

Hamburg University of Applied Sciences

Faculty of Life Sciences

**Predictors of mental health and potential for mental
health promotion in a socially deprived urban
neighborhood in Hamburg, Germany**

Master thesis

Master Health Sciences

Submitted by

Sabrina Heymann

Enrolment number: XXXXXXXXXX

Hamburg

08th November 2019

- 1. Reviewer:** Prof. Dr. Joachim Westenhöfer (HAW Hamburg)
- 2. Reviewer:** Jana Simone Borutta (HAW Hamburg)

Table of contents

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| List of figures | III |
| List of tables | IV |
| Abbreviations | V |
| Abstract | VII |
| 1 Introduction | 1 |
| 2 Urbanization and health | 2 |
| 2.1 Healthy Cities movement | 3 |
| 2.2 Project ‘Health Promotion and Prevention in Urban Neighborhoods’ | 4 |
| 2.3 Urban mental health | 6 |
| 3 Factors associated with mental health | 7 |
| 4 Objectives and research questions | 9 |
| 5 Methodology | 10 |
| 5.1 Resident survey | 12 |
| 5.1.1 Data collection | 13 |
| 5.1.2 Questionnaire and instruments..... | 14 |
| 5.1.2.1 SF-12 Health Survey | 14 |
| 5.1.2.2 Predictor variables..... | 16 |
| 5.1.3 Statistical analysis..... | 19 |
| 5.1.3.1 Descriptive analysis..... | 19 |
| 5.1.3.2 Bivariate analysis | 20 |
| 5.1.3.3 Multiple linear regression analysis..... | 20 |
| 5.2 Guideline interview | 23 |
| 5.2.1 Data collection..... | 23 |
| 5.2.2 Sampling and target group..... | 25 |
| 5.2.3 Analysis and guideline structure | 26 |
| 6 Results | 28 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------|-----|
| 6.1 Results of the statistical analysis | 28 |
| 6.1.1 Sample description | 28 |
| 6.1.2 Bivariate analysis | 37 |
| 6.1.2.1 Correlations between the dependent and independent variables..... | 37 |
| 6.1.2.2 Correlations between the independent variables | 40 |
| 6.1.3 Multiple linear regression analysis | 53 |
| 6.1.3.1 Conditions | 53 |
| 6.1.3.2 Regression results..... | 54 |
| 6.2 Results of the interviews | 57 |
| 7 Discussion | 75 |
| 7.1 Limitations | 80 |
| 7.1.1 Resident survey and statistical analyses | 81 |
| 7.1.2 Interviews and content analysis..... | 82 |
| 7.2 Recommendation for action | 83 |
| 8 Conclusions | 84 |
| References | 85 |
| Appendix A – SPSS syntax | 95 |
| Appendix B – Written informed consent | 108 |
| Appendix C – Interview transcripts | 113 |
| Appendix D – SPSS output of the regression | 152 |
| Appendix E – Declaration of academic honesty | 159 |

List of figures

Figure 1: The health map 3

Figure 2: Items and scales of the Mental Health summary scale 15

Figure 3: Valid percent of gender 29

Figure 4: Valid percent of migration background 29

Figure 5: Valid percent of smoking 30

Figure 6: Valid percent of NCD 30

Figure 7: Valid percent of insecurity due to criminality 31

Figure 8: Valid percent of the monthly net household income 32

Figure 9: Valid percent of doing sport 33

Figure 10: Valid percent of sleep quality 33

Figure 11: Valid percent of living in a quiet environment 34

Figure 12: Valid percent of having a good access to green areas and playgrounds . 35

Figure 13: Histogram Mental Health score 37

Figure 14: Histogram Age 37

Figure 15: Histogram Resilience score 37

Figure 16: Histogram Sense of Community score 37

Figure 17: Category structure of theme 1 57

Figure 18: Category Structure of theme 2 65

List of tables

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Table 1: Aims, research questions, approaches and analysis methods | 11 |
| Table 2: Statistical areas in the project | 19 |
| Table 3: Independent variables | 21 |
| Table 4: Interviewed institutions | 26 |
| Table 5: Frequencies of the neighborhoods with status indices | 31 |
| Table 6: Descriptive statistics of the metric variables | 35 |
| Table 7: Descriptive statistics of Mental Health split by Neighborhood SES | 36 |
| Table 8: Correlations between the metric/ ordinal variables and Mental Health | 38 |
| Table 9: Correlations between the dichotomous variables and Mental Health | 40 |
| Table 10: Correlations between the metric variables | 40 |
| Table 11: Correlations between the ordinal variables | 42 |
| Table 12: Correlations between the metric and ordinal variables | 45 |
| Table 13: Correlations between the metric and dichotomous variables | 47 |
| Table 14: Correlations between the ordinal and dichotomous variables | 50 |
| Table 15: Condition fulfillment of the multiple linear regression | 53 |
| Table 16: Results of the multiple linear regression | 56 |

Abbreviations

| | |
|----------|-----------------------------------------------------------------|
| ABeSa | Ambulante Betreuung, Beratung und Assistenz in der Sozialarbeit |
| ALPHA | Assessing Levels of Physical Activity |
| AUDIT-C | Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption |
| CD-RISC | Connor-Davidson Resilience Scale |
| CI | Confidence interval |
| CVD | Cardiovascular disease |
| EU | European Union |
| GBD | Global burden of disease |
| GEDA | Gesundheit in Deutschland aktuell |
| HRQOL | Health-related quality of life |
| IBM | International Business Machines Corporation |
| n.d. | No date |
| NCD | Non-communicable diseases |
| P-P plot | Probability-probability plot |
| p-value | Probability value |
| PSQI | Pittsburgh Sleep Quality Index |
| ref. | reference |
| RKI | Robert-Koch-Institute |
| SCI | Sense of Community Index |
| SD | Standard deviation |
| SE | Standard error |
| SES | Socioeconomic status |
| SF | Short form |
| Sig. | Significance |
| SPSS | Statistical Package for the Social Sciences |

| | |
|-----|---------------------------|
| USA | United States of America |
| VIF | Variance Inflation Factor |
| WHO | World Health Organization |

Abstract

Background: In the EU two thirds of the population live in towns and cities and the trend of urbanization is set to increase. Cities must place health high on the agenda to maintain and improve health and quality of life. Special attention should be paid to mental health which is influenced by increased urban stressors. There is scientific evidence for many different factors that are associated with mental health. Mental disorders are increasing, and especially poor people are particularly vulnerable. Mental disorders account for 13% of the total GBD and by 2030 depression will be the leading cause of disease burden. Therefore, economic and social costs are enormously high.

Methods: Primary data of the project 'Health promotion and prevention in urban neighborhoods' in Hamburg are used to investigate mental HRQOL in neighborhoods with different social status and to find predictors of mental HRQOL which are determined by multiple linear regression analysis. Furthermore, guided interviews are used to identify mental health promotion activities and needs to promote mental health and quality of life of adults in a socially disadvantaged neighborhood in Hamburg.

Results: Very low social status neighborhoods have the lowest mean Mental Health score ($\bar{x}=48,02$; $\sigma=10.68$) in comparison with those of low social status ($\bar{x}=49,48$; $\sigma=9.80$), moderate social status ($\bar{x}=49,27$; $\sigma=10.28$) and high social status ($\bar{x}=52.63$; $\sigma=8.16$). The variables Smoking ($b=3.384$; 95% CI [1.344, 5.425]; $p=0.001$), Income ($b=5.340$; 95% CI [2.343, 8.337]; $p=0.001$), Sleep Quality ($b=-5.661$; 95% CI [-7.811, -3.511]; $p<0.001$), Age ($b=0.072$; 95% CI [0.008, 0.136]; $p=0.030$) and Resilience ($b=0.570$; 95% CI [0.390, 0.750]; $p<0.001$) significantly predict Mental Health. The interviews show very limited activities for mental health promotion and that no concept exists in the neighborhood. Different factors must be considered to improve mental health such as funding of institutions, networking, unemployment, addiction, social inclusion and access to local mental health services and promotion.

Discussion: The findings support the evidence that living in socially deprived neighborhoods is linked to adverse mental health and different factors influence mental health. It must be considered that biases may have influenced the results. The interviews showed insufficient mental health services and much potential to improve mental health and quality of life in the neighborhood. Researchers and community service providers need interdisciplinary collaboration and community participation, should use prevention as well as promotion of resources and health in the deprived neighborhood. Moreover, long-term investigations are necessary in order to better understand associations and to assess sustainability of effect in intervention studies.

