



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences
Studiengang Gesundheitswissenschaften

Bachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Sciences (B.Sc.)

Gesundheitliche Chancengleichheit durch Stadtteilentwicklung

Evaluation der Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung in ausgewählten sozial benachteiligten Hamburger Stadtteilen

Vorgelegt von

Frau Beata Ockert

Matrikelnummer: 1999128

Hamburg, den 21. Juli 2014

Gutachterin:

Frau Profⁱⁿ. Drⁱⁿ. Christine Färber

Gutachterin:

Frau Dipl. Gesundheitswirtin Wiebke Bendt

Vorwort

In der Gesundheitsförderung geht es auch um die Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit sozial benachteiligter Menschen im Setting Stadtteil. Dies kann aber nur erfolgreich umgesetzt werden, wenn die beteiligten Einrichtungen bzw. ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gesundheitsfördernde Strukturen für die Vorgehensweise genau kennen und ihnen Ressourcen für die Umsetzung zur Verfügung stehen.

Dieser Themenkomplex hat mein Interesse geweckt, daher absolvierte ich im Rahmen meines Studiums Gesundheitswissenschaften ein Praxissemester in der Fachabteilung Gesundheitsdaten und Gesundheitsförderung, Abteilung Gesundheit der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz. Diese Fachabteilung befasst sich neben der Erstellung von Gesundheitsberichten mit der Entwicklung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Vernetzung von Angeboten. Hier bin ich auch auf die Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung aufmerksam geworden.

An dieser Stelle bedanke ich mich ganz herzlich bei meiner Praktikumsbetreuerin Frau Christiane Färber für ihre Ermutigung meine Bachelorarbeit über die Koordinierungsbausteine zu verfassen sowie für ihre fachliche Unterstützung. Sie hat mich in das Modellprojekt der Koordinierungsbausteine eingeführt und auch den Kontakt zu den mitwirkenden und verantwortlichen Akteuren der Koordinierungsbausteine hergestellt. Hierbei danke ich ganz besonders allen Akteuren, die an den Interviews teilgenommen haben. Ohne deren Teilnahme und Engagement wäre diese Arbeit nicht zustande gekommen.

Zudem gilt mein ganz besonderer Dank meinen beiden Betreuerinnen Frau Profⁱⁿ. Drⁱⁿ. Christine Färber sowie Frau Wiebke Bendt. Sie haben mich während der Erstellung dieser Arbeit jederzeit sehr herzlich betreut und intensiv unterstützt.

Nicht zuletzt bedanke ich mich ganz herzlich bei meinem Mann, Matthias Ockert, meiner Familie und meinen Freunden. Sie haben immer an mich geglaubt, mich motiviert und unterstützt.

Beata Ockert

Hamburg, den 17.07.2014

Zusammenfassung

Hintergrund: Soziale Benachteiligung geht mit gesundheitlicher Ungleichheit einher. Daher ist es besonders in sozial benachteiligten Stadtteilen wichtig, gesundheitsfördernde Strukturen und Strategien für die Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit zu verankern. Vor diesem Hintergrund wurde seit dem Jahr 2010 das Modellprojekt der Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung in ausgewählten sozial benachteiligten Hamburger Stadtteilen entwickelt und verbreitet. Die Koordinierungsbausteine sollen dazu beitragen nachhaltig wirksame gesundheitsfördernde Strukturen in sozial benachteiligten Stadtteilen aufzubauen. Gesundheitsfördernde Strategien sollen in den jeweiligen Stadtteilen hauptsächlich von einer/m lokalen KoordinatorIn initiiert und in Kooperation mit weiteren bedeutenden Akteuren umgesetzt werden.

Ziel dieser Arbeit ist es die Koordinierungsbausteine zu evaluieren und somit die Zielfragen beantworten zu können. Die mit Hilfe der Evaluation gewonnenen Informationen und Erkenntnisse sollen den mitwirkenden und verantwortlichen Akteuren der Koordinierungsbausteine mögliche Handlungsempfehlungen für ihr weiteres Vorgehen aufzeigen. Das Ziel der Koordinierungsbausteine ist eine nachhaltige Verankerung der Gesundheitsförderung in den ausgewählten Stadtteilen sowie für die Übertragung in andere sozial benachteiligte Stadtteile.

Methode: Für die Evaluation der Koordinierungsbausteine wurden leitfadengestützte Experteninterviews als qualitatives Instrument für die Datenerhebung gewählt. Sie dienten zur Erfassung der Sichtweisen und Erfahrungen der agierenden KoordinatorInnen sowie der Hauptverantwortlichen aus der Fachabteilung Gesundheitsdaten und Gesundheitsförderung (Abteilung Gesundheit der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz) der Koordinierungsbausteine. Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring unterzogen.

Ergebnisse und Schlussfolgerung: Die qualitativen Befragungen haben ergeben, dass die Struktur der Koordinierungsbausteine, insbesondere durch die lokale Koordination für die Erreichung der sozial benachteiligten Zielgruppen in Kooperation mit weiteren Akteuren und für die Etablierung gesundheitsfördernder Strukturen und Strategien geeignet ist. Ebenso für eine Übertragung in weitere sozial benachteiligte Stadtteile. Wichtige Voraussetzungen für wirksames Fortführen des Projektes erfordern die Beachtung der jeweiligen Stadtteilgegebenheiten für die Schaffung einer adäquaten Vernetzungsstruktur, eine aufsuchende und motivierende Arbeit hinsichtlich der (noch) zu erreichenden Zielgruppen, eine offene und transparente Kommunikationskultur, die Erhöhung des Bekanntheitsgrads der Koordinierungsbausteine und ihres Vorhabens sowie die Bereitstellung weiterer finanzieller Mittel. Ein in Aussicht gestelltes Bundespräventionsgesetz würde den Ausbau der Koordinierungsbausteine in Bezug auf die genannten Voraussetzungen effektiv unterstützen und längerfristig gesehen die Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit ermöglichen.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	II
Zusammenfassung	III
Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VI
Abkürzungsverzeichnis	VII
1. Einleitung.....	1
1.1 Ziel, Fragestellung und Methode der Arbeit	1
1.2 Aufbau der Arbeit	2
2. Stadtteilentwicklung und gesundheitliche Folgen sozialer Benachteiligung	3
2.1 Sozialräumliche Segregation im Stadtteil.....	3
2.2 Entstehung und Merkmale sozial benachteiligter Stadtteile	4
2.3 Gesundheitliche Ungleichheit durch soziale Benachteiligung	5
3. Gesundheitsfördernde Strategien und Programme in der Stadtteilentwicklung	8
3.1 Stadtteil – ein geeignetes Setting zur Umsetzung gesundheitsfördernder Strategien und Programme	8
3.2 Qualitätsgesicherte Vorgehensweisen für eine wirksame Umsetzung	9
3.3 Gesundheitsfördernde Strategien und Programme in Hamburg	10
3.3.1 Difu-Forschungsprojekt „Mehr als gewohnt: Stadtteile machen sich stark für Gesundheitsförderung“	11
3.3.2 Rahmenprogramm Integrierte Stadtteilentwicklung (RISE)	12
3.3.3 Zielprozess „Pakt für Prävention – gemeinsam für ein gesundes Hamburg“	13
4. Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung	14
4.1 Hintergrund der Koordinierungsbausteine	14
4.2 Konzept und Ziel der Koordinierungsbausteine	14
4.2.1 Ausgewählte Stadtteile für die Koordinierungsbausteine.....	15
4.2.2 Problemlagen und Potentiale der ausgewählten Stadtteile.....	16
4.3 Aufgaben der mitwirkenden und verantwortlichen Akteure der Koordinierungsbausteine.....	17
5. Evaluation der Koordinierungsbausteine.....	19
5.1 Rahmenbedingungen für die Evaluation	19
5.1.1 Untersuchungsgegenstand der Evaluation.....	19
5.1.2 Ziel und Fragestellung der Evaluation	19
5.1.3 Qualitative Evaluation	20
5.1.4 Gütekriterien für die qualitative Evaluation	20
5.2 Methodenbeschreibung der Datenerhebung.....	21

5.2.1 Literaturrecherche	21
5.2.2 Experteninterviews.....	21
5.2.2.1 Durchführung der Experteninterviews	22
5.2.2.2 Dokumentation und Auswertung der Experteninterviews	23
6. Ergebnisse der Evaluation	25
7. Diskussion der Methode und der Ergebnisse	35
7.1 Diskussion der Methode	35
7.2 Diskussion der Ergebnisse	35
8. Handlungsempfehlungen und Ausblick	38
Literaturverzeichnis.....	VII
Eidesstattliche Erklärung	XII
Anhang	XIII
Anhang 1: Informationsblatt/Einverständniserklärung.....	XIV
Anhang 2: Interviewleitfaden für die KoordinatorInnen der Koordinierungsbausteine ..	XVI
Anhang 3: Interviewleitfaden für die Verantwortlichen der Koordinierungsbausteine ..	XIX
Anhang 4: Transkriptionsregeln.....	XXII
Anhang auf CD	XXIII
Transkripte der Interviews	XXIII
Zuordnung der Transkripte an die Kategorien (Auswertung. Schritt 1)	XXIII
Bündelung, Paraphrasen, Zusammenfassung (Auswertung. Schritt 2, 3 und 4)	XXIII
Verwendete Dokumente aus dem Internet	XXIII

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vereinfachtes Modell - Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit	6
Abbildung 2: Verweis auf die geografische Lage der KoBa – Standorte, Hamburg	16
Abbildung 3: Aufgaben der mitwirkenden und verantwortlichen Akteure der Koordinierungsbausteine	18

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Themenschwerpunkte mit Haupt- und Unterkategorien für die Auswertung.....	24
---	----

Abkürzungsverzeichnis

B1	Befragte Person, Interview 1
B2	Befragte Person, Interview 2
B3	Befragte Person, Interview 3
B4	Befragte Person, Interview 4
B5	Befragte Person, Interview 5
BGV	Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
BÖV	Böverstand (Luruper Stadtteilbüro)
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Difu	Deutsches Institut für Urbanistik
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HAG	Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung
KGFM	Kommunales Gesundheitsförderungsmanagement
KoBa	Koordinierungsbaustein(e)
PfP	Pakt für Prävention
RISE	Rahmenprogramm für Integrierte Stadtteilentwicklung
RKI	Robert Koch Institut
SGB V	Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung
SOEP	Sozioökonomisches Panel
TK	Techniker Krankenkasse
WHO	World Health Organization (zu Deutsch.: Weltgesundheitsorganisation)

1. Einleitung

Soziale Benachteiligung geht mit gesundheitlicher Ungleichheit einher. Daher ist es besonders in sozial benachteiligten Stadtteilen wichtig, gesundheitliche Chancengleichheit wieder herzustellen.

Das von der Fachabteilung Gesundheitsdaten und Gesundheitsförderung der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz in Kooperation mit weiteren Akteuren initiierte Modellprojekt der Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung soll den Aufbau gesundheitsfördernder Strukturen und Strategien in ausgewählten sozial benachteiligten Hamburger Stadtteilen effektiv unterstützen.

1.1 Ziel, Fragestellung und Methode der Arbeit

In der vorliegenden Bachelorarbeit werden Auswirkungen sozialer Benachteiligung sowie die Bedeutung gesundheitsfördernder Strukturen und Strategien für die BewohnerInnen sozial benachteiligter Stadtteile beschrieben.

Eine Form für die Umsetzung gesundheitsfördernder Strukturen stellen die Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung dar. Daher geht es in dieser Arbeit insbesondere um die Evaluation des Modellprojektes der Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung in ausgewählten sozial benachteiligten Hamburger Stadtteilen. Das Ziel der Koordinierungsbausteine ist sozial benachteiligte Menschen zu erreichen und gesundheitsfördernde Strukturen im Stadtteil zu verankern. Daraus haben sich für die vorliegende Arbeit Forschungsfragen ergeben, die im Folgenden aufgeführt sind und die es zu beantworten gilt:

- Inwieweit wurden die Ziele, sozial Benachteiligte zu erreichen und Gesundheitsförderung in den ausgewählten Stadtteilen mittels der Koordinierungsbausteine zu verankern, erreicht?
- Inwieweit ist die Struktur der Koordinierungsbausteine für die Zielerreichung, auch im Hinblick auf die Übertragung in andere Stadtteile, geeignet?

Als qualitative Methode für die Beantwortung der genannten Fragen dienten leitfadengestützte Experteninterviews. Hierfür wurden Fragen konzipiert, welche das Wissen, die Sichtweisen und Erfahrungen der agierenden KoordinatorInnen und der Hauptverantwortlichen für die Koordinierungsbausteine erfassen und auch für die Herausarbeitung von Handlungsempfehlungen für ihr weiteres Vorgehen dienen.

1.2 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Bachelorarbeit ist in acht Kapitel gegliedert. Die im zweiten Kapitel beschriebene Stadtteilentwicklung soll sozialräumliche Segregation und die Entstehung sowie Merkmale sozial benachteiligter Stadtteile darstellen. Hier geht es im Besonderen um die in der Regel meist negativen Auswirkungen sozialer Benachteiligung auf die Gesundheit der dort lebenden BewohnerInnen.

Darauf aufbauend geht es im dritten Kapitel um die Bedeutung gesundheitsfördernder Strategien und Programme in sozial benachteiligten Stadtteilen für die dort lebenden BewohnerInnen. Im Fokus stehen der Stadtteil als Setting sowie eine qualitätsgesicherte Vorgehensweise für eine wirksame Umsetzung gesundheitsfördernder Strategien. Zudem wird hier auf die Freie und Hansestadt Hamburg und ihre Stadtteilentwicklungsprogramme, die gesundheitsfördernde Strukturen und Strategien auf Stadtteilebene in ihre Handlungsbereiche integrieren eingegangen.

Anschließend wird im vierten Kapitel das Modellprojekt der Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung vorgestellt und im darauf folgenden fünften Kapitel die Art und Weise der durchgeführten Evaluation dieses Modellprojektes beschrieben.

In den Kapiteln sechs und sieben werden die Ergebnisse vorgestellt sowie eine Diskussion der angewandten Methode und der erzielten Ergebnisse vorgenommen.

Das achte und somit letzte Kapitel schließt mit Handlungsempfehlungen für die mitwirkenden und verantwortlichen Akteure der Koordinierungsbausteine sowie einem Ausblick die Bachelorarbeit ab.

2. Stadtteilentwicklung und gesundheitliche Folgen sozialer Benachteiligung

Die Entwicklung der Städte und somit ihrer Stadtteile beruht auf der Übereinkunft vieler Faktoren. Neben entwicklungsgeschichtlichen Strukturen zählen die Bevölkerungsstruktur sowie Arbeitsplatzmöglichkeiten zu den Entwicklungsfaktoren der Städte. Diese Entwicklung prägt seit Mitte der 70er Jahre vor allem die wirtschaftliche Umstrukturierung. Der Fokus richtete sich nicht mehr auf die Industrie-, sondern auf eine Dienstleistungsgesellschaft sowie auf eine globale Vernetzung der wirtschaftlichen Akteure. Das führt(e) mitunter zu einer sozialräumlich Teilung der Städte (Häußermann, 2007, S. 609 ff.). Die Einwanderung von „Fremden“, den sogenannten Gastarbeitern, für den Wiederaufbau, nach dem 2. Weltkrieg, zerstörter Städte war ebenfalls ein bedeutungsvolles Ereignis für die Entwicklung der Städte. Es hat nicht nur zu einer ökonomischen, sondern auch kulturellen Strukturentwicklung beigetragen (Schäfers, 2006, S. 172 f.). Somit stellt die Stadt einen Sozialraum als Folge dieser Prozesse dar (Häußermann & Siebel, 2004, S. 139).

Der Faktor Gesundheit nahm zunächst jedoch keine gesonderte Stellung in der Stadtplanung ein (Rodenstein, 2012, S. 15). Mit der Zunahme von Armut in europäischen Großstädten hat das Thema Gesundheit, unter anderem bedingt durch die Europäische Charta „Umwelt und Gesundheit“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1989, in der Stadtentwicklung an Bedeutung gewonnen (Berndt & Sinning, 2012, S. 211).

Hierbei geht es nicht nur um die Sanierung der Wohnhäuser, sondern auch darum das Wohnumfeld und die allgemeinen Lebensbedingungen der dort lebenden BewohnerInnen zu verbessern (Löhr, 2004, S. 318 f.). Somit kann mit der Schaffung gesundheitsförderlicher Verhältnisse in der Stadtentwicklung Einfluss auf die Gesundheit der StadtteilbewohnerInnen genommen werden (Böhme & Reimann, 2012, S. 200).

2.1 Sozialräumliche Segregation im Stadtteil

Stadtteile, Quartiere und/oder Viertel sind komplexe räumliche Einheiten der Stadt (Friedrichs & Triemer, 2008, S. 21). In einem Stadtteil verbringen die dort lebenden BürgerInnen einen großen Teil ihres Lebens und somit ihres Alltags (Lummitsch & Wölfe, 2012, S. 221). Das bedeutet, dass Stadtteile auch von ihren jeweiligen BewohnerInnen definiert werden (Naidoo & Wills, 2010, S. 354). Umgekehrt beeinflussen sozialräumliche Unterschiede der einzelnen Stadtteile die soziale Ungleichheit und somit die Gesundheit der dort lebenden BewohnerInnen (Lummitsch & Wölfe, 2012, S. 221).

Durch die ungleiche Verteilung der unterschiedlichen sozialen Schichten in den Stadtteilen kommt es unter anderem zu der sozialräumlichen Segregation (Häußermann, 2007, S. 623). Es wird zwischen freiwilliger und erzwungener Segregation unterschieden. Letztere Form trifft auf die sozial benachteiligte BewohnerInnen zu (Häußermann & Siebel, 2004, S. 183). Diese erfahren unter anderem eine Ansammlung von Nachteilen auf dem Arbeits- und Wohnungsmarkt, beispielsweise können sozial Benachteiligte ihren Wohnraum nur bedingt selbst wählen (Häußermann, 2007, S. 619). Aufgabe der Politik sollte es sein auf der einen Seite selbstgewählte Segregation zuzulassen, auf der anderen Seite unfreiwillige (negative), „*durch Diskriminierung und fehlende Optionen auf dem Wohnungsmarkt*“ (Häußermann & Siebel, 2001, S. 77) bedingte Segregation zu verhindern.

