

# Strukturen

für einen „Gesunden  
Bezirk“  
Berlin-Mitte

Berlin Mitte



Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk

Das hier vorgestellte „Strukturmodell für einen ‚Gesunden Bezirk Mitte‘ ist vom Bezirksamt Mitte am 3. Juni 2008 beschlossen worden.

## **Strukturen**

### **für einen "Gesunden Bezirk" Mitte**

#### **Hindernisse auf dem Weg zum „Gesunden Bezirk“**

- Unschärfe-Problem
- Einmischungs-Problem
- Evidenz-Problem

#### **Strukturmodell für einen „Gesunden Bezirk“ Mitte**

- I. Begriffsbestimmung
- II. Aufgabenklarheit durch klare Verfahren
- III. Überprüfung von Effektivität und Qualität

### **Strukturen für einen Gesunden Bezirk Mitte**

Das Bezirksamt Mitte hat zum Zeitpunkt der Bezirksfusion das „Konzept für einen ‚Gesunden Bezirk‘ Mitte“ verabschiedet, in dem der Rahmen für das Handeln der kommunalen Gesundheitsförderung beschrieben wird. Das Konzept diente zugleich als Grundlage für den Mitgliedsantrag beim Gesunde-Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland. Die Erfahrungen mit diesem Modell in den vergangenen Jahren sowie einige neuere Entwicklungen der letzten Zeit lassen eine Überarbeitung und Ergänzung sinnvoll erscheinen:

- Es gilt, einer Reihe von strukturellen Problemen der Gesundheitsförderung durch klare Verfahrensfestlegungen zu begegnen;
- Die Novellierung des Berliner Gesundheitsdienst-Gesetzes von 2006 hat die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Public Health für den Öffentlichen Gesundheitsdienst noch einmal hervorgehoben;
- In diesem Zusammenhang ist ebenso ein verstärktes Augenmerk auf die Berücksichtigung von Qualitätsentwicklung gelegt worden;
- Das Bezirksamt plant für den Bezirk die flächendeckende Implementierung von Stadtteilverfahren, gleichzeitig wünscht die BVV die Einrichtung eines ressortübergreifenden bezirklichen Gremiums zur Steuerung gesundheitsförderlicher Vorhaben.

Das vorgelegte Strukturmodell versteht sich daher als Ausdifferenzierung und Anpassung des bestehenden Konzepts.

### **Hindernisse auf dem Weg zum „Gesunden Bezirk“**

Der Begriff der Gesundheitsförderung hat seit seiner Beschreibung in der Ottawa-Charta 1986 im Laufe der letzten 20 Jahre ein gewisses Maß an Etabliertheit entfalten können. Er wird in vielen Kontexten

von sehr unterschiedlichen Akteuren des Gesundheitswesens als gebotenes Verfahren angeführt und viele Aktivitäten verstehen sich explizit als gesundheitsfördernde Maßnahme.

Mit der Verabschiedung des GDG 1994 wurde Gesundheitsförderung als Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes gesetzlich festgeschrieben und hat sich als Bestandteil im Aufgabenkanon des ÖGD im Bewusstsein verankert.

Zur Umsetzung von Gesundheitsförderung im kommunalen Rahmen ist der Bezirk Mitte teilweise bereits vor der Bezirksfusion Mitglied im Deutschen Gesunde-Städte-Netzwerk geworden: Der Alt-Bezirk Wedding bereits 1992, Tiergarten 1997, Mitte(alt) hat den Beitritt zum Zeitpunkt der Fusion 2001 beschlossen.

Seine allgemeine Akzeptanz verdankt der Begriff der Gesundheitsförderung sicher in erster Linie dem Grundverständnis „Vorbeugen ist besser als Heilen“. Es ist sehr einleuchtend, im Gesundheitswesen nicht nur Krankheitsbehandlung und -früherkennung zu organisieren, sondern ebenso die bekannten Einflussfaktoren für Krankheitsentstehung und Gesunderhaltung so zu organisieren, dass sie für möglichst viele Menschen ein möglichst hohes Maß an Gesundheit gewährleisten können und dadurch spätere Kosten der Krankheitsbekämpfung reduzieren, wenn nicht sogar vermeiden helfen. Aber über diesen einer allgemeinen Vorsorge-Ethik entspringenden Grundsatz hinaus lässt sich obendrein auch die langfristige Kosteneffizienz für einige gesundheitsfördernde Maßnahmen belegen.