1 Introduction

“Where people live affects their health and chances of leading flourishing lives. Communities and neighbourhoods that ensure access to basic goods, that are socially cohesive, that are designed to promote good physical and psychological well-being, and that are protective of the natural environment are essential for health equity.” (CSDH, 2008, p. 60)

In the European Region two thirds of the population live in towns and cities and by 2050, 70% of the world’s population will live in cities. Urbanization is expected to increase in all areas of the world. Maintaining and improving health and quality of life is one of the biggest challenges of a growing city and its public health (WHO, 2016). The population in Hamburg, Germany, is increasing continuously. The city reached 1,841,179 residents in 2018 (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2019). In the course of urbanization, it becomes important to deal with the question of how policy makers and urban planners can create a healthy city. In the quote above, some relevant keywords were used which refer to social, physical and mental health as well as the importance of the natural environment for human health. Though, urban areas are often characterized by attributes which make places unhealthy. These risk factors for health and well-being are for example, traffic, noise, pollution, violence, social isolation, non-communicable diseases (NCD) including mental illness, injuries, alcohol and substance abuse. Considering health equity, it must be emphasized that usually the poor are exposed to the unhealthiest environments and have limited access to services and amenities (WHO, 2016). There is also evidence showing that climate risks are associated with adverse health outcomes due to adverse health aspects, such as heat-related disorders, respiratory disorders, infectious diseases, food insecurity and mental health problems and disorders (Leal Filho et al, 2018; Patz et al, 2014). Ambitions to create healthy urban areas can have further impacts and are able to contribute in achieving the Sustainable Development Goals, especially goal 11: Make cities and human settlements inclusive, safe, resilient and sustainable (WHO, 2016). In this work, addressing urban health, mental health and quality of life is brought into attention. There is missing knowledge about the level of mental HRQOL and factors associated, as well as predicting mental HRQOL of the Hamburg population living in neighborhoods with different social status. This thesis seeks to close the research gap for this growing city in Germany. Furthermore, this thesis seeks to give new insights

into mental health promotion activities and identifies needs to promote mental health of adults in a socially deprived neighborhood in Hamburg. To achieve this, valuable information from low-threshold working stakeholders were gained. The overarching aim of this thesis is to support the development and implementation of local mental health promotion and care services for residents in Hamburg. The goal is to create recent knowledge in order to inform policy makers and community stakeholders about mental HRQOL of adult residents living in Hamburg; which factors are associated and the actual state of mental health promotion and identified needs at the neighborhood level.

2 Urbanization and health

A major determinant of health and well-being is the living environment. Therefore, urban planning must include health in order to make life in cities livable (Larkin, 2003).

The health map, see figure 1, created by Barton and Grant demonstrates the complexity behind health and well-being in human habitation but also creates clarity about the spheres and determinants that have an impact on health and well-being. Overall, there is the global ecosystem with the determinants biodiversity and climate stability followed by the spheres natural environment and built environment. Below it is referred to activities in settings that are for example living, working and learning. Furthermore, there is the local economy, community, lifestyle and the people. These spheres with its determinants must be addressed by collaboration across practitioner professions in order to promote health and well-being in towns and cities (Barton & Grant, 2006, pp. 1-2).

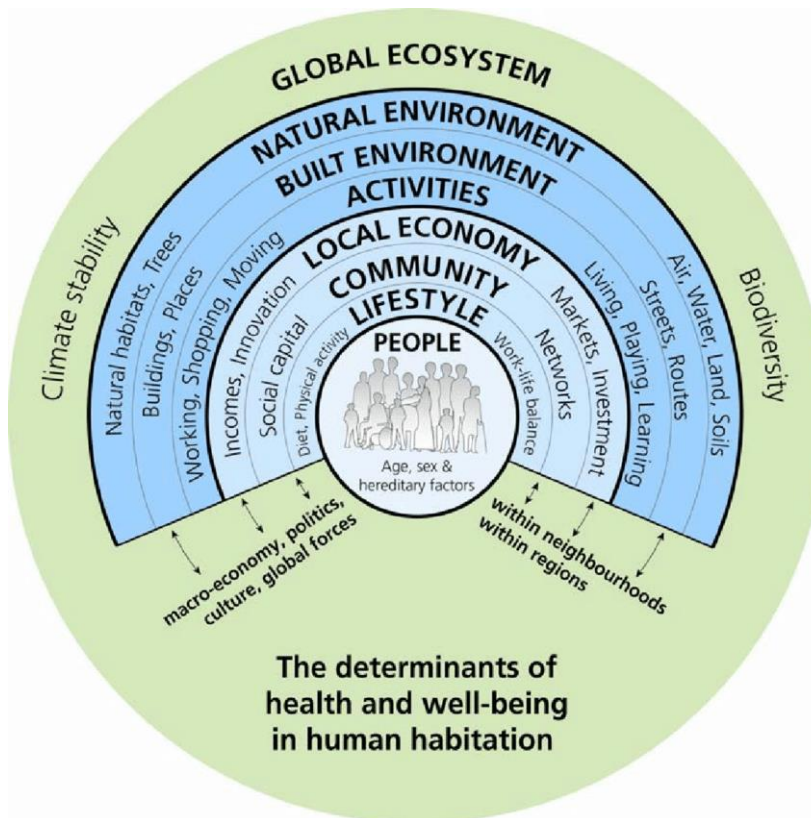


Figure 1: The health map (Barton & Grant, 2006)

An earlier work from Aicher shows many determinants of urban health which urban planners must bear in mind. These are categorized into physical, bio-chemical, socio-economic and psychological stressors and supporters of health (Aicher, 1998).

2.1 Healthy Cities movement

A commonly used definition of a healthy city is the following: “A healthy city is one that is continually creating and improving those physical and social environments and expanding those community resources which enable people to mutually support each other in performing all the functions of life and in developing to their maximum potential.” (WHO, 1998, p. 13)

To provide opportunities in achieving significant health gains for urban populations, the Healthy Cities movement takes the city as a site for action on health (Kenzer, 1999, p. 201). Within this movement, health is going beyond the absence of ill-health and includes quality of life and well-being (Kickbusch, 2007, p. 9). Health is also a multi-disciplinary phenomenon and thus a healthy city focuses on environmental and social determinants of health and pursues intersectoral interventions for improving health and well-being. In healthy cities, health development is integrated within urban policies and

programs from different sectors (van Naerssen & Barten, 2002, p. 10). In 2018, the WHO's Healthy Cities project and network celebrated its 30th year. In these years it has been the pioneer in bringing changes and building up healthier urban settings. The Healthy Cities movement has developed from the Healthy Settings movement which arose from the WHO strategy of Health for All in 1980. The Healthy Settings approach was then embedded in the Ottawa Charter for Health Promotion in 1986 and affirmed by the Sundsvall Statement of 1992 and the Jakarta Declaration of 1997. Today, there are diverse settings in which public health is implemented and improved and the largest setting approach is Healthy Cities. The WHO Healthy Cities project wants to achieve that health becomes politically relevant in the development of cities and support public health at the local level to promote sustainable strategies for health protection (WHO, 1998, p. 13; WHO, n.d. (a); WHO, 2018). Basic approaches to promote healthy cities are community participation, empowerment, intersectoral partnerships, and participant equity. This is the fundament to follow the aims of creating an environment that supports health, of achieving a good quality of life, of providing basic sanitation and hygiene as well as access to health care. In 1986, developed countries implemented first Healthy Cities programs and around 1994 developing countries started to build up own programs based on the successes of the preceding implementation strategies. Successful healthy cities are characterized by having the ownership of policies, a clear vision, a wide variety of stakeholders, the commitment of local community members and a process of institutionalizing programs (WHO, n.d. (b)). At the European level, the Urban Agenda for the EU, launched in 2016, focuses on growth, livability, innovation and social challenges that must be identified and tackled for example through climate adaption, urban mobility, digital solutions and reducing poverty (European Commission, n.d.).

2.2 Project 'Health Promotion and Prevention in Urban Neighborhoods'

The project 'Health Promotion and Prevention in Urban Neighborhoods' is a research project in the field of urban health. It is funded by the City of Hamburg and runs from July 2017 to December 2020. An interdisciplinary team of scientists from the Hamburg University of Applied Sciences, the University Medical Center Hamburg-Eppendorf, the Hafencity University of Hamburg and the University of Magdeburg has set the aim to develop and implement interventions to improve health and quality of life in socially

disadvantaged neighborhoods. Interventions will be provided in cooperation with the parties concerned.

In Hamburg, an estimation of 40 projects deal with health in neighborhoods. Nationwide, the trend is similar. In the project 'Health Promotion and Prevention in Urban Neighborhoods', researchers investigate the following questions: Which indicators are suitable for mapping the health situation of different neighborhoods? How is the local health situation and what are the needs for health promotion and prevention? Can health-promoting neighborhood-oriented measures help to reduce health inequalities? How can neighborhood-based health promotion be participatory? In a first sub-project the scientists work out which indicators can be used to describe the health situation in different neighborhoods. These indicators include the health situation of the residents and changeable risk and protective factors.