Segregation wird somit als lokale Darstellung sozialer Ungleichheit (Deutsches Institut für Urbanistik, 2006) und auch zunehmend als ein „*Gerechtigkeits- und Integrationsproblem*“ in den deutschen Städten bezeichnet (Häußermann & Siebel, 2001, S. 71). Als Gründe für die Missverhältnisse werden unter anderem die seit den 70er Jahren zunehmende Armut (Unterschiede in den sozialen Verhältnissen) und der Anstieg von Zuwanderern (zunehmendes ethnisch-kulturelles Vermischen) angegeben. Die minderwertige Bauweise und/oder die starke Aufwertung der Häuser sowie ein konzentrierter Bau von Sozialwohnungen in dieser Zeit sind mitverantwortlich für die zunehmende Segregation (Häußermann, 2007, S. 610).

2.2 Entstehung und Merkmale sozial benachteiligter Stadtteile

Der sozioökonomische und demografische Wandel sowie sozial- und städtebaupolitische Entscheidungen seit Mitte der 70er Jahre führen unter anderem zu einer Zunahme sozialräumlicher Segregation und somit der sozialen Ungleichheit vor allem in großen Städten (Häußermann, 2002, S. 1 ff.; Häußermann, 2007, S. 619).

Dieser Wandel wirkt sich unterschiedlich aus. Auf der einen Seite werden begünstigte, privilegierte Stadtteile geschaffen und auf der anderen Seite werden Stadtteile geschaffen, die im Vergleich zur Gesamtstadt Defizite bezüglich ihrer gesundheitlichen, sozialen, baulichen, wirtschaftlichen, infrastrukturellen und umweltbezogenen Indikatoren aufweisen: die sogenannten benachteiligten Stadtteile (Böhme & Reimann, 2012, S. 199), die nach Häußermann aus den Folgen negativer Segregation entstehen (Häußermann, 2007, S. 619).

Die Ballung negativer Faktoren, beispielsweise lückenhafte Infrastruktur, unzureichend vorhandene Dienstleistungseinrichtungen, Mängel in der Bauweise, erhöhte Umweltbelastung (Straßenlärm, Luftverschmutzung) und prekäre Sozialstruktur,

kennzeichnen benachteiligte Stadtteile (Lummitsch & Wölfe, 2012, S. 221, Urban & Weiser, 2006, S. 30). Zudem können diese Faktoren sich noch gegenseitig verstärken und die dort lebenden BewohnerInnen vor allem ihre Gesundheit zusätzlich benachteiligen (Dangschat & Alisch, 2012, S. 37).

2.3 Gesundheitliche Ungleichheit durch soziale Benachteiligung

Das Wohnumfeld und die Wohnverhältnisse wirken unter anderem mit den sozioökonomischen Faktoren (Bildungsniveau, beruflicher Status und Höhe des Einkommens) auf die Entwicklung und somit auf die Gesundheit eines jeden Menschen ein. Hinzu kommen umweltbezogene Gesundheitsrisiken (wie etwa Straßenlärm durch vermehrtes Verkehrsaufkommen), denen die BewohnerInnen sozial benachteiligter Stadtteile ausgesetzt sind (Böhme & Reimann, 2012, S. 199 ff).

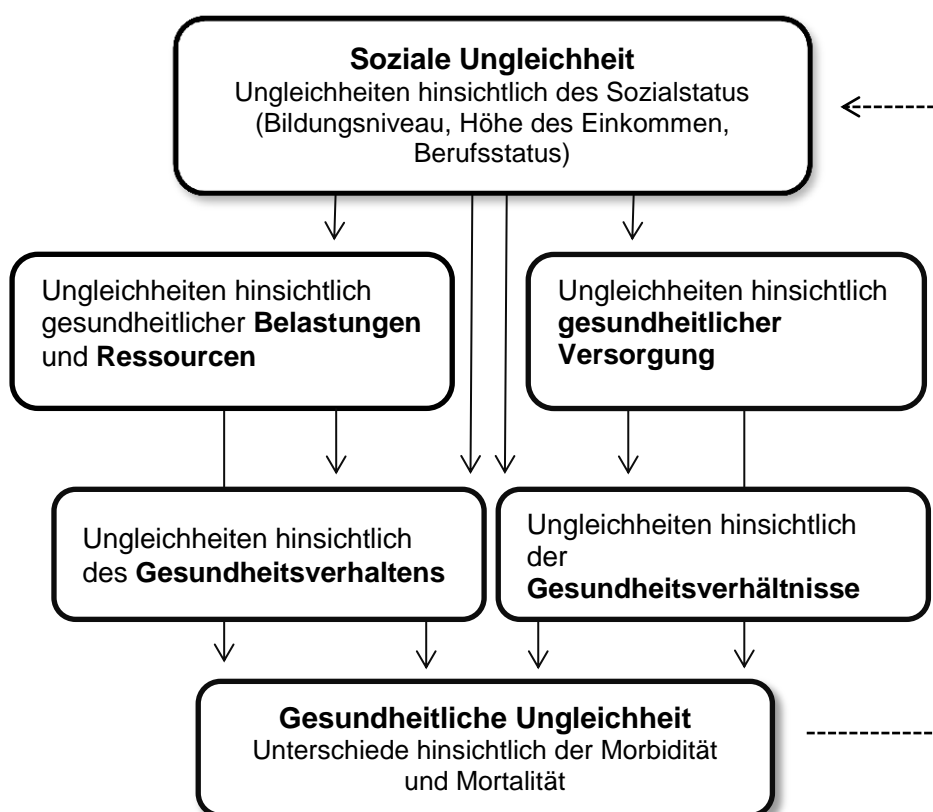
Zudem entstehen in sozial benachteiligten Stadtteilen „räumlich eingrenzende Milieus einer sozial heterogenen Bewohnerschaft“ (Häußermann, Kronauer, & Siebel, 2004, S. 8 ff.), beispielsweise aus (Langzeit-)Arbeitslosen, MigrantInnen, Ausländern, Alleinerziehenden, SozialhilfeempfängerInnen, kinderreichen Familien, Älteren, Menschen mit Behinderung und/oder Obdachlosen. In den benachteiligten Stadtteilen leben demnach, im Verhältnis zu den besser gestellten Stadtteilen, mehr Unterstützungsbedürftige: Menschen mit einem niedrigen sozialen Status. Die genannten Bevölkerungsgruppen erfahren häufig die Folgen sozial bedingter Ungleichheit hinsichtlich ihrer Gesundheitschancen. Ein niedriger sozialer Status bedeutet für die benachteiligten Menschen, dass sie ein erhöhtes Erkrankungsrisiko sowie eine eher kürzere Lebenserwartung gegenüber sozial besser gestellten Menschen haben (Richter & Hurrelmann, 2006, S. 11).

Die Benachteiligung hinsichtlich der sozioökonomischen Faktoren steht somit im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Ungleichheit. Dieser Zusammenhang ist jedoch indirekt, da nicht nur die benachteiligenden Verhältnisse in denen die armen Menschen leben ihre Gesundheit beeinflussen. Neben unveränderbaren Gesundheitsdeterminanten wie Alter, Geschlecht und genetischer Disposition, spielen physische und psychische Faktoren sowie weniger gesundheitsbewusste Verhaltensweisen wie ungesunde Ernährung, mangelnde Bewegung und/oder Suchtmittelkonsum ebenfalls eine entscheidende Rolle für die Gesundheit der Menschen in sozial benachteiligten Stadtteilen (Vonneilich & Trojan, 2009, S. 30 f.). Zudem fehlen sozial benachteiligten Menschen meist geeignete Ressourcen zur Bewältigung von Belastungen (Geene & Halkow, 2004, S. 16; Mielck, 2000, S. 369).

Armut steht also in Korrelation mit gesundheitlichen Problemen: „*Armut macht krank.*“ (Geene & Halkow, 2004, S. 16) oder anders gesagt: der sozioökonomische Status nimmt Einfluss auf die Gesundheit und in einem geringeren Ausmaß gilt das auch umgekehrt (Mielck, 2004, S. 27).

Der beschriebene Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit ist in der folgenden Abbildung 1 vereinfacht dargestellt.

Abbildung 1: Vereinfachtes Modell - Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit



Quelle: Eigene Darstellung nach Mielck (2000, S. 158 und S. 172)

Der Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit wird auch in den Ergebnissen vieler empirischer Forschungen bestätigt. Die Auswertung der Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP), einer Längsschnittstudie des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW), hat ergeben, dass bei einkommensarmen Frauen und Männern im Vergleich zu denen mit einem hohen oder höheren Einkommen, ein etwa 2,4 -2,7 höheres Risiko besteht eher zu sterben (Lampert & Kroll, 2010). Ferner wird dieser

Zusammenhang im 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung im Jahr 2005, in der Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Robert Koch Instituts ebenfalls aus dem Jahr 2005 (Lampert, Saß, Häfelinger, & Ziese, 2005) sowie im „Black Report“ (Studie über Korrelation zwischen Mortalität/Morbidität und dem sozialen Status erhoben im Jahr 1980 in England) (Naidoo & Wills, 2010, S. 27) bestätigt.

Die unterschiedliche auch räumliche Gestaltung und unterschiedliche Problemlagen führen also in den einzelnen Stadtteilen zu einer ungleichen Verteilung von Gesundheitschancen (Lampert, Saß, Häfelinger, & Ziese, 2005). Die Herstellung und Erhaltung gesundheitlicher Chancengleichheit ist damit unabdingbar, um die gesundheitliche Ungleichheit zu verringern. Damit soll erreicht werden, dass alle Menschen unabhängig von ihrem sozioökonomischen Status, gleiche Chancen auf Gesundheit haben (Richter & Hurrelmann, 2006, S. 26 f.).

Diese Feststellungen lassen darauf schließen, dass gesundheitsfördernde Programme auf Stadtteilebene für sozial benachteiligte Menschen eine wichtige Ressource darstellen (Kronauer & Vogel, 2004, S. 236) und folglich ein wesentlicher Bestandteil der Stadtteilentwicklung sein sollten (Böhme & Reimann, 2012, S. 200). Hierfür bedarf es einer Zusammenarbeit von diversen (Gesundheits-)Akteuren auch aus den Politikbereichen wie etwa Bildung, Familie, Arbeit und Soziales (Mielck 2000, S. 301 f., S. 375). Die wachsende Bedeutung der Gesundheitsförderung in benachteiligten Stadtteilen finden seit dem Jahr 2000 auch in dem fünften Sozialgesetzbuch (SGB V, § 20, Abs. 1) (Vonneilich & Trojan, 2009, S. 33) ihren Niederschlag und wird zum Beispiel mit dem „Leitfaden Prävention“ (neu verfasst im Jahr 2010) des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) umgesetzt (GKV-Spitzenverband, 2010, S. 31-35).

3. Gesundheitsfördernde Strategien und Programme in der Stadtteilentwicklung

Die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1986 besagt, dass Gesundheitsförderung sich mit Gesundheitsressourcen befasst. Ein wichtiges Ziel dabei ist das Schaffen gesundheitlicher Chancengleichheit für Individuen und für die Bevölkerung als Ganzes (WHO, 1986, S. 1 f.).

Die BewohnerInnen sozial benachteiligter Stadtteile leben in prekären Verhältnissen. Die Gesundheitschancen sind hier ungleich verteilt und die Betroffenen setzen sich zudem häufig gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen aus. Ferner verfügen sie oftmals über wenige oder keine geeigneten Bewältigungsressourcen, wie in Kapitel 2 gezeigt wurde. Daher bedürfen sozial benachteiligte Stadtteile und ihre BewohnerInnen Hilfestellungen für die Schaffung und Umsetzung besserer Lebensverhältnisse und somit gesundheitlicher Chancengleichheit. Hierfür wurden in der Ottawa-Charta der WHO Handlungsebenen zur Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit konzipiert. Eine der Handlungsebenen befasst sich mit der Einrichtung gesundheitsfördernder „*Lebenswelten*“, den sogenannten Settings. Dazu zählt auch das Setting Stadtteil (Sterdt & Walter, 2012, S. 30).

3.1 Stadtteil – ein geeignetes Setting zur Umsetzung gesundheitsfördernder Strategien und Programme

Stadtteil als Setting ist ein Ort des Lebensalltags der dort lebenden BewohnerInnen und wirkt sich in vielerlei Hinsicht auf deren Gesundheit und Wohlbefinden aus. Daher ist es wichtig Stadtteile von Anfang an gesundheitsförderlich zu gestalten (Lampert, Saß, Häfelinger, & Ziese, 2005).

Der Setting-Ansatz im Stadtteil eignet sich für die sozialraumorientierte Gesundheitsförderung in sozial benachteiligten Stadtteilen. Die Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit durch die ressortübergreifende Zusammenarbeit bedeutender Akteure, Partizipation und Empowerment verwirklicht werden (Naidoo & Wills, 2010, S. 367). Zudem können hier Maßnahmen, die auf die Verbesserung der Verhältnisse sowie Verhaltensweisen zielen, miteinander verknüpft und initiiert werden.

Sozial benachteiligte Stadtteile weisen nicht nur diverse Problemlagen auf, wie in Kapitel 2 beschrieben, sie verfügen zudem über Ressourcen und Potentiale, beispielsweise die BewohnerInnen selbst oder lokale Akteure und Institutionen mit Gesundheitsbezug, die als Ansatzpunkte für die Etablierung der Gesundheitsförderung dienen können (Reimann, Böhme, & Bär, 2010, S. 29). Das bedeutet, dass in einem Stadtteil die Chance besteht,

dass die notwendigen gesundheitsförderlichen Maßnahmen durch die dort lebenden und agierenden Menschen definiert werden. Das Setting Stadtteil stellt somit eine besondere Zugangschance für die Erreichung der Zielgruppe sozial Benachteiligter, zur Minderung sozialer Ungleichheit und somit zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit dar (Naidoo & Wills, 2010, S. 367).

Um die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern und die Morbidität sowie vorzeitige Mortalität zu senken ist daher die Zusammenarbeit vieler Akteure aus Politik, Wirtschaft und Gesundheit mit den StadtteilbewohnerInnen erforderlich (Stender, 2012, S. 230). Ressortübergreifende Kooperationen von Akteuren und Institutionen sowie die Nutzung der daraus entstehenden Ressourcen können die Verankerung der Gesundheitsförderung in sozial benachteiligten Stadtteilen gewährleisten (Göpel, 2004, S. 357 ff.).

3.2 Qualitätsgesicherte Vorgehensweisen für eine wirksame Umsetzung

Für die Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit sind gesundheitsfördernde Strukturen sowie Strategien in der Stadtteilentwicklung von hoher Bedeutung. Insbesondere benachteiligte Stadtteile bedürfen einer strategischen Vorgehensweise aufgrund ihrer unterschiedlichen Sozialraumstruktur und Problemlagen (Reimann, 2012, S. 291). Auf diese Weise könnten die BewohnerInnen sozial benachteiligter Stadtteile in ihrem Alltag erreicht werden, damit ihre Lebensbedingungen verbessert werden (Färber & Hofrichter, 2012, S. 277).

Initiierte Programme müssen Partizipation (Maßnahmen werden mit und durch die BewohnerInnen geschaffen), Empowerment (Befähigung zur Selbständigkeit), Prozessorientierung (Entwicklung und Überprüfung der Ziele im Setting) (Bär G., 2011, S. 12) sowie die Einbindung der Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe und Handlungsziel in diverse Politikbereiche berücksichtigen (Sterdt & Walter, 2012, S. 29 ff.). Ein ressortübergreifender und integrativer Ansatz mit unterschiedlichen Handlungsfeldern ist notwendig (Alisch, 2002, S. 57), um Gesundheit als Querschnittsthema und Handlungsziel in der Stadtteilentwicklung zu etablieren. Im Besonderen sei hier die Bedeutung unterschiedlicher Politikbereiche genannt, in denen über die Rahmenbedingungen der Entwicklung und „*Ressourcenverteilung*“ auf Stadtelebene entschieden wird (Grande, Große, & Menkouo, 2012, S. 255).

Gesundheitsförderung in sozial benachteiligten Stadtteilen bedarf, für eine erfolgreiche und nachhaltige Umsetzung, qualitätsgesicherter Vorgehensweisen (Böhme & Reimann, 2012, S. 201). Dazu zählt eine stadtteilbezogene Gesundheitsberichterstattung. Belastungen, Bedarfe und Ressourcen sollen auf diese Weise erhoben und analysiert werden. Anhand dieser können angepasste Konzepte und Projekte mit einer

Beteiligungskultur (BewohnerInnen, Stadtteilakteure, Krankenkassen, Politik) (Bär, G., 2011, S. 16; Böhme & Reimann, 2012, S. 201 - 207) erfolgen.

Einen ebenfalls wichtigen Beitrag für eine qualitätsgesicherte Vorgehensweise leistet die im Jahr 2003/2004 von den Akteuren der Bundes Zentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aufgebaute Internet-Plattform „Gesundheitliche Chancengleichheit“. Dort ist eine „Good Practice“ Datenbank enthalten. Sie verzeichnet die 12 Kriterien guter Praxis (Konzeption, Selbstverständnis, Zielgruppe, Innovation und Nachhaltigkeit, Multiplikatorenkonzept, Niedrigschwellige Arbeitsweise, Partizipation, Empowerment, Setting Ansatz, Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung, Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung, Dokumentation und Evaluation, Kosten-Nutzen-Relation) sowie Informationen über vorhandene und bewährte Projekte für Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Dies dient nicht nur der Vernetzung, sondern auf diese Weise ist es den bedeutenden Akteuren (aber auch allen anderen Interessenten) möglich, sich einen Überblick über Projekte guter Praxis zu verschaffen (BZgA, 2011, S. 13 - 24). Nach Möglichkeit sollen diese Projekte verbreitet und/oder als Inspiration und Anregung für die Entwicklung weiterer Projekte genutzt werden (Geene & Halkow, 2004, S. 16).

