of major cardiovascular disease among adults in germany*. European Heart Journal, 36, 639.
- Butterworth, I. (2000). *The Relationship Between the Built Environment and Wellbeing: a literatur review*. Zugriff am 27.11.2018. Verfügbar unter http://www.vichealth.vic.gov.au/~media/ProgramsandProjects/PlanningHealthyEnvironments/%20Attachments/built_environment
- Claßen, T. (2013). *Lärm macht krank! - Gesundheitliche Wirkungen von Lärmbelastung in Städten*. Informationen zur Raumentwicklung, 3, 223–234.
- Engels, D. (2004). *Armut, soziale Ausgrenzung und Teilhabe an Politik und Gesellschaft* (Otto-Blume-Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e.V., Hrsg.). Köln. Verfügbar unter <https://www.isg-institut.de/download/Partizipation-Bericht.pdf>
- Finger, J. D., Varnaccia, G., Bormann, A., Lange, C. & Mensink, G. B. (2018). *Körperliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends*. Journal of Health Monitoring, 3 (1), 24–31. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-006>
- Fromm, S., Rosenkranz, D., Didyk, O. & Georgi, G. (2018). *Institutionalisierte und informelle Nachbarschaftshilfe in Nürnberg. Situationsanalyse und Potenziale*. Abschlussbericht - Zusammenfassung. Nürnberg: Technische Hochschule Nürnberg Georg Simon Ohm.
- Frühbuß, J. & Schäfer, M. (2009). *Ungleichheit in der Mundgesundheit. Herausforderungen an den öffentlichen Gesundheitsdienst*. Prävention und Gesundheitsförderung, 42 (2), 105–112.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2018). *Leitfaden Prävention nach § 20 Abs. 2 SGB V und Leitfaden Prävention nach § 5 SGB XI*. Zugriff am 27.10.2019. Verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention_2018_barrierefrei.pdf
- Greiner, W., Batram, M., Damm, O., Scholz, S., Witte, J., Kuntz, B. et al. (2018). *Kinder- und Jugendreport 2018. Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Schwerpunkt: Familiengesundheit*. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung Nr. 23. Bielefeld. Verfügbar unter <https://www.dak.de/dak/download/dak-kinder--und-jugendreport-2018-2002322.pdf>