The indicators are collected through personal surveys of the inhabitants and by the investigation of socio-spatial characteristics of the neighborhoods, such as noise pollution, mobility and transport, access to green areas and quality of public space. At the end of April 2018, the first randomly selected residents of the neighborhoods were contacted, informed about the upcoming surveys and invited to participate.

In addition to the primary data collection, data from the statutory health insurance companies will be analyzed and included in the description of the health situation. As a result, several characteristics will be developed to reliably describe health-related changes in the neighborhoods and to evaluate the effects of health-promoting measures. Like social monitoring, a long-term system for small-scale health monitoring is to be developed in this sub-project.

In the second sub-project experiences from previous and currently ongoing neighborhood projects are collected and analyzed. To this end, the research network provides a systematic review of literature, which is based on international experience with health promotion. Moreover, workshops and interviews with regional and local actors support the exchange of knowledge. From the beginning of 2018, the research network will then establish cooperation and participation structures in the selected intervention neighborhoods in order to develop and implement joint health promotion measures with local affected persons. From 2020, the practical implementation of the measures in the neighborhoods will take place. In addition, the project network explores how such participation processes can be designed and how they contribute to the success of measures. Furthermore, the methods developed in the project will be

used to investigate whether the changes in the neighborhoods contribute to measurable improvements in the health situation (Jeorgakopulos & Westenhöfer, 2018).

2.3 Urban mental health

The WHO defines mental health “as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community.” (WHO, 2014)

Urbanization is a global and increasing phenomenon that constitutes challenges to mental health and mental health services. Increased stressors, such as pollution, poverty, overcrowding, violence and decreased social support, affect the mental health of city dwellers. A cohort study from 2006 in Britain found that rural residents had slightly better mental health than non-rural residents. There were differences in rates of common mental disorders between rural and urban residents (Weich, Twigg & Lewis, 2006). In general, there is an increase of mental disorders, such as depression, alcohol-related problems, schizophrenia and dementia. Globally, patients, family members and caregivers suffer from distress due to it (WHO, 2003, p. 12). Mental disorders account 13% of the total GBD and it is projected that, by 2030, depression will be the leading cause of GBD (WHO, 2011, p. 1). According to a study, the estimated GBD of mental illness accounts for 32.4% of years lived with disability and 13% of disability-adjusted life-years (Vigo, Thornicroft & Atun, 2016). Poor people living in adverse circumstances and having the least resources are particularly vulnerable. Young adults are severely affected by mental disorders and additionally face stigma and discrimination. In terms of economic and social costs, the annual direct treatment costs in the USA were estimated to be \$148 billion and the indirect costs outweigh the direct treatment costs by two to six times in developed market economies. Families pay a large proportion of these costs because of the lack of service networks which are publicly funded. The families also bear social costs due to the emotional burden of caring family members, have a decreased quality of life, face social exclusion and stigmatization. In some countries there is a high discrepancy between the burden of mental disorders and the resources spent for mental health services (WHO, 2003, pp. 2-3). The gap is far in between the need for treatment and its provision; between 35% and 50% of people with severe mental disorders receive no treatment in high-income

countries (WHO, 2011, p. 1). Out of these reasons, the WHO's comprehensive mental health action plan 2013-2020, which was adopted by the 66th World Health Assembly, has the four major objectives: strengthen effective leadership and governance for mental health; provide comprehensive, integrated and responsive mental health and social care services in community-based settings; implement strategies for promotion and prevention in mental health; strengthen information systems, evidence and research for mental health (WHO, n.d. (c)).

3 Factors associated with mental health

There is scientific evidence for various factors that are associated with mental health and well-being. In this chapter, evidence for a few associations, which are relevant for this work, is presented.

A central study in this literature research is a systematic review from 2017 which shows that the risk for mental illness, such as anxiety, mood, psychotic and addictive disorders, is higher in cities compared to rural areas. The review reveals that a risk factor which is consistent in its association with mental health is the socio-economic status. Living in poor and deprived areas is associated with higher risk of poor mental health in comparison of living in richer neighborhoods. People living in disadvantaged neighborhoods may have more difficulties to build up and maintain supportive social relationships and may be particularly vulnerable in terms of mental illness. There is also evidence for socially disorganized neighborhoods in which people feel insecurity and are confronted with violence which have consequences for mental health. However, neighborhoods which are characterized by higher social support and support networks may compensate perceived distress of the residents and contribute to social norms and practices that can be protective for substance use disorders and attempted suicide. Social support among minorities, including people with a migration background, seems to be an important protective factor. In general, urban residents that belong to a minority group have an increased risk for depression and psychosis. Urban physical environments may contain higher rates of for example, air and water pollution, noise pollution, specific urban designs and more physical threats such as violence and accidents compared to rural areas. Research indicates that this environment factors increase stress levels with adverse effects on mental health. Also, urban light exposure may have influence on the circadian rhythm and results in a change in sleeping patterns which carries known consequences for mental well-being.

Although, increased access to green and blue areas and better walkability is apparently associated with mental well-being, a decrease in depression and promotes physical activity (Gruebner et al, 2017).

A study in urban China reveals that lower-SES populations reported lower mental and physical HRQOL than middle- and high-SES populations (Wu & Zhang, 2016). A recent systematic review from 2018 shows that adverse house and built environment, noise and air pollution and a lack of green areas, are associated with depressive mood (Rautio et al, 2018). A recent study on sleep quality and HRQOL presents that poor sleepers have a lower mental health score and therefore shows the importance of sleep for HRQOL (Darchia et al, 2018). Looking at social capital, an Australian study shows that higher social capital is associated with better mental health for urban and rural participants. The study concludes that policies aim to strengthen social capital in communities in order to promote health are needed (Ziersch et al, 2009). The same found in a recent study in urban China; higher social capital is significantly associated with good mental health (Gao et al, 2018). On the contrary, noisy, drunk and rowdy people in the neighborhood as well as criminal activity are factors associated with a bad mental health in Hong Kong (Wang et al, 2018). Furthermore, personal factors such as having a chronic disease is associated with a lower mental health score but being older is associated with a higher mental health score (Lam et al, 2010). In a Brazilian study, women, the elderly and individuals with lower income reported lower mean values of the mental health score in comparison to men, younger people and people with higher income (Campolina et al, 2018). In addition, a study summarizes that women are particularly vulnerable and at risk to develop mental health problems because domestic violence is highly prevalent in urban areas (Srivastava, 2009). Moreover, there is evidence for a negative association between the mental health score and time in different groups of immigrants in Germany. Second-generation immigrants, participants from Turkey or Southern Europe and people who immigrated at a young age show a decrease in the mental health score over time (Nesterko et al, 2019). Another study conducted in Brazil included some lifestyle factors and shows that people who daily use medication and smokers have a lower mental health score (Noronha et al, 2016). Many studies exist regarding psychological resilience and related psychological interventions to improve mental health and well-being. A systematic review and meta-analysis shows a robust strong association between resilience and mental health in somatically ill persons (Faerber & Rosendahl, 2018).

There are numerous studies that show a positive association between physical activity and mental health. A meta-analysis shows that the domain in which physical activity takes place influences the relationship between physical activity and mental health. In this study, for example leisure-time physical activity had a positive association with mental health (White et al, 2017).

The literature review was done to find objectives and research questions. Factors associated with mental health and quality of life was the fundament for the selection of potential predictors of mental HRQOL in adult Hamburg residents. This work includes different factors according to the health map by Barton and Grant to get a wide insight into factors which can be associated with mental health. The factors Gender, Age, Migration Background, NCD, Resilience and Sleep Quality relate to the sphere “People”, which are personal factors. The factors Smoking and Sport relate to “Lifestyle”, Sense of Community relates to “Community”, Income relates to “Local Economy”, Noisy/ Quiet Environment and Insecurity due to Criminality relate to “Built Environment” and Access to Green Areas relates to “Natural Environment”. The factor Neighborhood SES is generated from social indicators and therefore consists of several spheres of the health map such as “People” and “Local Economy”.

4 Objectives and research questions

The objectives of the thesis are

1. To investigate the mental HRQOL of adult Hamburg residents living in neighborhoods with different social status,
2. To determine predictors of mental HRQOL of adult Hamburg residents living in neighborhoods with different social status,
3. To identify mental health promotion activities as well as needs to promote mental health and quality of life of the adult residents living in Hamburg, particularly in Rahlstedt Großlohe that is classified as a socially deprived neighborhood,
4. To derive recommendations for mental health promotion, in particular for socially deprived neighborhoods.

The following research questions will be answered:

1. How different is the mental HRQOL of adult residents in Hamburg neighborhoods with a different social status?

Null hypothesis: The mental HRQOL score in neighborhoods with very low social status is not lower compared to neighborhoods with low, moderate and high social status.

Alternative hypothesis: The mental HRQOL score in neighborhoods with very low social status is lower compared to neighborhoods with low, moderate and high social status.

