

23.09.2026

Haus der Wissenschaft in Braunschweig

GESUNDHEITSKONFERENZ BRAUNSCHWEIG

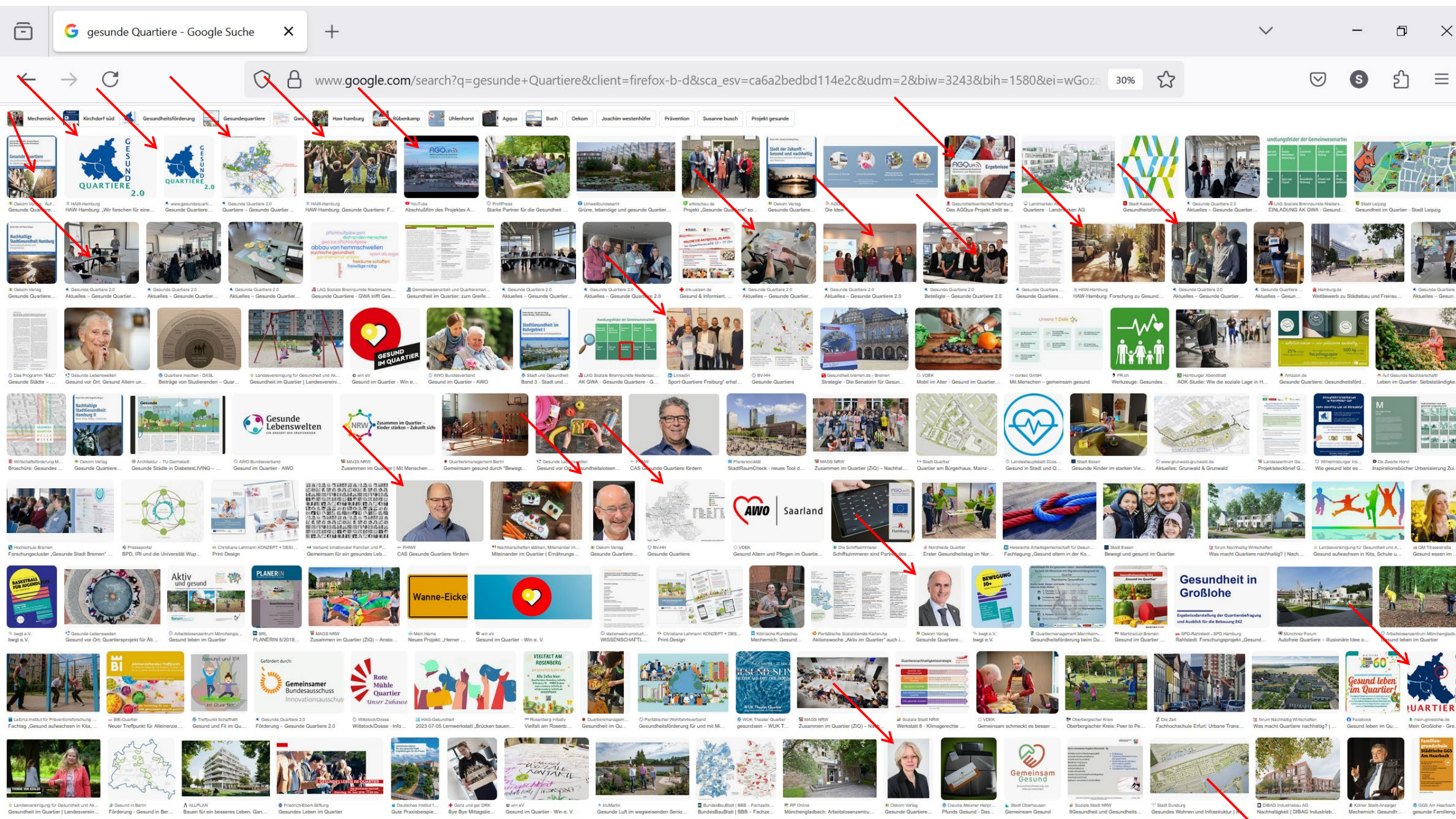
Zukunft der Gesundheit: Zuhause. Vernetzt. Nachbarschaftlich.

Gesundheitsversorgung und soziale Unterstützung in Braunschweig zusammendenken

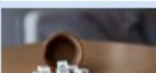
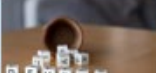
Gesundheit beginnt im Quartier

Prof. Dr. Susanne Busch

23.09.2026 Haus der Wissenschaft in Braunschweig



Konzept	Themen	Registrieren	Projektideenbank	Monatstag	Vernetzungen	Markenidee
	Digitale Akademie: Fokus Gesundheit Regelmäßig online					
	Fortbildung „Klimakrise und psychische Gesundheit“ 15. bis 24. September 2020, online					
	Fuchtag: Sexuelle Gesundheit in queeren Lebenswelten 18. September 2020, 10:00 Uhr					
	18. APOLLON Symposium 18. September 2020, online					
	16. Netzwerktreffen Nord der Sozialpsychiatrischen Dienste 21. September 2020, 10:00 Uhr					
	Gesundheitliche Versorgung von trans*, inter* und nicht-binären Personen 22. September 2020, online					
	Perspektive Medizin und Public Health 22. September 2020, online					
	Zwischen Nähe und Täuschung 22. September 2020, online					
	Gesundheitskonferenz Göttingen/ Südniedersachsen 22. September 2020, 10:00 Uhr					
	Gesundheitskonferenz Braunschweig 22. September 2020, 10:00 Uhr					
	Mit dabei statt dran vorbei 22. September 2020, 10:00 Uhr					
	25. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung 22. bis 24. September 2020, 10:00 Uhr					
	Keine Angst vor dem Medizinischen Dienst 24. September 2020, 10:00 Uhr					
	ME/CFS 24. September 2020, online					
	Zwischen Babyboomer und Gen Z 24. September 2020, online					
	Veranstaltungsreihe der WHO: Altersfreundliche Städte und Gemeinden ab 28. September, online (in englischer Sprache)					
	Lebensqualität erhalten trotz Kau- und Schluckstörungen 28. September 2020, 10:00 Uhr					
	Einsatzmöglichkeiten von KI-Tools für Projektbeiträge in der Gesundheitsförderung 30. September 2020, online					

Konzept	Themen	Registrieren	Projektideenbank	Monatstag	Vernetzungen	Markenidee
	Niederländischen Landesversammlung 21. Oktober 2020, 10:00 Uhr					
	aus der Einsamkeit 21. Oktober 2020, 10:00 Uhr					
	30. Oktober 2020, online					
	Betreuung 2.0 26. Oktober 2020, online					
	Perspektive Landespolitik 26. Oktober 2020, online					
	Demenz erleben, verstehen und anerkennen 26. Oktober 2020, 10:00 Uhr					
	Gesundheitskonferenz Göttingen/ Südniedersachsen 27. Oktober 2020, 10:00 Uhr					
	Schnittstellen im Expertenstandard Ernährungsmanagement stärken 27. Oktober 2020, online					
	U Plus E 27. Oktober 2020, online					
	Ich halte durch, aber wer hält mich? 28. Oktober 2020, 10:00 Uhr					
	Community Approaches to Health and Healing 28. Oktober 2020, 10:00 Uhr					
	13. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft 18. und 19. Oktober 2020, 10:00 Uhr					
	Im Fragen liegt die Antwort 27. Oktober 2020, online					
	Junge pflegebedürftige Menschen pflegen und betreuen 27. Oktober 2020, online					
	Mix and Match - Polysystem im Fokus der Suchhilfe 27. Oktober 2020, 10:00 Uhr					
	Beratungswissen in der Pflege 28. November 2020, 10:00 Uhr					
	Aufräumarbeit 28. November 2020, online					
	Stimme geben, gehört werden 28. November 2020, 10:00 Uhr					

	Zugang für alle 13. November 2020, 10:00 Uhr					
	Kinder, Chancen, Zukunft 13. bis 17. November 2020, online					
	Herbstakademie Public Health 18. bis 19. November 2020, 10:00 Uhr					
	Psychische Gesundheit von Jugendlichen in Bremerhaven 17. November 2020, 10:00 Uhr					
	Mentale Gesundheit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen 17. November 2020, online					
	Erfolgreiches Pflegemanagement bei Kindern und Jugendlichen 17. November 2020, online					
	Gesundheitskonferenz Wolfsburg 18. November 2020, 10:00 Uhr					
	Mehr Likes, weniger Nähe? 18. November 2020, online					
	Community Health Konferenz 18. und 19. November 2020, 10:00 Uhr					
	Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ in der 1. Aktualisierung 24. November 2020, online					
	Zukunft gemeinsam gesund gestalten – 40 Jahre Ottawa-Charta 24. November 2020, 10:00 Uhr					
	Beratungswissen in der Pflege 28. November 2020, online					
	Zeitgemäße Dienstplangestaltung und New Work 30. Dezember 2020, online					
	Die mündliche Norm? 30. Dezember 2020, online					
	Kommunikation ohne Worte 30. Dezember 2020, online					

”

Prävention und Gesundheitsförderung soll in jedem Lebensalter und in allen Lebensbereichen als **gemeinsame Aufgabe der Sozialversicherungsträger und der Akteure in Ländern und Kommunen** gestaltet werden und dort greifen, wo Menschen leben, lernen und arbeiten“.¹

Um Gesundheit zu fördern, Gesundheit zu erhalten muss

- ... eine Basis im Quartier vorhanden sein,
- ... im Quartier etwas passieren,
- ... etwas ins Quartier gebracht,
- ... etwas im Quartier entwickelt werden und
- ... ggf. bei fehlender Gesundheit im/durch das Quartier der Zugang organisiert werden (Besuchsdienst, Bringdienste, Mobilitätshilfe etc.), um Gesundheitsförderung in allen Lebensphasen ernst zu nehmen (vgl. auch Tertiärprävention).

