

Zusammenfassung

Das Projekt „Gesundheitsscout“ ist eine innovative Intervention in der Lenzsiedlung, einem sozial benachteiligten Quartier in Hamburg-Lokstedt, welche ab August 2009 bis Dezember 2011 durchgeführt worden ist. Der Gesundheitsscout ist eine Person, die sich im Stadtteil aufhält und Kontakt zur Bewohnerschaft der Lenzsiedlung sucht, um sie an die Angebote der gesundheitlichen Versorgung sowie Sport- und Freizeitangebote heranzuführen und weiterhin zu ermitteln, welche Angebote sich die Bewohnerinnen und Bewohner wünschen. Dabei agiert der Gesundheitsscout in einem Netzwerk aus verschiedenen Einrichtungen und Institutionen, um die Nachfrage der Bewohnerschaft weiterleiten und Angebote zeitnah installieren zu können.

Das Projekt „Gesundheitsscout“ wurde durch ein Team verschiedener Akteure („Gesundheitsteam“) begleitet und supervidiert. Unter diesen Akteuren war das Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (IMSG), welches die wissenschaftliche Begleitung übernommen hat und für die Evaluation zuständig war. Die Evaluation, die diese Bachelorarbeit beschreibt, bezieht sich auf die zweite Phase des Projektes (August 2010 bis Dezember 2011), die durch einen Personalwechsel des Gesundheitsscout entstanden ist. Die Evaluation wurde nach Beendigung des Projektes durchgeführt und beinhaltet die Auswertung von Experteninterviews und Dokumenten, die der Gesundheitsscout während seiner Tätigkeit erstellt hat.

Die Ergebnisse zeigen, dass das Konzept des Projektes in der zweiten Phase gut durchführbar war und die Ziele des Konzeptes erreicht werden konnten. Das Gesundheitsteam musste dem Gesundheitsscout zwar selten Hilfestellung leisten, doch ist das Vorhandensein eines solchen Teams bei Projekten in sozial benachteiligten Stadtteilen von großer Bedeutung. Desweiteren hat sich gezeigt, dass es sowohl förderliche als auch hinderliche Faktoren in der Lenzsiedlung und bei der Person des Gesundheitsscouts gab. Das Projekt kann auf andere Quartiere übertragen werden, wobei es an diese angepasst werden muss. Es erfüllt desweiteren ausreichend Kriterien, um in die Good Practice Datenbank aufgenommen zu werden. Das Profil eines „perfekten Gesundheitsscout“ ist ausgearbeitet worden und sollte bei der Auswahl eines neuen Gesundheitsscouts berücksichtigt werden. Insgesamt ist das Projekt „Gesundheitsscout“ ein sehr erfolgreiches und lohnendes Projekt, welches viele Aspekte der Gesundheitsförderung und darüber hinaus der Gemeinwesensarbeit/Sozialarbeit beachtet.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	II
Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	V
Danksagung	VI
1. Einleitung.....	1
1.1 Ziele der Bachelorarbeit.....	1
1.2 Aufbau der Bachelorarbeit	1
2. Sozial benachteiligte Quartiere	3
2.1 Entstehung und Merkmale benachteiligter Quartiere	3
2.2 Die Lenzsiedlung Hamburg-Lokstedt.....	4
3. Gesundheitsförderung in benachteiligten Quartieren	8
3.1 Gesundheitliche Ungleichheit	8
3.2 Prävention und Gesundheitsförderung.....	10
3.3 Quartiersentwicklung und Gesundheitsförderung in der Lenzsiedlung.....	13
3.4 Präventionsprogramm „Lenzgesund“	14
4. Der Gesundheitsscout	17
4.1 Entstehung des Projektes.....	17
4.2 Das Konzept.....	17
4.3 Ziele des Projektes.....	18
4.4 Ablauf des Projektes	19
5. Evaluation.....	21
5.1 Ziele und Funktionen einer Evaluation.....	21
5.1.1 Zielsetzung und Fragestellung der Evaluation.....	22
5.1.2 Rahmenbedingungen der Evaluation	23
5.2 Qualitative Evaluation.....	23
5.3 Gütekriterien.....	23
5.4 Methodenbeschreibung	25
5.4.1 Experteninterviews	25

5.4.2	Logbücher	29
5.4.3	Protokolle des Gesundheitsteams	29
5.5	Methodenkritik	30
6.	Ergebnisse.....	32
6.1	Das Konzept.....	32
6.2	Die Rolle des Gesundheitsteams	35
6.3	Zielerreichung.....	37
6.4	Durchführung des Projektes	40
6.4.1	Lotsenfunktion des Gesundheitsscouts.....	40
6.4.2	Förderliche und Hinderliche Faktoren	40
6.4.3	Übertragbarkeit/ Transfer	43
6.4.4	Qualifizierung für die Good Peactice Datenbank.....	44
6.4.5	Profil eines perfekten Gesundheitsscouts	49
7.	Handlungsempfehlungen und Fazit.....	53
	Literaturverzeichnis.....	VII
	Anhangsverzeichnis.....	XII

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anteil der Bewohner/innen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung in Prozent in 2010	5
Abbildung 2: Anteil Alleinerziehender an Gesamtbevölkerung in Prozent in 2010.....	6
Abbildung 3: Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit	9

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Altersstruktur der Bevölkerung nach Altersgruppen in Prozent in 2010.....	4
Tabelle 2: Sozialleistungsbezug nach SGB II und SGB III der Bevölkerung zwischen 15 und 65 Jahren in Prozent in 2010.....	6
Tabelle 3: Förderliche und hinderliche Faktoren des Gesundheitsscouts in der zweiten Phase des Projektes.....	41
Tabelle 4: Förderliche und hinderliche Faktoren in der Lenzsiedlung	42

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei Menschen bedanken, die mich bei der Durchführung und der Erstellung dieser Bachelorarbeit unterstützt haben.

Besonderer Dank gilt Dipl. Soz. Waldemar Süß vom Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (IMSG) sowie Dipl. Gesundheitswirtin Karin Wolf, die mich stets begleitet haben und mir bei Fragen und Problemen Lösungswege aufzeigen konnten.

Weiterhin möchte ich mich bei Prof. Christiane Deneke bedanken, die mir sowohl als Praktikumsbetreuerin sowie als Gutachterin dieser Arbeit zur Seite stand.

Ein großer Dank gilt außerdem allen, die an der Durchführung der Evaluation beteiligt waren und sich dafür Zeit genommen haben. Besonders zu nennen sind die Expertinnen und Experten des Gesundheitsteams und der Gesundheitsscout.

Abschließend möchte ich mich bei meinem Familien- und Freundeskreis für die jahrelange Unterstützung bedanken.

1. Einleitung

Die vorliegende Bachelorarbeit beschreibt die Evaluation eines innovativen Projektes namens „Gesundheitsscout“ in der Lenzsiedlung, einem Quartier in Hamburg-Lokstedt. Im Mittelpunkt des Projektes steht eine Person, der Gesundheitsscout, welche im Quartier den Kontakt zu Bewohnerinnen und Bewohnern sucht, um sie zum einen an die Angebote der gesundheitlichen Versorgung heranzuführen und zum anderen sie nach ihren Wünschen zu fragen, damit neue Angebote entstehen können, die die Nachfrage im Quartier widerspiegeln. Das Projekt startete im August 2009 und endete im Dezember 2011. Es liegt bereits eine Evaluation in Form einer Bachelorarbeit (vgl. Jansen, 2011) vor, dabei bezog sich die Autorin auf den Zeitraum von August 2009 bis Juli 2010. Im August 2010 gab es einen Personalwechsel, ein neuer Gesundheitsscout wurde in der Lenzsiedlung tätig. Die vorliegende Bachelorarbeit setzt an dieser zweiten Phase an und hat den Zeitraum von August 2010 bis Dezember 2011 im Fokus.

1.1 Ziele der Bachelorarbeit

Die vorliegende Bachelorarbeit beschreibt das Projekt „Gesundheitsscout“ und die Evaluation der zweiten Phase des Projektes. Dabei werden folgende Ziele verfolgt:

- Das Projekt soll insgesamt bewertet werden, das Konzept und die Durchführung untersucht werden. Abschließend sollen Handlungsempfehlungen gegeben werden.
- Es soll untersucht werden, ob und welche Ziele, die im Konzept niedergeschrieben sind, erreicht werden konnten und welche Veränderungen durch das Projekt im Quartier entstanden sind.

1.2 Aufbau der Bachelorarbeit

Die vorliegende Bachelorarbeit ist in sieben Kapitel gegliedert. Nach einer kurzen Einleitung folgt ein Kapitel über sozial benachteiligte Quartiere, über ihre Entstehung und Merkmale. Die Lenzsiedlung wird beschrieben und es wird untersucht, ob die Lenzsiedlung die Merkmale eines sozial benachteiligten Quartiers aufweist. Darauf aufbauend werden im nächsten Kapitel das Konzept und die Methoden der Gesundheitsförderung beschrieben. Eine Chronik der Gesundheitsförderung und

Quartiersentwicklung in der Lenzsiedlung wird vorgestellt, das Präventionsprogramm „Lenzgesund- Vernetze Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und die ersten Lebensjahre“ wird näher beschrieben. Im vierten Kapitel wird das Projekt „Gesundheitsscout“ ausführlich vorgestellt. Anschließend folgt ein Kapitel über die Evaluation des Projektes. Im Mittelpunkt steht die Methodik, die angewandt worden ist. Es handelt sich um eine qualitative Evaluation, bei der Experteninterviews und vom Gesundheitsscout verfasste Dokumente ausgewertet werden. Im sechsten Kapitel werden die Ergebnisse der qualitativen Evaluation vorgestellt, die sich auf das Konzept, die Rolle des Gesundheitsteams, die Zielerreichung und die praktische Durchführung konzentrieren. Es wird weiterhin überprüft, ob das Projekt Kriterien der Good Practice Datenbank erfüllen kann, um als Good Practice Projekt gelten zu können. Das siebte Kapitel stellt Handlungsempfehlungen für eine zukünftige Durchführung des Projektes vor und schließt die Bachelorarbeit mit einem Fazit ab.

2. Sozial benachteiligte Quartiere

Als sozial benachteiligte Quartiere werden jene bezeichnet, in denen sozio-ökonomisch schwächere Menschen wohnen (vgl. Böhme und Reimann, 2012, S. 199-209). Der folgende Erklärungsansatz beschreibt, wie diese Quartiere entstanden sind und welche Merkmale sie aufweisen. Im Anschluss wird anhand dieser Merkmale die Lenzsiedlung, das Quartier in dem das Projekt „Gesundheitsscout“ stattgefunden hat, beschrieben.

2.1 Entstehung und Merkmale benachteiligter Quartiere

Besonders in den 70er Jahren, in der Zeit als zunehmend Gastarbeiter aus verschiedenen Ländern der Welt nach Deutschland kamen, begann die ethnisch-kulturelle Vermischung in den deutschen Städten. Schon nach wenigen Jahren entstand aufgrund der verschiedenen Kulturen und der unterschiedlichen sozialen Verhältnisse sozialräumliche Segregation, also *„die Projektion sozialer Struktur auf den Raum“* (Häußermann und Siebel, 2001, S. 68–79).

Mitverantwortlich für die Segregation war außerdem die Bauweise der siebziger Jahre, die durch das Leitbild *„Urbanität durch Dichte“* gezeichnet ist. Dieses Leitbild entstand aufgrund des gestiegenen Wohlstands der Menschen und somit der Nachfrage nach mehr Wohnraum in den Städten. Verschiedene Nutzungsmöglichkeiten, wie Einkaufen, wurden beim Bau kaum bedacht, da davon ausgegangen worden ist, dass die Menschen mobil genug wären, um zum Beispiel mit dem Auto an einem anderen Ort einzukaufen. In den Großwohnsiedlungen (u.a. die Lenzsiedlung) wurden außerdem überwiegend Sozialwohnungen erbaut. Da diese von der Gesellschaft nicht so akzeptiert worden sind, wie zu Anfang erhofft, entwickelten sie sich innerhalb weniger Jahre zu Quartieren, in die auch aus bezugspolitischen Gründen eher sozial Benachteiligte einziehen mussten (vgl. Fürst, Himmelbach und Potz 1999, S. 49-53).

Die Hansestadt Hamburg ist, wie viele andere Großstädte, gezeichnet von der sozialräumlichen Segregation. Die Menschen, die über ein hohes Einkommen verfügen ziehen in Stadtteile, die gut ausgestattet und deswegen durch höhere Mieten gekennzeichnet sind. Menschen, die ein eher niedriges Einkommen haben, ziehen zwangsläufig in Stadtteile, in denen die Mieten relativ niedrig sind. So bilden sich mit der Zeit Quartiere, die bestimmte Merkmale aufweisen. Ein markantes Merk-

mal ist- wie schon erwähnt- ein großer Anteil an Bewohnerinnen und Bewohner, die über ein niedriges Einkommen verfügen. Weitere Merkmale der sozial benachteiligter Quartiere sind ein hoher Anteil an Personen, die arbeitslos sind und Sozialleistungen beziehen, ein hoher Anteil an Migranten sowie ein hoher Anteil von Kindern und Jugendlichen im Quartier und darüber hinaus ein erhöhter Anteil an Alleinerziehenden (vgl. Böhme und Reimann, 2012, S. 199-209).

Im Folgenden wird die Lenzsiedlung beschrieben, ein Quartier im Hamburger Bezirk Eimsbüttel. Dabei wird besonders die Sozialstruktur beleuchtet.

2.2 Die Lenzsiedlung Hamburg-Lokstedt

Die Lenzsiedlung ist ein Quartier im Hamburger Stadtteil Lokstedt (Bezirk Eimsbüttel). Das 7,4 Hektar große Quartier entstand in den Jahren zwischen 1975 und 1978 nach dem Leitbild „Urbanität durch Dichte“. Der Bau der Siedlung wurde staatlich gefördert und gehört zum sozialen Wohnungsbau. Es entstanden 980 Sozialwohnungen in dem Quartier (vgl. Mantell, 2007, S. 4).

In der Lenzsiedlung lebten im Jahr 2010 ca. 3.040 Menschen. In Relation zur Fläche, ist die Lenzsiedlung das am dichtesten besiedelte Quartier in Hamburg (vgl. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2010). Die Bewohnerinnen und Bewohner der Lenzsiedlung weisen verschiedene Merkmale auf, die sie von Bewohnerinnen und Bewohnern aus dem übrigen Stadtteil Lokstedt, dem Bezirk Eimsbüttel und der Hansestadt Hamburg unterscheiden. Der nachfolgenden Tabelle ist zu entnehmen, dass unter den Bewohnerinnen und Bewohnern im Vergleich ein hoher Anteil an Kindern und Jugendlichen lebt. Der Anteil der 0- bis 18-Jährigen war 2010 mit 27,4% fast doppelt so hoch wie in den Vergleichsgebieten.

Tabelle 1: Altersstruktur der Bevölkerung nach Altersgruppen in Prozent in 2010

	Lenzsiedlung	Lokstedt	Bezirk Eimsbüttel	Hamburg
0 bis unter 18	27,4%	14,8%	14,2%	15,6%
18 bis unter 65	60,3%	63,2%	66,4%	65,2%
65 und älter	12,3%	22%	19,4%	19,2%

Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2010; eigene Berechnungen Anhang 1

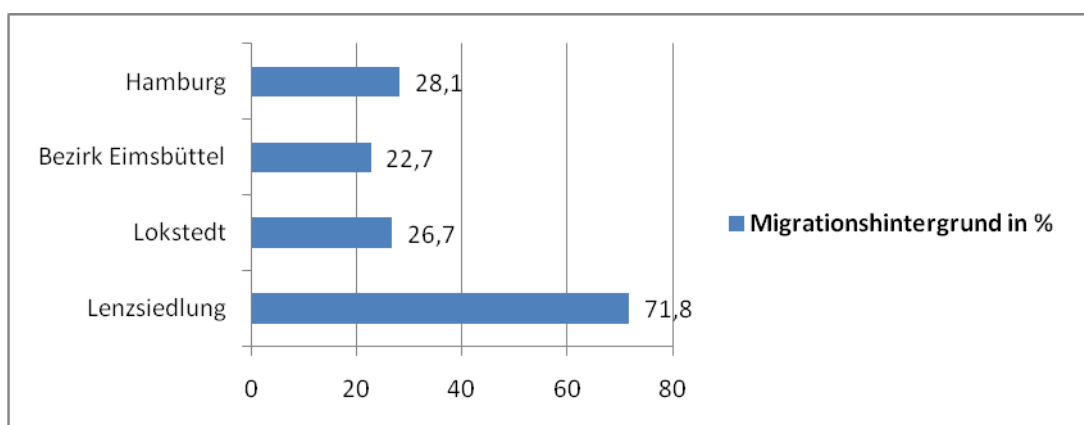
Der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner, die nach dem deutschen Grundgesetz Artikel 116 Absatz 1 als Ausländer definiert werden und demzufolge keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, lag 2010 bei 37,2% an der Gesamtbevölkerung und war somit ca. dreimal so hoch wie im Stadtteil Lokstedt (13,1%), dem Bezirk Eimsbüttel (10,6%) und Hamburg (13,6%) (vgl. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2010).

Der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner, die einen Migrationshintergrund haben, ist deutlich höher. Um den Migrationshintergrund ermitteln zu können, wurden Kategorien entwickelt. Für eine Person mit Migrationshintergrund trifft eine der folgenden Kategorien zu (vgl. Statistisches Bundesamt, 2011, S.385):

- zugewanderte Ausländer der ersten Generation, die keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzen und im Ausland geboren sind
- sowie nicht zugewanderte Ausländer, die in Deutschland geboren sind, aber keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzen (Kinder der ersten Generation)
- zugewanderte Spätaussiedler oder Eingebürgerte, die die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, aber im Ausland geboren sind sowie deren Kinder, die in Deutschland geboren sind

Der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner, für die eine dieser Kategorien zutrifft, lag 2010 in der Lenzsiedlung bei 71,8% und war somit deutlich höher als in den anderen Gebieten, wie folgende Abbildung zeigt:

Abbildung 1: Anteil der Bewohner/innen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung in Prozent in 2010



Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2010

Ein wichtiges Untersuchungsmerkmal einer Bevölkerungsstruktur ist der Anteil an Bewohnerinnen und Bewohnern, die Sozialleistungen nach SGB II und III beziehen. Der Anteil an Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern nach SGB II, aber auch nach SGB III, im Alter zwischen 15 und 65 Jahren war im Jahr 2010 in der Lenzsiedlung höher als in den anderen Gebieten (siehe Tabelle 2).