Dass sich Gesundheitsförderung trotz dieser günstigen Voraussetzungen bislang dennoch nur sehr sporadisch außerhalb des Gesundheitsbereichs (und selbst dort nur innerhalb eines abgegrenzten Teilgebietes) hat verankern können, liegt an einer Reihe von Problemen, mit denen der Ansatz Gesundheitsförderung seit seiner Formulierung zu tun hatte:

### Unschärfe-Problem

In konsequenter Fortführung der Schwierigkeit, eine allgemein anerkannte, gut vorstellbare Definition des Gesundheitsbegriffs aufzustellen, die sich nicht auf die Abwesenheit von Krankheit stützt, sondern ein positives Gesundheitsverständnis formuliert, gibt es ebenso Schwierigkeiten mit einer genauen Formulierung dessen, was denn genau diesen unscharfen Begriff „Gesundheit“ eigentlich am ehesten zu fördern in der Lage wäre. Die WHO selbst hat in ihrer Definition von Gesundheitsförderung, der „Ottawa-Charta“, diese bereits durch ein enorm breites Bündel von Strategien und Kernelementen beschrieben. Erschwerend kommt dabei hinzu, dass nicht erst die vollständige Anwendung all der benannten Instrumente gesundheitsförderndes Vorgehen begründet, sondern bereits die partielle Anwendung einiger. Der mögliche Rahmen von Gesundheitsförderung wird dadurch so universell, dass er Spielraum für sehr unterschiedliche Definitionen bietet, worin der eigentliche konkrete Auftrag gesundheitsförderlichen Handelns liegt.

z.B.

- Gesundheitsförderung als ein Verfahren zur systematischen Verringerung gesundheitlicher Belastungen, Verbesserung gesundheitlicher Ressourcen sowie Verbesserung des individuellen Gesundheitsverhaltens.
- Gesundheitsförderung als Einzelmaßnahme, die sich unmittelbar an bestimmte Bevölkerungsgruppen richtet und auf die gesundheitszuträgliche Änderung ihres individuellen Verhaltens oder der näheren Lebensumstände abzielt.
- Gesundheitsförderung als Maßnahmen der Gesundheitsinformation und –erziehung.
- Gesundheitsförderung als nichtmedizinische Behandlungsmaßnahme.

Aus diesem Grund wird der Begriff der Gesundheitsförderung in vielen Zusammenhängen verwandt, ohne dass dahinter immer das gleiche Aufgabenverständnis steht. Diese Vielfalt erweist sich für Strate-

gieabstimmungen zwischen unterschiedlichen Akteuren sowie für die Bewertung von Erfolgen bzw. erfolgversprechenden Ansätzen als hinderlich und für die Vermittlung nach außen als Grund für Verwirrung.

## Einmischungs-Problem

Aus der Positiv-Definition von Gesundheit durch die WHO ergibt sich eine äußerst ressortunspezifische oberste Zielsetzung für Gesundheitsförderung: *„Gesundheit ist das Ausmaß, in dem Einzelne oder Gruppen in der Lage sind, einerseits ihre Wünsche und Hoffnungen zu verwirklichen und ihre Bedürfnisse zu befriedigen, andererseits aber auch ihre Umwelt meistern oder verändern können.“* (WHO, 1984)

Innerhalb der Aufgabenverteilung staatlicher Daseinsvorsorge ergeht der Erfüllungsauftrag für eine so verstandene Gesundheit nicht allein an das Gesundheitswesen: Gesundheitsförderung setzt an der Beeinflussung der Lebensverhältnisse an, um den Menschen gesundheitsgerechtere Lebensbedingungen und gesundheitsgerechteres Verhalten zu ermöglichen. Insofern ist es weitgehend unstrittig, dass die hierfür zu ergreifenden Maßnahmen zu einem großen Teil nicht durch das Gesundheitswesen, sondern durch andere Ressorts zu erbringen sind (Bildung, soziale Situation, Arbeitsmarkt, Integration, Umwelt, städt. Lebensräume).