Aber:

Was nicht aufsuchend ins Quartier kommt/kommen kann, dort nicht vorhanden ist und nicht gestaltet werden kann, muss entsprechend der physischen, psychischen, finanziellen Möglichkeiten quartiersfern aufgesucht werden, entweder selbst oder z.B. mittels (etwa autonom fahrender E-)mobilitätsangebote niedrigschwellig organisiert werden. (ist aber heute nicht Thema)

WER IST FÜR UNSERE GESUNDHEIT ZUSTÄNDIG? (TRÄGER)

- „Wir“ selbst im Rahmen unserer individuellen, familialen, sozialen, kulturellen, bio-psycho-sozialen etc. Möglichkeiten
- Gesetzliche (private) Krankenversicherung: Leistungen der Krankenversicherung § (auch Settingbezug)
- Weitere Sozialversicherungsträger, auch mit Settingbezug (Lebenswelten)
- Arbeitgeber: betrieblichen Gesundheitsschutz (Unfälle, Berufskrankheiten, Verhütung) expliziter Settingbezug
- Öffentliche Hand *
 - Daseinsfürsorge
 - Öffentlicher Gesundheitsdienst (Impfen Corona, Hygiene, Atteste,)
 - Settingbezogene Ansätze unterschiedlicher kommunaler Träger Gesundheitsförderliche Wohn- und Lebensbedingungen (Setting)

Setting : soziale Systeme , Orte oder (soziale) Zusammenhänge, in denen der Alltag von Menschen stattfindet, die einen wichtigen Einfluss auf die Gesundheit haben. Setting ist gekennzeichnet durch ein Verständnis der Zugehörigkeit der Mitglieder (**Lebenswelten**)

*Unfallversicherungstechnisch im Zusammenhang von Kindergarten, Schule, Hochschule, Ehrenamt, öffentliche Gebäude (Eigenunfallversicherung) etc.

GESETZLICHEN GRUNDLAGEN (PRÄVENTIONSGESETZ, SGB V)

Vorab: Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken“ werden als primäre Prävention, Leistungen „zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten“ als Gesundheitsförderung bezeichnet (§20 Abs. 1 SGB V).

Stärkung der **Zusammenarbeit** der Akteure in der Prävention und Gesundheitsförderung

- Sozialversicherungsträger: gesetzlichen Krankenversicherung , gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung, die Soziale Pflegeversicherung
- Einbindung Unternehmen der privaten Krankenversicherung

Implementierung einer **Nationalen Präventionskonferenz**: Festlegung **gemeinsamer Ziele**, und verständigen sich auf **ein gemeinsames Vorgehen**. Sozialversicherungsträger unter Beteiligung insbesondere von Bund, Länder, Kommunen, der Bundesagentur für Arbeit, der Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten und der Sozialpartner

Geplant: Verständigung auf eine gemeinsame **nationalen Präventionsstrategie** zwischen Sozialversicherungsträger mit den Ländern und unter Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit und den kommunalen Spitzenverbänden auf die konkrete Art der Zusammenarbeit bei der Gesundheitsförderung **insbesondere in den Kommunen, in Kitas, Schulen, in Betrieben** und in Pflegeeinrichtungen.

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praeventionsgesetz>

5

GESETZLICHEN GRUNDLAGEN (PRÄVENTIONSGESETZ, SGB V)

Vorab: Leistungen zur Förderung und Verminderung von Krankheitsrisiken“ werden als primäre Prävention, Leistungen zur Förderung des gesunden gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten“ als Gesundheitsförderung bezeichnet.

öffentlich dokumentierte Forderungen rund um eine Neuauflage des Präventionsgesetzes und Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention:

Beschluss der 99. GMK 06/2026: <https://www.gmkonline.de/beschluesse.html?id=1855&jahr=2026>

BÄK/BVPG/Forum Gesundheitsziele 2026:

<https://bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=newbv&snr=14425&t=%E2%80%9EGesundheit+gestalten+statt+verwalten%E2%80%9C+Pr%C3%A4vention+jetzt+strukturell+st%C3%A4rken>

Positionspapier GKV-SV 2026: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_2233216.jsp

Präventionsoffensive BMG 2026: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/praeventionsoffensive-startet-gesundheit-pm-16-07-2026>

BVPG 2022 (schon älter, aber immer noch aktuell): <https://bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=newbv&snr=13709&t=BVPG-Positionspapier+zur>Weiterentwicklung+des+Pr%C3%A4ventionsgesetzes>

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praeventionsgesetze>

UM WAS WIRD ES IN DEN NÄCHSTEN CA ,30 MINUTEN GEHEN?

1. Grundlegendes ✓
2. Einige theoretische Grundlagen im Kontext Gesundheitsförderung
 - 2.1 Erklärungsansätze Quartier
 - 2.2. WHO-Definition: Gesundheit
 - 2.3. Gesundheitsziele
 - 2.4. Gesundheitsmodelle
 - 2.5 Gesundheit und soziale Lage
3. Gesundheitsförderung im Quartier
 - 3.1. Definition und Grundgedanke
 - 3.2. Gesundheitsförderung im Setting Quartier: Interventionstypen
 - 3.3 .Gesundheitsförderung im Setting Quartier: Kernaspekte
 - 3.4. Gesundheitsförderung im Setting Quartier : Lösungsansätze
 - 3.5. Gesundheitsförderung im Setting Quartier: Zwischenfazit
 - 3.6. Einige ausgewählte Ergebnisse aus dem Forschungsvorhaben Gesunde Quartiere 2.0
4. Fazit und Schlussfolgerungen

2. EINIGE THEORETISCHE GRUNDLAGEN IM KONTEXT GESUNDHEITSFÖRDERUNG

2.1. ERKLÄRUNGSANSÄTZE „QUARTIER“

Quartier“ als ein „kleines, sozialräumlich zusammenhängendes Stadtgebiet Hamburgs verstanden wird, das sich durch eine relativ homogene Sozialstruktur auszeichnet“ (POHLAN & OTT 2021, S. 18)

... in sozialen Lebensräumen
(LOSS, REHFUESS & ZIESE 2025)

Ein Quartier ist ein räumlich überschaubarer Lebensraum, in dem Menschen ihren Alltag gestalten, soziale Beziehungen pflegen, Dienstleistungen nutzen und sich mit ihrem Wohnumfeld identifizieren. Quartiere sind durch soziale, bauliche, infrastrukturelle und kulturelle Merkmale geprägt.

„Ein Quartier konstituiert sich – vereinfacht unterschieden – baulich/physisch und sozial. Beides wirkt zusammen und bildet ein nachbarschaftliches Gefüge aus räumlicher Nähe und sozialer Interaktion“

https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/02-PDF/10-Alte-Struktur/Handlungsfelder/Quartier/14-07-10_Stadtteil_u_Quartier.pdf

Sogenannte **statistische Gebiete** als ein Synonym für Quartier: . Diese fassen mehrere benachbarte Baublöcke zu räumlichen Einheiten zusammen, die sich in bestimmten baulichen und sozialstrukturellen Merkmalen möglichst ähneln

Gesundheitsförderung als relevantes Thema in der Quartiersforschung: Einblicke in die Community Mappings des Projektes “Gesunde Quartiere 2.0”
Juliane von Eitzen, Natalie Krämer, Susanne Busch, Sabine Wöhlke (submittet)

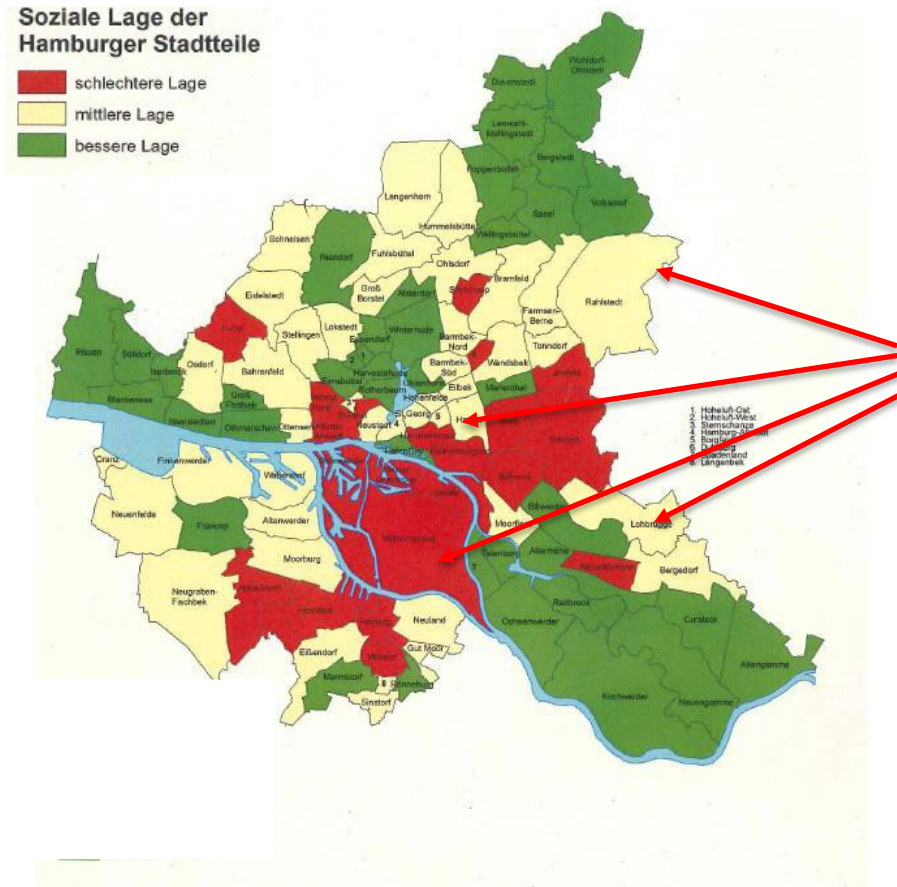
Quartiere werden als kleinräumige sozialräumliche Einheiten verstanden, deren Entwicklung auf der Vernetzung lokaler Akteure, der Partizipation der Bewohnerschaft sowie der Gestaltung von Nachbarschaft, Versorgung und sozialer Teilhabe basiert.