- Haverkamp, F. (2012). Gesundheit und soziale Lage: Herausforderung für eine inklusive Gesundheitsversorgung. In Huster, E.-U.; Boeckh J. & Mogge-Grotjahn, H. (Hrsg.), *Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung* (2., überarb. und erw. Aufl., S. 365–382). Wiesbaden: Springer VS.
- Heidemann, C., Kroll, L., Icks, A., Lampert, T. & Scheidt-Nave, C. (2009). *Prevalence of known diabetes in German adults aged 25-69 years: results from national health surveys over 15 years*. Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association, 26 (6), 655–658. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2009.02739.x>
- Hilker, A. & Krug-Auerochs, S. (2012). *Grün- und Freiraumkonzept Weststadt*. Nürnberg.
- Hoebel, J.; Kuntz, B.; Kroll, L.E.; Finger, J.D.; Zeiher, J.; Lange, C.; Lampert, T. (2018). *Trends in Absolute and Relative Educational Inequalities in Adult Smoking Since the Early 2000s: The Case of Germany*. Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco, 20 (3), 295–302.
- Hornberg, C.; Claßen, T.; Steckling, N.; Samson, R.; McCall, T.; Tobollik, M.; Mekel, O.; Terschüren, C.; Schillmöller, Z.; Popp, J.; Paetzelt, G.; Schümann, M. (2013). *Quantifizierung der Auswirkungen verschiedener Umweltbelastungen auf die Gesundheit der Menschen in Deutschland unter Berücksichtigung der bevölkerungsbezogenen Expositionsermittlung - (Verteilungsbasierte Analyse gesundheitlicher Auswirkungen von Umwelt-Stressoren, VegAS) (Schriftenreihe Umwelt & Gesundheit, 1/2013)*. Berlin/Dessau-Roßlau: Umweltbundesamt.
- Hurley, F.; Hunt, A.; Cowie, H.; Holland, M.; Miller, B.; Pye, S.; Watkiss, P. (2005). *Service Contract for Carrying out Cost-Benefit Analysis of Air Quality Related Issues, in particular in the Clean Air for Europe (CAFE) Programme. Methodology for the Cost-Benefit analysis for CAFE*. AEA Technology Environment, 2 (2), 1–122. Volume 2: Health Impact Assessment.
- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (2017). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (4., vollständig überarbeitete Auflage, S. 13–24). Bern: Verlag Hans Huber.
- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.). (2017). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (4., vollständig überarbeitete Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.
- Huster, E.-U.; Boeckh J. & Mogge-Grotjahn, H. (Hrsg.), *Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung* (2., überarb. und erw. Aufl., S. 365–382). Wiesbaden: Springer VS.
- Jauernig, H. & Ohdahl, D. (2018). *So teuer ist Wohnen in Deutschlands Szenevierteln*. Zugriff am 10.12.2018. Verfügbar unter <http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/deutschland-das-sind-die-szeneviertel-in-den-grossstaedten-a-1223648.html>
- Jordan, A. & Frenzel Baudisch, N. Dr. (2018). *Verbesserung der Mund- und Zahngesundheit in Deutschland*. Public Health Forum, 26(3), 229-231. doi:10.1515/pubhef-2018-0051
- Jungbauer-Gans, M. & Gross, C. (2009). Erklärungsansätze sozial differenzierter Gesundheitschancen. In M. Richter, M & Hurrelmann, K. (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (S. 77–98). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Klauer, T., Knoll, N. & Schwarzer, R. (2007). *Soziale Unterstützung: Neue Wege in der Forschung*. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 15(4), 141–142.
- Kroll, L. E. & Lampert, T. (2012). *Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit*. GBE Kompakt, 3 (1), 1–8.
- Kroll, L. E., Müters, S. & Lampert, T. (2016). *Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. Ein Überblick zum Forschungsstand und zu aktuellen Daten der Studien GEDA 2010 und GEDA 2012*. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 59 (2), 228–237.
- Kromeyer-Hauschild, K.; Wabitsch, M.; Kunze, D.; Geller, F.; Geiß, H. C.; Hesse, V.; Hippel, A. von; Jaeger, U.; Johnsen, D.; Korte, W.; Menner, K.; Müller, G.; Müller, J. M.; Niemann-Pilatus, A.; Remer, T.; Schaefer, F.; Wittchen, H.-U.; Zabransky, S.; Zellner, K.; Ziegler, A.; Hebebrand, J. (2001). *Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben*. Monatsschrift Kinderheilkunde, 149 (8), 807–818.
- Krug, S., Finger, J. D., Lange, C., Richter, A. & Mensink, G. B. (2018). *Sport- und Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends*. Journal of Health Monitoring, 3 (2), 3–22.
- Kuckartz, U. (2014). *Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. Wiesbaden: Springer VS.
- Lampert, T. (2010). *Frühe Weichenstellung. Zur Bedeutung der Kindheit und Jugend für die Gesundheit im späteren Leben*. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 53 (3), 486–497.
- Lampert, T., Hoebel, J. & Kroll, L. E. (2019a). *Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland. Aktuelle Situation und Trends*. Journal of Health Monitoring, 4 (1), 3–15.
- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., Finger, J. D., Hölling, H., Lange, M. et al. (2019b). *Gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Zeitliche Entwicklung und Trends der KiGGS-Studie*. Journal of Health Monitoring, 4 (1), 16–40.
- Lampert, T. & Kroll, L. E. (2014). *Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung*. GBE Kompakt, 5 (2), 1–14.
- Lampert, T., Kroll, L. E., Kuntz, B. & Hoebel, J. (2018). *Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland und im internationalen Vergleich: Zeitliche Entwicklungen und Trends*. Berlin. Verfügbar unter <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-019>
- Lampert, T. & Kuntz, B. (2015). *Gesund aufwachsen - Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu?* GBE Kompakt, 6 (1).
- Lampert, T., Kroll, L. E., Lippe, E. von der, Müters, S. & Stolzenberg, H. (2013). *Sozioökonomischer Status und Gesundheit. Ergebnisse der Studie zur Erwachsener in Deutschland (DEGS1)*. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 56(5/6), 814–821.
- Laubstein, C., Holz, G. & Sedding, N. (2016). *Armutsfolgen für Kinder und Jugendliche. Erkenntnisse aus empirischen Studien in Deutschland*. Zugriff am 27.11.2018. Verfügbar unter https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_WB_Armutsfolgen_fuer_Kinder_und_Jugendliche_2016.pdf
- Law, J., Boyle, J., Harris, F. et al. (1998). *Screening for speech and language delay: a systematic review of the literature*. Health Technol Assess (2). 1-184.