In der Praxis erweist es sich freilich als Problem, aus der Initiative des Gesundheitswesens heraus das Handeln anderer Ressorts zu beeinflussen. Dies resultiert daraus, dass Ressorts ihr Handeln, ihre Ressourcenplanung und Prioritätensetzung aus eigener Problemwahrnehmung heraus ableiten, die die oben beschriebenen gesundheitsrelevanten Aspekte bereits zumindest partiell integriert. Die Orientierung am Wohlergehen der Bevölkerung ist ja keine originär neue Orientierung für die Aufgabenplanung der Ressorts, sondern ohnehin bereits die angewandte Entscheidungsbasis. Diese implizite Integration von Gesundheitsaspekten enthebt aber die Gesundheitsförderung oft in den Augen der dort Beteiligten ihrer Legitimation für steuernde Impulse in das Ressort, da ja aus dessen Sicht die erkannten gesundheits-

relevanten Probleme bereits im Rahmen des Machbaren bearbeitet werden.

### **Evidenz-Problem**

Der Nutzen einer gesundheitsförderlichen Maßnahme ist i.d.R. nur schwer zu quantifizieren. Messbar sind vor allem Krankheitsindikatoren. Der Erfolg der Gesundheitsförderung lässt sich also messen durch das Ausmaß, um das das Eintreten von Krankheit vermindert werden kann. Dies bei langfristig angelegten Präventionsmaßnahmen zu messen und dafür einen kausalen Zusammenhang zu belegen, ist allerdings ein schwieriges und teilweise extrem aufwändiges Verfahren. Seiteneffekte, die von Maßnahmen ausgehen, entziehen sich u.U. einer Messbarkeit

Bei mangelnder Belegbarkeit der Effekte besteht jedoch auch gedämpfte Bereitschaft in derartige Verfahren zu investieren. Dies führt im Ergebnis dazu, dass Gesundheitsförderung in der politischen Diskussion eher im Sektor der weichen, ideologisch-ethisch zwar nachvollziehbaren, in ihrem praktischen Nutzen jedoch nicht ausreichend belegbaren Handlungsstrategien angesiedelt ist – ein Sektor, der vorwiegend im immateriellen Bereich und weniger im Bereich politischer Ressourcenverteilung behandelt wird.

Da präventive Effekte sehr viel weniger erlebbar sind als konkrete Krankheitssymptome und die damit verbundenen teilweise gravierenden Probleme, unterliegt Gesundheitsförderung in der Regel in der Priorisierung von Vorhaben (z.B. wenig Förderung von Präventionsmaßnahmen im Verhältnis zu kurativen Maßnahmen, wenig Präventionsförderung durch die öffentliche Hand, wenig öffentliche „Präventionskultur“)



Gesundheitsförderung hat sich mit diesen Schwierigkeiten auseinanderzusetzen und hierzu Umgangsweisen zu entwickeln. Das bestehende – im Grundsatz schlüssige und akzeptierte - „Konzept für einen Gesunden Bezirk Mitte“ erweist sich an den benannten Problempunkten als noch nicht präzise genug. Kehrt man diese in ihr positives Gegenteil, ergeben sich folgende Anforderungen, denen die zu entwickelnde Präzisierung gerecht werden muss:

### **Anforderung I: Eindeutigkeit**

Das dem bezirkliche Modell zugrundeliegende Verständnis von Gesundheitsförderung muss eindeutig benannt, in den bezirklichen Gremien und den Ressorts bekannt und konsensfähig sein.

### **Anforderung II: Konsens zur Aufgabenverteilung**

Zur klaren Identifikation ineinandergreifender Zuständigkeiten über verschiedene beteiligte Ressorts ist ein systematisches Verfahren zur Analyse und Bearbeitung von gesundheitlichen Belastungen und Problemen zu entwickeln, das im Bezirk möglichst einstimmig verabschiedet werden sollte.

### **Anforderung III: Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit**

Das bezirkliche Verfahren der Gesundheitsförderung sowie die einzelnen gesundheitsförderlichen Maßnahmen haben sich ausnahmslos den Ansprüchen auf Bewertbarkeit und Qualität zu stellen.