2. Which predictors of mental HRQOL of the adult Hamburg residents living in neighborhoods with different social status can be determined?

Null hypothesis: The variables Gender, Age, Income, Smoking, Resilience, Sleep Quality, Noisy/ Quiet Environment, Sense of Community, NCD, Migration Background, Sport, Access to Green Areas, Insecurity due to Criminality, and Neighborhood SES are not significant predictors of mental HRQOL of the adult residents living in Hamburg.

Alternative hypothesis: The variables Gender, Age, Income, Smoking, Resilience, Sleep Quality, Noisy/ Quiet Environment, Sense of Community, NCD, Migration Background, Sport, Access to Green Areas, Insecurity due to Criminality, and Neighborhood SES are significant predictors of mental HRQOL of the adult residents living in Hamburg.

3. Which interventions for mental health promotion are available for adult residents living in Rahlstedt Großlohe that is classified as a socially deprived neighborhood?
4. What improvements and needs are seen in terms of mental health promotion in Rahlstedt Großlohe that is classified as a socially deprived neighborhood?
5. Which recommendations can be derived for mental health promotion of adult residents, especially in Rahlstedt Großlohe that is classified as a socially deprived neighborhood?

5 Methodology

To answer the research questions, quantitative methods and a qualitative method are used. The quantitative methods are based on a resident survey which was undertaken in the project 'Health Promotion and Prevention in Urban Neighborhoods'. At first, a descriptive and bivariate analysis is used, before a multiple linear regression analysis is applied with the dependent variable Mental Health. Mental Health is a component score of the SF-12 Health Survey measuring HRQOL, which is part of the standardized

questionnaire developed in the project ‘Health Promotion and Prevention in Urban Neighborhoods’. Other variables and instruments in the questionnaire are used to find associations between them and Mental Health as well as to predict Mental Health in Hamburg neighborhoods with different social status. The quantitative methodology serves the objectives 1, 2 and 4 and will answer the research questions 1, 2 and 5. The qualitative method is a guideline interview with low-threshold working stakeholders in the socially deprived neighborhood Rahlstedt Großlohe. The stakeholders are defined as experts because they know the problems, resources and needs of the neighborhood. The guideline interview contains questions about mental health promotion in the neighborhood. The qualitative methodology serves the objectives 3 and 4 and will answer the research questions 3, 4 and 5. The results of the quantitative and qualitative approach are used to derive recommendations for mental health promotion in adults of the Hamburg population, generally in deprived neighborhoods and especially living in Rahlstedt Großlohe. Thus, both results sections will answer the research question 5. An overview shows the following table 1.

Table 1: Aims, research questions, approaches and analysis methods

| Aim | Research question | Approach | Analysis method |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------|
| To investigate the mental HRQOL of adult Hamburg residents living in neighborhoods with different social status. | How different is the mental HRQOL of adult residents in Hamburg neighborhoods with a different social status? | Quantitative research | Descriptive analysis |
| To determine predictors of mental HRQOL of adult Hamburg residents living in neighborhoods with different social status. | Which predictors of mental HRQOL of the adult Hamburg residents living in neighborhoods with different social status can be determined? | Quantitative research | Bivariate analysis, Multiple linear regression analysis |
| To identify mental health promotion | Which interventions for mental health promotion | Qualitative research | Guided interviews |

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--|
| <p>activities as well as needs to promote mental health and quality of life of the adult residents living in Hamburg, particularly in Rahlstedt Großlohe that is classified as a socially deprived neighborhood.</p> | <p>are available for adult residents living in Rahlstedt Großlohe that is classified as a socially deprived neighborhood?</p> <p>What improvements and needs are seen in terms of mental health promotion in Rahlstedt Großlohe that is classified as a socially deprived neighborhood?</p> | | |
| <p>To derive recommendations for mental health promotion, in particular for socially deprived neighborhoods.</p> | <p>Which recommendations can be derived for mental health promotion of adult residents, especially in Rahlstedt Großlohe that is classified as a socially deprived neighborhood?</p> | <p>Quantitative and qualitative research</p> | |

5.1 Resident survey

The social monitoring of the city of Hamburg has a classification of neighborhoods, these are: very low, low, moderate or high social status index. The status index is developed by the social monitoring of the City of Hamburg and available to the public. For this study, the information of the reporting year 2017 was used (von Luede, 2018). By random selection, the researchers of the project 'Health Promotion and Prevention in Urban Neighborhoods' identified six statistical areas of Hamburg with different social status. In two of the drawn neighborhoods, one with a very low and another one with a low social status index, interventions are implemented to promote health and improve quality of life. The remaining four districts with the social status indices very low, low,

moderate and high are control areas. The random selection was done with including all statistical areas with a stable dynamic index as well as where no health promotion interventions were carried out that exceed a yearly budget of €10,000 (Eichner, 2018 (a)). The drawn neighborhoods under investigation are in the districts Hamm, Lohbrügge, Rahlstedt, Wilhelmsburg, Stellingen and Sasel. The neighborhood with a high social status is in Sasel and the neighborhood with a moderate social status is in Stellingen. Two neighborhoods with a low social status are in Hamm and Lohbrügge. Two other neighborhoods under investigation with a very low social status are in Wilhelmsburg and Rahlstedt (Eichner, 2018 (b)).

5.1.1 Data collection

For the quantitative analysis, data from a primary data collection of the project 'Health Promotion and Prevention in Urban Neighborhoods' were analyzed. It is a cross-sectional study with a randomized sample of six neighborhoods in Hamburg.

The sample was interviewed face to face with the help of a standardized questionnaire which has been developed for the project. The questionnaire was also translated into Turkish and Polish because these languages represent the largest groups with migration background in the neighborhoods (Buchcik, Borutta & Westenhöfer, 2018). The interviewing period started from May 2018 (Eichner, 2018 (c)). Due to an inadequate participation rate, the methodological approach to gain participants was adapted in September 2018. From this month, the participants could complete the questionnaire by themselves. Neighborhood stakeholders and institutions were contacted who supported the survey by sharing information and helping to reach the residents. In addition, the project used print advertising and information stands in the neighborhoods to inform the residents about the project as well as a financial incentive of ten euros for the residents to increase the willingness to participate (Eichner, 2018 (d)). Trained interviewers sought out the residents at their home, which were randomly selected with the help of a list of the residents' registration office. Then, they conducted a 30 minutes interview with the questionnaire. The researcher of this work was an interviewer from the start of the survey until May 2019. For the data analysis, only surveys were used for which a signed declaration of participation and data protection was available. The aim was to reach 150 participants per neighborhood, accordingly 900 participants in total (Eichner, 2018 (c)).

5.1.2 Questionnaire and instruments

The questionnaire has 100 questions in total containing the following health and health-related topics and instruments. Some of the instruments used are widely applied and validated. The used instruments are shown in brackets.

- Assessment of the living environment,
- Walkability (ALPHA short),
- Non-communicable diseases (GEDA),
- Health-related quality of life (SF-12v2),
- Life satisfaction (L-1),
- Resilience (CD-RISC 10),
- Health literacy (eHEALS),
- Sense of Community Index (SCI-2),
- Exercise - physical activity and sport (GEDA),
- Nutrition,
- Height and weight,
- Alcohol consumption (AUDIT-C),
- Tobacco consumption (RKI Health Survey 65+),
- Sleep behavior (item of PSQI),
- Socio-demographic data,
- Socio-economic data,
- Qualitative question for additions.

In the following chapters, the instruments and variables used for this research are described.

5.1.2.1 SF-12 Health Survey

The dependent variable in the regression model is the Mental Health Summary Scale which is one of two components of the SF-12 Health Survey. The Mental Health Summary Scale is formed by four scales and six items that is illustrated in figure 2.

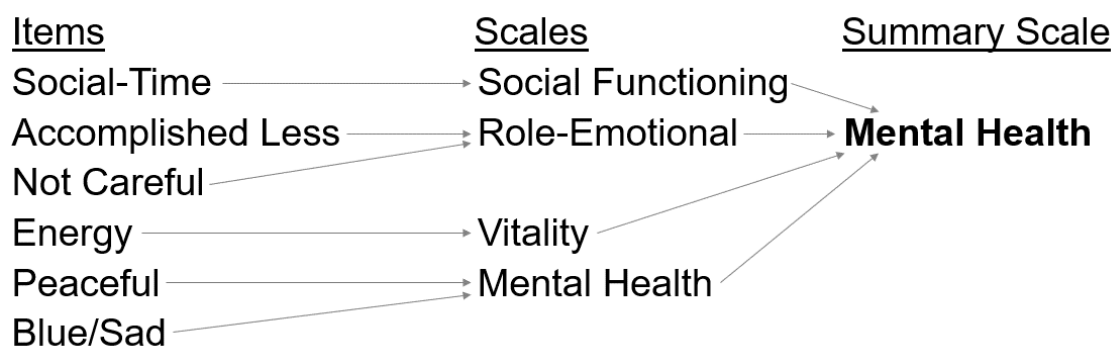


Figure 2: Items and scales of the Mental Health summary scale (own illustration according to the SF-12 manual; Ware, Kosinski & Keller, 1995, p. 19)

“The SF-12 is a multi-purpose short-form (SF) generic measure of health status. It was developed to be a much shorter, yet valid, alternative to the SF-36 for use in large surveys of general and specific populations as well as large longitudinal studies of health outcomes.” (Ware, Kosinski & Keller, 1995, p. 11)

The SF-12 consists of twelve items and is a shortened form of the SF-36 with 36 items. It measures eight concepts and each concept includes one or two items. The concepts are Physical Functioning, Role-Physical, Bodily Pain, General Health, Energy/Fatigue, Social Functioning, Role-Emotional and Mental Health.

