



Grundlagentexte
Gesundheitswissenschaften

Alf Trojan | Waldemar Süß | Christian Lorentz |
Stefan Nickel | Karin Wolf

Quartiersbezogene Gesundheits- förderung

Umsetzung und Evaluation eines
integrierten lebensweltbezogenen
Handlungsansatzes

BELTZ JUVENTA

Leseprobe aus: Trojan/Süß/Lorentz/Wolf/Nickel, Quartiersbezogene Gesundheitsförderung, ISBN 978-3-7799-1575-4
© 2013 Beltz Verlag, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-1575-4>

Einleitung

In diesem Buch wird ein quartiersbezogener Gesundheitsförderungsansatz in seiner Entstehung und der weiteren zwölfjährigen Entwicklung dargestellt. Das Programm „Lenzgesund – Vernetzte frühe Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre“ ist seit 2007 ein bundesweit anerkanntes „Modell guter Praxis“.¹ Es wurde von einem Gesundheitsamt und den Akteuren vor Ort in einem sozial benachteiligten Quartier mit rund 3 000 Bewohnerinnen und Bewohnern entwickelt und umgesetzt.

Eine Besonderheit von „Lenzgesund“ ist die lange Dauer und die breite Herangehensweise dieses Handlungskonzepts quartiersbezogener bzw. kommunaler Gesundheitsförderung. Für Praktikerinnen und Praktiker ist dies insbesondere nachzulesen in Kapiteln 1, 4 und 2, im mittleren Teil von Kapitel 7 sowie in der Chronologie im Web-Archiv (siehe Hinweise S. 11).

Eine zweite Besonderheit liegt darin, dass dieses Modell mit unterschiedlichen, z. T. neu entwickelten Methoden über eine (für derartige Vorhaben sehr lange Zeit) umfassend evaluiert wurde. Dies war durch zwei aufeinander folgende Forschungsvorhaben möglich, die seitens des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert wurden.² Qualität und Wirkungen eines komplexen Interventionsansatzes werden also durch die Darstellung praxistauglicher wissenschaftlicher Bewertungsinstrumente ergänzt (vor allem in Kapiteln 3 bis 5). Kapitel 6 widmet sich besonders der partizipativen Evaluation und zeigt, wie Akteure vor Ort, Bewohnerschaft und Forschung zusammenwirken können.

Das Buch insgesamt ist gewissermaßen ein „Zwitter“: Es präsentiert übertragbares Wissen sowohl für die Praxis als auch für die Evaluation kommunaler Gesundheitsförderung. Diese intensive Kooperation zwischen Forschung und Praxis war durch die Forschungsförderung des Bundes ausdrücklich gewollt. Sie zu realisieren, ist trotzdem keine Selbstverständlichkeit. Es

1 www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/good-practice-beispiele/.

2 Projekt 1: Strukturbildung (Capacity Building) für Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Eltern in einem benachteiligten Quartier (FKZ: 01 EO 0414). Projekt 2: Langzeit-Evaluation des Präventionsprogramms „Lenzgesund“ und Transferpotential eines innovativen Evaluationsinstrumentes zur Messung von Strukturbildung (FKZ: 01 EL 0812). Die Autoren danken dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) für die Unterstützung und Förderung beider Forschungsprojekte!

ist aber ein Modell und Desiderat für die Zukunft, an dessen Verwirklichung wir in dem Verbund „Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung“ (KNP) mitgearbeitet haben und weiter mitarbeiten werden.³

Die Ergebnisse der Praxis- und Forschungsaktivitäten der vergangenen Jahre wurden teilweise schon in einigen Publikationen veröffentlicht. Mit diesem Buch wird nun der Versuch unternommen, Praxis und Forschung in einem Band vollständig und systematisch darzustellen.

Initiator und hauptverantwortlich für das Management der Praxis war das Gesundheitsamt Hamburg-Eimsbüttel. Die wissenschaftliche Begleitung lag während des gesamten Zeitraums bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Instituts für Medizinische Soziologie im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE).