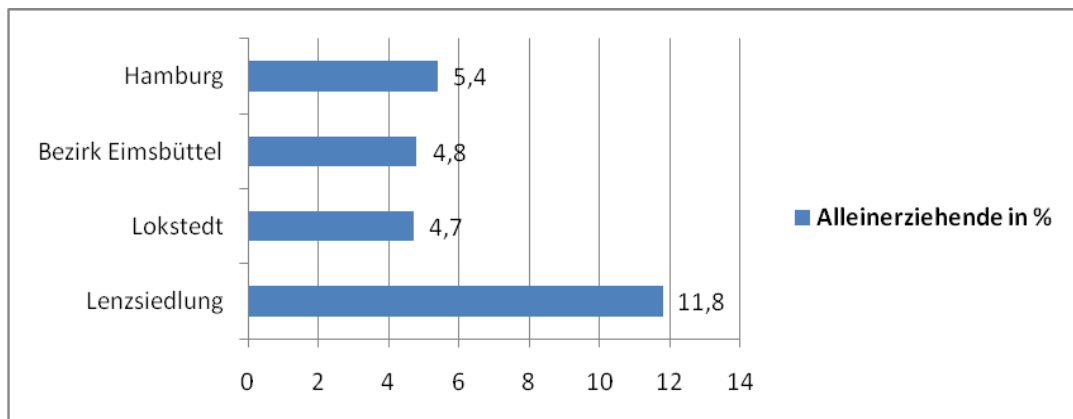
Tabelle 2: Sozialleistungsbezug nach SGB II und SGB III der Bevölkerung zwischen 15 und 65 Jahren in Prozent in 2010

	Lenzsiedlung	Lokstedt	Bezirk Eimsbüttel	Hamburg
Leistungsempfänger/innen nach SGB II	7,5%	2,4%	2,5%	5%
Leistungsempfänger/innen nach SGB III	2,2%	1,9%	1,9%	1,5%

Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2010

Ein weiteres wichtiges Merkmal der Bewohnerschaft der Lenzsiedlung ist, dass ein erhöhter Anteil an Alleinerziehenden im Quartier lebt. Prozentual lebten 2010 ca. doppelt so viele Alleinerziehende in der Lenzsiedlung wie im Stadtteil Lokstedt (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: Anteil Alleinerziehender an Gesamtbevölkerung in Prozent in 2010



Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2010

Lediglich zu dem Einkommen der Bewohnerinnen und Bewohner lässt sich keine aktuelle Aussage machen. Anhand der vorgestellten Daten kann davon ausgegangen werden, dass das Einkommen relativ gering ist.

Die Lenzsiedlung kann- den zuvor in Kapitel 2.1 vorgestellten Merkmalen nach zu urteilen- als ein sozial benachteiligtes Quartier bezeichnet werden kann.

Allerdings werden seit Jahren verschiedene Programme und Projekte durchgeführt, die zur „Aufwertung des Quartiers“ beitragen sollen. Diese Entwicklung wird im folgenden Kapitel dargestellt.

3. Gesundheitsförderung in benachteiligten Quartieren

Die Bewohnerinnen und Bewohner sozial benachteiligter Quartiere sind nicht nur sozial sondern auch gesundheitlich benachteiligt (vgl. Mielck, 2003, S. 10 -19). Das Konzept der Gesundheitsförderung wirkt der sozialen und gesundheitlichen Benachteiligung durch verschiedene Ansätze entgegen. Ein etablierter Ansatz ist der Settingansatz¹.

3.1 Gesundheitliche Ungleichheit

Ausgehend von den zuvor vorgestellten Daten lässt sich zusammenfassend anmerken, dass die Segregation im Stadtteil Lokstedt dazu geführt hat, dass in der Lenzsiedlung die typischen *„sozialen, ökonomischen ... Probleme“* (Böhme und Reimann, 2012, S. 199-209) aufgetreten sind.

Dass Bewohnerinnen und Bewohner solcher Quartiere darüber hinaus schlechtere Chancen auf Gesundheit haben, wurde in vielen Studien bereits belegt. Zum Beispiel zeigten Mackenbach et al. (2008, S. 2468-2481), dass die Todesraten in Bevölkerungsgruppen mit niedrigerem sozioökonomischem Status höher sind, und dass diese ihre Gesundheit deutlich schlechter einschätzen als Bevölkerungsgruppen mit einem höheren sozioökonomischen Status.

Waller (2006, S.90) beschreibt die wichtigsten Erkenntnisse der Forschung zusammenfassend wie folgt:

- *„Die unteren Sozialschichten sind- in allen Altersklassen- gesundheitlich benachteiligt (das gilt für fast alle wichtigen Erkrankungen).*
- *Während die Lebenserwartung in den oberen Sozialschichten zugenommen hat, ist sie in den unteren Sozialschichten gleich geblieben oder hat sich sogar verringert.*

¹ Als Settings gelten *„Lebensbereiche, in denen die Menschen regelmäßig einen großen Teil ihrer Lebenszeit verbringen“* (Franzkowiak, 2011, S. 4).

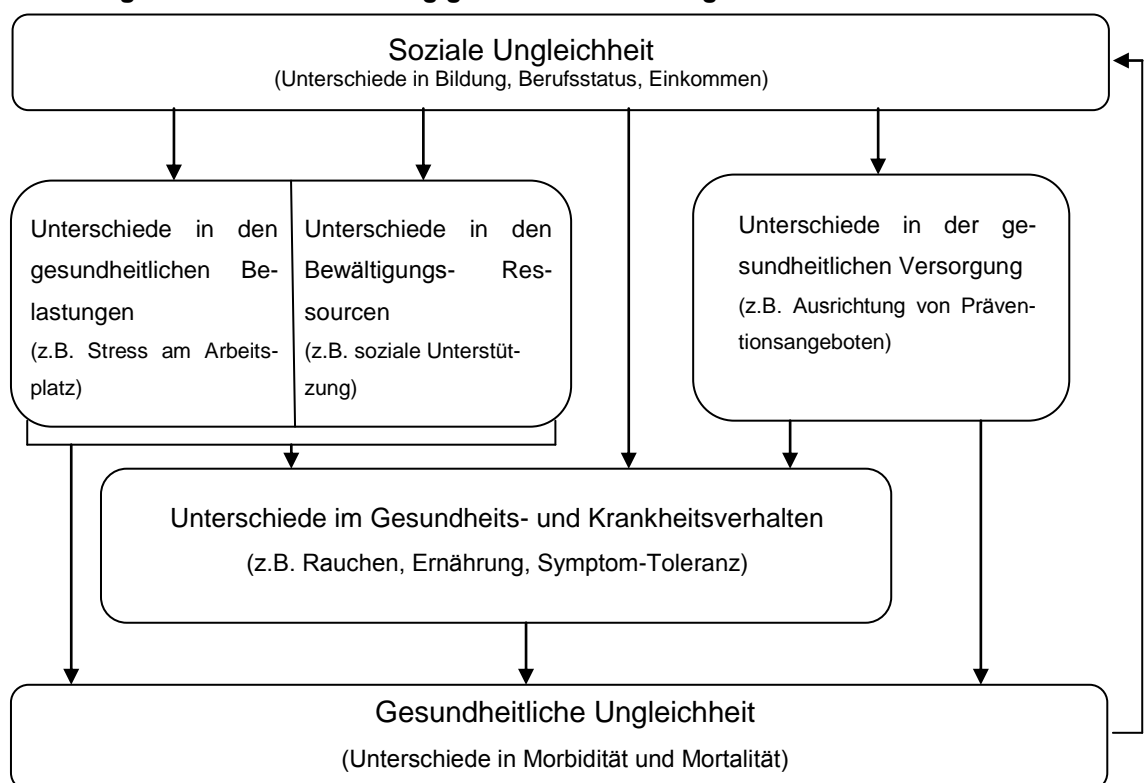
- *Angehörige unterer Sozialschichten nutzen die Gesundheitsdienste im Verhältnis zu ihren größeren Gesundheitsproblemen seltener.“*

Es besteht demzufolge ein Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit, folglich wird von „*Gesundheitlicher Ungleichheit*“ gesprochen (vgl. Mielck, 2003, S. 10-19).

Zur Erklärung dieser Situation existieren verschiedene Ansätze. Das grundlegende Ergebnis vieler Studien ist, dass zum einen Ressourcen, Faktoren, die Menschen gesund erhalten, und zum anderen Belastungen und Risiken ungleich verteilt sind, sodass Menschen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status meist über weniger Ressourcen verfügen und mehr Belastungen bewältigen müssen als Menschen mit einem höheren sozioökonomischen Status (vgl. Richter und Hurrelmann, 2006, S. 11-31).

Zur Veranschaulichung soll die folgende Abbildung dienen:

Abbildung 3: Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit



Quelle: Mielck, 2000 (auf Basis von Elkeles und Mielck, 1997)

Das Modell macht darüber hinaus deutlich, dass verschiedene Faktoren für die gesundheitliche Ungleichheit verantwortlich sind, es besteht demzufolge eine Multikausalität. Wichtige Einflussfaktoren auf die Gesundheit- Determinanten der Ge-

sundheit- sind zwangsläufig unter anderem das Einkommen, das Geschlecht, die Bildung, aber auch die Wohnverhältnisse (vgl. Waller, 2006, 36).

Mit den Methoden der Prävention und Gesundheitsförderung- werden im folgenden Kapitel vorgestellt- wird versucht an verschiedenen Determinanten der Gesundheit anzusetzen, mit dem Ziel, das Verhalten der Menschen und Verhältnisse, in denen sie leben, zu verändern, um der gesundheitlichen Ungleichheit entgegenzuwirken.

3.2 Prävention und Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung und Prävention sind zwei verschiedene Strategien, die das gleiche Ziel verfolgen. Menschen sollen gesund erhalten werden. Gesundheitsförderung konzentriert sich auf „*die Erhaltung und Stärkung der Ressourcen der Gesundheit*“, Prävention dagegen auf „*die Minimierung von Risiken für Gesundheit*“ (Waller, 2006, 156). Eine Trennung beider Strategien ist nicht immer möglich und sinnvoll. Nichtsdestotrotz soll der Fokus zunächst auf Gesundheitsförderung liegen.

Die Prinzipien der Gesundheitsförderung stellen Franzkowiak und Sabo (1993, S. 24) wie folgt vor:

1. *„Gesundheitsförderung umfasst die gesamte Bevölkerung in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen und nicht ausschließlich spezifische Risikogruppen.*
2. *Gesundheitsförderung zielt darauf ab, die Bedingungen und Ursachen von Gesundheit zu beeinflussen.*
3. *Gesundheitsförderung verbindet unterschiedliche, aber einander ergänzende Maßnahmen oder Ansätze.*
4. *Gesundheitsförderung bemüht sich besonders um eine konkrete und wirkungsvolle Beteiligung der Öffentlichkeit.*
5. *Gesundheitsförderung ist primär eine Aufgabe im Gesundheits- und Sozialbereich und keine medizinische Dienstleistung.“*

Besonders in den letzten Jahrzehnten haben verschieden Wissenschaftler versucht Maßnahmen zu entwickeln, um die gesundheitliche Ungleichheit zu reduzie-

ren. Vor allem seit der „Ottawa-Charta“ von 1986 ist Gesundheitsförderung als ein wichtiges Konzept anzusehen. Das vordergründige Ziel ist, die Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit (vgl. Mielck, 2002, S. 45-63). Zwei Möglichkeiten dieses Ziel zu erreichen, nennen Richter und Hurrelmann (2006, S. 11-31):

Zum einen gilt es die „*Verringerung sozialer Ungleichheit*“ herbeizuführen, zum anderen eine „*Verringerung von Unterschieden in den intermediären Einflussfaktoren gesundheitlicher Ungleichheit*“ zu erreichen. Die erste Möglichkeit richtet sich darauf, dass jeder den gleichen Zugang zur Bildung bekommen, einen guten Berufsstatus erreichen und somit die gleichen Chancen auf Einkommen haben sollte. Der zweite Ansatz zielt vordergründig auf das Gesundheitsverhalten und die Belastungen ab. Insgesamt müssen die Ursachen für gesundheitliche Ungleichheit beseitigt werden, indem an den Determinanten der Gesundheit angesetzt wird (vgl. Richter und Hurrelmann, 2006, S. 11-31).

Die bisherige Forschung zeigt, dass Prävention und Gesundheitsförderung, die auf einzelne Personen abzielt, nicht so erfolgreich sein kann als ein Ansatz, der auf die gesellschaftlichen Bedingungen und auf Bevölkerungsgruppen abzielt (vgl. Richter und Mielck, 2000, S. 198-215).

In der Gesundheitsförderung ist der Settingansatz weit verbreitet. Der Settingansatz ermöglicht Interventionen, die nicht nur das Gesundheitsverhalten einzelner verändern können, sondern auch die Determinanten und Verhältnisse, die das Verhalten der Menschen beeinflussen (vgl. Franzkowiak, 2011, S.4).

Somit beinhaltet der Settingansatz drei wichtige Aspekte:

- individuelle Ebene
- Strukturbildung
- Partizipation

Auf der individuellen Ebene wird versucht, die Kompetenzen und Ressourcen der Bewohnerinnen und Bewohner zu stärken, zum Beispiel werden Problemlösefähigkeiten beigebracht. Auf der Ebene der Strukturbildung sollen die Rahmenbedingungen, in denen die Menschen leben und arbeiten, verbessert werden. Die letzte Ebene- Partizipation- zielt darauf ab, möglichst viele Bewohnerinnen und Bewohner zu motivieren und zu animieren an den Vorgängen im Quartier teilzuhaben und darüber hinaus mit zu entscheiden (vgl. Franzkowiak, 2011, S. 4).

Das Setting „Quartier“ ermöglicht das Erreichen verschiedener Zielgruppen. Im Vordergrund stehen die Bewohnerinnen und Bewohner des Quartiers. Diese Hauptzielgruppe kann jedoch weiter unterteilt werden, zum Beispiel in Kinder und Jugendliche, oder Frauen und Männer (vgl. Waller, 2006, S. 170). Weiterhin werden zum Beispiel durch eine Verschönerung der Außenräume verschiedene Ziele, wie mehr Bewegungsförderung aber auch mehr Kontakte zwischen den Menschen, erreicht. Allerdings kann der Stadtteil als Setting auch zu Problemen führen, denn ein Stadtteil ist sehr vielfältig und heterogen, sodass die Zusammen- und Kooperationsarbeit sehr schwierig ist und viel Bereitschaft von den Akteuren erfordert (vgl. Böhme und Reimann, 2012, S. 199-209).

Zu einem erfolgreichen Settingansatz in einem Stadtteil gehört eine stadtteilbezogene Gesundheitsberichterstattung, die Probleme, Bedarfe aber auch positive Entwicklungen identifizieren kann. Weiterhin ist eine Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure wichtig, die Ziele und Maßnahmen erarbeiten können, um Gesundheitsförderung im Stadtteil zu integrieren. Es ist vorteilhaft, wenn sich ein Team bildet, das sich zuständig fühlt, und einen Moderator ernennt, der den Überblick behält. Parallel dazu ist die Evaluation wichtig, um Aussagen darüber treffen zu können, wie die Entwicklung im Stadtteil ist, was durch eine Maßnahme bewirkt worden ist und welche Veränderungen weiterhin vorgenommen werden sollten (vgl. Böhme und Reimann, 2012, S. 199-209).

Besonders anzumerken ist, dass beim Settingansatz in Quartieren Methoden der Sozialen Arbeit von besonderer Bedeutung sind. Zwischen Gesundheitsförderung und der Sozialen Arbeit bestehen einige Gemeinsamkeiten. Gesundheitsfördernde soziale Arbeit versucht Menschen in bestimmten Settings zu aktivieren und zu unterstützen mit den Zielen, dass es zu einer Verbesserung der *„Lebensführung und Lebensbewältigung“* kommt und darüber hinaus eine *„Belastungssenkung und Ressourcenstärkung“* trotz der schwierigen Lebensbedingungen erreicht wird. Im Fokus stehen laut Franzkowiak (2011, S. 8) *„Befähigen, Vernetzen und gemeindebezogenes Empowerment durch niedrigschwellige, zielgruppenspezifische Maßnahmen“*. Diese werden für schwer erreichbare Gruppen entwickelt. Eine Vernetzung zwischen den Akteuren der Sozialen Arbeit, den Akteuren des Gesundheitswesens und den Akteure im Quartier wird als förderlich angesehen.

Das folgende Kapitel beschreibt die Quartiersentwicklung in der Lenzsiedlung mit den bisherigen Maßnahmen zur „Aufwertung“ des Quartiers und zur Gesundheitsförderung für die Bewohnerinnen und Bewohner.

3.3 Quartiersentwicklung und Gesundheitsförderung in der Lenzsiedlung

Anfang der Neunziger Jahre (1990-1994) wurde die Lenzsiedlung in das Programm Poverty III der EU als Revitalisierungsgebiet aufgenommen (gefördert wurde ein Projekt im Bezirk Eimsbüttel, mit der Lenzsiedlung als Teil des Projektes). Dieses Programm beschäftigte sich mit der wirtschaftlichen und sozialen Integration. Ziel des Programms war es, Methoden zu entwickeln, um die soziale Ausgrenzung von bestimmten Gruppen der Gesellschaft verhindern zu können und Maßnahmen für die Gruppen, die bereits benachteiligt waren, zu erarbeiten (vgl. Combat Poverty Agency, 2010). Die Aufnahme der Lenzsiedlung in dieses Projekt zeigt, dass die Lenzsiedlung schon vor mehr als 20 Jahren als benachteiligter Stadtteil identifiziert worden ist.

Im Jahr 2000 wurde die Lenzsiedlung in das Hamburger Programm der „Sozialen Stadtteilentwicklung“ (ab 2005 „Aktive Stadtteilentwicklung“) aufgenommen, welches 1998 gestartet ist. Die Lawaetz-Stiftung hat das Quartiersmanagement (Gebietsentwicklung) in der Lenzsiedlung übernommen. Im Rahmen des Programms wurde ein Stadtteilbüro errichtet und ein integriertes Quartiersentwicklungskonzept erarbeitet (vgl. Böhme, 2010, S. 17). Weiterhin wurden baulich-räumliche Projekte durchgeführt, wie das Wandbildprojekt „Wir Alle – eine Welt“ (vgl. Vogt, A., 2005, S. 34).