As mentioned above, the instrument consists of two components which are investigated separately. The components are Physical Health and Mental Health and, in this work, only Mental Health is investigated which includes four of the eight concepts (Ware, Kosinski & Keller, 1995, pp. 11, 19). Both components have a range of 0 to 100, whereby a higher score means a better health status. The mean score is 50 and the standard deviation (SD) is 10 in a representative sample of the US population. Thus, study participants who have a score greater than 50 are above average health status (University of Massachusetts Medical School, n.d.). The SF-12 Health Survey was analyzed according to the manual.

The following variables of the questionnaire were presumed to be relevant and significant predictors of the Mental Health component score: Income, Smoking, Age, Gender, Resilience, Sleep Quality, Noisy/ Quiet Environment, Sense of Community, NCD, Migration Background, Sport, Access to Green Areas, Insecurity due to Criminality, and Neighborhood SES.

5.1.2.2 Predictor variables

The data collection of NCD is based on the Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) 2012 study of the RKI (Robert-Koch-Institute, 2014, pp. 2-4). The project team created categories of diseases to group the individual diseases that are questioned in the GEDA study. The disease groups are chronic respiratory diseases, CVD, hypertension/high blood pressure, diabetes, any type of cancers, and mental diseases. The question used is to identify whether the disease groups have been diagnosed by a doctor in the last year. For the statistical analysis the variable was categorized either none of those diseases or some of those diseases and was coded with the reference (ref.) 0=no NCD and 1=NCD. The variable is named NCD.

Physical activity is measured by items from the GEDA 2012 study of the Robert-Koch-Institute (RKI) (Robert-Koch-Institute, 2014, pp. 24-25). The first item asks how many days the participant is physically active. This activity includes sweating and/or breathlessness. The second item asks for the average duration of physical activity in categories. The third item asks for the weekly average time of doing sport which is categorized in “no sport”, “less than 1 hour per week”, “regularly 1-2 hours per week”, “regularly 2-4 hours per week” and “regularly more than 4 hours per week”. For the analyses only the third item, named variable Sport, is chosen. For the regression analysis the variable was coded into a dummy variable with the reference 0=no sport and 1=sport.

Tobacco consumption is measured by an item that asks if the participant smokes, does not smoke or quit smoking. If the participants said yes to smoking, a further question is asked on the quantity of smoking substances per day and week. The two questions are based on the RKI Health Survey 65+. For the statistical analyses only the first item with the response categories smoking or not smoking is considered. The respective variable is named Smoking. For the regression analysis the variable was coded with the reference 0=smokers and 1=non-smokers.

In the questionnaire, the variables Migration Background, Age and Gender are part of the section Socio-demographic Data. Migration Background is measured by asking in which country mother and father were born. If the father or the mother or both were born in another country than Germany, the participant has a migration background. If the parents are born in Germany, there is no migration background. For the regression analysis the variable was coded with the reference 0=no migration background and

1=migration background. Age is measured by asking for the year of birth and Gender by asking whether the participant is male, female or diverse. For the statistical analyses the response category “diverse” is excluded because only one participant states to have a gender different from male or female. For the regression analysis the variable was coded with the reference 0= gender female and 1= gender male.

The variable Income is measured in the section Socio-economic Data by categories of net household income. These categories are “less than €1,000”, “€1,000 or below €1,500”, “€1,500 or below €2,000”, “€2,000 or below €2,500”, “€2,500 or below €3,000”, “€3,000 or below €3,500” and “€3,500 or more”. For the regression analysis the variable was coded into a dummy variable with the reference 0=less than €1,000 and 1=more than €1,000.

The variables Noisy/ Quiet Environment and Access to Green Areas are two of eight items. The questions represent the living environment which is accessible within 10 to 15 minutes by walking. These questions were created by the project members. Noisy/ Quiet Environment is measured with asking the participants if their house is in a quiet environment. The response categories are “does not apply”, “does rather not apply”, “does rather apply”, “does apply”. Access to Green Areas is measured with asking the participants if there are easy reachable green areas and playgrounds in the living environment. The response categories are “does not apply”, “does rather not apply”, “does rather apply”, “does apply”. For the regression analysis the categories “does not apply” and “does rather not apply” were recoded to a common category, the same applies for the categories “does rather apply” and “does apply”. For the regression analysis the variable Noisy/ Quiet Environment was coded with the reference 0=noisy environment and 1=quiet environment. The variable Access to Green Areas was coded with the reference 0=green access yes and 1=green access no.

The variable Insecurity due to Criminality is part of the *ALPHA short* which is a brief questionnaire on environmental perception, active transport and physical activity. This questionnaire also represents the living environment which is accessible within 10 to 15 minutes by walking. The short version of *ALPHA* contains 10 questions with the response categories “yes” and “no”, whereby every item must be analyzed separately. The item regarding criminality asks whether the participants feel insecure due to crime when they walk in their living environment (Spittaels et al, 2010). For the regression analysis the variable was coded with the reference 0=no insecurity and 1=insecurity.

Resilience is measured by the instrument CD-RISC 10 which has 10 items and therefore is a briefer version of the CD-RISC 25 with 25 items. The CD-RISC 10 has a score range from 0-40. The brief version was developed by Drs. Campbell-Sills and Stein, at the University of California, San Diego. The CD-RISC 10 has been adequately tested and validated and has been studied in a variety of populations. The instrument was analyzed according to the manual *Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) Manual* (Davidson, 2018, pp. 4-6).

The variable Sense of Community is measured by *SCI-2* with 13 items and the response categories “does not apply”, “does rather not apply”, “does rather apply”, “does apply”. The Sense of Community Index (SCI) is often used in the social sciences and has been used in a variety of studies within different cultures, many contexts and settings. The SCI is grounded on a theory by McMillan and Chavis (1986) which identifies four elements: membership, influence, meeting needs, and a shared emotional connection (Community Science, n.d.).

Sleep Quality is measured by one item from the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (Buysse et al, 1989). The question is how the participants would assess their sleep quality during the last four weeks. The response categories are “very good”, “fairly good”, “fairly bad”, “very bad”. For the regression analysis the categories “very good” and “fairly good” were recoded to a common category, the same applies for the categories “fairly bad” and “very bad”. The variable was coded with the reference 0=good sleep quality and 1=bad sleep quality.

The SES of an individual’s neighborhood is measured by the social monitoring of the City of Hamburg which categorizes the neighborhoods in statistical areas with social status indices according to seven indicators. The values were taken from the year 2017, as it was mentioned above (von Luede, 2018, pp. 12, 14). The statistical areas in the project can be seen in table 2. For the regression analysis the variable Neighborhood SES was coded into a dummy variable with the reference 0=NSES very low and 1=NSES higher than very low.

Table 2: Statistical areas in the project

| Statistical area | District | Neighborhood | Residents | Status index |
|------------------|---------------|--------------|-----------|--------------|
| 16023 | Hamburg-Mitte | Wilhelmsburg | 6174 | Very low |
| 74024 | Wandsbek | Rahlstedt | 2630 | Very low |
| 9005 | Hamburg-Mitte | Hamm | 2287 | Low |
| 75019 | Bergedorf | Lohbrügge | 4328 | Low |
| 43010 | Eimsbüttel | Stellingen | 2910 | Moderate |
| 66004 | Wandsbek | Sasel | 2383 | High |

5.1.3 Statistical analysis

The following chapters describe the statistical analyses. The data analysis was carried out with the statistics program IBM SPSS Version 25. In order to make the results comprehensible and the analyses replicable, all commands in SPSS were performed and provided with the syntax in appendix A. The data includes questionnaires which are registered and entered in SPSS up to the 5th August 2019. The used level of significance (sig.) is 95% with an error probability of $\alpha = 0.05$.