Buscht et al, https://hawhamburgedu-my.sharepoint.com/:w:/r/personal/wpw331_haw-hamburg_de/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7B3E7510AC-BD71-4057-8189-902FDF3DC2C8%7D&file=Sachbericht-LeDeHa_Endversion20150821.docx&action=default&mobileredirect=true&DefaultItemOpen=1

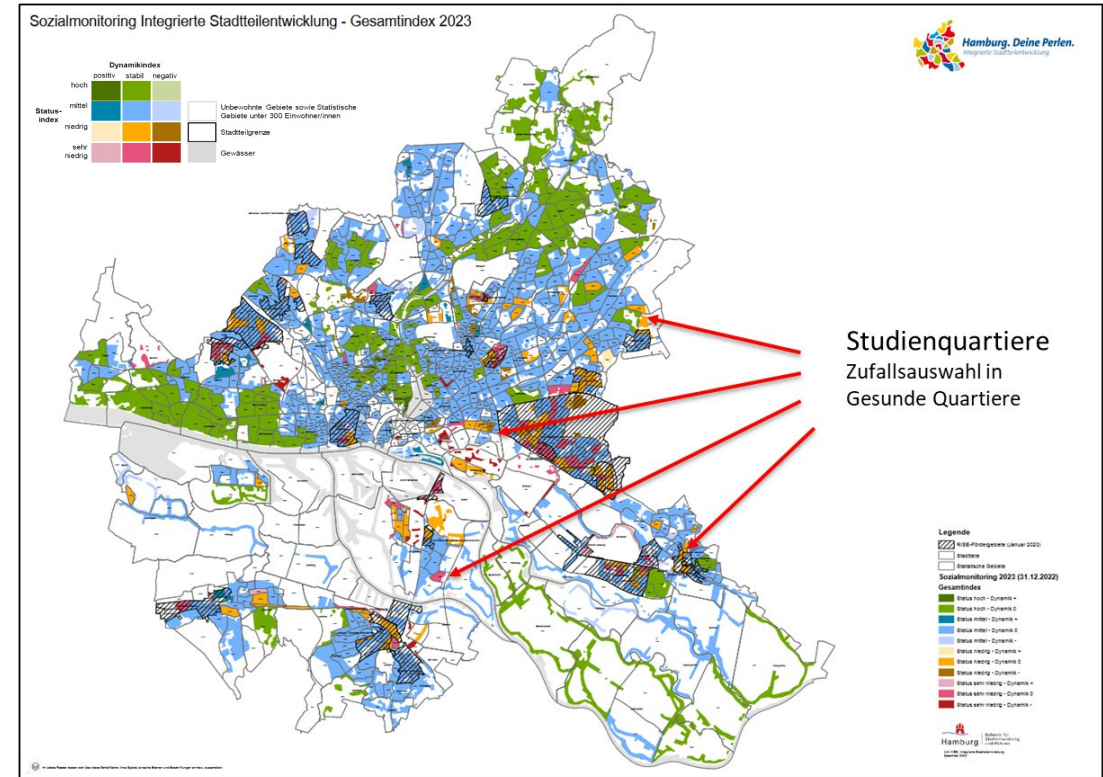
2.1. ERKLÄRUNGSANSÄTZE „QUARTIER“

BEISPIEL UNTERSCHIEDLICHE RÄUMLICHE AGGREGATIONSEBENEN HAMBURG

- Sozialmonitoring: Hamburg im Vergleich Stadtteil versus statistische Gebiete



(BGV 2015)



Studienquartiere
Zufallsauswahl in
Gesunde Quartiere

Quelle: eigene Darstellung nach Sozialmonitoring Integrierte Stadtteilentwicklung 2023: o.S.

9

Quelle: Jenner-Nissen, L. Präsentation im Rahmen 2. CCG – Herbstsymposium, HAW Hamburg, 14.09.2026

Prof. Dr. Susanne Busch
23. 09.2026

Gesundheitskonferenz Braunschweig

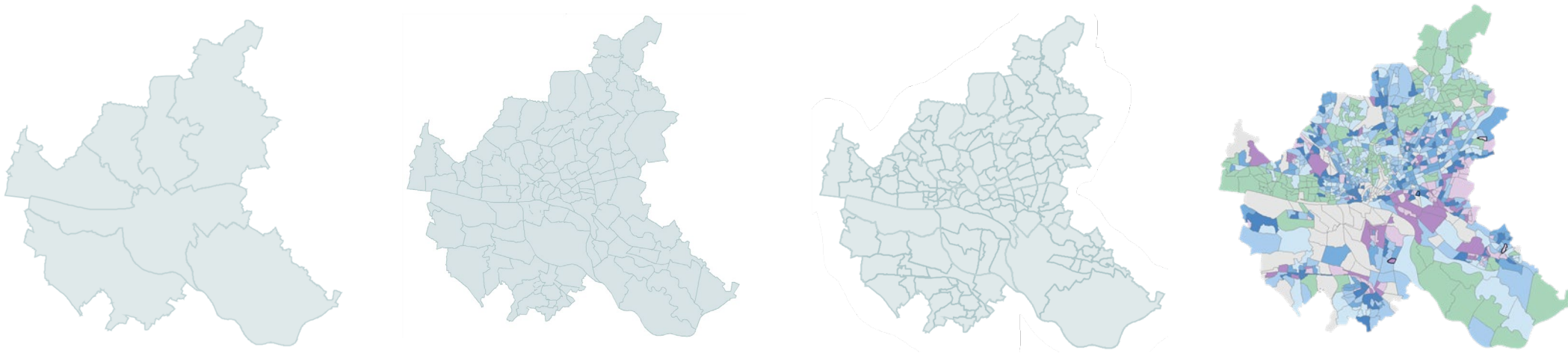
2.1. ERKLÄRUNGSANSÄTZE „QUARTIER“

BEISPIEL UNTERSCHIEDLICHE RÄUMLICHE AGGREGATIONSEBENEN HAMBURG

„M1 – GKV-Routinedaten

- Forschungsmethode

- **Datenbasis:** Pseudonymisierte Abrechnungsdaten (2019–2023) aller zum Zeitpunkt des Datenabzugs in Hamburg lebenden Versicherten der vier beteiligten GKVn (AOK R/H, DAK, Mobil KK, TK).
- **Aggregationsebene:** Die GKVn ordneten die Versicherten anhand ihrer Wohnadresse die Quartiersnummer zu. Der Analysedatensatz enthält keine adressgenauen Informationen, sondern ausschließlich die Quartiersnummer.
- **Sozialstatus:** Bestimmung anhand des Statusindex der statistischen Gebiete (= Quartiere) des Hamburger Sozialmonitorings.
- **Statusindexklassen:** gegliedert in hoch – mittel (mittel 1 bis mittel 4) – niedrig – sehr niedrig



Quelle: Kubat, D., Präsentation im Rahmen 2. CCG – Herbstsymposium, HAW Hamburg, 14.09.2026

10

2.2 WHO-DEFINITION GESUNDHEIT

Präambel der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation WHO von 1948

„Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Das Erreichen des höchstmöglichen Gesundheitsniveaus ist eines der Grundrechte jedes Menschen, ohne Unterschied der ethnischen Zugehörigkeit [original: „race“], der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“

<https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheit/> Präambel der WHO-Verfassung der WHO 1948 (zitiert nach WHO 2020, S. 1 – eigene Übersetzung)

2.3 GESUNDHEITSZIELE I

Gesamtgesellschaftliche Diskussion von gesundheitspolitische Maßnahmen

Konsens über die Ausrichtung der Gesundheitsziele zu schaffen.

Anliegen sind Chancengleichheit und angemessene Erreichbarkeit aller Bevölkerungsschichten und -gruppen

Umfassenderer Ansatz zur Verbesserung von Gesundheit:

- Gesundheitsförderliche und Präventive Maßnahmen,
- Früherkennung von Krankheiten,
- Versorgung im Krankheitsfall
- Sterbe- und Trauerbegleitung
- Einschluss von Selbsthilfe und Ehrenamt, Bürgerschaftlichen Engagement
- Stärkung der Eigenverantwortung und Stellung der Versicherten bzw. Patientin und des Patienten im Gesundheitswesen.

2.3 GESUNDHEITSZIELE II

Was sind Gesundheitsziele?