Anfang 2007 endete das Programm „Aktive Stadtteilentwicklung“. Gleich im Anschluss wurde die Lenzsiedlung zum Nachsorgegebiet (kleineres Budget) erklärt und zu einem Verstetigungsprojekt umgewandelt, sodass das neue Ziel die Weitererhaltung und Manifestierung neugeschaffener und vorhandener Strukturen war. Die Laufzeit wurde bis Februar 2011 festgelegt (vgl. Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt, 2010, S. 211). Im Jahr 2009 beschloss der Senat in Hamburg die „Aktive Stadtteilentwicklung“ durch das „Rahmenprogramm Integrierte Stadtteilentwicklung“ abzulösen. Die Lenzsiedlung gilt innerhalb dieses Programms bis März 2012 als Verstetigungsgebiet (vgl. Stadtportal Hamburg, 2009).

Parallel zur Quartiersentwicklung manifestierte sich die Gesundheitsförderung in der Lenzsiedlung. Das Gesundheitsamt Eimsbüttel ist aktiv tätig geworden. Zunächst versammelte sich 2002 ein allgemeiner Runder Tisch „Gesundheit“ (15 Institutionen) und hat sich zum Thema Gesundheitsförderung in der Lenzsiedlung ausgetauscht. Es wurden verschiedene Projekte initiiert und durchgeführt.

Wie aus den bisher vorgestellten Interventionen zu entnehmen ist, sind sowohl Maßnahmen im Bereich Wohnumfeld (investiv) als auch im Bereich Soziales/Gesundheit (nicht investiv) durchgeführt worden. Es ist demzufolge auf die „typischen“ Probleme eingegangen worden, die zuvor beschrieben wurden (vgl. Böhme und Reimann, 2012, 199-209).

Im Oktober 2003 traf sich der Runde Tisch „Lenzgesund“ zum ersten Mal (20 Einrichtungen). Die Akteure haben sich durch eine Zusammenarbeit die Entstehung neuer Angebote in der Lenzsiedlung erhofft. Verschiedene kleine Projekte starteten und Anfang 2005 wurde das Präventionsprogramm „Lenzgesund- Vernetze Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und die ersten Lebensjahre“ von Seiten des Gesundheitsamtes vorgestellt.

Das Präventionsprogramm, welches wissenschaftlich begleitet worden ist², wird im nächsten Kapitel vorgestellt.

3.4 Präventionsprogramm „Lenzgesund“

Das Präventionsprogramm „Lenzgesund- Vernetze Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und die ersten Lebensjahre“ startete im Januar 2005 und hat folgende Ziele (vgl. Süß, 2006):

- Die gesundheitliche Lage der Bewohnerinnen und Bewohner soll verbessert werden.
- Der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung im Quartier soll erschlossen werden.
- Eine Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure aus Gesundheits-, Sozial- und Gesundheitsförderungsbereich soll entstehen.
- Die Vernetzung soll gefördert sowie eine Verbindung zwischen den Angeboten und dem Bedarf der Bewohnerschaft der Lenzsiedlung soll hergestellt werden.

² Die wissenschaftliche Begleitung erfolgte durch das Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (IMSG) am UKE im Rahmen eines vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Projektes (FKZ: 01 EL 0414).

Als zusätzliches Ziel wird die wissenschaftliche Begleitung durch das IMSG betrachtet. Das IMSG begleitete das Präventionsprogramm im Rahmen des Forschungsprojektes „Langzeit-Evaluation des Präventionsprogramms "Lenz-gesund" und TransferPotenzial eines innovativen Evaluationsinstruments zur Messung von Strukturbildung (Capacity Building)“ (Laufzeit 2009 bis 2012). Besonders im Vordergrund steht bei diesem Forschungsprojekt die Erprobung und Bewertung des vom IMSG entwickelten Erhebungsinstrumentes KEQ³ und die Weiterentwicklung der quartiersbezogenen Gesundheitsberichterstattung.

Das Handlungskonzept des Präventionsprogramms beinhaltet sieben Handlungsfelder mit zusätzlich zwei Querschnittsaufgaben, die durch die Handlungsfelder abgedeckt werden sollen (vgl. Kohler et al., 2007).

Handlungsfelder:

1. Geburtsvorbereitung
2. Schwangerschaft/Elternschaft Minderjähriger (Angebote für Jugendliche)
3. Versorgung nach der Geburt und im ersten Lebensjahr
4. Impfen
5. Frühe Hilfen, Frühförderung, Sprachförderung
6. Zahngesundheit
7. Ernährung, Bewegung, Sucht

Querschnittsaufgaben für alle Handlungsfelder:

- Erziehungs- und Gesundheitskompetenz der Eltern
- Gewaltprävention

Das Präventionsprogramm „Lenzgesund“ wurde in die Good Practice Datenbank aufgenommen. Diese Datenbank stellt zwölf Kriterien vor, die Projekte in der

³ Das Instrument „Kapazitätsentwicklung im Quartier“ beinhaltet einen Fragebogen mit fünf Dimensionen: Bürgerbeteiligung, Lokale Führung, Vorhandene Ressourcen, Vernetzung und Kooperation und Gesundheitsversorgung. Dieser wird von verschiedenen Akteuren und Bewohnerinnen und Bewohnern ausgefüllt.

Gesundheitsförderung möglichst erfüllen sollten⁴. Als besonders gut erfüllte Kriterien gelten (vgl. Gesundheitliche Chancengleichheit, 2007):

- Settingansatz⁵: die Lenzsiedlung als benachteiligtes Quartier
- Dokumentation und Evaluation: Dokumentation durch den Gesundheitsscout; Evaluation durch die wissenschaftliche Begleitung
- Integriertes Handlungskonzept/ Vernetzung: der Runde Tische „Lenzgesund“

Der Runde Tisch „Lenzgesund“- welcher in dem Kapitel zuvor vorgestellt worden ist- gilt als ein Vernetzungsgremium innerhalb des Präventionsprogramms „Lenzgesund“. Themen können diskutiert und Informationen weitergetragen werden. Zusätzlich ist im Jahr 2010 ein Gesundheitsteam entstanden, welches sich ca. einmal monatlich getroffen hat. Dieses Gesundheitsteam bestand aus einem Mitglied des Praxispartners Gesundheitsamt Eimsbüttel (kommunales Gesundheitsförderungsmanagement), einer Mitarbeiterin des Vereins Lenzsiedlung, einer Mitarbeiterin des Rauhen Hauses, wissenschaftlichen Mitarbeitern aus dem Forschungsprojekt und dem Gesundheitsscout. Gegründet wurde das Gesundheitsteam, um Einzelinterventionen umzusetzen und weiterzuentwickeln.

Einzelinterventionen des Gesundheitsteams waren insbesondere:

- Der Gesundheitsscout
- Das psychomotorische Bewegungsangebot
- Sprachförderung als Gesundheitsförderung
- Der Baby-Führerschein

Im folgenden Kapitel wird das Projekt „Gesundheitsscout“ beschrieben, welches im Mittelpunkt dieser Bachelorarbeit steht und evaluiert worden ist.

⁴ Die Good Practice Kriterien wurden 2003 von der Arbeitsgruppe „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) verfasst, um einen Bewertungsmaßstab für Projekte zu haben (vgl. BZgA, 2011, S. 13-16).

⁵ Der Settingansatz, in dem das Präventionsprogramm stattfindet, erfüllt die in Kapitel 3.2 von Böhme und Reimann (2012, S. 199-209) beschriebenen Maßnahmen, die für einen erfolgreichen Settingansatz nötig sind. Abgleich siehe Anhang I auf der beigefügten CD

4. Der Gesundheitsscout

Das Projekt „Gesundheitsscout“ ist eine Einzelintervention des Präventionsprogramms „Lenzgesund“. Dieses Projekt war für den Zeitraum von August 2009 bis Dezember 2011 angesetzt. Die erste Hälfte des Projektes wurde bereits evaluiert (vgl. Jansen, 2011), aus diesem Grund bezieht sich diese Bachelorarbeit auf die zweite Phase, die den Zeitraum von August 2010 bis Dezember 2011 umschließt. Entstanden ist die zweite Phase durch einen Personalwechsel.

4.1 Entstehung des Projektes

Verschiedene Beobachtungen haben ergeben, dass die Bewohnerinnen und Bewohner der Lenzsiedlung über einen schlechteren Gesundheitszustand verfügen als Bewohnerinnen und Bewohner anderer Quartiere und dass es zudem an Informationen über bestehende Angebote der gesundheitlichen Versorgung mangelt (vgl. Mossakowski et al., 2006). Ein Gesundheitsmanagement, das vor Ort tätig ist, wurde als notwendig empfunden, jedoch fehlten die finanziellen Mittel. Finanzierbar war aber eine Person, die sich wöchentlich einige Stunden in der Lenzsiedlung aufhält und eine Lotsenfunktion übernimmt. Diese Person sollte Bewohnerinnen und Bewohner in der Lenzsiedlung beraten und sie in gesundheitlichen Fragen unterstützen. Mögliche Lücken zwischen Angebot und Nachfrage sollten geschlossen werden. Auf diese Weise entstand die Projektidee für den Gesundheitsscout, der wie der Name deutlich macht, als eine Art „Pfadfinder“ oder „Aufklärer“ fungieren soll.

4.2 Das Konzept

Das Projekt „Gesundheitsscout“ ist ein innovatives Projekt, da es eine Art Pilotenversuch in der Lenzsiedlung darstellt. Die Zielgruppe des Projektes sind die Bewohnerinnen und Bewohner der Lenzsiedlung. Der innovative Charakter zeichnet sich dadurch aus, dass versucht wird, neue Zugänge zur Bewohnerschaft der Lenzsiedlung zu bekommen und auf eine neue Weise die Gesundheitsförderung im Quartier stärker zu etablieren. Der Gesundheitsscout soll eine niedrigschwellige Arbeitsweise haben, das bedeutet, dass die Bewohnerschaft einen ganz leichten Zugang zu ihm haben soll, denn er soll Vorort tätig und auf verschiedene Weise erreichbar sein. Darüber hinaus soll er selbst den Kontakt zu der Bewohnerschaft der Lenzsiedlung suchen.

Das Konzept setzt voraus, dass den Bewohnerinnen und Bewohnern der Lenzsiedlung klar ist, was der Gesundheitsscout ist (Transparenz) und dass der Gesundheitsscout von der Bewohnerschaft akzeptiert wird, damit die Arbeit erfolgreich ausgeführt werden kann.

Das Projekt soll im Rahmen des Settingansatzes stattfinden, wobei die drei wichtigen Aspekte, die von Franzkowiak (2011, S. 4) in Kapitel 3.2 zitiert werden, berücksichtigt werden:

- Auf der individuellen Ebene soll der Gesundheitsscout im persönlichen Kontakt mit den Bewohnerinnen und Bewohnern (durch Gespräche und Hilfestellungen) versuchen ihre Kompetenzen und Ressourcen zu stärken.
- Das Projekt soll zur Strukturbildung beitragen, indem versucht wird durch die Kommunikation zu den Bewohnerinnen und Bewohnern der Lenzsiedlung und durch Kooperationen zu verschiedenen Einrichtungen die Rahmenbedingungen zu verändern. Die Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner sollen bei der Entwicklung neuer Angebote (Strukturen) berücksichtigt werden.
- Die Partizipation der Bewohnerinnen und Bewohner der Lenzsiedlung soll stärker aktiviert werden. Zum einen sollen sie sich auf der gesundheitlichen Ebene stärker motivieren lassen, die Angebote der medizinischen Einrichtungen wahrzunehmen, zum anderen bereit sein an Freizeitangeboten, die letztendlich positiv für ihre Gesundheit sind, teilzuhaben und mit zu entscheiden.

Das Konzept des Gesundheitsscouts ist ein dynamisches Konzept, in welchem zwar Aufgaben und Ziele definiert sind. Es ist jedoch möglich, dass diese sich im Laufe des Projektes verändert haben.

4.3 Ziele des Projektes

Das Gesundheitsteam, welches die Supervision während des Projektes übernehmen sollte, erarbeitete Ziele, die durch das Projekt erfüllt werden sollen. Der Gesundheitsscout soll...

- ...aufklären und Informationen über gesundheitliche Leistungen, Angebote und Dienste geben können.

- ...herausfinden können, wo es Defizite in der Versorgung gibt und darüber hinaus, welche Wünsche die Bewohner haben, was ihnen im Quartier fehlt.
- ...Bewohnern Unterstützung geben bei der Inanspruchnahme von Angeboten sowie bei Problemen.
- ...einzelne Familien, die Unterstützungsbedarf haben, begleiten.
- ...die Bewohner über seine Existenz informieren, damit dieses Angebot möglichst genutzt wird.
- ...bestehende Angebote aufsuchen mit dem Teilziel, Gesundheitsthemen zu integrieren.
- ...dazu beitragen, dass bestehenden Angebote und neue Angebote weiterentwickelt werden und dass die Partizipation zunimmt.
- ...eine Telefonsprechstunde einführen.

Von diesen Zielen abgeleitet, sind Aufgaben für den Gesundheitsscout definiert worden. Zusammengefasst sind die Aufgaben des Gesundheitsscouts den Bewohnerinnen und Bewohnern Zugangsmöglichkeiten zu Angeboten und Lösungswege für Probleme aufzuzeigen und durch seine Tätigkeit die Vernetzung und Strukturbildung im Quartier zu fördern. Außerdem motiviert der Gesundheitsscout die Bewohnerinnen und Bewohner zur Nutzung der bestehenden Angebote und zeigt den ortansässigen Multiplikatoren Versorgungslücken auf.

Eine weitere wichtige formelle Aufgabe des Gesundheitsscouts ist die Dokumentation seiner Tätigkeiten. Der Gesundheitsscout verfasst Logbücher, in denen alle Tätigkeiten aufgeführt sind. Er erstellt Kurzdokumentationen zu bestimmten Veranstaltungen sowie Tätigkeitsberichte. Nach Beendigung des Projektes verfasst der Gesundheitsscout außerdem einen Abschlussbericht (konkrete Aufgaben im Anhang 2).

4.4 Ablauf des Projektes

Der Gesundheitsscout musste sich am Anfang des Projektes einarbeiten und recherchieren, um sich über die Strukturen und Angebote, die in der Lenzsiedlung bereits bestanden haben, zu informieren. Darüber hinaus musste sich der Gesundheitsscout intensiv mit dem Thema Gesundheitsförderung auseinandersetzen. Da der neue Gesundheitsscout bereits 2007 beim Verein Lenzsiedlung ein Praktikum absolviert hat und zweimal das Nachbarschaftsfest koordiniert hat, konnte diese erste Einarbeitungsphase schnell erfolgen. Zu Beginn seiner Tätig-

keit war der neue Gesundheitsscout mit der Lenzsiedlung vertraut und bei einigen Bewohnern bereits bekannt. Bei Anbietern sämtlicher Angebote und auch bei Ärzten und anderen Akteuren der gesundheitlichen Versorgung, die für die Lenzsiedlung zuständig sind, musste sich der Gesundheitsscout aber erst vorstellen. Darüber hinaus hielt er sich in der Lenzsiedlung auf, um weiteren Kontakt zu den Bewohnerinnen und Bewohnern zu suchen. Zusätzlich fanden regelmäßig Treffen zwischen dem Gesundheitsscout und dem Gesundheitsteam statt.

Im folgenden Kapitel wird vorgestellt, wie das Projekt „Gesundheitsscout“ evaluiert worden ist, welche Methoden verwendet worden sind und was kritisch hinterfragt werden muss.

5. Evaluation

Eine Evaluation ist die Bewertung von Interventionen- in diesem Fall ist der Gegenstand der Evaluation das Projekt „Gesundheitsscout“- mithilfe empirischer Forschungsmethoden. Untersucht wird, ob die Ziele, die zu Anfang des Projektes definiert wurden, erreicht worden sind, und welche Veränderungen durch die Intervention entstanden sind.

Unterschieden wird zwischen interner und externer Evaluation, sowie zwischen formativer und summativer Evaluation⁶ (vgl. Stockmann, 2004). Bei der durchgeführten Evaluation handelt es sich um eine externe Evaluation, da die Evaluatorin nicht aktiv am Projekt beteiligt war. Weiterhin ist die Evaluation formativ und zugleich summativ. Zum einen ist sie formativ, da konstruktive Handlungsempfehlungen für das Projekt verfasst werden, die in einer neuen Phase des Projektes umgesetzt werden könnten, sodass eine Rückkopplungsschleife entstehen kann. Zum anderen summativ, da die Evaluation das bisherige Projekt zusammenfasst und ergebnisorientiert ist, indem die Evaluation beschreibt, was das Projekt bewirken konnte.

5.1 Ziele und Funktionen einer Evaluation

Stockmann (2004, S. 3-5) definiert fünf Ziele und Funktionen der Evaluationsforschung:

- Erkenntnisfunktion

Erkenntnisfunktion bedeutet in diesem Rahmen, dass Informationen über die Eigenschaften und die Wirkungsweise des Projektes gesammelt werden und somit Erkenntnisse gewonnen werden können.

⁶ Formative Evaluation: prozessorientiert, Veränderungen während des Projektes durch Ergebnisse der Evaluation; Summative Evaluation: ergebnisorientiert, Wirksamkeit eines Projektes wird bewertet.

- Kontrollfunktion

Die Kontrollfunktion beinhaltet das Überprüfen der Effektivität der Umsetzung des Projektes. Das heißt, es wird unter anderem überprüft, ob bereitstehende Mittel ausreichen und ob das Personal richtig besetzt worden ist.

- Lernfunktion

Durch den Evaluationsprozess und die Erkenntnisse, die daraus gewonnen werden können, kann und soll die Kommunikation zwischen den Akteuren gefördert werden, sodass sie ihre Arbeit reflektieren und Defizit erkennen, um sie beseitigen zu können. Es findet somit ein Lernprozess statt.

- Legitimitätsfunktion

Durch die Evaluation einer Intervention ist es möglich sachgerechte Aussagen treffen zu können, mit deren Hilfe eine Legitimation der Intervention festgestellt werden kann. Diese Legitimation ist besonders bei der Beantragung finanzieller Mittel von Bedeutung.

Damit eine Evaluation diese Funktionen und Ziele erfüllen kann, müssen die Ziele der Intervention, hier des Projektes „Gesundheitsscout“, messbar gemacht werden. Es müssen Indikatoren aufgestellt werden (vgl. Bortz und Döring, 2006, S. 97). Bei der Evaluation des Projektes „Gesundheitsscout“ werden Kriterien aufgestellt (siehe Kapitel 5.4.1), mithilfe derer eine Aussage über die Zielerreichung ermöglicht wird.