5.1.3.1 Descriptive analysis

The variables are described by the measures of central tendency, measures of variation and the distribution. The metric variables are described in a table by the mean, standard error (SE), standard deviation, variance as well as minimum and maximum. Furthermore, the Mental Health score is described for the neighborhoods with different social status. Additionally, the metric variables Mental Health, Age, Resilience and Sense of Community are tested with the Kolmogorov-Smirnov test for normal distribution. This needs to be done to continue with the bivariate analysis (Field, 2013, pp. 184-188).

5.1.3.2 Bivariate analysis

To have a larger sample size for the analyses, pairwise exclusion is selected and to investigate correlation effects in every direction, two-tailed tests are carried out. Therefore, a non-directed investigation of relationships between variables is not able to show cause-and-effect relationships. Because the Kolmogorov-Smirnov test showed that the metric variables are not normally distributed, a non-parametric analysis is chosen which is done with the Spearman's rank correlation coefficient (r_s). To investigate a correlation between the metric variables and ordinal variables as well as between ordinal variables also the Spearman's rank correlation coefficient is adequate (Field, 2013, pp. 271, 276-277). For the correlation between the metric and dichotomous variables the point-biserial correlation is chosen which is done with the Pearson's correlation coefficient (r) (Field, 2013, pp. 279-280). Although a normal distribution could not be found it is the favored solution because there is no major difference between the values of the point-biserial correlation and the correlation with Spearman's ρ . To investigate a correlation between the ordinal and dichotomous variables Spearman's ρ is used. The dichotomous variables are analyzed with the φ -coefficient which is based on the chi-square (Field, 2013, pp. 725, 740). The φ -coefficient is identical with the Pearson coefficient (Brosius, 2013, p. 433). For the interpretation of the correlation coefficients the guidance by Brosius is used. Thus, 0 means no correlation, $>0 - 0.2$ a very weak correlation, $>0.2 - 0.4$ a weak correlation, $>0.4 - 0.6$ a moderate correlation, $>0.6 - 0.8$ a strong correlation, $>0.8 - <1$ a very strong correlation and 1 a perfect correlation (Brosius, 2013, p. 523).

5.1.3.3 Multiple linear regression analysis

A multiple linear regression is used to determine significant predictors of the variable Mental Health. The table 3 presents the independent variables as well as a transformation into a dummy variable and the assignment to a reference category if necessary (Field, 2013, p. 362). To limit and simplify the regression analysis in terms of too many dummy variables and at the same time to keep a wide variety of potential predictors, only one reasonable dummy variable was created for each categorical variable with more than two categories. Normally, one should create a dummy variable for every category.

Table 3: Independent variables

| INSTRUMENT | INDEPENDENT VARIABLE | MODIFIED DATA LEVEL | REFERENCE GROUP |
|-------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------|
| NCD | NCD | nominal (dichotomous) | reference group: no NCD |
| PHYSICAL ACTIVITY | Sport | nominal (dichotomous) | reference group: no sport |
| CONSUMPTION OF ALCOHOL/TOBACCO | Smoking | nominal (dichotomous) | reference group: smokers |
| SOCIO-DEMO-GRAPHIC DATA | Migration Background | nominal (dichotomous) | reference group: no migration background |
| SOCIO-DEMO-GRAPHIC DATA | Age | metric | - |
| SOCIO-DEMO-GRAPHIC DATA | Gender | nominal (dichotomous) | reference group: gender female |
| SOCIO-ECONOMIC DATA | Income | nominal (dichotomous) | reference group: less than €1,000 |
| LIVING ENVIRONMENT | Noisy/ Quiet Environment | nominal (dichotomous) | reference group: noisy environment |
| LIVING ENVIRONMENT | Access to Green Areas | nominal (dichotomous) | reference group: green access yes |
| ALPHA SHORT | Insecurity due to Criminality | nominal (dichotomous) | reference group: no insecurity |
| CD-RISC 10 | Resilience | metric | - |
| SCI-2 | Sense of Community | metric | - |
| PITTSBURGH SLEEP QUALITY INDEX | Sleep Quality | nominal (dichotomous) | reference group: good sleep quality |
| SOCIAL MONITORING OF THE CITY OF HAMBURG | Neighborhood SES | nominal (dichotomous) | reference group: NSES very low |

The inclusion of independent variables in the model was carried out by the Enter method and cases are excluded per listwise exclusion (Field, 2013, p. 322). At first, the conditions for a linear regression were tested. This was realized in accordance with the recommendations from the author Andy Field (Field, 2013, pp. 309-313, 316). Therefore, the inclusion of several independent variables requires a sufficiently large sample. According to a common rule of thumb at least 10 cases of data for each predictor in the model should be available (Field, 2013, p. 313). First, a linear relationship between the dependent and independent variables must be fulfilled which was examined using scatterplots (Field, 2013, p. 326). After including the respective variables in the regression model, the model was screened for outliers to avoid bias. Here, a descriptive analysis of all variables is used to check plausibility of the values. In addition, a boxplot chart was displayed in which outliers are marked with a star (Field, 2013, p. 177). When outliers are detected, they are excluded if they are implausible. Furthermore, the Casewise Diagnostics were used and if it shows outliers which are three standard deviations away, they are expunged from the analysis (Field, 2013, p. 345). Additionally, the Cooks' distance values and leverage values were examined. The values of the Cook's distance should not be greater than 1 and values greater than three times the average leverage value are problematic (Field, 2013, pp. 306-307). Furthermore, there should be no multi-collinearity what this means is that the predictors should be independent from each other. This is tested with the variance inflation factor (VIF) and the tolerance statistic. The VIF values above 10 and tolerance values below 0.2 point out that a problematic multi-collinearity exists (Field, 2013, pp. 324-325). Another condition is homoscedasticity. For this, a scatterplot with the standardized predicted dependent variable and the standardized residuals was generated. This scatterplot should be randomly distributed around the Z-mean 0 (Field, 2013, pp. 174, 192-193). Moreover, there must be absence of autocorrelation, means that the residuals are independent or uncorrelated. This was tested by the Durbin-Watson test whose value must be close to 2. If there is a value less than 1 or greater than 3 there is cause for concern. Additionally, the condition of normal distributed residuals must be fulfilled (Field, 2013, pp. 168, 311). This was checked by displaying the standardized residuals of the dependent variable in a histogram and in a P-P plot.

After testing the conditions, the goodness of fit of the model, shown by the adjusted R^2 , is considered. It demonstrates how much of the variability in the outcome is due to the predictors (Field, 2013, p. 336). Furthermore, the adjusted R^2 is used to calculate

the effect size with Cohen's f^2 (Cohen, 1988, pp. 284-287). Also, the significance of the model is checked by the F-value (Field, 2013, pp. 337-338). The effect size of the predictors on the outcome variable is shown by the unstandardized coefficient (b) and its 95% CI indicating that one unit increase of a predictor variable is associated with a change, which can be a decrease or an increase, in the outcome variable. The p-values of the T-value show a significance.

5.2 Guideline interview

The purpose of the interviews is to determine subjective experience in the form of feelings, opinions, beliefs and experiences. Since the persons express themselves orally, a lot of information can be obtained in a short time. The interview guide consists of open questions on which the interviewees are to express themselves in their own words. This method is particularly useful because further questions can be asked, and specific and detailed descriptions can be given. Guided interviews, also called semi-structured interviews, are often used. The guideline provides a structure in which open questions are sensibly arranged, thus simplifying the collection and analysis of the data. This allows the interviewer to select, skip and to ask further questions in order to keep the flow of the interview going and to get new and rich information. The semi-structured interview is fully documented by audio recording and converted into a written form (Bortz & Döring, 2016, pp. 356-358, 990).

5.2.1 Data collection

The interviews were conducted face-to-face and without third persons attending. When using the interview guideline, the work was based on the work steps according to Bortz and Döring. The steps eight to ten deal with the data management and analysis and are not considered at this point (Bortz & Döring, 2016, pp. 365-367).

1. Content preparation
2. Organizational preparation
3. Start of conversation
4. Conducting and recording the interview
5. End of conversation
6. Farewell
7. Conversation notes

1. The content preparation was carried out by collecting knowledge of relevant institutions in Rahlstedt Großlohe. The content planning also included the selection of interview participants, the choice of the interview technique as well as the compilation of the interview questions.

2. The persons to be interviewed were contacted and appointments were made. The participants received information on the topic, recording and data protection as well as the interview questions. For data protection a written informed consent was created according to the *General Data Protection Regulation* and a sample by Dresing & Pehl, 2019. The informed consent can be seen in appendix B. It was distributed and signed by the study participants. This measure for data protection increases the security of the respondents and belongs to the commitment of researchers in the sense of research ethics. For the sound recording the researcher's smartphone was used.

3. This step involves the unrecorded start of the conversation, which should resolve inhibitions and create a relaxed atmosphere before the interview is conducted. For this purpose, there was a small talk, and a conversation about the project 'Health Promotion and Prevention in Urban Neighborhoods'. After the following, it was explained that the sound recording would be deleted after transcription. It was also made clear that the findings are relevant for future interventions on health and social services for residents in neighborhoods, especially in Rahlstedt Großlohe.