Vor diesem Hintergrund hat das Bezirksamt Mitte am 3.6.2008 das nachfolgende „Strukturmodell für einen ‚Gesunden Bezirk‘ Mitte“ beschlossen:

### **Strukturmodell für einen „Gesunden Bezirk“ Mitte**

Dieses Modell fußt auf dem „Konzept für einen ‚Gesunden Bezirk‘ Mitte. Es berücksichtigt die „Leitlinien für eine Gesunde Stadt Berlin“ und bemüht sich um deren Verwirklichung. Es strebt die Einbindung in ein noch zu gestaltendes bezirkliches Modell stadtteilbezogener Verfahren an und berücksichtigt den politischen Auftrag zur Etablierung eines Arbeitskreises „Gesunder Bezirk Mitte“. Anknüpfend an die oben ausgeführten Anforderungen hinsichtlich

- Eindeutigkeit,
  - Konsens zur Aufgabenverteilung sowie
  - Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit
- gliedert es sich entsprechend in drei Teile:

## I. Begriffsbestimmung

Das Bezirksamt Mitte einigt sich auf das folgende Aufgabenverständnis von kommunaler Gesundheitsförderung:

### Kommunale Gesundheitsförderung

stellt ein Verfahren zur systematischen Identifikation, Analyse und Bearbeitung gesundheitlicher Problemlagen dar mit dem Ziel, die Gesundheitschancen für alle Bevölkerungsgruppen, insbesondere aber (im Sinne einer Angleichung der Chancen) für die gesundheitlich, sozial und materiell benachteiligten dadurch zu verbessern, dass nachhaltig

- eine Reduzierung gesundheitlicher Belastungen
- eine Stärkung gesundheitlicher Ressourcen erreicht wird.

Da Gesundheit von einer Vielzahl von Einflussfaktoren aus den unterschiedlichen Lebensbereichen gestaltet wird, erkennen alle Ressorts ihre mindestens mittelbare Beteiligung und Mitverantwortung für die Entwicklung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung an und erkennen die Verpflichtung an, ihr Handeln gemäß den aktuellen gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnissen über gesundheitliche Auswirkungen bestimmter Sachverhalte im Rahmen ihres Zuständigkeitsbereiches so zu organisieren, dass die oben beschriebene Maxime gesundheitlicher Chancengleichheit für einen möglichst großen Personenkreis erreicht wird.

### II. Aufgabenklarheit durch klare Verfahren

Für die Realisierung der kommunalen Gesundheitsförderung bedarf es zum einen des oben beschriebenen Verständnisses und der Bereitschaft seitens der verschiedenen Ressorts und Akteure, zum anderen bedarf es eines Verfahrens, das jeweils themenbezogen Handlungserfordernisse erarbeitet und gemeinsam Handlungsschritte festlegt. Dieses Verfahren ist sowohl in einer inhaltlichen Steuerungsdimension als auch einer Vernetzungsdimension zu organisieren. Während die Steuerungsdimension dazu dient, den Bearbeitungsprozess transparent, nachvollziehbar und in seinem Effekt bewertbar zu machen, dient die Vernetzung der Einbindung der fachlichen Kompetenzen und der Einbeziehung fachlicher Zuständigkeiten und schafft damit die Basis für Handlungsvereinbarungen, die sowohl inhaltlich fundiert als auch mit hoher Verbindlichkeit ausgestattet sind. Das Verfahren umfasst somit folgende Bestandteile:

#### 1. Entwurf und Umsetzung eines bezirklichen Steuerungsmodells zur Gesundheitsförderung

- Aufstellung bezirklicher Gesundheitsziele, ggf. auf der Basis übergeordneter Gesundheitszieldiskussionen (Land, Bund).
- Entwicklung bezirklicher Aktionspläne zur Erreichung der Gesundheitsziele
- Zielgruppenadäquate und sozialraumorientierte Entwicklung und Koordination der aus den Aktionsplänen abzuleitenden Maßnahmen.
- Auswertung der durchgeführten Maßnahmen sowie der Aktionspläne.

#### 2. Aufbau und Pflege bezirklicher Vernetzungsstrukturen zur ressortübergreifenden Abstimmung gesundheitsrelevanter Handlungsschritte

- Einberufung bezirklicher Gremien zur Gesundheitsförderung (Gesundheitskonferenzen, Arbeitskreis Gesunder Bezirk Mitte und Facharbeitskreise) unter Einbeziehung staatlicher und nichtstaatlicher Akteure sowohl des Gesundheitswesens als

auch der anderen relevanten Ressorts sowie der Bevölkerung und des Selbsthilfesystems.