3.3 Gesundheitsfördernde Strategien und Programme in Hamburg

Die Freie und Hansestadt Hamburg ist sowohl ein Bundesland als auch eine Großstadt, die in sieben Bezirke und 104 Stadtteile unterteilt ist (Statisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2013). In vielen dieser Stadtteile haben sich noch kleinere räumliche Einheiten gebildet, die oftmals als Quartiere bezeichnet werden.

In Hamburg kommt es, wie in vielen anderen Großstädten auch, zu einer Ausprägung sozialräumlicher Segregation (Seidel-Schulze & Dohnke, 2012). Denn hier leben 1. 775. 659 (Millionen) Menschen (Statisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2013, S. 22 f.) unterschiedlicher Herkunft, Kultur, Religion, Bildung und Lebensstile (nur um einige Diversitäten der BewohnerInnen zu nennen).

Die Zunahme sozial benachteiligter Stadtteile stellt seit den 90er Jahren eine Herausforderung für Hamburg dar. Hamburg war, gemeinsam mit Nordrhein-Westfalen, eines der ersten Bundesländer, das auf integrierte Stadt- und Stadtteilentwicklungsprogramme setzte (Altgeld & Leykman, 2003, S. 34) und auch bereits im Jahr 1995 Sozialindikatoren in der Gesundheitsberichterstattung etablierte (ebenda, S. 25). Somit zählt Hamburg zu einer der führenden Städte in der Gesundheitsberichterstattung auf Stadtteilebene.

Die integrierten Stadtteilentwicklungsprogramme sollen der Zunahme der sozial benachteiligten Stadtteile entgegen wirken (Künzel & Welschner, 2008, S. 3 f). Dabei geht es auch um die Entwicklung von Strategien zur Vermeidung negativer Segregation. Gemeint ist, dass eine Ballung sozial Benachteiligter in sozial benachteiligten Stadtteilen zu vermeiden ist. Zudem sollen Lebensbedingungen der BürgerInnen in eben diesen Stadtteilen verbessert werden.

Um diesen Herausforderungen gerecht zu werden, wurden nicht nur neue Handlungskonzepte eingeführt, es fließen auch alle bedeutungsvollen Erfahrungen der Stadtteilentwicklungsprogramme zur Entwicklung dieser Stadtteile ein. Gesundheitsförderung wurde als ein Handlungsfeld in den aufeinander aufbauenden Hamburger Programmen „Revitalisierungsprogramm“ (1990), „Armutsbekämpfungsprogramm“ (1994), „Soziale Stadt“ (1998), „Aktive Stadtteilentwicklung“ (2004 – 2008) sowie „Lebenswerte Stadt Hamburg“ (LSH) (2006 – 2008) etabliert, die eine Aufwertung sowie Verbesserung der Lebensbedingungen der BewohnerInnen der Stadt Hamburg und im Besonderen der sozial benachteiligten Hamburger Stadtteile zum Ziel hatten. Die Leitziele und Erfahrungen dieser Programme wurden im Jahr 2009 von dem Hamburger Senat in das fortgeführte „Rahmenprogramm Integrierte Stadtteilentwicklung“ (RISE) übernommen (ebenda, S. 4).

In den folgenden drei Unterkapiteln werden Projekte und Programme, die wesentlich zu der Initiierung der Koordinierungsbausteine (KoBa) für Gesundheitsförderung in Hamburg beigetragen haben, in chronologischer Abfolge näher beschrieben. Die Koordinierungsbausteine, die den Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit darstellen, werden anschließend im vierten Kapitel vorgestellt.

3.3.1 Difu-Forschungsprojekt „Mehr als gewohnt: Stadtteile machen sich stark für Gesundheitsförderung“

Im Rahmen des Forschungsprojektes „Mehr als gewohnt – Stadtteile machen sich stark für Gesundheit“ wurden in dem Zeitraum Juni 2006 bis Juli 2009 von dem Deutschen Institut für Urbanistik (Difu), Handlungsstrategien für eine bessere Verknüpfung der Stadtteilentwicklungsprozesse mit der Gesundheitsförderung erarbeitet (Reimann, Böhme, & Bär, 2010, S. 10). Das Forschungsprojekt verfolgte die Ziele der Evaluation sowie Weiterentwicklung und Verstetigung der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklungsprozesse. Dafür sollte ein Ansatz entwickelt werden, der sich in der Praxis bewährt und in sozial benachteiligten Stadtteilen die Verbesserung von gesundheitlicher Chancengleichheit unterstützt. Die Stadtteile Lurup (Hamburg),

Innenstadt (Fürth) und Silberhöhe (Halle) dienten als Modellstandorte. Die genannten Stadtteile wurden gewählt, denn sie waren/sind als Fördergebiete in dem Programm „Soziale Stadt“ bereits etabliert, unterschieden sich jedoch bezüglich ihrer *„Problemlagen, Handlungsbedarfe und Arbeitsstände der stadtteilorientierten Gesundheitsförderung“* (Reimann, Böhme, & Bär, 2010, S. 10).

Die Einrichtung lokaler Koordinierungsstellen mit anerkannten MitarbeiterInnen, ressortübergreifende Zusammenarbeit auf allen Ebenen, Verknüpfung vorhandener Netzwerkstrukturen und die Einbeziehung von Krankenkassen sowie BewohnerInnen sind die aus der Evaluation heraus gearbeiteten Empfehlungen des Forschungsprojektes (Färber & Hofrichter, 2012, S. 278). Diese Empfehlungen sollen einen Beitrag für die Qualitätsentwicklung in der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung beitragen (Reimann, 2012, S. 296).

Basierend auf den genannten Empfehlungen des Forschungsprojektes wurden die Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung in Hamburg initiiert.

3.3.2 Rahmenprogramm Integrierte Stadtteilentwicklung (RISE)

Hamburg setzt mit dem im Jahr 2009 von der Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt (BSU) initiierten Rahmenprogramm für Integrierte Stadtteilentwicklung (RISE) auf die Verbesserung der sozial benachteiligten Stadtteile und die Lebensbedingungen ihrer BewohnerInnen in jeglicher Hinsicht (Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft, 2009, S. 2 f.). Das Handlungsfeld Gesundheitsförderung beinhaltet lokale Gesundheitsförderungsstrategien mit niedrighschwelligem Angeboten und ist in dem Rahmenprogramm neben 11 weiteren Handlungsfeldern (Beschäftigung, Qualifizierung und Ausbildung, Lokale Ökonomie, Bildung, Familienförderung, Wohnen, Lokaler Wohnungsmarkt und Wohnungswirtschaft, Wohnumfeld und öffentlicher Raum, Integration von Menschen mit Migrationshintergrund, Kultur im Stadtteil, Umwelt und Verkehr, Sicherheit, Kriminal- und Gewaltprävention, Sport und Freizeit) verankert (ebenda, S. 8). Die Handlungsfelder setzen sich aus den bisherigen Erfahrungen des Programms „Soziale Stadtteilentwicklung“ (Stender, 2012, S. 233) sowie den Empfehlungen des im vorherigen Kapitel vorgestellten Forschungsprojektes „Mehr als gewohnt: Stadtteile machen sich stark für Gesundheitsförderung“ zusammen und werden anhand dieser umgesetzt.

Zur Sichtung sozial benachteiligter Stadtteile, der sogenannten Gebiete mit besonderem Entwicklungsbedarf wurde im Jahr 2010 das Sozialmonitoring aufgebaut. Auf diese Weise werden Stadtteile mit besonders hohen Problemlagen sowie die jeweils notwendigen

Handlungsbedarfe ermittelt und mit einem Sozialindex versehen (Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt, 2011, S. 7).

Die mithilfe des Sozialmonitoring ermittelten sozial benachteiligten Stadtteile waren für die Verbreitung der Koordinierungsbausteine entscheidend.

3.3.3 Zielprozess „Pakt für Prävention – gemeinsam für ein gesundes Hamburg“

Der im Jahr 2010 gestartete Hamburger Zielprozess „Pakt für Prävention – gemeinsam für ein gesundes Hamburg“ (PfP) hat zum Ziel alle bedeutenden Akteure einzubeziehen und somit qualitative und gesundheitsfördernde Angebote in den Lebensphasen „Gesund aufwachsen“, „Gesund leben und arbeiten“, „Gesund alt werden“ zusammen zu fügen, um somit die Gewährleistung zu haben, dass alle Zielgruppen in diesen Lebensphasen, vor allem die Zielgruppe der sozial Benachteiligten, erreicht werden. Für die genannten Lebensphasen wurden von ExpertInnen vier übergeordnete Handlungsfelder zu den Themen Ernährung, Bewegung, psychosoziales Wohlbefinden sowie Gesundheitskompetenzen erarbeitet. Zu dem PfP zählen über 100 Kooperationspartner, die auf verschiedenen Ebenen eingebunden werden, wobei die Rahmenentwicklung die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz initiierte (Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, 2010).

Dieser Zielprozess wird mit dem Rahmenprogramm für Integrierte Stadtteilentwicklung verknüpft und somit fließen hier die Empfehlungen des beschriebenen Difu-Forschungsprojektes „Mehr als gewohnt“ mit ein (Färber & Hofrichter, 2012, S. 278).

In dem Forum „Gesunder Stadtteil“ des PfP wurde ebenfalls die Empfehlung für eine lokale Einrichtung zur Umsetzung gesundheitsfördernder Strategien im Stadtteil ausgesprochen. Dadurch soll Gesundheitsförderung nachhaltig im Stadtteil verankert werden. Diese gesundheitsfördernden Strategien stellen die Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung dar (Färber & Hofrichter, 2012, S. 277 ff.).

4. Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung

Es bedarf geeigneter Strukturen und qualitätsgesicherter Vorgehensweisen, damit Gesundheitsförderung in der Stadtteilentwicklung ausgebaut und verankert werden kann. Dieser Strukturaufbau soll durch die Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung in ausgewählten sozial benachteiligten Hamburger Stadtteilen effektiv unterstützt werden (Färber & Hofrichter, 2012, S. 277).

4.1 Hintergrund der Koordinierungsbausteine

Die Fachabteilung Gesundheitsdaten und Gesundheitsförderung der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) hat im Jahr 2010 in Kooperation mit der Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt (BSU), den Bezirken der jeweiligen Stadtteile, mit der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG) und der Techniker Krankenkasse (TK) das Modellprojekt der Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung initiiert (Färber, 2013).

Die Einführung basiert auf den Empfehlungen des sich bewährten Forschungsprojektes „Mehr als gewohnt“ des Deutschen Instituts für Urbanistik sowie des Rahmenprogramms für Integrierte Stadtentwicklung und des Zielprozesses „Pakt für Prävention“ (Färber & Hofrichter, 2012, S. 278).

4.2 Konzept und Ziel der Koordinierungsbausteine

Das Konzept der Koordinierungsbausteine beinhaltet eine Vorgehensweise, welche eine nachhaltige Verbindung zwischen den Prozessen der Stadtteilentwicklung sowie der Gesundheitsförderung herstellen soll. Die gesundheitsfördernden Strategien werden in Stadtteilarbeit integriert, welche von einer lokalen Koordinatorin bzw. einem lokalen Koordinator initiiert und durchgeführt werden (Färber & Hofrichter, 2012, S. 282).

Die Implementierung der Koordinierungsbausteine hat zum Ziel gesundheitsfördernde Strukturen in sozial benachteiligten Stadtteilen aufzubauen und nachhaltig zu verankern. Damit soll Gesundheitsförderung zum festen Bestandteil in der Stadtteilentwicklung werden und die StadtteilbewohnerInnen, insbesondere sozial Benachteiligte, sollen die Chance erhalten ihre Gesundheitskompetenzen erkennen und nutzen zu können (Färber & Hofrichter, 2012, S. 277; Färber, 2013).

In allen Standorten werden die gleichen Leitziele verfolgt. Diese beinhalten den Ausbau der Gesundheitsförderung in bereits vorhandene Strukturen in den jeweiligen Stadtteilen bzw. Quartieren, das Thema Gesundheitsförderung soll übergreifend auch in anderen Settings, wie beispielsweise Schule und Kita einbezogen werden sowie die Herstellung

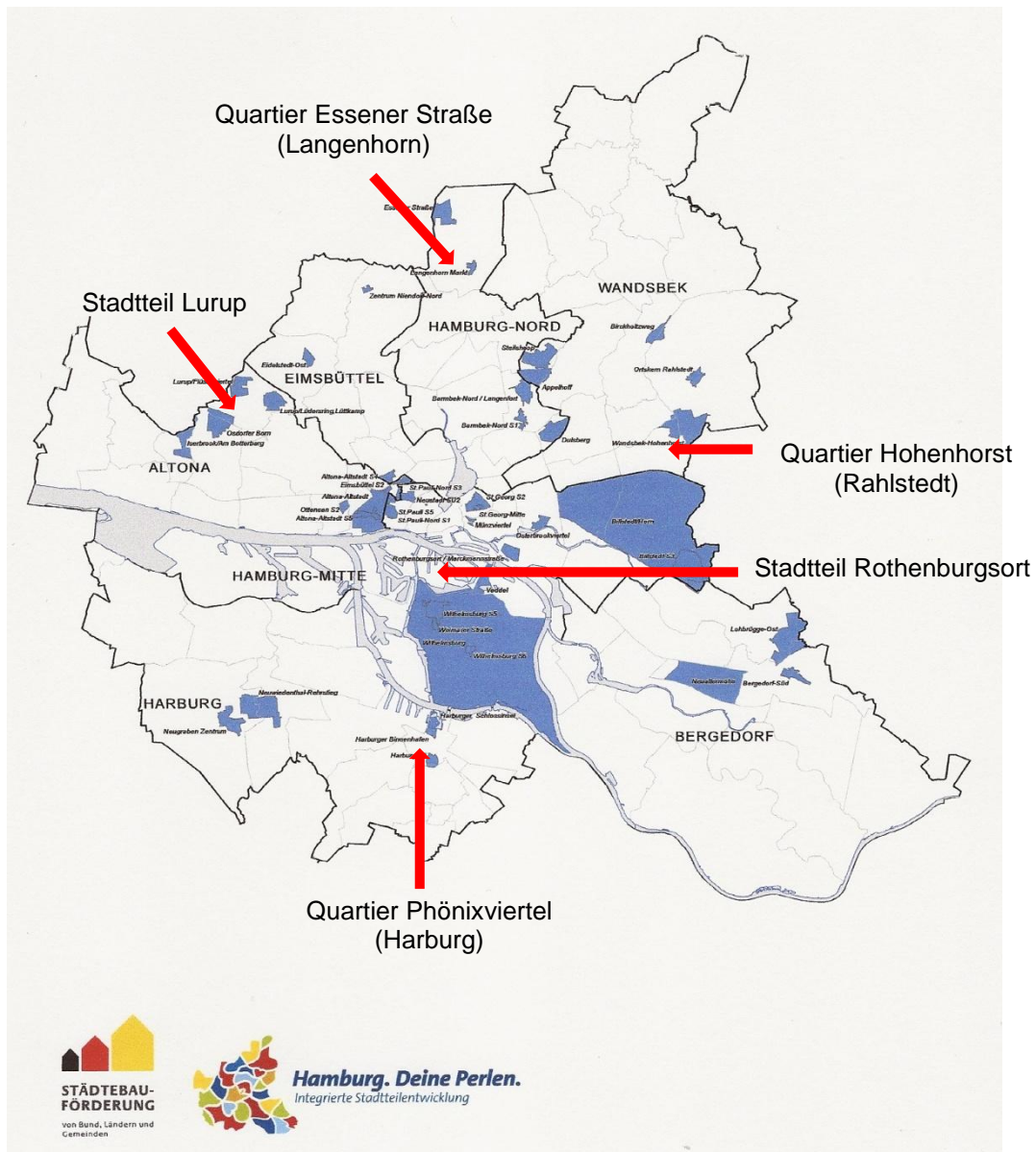
gesundheitlicher Chancengleichheit für sozial Benachteiligte durch niedrigschwellige Angebote, die Wissens- und Kompetenzzuwachs ermöglichen (Färber & Hofrichter, 2012, S. 280).

4.2.1 Ausgewählte Stadtteile für die Koordinierungsbausteine

Der Stadtteil Lurup (Bezirk Altona) zählte zu einem der drei Modellstandorte des in Kapitel 3 vorgestellten Difu-Forschungsprojektes und hatte bereits eine integrierte Geschäftsstelle für Gesundheitsförderung: das Stadtteilhaus im Böverstland 38 (BÖV 38). Um die erzielten Erfolge in Bezug auf die Gesundheitsförderung zu sichern und auszubauen, wurde nach dem Auslaufen der Förderprogramme „Aktive Stadtteilentwicklung“ und „Soziale Stadt“ der erste KoBa in Lurup integriert. Darauf folgten drei weitere KoBa in den Quartieren Phönixviertel (Stadtteil Harburg, Bezirk Harburg), Hohenhorst (Stadtteil Rahlstedt, Bezirk Wandsbek) sowie in dem Stadtteil Dulsberg (Bezirk Hamburg-Nord). Aus organisatorischen Gründen musste der KoBa in Dulsberg aufgegeben werden (Färber & Hofrichter, 2012, S. 280, Färber, 2013). Mittlerweile wurden zwei weitere KoBa in dem Stadtteil Rothenburgsort (Bezirk Hamburg-Mitte) sowie in dem Quartier Essener Straße (Stadtteil Langenhorn, Bezirk Hamburg-Nord) eingerichtet. Die Auswahl der genannten sozial benachteiligten Stadtteile/Quartiere beruht auf den, durch das Sozialmonitoring des RISE-Programms, gesichteten Gebieten mit besonderem Entwicklungsbedarf in Hamburg (Färber, 2013). Angesiedelt sind die Koordinierungsbausteine in eingerichteten Trägerschaften, beispielsweise Stadtteilbüros der ausgewählten Stadtteile. Da es nicht in jedem Stadtteil ein Stadtteilbüro gibt, wurden die KoBa in den jeweiligen Stadtteilen an die sogenannten Community Center der RISE-Entwicklungsgebiete eingeführt. Die Kopplung der Koordinierungsbausteine an die eingerichteten Trägerschaften ermöglichen die Nutzung vorhandener Ressourcen, beispielsweise Nutzung der Räume und vorhandener Netzwerke (Färber & Hofrichter, 2012, S. 280; Färber, 2013).