Entscheidend für den gesamten Entwicklungsprozess waren und sind aber die Bewohnerinnen und Bewohner sowie die professionellen Fachleute vor Ort in der Lenzsiedlung. All diesen Akteurinnen und Akteuren und noch vielen weiteren, insbesondere wechselnden studentischen Mitarbeiterinnen an zahlreichen Studien und Erprobungsprojekten, die mit großem Engagement an diesem Prozess beteiligt waren, gilt unser herzlicher Dank!⁴ Ohne sie wäre die erfolgreiche Gesundheitsförderung in der Lenzsiedlung mit ihren vielen Facetten nicht möglich gewesen.

Die Verantwortlichen in dem gesamten Prozess waren stets von dem Wunsch bewegt, nicht nur ein zeitlich begrenztes Projekt durchzuführen, sondern mit dem Modell und seiner Evaluierung dauerhafte Veränderungsprozesse auf lokaler Ebene, aber auch für die Praxis der Gesundheitsförderung allgemein anzustoßen. Mit dem vorliegenden Buch wollen die Autorinnen und Autoren die Erkenntnisse und Materialien an diejenigen weitergeben, die in Politik, Praxis und Forschung quartiersbezogene Gesundheitsförderung unterstützen und verbreiten können.

Hamburg, Mai 2013

Für das Gesundheitsamt Eimsbüttel:

Dr. Gudrun Rieger-Ndarkorerwa, Leiterin

Dr. Martin Dirksen-Fischer, ehemaliger Leiter

Christian Lorentz, ehemaliger Koordinator Gesundheitsförderung

3 www.knp-forschung.de.

4 An dieser Stelle möchten wir auch Frau Helei Djadran und Herrn Aruschan Wartumjan ganz herzlich für ihre Hilfen bei der Textbearbeitung danken!

Für die Forschungsgruppe Gesundheitsförderung:

Prof. Alf Trojan

Waldemar Süß

Dr. Stefan Nickel

Karin Wolf

Zugang zu Anhängen, Dokumenten und Handlungshilfen zum Präventionsprogramm Lenzgesund und seiner Evaluation im Internet:

www.uke.de/institute/medizin-soziologie/index_28299.php

Anhänge:

A Teil 1: Chronologie Lenzgesund, Teil 2: Dokumente aus der Praxis von Lenzgesund

B Kapazitätsentwicklung im Quartier – Fragebogen

C Lenzgesund – 10 Interventionsprofile

Berichte und Dokumente für interessierte Praktiker/innen und Wissenschaftler/innen:

1. Materialien zur Praxis der Gesundheitsförderung in der Lenzsiedlung:

Konzepte und Berichte, vor allem die Synopse „Präventionsprogramm Lenzgesund – das vorläufige Handlungskonzept 2004 und seine Umsetzung und Weiterentwicklung in der Praxis“.

2. Stadtteilanalysen und -berichte:

Berichte und Dokumente aus den zeitgleich gelaufenen Prozessen der Sozialen/Aktiven bzw. Integrierten Stadtteilentwicklung in Hamburg;

3. Materialien zum Erhebungsinstrument KEQ:

enthalten alles, was man braucht, um selbst eine Erhebung zur Kapazitätsentwicklung im Quartier (KEQ) durchzuführen;

4. Materialien zur Gesundheitsberichterstattung

enthält unsere eigenen Berichte kleinräumiger GBE in der Lenzsiedlung („Quartiersdiagnosen“) und Zugang zu deren Quellen;

5. Wissenschaftliche Abschlussarbeiten

Zugang zu ausführlichen Einzelinterventionen und deren Evaluationsinstrumenten.

Zusammenfassende Berichte zu Praxis- und Evaluationsaspekten im Internet:

www.knp-forschung.de

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

www.leitbegriffe.bzga.de

www.evaluationstools.de

www.in-form.de/profiportal/in-form-erleben/projekte/in-form-wege-zur-qualitaet/startseite/in-form-wege-zur-qualitaet.html

Kapitel 1

Gesundheitsförderung in sozialräumlichen Settings



1.1

Gesundheit fördern, wo die Menschen leben

Das Setting Gemeinwesen

Alf Trojan, Waldemar Süß

In keinem Ansatz wird die Kernbotschaft der Ottawa-Charta so direkt und so umfassend aufgenommen wie in dem der gemeinwesenbezogenen Gesundheitsförderung. In ihm sind fast alle anderen Ansätze aufgehoben: Verhaltensänderung, Aufklärung, Empowerment, vor allem der Ansatz der sozialen und politischen Veränderung, aber auch medizinische Ansätze der Primärprävention und verbesserter Gesundheitsversorgung.