- Leonhäuser, I.U. & Lehmkuhler, S. (2002). *Ernährung und Armut: erste empirische Befunde*. Zentrum für Gesundheitswissenschaften, 10 (1), 21–33.
- Louv, R. (2006a). *Vitamin N. The Essential Guide to a Nature-Rich Life*. Chapel Hill: Algonquin Books.
- Louv, R. (2006b). *Last Child in the Woods: Saving our children from nature deficit disorder*. Chapel Hill: Algonquin Books.
- Maller, C., Townsend, M. S., Steger, L., Henderson-Wilson, C., Pryor, A., Prosser, L. (2009). *Health Parks, Healthy People: The Health Benefits of Contact with Nature in a Park Context*. Melbourne: School of Health and Social Development. Deakin University.
- Maron, J., Hunger, M., Kickberger, I., Peters, A. & Mielck, A. (2014). *Nimmt die gesundheitliche Ungleichheit zu? Trends beim subjektiven Gesundheitszustand, beim Rauchen und bei Adipositas zwischen 1984/85 und 1999/2000 bei Erwachsenen in Augsburg*. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 57 (4), 431–444.
- Mensink, G. B., Schienkiewitz, A., Rabenberg, M., Borrmann, A., Richter, A. & Haftenberger, M. (2018). *Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends*. Journal of Health Monitoring, 3 (1), 32–39. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-007>
- Meuser, M., Nagel, U., (2009): Das Experteninterview — konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In: S. Pickel et al. (Hrsg.), *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft*. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Mielck, A. (2012). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Belege für die zentrale Rolle der schulischen und beruflichen Bildung. In Brähler, E.; Kiess, J. & Schubert, C. (Hrsg.), *Gesund und gebildet. Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft* (S. 129–145). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Moor, I., Günther, S., Knöchelmann, A., Hoebel, J., Pfortner, T.-K., Lampert, T. (2018). *Educational inequalities in subjective health in Germany from 1994 to 2014: a trend analysis using the German Socio-Economic Panel study (GSOEP)*. BMJ open, 8 (6).
- Nairz, F.; Heißenhuber, A.; Morlock, G.; Hölscher, G.; Schneider, T.; Hachmeister, A.; Nennstiel-Ratzel, U. (2017). *Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen zum Schuljahr 2014/2015 Statistisch-epidemiologischer Bericht*. Schuleingangsuntersuchungen in Bayern Band 10
- Nennstiel-Ratzel, U. & Hachmeister, A. (2018). *Die Schuleingangsuntersuchung in Bayern*. Zugriff am 15.12.2018. Verfügbar unter <https://www.lgl.bayern.de/gesundheitspraevention/kindergesundheit/schuleingangsuntersuchung/index.htm>
- Neumann, K., Keilmann, A., Rosenfeld, J., Schönweiler, R., Zaretsky, Y., & Kiese-Himmel, C. (2009). *Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern: Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (gekürzte Fassung)*. Kindheit und Entwicklung, 18(4), 222-231.
- Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) (Hrsg.). (2016). *Ländernotiz Deutschland - Pisa 2015 Ergebnisse*. Zugriff am 27.11.2018. Verfügbar unter www.oecd.org/berlin/themen/pisa-studie/PISA_2015_Laendernotiz-Deutschland.pdf
- Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) (Hrsg.). (2018). *Better Life Index. Wohnverhältnisse*. Zugriff am 27.11.2018. Verfügbar unter <http://www.oecdbetterlifeindex.org/de/topics/housing-de/>
- Oldenhage, M., Daseking, M. & Petermann, F. (2009). *Erhebung des Entwicklungsstandes im Rahmen der ärztlichen Schuleingangsuntersuchung*. Gesundheitswesen, 10(71), 638–647.
- Pfeifer, K.; Banzer, W.; Ferrari, N.; Füzéki, E.; Geidl, W.; Graf, C.; Hartung, V.; Klamroth, S.; Völker, K.; Vogt, L. (2016). *Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung*. Erlangen-Nürnberg. Verfügbar unter <https://www.sport.fau.de/files/2016/05/Nationale-Empfehlungen-f%C3%BCr-Bewegung-und-Bewegungsf%C3%B6rderung-2016.pdf>
- Pieper, K. (2010). *Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe 2009. Gutachten aus den Bundesländern bzw. Landesstellen*. (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege, Hrsg.). Marburg. Verfügbar unter https://www.daj.de/fileadmin/user_upload/PDF_Downloads/Studie_Korrektur.pdf
- Poethko-Müller, C., Kuntz, B., Lampert, T. & Neuhauser, H. (2018). *Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends*. Journal of Health Monitoring, 3 (1).
- Project for public spaces (PPS) (Hrsg.). (o.J.). *What Makes a Successful Place?* Zugriff am 27.11.2018. Verfügbar unter <https://www.pps.org/article/grplacefeat>
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hrsg.). (2009a). *Gesundheitliche Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (2009b). Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. In Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit* (S. 13–34). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rosenbrock, Rolf (2017), *Prävention*, in: Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge (Hg.), *Fachlexikon der Sozialen Arbeit*, 8., völlig überarbeitete und aktualisierte Auflage, Baden-Baden: Nomos, S. 662–663.
- Rosenbrock, R. & Hartung, S. (2011). Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 832–834). Werbach-Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Schienkiewitz, A., Brettschneider, A. A., Damerow, S. & Schaffrath Rosario, A. (2018). *Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends*. Journal of Health Monitoring, 3 (1), 16–23. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-005>
- Schlicht, W. (2017). *Großstadtpflanzen*. Gesundheit und Gesellschaft, 20 (6/17), 23–28.
- Schwendicke, F., Dörfer, C. E., Schlattmann, P., Foster Page, L., Thomson, W. M. & Paris, S. (2015). *Socioeconomic inequality and caries: a systematic review and meta-analysis*. Journal of dental research, 94 (1), 10–18. <https://doi.org/10.1177/0022034514557546>
- Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (Hrsg.). (2016). *Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2015*. Berlin. Verfügbar unter https://www.berlin.de/sen/gesundheits/assets/service/publikationen/gesundheitsberichterstattung/ga2015_netz.pdf