Auf der nachfolgenden Abbildung 2 ist die geografische Lage der KoBa-Standorte auf dem Hamburger Stadtplan ersichtlich.

Abbildung 2: Verweis auf die geografische Lage der KoBa – Standorte, Hamburg



Quelle: RISE – Leitfaden für die Praxis (BSU, 2012) mit eigenen Ergänzungen

4.2.2 Problemlagen und Potentiale der ausgewählten Stadtteile

Die ausgewählten Stadtteile und Quartiere für die KoBa-Standorte sind sozial benachteiligt. Sie weisen eine eher problematische Bau- und Sozialstruktur auf. Neben dem hohen Bedarf an Instandsetzung der Wohngebäude, dichten Besiedelung im Vergleich zur Fläche, problematischen Verkehrslagen und mangelhafter Infrastruktur, lebt in diesen Gebieten, im Vergleich zur gesamt Stadt, ein besonders hoher Anteil sozial benachteiligter Menschen. Diese Stadtteile sind Entwicklungs-, Nachsorge- oder

Verstetigungsgebiete des RISE-Programms und wurden als solche mittels des Sozialmonitoring identifiziert (Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt, 2010 und 2011). Neben den bestehenden Problemlagen dürfen die Potentiale der ausgewählten Stadtteile nicht außer Acht gelassen werden. So verfügen einige von ihnen über Grün- und Freiflächen, gut ausgebaute lokale Netzwerkstrukturen, Freizeitangebote, gute Verkehrsanbindungen sowie hohes Engagement und Identifikation mit dem Stadtteil seitens der BewohnerInnen. Die Potentiale sind unterschiedlich in den einzelnen Stadtteilen verteilt und ausgeprägt (Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt, 2010). Die vorhandenen Potentiale gilt es aufzugreifen und weiter zu entwickeln.

4.3 Aufgaben der mitwirkenden und verantwortlichen Akteure der Koordinierungsbausteine

Die Fachabteilung Gesundheitsdaten und Gesundheitsförderung der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz hat die Federführung und Koordination zwischen den Akteuren unter dem Aspekt der Weiterentwicklung und der Evaluation der Koordinierungsbausteine inne. Ferner stellt die BGV die Personalmittel von jeweils 10.000 € im Jahr für die koordinierenden Tätigkeiten der zuständigen KoordinatorInnen in den Trägerschaften. Die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) hingegen bietet im Rahmen des „Regionalen Knotens“ und der Koordinierungsstelle „Gesundheitliche Chancengleichheit“ Fortbildungen und Beratungen für die KoordinatorInnen im Bereich der Qualitätsentwicklung an und führt diese aus (Färber & Hofrichter, 2012, S. 280 f.). Das Fortbildungsteam CommunityField® aus dem Stadtteil Lurup bietet ebenfalls Fortbildungen an, allerdings liegt der Fokus hier auf dem Aufbau personeller Vernetzung der MultiplikatorInnen. Mittels Partizipation und Qualitätsentwicklung soll durch die Fortbildungen eine wirksame Entwicklung der Strukturen gewährleistet werden (ebenda, S. 283). Das Stadtteilbüro Lurup (Böverstand – BÖV 38) ist in diesem Fall ein Beispiel Guter Praxis und somit für die Weitergabe seines Erfahrungswertes sowie Beratung für die anderen Standorte zuständig (ebenda, S. 280 f.).

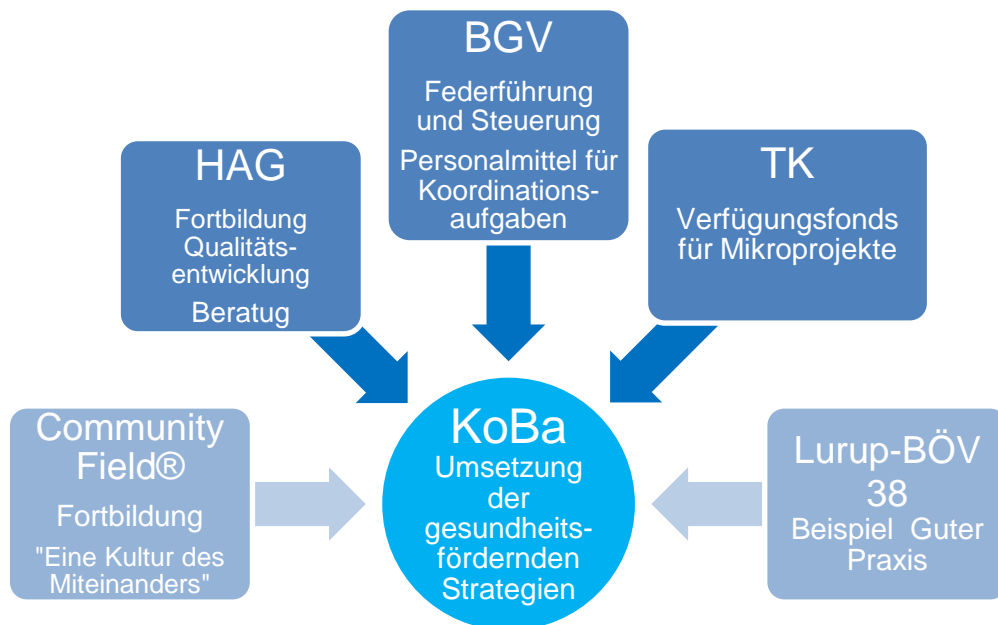
Den Verfügungsfonds in Höhe von etwa 10.000 Euro im Jahr für bewilligte Mikroprojekte, stellt die Techniker Krankenkasse (TK) Hamburg zur Verfügung und leistet Unterstützung in Bezug auf die Öffentlichkeitsarbeit. Der Verfügungsfonds ist ein niedrigschwelliges Instrument aus dem Programm „Soziale Stadt“. Ausgehend von den Richtlinien des „Leitfadens Prävention“ (Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes, SGB V, § 20, Abs. 1) wird entschieden, ob die Förderung für ein Projekt bewilligt wird. Dies hängt insbesondere

von den Themen und Inhalten der Projekte sowie den Qualifikationen ausgewählter KursleiterInnen ab (TK - Gesundheitsmanagement, 2014).

Die Rolle des Koordinators bzw. der Koordinatorin wird dem/der jeweiligen MitarbeiterIn des Trägers eines Stadtteilbüros oder Community Centers zugeschrieben. Zu den Hauptaufgaben der KoordinatorInnen zählen neben der an die jeweiligen Stadtteile angepassten Strategieentwicklung für Gesundheitsförderung auch die Ermittlung von Problemlagen und Bedarfen sowie von Ressourcen und Potentialen, Teilnahme an Qualifizierungsmaßnahmen, Aufbau von Vernetzungs-, Kooperations- und Beteiligungsstrukturen, Öffentlichkeitsarbeit, Entwicklung von Projekten, Antragstellung und Umgang mit dem Verfügungsfonds, Beratung sowie Informationstransfer mittels Stadtteilforen und Runden Tischen (ebenda, S. 282). Sie übernehmen die Moderation in einer lokal eingerichteten Koordinierungsstelle für Gesundheitsförderung.

Zur Veranschaulichung sind die genannten mitwirkenden und verantwortlichen Akteure sowie ihre Aufgaben innerhalb der Koordinierungsbausteine in der Abbildung 3 dargestellt.

Abbildung 3: Aufgaben der mitwirkenden und verantwortlichen Akteure der Koordinierungsbausteine



Quelle: Eigene Darstellung nach Färber & Hofrichter (2012, S. 281)

5. Evaluation der Koordinierungsbausteine

Zum Erhalt von Informationen, ob die am Anfang einer Intervention gesetzten Ziele erreicht wurden oder die erarbeiteten Strukturen für die Vorgehensweise zielführend sind, kann eine Evaluation durchgeführt werden. Die aus der Evaluation gewonnenen Informationen und Erkenntnisse können Handlungsempfehlungen für das weitere Vorgehen liefern, indem sie hinderliche und förderliche Faktoren aufzeigen und auf diese Weise für die Verbesserung eines Projektes von Nutzen sein können (Naidoo & Wills, 2010, S. 454).

5.1 Rahmenbedingungen für die Evaluation

Zur Durchführung der Evaluation wurden zunächst Rahmenbedingungen festgelegt, diese beinhalten die Eingrenzung des Untersuchungsgegenstandes, der Ziele und Fragestellungen der Evaluation und des Evaluationsdesigns sowie die Gütekriterien.

5.1.1 Untersuchungsgegenstand der Evaluation

Der Evaluations- bzw. der Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit ist das Modellprojekt KoBa. Das Projekt wurde wie in Kapitel 4 gezeigt im Jahr 2010 initiiert und muss für die weitere Fortführung jedes Jahr aufs Neue bewilligt werden. Mittlerweile musste aus organisatorischen Gründen ein KoBa eingestellt werden. Es konnten jedoch zwei neue KoBa zu unterschiedlichen Zeitpunkten in Stadtteilbüros oder Community Centern eingeführt werden. Die Evaluation findet somit während der Laufzeit des Modellprojektes statt.

5.1.2 Ziel und Fragestellung der Evaluation

Das Ziel dieser Arbeit ist es, in Bezug auf die Bedeutung von gesundheitsfördernden Strategien in der Stadtteilentwicklung zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit, die Koordinierungsbausteine darzustellen und zu evaluieren.

Dabei sollen folgende Forschungsfragen für die Erkenntnisfunktion geklärt werden:

- Inwieweit wurden die Ziele, sozial Benachteiligte zu erreichen und Gesundheitsförderung in den ausgewählten Stadtteilen mittels der Koordinierungsbausteine zu verankern, erreicht?
- Inwieweit ist die Struktur der Koordinierungsbausteine für die Zielerreichung, auch im Hinblick auf die Übertragung in andere Stadtteile, geeignet?

Die mit Hilfe der Evaluation gewonnenen Informationen und Erkenntnisse sollen den mitwirkenden und verantwortlichen Akteuren der Koordinierungsbausteine mögliche Handlungsempfehlungen für ihr weiteres Vorgehen, vor allem für eine nachhaltige Verankerung der Gesundheitsförderung in den ausgewählten Stadtteilen sowie für die Übertragung auf andere sozial benachteiligte Stadtteile, aufzeigen können.

5.1.3 Qualitative Evaluation

In der durchgeführten Untersuchung werden die Erfahrungen der in den KoBa tätigen KoordinatorInnen für die Beantwortung der gesetzten Forschungsfragen für diese Arbeit von Bedeutung. Des Weiteren ist auch das besondere Wissen der Hauptverantwortlichen für die Koordinierungsbausteine, im Hinblick auf die Organisationsstruktur für die Erhebung relevant.

Qualitative Methoden sind im Vergleich zu quantitativen Methoden offener angelegt und berücksichtigen dadurch die individuellen Ansichten der relevanten Akteure zum Zeitpunkt des Projektverlaufes. Folglich wurde eine qualitative und prozessorientierte Vorgehensweise für die Erkenntnisgewinnung gewählt (Kuckartz, Dresing, Rädiker, & Stefer, 2007, S. 11; Flick, 2009, S. 24, S. 85). Eine ebenso bedeutende Rolle für die Auswahl der qualitativen Methode für die Datenerhebung ist die Tatsache, dass es sich hier um ein kleines Sample der zu befragenden Personen innerhalb des Modellprojektes handelt (Flick, 2009, S. 205).

5.1.4 Gütekriterien für die qualitative Evaluation

Für die Qualitätssicherung der durchgeführten Evaluation sind, vorab festgelegte, Gütekriterien grundlegend. Die Basiskriterien, Objektivität (Sachlichkeit), Validität (Gültigkeit) und Reliabilität (Zuverlässigkeit), der quantitativen Forschung sind für eine Eins-zu-eins-Umsetzung in der qualitativen Forschung nicht geeignet (Steinke, 2008, S. 322). Folglich wurden für die qualitative Forschung Gütekriterien formuliert, die je nach „*Fragestellung, Gegenstand und verwendeter Methode*“ (ebenda, S. 324) angewendet werden können.

Für die vorliegende Arbeit wurden einige dieser Gütekriterien, die im Folgenden beschrieben sind, hinzugezogen:

- *Intersubjektive Nachvollziehbarkeit*
Ausführliche Dokumentation soll das Verfahren der Evaluation verständlich und Nachvollziehbar darstellen (Steinke, 2008, S. 324).

- *Nähe zum Gegenstand*

In diesem Fall ist die Nähe zu dem Modellprojekt und den relevanten Akteuren seitens der Verfasserin bereits während des Hochschulpraktikums hergestellt worden. Zudem richtet sich die Befragung an die Tätigkeit der ExpertInnen in Bezug zu dem Untersuchungsgegenstand und wurde nach Möglichkeit an dem direkten Arbeitsplatz der ExpertInnen durchgeführt (Mayring, 2002, S. 146).

- *Regelgeleitetheit*

Damit ist ein strukturiertes Vorgehen bei der Auswertung der erhobenen Daten in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse von Mayring (2002, S. 145 f.) gemeint.

5.2 Methodenbeschreibung der Datenerhebung

Zur Durchführung der Evaluation der Koordinierungsbausteine sind Experteninterviews als qualitative Methode für die Datenerhebung gewählt worden.

5.2.1 Literaturrecherche

Bevor die qualitativen Daten erhoben werden konnten, wurde eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt. Auf diese Weise war es möglich einen Überblick über die Bedeutung von gesundheitsfördernden Strukturen und Strategien in der Stadtteilentwicklung, insbesondere in sozial benachteiligten Stadtteilen zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit zu verschaffen.

5.2.2 Experteninterviews

Für die Evaluation der Koordinierungsbausteine wurden leitfadengestützte Experteninterviews als qualitatives Instrument für die Datenerhebung gewählt.

Die Rolle der ExpertInnen wurde in diesem Fall den KoordinatorInnen sowie den Verantwortlichen in der BGV für die Koordinierungsbausteine zugeschrieben. Ihre praktischen sowie theoretischen Erfahrungen, Ansichten und auch das besondere Wissen bezüglich der Koordinierungsbausteine sind, für die Beantwortung der für diese Arbeit gestellten Fragen sowie für die daraus resultierende Erkenntnisgewinnung, unumgänglich (Hopf, 2008, S. 350; Gläser & Laudel, 2010, S. 11 ff.; Flick, 2012, S. 214 ff.).

Die konzipierten Leitfragen sollen dazu dienen eben diese Erfahrungen, Ansichten und das Wissen der KoordinatorInnen bezüglich der Arbeit mit den Koordinierungsbausteinen in ihren jeweiligen sozial benachteiligten Stadtteilen zu erfragen und Erkenntnisse zu gewinnen. Der Interviewleitfaden wurde anhand der Literaturrecherche, dem Vorwissen

aus dem Praktikum sowie unter der Beachtung des Ziels sowie der Fragestellungen für diese Arbeit entworfen (Anhang 2). Der Leitfaden für die Befragung der Verantwortlichen (Fachabteilung Gesundheitsdaten und Gesundheitsförderung, Abteilung Gesundheit der BGV) wurde unter der Berücksichtigung der genannten Bedingungen erstellt, unterscheidet sich jedoch hinsichtlich einiger Fragen nach der Organisationsstruktur, der Vorgehensweise und den Entwicklungspotentialen (Anhang 3).

5.2.2.1 Durchführung der Experteninterviews

Die ExpertInnen wurden per E-Mail kontaktiert und um eine Teilnahme an dem Interview gebeten. Den InterviewpartnerInnen wurde ein Informations- und Einverständniserklärungsblatt (Anhang 1) zugeschickt, das Informationen über die Interviewerin und Verfasserin dieser Arbeit, ihr Vorhaben und das geplante Vorgehen unter der Wahrung der Anonymität zusichert, enthielt (Gläser & Laudel, 2010, S. 144). Die Terminbestätigungen kamen relativ zeitig nach den Interviewanfragen. Die ExpertInnen signalisierten Bereitschaft und Interesse die Interviewerin und Verfasserin dieser Arbeit bei ihrem Vorhaben zu unterstützen. Für eine genauere Vorbereitung der Interviews, wurde auf Wunsch der Interviewleitfaden an die InterviewpartnerInnen, per E-Mail übermittelt.

In dem Zeitraum vom 16.04.2014 bis zum 24.04.2014 konnten drei, der insgesamt sechs vorgesehenen Interviews persönlich geführt werden. Zwei weitere Interviews wurden schriftlich beantwortet. Somit stießen fünf der sechs Interviewanfragen auf positive Resonanz.

Zu Beginn jedes Interviews wurde allen Befragten erneut der Anlass des Interviews beschrieben. Dazu zählte auch die Frage nach der Erlaubnis zur Tonbandaufzeichnung (ebenda, S. 144). Die Aufzeichnung ermöglichte eine bessere Konzentration auf das jeweilige Gespräch sowie die Gewährleistung, dass keine Informationen verloren gehen und verschaffte zudem Erleichterung bezüglich der Transkription sowie der Auswertung der Interviews (Kuckartz, Dresing, Rädiker, & Stefer, 2007, S. 26). Im Anschluss wurden die ExpertInnen gebeten das Informations- und Einverständniserklärungsblatt unterzeichnet auszuhändigen. Die Interviews fanden alle in den ausgewählten und somit vertrauten Räumlichkeiten der befragten Personen statt (Lamnek, 2005, S. 388) und dauerten im Durchschnitt etwa 30 Minuten. Während der Befragung erfolgte die Orientierung für die zu stellenden Fragen anhand des Leitfadens. Die Reihenfolge wurde jedoch nicht immer eingehalten, sondern ergab sich im Verlauf der Interviews auch aus dem Kontext.