- Gesundheitsziele sind Vereinbarungen **der verantwortlichen Akteure im Gesundheitssystem**,
- Übergeordnetes Ziel Gesundheit der Bevölkerung durch
 - Verbesserung der Gesundheit in definierten Bereichen oder für bestimmte Gruppen
 - Optimierung von entsprechenden Strukturen
 - Empfehlungen für ausgewählte Zielbereiche auf Basis gesicherter Erkenntnisse
 - Ableitung von Maßnahmenkatalogen
 - Verpflichten zur Umsetzung in ihren Verantwortungsbereichen.
 - Festlegung von verbindlichen Ziel- und Zeitgrößen

Gesundheitsziele integrieren verschiedene gesundheitspolitische Aspekte

- Bilden einen gemeinsamen Handlungsrahmen
- Unterstützen planmäßiges Handeln und Transparenz.
- Erarbeitung im breiten Konsens von Vertreter(inne)n der Politik, Kostenträgern, Leistungserbringern, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen, Wissenschaft und Forschung.

15

2 .3 GESUNDHEITSZIELE III

1. **Diabetes mellitus Typ 2:** Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln* ([2003](#))
2. **Brustkrebs:** Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen* ([2003](#))
3. **Tabakkonsum** reduzieren* ([2003](#), [Aktualisierung 2015](#)) mittelbar
4. **Gesund aufwachsen:** Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung* ([2003](#), [Aktualisierung 2010](#))
5. **Gesundheitliche Kompetenz** erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken* ([2003](#), [Aktualisierung 2011](#))
6. **Depressive Erkrankungen:** verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln* ([2006](#))
7. **Gesund älter werden*** ([2012](#))
8. **Alkoholkonsum** reduzieren* ([2015](#))
9. **Gesundheit rund um die Geburt** ([2017](#))
10. **Patientensicherheit** ([2022](#))

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG)

2.3 GESUNDHEITSZIELE III

1. **Diabetes mellitus Typ 2:** Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln* ([2003](#))
2. **Brustkrebs:** Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen* ([2003](#))
3. **Tabakkonsum** reduzieren* ([2003](#), [Aktualisierung 2015](#)) mittelbar
4. **Gesund aufwachsen:** Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung* ([2003](#), [Aktualisierung 2010](#))
5. **Gesundheitliche Kompetenz** erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken* ([2003](#), [Aktualisierung 2011](#))
6. **Depressive Erkrankungen:** verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln* ([2006](#))
7. **Gesund älter werden*** ([2012](#))
8. **Alkoholkonsum** reduzieren* ([2015](#))
9. **Gesundheit rund um die Geburt** ([2017](#))
10. **Patientensicherheit** ([2022](#))

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG)

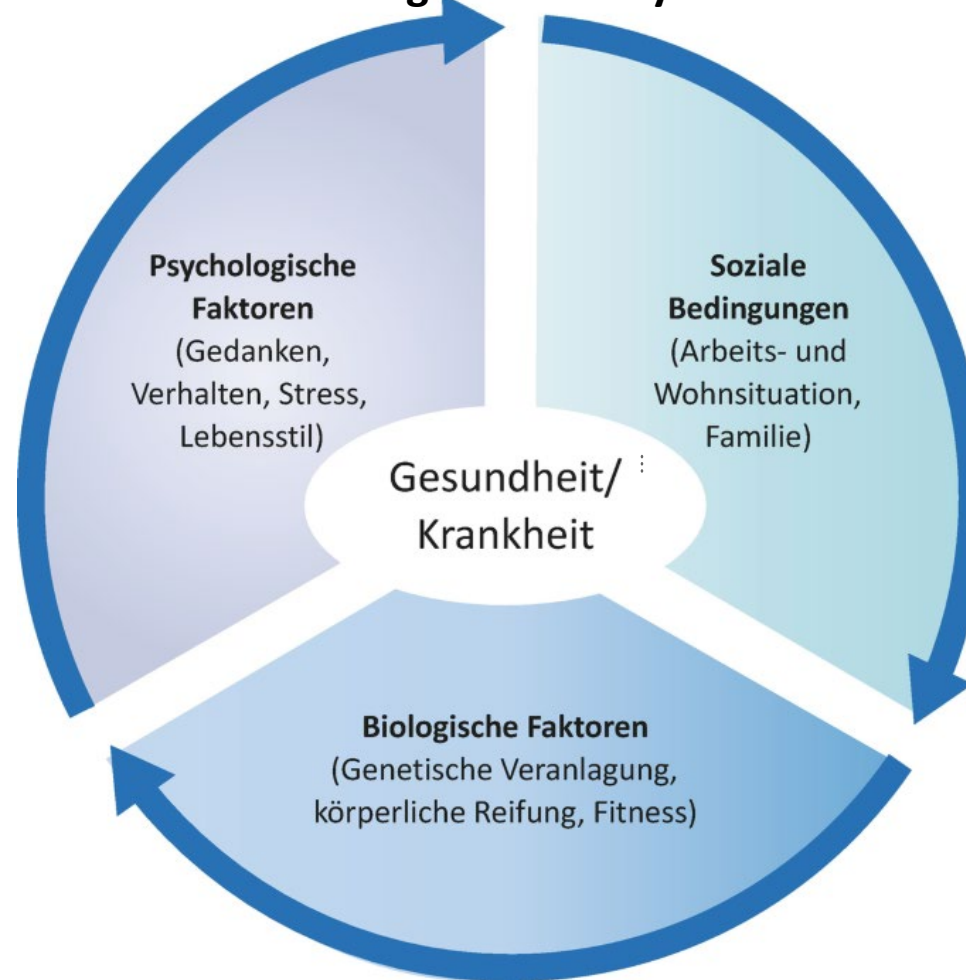
Aufgrund ihrer gesundheitspolitischen Bedeutung wurden die Gesundheitsziele des Kooperationsverbundes auch 2015 in das Präventionsgesetz aufgenommen.

5

2.3. „GESUNDHEITSMODELLE“: ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN KÖRPER, SEELE UND UMWELT

Biopsychosoziales Gesundheitsmodell:

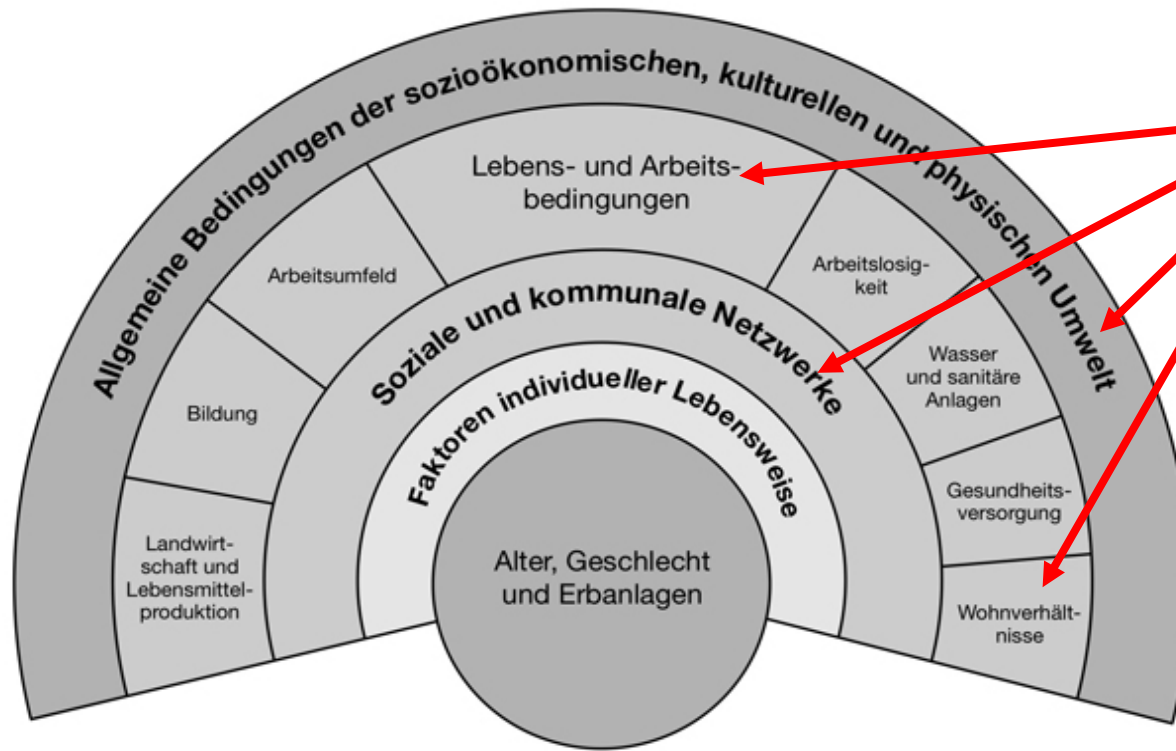
Beschreibt Gesundheit und Krankheit als Ergebnis der dynamischen Wechselwirkungen



https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-63622-0_5,

Engel, G.L. 1977. The need for a new model: a challenge for biomedicine. *Science* 196, pp.129-137.