- Stadt Nürnberg - Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth (StA). (2018). *Sozialraumtypisierung für Nürnberg und Fürth*. Statistischer Monatsbericht für Mai 2018.
- Stadt Nürnberg - Bürgermeisteramt/Bildungsbüro (BgA) (Hrsg.). (2017). *Bildung in Nürnberg 2017. Vierter Bildungsbericht der Stadt Nürnberg*. Zugriff am 27.11.2018. Verfügbar unter https://www.nuernberg.de/imperia/md/bildungsbuero/dokumente/bb171207_01.pdf
- Stadt Nürnberg - Gesundheitsamt (Gh) (im Druck). *Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen für die Schuljahre 2011/12–2015/16*.
- Stadt Nürnberg, (2010). *Vorbereitende Untersuchungen Weststadt*. Nürnberg. Verfügbar unter https://www.nuernberg.de/imperia/md/stadtplanung/texte/vu_weststadt.pdf
- Stumm, B. & Trojan, A. (1994), *Gesundheit in der Stadt. Modelle — Erfahrung — Perspektiven*; Frankfurt am Main.
- Umweltbundesamt (Hrsg.). (2016). *Verkehrslärm*. Zugriff am 03.12.2018. Verfügbar unter <https://www.umweltbundesamt.de/themen/verkehr-laerm/verkehrslaerm#textpart-5>
- Van Suchodoletz, W. (2003). *Kinder mit Sprech- und Sprachentwicklungsstörungen*. MMW Fortschritte der Medizin, 145, 630-635.
- World Health Organisation (WHO) (Hrsg.). (1986). *Ottawa-Charter*. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
- World Health Organisation Regional Office for Europe & JRC European Commission (WHO & JRC Europe) (Hrsg.). (2011). *Burden of disease from environmental noise. Quantification of healthy life years lost in Europe*. Kopenhagen. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/136466/e94888.pdf