5.2.2.2 Dokumentation und Auswertung der Experteninterviews

Nach der Durchführung der Interviews wurden diese transkribiert. Die Transkription erfolgte unter mehrmaligem Abhören der Tonaufnahmen, dabei wurden einfache Transkriptionsregeln (Anhang 4) nach Kuckartz et al. (2007, S. 27 f.) herangezogen. Für die Transkription stand keine Transkriptionssoftware zur Verfügung. Das verwendete Diktiergerät (Olympus VN-5500PC) verfügt jedoch über eine Rückspulfunktion sowie die Möglichkeit die Wiedergabegeschwindigkeit von langsam über normal bis schnell zu regulieren. Diese Funktionen erleichterten die Transkription und ermöglichten die Fehlerquote auf ein Minimum zu beschränken. Von Vorteil war auch, dass das Diktiergerät mehrere Ordner enthält. So konnte jedes Interview in einem separaten Ordner aufgenommen und gespeichert werden, um dadurch eine eventuelle Verwechslung zu umgehen. Die Transkription der drei persönlich geführten Interviews nahm etwa 28 Stunden in Anspruch. Die Transkripte wurden mit Zeilennummern versehen, um bei der Ergebnisdarstellung eine genau Quellenangaben gewähren zu können. Im Anschluss wurden die fertig gestellten Transkripte zur Absicherung ihrer Richtigkeit an die jeweiligen ExpertInnen gesandt. Zudem wurde in diesem Schritt die Möglichkeit genutzt offen gebliebene Fragen zu stellen.

Nach erfolgter Transkription und der Rückmeldung seitens der ExpertInnen wurde die Interviewauswertung in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2008, S. 42 f.) vorgenommen.

Dabei wurden die Ablaufschritte der inhaltlichen Strukturierung (Mayring, 2008, S. 89) angewandt. Zunächst wurden relevante Textstellen der einzelnen Transkripte anhand eines Farbschemas an die im Vorfeld festgelegten Kategorien (deduktive Vorgehensweise) angeordnet (Mayring, 2008, S. 83). Die Kategoriein finden sich in den Leitfäden wieder. Die Leitfäden sind in thematische Schwerpunkte eingeteilt und diesen Schwerpunkten sind die Haupt- und Unterkategorien zugeteilt. Nach der Zuordnung der relevanten Textstellen aus den Interviews wurden die Kategorien in einem reflektierenden Vorgehen bezugnehmend auf die Zielsetzung dieser Arbeit angeglichen.

In der folgenden Tabelle 1 sind die Themenschwerpunkte mit den angeglichenen Haupt- und Unterkategorien für die Auswertung dargestellt.

Tabelle 1: Themenschwerpunkte mit Haupt- und Unterkategorien für die Auswertung

Themenschwerpunkte	Hauptkategorien	Unterkategorien
Struktur	Struktur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eignung der Struktur für die Zielerreichung und Übertragung 2. Änderung in der Struktur
	Qualitätssicherung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bewertung der KoBa hinsichtlich des Zugewinns für den Stadtteil 2. Bewertung der Mikroprojekte 3. Qualitätskriterien (vorgegebene, selbstgesetzte)
	Ressortübergreifendes Arbeiten	
Vorgehensweise	Maßnahme(n)	<ol style="list-style-type: none"> 1. für die Ermittlung der Zielgruppe(n) 2. für die Ermittlung des Handlungsbedarfs 3. für die Erreichung der Zielgruppe(n) (Zugänge, Motivationen, Beteiligungskultur) 4. für die Berücksichtigung der Zielgruppe(n) Bedürfnisse
Aktuelle Situation im Stadtteil	Zielgruppe(n)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Erreichte Zielgruppe(n) 2. Noch zu erreichende Zielgruppe(n) 3. Differenzierung der Zielgruppe(n)
	Bewährte Projekte I	
Entwicklungspotential	Schwierigkeiten, Ressourcen, Anregungen, Wünsche	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hinderliche Faktoren 2. Förderliche Faktoren 3. Entwicklungspotential 4. Akquirierung weiterer Akteure 5. Akquirierung weiterer Fördermittel

Quelle: Eigene Darstellung

Im nächsten Schritt wurden die ausgewählten Textstellen aller Interviews extrahiert und in einem Dokument (Microsoft Word 2010) unter den jeweiligen Kategorien zusammengebracht, um diese im folgenden Schritt zu paraphrasieren. Anschließend wurden die paraphrasierten Aussagen der ExpertInnen anhand der Kategorien auf das Wesentliche reduziert und zusammengefasst. Im letzten Schritt wurden die Reduktionen zu einem Ergebnis verfasst (Mayring, 2008, S. 89).

Die Transkription erfolgte zwar anonym, da aber die Auswahl der ExpertInnen sehr spezifisch ist und die Wahrung des Datenschutzes unter allen Umständen gewährleistet werden soll, ist die Einsicht in die Transkripte und demzufolge auch in die Auswertung nur den Gutachterinnen dieser Arbeit gestattet.

6. Ergebnisse der Evaluation

Mit den Experteninterviews sollen Erkenntnisse gewonnen werden, inwieweit die Ziele der Koordinierungsbausteine sozial Benachteiligte zu erreichen und Gesundheitsförderung im Stadtteil zu verankern erreicht wurden. Zudem sollte ein Aufschluss darüber gegeben werden inwieweit die Struktur der Koordinierungsbausteine für die Zielerreichung und im Hinblick auf die Übertragung in andere sozial benachteiligte Stadtteile, geeignet ist.

Im Folgenden werden die zusammengefassten Ergebnisse der fünf Experteninterviews anhand der Themenschwerpunkte sowie des Kategoriensystems dargestellt.

Struktur

Die Struktur deckt einen Themenschwerpunkt ab, der Aufschluss über deren Eignung für die Umsetzung der Koordinierungsbausteine geben soll. Es geht um die Strukturentwicklung im Allgemeinen und darum zu erfahren inwieweit ressortübergreifendes Arbeiten stattfindet. Weiterhin sollen hier Informationen über die Qualitätssicherung erfasst werden. Hier geht es um die Bewertung der Koordinierungsbausteine hinsichtlich ihres Zugewinns für die Stadtteile sowie um die Möglichkeit der Übertragung in andere Stadtteile. Zudem soll hier ein Einblick in die gesetzten Qualitätskriterien ermöglicht werden.

- **Struktur**

Die Strukturentwicklung der KoBa beruht auf den Empfehlungen des Deutschen Instituts für Urbanistik, des Hamburger Rahmenprogramms für Integrierte Stadtteilentwicklung sowie des Hamburger Zielprozesses „Pakt für Prävention“. Die Auswahl der Träger für die Koordinierungsbausteine in den jeweiligen Stadtteilen beruht auf das Vorhandensein eines Stadtteilbüros oder Community Centers oder auf Einrichtungen, die Stadtteilbezogen arbeiten, wie beispielsweise das Kommunale Gesundheitsförderungsmanagement (KGFM) in zwei Bezirken. Angedockt an diese Einrichtungen, deren Arbeit ähnlich wie die eines Quartiermanagements funktioniert, sollen die KoBa dazu beitragen nachhaltige Strukturen aufzubauen. Hierfür ist jedoch die Qualität der Vernetzung und der koordinierenden Tätigkeiten entscheidend.

Zu den Strukturvorgaben für die agierenden KoordinatorInnen in den jeweiligen Stadtteilen zählt die Entwicklung einer Strategie, die es ermöglicht Kompetenzen, besonders in Bezug zu dem Thema Gesundheit der Stadtteilakteure, der BewohnerInnen und der Zielgruppen zu stärken. Weiterhin zählen dazu die Erfassung von bestehenden Angeboten, die Initiierung von bedarfs- und bedürfnisgerechten Projekten gemeinsam mit

den Stadtteilakteuren und im Idealfall auch mit den Zielgruppen, Antragstellung an die Techniker Krankenkasse für die Bewilligung der Fördermittel für die Projekte sowie die Bekanntgabe der Projekte durch Öffentlichkeitsarbeit und nicht zuletzt die Akquirierung weiterer Fördermittel. Die KoordinatorInnen sind AnsprechpartnerInnen für alle, die gesundheitsfördernde Angebote im Stadtteil realisieren wollen sowie für Politik und Verwaltung. Die Aussagen zu den Strukturvorgaben sind einheitlich von den ExpertInnen genannt worden.

„Unsere Strategie ist alle Menschen, die uns im Rahmen unserer Arbeit begegnen, zu ermutigen ihre Bedürfnisse zu artikulieren und sie dabei zu unterstützen ein passendes Angebot zu entwickeln und das dann auch im Stadtteil stattfinden zu lassen und wertschätzend darüber zu berichten, um auch andere zu ermutigen, Ähnliches zu tun.“

(B2, 945-951)

Es wird genannt, dass die Idee der Runden Tische für die KoBa aus einem der Stadtteile stammt, in dem die Bewohneraktivierung und Beteiligung bereits sehr gut funktioniert, die Umsetzung dieser Idee in anderen Stadtteilen jedoch nicht vorbehaltlos möglich ist. Das hängt viel mit den Gegebenheiten des jeweiligen Stadtteils sowie der dort lebenden BewohnerInnen zusammen und es gilt immer abzuwägen zwischen dem Aufwand, der betrieben wird und dem Nutzen der daraus resultiert. Daher wurde die Durchführung der Runden Tische in einem der Stadtteile eingestellt, da die Beteiligungskultur nahezu nicht zu verzeichnen war.

- **Ressortübergreifendes Arbeiten**

Die Ergebnisse der Interviews haben ergeben, dass ressortübergreifendes Arbeiten stattfindet. Die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz arbeitet mit der Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt im Hinblick auf die Auswahl der Stadtteile für die KoBa-Standorte sowie mit den Bezirksämtern der jeweiligen Stadtteile zusammen. In den Stadtteilen zeigt sich das durch die Zusammenarbeit mit den lokalen Einrichtungen, beispielsweise mit dem jeweiligen Stadtteilbeirat. Auf diese Weise besteht die Chance weitere Fördermittel zur Verfügung gestellt zu bekommen, um Projekte, die nicht von dem TK-Fonds bewilligt wurden finanzieren zu können. Diese Möglichkeit besteht, weil es anerkannt arme Stadtteile bzw. Entwicklungsgebiete sind. Weitere Fördermittel konnten bei Wohnungsbauunternehmen oder Stiftungen für Projekte akquiriert werden.

- **Bewertung hinsichtlich des Zugewinns und der Übertragung**

Die Auswertung hat ergeben, dass die ExpertInnen die KoBa als ein Zugewinn für die jeweiligen Stadtteile, deren Akteure und BewohnerInnen betrachten. Durch die gezielte Öffentlichkeitsarbeit der KoordinatorInnen konnte das Thema Gesundheitsförderung bei den Akteuren der Stadtteileinrichtungen etabliert werden. Die Einrichtungen haben das Thema Gesundheitsförderung in ihr Handlungskonzept aufgenommen und nutzen vermehrt die Unterstützung durch die KoordinatorInnen. Durch die aktive Arbeit der Koordinierungsbausteine wird somit das Thema Gesundheitsförderung auch in den Alltag der Zielgruppen integriert. In einem Interview wird erwähnt, dass die Akteure einen Zuwachs an Wissen und Kompetenzen äußern. Der Zugewinn besteht für die ExpertInnen auch darin, dass sie sich durch diese Entwicklungen in ihrem Handeln bestärkt fühlen.

„Koordinierungsbausteine sind eine positive Ergänzung zu den bisherigen Stadtteilaktivitäten im Bereich Gesundheitsförderung sowie auf lange Sicht eine Möglichkeit Gesundheitsförderung in den Stadtteilen zu verstetigen.“
(B4, 136-141)

Es hat sich heraus gestellt, dass die Übertragung der KoBa in andere Stadtteile gegeben ist, allerdings unter der Voraussetzung, dass die Strukturen an die jeweiligen Stadtteilgegebenheiten angepasst werden.

- **Qualitätssicherung**

Die Evaluation der KoBa findet intern in Form von Berichten statt. Die Berichte und somit die Umsetzung der koordinierenden Aufgaben sollen Qualitätskriterien berücksichtigen, die im Folgenden genannt werden:

- Beteiligung und aktivierende Verfahren
- Lebensraumbezug
- Evaluation und Dokumentation
- Niederschwelligkeit
- Wirkungsorientierung
- Vernetzung
- Verstetigung

Die dargestellten Qualitätskriterien sollen für die Umsetzung gesundheitsfördernder Tätigkeiten eine Orientierung bieten. In diesem Rahmen werden für Akteure

Fortbildungsmodule angeboten. Sie sollen für eine adäquate Anwendung der genannten Qualitätskriterien Unterstützung leisten. Die KoordinatorInnen nannten bei der Frage nach den Qualitätskriterien, allerdings nur die, die sie für ihre koordinierenden Tätigkeiten selbst setzen. Genannt wurden die Selbstevaluation, das breite Auftreten der KoordinatorInnen sowie das Einbinden möglichst vieler Akteure, die Anzahl erreichter BewohnerInnen und guter Projekte, die Auswertung erfolgter Projekte und die Überprüfung ihrer Funktionalität sowie den Grund wodurch diese bekannt wurden, die Orientierung an SMART-Kriterien (spezifisch, messbar, akzeptiert, realistisch, terminiert) sowie eine an KursleiterInnen und teilnehmenden Einrichtungen gerichtete Kurzerhebung im Anschluss an die Projekte. Als vorgegebene Qualitätskriterien wurden einheitlich die von der TK vorgegebenen Qualitätskriterien in Bezug auf die Projekte genannt. Für die Qualitätssicherung einzelner Projekte müssen festgelegte Kriterien erfüllt werden. Diese setzen voraus, dass die KursleiterInnen über bestimmte Qualifikationen verfügen und, dass die Projekte eine Mindestanzahl von TeilnehmerInnen aufweisen. Die gestellten Projektanträge werden von der TK geprüft und bei Erfüllung gesetzter Kriterien werden die Projekte bewilligt. Über die gelaufenen Projekte wird jährlich im Sinne der Evaluation eine Berichterstattung an die TK übermittelt. Diese Berichte werden ebenfalls den anderen KoBa-Standorten zur Verfügung gestellt.

Ferner wird die Fortbildungsreihe CommunityField® für eine bessere Kooperation und Vernetzung der MultiplikatorInnen angeboten. Diese werden jedoch nur bedingt in Anspruch genommen. Der Austausch der KoordinatorInnen mit den Hauptverantwortlichen und deren Kooperationspartnern findet in der Regel einmal im Quartal statt und wird von allen Akteuren genutzt sowie als sehr wertvoll erachtet.

Vorgehensweise

Dieser Themenschwerpunkt verfolgte das Ziel der Erkenntnisgewinnung in Bezug auf durchgeführte Maßnahmen in den Stadtteilen, um die Zielgruppe(n) sowie den Handlungsbedarf zu ermitteln, die Zielgruppe(n) zu erreichen und ihre Bedürfnisse zu berücksichtigen.

- **Maßnahmen**

Die Ermittlung der Zielgruppen erfolgt meist über externe Stellen, bspw. über Stadtteileinrichtungen sowie über MultiplikatorInnen. Der Handlungsbedarf wird einerseits durch den festgelegten Sozialindex der RISE-Gebiete, andererseits auch durch die Gesundheitsdaten, beispielsweise der Schuleignungsuntersuchungen oder seltener über direkte Befragungen im Stadtteil, beispielsweise während angebotener Sportfeste

festgelegt. Zudem schildern MultiplikatorInnen den Bedarf sowie die Zielgruppenbedürfnisse den KoordinatorInnen, so dass kooperativ bedarfs- und nach Möglichkeit bedürfnisgerechte Projekte entwickelt werden können. Die MultiplikatorInnen ermutigen zudem zeitgleich die jeweiligen Zielgruppen an den Projekten teilzunehmen. Ehrenamtliche MitarbeiterInnen aus den Stadtteilen, die mit den Zielgruppen zusammenarbeiten geben ebenfalls deren Bedarfe und Bedürfnisse an die KoordinatorInnen weiter. In einigen Stadtteilen werden regelmäßig seitens der KoordinatorInnen Runde Tische zu dem Thema Gesundheit einberufen. Zu den TeilnehmerInnen zählen meist unterschiedliche Akteure der Stadtteileinrichtungen, MultiplikatorInnen, Ehrenamtliche und seltener auch interessierte BewohnerInnen. Hier werden Einblicke über die BewohnerInnen gewonnen und auf diese Weise kann der Handlungsbedarf ermittelt werden. Der gängigste Weg, um die Zielgruppen zu erreichen, ist über Stadtteileinrichtungen und MultiplikatorInnen, denn diese werden von den Zielgruppen in deren Alltag eingebunden.

Überdies sind die Zielgruppen in einigen Stadtteilen bereits von sich aus sehr engagiert und motiviert. Sie kümmern sich um Projekte und bewerben diese. Viele BewohnerInnen werden jedoch nur über die Projekte erreicht, allerdings geben sie die gewonnenen Erfahrungen aus den Projekten, beispielsweise an ihre Bekannten und Familien weiter.

„Persönliche Kontakte bzw. Empfehlungen aus dem eigenen Umfeld sind oft am wirksamsten um schwer erreichbare Zielgruppen zu gewinnen.“

(B3, 538-541)

Die Schaffung von Zugängen hängt hauptsächlich von den Strukturen der einzelnen Stadtteile und deren BewohnerInnen zusammen.

Aktuelle Situation im Stadtteil

Bei diesem Schwerpunkt ging es darum sich einen Überblick über die aktuelle Situation im Stadtteil zu verschaffen. Die Frage nach den Zielgruppen sollte Aufschluss dazu geben, welche Zielgruppen seit der Einführung der Koordinierungsbausteine erreicht werden konnten bzw. noch zu erreichen sind. Zudem wurde nach Projekten, die sich bewährt haben gefragt.