5.1.1 Zielsetzung und Fragestellung der Evaluation

Das allgemeine Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, das Projekt „Gesundheitsscout“ qualitativ zu bewerten. Die Evaluation verfolgt dabei mehrere Ziele:

- Es soll bewertet werden, inwieweit das Konzept des Projektes eingehalten worden ist und wie das Konzept zu bewerten ist, so wie es durchgeführt worden ist.
- Es soll untersucht werden, was das Projekt in der Lenzsiedlung bewirken konnte und inwiefern die Ziele erreicht worden sind.
- Abschließend sollen besondere Themenbereiche untersucht und beschrieben werden, insbesondere:
 - hinderliche und förderlich Faktoren

- Übertragbarkeit auf andere Quartiere
- Qualifizierung für die Good Practice Datenbank
- Profil eines perfekten Gesundheitsscouts

5.1.2 Rahmenbedingungen der Evaluation

Das Projekt wurde im Dezember 2011 offiziell beendet. Im Februar 2012 fand das letzte Treffen zwischen dem Gesundheitsscout und dem Gesundheitsteam statt. An diesem Treffen konnte die Evaluatorin teilnehmen, jedoch das Projekt „Gesundheitsscout“ nur retrospektiv kennenlernen. Die Evaluation begann somit nach Beendigung des Projektes.

5.2 Qualitative Evaluation

Qualitative Forschung beschreibt einen Gegenstand, hier die Bewertung des Projektes „Gesundheitsscout“, aus der individuellen Sicht der Akteurinnen und Akteure. Somit eignen sich qualitative Methoden vor allem, um verschiedene Perspektiven zu berücksichtigen. Durch die offene Struktur qualitativer Erhebungsinstrumente ist es darüber hinaus möglich, neue Erkenntnisse zu erlangen, die zuvor nicht absehbar waren (vgl. Flick, von Kardorff und Steinke, 2000, 13-17). Für die Evaluation des Projektes „Gesundheitsscout“ wird ein qualitatives Datenerheben als angemessen angesehen. Besonders durch leitfadengestützte Expertinnen- und Experteninterviews soll versucht werden, möglichst alle Expertenmeinungen und Eindrücke über das Projekt zu erfassen.

5.3 Gütekriterien

Die allgemeinen Gütekriterien Objektivität (die Ergebnisse sind unabhängig von der untersuchenden Person), Reabilität (die Genauigkeit und Konstanz der Ergebnisse bei mehrfacher Erhebung) und Validität (das Erhebungsinstrument misst, was es messen soll), mit deren Hilfe die Qualität erhobener Daten überprüft wird, können in der qualitativen Evaluation nicht hinreichend angewandt werden. Diese Gütekriterien wurden für die quantitative Forschung entwickelt und können nicht in dieser Form auf die qualitative Forschung übertragen werden (vgl. Steinke, 2000, S. 323).

Steinke (2000, S. 319-331) nennt eine Reihe von Gütekriterien, die in der qualitativen Forschung Anwendung finden. Bei der Evaluation des Projektes „Gesundheitsscout“ kann das Kriterium „Intersubjektive Nachvollziehbarkeit“, das verständlich Machen des Forschungsprozesses für Dritte durch das Dokumentieren des Forschungsprozesses, als erfüllt angesehen werden⁷.

Mayring (2002, S. 144-148) nennt ebenfalls allgemeine Gütekriterien qualitativer Forschung:

- Verfahrensdokumentation
- argumentative Interpretationsabsicht
- Regelgeleitetheit
- Nähe zum Gegenstand
- kommunikative Validierung
- Triangulation

Zwei dieser Kriterien treffen eindeutig zu. Das Kriterium der Verfahrensdokumentation ist vergleichbar mit dem von Steinke (2000, S. 324) genannten Kriterium „Intersubjektive Nachvollziehbarkeit“ durch das Dokumentieren des Forschungsprozesses. Ein weiteres wichtiges Kriterium, das hier Anwendung findet, ist die Triangulation. Darunter wird die *„Einnahme unterschiedlicher Perspektiven... bei der Beantwortung von Forschungsfragen“* (Flick, 2008, S. 12) verstanden. Die Evaluation beachtet verschiedene Perspektiven, denn es werden Experteninterviews, Dokumente, die der Gesundheitsscout während seiner Tätigkeit erstellt hat, und Dokumente des Gesundheitsteams nach gleichen Kriterien analysiert und zu einem Ergebnis zusammengefasst.

Ergänzend nennt Mayring (2010, S.116-122) besondere Gütekriterien für qualitative Inhaltsanalysen von Interviews. Zwei von diesen Kriterien finden hier Anwendung:

- „Semantische Gültigkeit“

Hierbei wird überprüft, ob das Material richtig gedeutet wird, indem die Kategorien für die Inhaltsanalyse angemessen formuliert werden. Experten können dies meist

⁷ Genaue Beschreibung der einzelnen Kriterien nach Steinke sowie des Kriteriums „Intersubjektive Nachvollziehbarkeit“ angewandt auf die Evaluation des Projektes Gesundheitsscout im Anhang II auf der CD.

beurteilen. Die in dieser Bachelorarbeit formulierten Kategorien wurden von Expertinnen und Experten kontrolliert und korrigiert.

- „Stichprobengültigkeit“

Dieses Kriterium überprüft, ob die Zielgruppe richtig gewählt worden ist. Bezogen auf die Experteninterviews wurden im Rahmen dieser Bachelorarbeit alle Expertinnen und Experten des Gesundheitsteams befragt, somit existiert keine Stichprobe sondern eine Art Gesamterhebung der Expertinnen und Experten des Projektes.

5.4 Methodenbeschreibung

Für die Evaluation wurden verschiedene Quellen herangezogen, die im Einzelnen beschrieben werden.

5.4.1 Experteninterviews

Bei den für diese Evaluation durchgeführten Experteninterviews handelte es sich um Face-to-face-Interviews, für welche ein Leitfragebogen⁸ erstellt worden ist, der für jeden Experten jeweils leicht abgewandelt worden ist⁹.

Diekmann (2008, S. 441) nennt wichtige Voraussetzungen für ein Interview, die erfüllt werden konnten. Es fand eine Kooperation der Befragten statt, die Interviewtermine wurden problemlos vereinbart und fanden rechtzeitig statt. Aufrichtigkeit konnte von beiden Seiten sichergestellt werden, ein Interesse am Thema und die Bereitschaft zur Unterstützung waren von Seiten der Interviewten deutlich vorhanden, da alle Expertinnen und Experten- es handelt sich um die Mitglieder des Gesundheitsteams- in das Projekt involviert waren.

- ***Ablauf der Interviews***

Die fünf Experteninterviews fanden im Zeitraum vom 24.04.2012 bis zum 15.05.2012 statt und dauerten zwischen 28 und 55 Minuten (im Durchschnitt ca.

⁸ Alle Fragen für die Leitfragebögen zusammengefasst im Anhang 3

⁹ genaue Beschreibung der Erstellung des Leitfragebogens und der Interviewsituation im Anhang III auf der CD, alle Fragebögen für die jeweiligen Experten Anhang IV auf der CD

41 Minuten)¹⁰. Die Interviews wurden in den Räumen der Expertinnen und Experten geführt, sodass sie sich in einer vertrauten Umgebung befanden. Die Atmosphäre kann für alle Interviews als entspannt und freundlich beschrieben werden.

Jedes Interview wurde mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet, was zu keinen ersichtlichen Schwierigkeiten bei den Expertinnen und Experten geführt hat. Alle Interviews wurden vollständig transkribiert.

- ***Auswertung der Interviews***

Die leitfadengestützten Experteninterviews wurden alle nach einer vereinfachten Form der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Dazu wurden die transkribierten Interviews zunächst einzeln gekürzt und nach Kriterien- die im Folgenden beschrieben werden- strukturiert (erste Strukturierung). Anschließend wurden alle einzelnen Interviews in einem Dokument vereint (zweite Strukturierung), die Aussagen der Expertinnen und Experten wurden zusammenfasst und zu einem Ergebnis verfasst¹¹. Da die Kriterien vor den Interviews erstellt worden sind, handelt es sich um eine deduktive Vorgehensweise.

- ***Kriterien der Auswertung***

Die Kriterien sind eingeteilt in vier thematische Schwerpunkte: Konzept des Projektes; Messbare Zielerreichung; Rolle des Gesundheitsteams; Durchführung des Projektes.

Konzept des Projektes

<u>Implementierung:</u>

Dieses Kriterium beschreibt die Initiierung des Projektes Gesundheitsscout, was zu Beginn des Projektes getan worden ist, um den Bewohnerinnen und Bewohnern der Lenzsiedlung das Projekt und die Tätigkeiten des Gesundheitsscouts zu vermitteln.
--

¹⁰ Tabelle mit den Einzelheiten zu den Interviews siehe Anhang V auf der CD

¹¹ alle Schritte sowie die Analyse des Materials nach Mayring (2010) im Anhang VI auf CD

Transparenz:

Dieses Kriterium schließt an das zuvor genannte an, soll aber genauer beschreiben, ob und wie es gelungen ist, den Bewohnerinnen und Bewohnern den Sinn des Projektes deutlich zu machen.

Akzeptanz:

Dieses Kriterium beschreibt, inwiefern die Bewohnerinnen und Bewohner den zweiten Gesundheitsscout anerkannt haben. Weiterhin soll beschrieben werden, ob es Probleme durch den Personalwechsel gab.

Innovation

Dieses Kriterium beschreibt, inwieweit das Projekt „Gesundheitsscout“ einen neuartigen Charakter besitzt.

neue Ziele:

Das Konzept des Projektes „Gesundheitsscout“ beschreibt Ziele, die durch das Projekt erreicht werden sollen. Dieses Kriterium prüft, ob im Laufe des Projektes neue Ziele dazugekommen sind, beziehungsweise ob sich Ziele verändert haben.

• **Rolle des Gesundheitsteams**

Supervision und Reflektion

Dieses Kriterium beschreibt, inwiefern das Gesundheitsteam den Gesundheitsscout bei seiner Tätigkeit betreuen und aus einer reflektierenden Haltung heraus beraten konnte.

Probleme in der Zusammenarbeit

Dieses Kriterium beschreibt, ob es während des Projektes Probleme in der Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitsscout und dem Gesundheitsteam gab.

- **Zielerreichung**

Bewohnerbeteiligung:

Dieses Kriterium stellt dar, ob durch die Arbeit des Gesundheitsscouts ein Anstieg der Bewohnerbeteiligung herbeigeführt werden konnte.

Entstehung neuer Angebote/Veranstaltungen

Dieses Kriterium beschreibt Angebote und Veranstaltungen, die durch die Tätigkeiten des Gesundheitsscouts entstanden sind.

Integration des Themas Gesundheit

Dieses Kriterium beschreibt, ob und wie das Thema Gesundheit in bereits bestehende Angebote integriert werden konnte.

- **Durchführung des Projektes**

Lotsenfunktion des GS

Dieses Kriterium beschreibt, inwiefern der Gesundheitsscouts die Lotsenfunktion, das Begleiten und Unterstützen der Bewohnerschaft, erfüllen konnte.

förderliche/ hinderliche Faktoren:

Dieses Kriterium beschreibt Faktoren in der Lenzsiedlung aber auch bezogen auf die Person des Gesundheitsscouts, die zum einen förderlich für die Durchführung des Projektes sind und zum anderen hinderlich.

Übertragbarkeit/ Transfer

Dieses Kriterium beschreibt, inwieweit eine Übertragung des Konzeptes dieses Projektes in andere Quartiere möglich ist.

Good Practice

Die Good Practice Datenbank stellt zwölf Kriterien vor, von denen die ersten zwei und weitere Auswahlkriterien erfüllt werden müssen, um in diese Good Practice Datenbank aufgenommen zu werden. Es wird untersucht, welche Kriterien nach

Meinung der Expertinnen und Experten auf das Projekt „Gesundheitsscout“ zutreffen.

Perfekter Scout

Dieses Kriterium beschreibt, welche persönlichen und fachlichen Anforderungen ein/e Anwärter/in für das Amt des Gesundheitsscouts erfüllen muss, damit das Projekt erfolgreich ist.

5.4.2 Logbücher

Die Logbücher sind Dokumentationsbögen, die der Gesundheitsscout bei jeder seiner Tätigkeiten auffüllen musste¹². Auf diese Weise macht der Gesundheitsscout seine Arbeit transparent und nachvollziehbar für andere, besonders für die Mitglieder des Gesundheitsteams. Bei den Treffen des Gesundheitsteams mit dem Gesundheitsscout konnten die einzelnen Tätigkeiten besprochen und Feedback gegeben werden. Des Weiteren trägt die Dokumentation der Tätigkeiten zur Qualitätssicherung bei. Die Logbücher wurden nach den zuvor beschriebenen Kriterien ausgewertet. Zusätzlich zu den Logbüchern hat der Gesundheitsscout monatliche Tätigkeitsberichte, Kurzdokumentationen zu besonderen Veranstaltungen und am Ende des Projektes einen Abschlussbericht verfasst¹³.

5.4.3 Protokolle des Gesundheitsteams

Das Gesundheitsteam hat sich fast jeden Monat getroffen. Bei jedem Treffen wurde ein Protokoll verfasst. Während der Treffen wurden verschiedene Themenbereiche besprochen. Zu Anfang wurde vereinbart, dass der Gesundheitsscout als erstes einen Lagebericht vorstellt. Die Protokolle wurden ebenfalls nach den in Kapitel 5.4.1 beschriebenen Kriterien ausgewertet¹⁴.

¹² Aufbau eines Logbuches siehe Anhang 4

¹³ Genauere Beschreibung dieser Dokumente wird als nicht nötig betrachtet, da inhaltlich viele Überschneidungen mit den Logbüchern bestehen.

¹⁴ Alle Aufnahmen der Interviews, Transkripte sowie die Dokumente des Gesundheitsscouts befinden sich auf der CD

5.5 Methodenkritik

Bei der Anwendung qualitativer Methoden und der Auswertung von schriftlich verfassten Materialien können verschiedene Fehler und Verzerrungen auftreten. Diese werden im Folgenden zu den jeweiligen Informationsquellen beschrieben.

- Experteninterviews

Es gibt verschiedene Fehlerquellen während eines Face-to-Face Interviews. Zum einen können Fehler durch den Befragten entstehen („Befragtenmerkmale“). Dazu zählt die soziale Erwünschtheit. Die interviewte Person könnte bestimmte Aussagen machen, da sie weiß, dass sie in der Gesellschaft so akzeptiert werden und nicht weil sie dieser Meinung ist. Dieses Verhalten tritt meistens bei Fragen ein, die als „heikel“ beziehungsweise problematisch bezeichnet werden. Um dem Einfluss der sozialen Erwünschtheit entgegenzuwirken, wurde bei den durchgeführten Face-to-Face Interviews darauf geachtet, dass die Fragen neutral formuliert sind. Die Anonymisierung der Interviews wurde den Interviewten zugesichert. Nichtsdestotrotz kann die Beantwortung nach sozialer Erwünschtheit nicht ausgeschlossen werden (vgl. Diekmann, 2008 S. 446- 470).

Die Frageformulierungen und Fragereihen („Fragemerkmale“) können ebenfalls zu Fehlerquellen führen. Um diesen Verzerrungen entgegenzuwirken, sollten Pretests durchgeführt werden. In dieser Evaluation war es nicht möglich zuvor einen Pretest durchzuführen. Verzerrungen durch Fragemerkmale sind eventuell möglich (vgl. Diekmann, 2008, S. 446- 470).

Eine weitere Fehlerquelle sind Merkmale des Interviewers und die Interviewsituation. Bei einem Face-to-Face Interview ist der Interviewer im Prinzip immer eine Fehlerquelle. Die Anwesenheit eines Interviewers verzerrt die Antworten zwangsläufig, denn durch das Tonband und den offiziellen Termin, hat das Interview einen formellen Charakter, der dazu führen kann, dass die Antworten anders ausfallen als in einem privaten Gespräch (vgl. Diekmann, 2008, S. 446- 470).

Darüber hinaus muss beachtet werden, dass Expertinnen und Experten befragt worden sind, die mit einander und mit dem Gesundheitsscout zusammengearbeitet haben, sodass es nicht auszuschließen ist, dass eine gewisse Distanz oder Reflektion zum Thema fehlt. Weiterhin könnten zwischenmenschliche Sympathien einen Einfluss auf die Antworten der Expertinnen und Experten gehabt haben.

- Logbücher

Die Logbücher wurden vom Gesundheitsscout selbst erstellt. Eine genaue Überprüfung, ob die Angaben, zum Beispiel wann der Gesundheitsscout mit wem gesprochen hat, korrekt sind, ist nicht möglich. Die Angaben werden als wahrheitsgetreu vorausgesetzt.

Alle Dokumente unterliegen der Subjektivität des Verfassers, des Gesundheitsscouts. Das bedeutet, dass das Geschriebene dem persönlichen Einfluss des Verfassers ausgesetzt ist, was zu Verzerrungen führen kann, die in diesem Rahmen nicht überprüft werden können.

- Protokolle des Gesundheitsteams

Die Protokolle wurden abwechselnd von den Mitgliedern des Gesundheitsteams verfasst und anschließend an alle Mitglieder geschickt, um die Angaben eventuell zu korrigieren beziehungsweise zu verändern, sodass das Problem der Subjektivität hier nicht zwangsläufig zutrifft. Nichtsdestotrotz ist es möglich, dass Aussagen vergessen oder nicht korrekt wiedergegeben worden sind. Dies kann nicht überprüft werden.

6. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse vorgestellt, die aus den Experteninterviews, den Logbüchern des Gesundheitsscouts und den Protokollen des Gesundheitsteams herausgearbeitet worden sind.

6.1 Das Konzept

In dem Konzept wird das Projekt „Gesundheitsscout“ als eine innovative Intervention beschrieben. Der Grundgedanke des Projektes- jemand kümmert sich im Quartier um die Gesundheit der Bewohnerschaft- ist nicht das innovative Element. Innovativ ist, dass *„jemand dynamisch im Projektprozess, auch im Umsetzungsprozess des Präventionsprogramms, in dem Stadtteil je nach dem was gerade anliegt, herumgehen kann und Bedarfe feststellen kann und Leute weitervermittelt oder neue Bedarfe initiiert. Das Innovative daran ist dieses dynamische, spontane Element in so eine Art Managementprozess“* (Interview Forschungsteam, S.1) so ein Experte des Gesundheitsteams. Andere Expertinnen und Experten betonen weiterhin besonders die individuelle Arbeitsweise des Gesundheitsscouts, dass dieser sich persönlich um Probleme kümmert, aber auch selbst angesprochen werden kann. Für das Präventionsprogramm „Lenzgesund“ ist das Projekt innovativ, da durch den persönlichen Kontakt neue Wege erschlossen werden, um die Bewohnerschaft zu erreichen und die Partizipation der Bewohnerinnen und Bewohner, aber auch verschiedener Einrichtungen, zu erhöhen.