Anhang

Tab. A1: **Bevölkerungsstruktur: Geschlecht und Alter**

	PG Weststadt	Gostenhof	Bärenschanze	Eberhardshof	Muggenhof	Gesamtstadt
Bevölkerung	31206	9462	9952	9209	2583	529407
Geschlecht						
männlich	52,7%	55,0%	51,3%	51,0%	55,1%	49,0%
weiblich	47,3%	45,0%	48,7%	49,0%	44,9%	51,0%
Alter						
Durchschnittsalter	38,6 Jahre	37,1 Jahre	38,3 Jahre	40,9 Jahre	36,7 Jahre	43,2 Jahre
Altersgruppen						
0 - U3 Jahre	3,3%	3,3%	3,5%	3,2%	3,2%	2,9%
3 - U6 Jahre	3,0%	2,8%	3,3%	2,7%	3,1%	2,6%
6 - U10 Jahre	3,5%	3,5%	3,7%	3,3%	3,9%	3,3%
10 - U15 Jahre	4,4%	4,2%	4,6%	4,4%	5,0%	4,0%
15 - U18 Jahre	2,8%	2,7%	3,0%	2,6%	3,3%	2,5%
18 - U25 Jahre	10,0%	11,1%	8,9%	9,0%	13,5%	8,4%
25 - U45 Jahre	35,7%	38,0%	36,7%	32,7%	33,6%	29,5%
45 - U65 Jahre	24,8%	25,1%	23,6%	25,9%	24,3%	26,8%
65 - U80 Jahre	9,8%	7,9%	9,7%	12,2%	8,1%	14,3%
80 und älter	2,7%	1,4%	2,9%	4,0%	2,1%	5,8%

Quelle: Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth Stand 31.12.2016, eigene Berechnung

Tab. A2: **Einschätzung gesundheitliche Situation**

	PG Weststadt		Gesamtstadt	
gesundheitsbedingt im Beruf oder zu Hause weniger geschafft	in %	Angaben	in %	Angaben
ja, häufig	15%	71	13%	1069
ja, manchmal	33%	158	33%	2679
nein	52%	253	54%	4387
Gesamt	100%	482	100%	8135
Beeinträchtigung durch Schmerzen				
ja, häufig	11%	56	14%	1171
ja, manchmal	39%	192	36%	2969
nein	50%	244	49%	4040
Gesamt	100%	491	100%	8181
Schwierigkeiten beim Treppensteigen				
ja, häufig	8%	38	10%	810
ja, manchmal	19%	90	16%	1343
nein	74%	357	74%	6028
Gesamt	100%	484	100%	8181
Schwierigkeiten beim Gehen				
ja, häufig	6%	29	9%	715
ja, manchmal	15%	76	16%	1323
nein	79%	386	75%	6145
Gesamt	100%	491	100%	8184
Schwierigkeiten beim Sehen				
ja, häufig	8%	37	7%	602
ja, manchmal	21%	99	20%	1614
nein	72%	347	73%	5937
Gesamt	100%	483	100%	8153
Schwierigkeiten beim Hören				
ja, häufig	3%	14	4%	298
ja, manchmal	9%	42	10%	788
nein	89%	431	87%	7055
Gesamt	100%	486	100%	8140
Schwierigkeiten, weil niedergeschlagen und traurig				
ja, häufig	10%	48	10%	810
ja, manchmal	36%	174	32%	2600
nein	54%	264	58%	4766
Gesamt	100%	485	100%	8175