Die Gesundheitsförderung und Prävention¹ in Städten, Gemeinden und Quartieren bzw. Wohnvierteln ist in doppelter Weise „die Mutter aller Setting-Ansätze“ (Rosenbrock/Hartung 2010): Einerseits ist sie als Prinzip schon lange vor dem Aufkommen des Setting-Ansatzes eine insbesondere seit den Zeiten der Industrialisierung und dem Wachstum der Städte gut etablierte, natürlich gewachsene, auf Lebensbedingungen orientierte Handlungsstrategie; andererseits ist die Gemeinde bzw. ein unterschiedlich groß definierter Sozialraum der Rahmen für Ansätze in *spezifischeren* Settings, die in diesem Raum angesiedelt sind, z. B. Schulen, Kindertagesstätten und Krankenhäuser.

So sehr sich alle Projekte und Interventionen des Typs der sozialräumlichen Gesundheitsförderung auch auf dieselbe Grundlage, die Ottawa-Charta, beziehen, so vielfältig und unterschiedlich sind doch ihre Bezeichnungen und die Reichweite ihres Anspruchs (Seippel 1976; Stumm/Trojan 1994;

1 Wir benutzen Gesundheitsförderung und Prävention, dem allgemeinen Sprachgebrauch entsprechend, als ein sich wechselseitig ergänzendes Begriffspaar. In den meisten Interventionen kommen Anteile von beiden Komponenten zum Tragen. Wenn einer der Begriffe allein gebraucht wird, steht er meist nur der Kürze halber allein (z. B. im Begriff Präventionsprogramm). Seltener soll damit der jeweilige Kerngedanke akzentuiert werden, d. h. Risikoreduktion durch Prävention, Ressourcenstärkung durch Gesundheitsförderung. Dies geht aus dem jeweiligen Kontext hervor.

Bayrisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2008; Penz 2008).

Die Ottawa-Charta ruft dazu auf, eine starke Allianz zur Förderung der öffentlichen Gesundheit (Public Health) zu bilden und sich hierzu *lokal zu engagieren* und international zu vernetzen. Sie orientiert sich an Gesundheit statt Krankheit, die Kompetenzen des Einzelnen zur Lebensgestaltung werden herausgestellt; ein sozial-ökologisches Verständnis der Entstehung von Gesundheit und Krankheit führt zu einer starken Orientierung auf die politische Gestaltbarkeit gesundheitsrelevanter Faktoren und Politiksektoren.

Als Ort für die Gesundheitsförderung wird die „alltägliche Umwelt“ betont, „dort, wo die Menschen spielen, lernen, arbeiten und lieben“. Im Englischen wird der Begriff der Community verwendet, der im Deutschen mit Gemeinde, Gemeinwesen, Kommune übersetzt wird. Dieses zentrale Konzept soll im Folgenden zunächst näher beleuchtet werden (1.1.1). Darauf folgt eine Zusammenfassung von Vorteilen des Ansatzes (1.1.2). Abschließend werden wir kurz auf den Forschungs- und Entwicklungsbedarf eingehen (1.1.3).

1.1.1 Gemeindeorientierung und Gemeinde-Begriff

Grundlage ist ein sozialökologisches Modell von Gesundheit. In der örtlichen Umgebung eines Menschen sind seine wesentlichen Belastungs-, aber auch die wichtigsten Unterstützungsfaktoren zu finden. Dieses Prinzip wird in der Sozialarbeit als Gemeinwesenarbeit und sonst meist als Gemeindeorientierung bezeichnet, in der Krankenbetreuung vor allem als „gemeindenaher Versorgung“ (Trojan/Waller 1980). Die Wiederentdeckung der Gemeindeorientierung fand im Medizinbereich zuerst in der Psychiatrie (gemeindenaher Psychiatrie, Sozialpsychiatrie) statt. In der Gemeindepsychologie charakterisiert der Begriff eine Ergänzung der klinischen Psychologie und eine „Beschäftigung mit lebensweltlichen Kontexten, mit ökologischen und politischen Rahmenbedingungen“ (Rappaport/Seidman 2006, S. 5).