Für das Gelingen des Projektes setzt das Konzept voraus, dass das Projekt transparent für die Bewohnerschaft der Lenzsiedlung ist und weiterhin, dass der Gesundheitsscout von der Bewohnerschaft akzeptiert wird.

Zu Beginn des Projektes traten einige Schwierigkeiten mit der Transparenz auf. Den Bewohnerinnen und Bewohnern war nicht klar, was der Gesundheitsscout ist. Der Name wurde als „irreführend“ bezeichnet, obwohl das Projekt zuvor durch einen anderen Gesundheitsscout durchgeführt worden war. Dem Gesundheitsscout zufolge, musste häufig erklärt werden, was die Aufgaben des Gesundheitsscouts sind und in diesem Zusammenhang desweiteren, was Gesundheitsförderung ist. Eine Expertin macht deutlich, dass das Wort „Gesundheitsscout“ zwar zu Anfang unklar war, dass aber die Bewohnerinnen und Bewohner schnell begriffen haben, welchen Nutzen sie von diesem Projekt haben können.

Um den Gesundheitsscout und seine Aufgabenbereiche unter der Bewohnerschaft der Lenzsiedlung bekannt zu machen, wurden verschiedene Methoden verwendet:

- Ein Flyer wurde erstellt, auf dem die Telefonnummer und ein Foto des Gesundheitsscouts abgebildet worden waren.
- Der Gesundheitsscout hatte eine Visitenkarte, die in verschiedenen Einrichtungen hinterlassen und an die Bewohnerinnen und Bewohner direkt verteilt worden war.
- Der Gesundheitsscout hatte ein Handy.
- Der Gesundheitsscout hat in mehreren Ausgaben der Stadtteilzeitung LenzLive Artikel über seine Erreichbarkeit und Tätigkeit als Gesundheitsscout geschrieben.
- Über die Homepage des Vereins Lenzsiedlung wurden Informationen über den Gesundheitsscout veröffentlicht.
- Der Gesundheitsscout ist persönlich in Einrichtungen, Angebote und zu verschiedenen Ärzten in der Lenzsiedlung gegangen, hat sich vorgestellt und Visitenkarten hinterlassen.
- Die Expertinnen und Experten des Gesundheitsteams haben den Multiplikatoren des Runden Tisches „Lenzgesund“ von dem Projekt berichtet, sodass diese die Informationen an die Bewohnerschaft der Lenzsiedlung hätten weitergeben können.
- Zu Beginn des Projektes hatte der Gesundheitsscout eine Sprechstunde (zuerst telefonisch, dann persönlich), jedoch wurde diese im Laufe des Projektes durch persönliche Verabredungen mit Bewohnerinnen und Bewohnern ersetzt.

Die Expertinnen und Experten, betonen, dass trotz der verschiedenen Methoden die Bewohnerschaft der Lenzsiedlung am geeignetsten durch Mund-zu-Mund-Propaganda zu erreichen ist. Die Informationen über den Gesundheitsscout wurden Bewohnerinnen und Bewohnern von verschiedenen Akteurinnen und Akteuren der ortsansässigen Einrichtungen persönlich zugetragen oder die Bewohnerinnen und Bewohner haben sich untereinander von diesem Projekt erzählt. Diese Art der Informationsvermittlung ist am besten geeignet für die Bewohnerschaft der Lenzsiedlung und hat bei diesem Projekt funktioniert, so haben es die Expertinnen und Experten und der Gesundheitsscout erlebt. Der Gesundheitsscout ist persönlich

auf die Bewohnerinnen und Bewohner zugegangen, hat Gruppen, die sich in Innenhöfen versammelten, angesprochen. Diese Vorgehensweise des Gesundheitsscouts zeigt die niedrighschwellige Arbeitsweise, die bis zum Ende des Projektes eingehalten worden ist.

Die Expertinnen und Experten und der Gesundheitsscout sind sich einig, dass die Bewohnerinnen und Bewohner der Lenzsiedlung ausreichend über das Projekt informiert worden sind, da der Gesundheitsscout bereits persönlich aus der Vergangenheit bekannt war. Für die Zeit des Projektes war das Vorgehen angemessen. Nach Aussage des Gesundheitsscouts sei es außerdem bei den zur Verfügung stehenden Stunden, nicht möglich gewesen noch mehr Interessentinnen und Interessenten zu helfen. Unter anderen Umständen, wenn der Gesundheitsscout eine fremde Person gewesen wäre oder wenn das Projekt im größeren Rahmen stattgefunden hätte, hätte mehr getan werden müssen, so die Expertinnen und Experten.

Die hohe Akzeptanz, die der Gesundheitsscout in der Lenzsiedlung erfahren hat, könnte ein Indikator dafür sein, dass- wie die Expertinnen und Experten sagten- genug getan worden ist. Alle Expertinnen und Experten sind sich einig, dass der Gesundheitsscout trotz des Personalwechsels in der Lenzsiedlung gut akzeptiert worden ist. Allerdings betonen alle, dass diese Akzeptanz mit der Person des Gesundheitsscouts zusammenhängt. Zwar gab es zu Anfang vereinzelt Personen, die eine Art Solidarität zum ersten Gesundheitsscout empfanden, doch konnte der zweite Gesundheitsscout schnell Zugang zu diesen Personen finden.

Der Gesundheitsscout selbst fühlte sich gut und schnell akzeptiert, trotz des Personalwechsels, und wurde auch nach Beendigung des Projektes immer noch als Gesundheitsscout angesprochen.

Da es sich um ein dynamisches Projekt handelt, war es von Beginn an nicht ausgeschlossen, dass sich die Ziele, die im Konzept formuliert worden sind, verändern oder neue Ziele hinzukommen. Im Laufe des Projektes wurden die vom Gesundheitsteam verfassten Ziele präzisiert, das heißt, es wurde genauer als im ersten Durchlauf geguckt, auf welche Art und Weise die Ziele erreicht werden können.

Einige Expertinnen und Experten nennen die NADA15-Ausbildung, die der Gesundheitsscout während seiner Tätigkeit gemacht hat, als neues Ziel. Der Gesundheitsscout sollte mit Bewohnerinnen und Bewohnern der Lenzsiedlung einen Akupunkturkurs zur Raucherentwöhnung und zum Stressabbau durchführen, wobei der Gesundheitsscout die Nadeln unter Beobachtung einer Ärztin/ eines Arztes selbst gesetzt hätte. Dieser Kurse ist nicht zustande gekommen, aber wenn er stattgefunden hätte, wäre der Gesundheitsscout in einer weiterer Funktion tätig geworden, nämlich als derjenige, der nicht nur motiviert und organisiert, sondern auch selbst tätig wird, ein eigenes Angebot anbietet und somit zur Gesundheitsförderung beiträgt. Jedoch sahen andere Expertinnen und Experten diese Ausbildung nicht als neues Ziel an sondern als Ausnahmefall oder eine neue Herangehensweise, um einen neuen, zusätzlichen Zugang zur Bewohnerschaft der Lenzsiedlung zu bekommen.

Insgesamt erwies sich das Konzept des Projektes „Gesundheitsscout“ in der zweiten Phase als sehr praktikabel und konnte gut umgesetzt werden. Es ist zu beachten, dass gewisse Faktoren, die in der zweiten Phase des Projektes optimal waren, wie die Bekanntheit des Gesundheitsscout aus früherer Zeit, unter anderen Umständen nicht zwangsläufig gegeben sein müssen, dann müssten weitere Schritte unternommen werden, damit das Konzept erfolgreich ist.

Die folgenden Ergebnisse richten sich auf das Gesundheitsteam und seine Rolle während der Durchführung des Projektes.

6.2 Die Rolle des Gesundheitsteams

Das Projekt „Gesundheitsscout“ wurde von einem Gesundheitsteam begleitet. Dieses Gesundheitsteam hatte eine entscheidende Rolle. Es stellte die Supervision für den Gesundheitsscout dar. Das heißt, dass das Gesundheitsteam das Projekt und den Gesundheitsscout auf einer Metaebene betrachtete und durch Reflexion und Expertenwissen Ratschläge und Hilfestellungen geben konnte, aber auch eine leitende Funktion übernahm. Ein sozial benachteiligter Stadtteil kann in bestimmten Situationen Gefahren (zum Beispiel Belästigung) für einen Gesundheits-

¹⁵ National Acupuncture Detoxification Association (NADA): Eine Organisation und wissenschaftliche Fachgesellschaft, die Akkupunktur als Therapiemethode von psychisch- und suchtkranken Menschen integrieren will (vgl. NADA-Deutsche Sektion e.V., 2012).

scout darstellen. Dies war in der zweiten Phase des Projektes nicht der Fall, allerdings konnte das Gesundheitsteam bei Fragen zur Organisation oder Gesundheitsförderung allgemein dem Gesundheitsscout behilflich sein. Das Gesundheitsteam hatte weiterhin die Funktion dem Gesundheitsscout Verantwortung abzunehmen und das Gefühl zu geben, dass der Gesundheitsscout nicht alle Probleme allein lösen muss.

Dadurch, dass das Gesundheitsteam in andere Projekte involviert war, konnte es darüber hinaus dem Gesundheitsscout Einsatzgebiete erschließen.

Allerdings gab es in der zweiten Phase des Projektes zusätzlich eine informelle Ebene zwischen dem Gesundheitsscout und der Mitarbeiterin von Lenzsiedlung e.V.. Zwischen diesen beiden Personen fand ein sehr reger Austausch statt, viele Fragen und Probleme, die der Gesundheitsscout hatte, konnten im Vorfeld vor den Treffen mit dem Gesundheitsteam geklärt werden. Ein Experte bemängelt, dass das Gesundheitsteam sich zu wenig Zeit für den Gesundheitsscout genommen hat und die Supervision somit nicht gut bewältigen konnte. Dies wird vom Gesundheitsscout persönlich nicht so empfunden, gerade weil im Vorfeld in der Zusammenarbeit mit der Mitarbeiterin von Lenzsiedlung e.V. viele Probleme gelöst werden konnten, hatte der Gesundheitsscout häufig keinen Bedarf an weiterer Hilfestellung.

Dennoch ist die Funktion des Gesundheitsteams, die Supervision, bei einem solchen Projekt, welches so nah am Menschen und in dem Quartier ansetzt, von zentraler Bedeutung. Dem stimmen alle Expertinnen und Experten zu.

Im Laufe der Zusammenarbeit kam es aber auch zu Schwierigkeiten. Bemängelt wird, dass die Dokumente vom Gesundheitsscout nicht immer rechtzeitig abgegeben worden sind und dass die Treffen des Gesundheitsteams nicht pünktlich und nicht immer vollzählig gestartet sind.

Weiterhin wird von einer Expertin geschildert, dass der Druck, der in der zweiten Phase auf den Gesundheitsscout ausgeübt worden ist, und die Erwartungen sehr groß waren. In der zweiten Phase des Projektes war der Erfolgsdruck aufgrund der negativen Erfahrungen mit dem ersten Gesundheitsscouts und aufgrund des Zeitdruckes- in der zweiten Phase standen nur noch 18 Monate für das Projekt zur Verfügung- besonders hoch. Die Expertin hätte sich in der Anfangsphase mehr Verständnis vom Gesundheitsteam gewünscht.

Rückblickend empfinden fast alle Mitglieder des Gesundheitsteams (einer sieht das Gesundheitsteam in diesem Projekt eher als „*wackelige Konstruktion*“ (Interview Experte 3, S.7)) die Zusammenarbeit trotz der Schwierigkeiten als eine gute Zusammenarbeit. Es fand ein reger Austausch statt, die Expertinnen und Experten konnten voneinander lernen und sich gegenseitig unterstützen. Probleme konnten gemeinsam bewältigt werden, besonders jene, die durch den Personalwechsel entstanden sind. Betont wird ebenfalls, dass es hilfreich war, dass Expertinnen und Experten aus verschiedenen Bereichen sich um die gleichen Projekte gekümmert haben, sodass verschiedene Perspektiven berücksichtigt werden konnten. Die Zusammenarbeit mit einem wissenschaftlichen Institut wird positiv hervorgehoben, da durch die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation eine Argumentationsgrundlage geschaffen werden kann. Für den Gesundheitsscout war die Zusammenarbeit ein guter Austausch und besonders hilfreich bei Fragen zur Gesundheitsförderung.

Alles in allem ist die Supervision bei einem solchen Projekt von großer Bedeutung und ist trotz der genannten Schwierigkeiten, die entstanden sind, sehr empfehlenswert für weitere Projekte, denn das Gesundheitsteam konnte dem Gesundheitsscout verschiedene Wege und Lösungen aufzeigen.

Nachdem die Ergebnisse über das Konzept und das Gesundheitsteam vorgestellt worden sind, wird im Folgenden beschrieben, welche Angebote und Strukturen durch das Projekt entstehen konnten und somit, ob die Ziele, die zu Anfang formuliert worden sind, erreicht werden konnten.

6.3 Zielerreichung

Das Projekt „Gesundheitsscout“ sollte die Partizipation der Bewohnerschaft der Lenzsiedlung an den Angeboten verschiedener Einrichtungen erhöhen. Kompetenzen und Ressourcen der Bewohnerschaft sollten gestärkt werden.

Die Nutzung verschiedener Angebote besonders im Bereich Sport und Bewegung ist durch die Arbeit des Gesundheitsscouts gestiegen. Die Zeitspanne, in der ein bestimmtes Angebot stattgefunden hat, hat sich durch die Arbeit des Gesundheitsscouts verkürzt. Angebote fanden häufiger statt als zuvor. Darüber hinaus haben die Bewohnerinnen und Bewohner der Lenzsiedlung nicht nur ihre Nachfrage nach bestimmten Angeboten geäußert, sondern sie haben eigenständig Ideen entwi-

ckelt und organisatorische Aufgaben übernommen, wie Teilnehmerinnen und Teilnehmer suchen oder Geld einsammeln. Die Eigeninitiative der Bewohnerschaft wird in den Experteninterviews betont. Besonders hervorgehoben wird der Bauchtanzkurs, der vom Gesundheitsscout zu Anfang organisiert wurde, später aber nicht mehr finanziert werden konnte. Die Teilnehmerinnen haben schließlich, zum Beispiel durch öffentliche Auftritte, selbst eine Lösung gefunden, damit der Kurs finanziert werden kann und erhalten bleibt. Es gab aber auch Kurse, die nach einer bestimmten Zeit nicht mehr nachgefragt worden sind, besonders bei einigen Sportkursen war die Nachfrage im Frühling sehr hoch. Im Herbst nahm sie ab. Interessant war, dass die Motivation einiger Teilnehmerinnen und Teilnehmer bestimmter Kurse zunahm, wenn der Gesundheitsscout bei einem Kurs mitmachte.

Der Gesundheitsscout konnte nach eigenen Angaben verschiedene Zielgruppen ansprechen, sowohl Bewohnerinnen und Bewohner verschiedener Altersgruppen als auch verschiedener Nationalitäten.

In der zweiten Phase des Projektes konnten verschiedene neue Angebote entwickelt und initiiert werden. Diese Angebote entstanden zum einen aus den Wünschen der Bewohnerschaft der Lenzsiedlung, die sich überwiegend mehr Sport und Bewegung wünschten. Daraus sind folgende Angebote entstanden¹⁶:

- 3 Bauchtanzkurse für Migrantinnen für jeweils 10 Wochen
- 2 Sportangebote Rückentraining für Frauen für jeweils 10 Wochen
- 1 Schwimmkurs für Mädchen 10-15 Jahre für 13 Termine
- 2 Schwimmkurse für Frauen für jeweils 13 Termine
- 1 Wassergewöhnungskurs für Eltern und Kinder (3-6 Jahre)
- 1 Erste Hilfe Kurs am Kind für junge Eltern
- 1 Sprachkurs zum Thema Gesundheitsförderung in Zusammenarbeit mit dem Bürgerhaus der Lenzsiedlung e.V.

Zum anderen entstanden Angebote aus den Ergebnissen der Quartiersdiagnosen (vgl. Mossakowski et al. 2006, vgl. Kohler et al. 2007), der Schuleingangsuntersuchungen und den Eindrücken, die der Gesundheitsscout sammeln konnte:

¹⁶ Die aufgeführten Angebote sowie Einrichtungen in diesem Kapitel wurden größtenteils aus dem Abschlussbericht des Gesundheitsscout herausgearbeitet, um die Vollständigkeit sicherstellen zu können. Der Abschlussbericht ist der CD beigelegt.

- Kita Vizelinstraße: 2 Kurzprojekte zum Thema Zahngesundheit mit einem Besuch beim Zahnarzt, der Gesundheitsscout führte einen praktischen Teil mit den Kindern durch
- Kinderclub der Lenzsiedlung: 3 Kurzprojekte zu den Themen: Zahngesundheit, die Sinne des Menschen und Ernährung
- Jugendhaus der Lenzsiedlung: 1 Workshop zum Thema Schönheitsideal
- Elterncafé: Informationseinheiten zum Thema Zahngesundheit und „Kids in die Clubs“¹⁷

Der Gesundheitsscout konnte weiterhin Referentinnen in die Angebote der Einrichtungen der Lenzsiedlung einladen, zwei Referentinnen zum Mutter-Kind-Treff und weitere zwei (Ernährungsberaterin und Frauenärztin) zu einem Sprachkurs mit dem Thema Gesundheitsförderung.

Weiterhin war es Aufgabe des Gesundheitsscouts Netzwerke aufzubauen oder zu intensivieren. Dazu war es wichtig, dass Kontakte zu Expertinnen und Experten, insbesondere Ärztinnen/en, entstehen, die durch ihr Fachwissen Angebote professionalisieren können. Es sind Kontakte zu einer Kinderzahnarztpraxis, einer Zahnarztpraxis, einer Internistin, zu einer Ergotherapiepraxis und zur Hamburger Krebsgesellschaft entstanden.