2.3 „GESUNDHEITSMODELLE“: DETERMINANTEN VON GESUNDHEIT (SOZIAL-ÖKOLOGISCHES GESUNDHEITSMODELL)



Determinanten der Gesundheit.
(Quelle: BZgA 2018 nach Dahlgren & Whitehead 1991)

- **Wohnort und Wohnumfeld** haben einen eigenständigen Einfluss auf Gesundheitskompetenz, Gesundheitsverhalten und das Auftreten von Krankheiten und hängen wiederum mit der sozialen Lage zusammen
- Daraus ergeben sich **kleinräumige Lebenswelt- oder Settingansätze** zur Verringerung soziallagenbezogener gesundheitlicher Ungleichheit [2, 6–8]
- Als Interventionsebene im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention ist das **Quartier** verbreitet [9–11]
- In der (kleinräumigen) Versorgungsforschung erfolgen räumliche Analysen v.a. auf Ebene von Landkreisen, Postleitzahlengebieten und kreisfreien Städten [12–14]
- Darstellung in großstädtischen Ballungsgebieten zumeist auf Ebene von Bezirken oder Stadtteilen
- **Das Quartier ist als räumliche Ebene standardisierter Auswertungen zur Darstellung von Gesundheit und sozialer Lage bislang nicht verbreitet!**

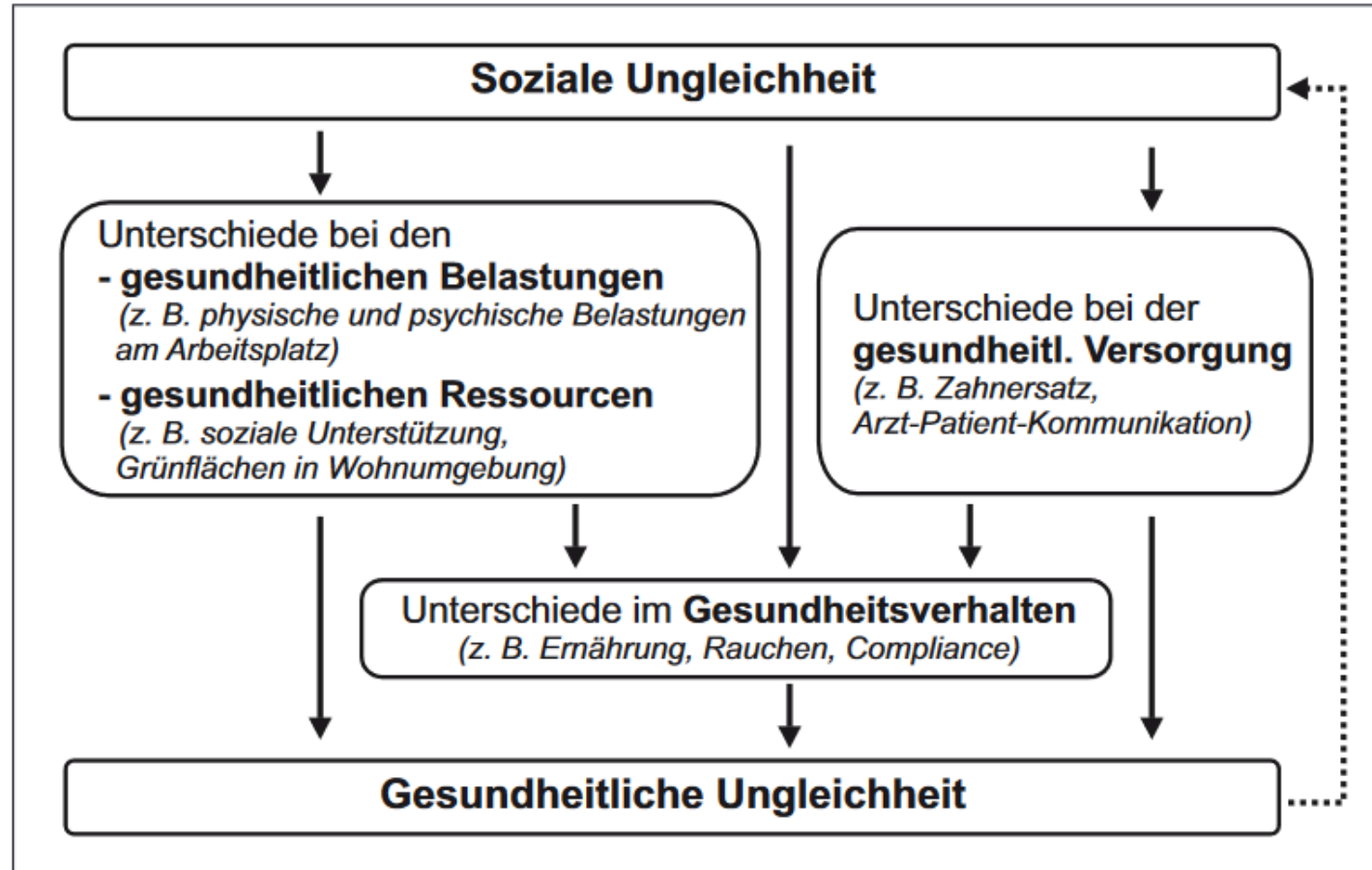
2.4. GESUNDHEITSMODELLE: SALUTOGENESE

Das Modell der Salutogenese wurde vom Gesundheitswissenschaftler Aaron Antonovsky als Alternative zur Pathogenese eingeführt und ist eines der wichtigsten Modelle zur Erklärung von Gesundheit. Es soll die Frage beantworten, wie Gesundheit entsteht, wie **Menschen trotz Risiken gesund bleiben können und wie in der Praxis ihre Gesundheit gefördert werden kann**. Das Modell basiert auf einem Verständnis von **Gesundheit und Krankheit als Kontinuum**, es soll Bewegungen auf diesem Kontinuum erklären. Als Determinanten von Gesundheit werden Stressoren, die Art ihrer Bewältigung und verfügbare Widerstandsressourcen herangezogen. Ein Schlüsselkonzept ist das Kohärenzgefühl, das sich im Laufe des Lebens auf der Basis von **Ressourcen** entwickelt und aussagt, ob das eigene Leben als **verstehbar, bewältigbar und sinnhaft erlebt** wird.

Faltermaier, T. (2023). Salutogenese. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i104-3.0>

20

2.5. GESUNDHEIT UND SOZIALE LAGE I



Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit.

(Mielck 2005)

2.5 GESUNDHEIT UND SOZIALE LAGE II

Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit (auch: ‚gesundheitliche Ungleichheit‘) ist durch Studien mittlerweile ausreichend belegt: **Menschen mit**

- niedrigerem **Einkommen**,
- geringerer **Bildung**,
- mit weniger **Entscheidungsspielräumen** und geringerer Verantwortung

weisen erhöhte Krankheits- und Sterblichkeitsrisiken auf.

Dabei gilt:

- Gesundheitliche Ungleichheiten treten **über die gesamte Lebensspanne hinweg** auf.
- Gesundheitliche Ungleichheiten **manifestieren sich in fast allen Erkrankungen**, sowohl körperlichen als auch psychischen.
- In allen Ländern, in denen Gesundheitsdaten erhoben werden, lassen sich gesundheitliche Ungleichheiten feststellen.
- Gesundheitliche Ungleichheiten **verstärken sich in Krisen- und Umbruchzeiten.**

(Geyer 2020, WHO 2025)

22

2.5 GESUNDHEIT UND SOZIALE LAGE III: IN DER KRISE

Die Perspektive der Gerechtigkeit:

- Nicht alles, was in krisenhaften Situationen von einzelnen Individuen oder Gruppen als ungerecht empfunden wird, lässt sich durch eine gute Vorbereitung verhindern. Es ist vermutlich das Wesen einer Krise, dass sie **grundsätzliche ethische oder moralische Fragestellungen** aufwirft, die von einer „Vor-Krisen-Gesellschaft“ noch **nicht bedacht** worden sind bzw. sein können.
- Umso wichtiger erscheint es, dass die gleichmäßige Verteilung von Ressourcen oder - im Sinne des Capabilities-Approach - Fähigkeiten zur Konzeptionierung und Umsetzung eines **eigenen Lebensentwurfes** auf einer langfristigen und dauerhaften Ebene erfolgt (vgl. *Altgeld/Bittlingmayer* 2017).
- Praktisch sollte dies bedeuten, dass Gesundheitsförderung und Präventionsmaßnahmen **frühzeitig** erfolgen müssen. So können sie dazu beitragen, die gesundheitlichen Benachteiligungen sozioökonomisch schwächerer Bevölkerungsgruppen auszugleichen und die Strukturen im Gesundheitswesen insgesamt resilienter zu machen. (Woock/Busch 2021, 450)



Ansatzpunkt: Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Quartier

3.1 GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM SETTING QUARTIER: DEFINITION UND GRUNDGEDANKE

Definition:

Sozialräumliche Gesundheitsförderung (GF im Setting Quartier) ist eine

- auf natürliche Lebensbedingungen orientierte Handlungsstrategie.
- Basis: sozial- ökologisches Modell von Gesundheit
- Fokus auf Verbesserung von Lebens- und Arbeitsverhältnissen, gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen
- unter Beteiligung der Bürger:innen (partizipativ) .

Siegrist et al. (Hrsg.), 2022, Medizinische Soziologie in Deutschland, Gesundheit und Gesellschaft, https://doi.org/10.1007/978-3-658-37692-5_17 (293- 312)

Grundgedanke:

Im Sinne des Setting-Ansatzes werden Maßnahmen nicht ausschließlich

- für so genannte Zielgruppen/Dialoggruppen entwickelt und umgesetzt,
- Konsequente Beteiligung der Ziel/Dialoggruppen (bzw. Vertreterinnen und Vertreter dieser Gruppen) von Beginn
- Gemeinsame Plang, Entwicklung, Umsetzung, Evaluation
- Zusammenarbeit in bzw. mit Netzwerkaktivitäten mit diversen Trägern, Anbietern, und kommunalen Akteuren
- **gemeinsame Schaffung, Ausbau, Erhalt gesundheitsfördernder Strukturen und Prozesse**

https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Leitthemen/Quartier/14-07-10_Stadtteil_u_Quartier.pdf

3.1 GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM SETTING QUARTIER: DEFINITION UND GRUNDGEDANKE

Definition:

Sozialräumliche Gesundheitsförderung (GF im Setting Quartier) ist eine

- auf natürliche Lebensbedingungen orientierte Handlungsstrategie.
- Dieser liegt ein sozial- ökologisches Modell von Gesundheit zugrunde,
- in dem die Verbesserung von Lebens- und Arbeitsverhältnissen sowie
- gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen unter Beteiligung der Bürger:innen im Vordergrund steht.