Wie kann Gemeinde verstanden werden?

Der community-Begriff ist nicht eins zu eins ins Deutsche zu übersetzen. Ein Gemeinwesen bzw. eine „community“ bezieht sich auf Menschen, die eine gemeinsame soziale Identität haben und sich diesem Gemeinwesen sozial zugehörig fühlen. Die Faktoren, aus denen dieses Zugehörigkeitsgefühl resultiert, können jedoch unterschiedlicher Art sein (Naidoo/Wills 2010; Trojan/Süß 2010):

- **geografische Nähe.** Diese spielt für alle Formen „gebiets“- bzw. „sozialraum“-bezogener Ansätze (Dörner 2007; Legewie 2010) eine große Rolle. Je nach Größe des Bezugsgebiets orientieren sich diese Ansätze auf „Nachbarschaften“, „Quartiere“, Kommunen, Stadtteile oder Städte. „Gemeinde“ oder „Gemeinwesen“ sind hierfür unscharfe Sammelbegriffe.
- **politische Zusammengehörigkeit.** Der Ausdruck Kommune bezeichnet in Deutschland die unterste Ebene der politischen Strukturen. Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung, denen diese unterste politische Strukturebene zugrunde liegt, werden deswegen auch häufig als „kommunale Prävention“ oder „kommunale Gesundheitsförderung“ bezeichnet (Lemke/Goliasch/Geiger 1992; Stender/Böhme 2010).
- **ethnische Kultur.** Bei uns wie auch in vielen anderen Ländern wird von ethnischen communities gesprochen, wenn die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Herkunftsland oder einer bestimmten Religion maßgeblich ist. Dies ist bei vielen Migrantinnen und Migranten der Fall. Oft, aber nicht immer, sammeln sich solche kulturellen communities in bestimmten Stadtvierteln. Gesundheitsförderer erreichen diese Gruppen einerseits durch den sozialräumlichen Zugang, andererseits aber auch durch den Zielgruppenansatz, der sich an alle Mitglieder einer community, unabhängig von ihrem Wohnort, richtet.
- **Subkultur.** Communities können auch durch bestimmte andere Merkmale zusammengeschweißt werden, beispielsweise durch eine ideologische Ausrichtung oder eine bestimmte sexuelle Orientierung. Das für die Gesundheitsförderung relevanteste Beispiel dieser Art sind die „gay communities“ und die Subkulturen von Drogenabhängigen. Ihnen gelten vielfältige gemeindeorientierte Interventionen der Gesundheitsförderer.

Logik des Arbeitens in Gemeinden

In einem Editorial über „community-based interventions“ (McLeroy 2003) wurde versucht, eine Typologie der gemeindebezogenen Ansätze aufzustellen. Bei der folgenden Einteilung stützen wir uns auf diese Typologie, verändern sie aber für die Zielsetzung dieses Beitrages und den deutschen Kontext.

Gemeinde als geografisches Zielgebiet für individuelle Verhaltensveränderungen. Bei diesem Verständnis von Gemeinde spielt die bessere Zugangsmöglichkeit für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung die herausragende Rolle. Gemeinde als Zugangsraum war eine wichtige erste Entwicklungsstufe in großen Gemeinde-Interventionsstudien gegen Herzinfarkt (z.B. Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie von 1984 bis 1992; Forschungsverbund DHP 1998). Ihre theoretische Grundlage ist das biomedizinische Risikofaktorenmodell, bei dem Verhaltens- und manchmal auch Verhältnisfaktoren schon eine Rolle zu spielen beginnen.

Gemeinde als Sozialraum mit Belastungen und Ressourcen. Im sozial-ökologischen Modell von Gesundheit (Badura 1983) sind einerseits Belastungen und andererseits Ressourcen die entscheidenden Globalvariablen, von denen der Gesundheitszustand in einer Gemeinde abhängt. Dabei sollen die sozialen Ressourcen, deren Infrastruktur soziale Netzwerke sind, gestärkt bzw. gefördert werden.