4. Once the recording starts, the conversation should be aligning with the interview guideline. Before the guideline was used, the researcher asks a "warm-up" question. For every interview participant it was the same first question which contained in which field the participants work and how long they work there. Due to this question the participants can explain their work and feel comfortable in talking about daily and personal topics.

During the interview the researcher applied the 'Descriptive Bracketing' by Gearing, 2004. The researcher set aside presuppositions to perceive the statements from the interviewees without biases. The researcher bracketed out personal suppositions, such as knowledge, beliefs, values, experiences, as well as external suppositions, such as social values and opinions. The starting point of bracketing was the formation of the open and neutral research questions. It is continued with explaining the study topic to the participants, and the way of conducting the interview. To realize the bracketing for the interview process, a guideline of open and neutral questions for the

interview has been developed. It supported not asking questions related to own experiences and ideas which would have influenced the participant and the results. The researcher concentrated on going deeper into topics the participants already mentioned. Furthermore, the researcher tried to be friendly, appreciating but also neutral during the contact with the participants and the interviews through not giving influencing comments on reports. Furthermore, bracketing was present during the data management and analysis. In writing the results, it was realized by using a descriptive approach with quotations of the study participants (Gearing, 2004, pp. 7-9, 11-13, 15).

5. The recording was terminated, and an informal final conversation followed.

6. The researcher expressed appreciation and announced the availability for further questions. It was explained that after the transcription, the participant can validate his or her statements. To achieve this, the participant received the transcript and checked whether statements are understandable and correct.

7. The researcher took notes of the date and time of the interview.

5.2.2 Sampling and target group

The interviewees participated in the interview voluntarily and with prior consent. For this type of study, a *criterion sampling* was suitable. The criteria were: people who are directly in contact with the neighborhood Rahlstedt Großlohe and their residents, working in a low-threshold way in the area of health, education and social services and have knowledge about mental health and the situation of adult residents in the neighborhood Rahlstedt Großlohe (Creswell, 2013, pp. 155-156). The actual choice of the interview participants was conducted with *convenience sampling* of easily accessible institutions and persons. In order to provide a broad and general view of mental health promotion and needs in the neighborhood, the researcher collected information about relevant institutions in the area and conducted an interview with one leading person and/ or a person with a special knowledge in the institution. In total, seven interviews with seven different people were conducted. After the interview, the researcher received useful information about other relevant stakeholders that can be contacted for an interview. Therefore, the researcher also used information from interviewees to find relevant persons. The seven persons who were interviewed are working in the institutions which can be seen in table 4.

Table 4: Interviewed institutions

| Pseudonym of participant | Institution | Address |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Participant1 | Evangelical Lutheran Church/ Christophorus parish hall | Großlohering 49, 22143 Hamburg |
| Participant2 | Neighborhood Meeting Place “Treffpunkt Großlohe” | Stapelfelder Straße 108, 22143 Hamburg |
| Participant3 | Women and Girl’s Meeting Place “Frauen- und Mädchentreff Großlohe” | Mehlandsredder 9h, 22143 Hamburg |
| Participant4 | Educational and family support Rahlstedt “Erziehungshilfe e.V.” | Schöneberger Straße 50, 22149 Hamburg |
| Participant5 | “f & w fördern und wohnen AöR, Wohnunterkunft in Großlohe”, which is a residential complex for people with a need for housing and support | Großlohering 54 a, 22143 Hamburg |
| Participant6 | “KiFaZ Großlohe/ Internationaler Bund”, which is the child and family centre in the neighborhood | Hoffmannstieg 3, 22143 Hamburg |
| Participant7 | “Streetlife e.V. – Straßensozialarbeit Rahlstedt”, which do street work for children, youth and young adults inter alia in Großlohe | Rahlstedter Bahnhofstraße 7, 22143 Hamburg |

5.2.3 Analysis and guideline structure

The analysis was carried out with the help of the qualitative content analysis according to Philipp Mayring. The aim of the content analysis is to capture relevant individual factors from existing material and to construct associations (Mayring, 2015, p. 22). For this, a systematic approach to qualitative content analysis is essential. According to Mayring, there are three basic forms for interpreting the material: summarization, explication and structuring (Mayring, 2015, pp. 67-68).

The summarization reduces the text material. For this purpose, the data material was para-phrased and irrelevant text passages and use of exuberant words are deleted. In addition, grammatical correct sentences were considered and a uniform, harmonious language was created. The names of the participants were anonymized, as well as names mentioned in the interview.

A content analysis requires the creation of a structure, which means that categories are formed to assign text components from the material (Mayring, 2015, pp. 97-100). At first, the recorded audio tapes were transcribed. Thereby, each word was written in exact wording. Afterwards, the grammar was corrected as follows:

Sounds such as “Em” and repetitive words were deleted, if they do not have any further meaning; short versions like “n”, “ne”, “nem”, “son”, “hab”, “wär” etc. were written out.

The revised transcripts are shown in appendix C. The written data was organized in computer files, copy and pasted into the software MAXQDA 2018 and re-evaluated by the researcher. The researcher classified the data of the single interviews and organized them into codes (Creswell, 2013, pp. 182-184). After this, categories and themes with content units were developed. The categories were split into precise categories and sub-categories. Descriptions of codes were prepared and organized into themes to present broad units of information and aggregate the codes to present a common idea. Significant phrases were extracted for quotes. The results are summarized in themes in chapter 6 (Creswell, 2013, pp. 185-187). The results of the warm-up questions are not presented because they do not answer the research questions.

A validation of the transcripts was undertaken with the study participants. The transcripts were sent to the participants via E-Mail and were invited to analyze if the researcher understood their topics and answers.

The interview questions were divided into two themes. The themes are:

- Interventions to promote mental health
- Needs to promote mental health

The researcher chose five open interview questions. Additionally, the researcher asked further questions when the interviewee told something that seemed enriching for the data collection.

Interventions to promote mental health

1. What interventions to promote mental health are available to the adult residents of the neighborhood Rahlstedt Großlohe?

1a. Which groups of persons (for example young adults, single parents, elderly people, people with a migrant background, refugees) are particularly targeted by these interventions?

1b. How are these interventions accepted by the target groups?

1c. What exactly do these interventions involve?

Needs to promote mental health

2. What improvements and needs do you see in terms of promoting mental health of the residents?

6 Results

In this chapter, the results are presented. In the following section the results of the statistical analyses are presented. Section 6.2 contains the results of the interviews.

6.1 Results of the statistical analysis

In this chapter, the results of the statistical analyses are presented. At first, descriptive analyses are shown, and metric variables are tested with the Kolmogorov-Smirnov test for normal distribution. Afterwards, the bivariate relationships between the variables are presented. Finally, the results of the multiple regression analysis including the results of the conditions, that must be fulfilled, are shown.

6.1.1 Sample description

The sample contains 808 participants of which 456 participants are female (56.4%), which is the highest stated response category, and 346 are male (42.8%). Moreover, six participants (0.7%) have a missing value. Figure 3 shows the valid percent of gender.

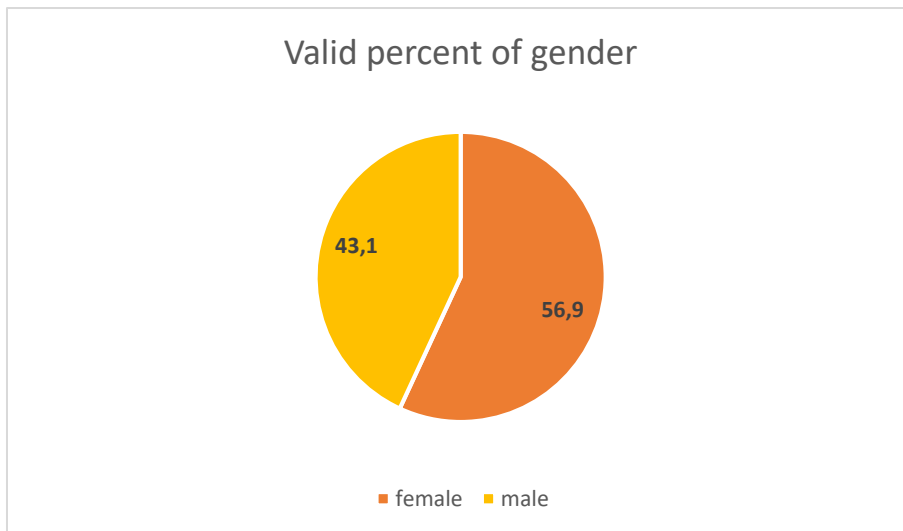


Figure 3: Valid percent of gender

476 participants (58.9%) do not have a migration background, which is the highest stated response category, and 288 (35.6%) do have a migration background. Moreover, 44 participants (5.4%) have a missing value. The following figure 4 shows the valid percent of migration background.