Besonders wichtig für das Projekt war die Kooperationsarbeit mit anderen Einrichtungen in der Lenzsiedlung. Der Gesundheitsscout konnte in den 18 Monaten Kontakte zu 13 Einrichtungen aufbauen. Besonders intensiven Kontakt hatte er zu den folgenden vier Einrichtungen:

- Das Rauhe Haus
- Kita Vizelinstraße
- Sportverein Grün – Weiss – Eimsbüttel
- Hamburger Sportbund (Initiator von „Kids in die Clubs“ → 22 Kinder wurden über Kids in die Clubs in Sportvereine vermittelt)

Da der Gesundheitsscout in die verschiedenen Einrichtungen gegangen ist und dort Angebote installiert hat, wie zum Beispiel Zahnputztraining in der Kita Vizelinstraße oder das Thema Gesundheitsförderung in einem Sprachkurs, ist es

¹⁷ Dies ist eine Fördermaßnahme, bei der Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr der Mitgliedsbeitrag im Verein erlassen wird.

zeitweise gelungen, Gesundheitsthemen in bereits bestehende Angebote zu integrieren.

In den 18 Monaten hat der Gesundheitsscout die vorgegebenen Ziele erreicht. Viele Angebote sind entstanden, die Bewohnerschaft ist zur Eigeninitiative motiviert worden und das Thema Gesundheit ist präsent gemacht worden. Im Folgenden wird die Durchführung des Projektes ausgewertet.

6.4 Durchführung des Projektes

Während der Durchführung des Projektes haben sich Themenbereiche herauskristallisiert, die genauer betrachtet werden müssen, um das Projekt bewerten und Handlungsempfehlungen geben zu können. Diese werden im Folgenden beschrieben.

6.4.1 Lotsenfunktion des Gesundheitsscouts

Die Lotsenfunktion des Gesundheitsscouts war eine besondere Funktion, die sehr anspruchsvoll war.

Eine Expertin beschreibt diese Funktion wie folgt: *„Das ist gut, wenn jemand mit einem Problem kommt, der Scout in dem Moment zuhört, guckt, überlegt, wo könnte man Hilfe finden und diese sucht aktiv, nicht selber leisten muss.“*

Das ist die Kunst und deswegen ist es halt wichtig ein gutes Netzwerk zu haben und viele Möglichkeiten, wohin man verweisen kann.“ (Interview Expertin 2, S. 6)

Eine weitere Expertin fügt hinzu: *„Ich glaube, dass der Gesundheitsscout genügend Distanz gehabt hat, um tatsächlich das so zu machen, dass darüber nicht unbedingt eine Einzelfallhilfe geworden ist, sondern darüber was installiert wurde, was für mehrere Bewohner hier wichtig geworden ist.“* (Interview Expertin 1, S. 4)

Die Expertinnen und Experten sehen diese Lotsenfunktion des Gesundheitsscouts als erfüllt an.

6.4.2 Förderliche und Hinderliche Faktoren

Im Laufe des Projektes hat sich gezeigt, dass sowohl die Person des Gesundheitsscouts als auch das Quartier, die Lenzsiedlung, förderliche aber auch hinderliche Faktoren aufweisen. Diese werden in zwei Tabellen veranschaulicht dargestellt:

Tabelle 3: Förderliche und hinderliche Faktoren des Gesundheitsscouts in der zweiten Phase des Projektes

<u>förderlich</u>	<u>hinderlich</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ chronische Erkrankung: Sensibilisierung für das Thema Gesundheit, gemeindeorientierte Angebote und Selbsthilfe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ chronische Erkrankung: Ausfallzeiten, wahrscheinlich deshalb Absage bei der ersten Anfrage für das Projekt
<ul style="list-style-type: none"> ▪ fast abgeschlossenes Sozialpädagogikstudium 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ verzögerte Abgabe von Dokumenten
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bekanntheit in der Lenzsiedlung -Seit 2007 im Bürgerhaus aktiv -Kennt Bewohnerschaft -Bewohnerschaft kennt den Gesundheitsscout -Kennt Einrichtungen und Angebote 	

Tabelle 4: Förderliche und hinderliche Faktoren in der Lenzsiedlung

<u>förderlich</u>	<u>hinderlich</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilisierung der Bewohnerschaft für Gesundheitsförderung durch jahrlange Stadtteilentwicklung und Projekte 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ viele Informationen für Bewohnerschaft: Gefahr, dass sie sich belästigt/genervt fühlen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Runder Tisch Lenzgesund als Netzwerk Vorort ▪ Gesundheitsteam als Supervision 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitsförderung wird von vielen Bewohnerinnen und Bewohnern stets nur mit Krankheit verbunden
<ul style="list-style-type: none"> ▪ hoher Anteil an Migrant*innen, diese sind kommunikativer im informellen Umgang <p>→ Unterschiedliche Kulturen tauschen sich gut aus</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ unterschiedliche Kulturen hinderlich wegen Sprachbarrieren
<ul style="list-style-type: none"> ▪ besondere Bewohnerstruktur, die eine hohe Beteiligung aufweist, durch das Präventionsprogramm besteht Kommunikation unter der Bewohnerschaft 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schwierigkeiten in der ersten Phase: Einige Bewohnerinnen und Bewohner negativ eingestellt gegenüber dem Bürgerhaus
<ul style="list-style-type: none"> ▪ hohe Dichte von Einrichtungen -Anliegen der Bewohnerschaft können zeitnah umgesetzt werden -Kommunikation zur Bewohnerschaft braucht wenig Zeit 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ bauliche Struktur der Lenzsiedlung: -Sehr nach innen gerichtet -Hohe Wohndichte, viele gleichzeitig zu erreichen 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Projekt hatte im Bürgerhaus eine Anbindung <p>→ Der Gesundheitsscout konnte seine Erfahrungen und Informationen dahin tragen, von wo aus er zeitnah Angebote initiieren konnte.</p>	

Weiterhin fügt ein Experte hinderliche Faktoren im Quartier hinzu, die in der Lenzsiedlung nicht aufgetreten sind, die aber zu beachten sind. Zum einen ist darauf zu achten, dass der Gesundheitsscout im Quartier nicht belästigt wird, und zum anderen sollte nicht der Anspruch bestehen, das Projekt mit möglichst geringen finanziellen Mitteln durchzuführen.

Sowohl für die Person des Gesundheitsscouts als auch für die Lenzsiedlung zeigt sich, dass jeweils mehr förderliche als hinderliche Faktoren vorhanden sind. Diese Ergebnisse unterstreichen den Erfolg des Projektes.

6.4.3 Übertragbarkeit/ Transfer

Alle Expertinnen und Experten sowie der Gesundheitsscout sind sich einig, dass das Projekt „Gesundheitsscout“ auf andere benachteiligte Quartiere übertragen werden kann. Allerdings müssen in solchen Gebieten bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein, damit das Projekt erfolgreich ist:

- Der Gesundheitsscout braucht eine Anbindung, das heißt, er braucht einen Ort, hier war es der Verein Lenzsiedlung, wohin er zeitnah mit den Anliegen der Bewohnerschaft gehen kann und von wo aus Angebote entstehen können.
- Der Gesundheitsscout soll Teil eines ortsansässigen, niedrighschwelligen Angebotes oder Programms sein, sodass ein gewisses Netzwerk bereits besteht, um effektiv arbeiten zu können.

Dass das Projekt in der Lenzsiedlung funktionieren konnte, liegt zum Teil an den lokalspezifischen Bedingungen, die bereits als förderlich identifiziert worden sind: Die Lenzsiedlung...

- ist klein, sehr kompakt, sehr überschaubar,
- hat einen hohen Migrantenanteil,
- hat eine sehr gute Angebotsstruktur,
- hat das Präventionsprogramm „Lenzgesund“,
- hat die Stadtteilentwicklung,
- hat die wissenschaftliche Begleitung.

Es ist zu beachten, dass diese Faktoren nicht zwangsläufig in anderen sozial benachteiligten Quartieren vorhanden sind.

Somit ist eine Übertragbarkeit des Projektes zwar möglich und denkbar, jedoch ist hervorzuheben, dass andere benachteiligte Quartiere nicht zwangsläufig die glei-

chen Voraussetzungen haben. Das Projekt müsste an ein anderes Gebiet erst angepasst werden.

Zu beachten ist weiterhin, dass das Projekt in der Lenzsiedlung „semiprofessionell“ durchgeführt worden ist, das heißt, der Ansatz war klein, der Gesundheitsscout war eine Studentin, keine vollständig ausgebildete Person. Es wurden 15 Euro in der Stunde bezahlt bei sechs Stunden in der Woche. Das Projekt wurde quasi als Experiment durchgeführt, um heraus zu finden, ob und wie es funktionieren kann. Bei einer möglichen Übertragung des Projektes in ein anderes Quartier ist dieser experimentelle Charakter des Projektes in der Lenzsiedlung zu beachten.

Das Projekt sollte bei einer Übertragung professionalisiert werden. Eine vollständig ausgebildete Person, die als Gesundheitsscout tätig ist, mit einem entsprechenden Stundenlohn und einer höheren Stundenanzahl ist denkbar und sinnvoll, um einen stabilen Kontakt zur Bewohnerschaft aufbauen und so möglichst viele Ziele nachhaltig erreichen zu können.

6.4.4 Qualifizierung für die Good Practice Datenbank

Die Kriterien der Good Practice Datenbank sollen eine Art Leitlinie sein, an die sich Projekte halten sollen, um wirksam zu sein und ein Gefühl der Sicherheit bei den Ausführenden herbeizuführen. Andererseits sind die Kriterien ein Bewertungsinstrument für Projekte, die in der Good Practice Datenbank gesammelt werden, und tragen so zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung bei (vgl. BZgA, 2011. S. 13-16).

Im Folgenden werden die zwölf Kriterien vorgesehlt. Parallel wird überprüft, welche der zwölf Kriterien auf das Projekt „Gesundheitsscout“ zutreffen.

1. Konzeption, Selbstverständnis

Das Projekt und dessen Ziele weisen einen Zusammenhang zur Gesundheitsförderung und Prävention auf. Wird dies nicht genau benannt, kann rückwirkend ein Bezug hergestellt werden, da viele Determinanten der Gesundheit indirekt einen Einfluss auf Gesundheit haben. Das Konzept muss insgesamt darauf ausgerichtet sein, dass durch die Durchführung des Projektes gesundheitliche Ungleichheit verringert wird (vgl. BZgA, 2011. S. 16).

2. Zielgruppe

Das Projekt richtet sich an sozial Benachteiligte, diese werden nach bestimmten Merkmalen definiert (vgl. BZgA, 2011. S. 566), oder an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die mit sozial Benachteiligten arbeiten.

Diese ersten beiden Kriterien sind sogenannte „Einschlusskriterien“. Das heißt, diese beiden Kriterien müssen von einem Projekt erfüllt werden, damit es als ein Good Practice Projekt betitelt werden kann. Die weiteren Kriterien sind „Auswahlkriterien“. Von diesen muss mindestens ein weiteres optimalerweise aber drei weitere Kriterien erfüllt werden (vgl. BZgA, 2011. S. 22).

Die Expertinnen und Experten:

Das erste Kriterium „Konzeption“ wird erfüllt, da das Projekt „Gesundheits-scout“ zum einen ein Teil des Präventionsprogramms „Lenzgesund“ ist, zum anderen sind die Ziele des Projektes auf Gesundheitsförderung und die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit ausgerichtet.

Die Zielgruppe sind die Bewohnerinnen und Bewohner der Lenzsiedlung, die insgesamt als sozial benachteiligt definiert werden können.

3. Innovation und Nachhaltigkeit

Beurteilt wird, ob ein Projekt innovativen Charakter hat, ob neue Problemlösungen durch Anwendung neuartiger Ideen oder Methoden vorgeschlagen werden (vgl. BZgA, 2011. S. 559) und ob das Projekt kontinuierlich ist, Gesundheitsförderung über einen längeren Zeitraum stattfindet. Anschließend wird die Nachhaltigkeit berücksichtigt, also ob erfolgreiche Angebotsstrukturen weitergeführt und/ oder die Wirkung bei sozial Benachteiligten lang anhaltend ist, das heißt auch nach Beendigung des Projektes noch bestehen (vgl. BZgA, 2011. S. 560).

Die Expertinnen und Experten:

Das Projekt gilt als Innovation, da es für die Lenzsiedlung eine neue Methode ist, um an die Bewohnerschaft heranzutreten. Die Kontinuität des Projektes wird in Zukunft gewährleistet sein, da das Gesundheitsamt beschlossen hat, das Projekt für voraussichtlich weitere fünf Jahre mit einem bestimmten Budget zu finanzieren. Da der Gesundheitsscout Vorort arbeitet und so die Möglichkeit hat, ständig im Kontakt zur Bewohnerschaft zu stehen, ist es weiterhin gewährleistet, dass Angebote kontinuierlich neu- oder weiterentwickelt werden können. Nachhaltigkeit wird in diesem Zusammenhang gefördert, jedoch kann erst in einigen Jahren eine eindeutige Aussage zur Nachhaltigkeit getroffen werden.

4. Multiplikatorenkonzept

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Personen verschiedener Einrichtungen, die zur Gesundheitsförderung/ Prävention beitragen (vgl. BZgA, 2011. S. 559)) sind in das Projekt eingebunden.

Die Expertinnen und Experten:

Das Multiplikatorenkonzept wurde bei dem Projekt „Gesundheitsscout“ nicht berücksichtigt.

5. Niedrigschwellige Arbeitsweise

Der Aufbau des Projektes erlaubt es den Durchführenden auf die sozial Benachteiligten zuzugehen, mit ihnen Kontakt aufzunehmen und sie eventuell zu begleiten. Das Projekt weist vordergründig keine „Kommstruktur“ auf (vgl. BZgA, 2011. S. 560).

Die Expertinnen und Experten:

Der Gesundheitsscout hat eine niedrigschwellige Arbeitsweise, Teil seiner Aufgabe ist es, auf die Bewohnerschaft und die Einrichtungen der Lenzsiedlung zu zugehen und Kontakt aufzunehmen. Es besteht vordergründig keine „Kommstruktur“.

6. Partizipation

Das Projekt bietet verschiedene Möglichkeiten für sozial Benachteiligte sich bei Entscheidungen, bei der Planung und Umsetzung von Angeboten zu beteiligen und Wünsche sowie Kritik zu äußern (vgl. BZgA, 2011. S. 561).

Die Expertinnen und Experten:

Bei diesem Kriterium sind sich die Expertinnen und Experten nicht einig. Ein Experte ist der Meinung, dass durch die Arbeit des Gesundheitsscouts die Partizipation der Bewohnerschaft der Lenzsiedlung nur sehr gering gesteigert worden ist. Andere Experten sind der Überzeugung, dass durch das Projekt die Partizipation der Bewohnerschaft erhöht worden ist, da sie ihre Wünsche äußern konnten und an der Planung und Umsetzung neuer Angebote beteiligt werden konnten.

7. Empowerment

Durch das Projekt werden sozial Benachteiligte ermutigt und befähigt ihre Ressourcen und Fähigkeiten zu nutzen, um mehr Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit zu haben (vgl. BZgA, 2011. S. 552).

Die Expertinnen und Experten:

Das Projekt trägt zum Empowerment der Bewohnerinnen und Bewohnern bei. Der Gesundheitsscout hat individuellen Kontakt und kann Einzelne ermutigen und befähigen Ressourcen zu nutzen und selbstbestimmter zu leben. Der Bauchtanzkurs ist dafür ein Beispiel. Die Frauen wurden durch den Gesundheitsscout ermutigt und befähigt, sodass sie nach einiger Zeit den Kurs eigenständig organisieren konnten.

8. Settingansatz

Ein Setting ist ein begrenzter sozialer Raum. Der Settingansatz hat zum Ziel sowohl das Gesundheitsverhalten der einzelnen Menschen in diesem Raum als auch die strukturellen Bedingungen zu verbessern (vgl. BZgA, 2011. S. 563).

Die Expertinnen und Experten:

Beim Kriterium „Setting“ waren sich die Expertinnen und Experten ebenfalls nicht ganz einig, allerdings wird betont, dass das Projekt „Gesundheitsscout“ nur in einem Setting funktionieren kann. Der Gesundheitsscout ist in einem begrenzten sozialen Raum (Lenzsiedlung) tätig und das Ziel des Projektes ist, sowohl die Verbesserung der Gesundheit der Menschen als auch eine Verbesserung der Strukturen im Quartier. (Außerdem wurde der Settingansatz durch das Konzept vorausgesetzt.)

9. Integriertes Handlungskonzept/ Vernetzung

Bei der Durchführung des Projektes werden alle Akteure, die für die Planung und Umsetzung nötig sind, berücksichtigt, eine Zusammenarbeit wird gefördert und Netzwerkstrukturen werden aufgebaut. Wichtig sind Kommunikation und Koordination unter den Akteuren, um gemeinsam Lösungen zu schaffen (vgl. BZgA, 2011. S. 558)

Die Expertinnen und Experten:

Das Projekt „Gesundheitsscout“ hat ein integriertes Handlungskonzept. Eine fachübergreifende Zusammenarbeit und Ressourcenbündelung fand statt, indem der Gesundheitsscout viele Kontakte zu verschiedenen Einrichtungen hatte und Kooperationen eingehen konnte. Weiterhin traf sich der Runde Tisch „Lenzgesund“, der eine Art „Vernetzungsgremium“ darstellt. Es fand eine regelmäßige Kommunikation statt.

10. Qualitätsmanagement/ Qualitätsentwicklung

Während des Projektes wird ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess angestrebt, um die Qualität des Projektes zu sichern und somit mehr zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten beizutragen (vgl. BZgA, 2011. S. 562).

Die Expertinnen und Experten:

Beim Kriterium „Qualitätsmanagement/ Qualitätsentwicklung“ sind sich die Experten insofern nicht einig, als dass durch die Treffen mit dem Gesundheitsteam zwar ein Qualitätsmanagement vorgesehen war, allerdings war ein Experte der Meinung, dass es dem Gesundheitsteam nicht gelungen ist, einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu ermöglichen. Ein anderer Experte sieht das Gesundheitsteam und die erste Bachelorarbeit- die Evaluation der ersten Phase des Projektes- als Teil des Qualitätsmanagements und der Qualitätsentwicklung.

11. Dokumentation und Evaluation

Während des Projektes findet eine Dokumentation wichtiger Ereignisse und Daten statt. Die Evaluation kann während des Projektes und/oder nach Beendigung des Projektes stattfinden. Auf dieser Grundlage können wissenschaftliche Aussagen über das Projekt getroffen werden (vgl. BZgA, 2011. S. 553).