- Aktive Beteiligung an bestehenden ressortübergreifenden Vernetzungsstrukturen (Stichworte: Soziale Stadt, Jugendhilfeausschuss, u.a.) unter dem Blickwinkel der Einbringung gesundheitsbezogener Aspekte.
- Kontinuierliche breite Information über die gesundheitliche Situation der Bezirksbevölkerung sowie des jeweiligen Sachstands der gesundheitsfördernden Maßnahmen, Projekte und Aktionspläne sowie des Gesundheitszielerreichungsgrades.

Die nachfolgende Tabelle beschreibt einen Vorschlag zur Verfahrensorganisation. Er orientiert sich am Durchlauf eines Zyklus' des „Regelkreises Gesundheitsplanung“. Idealtypisch würde sich am Ende ein neuer Zyklendurchlauf anschließen, die Zyklen könnten sich jedoch bei Bearbeitung unterschiedlicher Themenfelder auch überschneiden – ausreichend Ressourcen für deren Bearbeitung natürlich vorausgesetzt. Die Länge eines Durchlaufs dürfte sinnvollerweise mit minimal 2, eher 3 Jahren zu veranschlagen sein.

Das vorgeschlagene Verfahren bedingt eine gewisse Schematisierung des Gesundheitsförderungsprozesses, dies scheint jedoch notwendig, um die Zuständigkeitsklärung und ressortübergreifende Verbindlichkeit für diesen Prozess sicherzustellen.

## Strukturen

---

<b>Verfahrensschritt</b>	<b>Beteiligte</b>
<b>Aufstellung bezirklicher Gesundheitsziele</b>	
Vorschlag von Themenfeldern für Gesundheitsziele	Gesundheitsberichterstattung, AK Gesunder Bezirk Mitte
Festlegung eines Themenfeldes für Gesundheitsziele	BA
Erarbeitung eines Gesundheitsziele-Vorschlags	Arbeitsgruppe, bestehend aus Fachkräften aus den jeweils betroffenen Fachgebieten von innerhalb und außerhalb des Bezirksamtes sowie Ver-
Bezirkliche Gesundheitskonferenz	Breite Ansprache von Fachkräften sowie Vertretern der Selbsthilfe aus den jeweils betroffenen Fachgebieten und der Bezirkspolitik
Überarbeitung des Gesundheitsziele-Vorschlags	Arbeitsgruppe
Verabschiedung der Gesundheitsziele	AK Gesunder Bezirk Mitte
Beschluss der Gesundheitsziele	BA, BVV

Basis	Ergebnis	Information an
Bezirkliche Daten, gesundheitswissenschaftl. Erkenntnisse, Anregungen der	Empfehlung an das BA	
Gesundheitsberichterstattung, ggf. Gesundheitsziele Land, Bund, ggf. Empfehlungen des AK Gesunder Bezirk	Auftrag zur Erarbeitung eines Vorschlags für Gesundheitsziele	AK Gesunder Bezirk Mitte
BA-Beschluss	1. Vorschlag für Gesundheitsziele	
1. Vorschlag für Gesundheitsziele	Diskussion des Gesundheitsziele-Vorschlags, Empfehlungen zur Änderung, Ergänzung und Priorisierung	
1. Vorschlag für Gesundheitsziele inkl. Empfehlungen der GK	2. Vorschlag für Gesundheitsziele	
2. Vorschlag für Gesundheitsziele	AK-Empfehlung Bezirkliche Gesundheitsziele	
AK-Empfehlung Bezirkliche	Bezirkliche	

<b>Verfahrensschritt</b>	<b>Beteiligte</b>
<b>Aufstellung der Aktionspläne</b>	
Recherche möglicher Aktionsfelder zur Verfolgung der Gesundheitsziele	QPK
Rückmeldung von konkreten Schritten, die innerhalb der Aktionsfelder verfolgt werden können	Angesprochene Akteure, QPK
Verabschiedung des Aktionsplans	BA, BVV
<b>Entwicklung und Koordination von Maßnahmen</b>	
Entwicklung und Koordination von Maßnahmen (inkl. der Beschreibung der angestrebten Maßnahmeziele), Implementierung u.a. im Rahmen der bezirklichen stadtteilbe-	div. Akteure, QPK
<b>Auswertung der durchgeführten Maßnahmen und des Aktionsplans</b>	
Auswertung der durchgeführten Maßnahmen und des Aktionsplans	div. Akteure, QPK, ggf. externe Evaluation AK Gesunder