Siegrist et al. (Hrsg.), 2022, Medizinische Soziologie in Deutschland, Gesundheit und Gesellschaft, https://doi.org/10.1007/978-3-658-37692_5_17 (293- 312)

Grundgedanke:

Im Sinne des Setting-Ansatzes werden Maßnahmen nicht ausschließlich

- für so genannte Zielgruppen/Dialoggruppen entwickelt und umgesetzt,
- sondern diese (bzw. Vertreterinnen und Vertreter dieser Gruppen) werden an allen Phasen der Maßnahmenentwicklung beteiligt,
- so dass die Entwicklung mit ihnen gemeinsam gestaltet wird.
- Es wird in Netzwerkaktivitäten mit diversen Trägern, Anbietern, und kommunalen Akteuren zusammen gearbeitet, um **gemeinsam gesundheitsfördernde Strukturen zu schaffen und auszubauen**

https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Leitthemen/Quartier/14-07-10_Stadtteil_u_Quartier.pdf

3.2 GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM SETTING QUARTIER: INTERVENTIONSTYPEN

Sechs **Interventionstypen** für Aktivitäten zur Gesundheitsförderung im komplexen Setting (z.B. Quartier) Trojan (2012):

- zielgruppen-unspezifische Aktionen
- zielgruppen-spezifische Angebote
- Kapazitätsentwicklung (auf der operativen Ebene) Stichwort; Capacity building
- Programmentwicklung (auf der Steuerungsebene)
- Kontextbeeinflussung
- Qualitätsentwicklung/Evaluation

Zentrale Gestaltungs- und Handlungsgrundlage: **kleinräumige Gesundheitsberichterstattung**

- Basis: statistische Daten aus den verschiedenen Quellen (Schuleingangsuntersuchungen etc.) ergänzt durch qualitative Befragungen ergänzt (Trojan et al., 2013, Kap. 3). Statistische Landesämter
- Kommunale Ebene: integrierte Berichterstattung der verschiedenen Sektoren (Gesundheit, Soziales, Umwelt, Stadtentwicklung, Wirtschaft, Bildung etc.) angestrebt werden (Süß, 2014) (im Hinblick auf Kerngedanke Health in all policies)

28

3.3 GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM SETTING QUARTIER: KERNASPEKTE

Zielsetzung:

- Verbesserung der physischen, sozialen und psychischen Gesundheit der Menschen im Quartier
- Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten
- Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten durch gezielte Maßnahmen für vulnerable Gruppen

Ansatz:

- **Partizipation und Empowerment:** Die Bewohner des Quartiers werden aktiv in die Planung und Umsetzung von Maßnahmen einbezogen, um ihre Selbstbestimmung zu stärken.
- **Vernetzung:** Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Akteuren wie Kommunen, Gesundheitsdiensten, sozialen Einrichtungen und lokalen Organisationen.
- **Multidimensionaler Ansatz:** Gesundheitsförderung im Quartier bezieht sich nicht nur auf medizinische Aspekte, sondern auch auf soziale, wirtschaftliche und umweltbezogene Faktoren.

3.3 GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM SETTING QUARTIER: KERNASPEKTE

Maßnahmen: z.B.

- **Gesunde Lebensumgebungen:** Verbesserung der Infrastruktur, wie Fußgängerzonen, Radwege, Grünflächen oder Spielplätze, Hitzeschutz, Öffentliche Rastplätze/Toiletten, um einen aktiven Lebensstil zu fördern,
- **Ernährungsprogramme:** Angebot von gesunden Lebensmitteln, z.B. durch Supermärkte, Bauernmärkte oder Gemeinschaftsgärten, Ausbildung von Peers, Aufklärung, urban gardening, gemeinsames Kochen etc.
- **Sport- und Bewegungsangebote:** Freizeitmöglichkeiten in/ausserhalb von Sportvereinen, Bewegungsgruppen oder Outdoor-Aktivitäten.
- **Gesundheitsaufklärung und -beratung:** Informationsveranstaltungen zu Themen wie Ernährung, Bewegung, Suchtprävention und psychische Gesundheit.
- **Psychosoziale Unterstützung:** Angebote zur Stressbewältigung, Konfliktbewältigung und Förderung des sozialen Zusammenhalts.
- **Teilhabe:** Treffpunkte implementieren, Nachbarschaftshilfe aufbauen, Netzwerke entwickeln

3. 3. GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM SETTING QUARTIER: KERNASPEKTE

Herausforderungen

- **Ungleichheit:** Benachteiligte Quartiere mit begrenzten personellen und strukturellen Ressourcen für Gesundheitsförderung führt zu gesundheitlichen Ungleichheiten.
- **Interdisziplinäre Zusammenarbeit:** Notwendig aber voraussetzungsvoll enge Kooperations-tation zwischen sektoren (Gesundheit, Soziales, Bildung, Stadtplanung Verkehr usw.) und Akteuren: Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Akteuren wie Kommunen, Gesundheitsdiensten, sozialen Einrichtungen und
- **Nachhaltigkeit:** Langfristige Sicherstellung der Interventionen und Unterstützung, um nachhaltige Etablierung sicher zu stellen.

Konkrete Ziele:

- **Prävention insbesondere von nicht übertragbaren Krankheiten:** v.a. chronische Krankheit,en (Diabetes, herz-Kreislauf,, psychische Erkrankungen, Erhalt der Teilhabe, Vermeidung Einsamkeit- Verbesserung der Infrastruktur, wie Fußgängerzonen, Radwege, Grünflächen oder Spielplätze, um einen aktiven Lebensstil zu fördern.
- **Förderung eines gesunden (adressatenorientierten) Lebensstils:** Stärkung Eigenverantwortung, z.B. hinsichtlich Ernährung, Bewegung, Stress.
- **Soziale Teilhabe:** Schaffung/Aufbau bedarfsgerechten Netzwerkes, Integration in das Setting.

3. 4. GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM SETTING QUARTIER : LÖSUNGSANSÄTZE I

1. Soziale Ungleichheit und Benachteiligung

Es ist wichtig, gezielte Maßnahmen zu entwickeln, die speziell auf benachteiligte Gruppen abzielen, um Chancengleichheit zu gewährleisten und den Zugang zu Angeboten zu erleichtern.

2. Partizipation der Quartiersbewohner

Der Prozess muss partizipativ gestaltet werden, damit die Bewohner als aktive Mitgestalter und nicht nur als passive Empfänger von Maßnahmen wahrgenommen werden. Voraussetzung; Niedrigschwellige Informationsangebote und transparente Kommunikation

3. Finanzierung und Ressourcenkapazitäten

Sicherstellung einer nachhaltigen und ausreichenden. (staatliche Fördermittel, private Partnerschaften und Spenden-Ehrenamt) effiziente Nutzung vorhandener Ressourcen

4. Netzwerke und Plattformen,

Regelmäßige zu Treffen oder Workshops zur nachhaltigen Kommunikation und Formulierung gemeinsamer Ziele zu formulieren. Umsetzung der Vernetzung zwingend

5. Nachhaltigkeit der Maßnahmen

Grundlegend Plan zur Sicherstellung ihrer Nachhaltigkeit, z.B. durch die **Integration** in bestehende Strukturen, das Schaffen von **Eigenverantwortung** innerhalb der Gemeinschaft und die Sicherstellung einer **langfristigen Finanzierung** dient.

3.4. GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM SETTING QUARTIER: LÖSUNGSANSÄTZE II

6. Akzeptanz und kulturelle Sensibilität

- Voraussetzung; Eine kulturell angepasste Gesundheitsförderung, die lokale oder individuelle Werte und Traditionen berücksichtigt, Zur Förderung von Vertrauen/Aufbau Akzeptanz sind zielgruppenspezifische Ansprache und Inklusion notwendig,

7. Verbesserung mangelnde Infrastruktur

- Berücksichtigung von Gesundheitsaspekte in Stadtplanung und –entwicklung, Grundlagen für präventive Maßnahmen z.b. Investitionen in eine gesunde und zugängliche Infrastruktur, wie z.B. Fahrradwege, öffentliche Parks.

8. Veränderung des Verhaltens

- nachhaltige Effekte durch langfristige, auf die Bedürfnisse der Menschen abgestimmte Programme, die schrittweise Veränderungen anstreben und die Bewohner positiv motivieren, Zwischenzeile: Kleine, erreichbare dabei Ziele, Unterstützung durch Peer-Gruppen (Ziel: Wandel von Verhaltensangewohnheiten)

9. Messbarkeit und Evaluation (Wirkungsorientierung vs. Nutzenbewertung)

- Wirkung von Gesundheitsförderung und Prävention im Quartier ist nicht immer leicht messbar., trotzdem: Evaluationsmethoden und Messkriterien notwendig zur Prozessevaluation. Einsatz Qualitativer und quantitativer Methoden,

10. Vernetzung und Kommunikation

- Notwendig aktuelle Informationen/Updates über relevante Informationsinhalte- und geeignete _Kanäle zur Sicherstellung Information aller Beteiligter/Zielgruppen.