Quelle: Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth Wohnungs- und Haushaltserhebung *Leben in Nürnberg* 2015

Abb. A1: Perzentile für den BMI (in kg/m²) von Jungen im Alter von 0-18 Jahren

Tabelle 3

Perzentile für den Body-mass-Index (in kg/m²) von Jungen im Alter von 0–18 Jahren

Alter [Jahre]	L	S	P3	P10	P25	P50 (M)	P75	P90	P97
0	1,31	0,10	10,20	11,01	11,81	12,68	13,53	14,28	15,01
0,5	−0,67	0,08	14,38	15,06	15,80	16,70	17,69	18,66	19,72
1	−1,05	0,08	14,58	15,22	15,93	16,79	17,76	18,73	19,81
1,5	−1,28	0,08	14,31	14,92	15,60	16,44	17,40	18,37	19,47
2	−1,45	0,08	14,00	14,58	15,25	16,08	17,03	18,01	19,14
2,5	−1,58	0,08	13,73	14,31	14,97	15,80	16,76	17,76	18,92
3	−1,67	0,09	13,55	14,13	14,79	15,62	16,59	17,62	18,82
3,5	−1,75	0,09	13,44	14,01	14,67	15,51	16,50	17,56	18,80
4	−1,80	0,09	13,36	13,94	14,60	15,45	16,46	17,54	18,83
4,5	−1,85	0,09	13,30	13,88	14,55	15,42	16,45	17,56	18,90
5	−1,88	0,09	13,24	13,83	14,51	15,40	16,46	17,61	19,02
5,5	−1,90	0,10	13,20	13,80	14,50	15,40	16,50	17,71	19,19
6	−1,92	0,10	13,18	13,79	14,51	15,45	16,59	17,86	19,44
6,5	−1,92	0,10	13,19	13,82	14,56	15,53	16,73	18,07	19,76
7	−1,92	0,11	13,23	13,88	14,64	15,66	16,92	18,34	20,15
7,5	−1,92	0,11	13,29	13,96	14,76	15,82	17,14	18,65	20,60
8	−1,91	0,11	13,37	14,07	14,90	16,01	17,40	19,01	21,11
8,5	−1,89	0,12	13,46	14,18	15,05	16,21	17,68	19,38	21,64
9	−1,87	0,12	13,56	14,31	15,21	16,42	17,97	19,78	22,21
9,5	−1,85	0,13	13,67	14,45	15,38	16,65	18,27	20,19	22,78
10	−1,83	0,13	13,80	14,60	15,57	16,89	18,58	20,60	23,35
10,5	−1,80	0,13	13,94	14,78	15,78	17,14	18,91	21,02	23,91
11	−1,77	0,14	14,11	14,97	16,00	17,41	19,24	21,43	24,45
11,5	−1,75	0,14	14,30	15,18	16,24	17,70	19,58	21,84	24,96
12	−1,72	0,14	14,50	15,41	16,50	17,99	19,93	22,25	25,44
12,5	−1,69	0,14	14,73	15,66	16,77	18,30	20,27	22,64	25,88
13	−1,66	0,14	14,97	15,92	17,06	18,62	20,62	23,01	26,28
13,5	−1,63	0,14	15,23	16,19	17,35	18,94	20,97	23,38	26,64
14	−1,61	0,14	15,50	16,48	17,65	19,26	21,30	23,72	26,97
14,5	−1,58	0,14	15,77	16,76	17,96	19,58	21,63	24,05	27,26
15	−1,55	0,14	16,04	17,05	18,25	19,89	21,95	24,36	27,53
15,5	−1,52	0,13	16,31	17,33	18,55	20,19	22,26	24,65	27,77
16	−1,49	0,13	16,57	17,60	18,83	20,48	22,55	24,92	27,99
16,5	−1,47	0,13	16,83	17,87	19,11	20,77	22,83	25,18	28,20
17	−1,44	0,13	17,08	18,13	19,38	21,04	23,10	25,44	28,40
17,5	−1,41	0,13	17,32	18,39	19,64	21,31	23,36	25,68	28,60
18	−1,39	0,13	17,56	18,63	19,89	21,57	23,61	25,91	28,78