- **Die Zielgruppen**

Die Auswertung hat ergeben, dass für die meisten nicht nur die Zielgruppe der sozial Benachteiligten im Allgemeinen zu erreichen gilt, sondern, dass auch eine Differenzierung

in Unterzielgruppen stattfindet. Zu den erreichten Zielgruppen zählen überwiegend Kinder und Jugendliche (Mädchen und Jungen mit und ohne Migrationshintergrund), ältere Menschen (vorwiegend Frauen mit und ohne Migrationshintergrund) sowie Frauen (mit und ohne Migrationshintergrund). Ebenso konnten zum Teil die Eltern durch ihre Kinder sowie in einigen Stadtteilen teilweise Männer sowie Menschen mit Behinderung erreicht werden. In Stadtteilen in denen Jugendliche, ältere Menschen und Männer noch nicht erreicht werden konnten, werden diese Zielgruppen verstärkt in Augenschein genommen. In einem Stadtteil ist die Einteilung der StadtteilbewohnerInnen in bestimmte Unterzielgruppen schwierig. Als Grund hierfür wird angegeben, dass alle BewohnerInnen sozial benachteiligt sind.

- **Bewährte Projekte**

In den Stadtteilen sind alle durchgeführten Projekte positiv aufgenommen worden. Besonders bewährt haben sich in einigen Stadtteilen Projekte zur Entspannung für Frauen mit und ohne Migrationshintergrund, ein Bewegungsangebot für ältere Menschen und Menschen mit Behinderung sowie ein offenes Bewegungsangebot für alle Grundschul Kinder, ein Projekt zur seelischen Gesundheit für Kinder sowie ein Kochprojekt für Mädchen. Im Grunde werden alle durchgeführten Projekte von den ExpertInnen als erfolgreich verzeichnet. Die KoordinatorInnen machen das daran fest, dass die Projektziele erreicht wurden und, dass die TeilnehmerInnen und KursleiterInnen ihnen eine positive Rückmeldung geben sowie einen Wiederholungswunsch äußern. Allerdings hängt der Erfolg eines Projektes auch stark von den Interessen der TeilnehmerInnen ab.

Entwicklungspotential

Erkenntnisse in Bezug auf Schwierigkeiten bzw. hinderliche Faktoren und Ressourcen bzw. förderliche Faktoren der Koordinierungsbausteine sollten gewonnen werden. Zudem ging es bei diesem Schwerpunkt auch darum Anregungen und Wünsche der ExpertInnen hinsichtlich der Gewinnung weiterer Akteure und Fördermittel sowie bezüglich des Entwicklungspotentials der KoBa für ihr weiteres Vorgehen zu erfahren.

- **Hinderliche Faktoren**

Als meist sehr schwierig wurde die Einbindung der Zielgruppen für die aktive und längerfristige Teilnahme an den Runden Tischen genannt. Die aktive Teilnahme an eben diesen Runden Tischen ist meist durch BewohnerInnen verzeichnet, die sich ohnehin um ihre Gesundheit kümmern. Die partizipative Einbindung der Zielgruppe bei der

Entwicklung der Projekte findet eher vereinzelt statt. Das Leitmotiv der KoBa erreicht die Akteure der Stadtteileinrichtungen mehr als die Zielgruppen.

Des Weiteren wird in einem Interview genannt, dass die finanziellen Mittel, die seitens der Behörde und der TK zur Verfügung gestellt werden ausreichen, allerdings nur deshalb, weil die Koordinierungsbausteine in bereits bestehende Trägerschaften eingebettet sind. Überwiegend wird jedoch genannt, dass die zur Verfügung stehenden Fördermittel ohne der Möglichkeit auf andere zugreifen zu können nicht ausreichen würden. Ebenso wird die zur Verfügung gestellte Zeit für die Koordinationsaufgaben als nicht ausreichend genannt. Der Zeitaufwand für die koordinierenden Aufgaben ist sehr hoch und erfordert mehr als die zur Verfügung gestellten fünf Stunden in der Woche oder aber eine Verknüpfung der gesetzten Aufgaben mit dem eigentlichen Arbeitsalltag. Eine Erhöhung der Stundenzahl ist momentan jedoch, auf Grund fehlender Sachmittel, nicht umsetzbar.

Als großer hemmender Faktor wird einheitlich die Hochschwelligkeit der TK Anforderungen für die Bewilligung der Projekte genannt. Bei nicht Erfüllung der festgelegten Anforderungen können manche Projekte mit dem TK-Verfügungsfonds nicht finanziert und daher oftmals nicht realisiert werden. Im Einzelnen werden hier der hohe Aufwand und teilweise bestehende Verunsicherung in Bezug auf das Ausfüllen der Projektanträge sowie die Qualifikationsanforderungen an die KursleiterInnen genannt. Die Akquirierung qualifizierter KursleiterInnen ist nicht immer einfach, da es sich dabei oft um kleine Honorarsätze für die Qualifikationskräfte handelt. Dadurch, dass einige Projekte nicht kontinuierlich finanziert werden können, werden sie oft eingestellt, so dass die Zielgruppen immer wieder aufs Neue erreicht werden müssen.

- **Förderliche Faktoren**

Als sehr positiv wird die Tatsache gewertet, dass seitens der Federführung, vor der Etablierung der Koordinierungsbausteine, die Stadtteile hinsichtlich geeigneter Träger und vorhandener sowie gut ausgebauter Netzwerke genau betrachtet wurden. Die Kopplung der KoBa an die RISE-Entwicklungsgebiete sowie an neutrale Träger, die einen ganzheitlichen Blick haben wird ebenfalls als förderlich für die Umsetzung der koordinierenden Rolle genannt.

Die Zusammenarbeit mit den Stadtentwicklungsgebieten bietet Vorteile durch die vorhandenen Strukturen, Netzwerke und bei der finanziellen Realisierung von Projekten.“

(B1, 334-349)

Weitere förderliche Faktoren sind die lokale Koordination und (personelle) Kontinuität, vorhandene Erfahrungen sowie die Nutzung verfügbarer Ressourcen. Diese sind hilfreich für die Entwicklung und Umsetzung gesundheitsfördernder Strategien. Ein zentraler förderlicher Faktor ist das gute Miteinander der Menschen, denn davon hängt viel ab. Durch die Vielzahl und Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure können Ideen entwickelt sowie Netzwerke, zum Teil stadtteilübergreifend, ausgebaut werden.

Die Berücksichtigung der einzelnen Zielgruppensituationen sowie die niedrigschwellige Vorgehensweise haben sich als förderlich herausgestellt. Vor allem die, wie unter dem Punkt „Maßnahmen“ bereits erläutert, selbst erarbeitete Ideen und Konzepte der BewohnerInnen sind hilfreich und wertvoll für alle Beteiligten.

„Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa Charta hat dieselben Anliegen wie Stadtteilentwicklung: Es geht darum, Menschen zu unterstützen, sich ihre Lebenswelt so anzueignen und zu gestalten, dass sie gut mit sich und miteinander leben können. Dafür ist z.B. die Erfahrung, dass die Akteure gemeinsam gute Ideen entwickeln und bei ihrer Realisierung unterstützt werden, sehr hilfreich.“

(B2, 975-985)

Als eine große Ressource wird auch der TK-Verfügungsfonds als solches angesehen. Dieser macht es erst möglich, dass Projekte zeitnah initialisiert und gegebenenfalls auch wiederholt werden können. Es werden Möglichkeiten erarbeitet den Verfügungsfonds optimal nutzen zu können, beispielsweise konnten Tandem-Kurse erarbeitet werden. Konkret heißt das, dass die Techniker Krankenkasse für ein Projekt einmal die qualifizierte Fachkraft bezahlt, aber auch bereit ist nicht zertifizierte, jedoch für das jeweilige Projekt qualifizierte KursleiterInnen aus dem Stadtteil zu finanzieren. Von Vorteil ist jedoch, wie bereits unter dem Punkt „Ressortübergreifendes Arbeiten“ erwähnt, dass es noch andere Möglichkeiten gibt zusätzliche Fördermittel zu bekommen.

Die angebotenen Fortbildungen für die KoordinatorInnen werden als sehr positiv gewertet und auch die kollegiale Beratung und der Austausch zwischen den mitwirkenden und verantwortlichen Akteuren der KoBa für Gesundheitsförderung sind unabdingbar.

- **Akquirierung weiterer Akteure und Fördermittel**

Die Frage nach der Akquirierung weiterer Akteure hat ergeben, dass die Einbindung weiterer Behörden, beispielsweise der Behörde für Inneres und Sport gewünscht ist, um mehr Möglichkeiten für die Realisierung einzelner Projekte zu erhalten. Im Grunde ist es immer von Vorteil, wenn weitere wichtige Akteure, MultiplikatorInnen und Zielgruppen

dazu gewonnen werden können. Zudem besteht der Wunsch, dass weitere Krankenkassen und Ärzteverbände von der Behörde eingebunden werden.

*“Das müsste im Aufgabenbereich der Behörde liegen, die hat da einfach mehr Gewicht.“
(B1, 486-487)*

Bezug nehmend zu der Akquirierung weiterer Fördermittel kann gesagt werden, dass neben den genannten Kofinanzierungen stetig nach weiteren Sponsoren Ausschau gehalten wird.

- **Entwicklungspotential der Koordinierungsbausteine**

Neben den genannten hinderlichen und förderlichen Faktoren sollte das Entwicklungspotential der Koordinierungsbausteine aus der Sicht der ExpertInnen sowie ihre Anregungen und Wünsche für weiteres Vorgehen erfragt werden.

Im Einzelnen wurde genannt, dass die Kopplung des Handlungsfeldes Gesundheitsförderung aus dem Rahmenprogramm für Integrierte Stadtteilentwicklung der BSU mit den Koordinierungsbausteinen der BGV auf behördlicher Ebene förderlich wäre.

Ein zentrales Austauschmedium für die Informationsübertragung sowie eine externe wissenschaftliche Begleitung werden ebenfalls im Einzelnen empfohlen. Mehr Unterstützung bei der Antragstellung sowie Reflektion der eigenen Arbeit zählen auch zu den im Einzelnen genannten Anregungen.

Häufig wurde der Wunsch nach einem zusätzlichen und offener gestaltetem Fonds, der in den Stadtteilen zur Verfügung gestellt werden soll, um die Arbeit zu erleichtern und mehr (bewährte) Projekte langfristig ansetzen zu können, geäußert.

*„Das von der Koalition beabsichtigte Bundespräventionsgesetz kann sowohl die Kooperation der unterschiedlichen Akteure wie auch zur Verfügung stehende Finanzmittel verstärken.“
(B5, 240-243)*

Für die weitere Entwicklung der Koordinierungsbausteine auch hinsichtlich ihrer Übertragung in andere Stadtteile soll darauf geachtet werden, dass Möglichkeiten gegeben werden, die eine Anpassung an die jeweiligen Stadtteilgegebenheiten erlauben. Bei der Auswahl der Stadtteile mit wenig Vernetzung soll bedacht werden, dass es zunächst sehr viel Zeit dafür verwendet werden muss, um ein strukturelles Netzwerk zwischen den einzelnen Akteuren zu schaffen.

Ein weiteres wichtiges Entwicklungspotential ist die bessere Bekanntheit der Koordinierungsbausteine. Ein höherer Bekanntheitsgrad der KoBa ist ein wichtiger Faktor für den Austausch mit den zuständigen Einrichtungen und für die Umsetzung gesundheitsfördernder Strategien, beispielsweise könnten Projekte auf diese Weise leichter und mit weniger Aufwand entwickelt werden.

„Nach einer besseren Etablierung der Koordinierungsbausteine könnte eine Struktur entstehen, in der Bedarfe angezeigt werden und passende Kooperationspartner zusammen mit der Koordination der KoBa die Angebote konzipieren und organisieren. Sie könnten dauerhaft zu einem Bestandteil der Gesundheitsförderung im Stadtteil werden und sich in der Wahrnehmung der Menschen verankern“.

(B4, 197-206)

7. Diskussion der Methode und der Ergebnisse

Die, für die Zielerreichung der vorliegenden Arbeit angewandte Methode der Datenerhebung sowie die daraus resultierenden Ergebnisse werden in den folgenden Abschnitten diskutiert.

7.1 Diskussion der Methode

Angesichts des begrenzten zeitlichen Rahmens und des kleinen Sample der Befragten, überwiegend jedoch anlässlich der kontextbezogenen Fallorientierung (Kuckartz, Dresing, Rädiker, & Stefer, 2007, S. 66 f.) wurde eine qualitative Methode für die Datenerhebung gewählt. Die Ausweitung des Stichprobenumfangs auf weitere Kooperationspartner der Koordinierungsbausteine und Zielgruppen in Verbindung mit einer teilnehmenden Beobachtung und/oder quantitativen Datenerhebung würde möglicherweise einen Mehrwert der Erkenntnisse zu Gunsten der Erstellung adäquater Handlungsempfehlungen für das weitere Vorgehen der mitwirkenden und verantwortlichen Akteure liefern. Den Aspekt der teilnehmenden Beobachtung aufgreifend kann an dieser Stelle erwähnt werden, dass während des Praktikums an einigen Sitzungen zwischen den KoordinatorInnen, den verantwortlichen MitarbeiterInnen der Fachabteilung Gesundheitsdaten und Gesundheitsförderung und den kooperierenden MitarbeiterInnen der HAG teilgenommen werden konnte. Aufgrund des Datenschutzes können an dieser Stelle keine genaueren Angaben gemacht werden außer, dass ein einheitliches Verständnis von der Struktur und den Zielen der Koordinierungsbausteine besteht und, dass an der Weiterentwicklung der KoBa stetig gearbeitet wird.

Folgendermaßen kann angesichts der genannten kritischen Punkte eine Repräsentativität sowie Vollständigkeit der Ergebnisse nicht gewährleistet werden. Allerdings liefern die Ergebnisse erste wichtige Anhaltspunkte für die Beantwortung der gesetzten Zielfragen der vorliegenden Arbeit. Darüber hinaus könnten bzw. sollten diese Anhaltspunkte aufgegriffen und in einer weiteren wissenschaftlichen Evaluation genauer betrachtet werden, da es sich bei dem Modellprojekt der Koordinierungsbausteine um einen dynamischen Prozess handelt.

7.2 Diskussion der Ergebnisse

Die in Kapitel 6 dargestellten Ergebnisse lassen erkennen, dass die ExpertInnen in vielen Aspekten hinsichtlich ihres Wissens, ihren Erfahrungen und Ansichten bezüglich der Koordinierungsbausteine übereinstimmen. Gleichwohl sind einige Disparitäten aufgefallen.

Die Strukturvorgaben der federführenden Akteure sind den KoordinatorInnen der Koordinierungsbausteine einheitlich bekannt. Diese werden unter der Beachtung der jeweiligen Stadtteilgegebenheiten und in Kooperationen mit anderen Ressorts ausgeführt. Maßnahmen für die Ermittlung der Zielgruppen und des Handlungsbedarfs ebenfalls für die Erreichung der Zielgruppen, nach Möglichkeit unter der Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse sind in den einzelnen Stadtteilen sehr ähnlich. Ausschlaggebend ist hierfür die Zusammenarbeit mit Stadtteileinrichtungen sowie MultiplikatorInnen. Übereinstimmend wurde in diesem Themenschwerpunkt genannt, dass hauptsächlich die Zielgruppen Kinder (mit und ohne Migrationshintergrund) und Frauen (mit und ohne Migrationshintergrund) erreicht werden konnten. Jugendliche und ältere Menschen (überwiegend Frauen) zählen ebenfalls zu den am ehesten erreichten Zielgruppen. Die von einigen InterviewpartnerInnen genannte Zielgruppe Männer ist eher selten vertreten. Abweichend ist, dass in einem der Stadtteile die sozial benachteiligten BewohnerInnen nicht in weitere Unterzielgruppen eingeteilt, sondern eher als eine Zielgruppe betrachtet werden.

Einstimmig wurden die Koordinierungsbausteine von allen ExpertInnen positiv hinsichtlich ihres Zugewinns für die jeweiligen Stadtteile beurteilt. Vorhandene Netzwerke konnten ausgebaut und das Thema Gesundheitsförderung konnte durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit in vielen Stadtteileinrichtungen etabliert und verankert werden sowie die Zielgruppen auch in ihrem Alltag erreichen. Letzteres trifft womöglich jedoch nur auf die Zielgruppen zu, die diese Einrichtungen aufsuchen. Ebenso wurden alle durchgeführten Projekte als erfolgreich eingestuft. Einige bewährte Projekte konnten wiederholt werden, dennoch ist meist auf Grund fehlender Ressourcen keine Regelmäßigkeit gegeben und dadurch können die gewonnenen Erfahrungen eher weniger in den Alltag der Zielgruppen integriert werden. Der Aspekt, dass bei den Runden Tischen die Teilnahme der eigentlichen Zielgruppen nahezu nicht zu verzeichnen ist, kann ebenfalls ein Hinweis dafür sein, dass die Schaffung von Motivationen für eine aktive Beteiligung an solchen Verfahren noch nicht gänzlich entwickelt ist.

Im Besonderen fiel auf, dass bei einigen Themen die Ansichten der KoordinatorInnen von denen der federführenden Akteure abweichen. Deutlich wurde dies bei den Aspekten zur Qualitätssicherung und Finanzierung. Die, von den Hauptverantwortlichen genannten Qualitätskriterien, die eine Orientierung bei der Umsetzung gesundheitsfördernder Tätigkeiten bieten sollen, wurden von den KoordinatorInnen nicht direkt erwähnt. Vielmehr wurden bei der Frage nach den vorgegebenen Qualitätskriterien für die koordinierenden Tätigkeiten selbst gesetzte Qualitätskriterien genannt, die jedoch den vorgegebenen ähneln. Einheitlich wurden Qualitätskriterien benannt, die von der Techniker Krankenkasse vorgegeben sind und die es für die Bewilligung der Fördermittel zur

Ausführung initiiertes Projekte zu erfüllen gilt. Hier stellt sich die Frage, ob die KoordinatorInnen es in der Tat nicht so empfinden, dass es seitens der Federführung vorgegebene Qualitätskriterien zur Orientierung der koordinierenden Tätigkeiten gibt.