Basis	Ergebnis	Information an
Bezirkliche Gesundheitsziele	Abgabe von Empfehlungen zu möglichen Aktionsfeldern an die Akteure der betroffenen Ressorts	
Empfehlungen zu den Aktionsfeldern	Entwurf Aktionsplan	
Entwurf Aktionsplan	Aktionsplan	AK Gesunder Bezirk Mitte
Aktionsplan	Konkrete Maßnahmedurchführung	AK Gesunder Bezirk Mitte
Aktionsplan Maßnahmeergebnisse	Empfehlungen zu Weiterführung, Anpassung, Verstetigung der Maßnahmen, zu weiteren notwendigen Schritten sowie zur Realisierung des Aktionsplans	BVV

### **Verzahnung mit Stadtteilbezogenen Verfahren**

Es ist ein erklärtes Ziel des Bezirksamtes, die Entwicklung von Verfahren voranzutreiben, die Planungsschritte ganzheitlich und ressortübergreifend auf Stadtteilebene vornehmen. Sie sollen dazu dienen, auf kleinräumiger Ebene den Besonderheiten der räumlichen, baulichen und demografischen Struktur bei der Infrastrukturplanung gerecht zu werden, die bezirkswerte Ressourcenansiedlung daran zu orientieren und den Bewohnern mehr Einflussnahme auf die Gestaltung ihres Stadtteils einzuräumen. Verglichen mit der Zielsetzung der bestehenden Verfahren der Stadtteil-/(Quartiers-)entwicklung weist die Programmatik der „Gesunden Stadt“ eine erhebliche Kongruenz auf (vgl. „Merkmale einer Gesunden Stadt“, WHO). Die Anliegen der kommunalen Gesundheitsförderung sind daher auf Stadtteilebene in den dort stattfindenden ressortübergreifenden Prozess sinnvoll einzubringen.

Da die Konzeptentwicklung für diese Verfahren bislang noch nicht abgeschlossen ist, kann an dieser Stelle noch keine Aussage über eine die Form der Einbindung von Gesundheitsförderung in diesen Prozess getroffen werden. Die Festlegungen des Aktionsplans dürfen jedoch eine geeignete Mischung aus Verbindlichkeit einerseits sowie Flexibilität andererseits darstellen, um als Schnittstelle zur Einbindung gesundheitsbezogener Anliegen in die Stadtteilverfahren zu dienen.

### **III. Überprüfung von Effektivität und Qualität**

Die Gesundheitsziele sind im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung in größeren Abständen (2 – 3 Jahre) hinsichtlich ihres Realisierungsgrades zu bewerten.

Ebenso hat eine jährliche Überprüfung der Umsetzung und Zielerreichung des Aktionsplans zu erfolgen.

Maßnahmen der Gesundheitsförderung sind bereits zum Zeitpunkt der Konzipierung mit überprüfbaren Zielkriterien zu versehen. Ihre Auswertung (mindestens einmal zum Schluss der Maßnahme) ist obligatorischer Bestandteil der Maßnahme.

Die Maßnahmen sollten darüber hinaus bereits in ihrer Planungsphase nach den zwölf sog. „Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung u.a.) hinsichtlich ihrer Eignung eingeschätzt werden. Maßnahmen, die die Anforderungen (mind. 5 der 12 Kriterien) nicht erfüllen, sollten einzeln zu begründende Ausnahmen bleiben.

# **Kontakt zum „Gesunde-Städte“-Projekt des Bezirks Berlin-Mitte:**

## **Koordination:**

### **Tobias Prey**

Bezirksamt Mitte von Berlin  
Abt. Gesundheit, Personal und Finanzen  
Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination  
Mathilde-Jacob-Platz 1  
13341 Berlin

Tel. 9018 32395  
Fax: 9018 488 32395  
Email: [tobias.prey@ba-mitte.berlin.de](mailto:tobias.prey@ba-mitte.berlin.de)

## **Vertreterin der Initiativen:**

### **Angelika Vahnenbruck**

StadtRand gGmbH  
Selbsthilfe-Kontaktstelle Mitte  
Perleberger Str. 44  
10559 Berlin

Tel.: 394 63 64  
Fax: 394 64 85  
Email: [kontakt@stadtrand-berlin.de](mailto:kontakt@stadtrand-berlin.de)

Stand: September 2014