Die Expertinnen und Experten:

Dokumentation fand während des Projektes durch den Gesundheitsscout statt. Die Evaluation wird durch zwei Bachelorarbeiten gewährleistet.

12. Kosten-Nutzen-Relation

Der Nutzen, der durch das Projekt entstanden ist, ist möglichst höher als die Kosten, die durch das Projekt entstanden sind (vgl. BZgA, 2011. S. 558).

Die Expertinnen und Experten:

Eine Kosten-Nutzen-Relation wurde und kann bei diesem Projekt nicht durchgeführt werden. Dementsprechend wird dieses Kriterium nicht erfüllt. Nach der subjektiven Meinung der Expertinnen und Experten ist der Nutzen, den die Bewohnerschaft der Lenzsiedlung durch das Projekt gewonnen hat, deutlich höher als die Kosten, die durch das Projekt entstanden sind.

Das Projekt „Gesundheitsscout“ erfüllt die zwei Einschlusskriterien und des Weiteren insgesamt mehr als drei der Auswahlkriterien. Besonders hervorzuheben sind folgende Kriterien, denn diese werden eindeutig erfüllt:

- niedrighschwellige Arbeitsweise
- Empowerment
- Settingansatz
- Integriertes Handlungskonzept/ Vernetzung
- Dokumentation und Evaluation

Es wurden drei der fünf Expertinnen und Experten zur Qualifizierung für die Good Practice Datenbank befragt. Alle sind der Meinung, dass das Projekt „Gesundheitsscout“ in die Good Practice Datenbank aufgenommen werden sollte.

Ein Experte erklärt, dass in Zukunft das Projekt „Gesundheitsscout“ als mögliches Good Practice Projekt bei der Good Practice Datenbank vorgestellt werden soll.

6.4.5 Profil eines perfekten Gesundheitsscouts

Im Folgenden werden Voraussetzungen beschrieben, die einen Gesundheitsscout „perfekt“ machen, beziehungsweise die eine Person qualifizieren, ein Gesundheitsscout sein zu können. Diese Voraussetzungen sind zu beachten, da die erste Phase des Projektes „Gesundheitsscout“ gezeigt hat, dass eine Person, die keine oder nur wenige der folgenden Voraussetzungen besitzt, das Projekt zum Scheitern bringen kann.

Fachliche Voraussetzungen

Der Gesundheitsscout...

- ...verfügt über eine sozialpädagogische Ausbildung mit Schwerpunkt Gesundheit beziehungsweise Gesundheitsförderung.
Eine Person mit einem Abschluss in Gesundheitswissenschaften wäre denkbar, so ein Experte, allerdings müsste der Schwerpunkt dann auf der Gemeinwesenarbeit liegen. Es sind verschiedene Professionen denkbar, wichtig ist, dass Themen wie Gesundheitspolitik, Gesundheit im Quartier, Gemeinwesen und Gesundheitsförderung abgedeckt werden.
- ...hat in diesem Zusammenhang Wissen über gesundes Verhalten, wie gesunde Ernährung.
- ...verfügt über historisches und gesellschaftliches Hintergrundwissen, dies beinhaltet Wissen über die Entstehung und Funktion des Gesundheitswesens und der Gesundheitspolitik.
- ...hat Wissen über Selbsthilfe.
- ...kennt sich im Quartier aus.
- ...sollte Einrichtungen (deren Funktion und Aufgaben) kennen, die er für seine Arbeit braucht.
- ... sollte die Angebote kennen, die in der Lenzsiedlung und eventuell in der Umgebung stattfinden.
- ... sollte kontinuierlich arbeiten können, dies ist für Bewohnerinnen und Bewohner sozial benachteiligter Stadtteile besonders wichtig, so der Gesundheitsscout.
- ... sollte seine schriftliche Arbeit regelmäßig und ordentlich dokumentiert.

Eine Person, die Gesundheitsscout werden möchte, sollte über diese fachlichen Voraussetzungen verfügen. Das Wissen über allgemeine Themenbereiche, die mit Gesundheit zu tun haben, und über das Quartier sollte vorhanden sein.

Persönliche Voraussetzungen:

Der Gesundheitsscout...

- ...sollte die Bewohnerschaft akzeptieren und respektvoll mit ihr umgehen.
- ...sollte mit unterschiedlichen Menschen Kontakt aufnehmen können, keine Berührungängste haben.
- ...sollte einfühlsam und emphatisch mit Menschen umgehen können.

- ... sollte offen mit Menschen kommunizieren können, dabei aber immer eine professionelle Distanz halten können, sodass persönliche Kommunikation zur Bewohnerschaft als berufliche Tätigkeit sichtbar bleibt.
→ Der Gesundheitsscout darf keine persönlichen Beziehungen aufbauen.
- ... sollte es ertragen können, dass es Menschen gibt, die ihn nicht mögen und das Projekt nicht nutzen.
- ... sollte über Situationen reflektieren können.
- ... sollte bereits eine gewisse Lebenserfahrung haben (durch das Alter oder durch persönliche Erfahrungen) und dadurch auch ein gutes Menschenbild.
- ... sollte authentisch sein und das, was er tut, wollen und ernst meinen.
- ... sollte vertrauenswürdig sein und vertraulich mit den Menschen umgehen.
- ... sollte die Menschen ernst nehmen und sie wertschätzen.
- ... sollte sein Thema nach außen darstellen und vertreten können.
- ... sollte bereit sein, andere nach Hilfe zu fragen und nicht selbst alle Probleme lösen wollen.
- ... sollte in einem Netzwerk arbeiten und kooperieren können.
- ... sollte nach einem Konzept arbeiten können, dass eventuell andere aufgestellt haben.
- ... sollte die Supervision akzeptieren und Vorschläge und Kritik zulassen.
- ... sollte Gruppen zusammenführen können, Menschen zu Angeboten führen und aus vielen Eigeninteressen ein gemeinsames Interesse schaffen können.
- ... darf nicht aus seiner Selbstwillen handeln.

Die persönlichen Voraussetzungen sind sehr umfassend, der Gesundheitsscout muss sehr viele Umgangsweisen mit Menschen beachten, sollte emphatisch sein und dennoch stets professionell und mit einem gewissen Abstand zu den Menschen arbeiten können.

Alles in allem ist das Profil eines perfekten Gesundheitsscouts sehr umfangreich. Dennoch zeigte die zweite Phase des Projektes, dass es möglich ist, eine solche Person, die sehr viele der genannten Punkte erfüllt, zu finden und so ein erfolgreiches Projekt durchzuführen.

Die vorgestellten Ergebnisse zeigen, dass die Ziele der Evaluation erreicht werden konnten. Das Konzept hat sich als ein gutes und praktikables Konzept erwiesen und durch die Arbeit des Gesundheitsscouts konnten viele Angebote entstehen.

Die Evaluation der Durchführung hat ergeben, dass das Projekt auf andere Quartiere übertragen werden kann, wobei immer förderliche sowie hinderliche Faktoren beachtet werden müssen. Die Aufnahme des Projektes in die Good Practice Datenbank ist empfehlenswert. Das Profil eines perfekten Gesundheitsscouts ist bei einer neuen Durchführung des Projektes zu beachten.

Im Folgenden werden Handlungsempfehlungen und ein Fazit zu dieser Bachelorarbeit vorgestellt.

7. Handlungsempfehlungen und Fazit

Das Projekt „Gesundheitsscout“ war ein Pilotversuch in einem benachteiligten Quartier Hamburgs. Das Projekt hat die Prinzipien der Gesundheitsförderung beachtet, die von Franzkowiak und Sabo (1993, S.24) in Kapitel 3.2 vorgestellt werden.

- Das Projekt hatte alle Bewohnerinnen und Bewohner der Lenzsiedlung zur Zielgruppe.
- Bedingungen und Ursachen von Gesundheit sollten beeinflusst werden, zum Beispiel hat der Gesundheitsscout gezielt versucht dem Bewegungsmangel bei Kindern, aber auch bei Erwachsenen, entgegenzuwirken.
- Der Gesundheitsscout hat verschiedene Maßnahmen durchgeführt, um die Gesundheit der Bewohnerschaft zu fördern. Zum Beispiel hat der Gesundheitsscout Kurse organisiert, Referenten eingeladen, aber auch persönlich mit den Menschen über Probleme gesprochen.
- Der Gesundheitsscout versuchte die Partizipation der Öffentlichkeit, also der Bewohnerinnen und Bewohner, zu fördern, indem er sie nach ihrer Meinung und nach ihren Wünschen gefragt hat und ihnen die Möglichkeit gegeben hat, selbst aktiv zu werden.
- Der Gesundheitsscout kam nicht aus dem medizinischen sondern aus dem Sozialbereich, hatte ein fast abgeschlossenes Sozialpädagogikstudium.

Das Konzept berücksichtigt die Aspekte des Settingansatzes. Für die Lenzsiedlung ist es ein innovatives Projekt, denn eine solche Herangehensweise fand zuvor nicht statt. Die Ziele, die für das Projekt formuliert worden sind, konnten eingehalten werden. Dies zeigt zum einen, dass der Gesundheitsscout durch seine niedrigschwellige Arbeitsweise viel erreichen konnte, zum anderen, dass das Konzept sehr gut durchführbar ist. Die Bewohnerschaft der Lenzsiedlung ist am besten durch Mund-zu-Mund Propaganda zu erreichen, dies haben die Expertinnen und Experten in den Interviews betont. Der Gesundheitsscout setzte genau da an, er suchte die persönliche Kommunikation zu den Bewohnerinnen und Bewohnern und sprach sie persönlich an. Genau dieser Aspekt ist ein Grund für den Erfolg des Projektes.

Die Person, die als Gesundheitsscout tätig war, wird noch Monate nach Beendigung des Projektes als Gesundheitsscout angesprochen. Dies zeigt, dass das Projekt nachhaltig sein kann und darüber hinaus, dass das Projekt wichtig und nötig für die Bewohnerschaft der Lenzsiedlung war. Somit ist die erste Handlungsempfehlung dieser Bachelorarbeit

- Das Projekt „Gesundheitsscout“ sollte weiterhin in der Lenzsiedlung durchgeführt werden, denn die Nachfrage besteht. Weiterhin ist es sinnvoll, wenn der Gesundheitsscout dann an einigen Kursen sporadisch teilnimmt, denn das steigerte die Motivation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Allerdings haben sich Grenzen des Projektes „Gesundheitsscout“ aufgezeigt. Der Gesundheitsscout hat zwar die Ziele des Konzeptes erreicht, doch gerade durch die Analyse der Logbücher ist deutlich geworden, dass der Gesundheitsscout überwiegend Kontakt zu Frauen hatte¹⁸.

Dies kann unterschiedliche Gründe haben, unter anderem:

- Frauen sind eventuell kommunikativer.
- Frauen sind tagsüber in der Lenzsiedlung eher auf der Straße anzutreffen, da sie weniger arbeiten als Männer (siehe Abbildung im Anhang 5).
- Männer haben scheinbar keinen Bedarf.
- Der weibliche Gesundheitsscout kann nur überwiegend Frauen erreichen besonders in einer Bewohnerschaft mit vielen Migranten. Männer möchten eventuell eher keine Unterstützung/Beratung von einer Frau.
- Der weibliche Gesundheitsscout selbst hat eventuell eher die Neigung Frauen anzusprechen.

Es stellt sich die Frage, in wie weit das Geschlecht einer Person im Konzept beachtet werden muss. Die zweite Handlungsempfehlung lautet deshalb:

¹⁸ In den Logbüchern wurden folgende Kontakte genannt: 34x zu Frauen, 5x zu Männer, 7x ohne Angabe des Geschlechtes (zum Beispiel Familie)

- Vor dem Start eines solchen Projektes sollte stets untersucht werden, was die besonderen Kennzeichen der Bewohnerschaft eines Quartiers sind und ob Defizite in bestimmten Bereichen zu verzeichnen sind. Dann kann entschieden werden, ob ein weiblicher oder ein männlicher Gesundheitsscout tätig werden muss.

Dies wurde bei dem Projekt in der Lenzsiedlung zwar nicht explizit bedacht, da in der Lenzsiedlung aber mehr Frauen ohne Arbeit sind (bessere Erreichbarkeit) als Männer und der Gesundheitsscout nur wenige Stunden zur Verfügung hatte, so dass er nach eigenen Angaben nicht noch mehr Bewohnerinnen und Bewohner hätte ansprechen können, war der Einsatz eines weibliche Gesundheitsscouts richtig und hat zum Erfolg des Projektes beigetragen.

Alle Expertinnen und Experten äußerten sich sehr positiv über das Projekt. Die sehr positive Bilanz nach Beendigung des Projektes hängt eindeutig mit der Person und dem Quartier zusammen. Wie in den Ergebnissen vorgestellt, nennen die Expertinnen und Experten sowohl bezüglich der Person des Gesundheitsscouts als auch bezüglich des Quartiers, der Lenzsiedlung, deutlich mehr förderliche als hinderliche Faktoren. Die Lenzsiedlung ist ein besonderes Quartier, da in diesem Quartier schon sehr viele Maßnahmen stattgefunden haben und Strukturen bestehen, die in anderen Quartieren in diesem Ausmaß nicht unbedingt vorhanden sind. Das Quartier spielt demzufolge eine sehr wichtige Rolle für ein solches Projekt. Allerdings zeigte besonders die erste Phase des Projektes, in welcher eine andere Person als Gesundheitsscout tätig war, dass die Person ebenfalls eine sehr große, sogar die größere Rolle spielt. Die erste Phase des Projektes wurde von den Expertinnen und Experten als gescheitert angesehen, die vorgegebenen Ziele konnten nicht erreicht werden. Nach dem Personalwechsel wurden deutlich mehr Ziele erreicht und ein großer Nutzen für die Bewohnerinnen und Bewohner der Lenzsiedlung wurde sichtbar. Aufgrund dessen lautet die folgende Handlungsempfehlung:

- Bei einer Übertragung des Projektes in ein anderes Quartier ist es zwar wichtig, dass das Quartier über gewisse Strukturen verfügt, damit der Gesundheitsscout eine Vernetzung und Anbindung haben kann, aber die Person des Gesundheitsscouts muss mit viel Bedacht ausgewählt werden. Es müssen- wie zuvor beschrieben- lokalspezifische Merkmale, aber auch die persönlichen Eigenschaften der Person des Gesundheitsscouts beachtet werden. In den Ergebnissen wird das Profil eines „perfekten Gesund-

heitsscouts“ vorgestellt. Es ist darauf zu achten, dass eine Person möglichst viele der aufgezählten fachlichen und persönlichen Eigenschaften besitzt.

Ein wichtiger Aspekt, den alle Expertinnen und Experten sowie der Gesundheitsscout betonen, ist, dass das Projekt „Gesundheitsscout“ sehr stark verbunden war mit Gemeindefarbeit/Gemeinwesenarbeit, beziehungsweise Sozialer Arbeit. In Kapitel 3.2 wird zuvor erwähnt, dass Gesundheitsförderung in Form eines Settingansatzes in einem Quartier sehr viele Parallelen zur Sozialen Arbeit aufweist. Genau diese Schilderung hat das Projekt bestätigt.

Der Gesundheitsscout hat im Interview betont, dass seine Tätigkeit den Aufgaben, die er aus seinem Studium Sozialpädagogik kennt, entsprochen hat, nur das Thema Gesundheitsförderung musste er für sich selbst vertiefen. Der Gesundheitsscout hat die Bewohnerschaft der Lenzsiedlung in Gesundheitsfragen oder Ähnlichem unterstützt und sie motiviert, mit dem Ziel ihre Lebens- und Gesundheitssituation zu verbessern und die Ressourcen, die die Bewohnerinnen und Bewohner haben, zu stärken. Dadurch, dass der Gesundheitsscout die Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner ernst genommen hat und Angebote geschaffen hat, die tatsächlich von der Bewohnerschaft gewünscht waren, hat er es geschafft, sie zur Teilnahme zu befähigen und darüber hinaus, wie das Beispiel des Bauchtanzkurses deutlich macht, Empowerment herzustellen. Dies tat der Gesundheitsscout durch eine niedrigschwellige Arbeitsweise. Die Vernetzungsstrukturen, die in der Lenzsiedlungen bestehen und teilweise durch die Arbeit des Gesundheitsscouts verstärkt worden sind, sind ein förderlicher Aspekt, der ebenfalls von Franzkowiak (2011, S.8) genannt wird. Das Profil des perfekten Gesundheitsscouts, welches in den Ergebnissen vorgestellt wird, enthält die Voraussetzung, dass ein Gesundheitsscout Wissen zur Gesundheitsförderung haben sollte, aber auch über sozial- und gesellschaftswissenschaftliche Kenntnisse verfügt. Somit stellt sich diese Voraussetzung als besonders wichtig heraus.

Weitere Handlungsempfehlungen, die sich aus den Ergebnissen der Evaluation ergeben haben, sind:

- Das Projekt „Gesundheitsscout“ sollte in die Good Practice Datenbank aufgenommen werden. Den Ergebnissen dieser Bachelorarbeit nach zu urteilen, ist die Aufnahme realistisch und das Projekt kann als Good Practice Projekt gelten. Die Einschlusskriterien „Konzeption“ und „Zielgruppe“ und

drüber hinaus mehrere Auswahlkriterien (wie Empowerment) werden erfüllt.

- Als anfänglich problematisch wird der Name „Gesundheitsscout“ genannt. Dieser Name sollte in einem neuen Projekt vielleicht überdacht und neu konzipiert werden. Möglich wäre der Name „Gesundheitslotse“ oder „Gesundheitsvermittler“, wobei die genauen Funktionen einer solchen Person unabhängig vom Namen stets erläutert werden müssten.

Die abschließende Handlungsempfehlung richtet sich an die Evaluation des Projektes:

- Die Evaluation, welche in dieser Bachelorarbeit vorgestellt wird, schließt nur die Expertinnen und Experten des Gesundheitsteams und die Dokumente des Gesundheitsscout ein. Befragungen der Bewohnerinnen und Bewohner oder zum Beispiel verschiedener Kursleiter, die die entstandenen Angebote durchgeführt haben, könnten in einer weiteren Evaluation nachträglich stattfinden oder bei der Durchführung eines neuen Projektes „Gesundheitsscout“ von Anfang eingeschlossen werden, um ein breiteres Meinungsbild zu erhalten.