33

3.5. AUSGEWÄHLTE ERGEBNISSE PROJEKT GESUNDE QUARTIERE: ROUTINEDATEN GKV

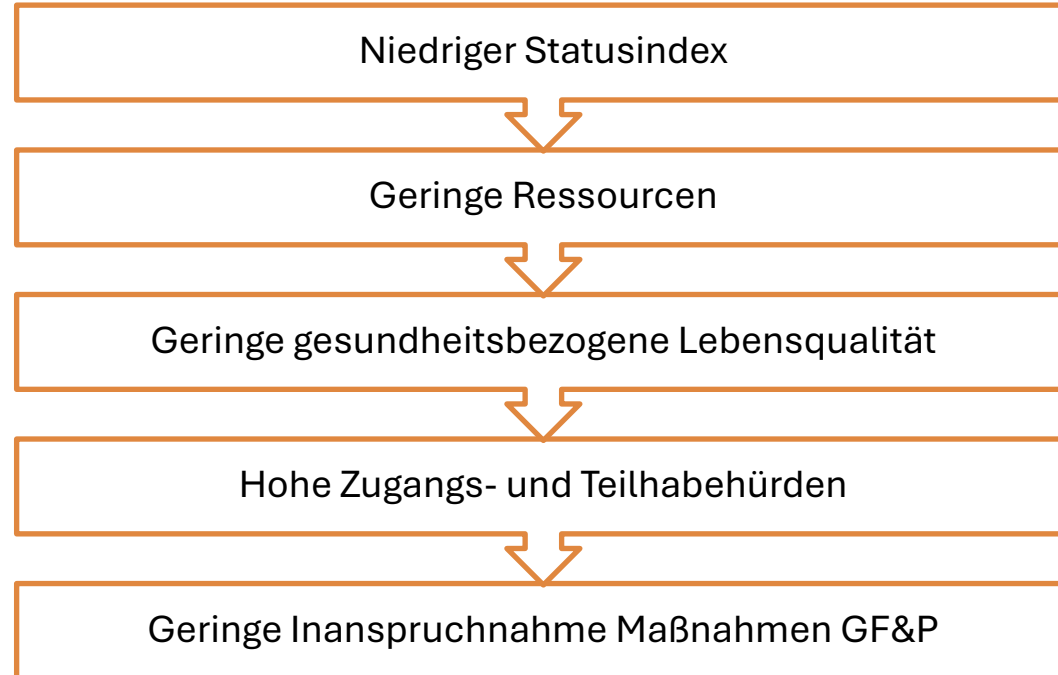
R

- Verfahren ist geeignet, um gesundheitsbezogenen Routinedaten einen (raumbezogenen) Indikator für die soziale Lage der Bevölkerung zuzuordnen
- In der Literatur bestätigte individuelle Soziallagenabhängigkeiten lassen sich im Rahmen erster deskriptiver Auswertungen bestätigen
- Zuordnung des Statusindex zu einer konkreten Person lässt keine Aussage über deren tatsächlichen Sozialstatus zu
- Weiterführende Auswertungen sind notwendig unter Berücksichtigung differenzierter quartiersbezogener Informationen

Datenlieferung auf Ebene Statistischer Gebiete/ Wohnquartiere sinnvoll

3.5. AUSGEWÄHLTE ERGEBNISSE PROJEKT GESUNDE QUARTIERE INTEGRIERTE SCHLUSSFOLGERUNGEN

Hemmend



Stärkung von:



4. ZUSAMMENFASSUNG UND FAZIT

Alle Mitglieder der Gesellschaft müssen entsprechend ihrer Lebensphase eine gerechte **Chance auf ein gesundes Leben** haben.

Gesundheit geht uns alle an, alle haben ein Recht auf eine gesundheitsförderliche Umwelt bzw. Umfeld, Gesundheits(dienst)leistungen und entsprechenden barrierefreien Zugang.

Räumlicher Zugang zu den vorhanden Gesundheitsleistungen muss allen möglich sein, unabhängig vom Wohnort oder Wohnraum.

Sachlicher, technischer, kognitiver Zugang zu den vorhanden Gesundheitsleistungen muss allen gegeben sein.

Jede und Jeder ist für die eigene Gesundheit verantwortlich, soweit er/sie diese beeinflussen/aktiv gestalten kann. Die dafür notwendige Gesundheitskompetenz muss adressatengerecht vermittelt werden.

Die Gesellschaft ist für unsere Gesundheit verantwortlich, soweit die Gesellschaft diese beeinflussen/gestalten kann.

Die relevanten Akteure des Gesundheitswesens müssen ihrer **Verantwortung von der Gesundheitsförderung bis zur Sterbebegleitung, von Schwangerschaft bis zum Tod** gerecht werden.

Die notwendigen Strukturen und Prozesse müssen **bedarfsgerecht so zur Verfügung gestellt werden**, dass die Menschen, die sie adressieren davon Kenntnis haben, erhalten können und diese nutzen können.

In Anbetracht des demographischen Wandels ist einer älter werdenden Gesellschaft gerecht zu werden, dabei ist **allen Facetten (soziales/biologische Alter) und Stufen der Älterwerdens Rechnung** zu tragen.

36

4 GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION IM QUARTIER: ZUSAMMENFASSUNG

Gesundheitsförderung im Quartier ist

- ein ganzheitlicher Ansatz,
- dient der Verbesserung der Lebensqualität der Menschen, vermindert gesundheitliche Ungleichheiten, Ungerechtigkeiten
- soll Wohlbefinden und Teilhabe der Bewohnerinnen und Bewohner fördern,
- erfordert die aktive Beteiligung und Zusammenarbeit aller Stakeholder

Gesundheitsförderung und Prävention im Quartier **erfordert** das

- Zusammenspiel vieler Faktoren, um erfolgreich zu sein. Es ist entscheidend, die
- verschiedenen Herausforderungen zu verstehen (partizipativ nicht parternatistisch !) und
- proaktiv Lösungen zu entwickeln, die sowohl die
- Bedürfnisse der Bewohner als auch die praktischen Gegebenheiten situativ angemessen berücksichtigen.
- Eine langfristige Perspektive, die auf Zusammenarbeit, Vernetzung Nachhaltigkeit und kultureller Sensibilität basiert, ist hierbei der einzige Schlüssel zum Erfolg.
- Dafür braucht es nachhaltig ein „Gesicht vor Ort“.

4 GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION IM QUARTIER: ZUSAMMENFASSUNG

- Kleinräumige Verfügbarkeit **von gesundheitsrelevanten Daten** auf kleinräumiger Ebene muss sicher gestellt werden (Daten sind nicht erhoben/Zugriff ist nicht möglich
,Gesundheits(geo)informationssysteme
- **Gemeinschaftssinn** (sense of community) ist eine zentrale nachhaltige Basis.
- **Gesundheitskompetenz** von Klein auf ist grundlegende Voraussetzung.
- Die Arbeit im Quartier setzt (langfristig etablierte und bekannte) **aktive Kümmerer** vor Ort voraus.
- Strukturen, Vorhaben und Personen müssen gut **vernetzt** sein und **nachhaltig** zur Verfügung stehen (Vertrauen)
- Gesundheitsförderung im Quartier setzt Bereitschaft und Fähigkeit zur Flexibilität sowie zur **Verantwortungsübernahme** voraus
- Gestaltung **digitaler Angebote** gehört zum Handwerkszeug der Gesundheitsförderung

4 GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION IM QUARTIER: SCHLUSSFOLGERUGEN

- **Paradigmenwechsel**: Verhältnisprävention stärker gewichten, soziale Teilhabe als eigenständiges Ziel anerkennen
- Gesundheitsförderung als ressortübergreifende Querschnittsaufgabe (**Health in All Policies**)
- Gemeinsame **intersektorale Verantwortung und Finanzierung** – öffentliche Hand, Sozialversicherungsträger (insbesondere Krankenversicherungen) auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene sowie private Unternehmen und Haushalte
- **Wissen und Information** (Gesundheitskompetenz) als notwendige Voraussetzung, Gesundheitsbezogene Geoinformationssysteme z.B. HAGIS als Grundlage und Chance für eine gemeinsame Informationsbasis auf allen und für alle Akteursebenen
- **Kommunen als zentrale Steuerungsebene** im Hinblick auf die Gestaltung gesundheitsförderlicher Settings stärken

**GESUNDE QUARTIERE KÖNNEN NUR DORT ENTSTEHEN DORT,
WO MENSCHEN, INSTITUTIONEN UND KOMMUNEN GEMEINSAM VERANTWORTUNG
FÜR LEBENSQUALITÄT, TEILHABE UND GESUNDHEIT ÜBERNEHMEN.**



Herzlichen Dank für die Aufmerksamkeit

Kontakt:

Susanne.busch@haw-hamburg.de
Gesunde.quartiere2.0@haw-hamburg.de
<https://gesundequartiere.de/>