Das Thema der zur Verfügung gestellten Finanzmittel stand im Mittelpunkt, als es darum ging die Schwierigkeiten bzw. hinderliche Faktoren der Koordinierungsbausteine zu benennen. Auf der einen Seite wird es sehr befürwortet, dass es den TK-Verfügungsfonds überhaupt gibt und, dass die BGV die Personalmittel zu Verfügung stellt, auf der anderen Seite jedoch, wird von fast allen geäußert, dass diese sowie die zur Verfügung gestellte Zeit für die koordinierenden Tätigkeiten nicht ausreichen. Die Hauptverantwortlichen der KoBa äußern, dass die zur Verfügung gestellten Mittel von den meisten als ausreichend eingestuft werden. Dieses wird jedoch nur von einem/einer KoordinatorIn bestätigt.

Neben den hinderlichen und förderlichen Faktoren nannten die ExpertInnen die Entwicklungspotentiale der Koordinierungsbausteine. Als Empfehlung wurde die Kopplung des Handlungsfeldes Gesundheitsförderung aus dem Rahmenprogramm für Integrierte Stadtteilentwicklung der BSU mit den Koordinierungsbausteinen der BGV formuliert. Damit sollen separate Arbeitsweisen vermieden und finanzielle Mittel eingespart werden. Inwieweit und, ob das bereits berücksichtigt wird war dem/der KoordinatorIn nicht bekannt. Abgesehen davon, ob das genannte Entwicklungspotential bereits aufgegriffen wurde, zeigt sich an dieser Stelle, dass möglicherweise Defizite in der Kommunikationskultur zwischen den mitwirkenden und verantwortlichen Akteuren bestehen.

Die im 6. Kapitel vorgestellten Ergebnisse lassen klar erkennen, dass die Koordinierungsbausteine bereits viele positive Entwicklungen für die Gesundheitsförderung in sozial benachteiligten Stadtteilen verzeichnen können. Dennoch sind hinderliche Faktoren sowie in diesen Kapitel diskutierten Unstimmigkeiten vorhanden. Diese gilt es aufzugreifen und mit den vorhandenen Entwicklungspotentialen ausbauend zu verknüpfen.

8. Handlungsempfehlungen und Ausblick

In der vorliegenden Bachelorarbeit sollten die Auswirkungen sozialer Benachteiligung sowie die Bedeutung gesundheitsfördernder Strukturen und Strategien zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit für die BewohnerInnen sozial benachteiligter Stadtteile dargestellt und in diesem Zusammenhang das Modellprojekt der Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung evaluiert werden.

Die qualitativen Befragungen der mitwirkenden und verantwortlichen Akteure der Koordinierungsbausteine haben ergeben, dass die Struktur der KoBa, insbesondere durch die lokale Koordination für die Erreichung der sozial benachteiligten Zielgruppen in Kooperation mit weiteren Akteuren und für die Etablierung gesundheitsfördernder Strukturen und Strategien sowie für eine Übertragung in weitere sozial benachteiligte Stadtteile geeignet ist. Wenngleich diese Entwicklungen, als positiv zu werten sind, lassen die Evaluationsergebnisse sowie die diskutierten Aspekte erkennen, dass bezüglich einiger Sachverhalte noch Entwicklungspotential besteht. Diese Potentiale gilt es aufzugreifen und auszubauen. Hierfür werden einige Handlungsempfehlungen ausgesprochen.

Kinder, gefolgt von Jugendlichen und Frauen (auch Seniorinnen) wurden, im Gegensatz zu Männern, bereits gut erreicht. Daher gilt es diese nicht aus dem Augenwinkel zu verlieren und nachzuforschen welche Gründe vorliegen könnten, dass Männer sich weniger bzw. gar nicht durch gesundheitsfördernde Angebote angesprochen fühlen. Des Weiteren ist es wichtig die sozial benachteiligten BewohnerInnen der jeweiligen Stadtteile weiterhin bzw. anfänglich, falls dies nicht bereits erfolgt ist, differenziert zu betrachten. Eine differenzierte Betrachtung der einzelnen sozial benachteiligten Gruppen ist notwendig, damit diejenigen erreicht werden, die erreicht werden sollen. Zielgruppe ist nicht gleich Zielgruppe. Damit ist gemeint, dass beispielsweise ein Entspannungsangebot möglicherweise eher Frauen erreichen wird, aber nicht unbedingt (alleinerziehende) Frauen mit Kleinkindern, wenn dieses Angebot keine Kinderbetreuung anbietet. Diese besonderen Aspekte finden in einigen Stadtteilen bereits Beachtung. Die meisten Zielgruppen werden über Einrichtungen, beispielsweise über kooperierende Schulen werden Kinder und somit auch ihre Eltern erreicht. Hier stellt sich die Frage, wie beispielsweise kinderlose Männer erreicht werden können. Eine Möglichkeit, um Anreize zu schaffen wäre, unter anderem, über die Medien auf den gesundheitsfördernden Handlungsbedarf, ohne jedoch Zwänge hervorzurufen, aufmerksam zu machen. Wichtig ist dabei kultur- und gendersensibel, niedrigschwellig, aufsuchend sowie auf Augenhöhe vorzugehen. Es ist von großer Bedeutung den Menschen wertschätzend zu begegnen. Des Weiteren ist es wichtig, dass gesundheitsfördernde Angebote an den Alltag der zu

erreichenden Zielgruppe angepasst werden. Die genannten Aspekte gilt es für alle Zielgruppen zu beachten.

Zudem ist es zu empfehlen, bei der Initiierung der jeweiligen Stadtteilprojekte an den in Kapitel 3 vorgestellten Kriterien guter Praxis zu orientieren. Der Anspruch die erforderlichen Kriterien guter Praxis einzuhalten und somit in die Praxisdatenbank für bewährte Projekte aufgenommen zu werden wäre eine Maßnahme, um stadtteilbezogene gesundheitsfördernde Handlungen öffentlich sowie transparent zu machen und demzufolge eine Maßnahme für die Qualitätsentwicklung. Das könnte nicht nur dem „eigenen“ Stadtteil zu Gute kommen, sondern auch Anregungen für alle KoordinatorInnen bieten. Der Aufbau einer Intranet-Plattform, die ein „zentrales Austauschmedium für die Informationsübertragung“, das bereits von einem/einer KoordinatorIn empfohlen wurde, könnte hierfür sowie bei anderen Belangen unterstützend wirken. Die Umsetzung dieser Empfehlung würde die Qualitätsentwicklung fördern und den Bekanntheitsgrad der Koordinierungsbausteine steigern. Zudem könnten auf diese Weise die Offenheit und die Transparenz der Kommunikationskultur zwischen den mitwirkenden und verantwortlichen Akteuren verbessert werden. Neben der bereits bestehenden internen Evaluation ist hinsichtlich der Qualitätsentwicklung ebenfalls empfehlenswert eine externe wissenschaftliche Begleitung für die Evaluation einzusetzen. Der auf diese Weise gewonnene Erfahrungswert würde sich in jeder Hinsicht vorteilhaft für alle beteiligten Akteure auswirken.

In Anbetracht dessen, dass den Verantwortlichen der Koordinierungsbausteine, wie bei den Ergebnissen unter dem Punkt zu den „Entwicklungspotentialen“ geäußert bis zur Verabschiedung eines Bundespräventionsgesetzes keine weiteren finanziellen Fördermittel zur Verfügung stehen, die beispielsweise den Stadtteilprojekten zur Verfügung gestellt werden könnten, ist es empfehlenswert die bestehenden Ressourcen weiterhin effektiv auszunutzen. Damit ist gemeint, dass die KoordinatorInnen in Kooperation mit der TK nach wie vor an den bereits bei den Ergebnissen genannten „Tandem-Lösungen“ für Projekte arbeiten sollen.

Wichtige Voraussetzungen für wirksames Fortführen der Koordinierungsbausteine erfordern demnach die Beachtung der jeweiligen Stadtteilgegebenheiten für die Schaffung einer adäquaten Vernetzungsstruktur, eine aufsuchende und motivierende Arbeit hinsichtlich der (noch) zu erreichenden Zielgruppen, eine offene und transparente Kommunikationskultur, die Erhöhung des Bekanntheitsgrades der Koordinierungsbausteine und ihres Vorhabens sowie die Bereitstellung weiterer finanzieller Mittel. Ein in Aussicht gestelltes Bundespräventionsgesetz würde den Ausbau der Koordinierungsbausteine in Bezug auf die genannten Voraussetzungen effektiv

unterstützen und längerfristig gesehen die Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit ermöglichen.

Die Koordinierungsbausteine werden die sozialräumliche Segregation oder gar die soziale Ungleichheit nicht gänzlich abschaffen können, doch die daraus resultierenden negativen Folgen für die Gesundheit der sozial benachteiligten StadtteilbewohnerInnen können gemildert werden, indem die Koordinierungsbausteine einen wesentlichen Beitrag für die Gesundheitsförderung im Stadtteil und somit einen Anteil zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit durch den Aufbau gesundheitsfördernder Strukturen in der Stadtteilentwicklung leisten.

Das Modellprojekt der Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung stellt einen dynamischen Prozess in der Stadtteilentwicklung dar. Demzufolge sind die gewonnenen Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit nicht als Endergebnis zu werten. Vielmehr sollen diese aufgegriffen und in einer weiteren wissenschaftlichen Evaluation untersucht werden und damit einen wesentlichen Beitrag für die Qualitätsentwicklung der Koordinierungsbausteine leisten.

Literaturverzeichnis

- Alich, M. (2002). Soziale Stadtentwicklung - Politik mit neuer Qualität? In U. Walther (Hrsg.), *Soziale Stadt - Zwischenbilanzen Ein Programm auf dem Weg zur Sozialen Stadt?* (S. 57-69). Opladen: Leske und Budrich Verlag.
- Altgeld, T., & Leykman, B. (2003). Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte muss sektorübergreifend angelegt sein - Vernetzungsaktivitäten auf Länderebene zwischen dem Gesundheits-, Sozial- und Jugendhilfesektor. In BZgA, & BZgA (Hrsg.), *Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte - Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure* (Bd. 22., S. 20-42). Köln: BZgA.
- Bär, G. (2011). *Gesundheit im Quartier groß machen - Qualitätselemente gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung*. Abgerufen am 27. Mai 2014 von HAG-Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.: <http://www.hag-gesundheit.de/magazin/veranstaltungen/-/profil/3>
- Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz. (2010). *Ankündigung: Pakt für Prävention - gemeinsam für ein gesundes Hamburg*. Abgerufen am 11. Juni 2014 von hamburg.de: <http://www.hamburg.de/gesundheitsfoerderung/2225802/pfp-start/>
- Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt. (2010). *RISE: Bestandsicherung und Überleitung - Gebietsbezogene Berichte - Langfassung*. Abgerufen am 17. April 2014 von hamburg.de: <http://www.hamburg.de/downloads-zu-rise/4266858/a-fachinformationen/>
- Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt. (2011). *Sozialmonitoring Integrierte Stadtteilentwicklung*. Abgerufen am 11. Juni 2014 von hamburg.de: <http://www.hamburg.de/sozialmonitoring/3312094/rise-sozialmonitoring-bericht-2011.html>
- Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt. (Dezember 2012). *Rahmenprogramm Integrierte Stadtteilentwicklung RISE - Leitfaden für die Praxis*. Abgerufen am 11. Juni 2014 von hamburg.de: <http://www.hamburg.de/contentblob/3749092/data/leitfaden-rise.pdf>
- Berndt, P., & Sinning, H. (2012). "Health-Governance" in der Stadtentwicklung-Partizipation und Kooperation als Instrumente zur Gesundheitsförderung in der Stadt. In C. Böhme, C. Kliemke, B. Reimann, & W. Süß (Hrsg.), *Handbuch Stadtplanung und Gesundheit* (1. Auflage, S. 211-219). Bern: Verlag Hans Huber.
- Böhme, C., & Reimann, B. (2012). Gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung: mehr Gesundheit im Quartier. In C. Böhme, C. Kliemke, B. Reimann, & W. Süß (Hrsg.), *Handbuch Stadtplanung und Gesundheit* (1. Auflage, S. 199-209). Bern: Verlag Hans Huber.
- BZgA. (2011). *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten* (5. erweiterte und überarbeitete Auflage, Bd. 5.). (BZgA, Hrsg.) Köln: BZgA.

- Dangschat, J., & Alisch, M. (2012). Perspektiven der soziologischen Segregationsforschung. In M. May, & M. Alisch (Hrsg.), *Formen sozialräumlicher Segregation* (Bd. 7, S. 23-50). Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Deutsches Institut für Urbanistik. (2006). *Difu - Berichte1/2006 - Was ist eigentlich Segregation?* Abgerufen am 9. Juni 2014 von Deutsches Institut für Urbanistik : <http://www.difu.de/publikationen/difu-berichte-12006/segregation.html>
- Färber, C. (20. Juni 2013). Fachliche Informationen über die Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung an die Verfasserin. Fachabteilung Gesundheitsdaten und Gesundheitsförderung der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
- Färber, C., & Hofrichter, P. (2012). Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung in Hamburger Stadtteilen. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Gesund aufwachsen in Kita, Schule, Familie und Quartier* (Bd. 41, S. 277-283). Köln: BZgA.
- Flick, U. (2009). *Sozialforschung - Methoden und Anwendungen - Ein Überblick für BA-Studiengänge*. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Flick, U. (2012). *Qualitative Sozialforschung* (5. Ausg.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Friedrichs, J., & Triemer, S. (2008). *Gespaltene Städte? Soziale und ethnische Segregation in deutschen Großstädten* (1. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Geene, R., & Halkow, A. (2004). Armut und Gesundheit: Strategien der Gesundheitsförderung. In R. Geene, & A. Halkow (Hrsg.), *Armut und Gesundheit Strategien der Gesundheitsförderung* (S. 16-18). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (November 2010). *Leitfaden Prävention*. Abgerufen am 20. Juni 2014 von GKV-Spitzenverband: http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_betriebliche_gesundheitsfoerderung/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp
- Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse* (4. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Göpel, E. (2004). Gesundheitsfördernde Stadt- und Gemeindeentwicklung - Fünf Thesen und eine Aufforderung zur Mitwirkung. In R. Geene, & A. Halkow (Hrsg.), *Armut und Gesundheit Strategien der Gesundheitsförderung* (S. 357-359). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH.
- Grande, G., Große, J., & Menkouo, C. (2012). Gesundheitsförderung im Stadtteil - Möglichkeiten, Herausforderungen des Zugangs zu den Bewohnerinnen und Bewohnern. In BZgA (Hrsg.), *Gesund aufwachsen in Kita, Schule, Familie und Quartier* (Bd. 41., S. 248-258). Köln: BZgA.

- Häußermann, H. (2007). Städte, Gemeinden und Urbanisierung. In H. Joas (Hrsg.), *Lehrbuch der Soziologie* (3. überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 597-626). Frankfurt am Main: Campus Verlag GmbH.
- Häußermann, H., & Siebel, W. (2001). *Integration und Segregation - Überlegungen zu einer alten Debatte*. Abgerufen am 12. Mai 2014 von Deutsches Institut für Urbanistik: http://www.difu.de/publikationen/2001/integration-und-stadt.html#haeussermann_siebel
- Häußermann, H., & Siebel, W. (2004). *Stadtsoziologie - Eine Einführung*. Frankfurt/Main: Campus Verlag GmbH.
- Häußermann, H., Kronauer, M., & Siebel, W. (2004). Stadt am Rand: Armut und Ausgrenzung. In H. Häußermann, M. Kronauer, & W. Siebel (Hrsg.), *An den Rändern der Städte* (1 Auflage, S. 7-40). Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Hopf, C. (2008). Qualitative Interviews - ein Überblick. In U. Flick, E. von Kardoff, & I. Steinke, *Qualitative Forschung - Ein Handbuch* (6. durchgelesene und aktualisierte Auflage, S. 349 - 360). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Kronauer, M., & Vogel, B. (2004). Erfahrung und Bewältigung von sozialer Ausgrenzung in der Großstadt: Was sind Quartierseffekte, was Lageeffekte? In H. Häußermann, W. Kronauer, & W. Siebel (Hrsg.), *An den Rändern der Städte* (1. Auflage, S. 235-257). Suhrkamp Verlag.
- Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S., & Stefer, C. (2007). *Qualitative Evaluation - Der Einstieg in die Praxis* (1. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Künzel, E., & Welschner, H. (2008). *Evaluation der verwaltungsübergreifenden Kooperation im Projekt Lebenswerte Stadt Hamburg (LSH)*. Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt. Hamburg: COMO Consulting für Projektmanagement und Organisation GmbH. Dokument liegt der Verfasserin vor. Verwendete Seiten für die Literatur siehe Anhang auf CD.
- Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung* (4. vollständig überarbeitete Auflage). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Lampert, T., & Kroll, L. (Mai 2010). *GBE Kompakt 5/2010*. (Robert Koch Institut, Hrsg.) Abgerufen am 10. April 2014 von Robert Koch Institut: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2010_5_Armut.html?nn=2531466
- Lampert, T., Saß, A., Häfelinger, M., & Ziese, T. (2005). *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit*. (Robert Koch Institut, Hrsg.) Abgerufen am 23. Juni 2014 von Robert Koch Institut: <http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Armut.html>
- Löhr, R.-P. (2004). Vernetzung intergrierter Programme mit Lokal- und Gesundheitsbezug - Thesen der Arbeitsgruppe Gesundheitsfördernde Stadt- und Gemeindeentwicklung. In R. Geene, & A. Halkow (Hrsg.), *Armut und Gesundheit* (S. 318-320). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH.