Netzwerkförderung hat auch die Bürger als Akteure im Blickfeld. Bürgerinitiativen und Selbsthilfegruppen sind Beteiligte am „Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und ihre Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO 1986, Ottawa-Charta, S. 1). Wenn in der Ottawa-Charta „strengthening community action“ als eines der fünf Prinzipien der Gesundheitsförderung genannt wird, dann ist damit gemeint, die Gemeinde als Integrationsrahmen und Akteur „selbstbestimmter Gesundheit“ zu fördern und weiterzuentwickeln.

Zu den Ressourcen gehören auch die Dienstleistungsangebote der Bereiche Gesundheit, Soziales, Kinder und Jugendliche, Stadtentwicklung und anderer Sektoren (Naidoo/Wills 2010, S. 360 ff.)

Gemeinde als politischer Raum und Ziel systemischen Wandels. In diesem Ansatz ist die „Gebietskörperschaft“ (Kommune) das eigentliche Ziel der Gesundheitsförderungsaktivitäten. Es geht um die Prinzipien der Ottawa-Charta, „gesundheitsfördernde Umwelten“ zu schaffen, noch mehr aber um „gesundheitsfördernde Gesamtpolitik (Healthy Public Policy)“.

Die Ziele sind weitreichende systemische Veränderungen in der kommunalen Politik und in kommunalen Institutionen, die nicht Projektcharakter haben, also zeitlich begrenzt sind, sondern zu nachhaltigen Verbesserungen der Gesundheitschancen in einer Kommune oder in kleineren Untereinheiten, z. B. benachteiligten Quartieren, führen sollen (Trojan/Legewie 2001).

Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit. Angewendet wird dieses Prinzip in besonderen Problemgebieten wie z. B. Obdachlosenquartieren, Sanierungs- und Neubausiedlungen, sogenannten „sozialen Brennpunkten“. Gesundheitsförderer könnten aus ihrer Perspektive auch von gemeinwesenbezogener Gesundheitsarbeit sprechen. Gesundheitsfördernde Quartiersentwicklung, gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit und quartiersbezogene Gesundheitsförderung überlappen sich weitgehend.

Grundprinzipien der Gemeinwesenarbeit sind Koordination und Vernetzung von Institutionen, Aufbau von selbstorganisierten Netzwerken, Mobilisieren von Selbsthilfe und Aktivierung von Betroffenen durch aktivierende Befragungen und Berichte, Veranstaltungen oder Gruppengründungen, Vermittlung zwischen Makro- und Mikroebenen (z. B. Wohnungsgesellschaft-

ten und Mietern) und anderen Interessenunterschieden im Gemeinwesen, befähigende und aktivierende Interventionen, z.B. indem Bewohnergruppen bei der Durchsetzung gegenüber Behörden unterstützt werden (Naidoo/Wills 2010, Kap. 10; Trojan/Süß 2010 und 2011; Minkler 1997/2005).

Die Verringerung sozialer Chancenungleichheit steht im Vordergrund (Mielck 2005; Richter/Hurrelmann 2006). In diesem Typ wird besonders deutlich, dass Gesundheitsförderung nicht vorrangig eine Aufgabe von Ärzten und vom medizinischen Versorgungssystem ist, sondern ein auf den Lebensraum Gemeinwesen und seine besonders kritischen Teilgebiete gerichtetes „soziales Projekt“. Weitere zentrale Handlungskonzepte sind Partizipation (Stark/Wright 2010) und Empowerment (Laverack 2007 und 2010; Brandes/Stark 2011; Mossakowski/Süß/Trojan 2009).

In jüngerer Zeit werden von Seiten der Ressorts für Stadtentwicklung Ansätze für Gemeinwesenarbeit vor allem unter den Stichworten Quartiers- bzw. Stadtteilmanagement wiederbelebt (vgl. a. Beitrag 1.2). Dazu hat maßgeblich das bundesweite Förderprogramm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt (www.sozialestadt.de)“ beigetragen. Dieser Titel zeigt schon, dass alte Probleme unter neuem Namen angegangen werden. Neu ist aber auch, dass es nicht nur um soziale Aufgaben, sondern auch um stärkere Berücksichtigung der lokalen Wirtschaftsförderung geht, insbesondere der Arbeitsbeschaffung.