Abschließend kann das Projekt „Gesundheitsscout“ in der Lenzsiedlung in Hamburg-Lokstedt in der zweiten Phase als eine sehr lohnende und wertvolle Intervention betrachtet werden. Viele Bewohnerinnen und Bewohner haben von dem Projekt profitiert, insbesondere auch dadurch, dass der Gesundheitsscout Angebote schaffen konnte, die für sozialschwächere Menschen finanzierbar oder gar umsonst sind („Kids in die Clubs“). Das Projekt berücksichtigt sowohl die soziale Lage der Bewohnerschaft als auch viele Aspekte der Gesundheitsförderung und Gemeinwesenarbeit/Gemeindearbeit. Dies macht das Projekt so wertvoll und erfolgsversprechend für die Zukunft.

Literaturverzeichnis

- Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt, 2010. RISE: Bestandsicherung und Überleitung. Seite 211. url: <http://www.hamburg.de/contentblob/2675668/data/langfassung.pdf> (Stand: 24.07.2012)
- Böhme, C., Reimann, B., 2012. Gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung: Mehr Gesundheit im Quartier. In: Böhme C., Kliemke, C., Reimann, B., Süß, W. (Herausgeber). Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Verlag Hans Huber. Ort: Bern. Seiten 199-209.
- Bortz, J., Döring, N. 2006. Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Springer Medizin Verlag. Ort: Heidelberg. Seite 97.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (Herausgeber), 2011. Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz- Beispiele- Weiterführende Informationen. Ort: Köln. Seiten 13-22. Seiten 552-566.
- Combat Poverty Agency, 2010. Anti-Poverty Programmes now concluded. url: <http://www.cpa.ie/ourwork/concludedprogrammes.htm#3> (Stand: 24.07.2012)
- Diekmann, A. 2008. Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Rowohlt Taschenbuch Verlag. (19. Auflage). Ort: Reinbek bei Hamburg. Seiten 441, 446- 470.
- Elkeles, T., Mielck, A. 1997. Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. Gesundheitswesen. Seiten 137-143.
- Flick, U., von Kardorff, E., Steinke, I. 2000. Qualitative Forschung- Ein Handbuch. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH. Ort: Reinbek bei Hamburg. Seiten 13-17.
- Flick, U. 2008. Triangulation – Eine Einführung (2. Auflage). VS Verlag für Sozialwissenschaften. Ort: Wiesbaden. Seite 12.
- Franzkowiak, P., Sabo, P. (Hg), 1993. Dokumente der Gesundheitsförderung. Verlag Peter Sabo. Ort: Mainz. Seite 24.

- Franzkowiak, P., 2011. Gesundheitsförderung. In: Bieker, R., Floerecke, P. (Herausgeber). Träger, Arbeitsfelder, Zielgruppen der Sozialen Arbeit. Kohlhammer. Ort: Stuttgart. Seiten 4, 8. url: http://www.fh-koblenz.de/fileadmin/medien/Koblenz/Professoren/PFranzkowiak/franzkowiak_2011_gesundheitsfoerderung__kohlhammer_-_bieker_floerecke_hg_.pdf (Stand: 7.05.2012)
- Fürst, F., Himmelbach, U., Potz, P. 1999. Leitbilder der räumlichen Stadtentwicklung im 20. Jahrhundert – Wege zur Nachhaltigkeit? Institut für Raumplanung, Fakultät Raumplanung, Universität Dortmund. Seiten 49-53. url: <http://www.raumplanung.tu-dortmund.de/irpud/fileadmin/irpud/content/documents/publications/ber41.pdf> (Stand: 24.07.2012)
- Gesundheitliche Chancengleichheit, 2007. Präventionsprogramm Lenzgesund- Vernetzte frühe Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre. url: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?id=main2&idx=2138> (Stand: 24.07.2012)
- Häußermann, H., Siebel, W., 2001. Integration und Segregation – Überlegungen zu einer alten Debatte. In: Deutsche Zeitschrift für Kommunalwissenschaften, Heft 1 (2001). Seiten 68–79. url: http://www.difu.de/system/files/archiv/publikationen/dfk/1_haeussermann.pdf (Stand: 24.07.2012)
- Jansen, R., 2011. Der Gesundheitsscout- Prozessevaluation eines Modellprojekts zur Gesundheitsförderung in der Lenzsiedlung in Hamburg-Lokstedt- Bachelorarbeit.
- Kohler et al., 2007. Beiträge zur Quartiersdiagnose. Kindergesundheit in der Lenzsiedlung. Einschätzungen von Fachleuten- Vorschläge für das Präventionsprogramm „Lenzgesund“
- Mackenbach et al. 2008, Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. In: The new england journal of medicine. 358;23. Seiten 2468-2481. url: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa0707519> (Stand: 24.07.2012)

- Mantell, Dr., J. 2007. Stadtteilbüro Lenzsiedlung der Lawaetz-Stiftung (Herausgeber). Aktive Stadtteilentwicklung in der Lenzsiedlung 2000-2006. Die Lenzsiedlung- die Queen Mary von Eimsbüttel. Seite 4.
- Mayring, P. 2002. Einführung in die qualitative Sozialforschung. Beltz Verlag. Ort: Weinheim und Basel. Seiten 144-148
- Mayring, P. 2010. Qualitative Inhaltsanalyse- Grundlagen und Techniken. 11. Auflage. Beltz Verlag. Ort: Weinheim und Basel. Seiten 116-122
- Mielck, A. 2000. Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Verlag Hans Huber. Ort: Bern. In: Mielck, A. 2005. Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Verlag Hans Huber. Ort: Bern. Seite 53.
- Mielck, A. 2002. Gesundheitliche Ungleichheit: Empfehlungen für Prävention und Gesundheitsförderung. In: Homfeldt HG, Laaser U, Prümel-Philippson U, Robertz-Großmann B, eds. Studienbuch Gesundheit. Soziale Differenz- Strategien- Wissenschaftliche Disziplinen. Luchterhand Verlag. Ort: Neuwied. Seiten 45-63.
- Mielck, A., 2003. Projekte für mehr gesundheitliche Chancengleichheit: Bei welchen Bevölkerungsgruppen ist der Bedarf besonders groß? In: Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte- Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure. Band 22. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Herausgeber) Ort: Köln. Seiten 10 -19. url: http://www.kinderumweltgesundheit.de/index2/pdf/aktuelles/10117_2.pdf#page=12 (Stand: 24.07.2012)
- Mossakowski et al., 2006. Quartiersdiagnose. Lenzgesund- mehr Gesundheit im Quartier. Daten und Ansätze zur Gesundheitsförderung in der Lenzsiedlung in Hamburg-Eimsbüttel
- NADA-Deutsche Sektion e.V., 2012. url: <http://www.nada-akupunktur.de/> (Stand: 20.07.2012)
- Richter, M., Mielck, A., 2000. Strukturelle und verhaltensbezogene Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit. In: Journal of Public Health. Vol. 8, Nr. 3 (2000). Seiten 198-215. url:

<http://www.springerlink.com/content/x4n5m4812565q051/fulltext.pdf>
(Stand: 12.6.2012)

- Richter, M., Hurrelmann, K., 2006. Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. In: Richter M, Hurrelmann K (Herausgeber): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden. Seiten 11-31. url:
<http://www.springerlink.com/content/hp4375t8j2ku8178/fulltext.pdf> (Stand: 05.06.2012)
- Stadtportal Hamburg, 2009. Hamburg. Deine Perle. url:
<http://www.hamburg.de/pressearchiv-fhh/1614856/2009-07-21-bsu-hamburg-perlen.html> (Stand: 24.07.2012)
- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2010. (Exceldatei).
- Statistisches Bundesamt, 2011. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus. Fachserie 1 Reihe 2.2. Ort: Wiesbaden. Seite 385. url:
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220107004.pdf?__blob=publicationFile . (Stand: 24.07.2012)
- Steinke, I., 2000. Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U., von Kardorff, E., Steinke, I. (Herausgeber) 2000. Qualitative Forschung- Ein Handbuch. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH. Ort: Reinbek bei Hamburg. Seiten 319-331.
- Stockmann, 2004. Was ist eine gute Evaluation?- Einführung zu Funktion und Methoden von Evaluationsverfahren. Centrum für Evaluation. Universität des Saarlandes. Seiten 3-5 url:
http://www.ceval.de/typo3/fileadmin/user_upload/PDFs/workpaper9.pdf
(Stand: 24.07.2012)
- Süß, W. 2006. Daten für Taten und das Präventionsprogramm „Lenzgesund“. In: Mossakowski et al., 2006. Quartiersdiagnose. Lenzgesund- mehr Gesundheit im Quartier. Daten und Ansätze zur Gesundheitsförderung in der Lenzsiedlung in Hamburg-Eimsbüttel. Seiten 3-5.

- Vogt, A. 2005. Jahresbericht 2004/2005 des Bezirksamtes Eimsbüttel über den Stand der Umsetzung des Programms in den Gebieten: Lenzsiedlung-Schnelsen-Süd- Eidelstedt-Nord- Linse. Seite 34. url: <http://www.hamburg.de/contentblob/80826/data/jahresbericht2004-2005.pdf> (Stand: 24.07.2012)
- Waller, H. 2006. Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. W. Kohlhammer GmbH. Ort: Stuttgart. Seiten 36, 90, 156, 170.

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Eigene Berechnungen zur Tabelle 1

Anhang 2: Konkrete Aufgaben des Gesundheitsscouts in der zweiten Phase des Projektes

Anhang 3: Fragen für die Leitfadeninterviews

Anhang 4: Aufbau eines Logbuches des Gesundheitsscouts

Anhang 5: Abbildung über den Anteil sozialversicherungspflichtiger Beschäftigter zwischen 15 und 65 Jahre in Prozent nach Geschlecht in 2010

Anhänge auf CD:

Anhang I: Abgleich zwischen den wichtigen Merkmale nach Böhme und Reimann (2012, S. 199-209) für einen erfolgreichen Settingansatz und dem, was in der Lenzsiedlung stattgefunden hat

Anhang II: Gütekriterien qualitativer Forschung nach Steinke

Anhang III: Erstellung der Leitfragebögen und die Interviewsituation

Anhang IV: Leitfäden für die jeweiligen Experten

Anhang V: Tabelle mit Angaben zu den einzelnen Interviews

Anhang VI: Analyse des Ausgangsmaterials nach Mayring (2010)

Alle Experteninterviews, Transkripte sowie Dokumente des Gesundheitsscouts sind ebenfalls auf der CD

Anhang 1: Eigene Berechnung zur Tabelle 1 „Altersstruktur der Bevölkerung nach Altersgruppen in Prozent in 2010“

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2010) hat folgende Daten zur Verfügung gestellt:

	Lenzsiedlung	Lokstedt	Bezirk Eimsbüttel	Hamburg
0 bis unter 18	833	3695	34 537	270 561
18 bis unter 65	1833	15806	161713	1130822
65 und älter	374	5 502	47 245	331 877
insgesamt	3040	25 003	243 495	1 733 260

Ausgehend von diesen Daten wurden Tabelle 1 errechnet, die die Altersgruppen in Prozenten wiedergibt.

Anhang 2: Konkrete Aufgaben des Gesundheitsscouts in der zweiten Phase des Projektes

<ul style="list-style-type: none">• Gesundheitsberichte lesen und über vorhandene Strukturen und Angebote informieren
<ul style="list-style-type: none">• Flyer und Bericht über GS in der Lenz Live; Flyer und Artikel
<ul style="list-style-type: none">• Telefonsprechstunde durchführen
<ul style="list-style-type: none">• Laufende Angebote aufsuchen, Gesundheitsthemen ansprechen, Zugang zur Zielgruppe bekommen
<ul style="list-style-type: none">• Berichterstattung: Logbücher, Berichte
<ul style="list-style-type: none">• Als Ansprechpartner für weitere Akteure fungieren, auch beratende Funktion
<ul style="list-style-type: none">• Veranstaltungen entwickeln und Durchführen
<ul style="list-style-type: none">• Einzelnen Familien helfen, wenn nötig; Zahl der Familien, Überleitung an andere Einrichtungen
<ul style="list-style-type: none">• Experten einbinden; Veranstaltungen mit Experten

Anhang 3: Fragen für die Leitfadeninterviews

(Für die jeweiligen Experteninterviews wurden Leitfragenbögen aus diesen Fragen zusammengestellt. Die einzelnen Leitfragebögen können auf der CD eingesehen werden)

Eisbrecherfrage

- Nachdem nun das Projekt GS beendet wurde, können Sie mir sagen, was Ihre persönliche Meinung zu dieser Intervention ist? Was ist das Innovative daran?
- Wie kam es zu der Idee, ein solches Projekt zu initiieren? Was waren die Beweggründe?
 - Wurde der Bedarf ermittelt? Wie wurden die Bedürfnisse der Zielgruppe erfasst? Gab es Vorerfahrungen aus anderen Projekten, die berücksichtigt worden sind? Wissenschaftliche Grundlage vorhanden? (Planungsqualität)

Themenblock 1

- allgemein: Was hat sich Ihrer Meinung nach durch das Projekt GS verändert?
- genauer → Ihrer Meinung nach, ...:
 - Waren die Bewohner ausreichend über das Angebot GS informiert? Was wurde getan dafür?
→ Infos über GS
 - Wurde der GS als Angebot gut genutzt bzw. akzeptiert?
 - Gab es Probleme durch den Personalwechsel?
 - Wenn Sie den „alten“ und den „neuen“ GS vergleichen, was sind die Unterschiede?
 - Ist die Beteiligung der Bewohner an der Angebotsentwicklung in der Lenzsiedlung gestiegen? Sind die Bewohner stärker in die Projekte eingebunden?
 - Ist die Nutzung der Angebote gestiegen?
→ Partizipation und Nutzung
 - Konnte auf die Wünsche der Bewohner eingegangen werden?
 - *Wie sahen die Wünsche der Bewohner aus (Beispiele)?*

- *Gab es eher Wünsche bezüglich des Themas „Gesundheit“, also zum Beispiel Wünsche zur gesundheitlichen Versorgung, oder ging es auch um Themen, die nicht in erster Linie mit Gesundheit verbunden waren (wie z. B. Beruf, Schule usw.)*
- Konnten Versorgungsdefizite erkannt und behoben werden? (eventuell auch durch Weiterentwicklung der Angebote, nicht nur durch die Einführung neuer Angebote)

→ Nachfrage ermitteln

- Konnte Gesundheitsthemen in bestehende Angebote integriert werden?

→ Gesundheitsthemen integrieren

- Konnte der GS die Bewohner ausreichend informieren, unterstützen und eventuell begleiten in Einzelfällen? Ist die Lotsenfunktion erfüllt worden?

→ Informieren, Unterstützen, Begleiten

- Konnten Veranstaltungen, die mit Gesundheit verbunden sind, durch den GS organisiert und durchgeführt werden?

→ Veranstaltungen organisieren

- Sind im Laufe des Projektes neue Ziele definiert worden, die zuvor nicht berücksichtigt worden sind?

Themenblock 2

- Wie bewerten Sie rückblickend die Arbeit zwischen dem GS und dem GT?
- Ist eine solche Zusammenarbeit sinnvoll/ förderlich für das Projekt GS?
- Welche Probleme traten bei der Zusammenarbeit auf?
- Was war besonders gut?

Themenblock 3

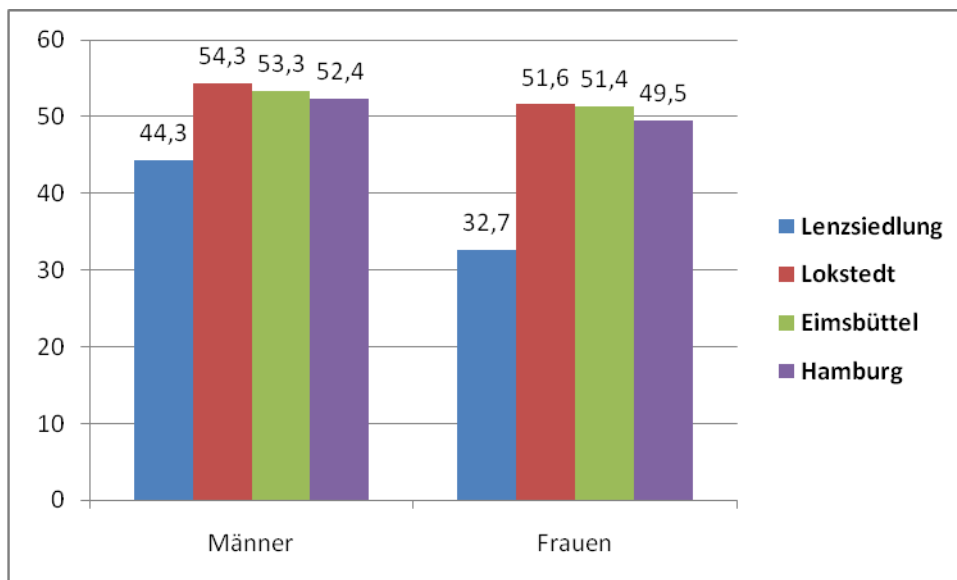
- Ist es sinnvoll, das Projekt GS weiterzuentwickeln und in Zukunft dauerhaft einzusetzen? (Bzw. ist es möglich, das Projekt auf andere benachteiligte Quartiere zu übertragen)
 - Transfer/ Übertragbarkeit des Projektes
- Was sind Ihrer Meinung nach förderliche Faktoren für ein solches Projekt (bezogen auf den GS als Person, aber auch das Quartier)?

- Was sind hinderliche Faktoren?
- Würden Sie sagen, das Projekt GS wäre so ausgearbeitet, dass es in die Good Practice Datenbank aufgenommen werden könnte? Oder muss noch etwas an dem Konzept optimiert werden? Welche drei der zwölf Kriterien werden besonders ausreichend erfüllt?
→ *Liste mit Kriterien zeigen*
- Wie sollte der „Perfekte GS“ Ihrer Meinung nach sein? Was sind die optimalen fachlichen aber auch persönlichen Voraussetzungen?
- Gibt es etwas, das Sie hinzufügen möchten/ was noch erwähnt werden muss?

Anhang 4: Aufbau eines Logbuches des Gesundheitsscouts

Datum:
Uhrzeit:
Dauer des Besuches:
Kontakt über:
Angebot/ Veranstaltung/ Aktion:
Anzahl der Teilnehmer:
Tätigkeiten des Gesundheitsscout:
Anliegen von Teilnehmer/innen oder Kursleitung:
Anmerkungen des Gesundheitsscouts:

Anhang 5: Abbildung über den Anteil sozialversicherungspflichtiger Beschäftigter zwischen 15 und 65 Jahre in Prozent nach Geschlecht in 2010



Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2010

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quellen kenntlich gemacht.

Hamburg, den 2.08.2012

O. Herrlein

Olga Herrlein