- BMG (2021): Mitglieder und Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). 2020 – Mitgliederstatistik KM6. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html> (Zugriff: 25.01.2022).
- Böhme R (2020): Soziale Auswirkungen der Corona-Pandemie in der Freien und Hansestadt Hamburg. URL: https://www.linksfraktion-hamburg.de/wp-content/uploads/2021/07/Soziale_Auswirkungen.pdf (Zugriff: 25.01.2022).
- Burzan N (2011): Soziale Ungleichheit. Eine Einführung in die zentralen Theorien (4. Auflage). VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.
- Dahlgren G & Whitehead M (1991): Policies and strategies to promote social equity in health. Institute for Futures Studies, Stockholm.
- Woock, K., Busch, (2021), Sind vor dem Virus alle gleich; Ssozialer Fortschritt, 70 7(7, 437-453.
- Dragano N, Hoebel J, Wachtler B et al. (2021): Soziale Ungleichheit in der regionalen Ausbreitung von SARS-CoV-2. Bundesgesundheitsbl, 64:1116-1124. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03387-w>.
- Geyer S (2021): Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit. Berlin: BZgA, DOI: <https://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i109-1.0>.
- Hoebel J, Müters S, Kuntz B, Lange C, Lampert T (2015): Messung des subjektiven sozialen Status in der Gesundheitsforschung mit einer deutschen Version der MacArthur Scale. Bundesgesundheitsbl, 58: 749-757.
- Hoebel J, Michalski N, Diercke M et al. (2021): Emerging socio-economic disparities in COVID-19-related deaths during the second pandemic wave in Germany. Int Journal of Infectious Diseases, 113: 334-346.
- Hoffmann F & Glaeske G (2017): Analyse von Routinedaten, In: Pfaff H, Neugebauer E, Glaeske G & Schrappe M (Hrsg.): Lehrbuch Versorgungsforschung, Systematik – Methodik – Anwendung (2. Auflage)., Stuttgart: Schattauer.
- Hradil S (2016): Soziale Ungleichheit, soziale Schichtung und Mobilität. In: Korte H & Schäfers B (Hrsg.): Einführung in Hauptbegriffe der Soziologie, Einführungskurs Soziologie, DOI: 10.1007/978-3-658-13411-2_11.
- March S, Andrich S, Drepper J et al. (2019): Gute Praxis Datenlinkage (GPD). Gesundheitswesen. DOI: <https://doi.org/10.1055/a-0962-9933>.
- Meinert N, Busch S, Swart E (2021): Gesundheit und soziale Lage in Hamburger Quartieren – Ein Ansatz zur Abbildung von Soziallagen mit gesundheitsbezogenen Routinedaten. Das Gesundheitswesen, online first, doi: 10.1055/a-1658-0526.
- Mielck A (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Hans Huber.
- Mindermann N, Schimmelfennig M, Swart E, Busch S (2021): GKV-Routinedaten und Einsatzdaten des Rettungsdienstes mit Quartiers- und Soziallagenbezug. In: Westenhöfer J et al. (Hrsg.): Gesunde Quartiere –
- **Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies.**
- Robert-Koch-Institut (RKI) (2021): Soziale Unterschiede in der COVID-19-Sterblichkeit während der zweiten Infektionswelle in Deutschland. URL: https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/S/Sozialer_Status_Ungleichheit/Faktenblatt_COVID-19-Sterblichkeit.html (Zugriff: 29.11.2021).
- SVR (2015): Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten. URL: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Sondergutachten_2015/Krankengeld_Druckfassung.pdf (Zugriff: 25.01.2022).
- Sinus-Institut (2021): Sinus-Milieus Deutschland. URL: <https://www.sinus-institut.de/sinus-milieus/sinus-milieus-deutschland> (Zugriff: 26.11.2021).
- Statista (2021): Anzahl der Mitglieder und Versicherten der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung in den Jahren 2014 bis 2020. URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/155823/umfrage/gkv-pkv-mitglieder-und-versichertenzahl-im-vergleich/> (Zugriff: 25.01.2022).
- Swart E, Gothe H, Geyer J et al. (2014): Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS): Leitlinien und Empfehlungen. Gesundheitswesen, 77(02): 120-126. DOI: 10.1055/s-0034-1396815
- Swart E, Ihle P, Gothe H et al. (2015): Routinedaten im Gesundheitswesen – Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven (2. Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.
- Wachtler B, Michalski N, Nowossadeck E et al. (2020): Sozioökonomische Ungleichheit und COVID-19 – Eine Übersicht über den internationalen Forschungsstand. Robert Koch Institut. DOI: <http://dx.doi.org/10.25646/7058>.
- Westenhöfer J, Busch S, Pohlen J et al. (2021): Gesunde Quartiere – Gesundheitsförderung und Prävention im städtischen Kontext. Edition nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region / Band 3. München: Oekom-Verlag.
- **World Health Organization (WHO) (2025). *Social Determinants of Health. Fact Sheet*. Genf: WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health>**

LITERATUR

- BMG (2021): Mitglieder und Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). 2020 – Mitgliederstatistik KM6. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html> (Zugriff: 25.01.2022).
- Böhme R (2020): Soziale Auswirkungen der Corona-Pandemie in der Freien und Hansestadt Hamburg. URL: https://www.linksfraktion-hamburg.de/wp-content/uploads/2021/07/Soziale_Auswirkungen.pdf (Zugriff: 25.01.2022).
- Burzan N (2011): Soziale Ungleichheit. Eine Einführung in die zentralen Theorien (4. Auflage). VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.
- Dahlgren G & Whitehead M (1991): Policies and strategies to promote social equity in health. Institute for Futures Studies, Stockholm.
- Dragano N, Hoebel J, Wachtler B et al. (2021): Soziale Ungleichheit in der regionalen Ausbreitung von SARS-CoV-2. Bundesgesundheitsbl, 64:1116-1124. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03387-w>.
- Geyer S (2021): Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit. Berlin: BZgA, DOI: <https://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i109-1.0>.
- Hoebel J, Müters S, Kuntz B, Lange C, Lampert T (2015): Messung des subjektiven sozialen Status in der Gesundheitsforschung mit einer deutschen Version der MacArthur Scale. Bundesgesundheitsbl, 58: 749-757.
- Hoebel J, Michalski N, Diercke M et al. (2021): Emerging socio-economic disparities in COVID-19-related deaths during the second pandemic wave in Germany. Int Journal of Infectious Diseases, 113: 334-346.
- Hoffmann F & Glaeske G (2017): Analyse von Routinedaten, In: Pfaff H, Neugebauer E, Glaeske G & Schrappe M (Hrsg.): Lehrbuch Versorgungsforschung, Systematik – Methodik – Anwendung (2. Auflage), Stuttgart: Schattauer.
- Hradil S (2016): Soziale Ungleichheit, soziale Schichtung und Mobilität. In: Korte H & Schäfers B (Hrsg.): Einführung in Hauptbegriffe der Soziologie, Einführungskurs Soziologie, DOI: 10.1007/978-3-658-13411-2_11.
- March S, Andrich S, Drepper J et al. (2019): Gute Praxis Datenlinkage (GPD). Gesundheitswesen. DOI: <https://doi.org/10.1055/a-0962-9933>.
- Meinert N, Busch S, Swart E (2021): Gesundheit und soziale Lage in Hamburger Quartieren – Ein Ansatz zur Abbildung von Soziallagen mit gesundheitsbezogenen Routinedaten. Das Gesundheitswesen, online first, doi: 10.1055/a-1658-0526.
- Mielck A (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Hans Huber.
- Mindermann N, Schimmelpennig M, Swart E, Busch S (2021): GKV-Routinedaten und Einsatzdaten des Rettungsdienstes mit Quartiers- und Soziallagenbezug. In: Westenhöfer J et al. (Hrsg): Gesunde Quartiere – Gesundheitsförderung und Prävention im städtischen Kontext. Edition nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region / Band 3. S. 105-136.
- Ohlmeier C, Frick J, Prütz F et al. (2014): Nutzungsmöglichkeiten von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Bundesgesundheitsbl 57: 464-472.
- Robert-Koch-Institut (RKI) (2021): Soziale Unterschiede in der COVID-19-Sterblichkeit während der zweiten Infektionswelle in Deutschland. URL: https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/S/Sozialer_Status_Ungleichheit/Faktenblatt_COVID-19-Sterblichkeit.html (Zugriff: 29.11.2021).
- SVR (2015): Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten. URL: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Sondergutachten_2015/Krankengeld_Druckfassung.pdf (Zugriff: 25.01.2022).
- Sinus-Institut (2021): Sinus-Milieus Deutschland. URL: <https://www.sinus-institut.de/sinus-milieus/sinus-milieus-deutschland> (Zugriff: 26.11.2021).
- Statista (2021): Anzahl der Mitglieder und Versicherten der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung in den Jahren 2014 bis 2020. URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/155823/umfrage/gkv-pkv-mitglieder-und-versichertenanzahl-im-vergleich/> (Zugriff: 25.01.2022).
- Swart E, Gothe H, Geyer J et al. (2014): Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS): Leitlinien und Empfehlungen. Gesundheitswesen, 77(02): 120-126. DOI: 10.1055/s-0034-1396815
- Swart E, Ihle P, Gothe H et al. (2015): Routinedaten im Gesundheitswesen – Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven (2. Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.
- Wachtler B, Michalski N, Nowossadeck E et al. (2020): Sozioökonomische Ungleichheit und COVID-19 – Eine Übersicht über den internationalen Forschungsstand. Robert Koch Institut. DOI:<http://dx.doi.org/10.25646/7058>.
- Westenhöfer J, Busch S, Pohlen J et al. (2021): Gesunde Quartiere – Gesundheitsförderung und Prävention im städtischen Kontext. Edition nachhaltige Gesundheit in Stadt und Region / Band 3. München: Oekom-Verlag.