Schon ein Vergleich der eigenen Einteilung mit der amerikanischen Einteilung von McLeroy (2003) zeigt, dass diese Typen nicht trennscharf sind. Fast alle Projekte und größeren Programme vereinigen verschiedene Elemente der eben charakterisierten Typen. Dies gilt auch für unsere Arbeit der quartiersbezogenen Gesundheitsförderung in der Lenzsiedlung.

1.1.2 Vorteile des sozialräumlichen Ansatzes

Vorteile

Der sozialräumliche Ansatz hat bezüglich Zugang, Reichweite und Umsetzbarkeit verschiedene Vorteile:

- Die Mehrzahl der Menschen lebt in städtischen Ballungsgebieten.
- Bürgerinnen und Bürger werden in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld erreicht.
- Der Zugang zu benachteiligten Gruppen wird (in nicht diskriminierender Weise) erleichtert.
- Das Gefährdungspotenzial durch ungesunde Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen kann besonders gut bekämpft werden.

- Kooperation und Vernetzung lassen sich auf der lokalen Ebene leichter realisieren.

Zwei konzeptuelle Kernideen der sozialraumbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention

Soziale Probleme und Gesundheitsrisiken treten fast immer räumlich oder sozial-strukturell gehäuft auf. In besonders vernachlässigten Quartieren bilden soziale Probleme wie Armut, Arbeitslosigkeit, Gewalt, Drogenmissbrauch und Kriminalität ein untrennbares Konglomerat mit Problemen der physischen Umwelt, z.B. des Wohnens und des Wohnumfelds. Zur *Beseitigung gesundheitlicher Risiken* (Akzent: Prävention) sollen und können gleichzeitig angegangen werden: die Verbesserungen des Zustandes der Gesamtanlage der Wohnungen und des Wohnumfeldes, der sozialen Infrastruktur, der Beschäftigungsmöglichkeiten, der Kommunikation, der Kultur des Zusammenlebens der verschiedenen Kulturen und der Möglichkeiten der Bürger, auf die „Determinanten“ ihrer Gesundheit Einfluss zu nehmen.

Die *Bildung sozialen Kapitals* (Akzent: Gesundheitsförderung) ist die zweite Kernidee: Soziales Kapital bezieht sich auf das Ausmaß des sozialen Zusammenhalts, auf die Integration und Ressourcen innerhalb von Gemeinschaften (Knesebeck 2011). Dazu gehören Prozesse zwischen Menschen, die Netzwerke, soziales Vertrauen und Normen der wechselseitigen Hilfe und Kooperation hervorbringen. Gesundheitsförderliche Lebensstile und Veränderungsprozesse im sozialen Nahraum unter Mitwirkung der Bürger sind unabdingbar auf die Entwicklung gegenseitiger sozialer Unterstützung, von Gemeinsinn und Solidarität im Sinne des sozialen Kapitals angewiesen. Sie leben von der Vorbildfunktion positiver Verhaltensmodelle und können einen sich selbst verstärkenden Prozess hervorbringen.

Kooperation im Rahmen integrierter Programme

Sozialraumbezogene Gesundheitsförderung trifft (und überlappt sich) mit anderen interdisziplinären Rahmenprogrammen. Dies sind insbesondere das „Gesunde Städte Netzwerk“ (Plümer/Trojan 2004), das weltweite Nachhaltigkeitsprojekt der (lokalen) Agenda 21, weiterhin spezifische Programme zum Thema Umwelt und Gesundheit (von der WHO initiiert) sowie Programme aus der Armutsbekämpfung und sozialen Stadtentwicklung (siehe z.B. www.gesunde-staedte-netzwerk.de; www.sozialestadt.de; www.los-online.de; www.eunde.de). All diesen ist gemeinsam, dass sie sich auf Probleme richten, die nicht sektoral begrenzt bearbeitet werden können, sondern intersektorale Politik erfordern (Stahl et al. 2006; Süß 2009). Dies bedeutet gemeinsames Planen und arbeitsteiliges Handeln im Blick auf gemeinsame Ziele, die mit unterschiedlichen Akzenten und Begründungen immer auf eine höhere Lebensqualität für die Bürger abzielen.