Abb. A2: Perzentile für den BMI (in kg/m²) von Mädchen im Alter von 0 bis 18 Jahren

Tabelle 4
Perzentile für den Body-mass-Index (in kg/m²) von Mädchen im Alter von 0–18 Jahren

Alter [Jahre]	L	S	P3	P10	P25	P50 (M)	P75	P90	P97
0	1,34	0,10	10,21	10,99	11,75	12,58	13,40	14,12	14,81
0,5	−0,03	0,08	13,86	14,55	15,29	16,16	17,08	17,95	18,85
1	−0,44	0,08	14,14	14,81	15,53	16,40	17,34	18,25	19,22
1,5	−0,71	0,08	13,94	14,59	15,32	16,19	17,16	18,11	19,15
2	−0,92	0,09	13,68	14,33	15,05	15,93	16,93	17,92	19,03
2,5	−1,07	0,09	13,46	14,10	14,82	15,71	16,73	17,76	18,92
3	−1,19	0,09	13,29	13,93	14,64	15,54	16,57	17,64	18,84
3,5	−1,30	0,09	13,16	13,79	14,51	15,42	16,46	17,56	18,81
4	−1,38	0,10	13,06	13,69	14,42	15,33	16,40	17,54	18,85
4,5	−1,46	0,10	13,00	13,64	14,37	15,31	16,41	17,58	18,97
5	−1,52	0,10	12,97	13,61	14,36	15,32	16,46	17,69	19,16
5,5	−1,58	0,10	12,94	13,60	14,36	15,35	16,53	17,83	19,40
6	−1,62	0,11	12,92	13,59	14,37	15,39	16,63	17,99	19,67
6,5	−1,65	0,11	12,93	13,62	14,42	15,48	16,77	18,21	20,01
7	−1,66	0,12	12,98	13,69	14,52	15,62	16,98	18,51	20,44
7,5	−1,65	0,12	13,06	13,80	14,66	15,81	17,24	18,86	20,93
8	−1,64	0,12	13,16	13,92	14,82	16,03	17,53	19,25	21,47
8,5	−1,61	0,13	13,27	14,06	15,00	16,25	17,83	19,65	22,01
9	−1,58	0,13	13,38	14,19	15,17	16,48	18,13	20,04	22,54
9,5	−1,54	0,13	13,48	14,33	15,34	16,70	18,42	20,42	23,04
10	−1,51	0,14	13,61	14,48	15,53	16,94	18,72	20,80	23,54
10,5	−1,47	0,14	13,76	14,66	15,74	17,20	19,05	21,20	24,03
11	−1,43	0,14	13,95	14,88	15,99	17,50	19,40	21,61	24,51
11,5	−1,39	0,14	14,18	15,14	16,28	17,83	19,78	22,04	25,00
12	−1,36	0,14	14,45	15,43	16,60	18,19	20,18	22,48	25,47
12,5	−1,33	0,14	14,74	15,75	16,95	18,56	20,58	22,91	25,92
13	−1,30	0,14	15,04	16,07	17,30	18,94	20,98	23,33	26,33
13,5	−1,27	0,14	15,35	16,40	17,64	19,30	21,36	23,71	26,70
14	−1,25	0,14	15,65	16,71	17,97	19,64	21,71	24,05	27,01
14,5	−1,23	0,14	15,92	17,00	18,27	19,95	22,02	24,35	27,26
15	−1,20	0,14	16,18	17,26	18,53	20,22	22,28	24,59	27,45
15,5	−1,18	0,13	16,40	17,49	18,76	20,45	22,50	24,77	27,57
16	−1,16	0,13	16,60	17,69	18,96	20,64	22,67	24,91	27,65
16,5	−1,13	0,13	16,78	17,87	19,14	20,81	22,82	25,02	27,69
17	−1,11	0,13	16,95	18,04	19,31	20,96	22,95	25,11	27,72
17,5	−1,09	0,13	17,11	18,20	19,47	21,11	23,07	25,20	27,74
18	−1,07	0,12	17,27	18,36	19,62	21,25	23,19	25,28	27,76