- Lummitsch, U., & Wölfe, D. (2012). Partizipative Ansätze in der Gesundheitsförderung am Beispiel der Gemeinwesenarbeit. In C. Böhme, C. Kliemke, B. Reimann, & W. Süß (Hrsg.), *Handbuch Stadtplanung und Gesundheit* (1. Auflage, S. 221-228). Bern: Verlag Hans Huber.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung - Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (5. überarbeitete und neu ausgestattete Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken* (10. neu ausgestattete Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mielck, A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit - Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten* (1. Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.
- Mielck, A. (2004). Ansätze zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit. In R. Geene, & A. Halkow (Hrsg.), *Armut und Gesundheit Strategien der Gesundheitsförderung* (S. 27-33). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH.
- Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft. (21. Juli 2009). *Drucksache 19/3652 - Rahmenprogramm Integrierte Stadtteilentwicklung (RISE)*. Abgerufen am 2. Mai 2014 von <http://www.hamburg.de/contentblob/3669796/data/globalrichtlinie-rahmenprogramm-integrierte-stadtteilentwicklung.pdf>
- Naidoo, J., & Wills, J. (2010). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung* (2. Auflage). (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Hrsg.) Köln: Conrad-Verlag.
- Reimann, B. (2012). Wie gelingen eine qualitätsgesicherte und nachhaltig wirksame Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier? Herausforderungen und Umsetzungserfolge. In *Gesund aufwachsen in Kita, Schule, Familie und Quartier* (Bd. 41, S. 291-296). Köln: BZgA.
- Reimann, B., Böhme, C., & Bär, G. (2010). *Mehr Gesundheit im Quartier - Prävention und Gesundheitsförderung in der Stadtteilentwicklung*. Berlin: Deutsches Institut für Urbanistik GmbH.
- Richter, M., & Hurrelmann, K. (2006). Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. In M. Richter, & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit - Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (1. Auflage, S. 11-31). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rodenstein, M. (2012). Stadtplanung und Gesundheit - Ein Rückblick auf Theorie und Praxis. In C. Böhme, C. Kliemke, B. Reimann, & W. Süß (Hrsg.), *Handbuch Stadtplanung und Gesundheit* (1. Auflage, S. 15-25). Bern: Verlag Hans Huber.
- Schäfers, B. (2006). *Stadtsoziologie Stadtentwicklung und Theorien-Grundlagen und Praxisfelder* (1. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Seidel-Schulze, A., & Dohnke, J. (2. Juli 2012). *Die soziale Spaltung in deutschen Großstädten nimmt zu*. Abgerufen am 23. Juli 2014 von Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/die-soziale-spaltung-in-deutschen-grossstaedten-nimmt-zu/?uid=f1b92cb90c22f70919e066276f591288>
- Statisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (Hrsg.). (2013). *Hamburger Stadtteil I- Profile 2013*. Abgerufen am 17. Juni 2014 von Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein: http://www.statistik-nord.de/search/no_cache/
- Steinke, I. (2008). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. von Kardoff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung - Ein Handbuch* (6. durchgesehene und aktualisierte Auflage, S. 319 - 313). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Stender, K.-P. (2012). Ressortübergreifende Kooperation - am Beispiel der Gesundheitsförderung in Hamburg. In C. Böhme, C. Kliemke, B. Reimann, & W. Süß (Hrsg.), *Handbuch Stadtplanung und Gesundheit* (1. Auflage, S. 229-236). Bern: Verlag Hans Huber.
- Sterdt, E., & Walter, U. (2012). Ansätze und Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von Stadtplanung. In C. Böhme, C. Kliemke, B. Reimann, & W. Süß (Hrsg.), *Handbuch Stadtplanung und Gesundheit* (1. Auflage, S. 27-37). Bern: Verlag Hans Huber.
- TK - Gesundheitsmanagement. (27. Mai 2014). Fachliche Informationen zu dem TK-Verfügungsfonds an die Verfasserin. Hamburg.
- Urban, M., & Weiser, U. (2006). *Kleinräumige Sozialraumanalyse - Theoretische Grundlagen und praktische Durchführung*. Dresden: SAXONIA Verlag.
- Vonneilich, N., & Trojan, A. (2009). Die Bestimmungsgrößen der Gesundheitschancen: Einkommen, Bildung, Beruf. In D. Kuhn, I. Papies-Winkler, & D. Sommer (Hrsg.), *Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten - Erfahrung aus der Lebenswelt Stadtteil* (S. 12-38). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH.
- WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion, 1986*. Abgerufen am 6. Juli 2013 von Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa: <http://www.euro.who.int/de/who-we-are/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>

Eidesstattliche Erklärung

„Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit 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 Quelle kenntlich gemacht.“

Hamburg, den 21. Juli 2014

(Beata Ockert)

Anhang

Anhang 1: Informationsblatt/Einverständniserklärung

Anhang 2: Interviewleitfaden für die KoordinatorInnen

Anhang 3: Interviewleitfaden für die Verantwortlichen der Koordinierungsbausteine

Anhang 4: Transkriptionsregeln

Anhang 1: Informationsblatt/Einverständniserklärung

Das vorliegende Dokument dient für die Information der ExpertInnen hinsichtlich des Vorhabens der Interviewerin sowie zur Einholung der Einverständniserklärung für die Aufzeichnung der Interviews.



Informationsblatt/Einverständniserklärung

Mein Name ist Beata Ockert und ich studiere Gesundheitswissenschaften an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg.

Derzeit schreibe ich meine Bachelorarbeit über Gesundheitsförderung in der Stadtteilentwicklung, im Besonderen geht es hierbei um die Evaluation der Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung in sozial benachteiligten Hamburger Stadtteilen.

Ziel dieser Bachelorarbeit ist die Struktur der Koordinierungsbausteine dar zu stellen und zu evaluieren, um den mitwirkenden Akteuren und Verantwortlichen mögliche Hindernisse und Entwicklungspotentiale aufzeigen zu können.

Als wissenschaftliche Methode für die Datenerhebung soll ein qualitatives Leitfadeninterview dienen.

Die Interviews sollen die Sichtweise der agierenden KoordinatorInnen sowie des Hauptinitiators der Koordinierungsbausteine erfassen und für die Herausarbeitung von Lücken/Hindernissen sowie von Ressourcen/Potentialen dienen.

Die Teilnahme an dem Interview ist selbstverständlich freiwillig.

Das Interview möchte ich mit einem Diktiergerät aufzeichnen, um es danach verschriftlichen und ausarbeiten zu können.

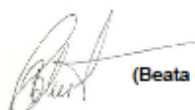
Ihre Angaben werden selbstredend und in jeglicher Hinsicht vertraulich sowie anonym behandelt und ausgewertet.

Für die Dauer der Interviews können Sie, je nach Gesprächsverlauf, zwischen 30 und 60 Minuten einplanen.

Herzliches Dankeschön für Ihre Zeit und Unterstützung!

Hamburg, 01.04.2014

Ort, Datum

 (Beata Ockert)

Unterschrift der Verfasserin/Interviewerin

Ort, Datum

Zustimmung durch Unterschrift der/des Interviewten

Geme können Sie mich bei Fragen oder Anregungen kontaktieren:

Beata Ockert

E-Mail: Beata.Ockert@haw-hamburg.de

Mobil: XXXXXXXXXX

Anhang 2: Interviewleitfaden für die KoordinatorInnen der Koordinierungsbausteine

Der vorliegende Leitfaden diente zur Orientierung für die Interviewerin bezüglich der Befragung der KoordinatorInnen für die Koordinierungsbausteine.



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Bachelorarbeit

Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung

Interviewerin Beata Ockert

Interviewleitfaden (KoordinatorInnen)

Datum:

Dauer des Interviews:

Befragte Person:

Ort und Räumlichkeiten:

Dank für die Bereitschaft an der Teilnahme und Ablauf:

Zuerst möchte ich mich bei Ihnen bedanken, dass Sie sich die Zeit genommen haben und bereit sind an diesem Interview teilzunehmen.

Das bedeutet mir sehr viel, denn ohne Ihre Unterstützung würde diese Arbeit nicht zustande kommen.

Geme möchte ich das Gespräch auf Tonband aufnehmen. So kann ich mich nicht nur besser auf das Gespräch konzentrieren, sondern erhalte auf diese Weise auch die Gewährleistung, dass keine wichtigen Informationen verloren gehen.

Das Gespräch wird anschließend transkribiert, wobei bereits an dieser Stelle Ihr Name anonymisiert wird.

In die Arbeit können einzelne Zitate des Gesprächs einfließen, aber auch hier wird es keine Rückschlüsse auf Ihre Person geben. Sind Sie damit einverstanden?

Es ist mir wichtig, dass Sie Ihr Einverständnis schriftlich erklären. Daher möchte ich Sie an dieser Stelle bitten, mir das Informations-/Einverständniserklärungsblatt (welches Sie im Vorfeld erhalten haben) unterschrieben auszuhändigen.

Wie bereits erwähnt geht es in meiner Arbeit, um die Evaluation der Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung in ausgewählten sozial benachteiligten Hamburger Stadtteilen.

Die, aus den Gesprächen gewonnenen, Informationen sollen dazu dienen mögliche Hindernisse und Entwicklungspotentiale aufzudecken und Handlungsempfehlungen für weiteres Vorgehen herauszuarbeiten.

Hierfür werde ich Ihnen offene Fragen zu den Koordinierungsbausteinen stellen.

Das Interview, wird je nach Gesprächsverlauf, zwischen 30 und 60 Minuten dauern.

Interviewleitfaden:

Situation im Stadtteil:

1. Welche Zielgruppe(n) konnte(n) bisher erreicht werden?
 - *Welche Zielgruppe(n) soll(en) zukünftig stärker erreicht werden?*
 - *Werden die Zielgruppen differenziert betrachtet →(ältere)Frauen/Männer, (ältere) Migrantinnen/Migranten, Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene?*
 - *Welche Intervention sind notwendig, damit die Zielgruppe(n) (besser) erreicht wird/werden?*
2. Welche Projekte haben sich bewährt?
 - *Welche Faktoren sind hierfür verantwortlich?*

Vorgehensweise:

1. Wie wird der Handlungsbedarf im Stadtteil ermittelt?
 - *In Bezug auf die zu erreichende(n) Zielgruppe(n) und notwendige Projekte*
 - *Werden dabei die Bedürfnisse der Zielgruppe(n) berücksichtigt?*
Wenn ja, bitte kurz beschreiben
 - *Wie sehen die Bedürfnisse/Wünsche der Zielgruppe(n) aus?*
2. Welche Zugänge bzw. Motivationen werden für die Zielgruppe(n) geschaffen?
 - *Für die aktive Teilnahme der Zielgruppe(n) an den Projekten*
 - *Ist Beteiligung der Zielgruppe(n) an der Entwicklung der Projekte (Partizipation), an der Teilnahme in den Projekten gestiegen?*
3. An welchen Qualitätskriterien orientieren sich die Koordinierungsbausteine?
 - *Sind die Vorgaben Zielführend?*
→Mussten im Laufe des Projektes neue Ziele definiert werden, die zuvor nicht berücksichtigt wurden
 - *Findet eine Evaluation statt? Wenn ja, in welcher Form?*

Entwicklungspotentiale und Hindernisse:

1. Wie beurteilen Sie die Koordinierungsbausteine hinsichtlich des Zugewinns für den Stadtteil?
2. Sind die gegenwärtigen Strukturen und Vorgehensweisen geeignet, um die Gesundheitsförderung im Stadtteil zu verankern?
 - *Änderungswünsche in der Struktur /Strategie*
 - *bezogen auf Ihren Stadtteil*
 - *bezogen auf die Übertragung auf andere Stadtteile*
3. *Werden noch andere Akteure benötigt bzw. müssten noch einbezogen werden?*
 - *Wie könnten diese gewonnen werden?*
4. Wo liegen die Schwierigkeiten der Koordinierungsbausteine?
5. Wo liegt das Entwicklungspotential der Koordinierungsbausteine?
 - *Welche Ressourcen sind notwendig, damit der Ansatz nachhaltig bestehen und gestärkt werden kann?*
 - *Personell, finanziell, strukturell*

Ergänzungen:

Nun kommen wir zum Abschluss des Interviews.

1. Gibt es etwas was Sie ergänzen möchten?

HERZLICHES DANKESCHÖN!

Anhang 3: Interviewleitfaden für die Verantwortlichen der Koordinierungsbausteine

Der vorliegende Leitfaden diente zur Orientierung für das Interview mit den Verantwortlichen der Koordinierungsbausteine (Fachabteilung Gesundheitsdaten und Gesundheitsförderung, Abteilung Gesundheit der BGV). Dieser Leitfaden unterscheidet sich von dem Leitfaden für die KoordinatorInnen hinsichtlich einiger Fragen nach der Organisationsstruktur, der Vorgehensweise sowie den Entwicklungspotentialen.



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Bachelorarbeit

Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung

Beata Ockert

Interviewleitfaden (BGV – Fachabteilung Gesundheitsdaten und Gesundheitsförderung)

Datum:

Dauer des Interviews:

Befragte Person:

Ort und Räumlichkeiten:

Dank für die Bereitschaft an der Teilnahme und Ablauf:

Zuerst möchte ich mich bei Ihnen bedanken, dass Sie sich die Zeit genommen haben und bereit sind an diesem Interview teilzunehmen.

Das bedeutet mir sehr viel, denn ohne Ihre Unterstützung würde diese Arbeit nicht zustande kommen.

Geme möchte ich das Gespräch auf Tonband aufnehmen. So kann ich mich nicht nur besser auf das Gespräch konzentrieren, sondern erhalte auf diese Weise auch die Gewährleistung, dass keine wichtigen Informationen verloren gehen.

Das Gespräch wird anschließend transkribiert, wobei bereits an dieser Stelle Ihr Name anonymisiert wird.

In die Arbeit können einzelne Zitate des Gesprächs einfließen, aber auch hier wird es keine Rückschlüsse auf Ihre Person geben. Sind Sie damit einverstanden?

Es ist mir wichtig, dass Sie Ihr Einverständnis schriftlich erklären. Daher möchte ich Sie an dieser Stelle bitten, mir das Informations-/Einverständniserklärungsblatt (welches Sie im Vorfeld erhalten haben) unterschrieben auszuhändigen.

Wie bereits erwähnt geht es in meiner Arbeit, um die Evaluation der Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung in ausgewählten sozial benachteiligten Hamburger Stadtteilen.

Die, aus den Gesprächen gewonnenen, Informationen sollen dazu dienen mögliche Hindernisse und Entwicklungspotentiale aufzudecken und Handlungsempfehlungen für weiteres Vorgehen herauszuarbeiten.

Hierfür werde ich Ihnen offene Fragen zu den Koordinierungsbausteinen stellen.

Das Interview, wird je nach Gesprächsverlauf, zwischen 30 und 60 Minuten dauern.

Interviewleitfaden

Organisationsstruktur:

1. Entstehungsgeschichte der Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung?
2. Welche(s) Ziel(e) verfolgen die Koordinierungsbausteine für Gesundheitsförderung?
 - *Konnten diese erreicht werden?*
3. An welchen Qualitätskriterien orientiert sich die Arbeit der Koordinierungsbausteine?
 - *Sind die Vorgaben Zielführend?*
→Mussten im Laufe des Projektes neue Ziele definiert werden, die zuvor nicht berücksichtigt wurden?
 - *Findet eine Evaluation statt? Wenn ja, in welcher Form?*

Vorgehensweise:

1. Nach welchen Kriterien werden die Stadtteile für die Koordinierungsbausteine ausgewählt?
2. Nach welchen Kriterien werden die Träger für die Koordinierungsbausteine ausgewählt?
3. Findet eine ressortübergreifende Zusammenarbeit mit anderen Institutionen statt (bspw. mit der Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt)?

Entwicklungspotentiale und Hindernisse:

1. Wie beurteilen Sie die Koordinierungsbausteine hinsichtlich des Zugewinns für den Stadtteil?
2. Sind die gegenwärtigen Strukturen und Vorgehensweisen geeignet, um die Gesundheitsförderung im Stadtteil nachhaltig zu verankern?
 - Auch hinsichtlich der Übertragung auf andere sozial benachteiligte Stadtteile
3. Wie könnten weitere Fördermittel gewonnen werden?
 - Für die jetzigen Koordinierungsbausteine
 - Für die Gewährleistung der Fortführung des Projektes sowie für die Übertragung auf andere sozial benachteiligte Stadtteile
4. Wo liegen die Schwierigkeiten der Koordinierungsbausteine?
5. Wo liegt das Entwicklungspotential der Koordinierungsbausteine?

Ergänzungen:

Nun kommen wir zum Abschluss des Interviews.

1. Gibt es etwas was Sie ergänzen möchten?

HERZLICHES DANKESCHÖN!

Anhang 4: Transkriptionsregeln

Die Transkription der Interviews erfolgte anhand der folgenden Transkriptionsregeln nach Kuckartz et al. (Kuckartz, Dresing, Rädiker, & Stefer, 2007, S. 27 f.):

- Mit dem Beginn der Transkription erfolgt eine sofortige Anonymisierung der befragte Person und des jeweiligen Stadtteils
- Es wird wörtlich und vollständig transkribiert
- Der Inhalt steht im Vordergrund
- Die befragte Person wird mit dem Buchstaben B und ebenso wie der Stadtteil mit der jeweiligen Nummer des durchgeführten Interviews und die Interviewerin wird mit dem Buchstaben I gekennzeichnet
- Nach jedem Sprecher folgt ein Absatz
- Wort- und Satzabbrüche werden mit / markiert
- Wortverschleifungen werden bereinigt
- Nonverbale Äußerungen wie Pausen, Lachen, Stockungen werden nicht transkribiert
- Wiederholungen, Verzögerungs- und Füllwörter werden nicht transkribiert
- Unverstandenes wird mit (unv.) markiert

Anhang auf CD

Transkripte der Interviews
(Nur für die Gutachterinnen)

Zuordnung der Transkripte an die Kategorien (Auswertung. Schritt 1)
(Nur für die Gutachterinnen)

Bündelung, Paraphrasen, Zusammenfassung (Auswertung. Schritt 2, 3 und 4)
(Nur für die Gutachterinnen)

Verwendete Dokumente aus dem Internet