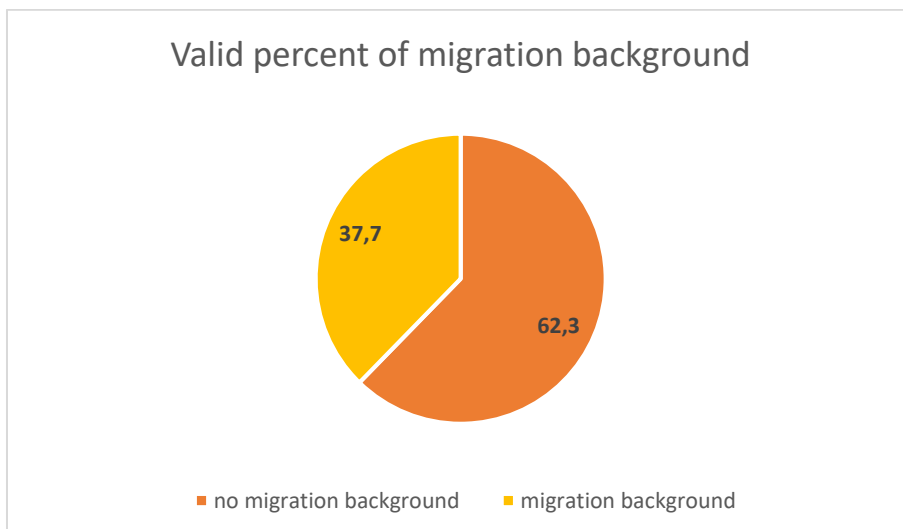


Figure 4: Valid percent of migration background

441 participants (54.6%) state to be non-smokers, which is the highest stated response category, and 247 (30.6%) said to be smokers. Moreover, 120 (14.9%) have a missing value. Figure 5 shows the valid percent of smoking.

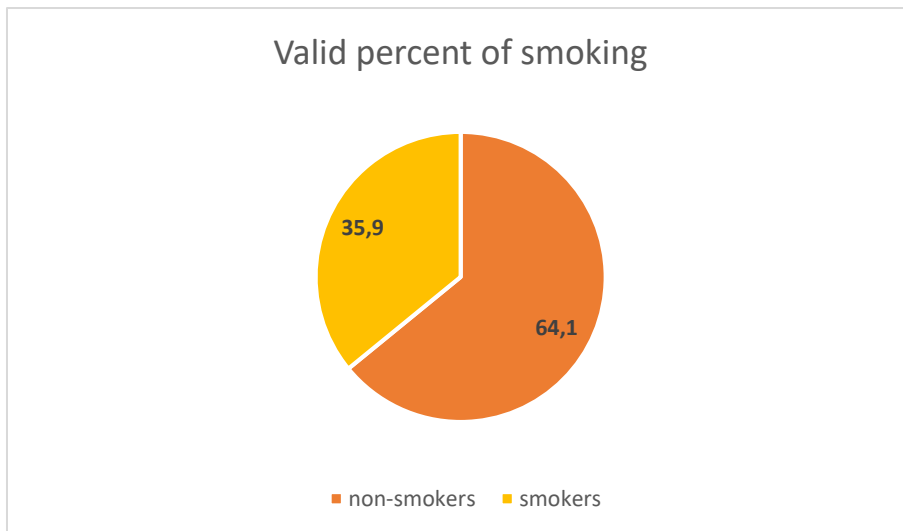


Figure 5: Valid percent of smoking

440 participants (54.5%) state that they did not have a non-communicable disease in the last 12 months, which is the highest stated response category, and 283 (35%) said that they had at least one non-communicable disease in the last 12 months. Moreover, 85 participants (10.5%) did not give an answer. The figure 6 shows the valid percent of NCD.

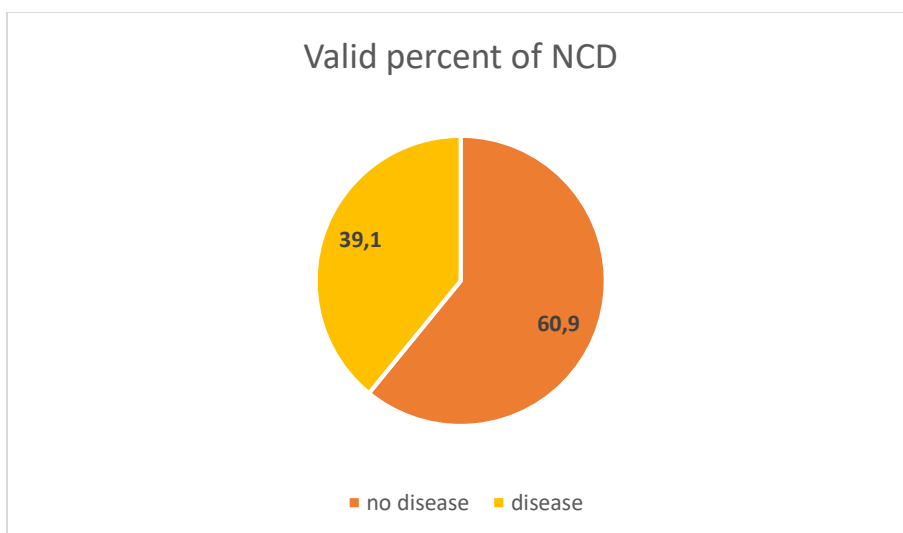


Figure 6: Valid percent of NCD

602 participants (74.5%) said that they do not feel insecure due to criminality in the living environment, which is the highest stated response category, and 162 (20%) state that they do feel insecure. Moreover, 44 participants (5.4%) did not give an answer. The figure 7 shows the valid percent of insecurity due to criminality.

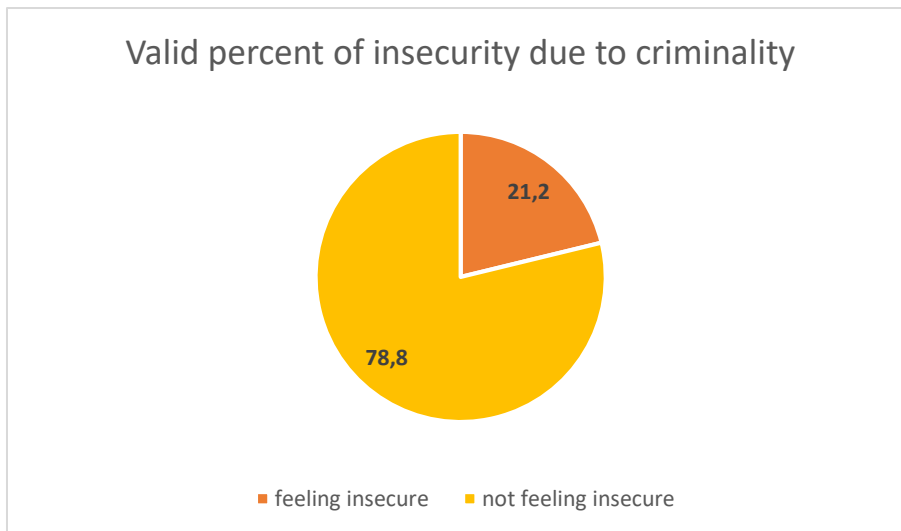


Figure 7: Valid percent of insecurity due to criminality

Table 5 shows that 90 participants (11.1%) are from the neighborhood in Wilhelmsburg, and 149 participants (18.4%) are from the neighborhood in Rahlstedt, both have a very low social status index. Therefore, 239 participants are from a neighborhood with a very low social status index. Furthermore, 126 participants (15.6%) are from the neighborhood in Lohbrügge and 142 participants (17.6%) are from the neighborhood Hamm, both have a low social status index. Therefore, 268 participants are from a neighborhood with a low social status index. The highest percentage of participants are 151 (18.7%) coming from the neighborhood in Stellingen which has a moderate social status index. Furthermore, 150 participants (18.6%) are from the neighborhood in Sasel which has a high social status index.

Table 5: Frequencies of the neighborhoods with status indices

| NEIGHBORHOOD | STATUS INDEX | N | % |
|---------------------|--------------|-----|------|
| WILHELMSBURG | very low | 90 | 11.1 |
| RAHLSTEDT | very low | 149 | 18.4 |
| LOHBRÜGGE | low | 126 | 15.6 |
| HAMM | low | 142 | 17.6 |
| STELLINGEN | moderate | 151 | 18.7 |
| SASEL | high | 150 | 18.6 |

77 participants (9.5%) have a monthly net household income of less than €1,000 and 85 participants (10.5%) have a monthly net household income of €1,000 or below €1,500 which is the 25% percentile. 64 participants (7.9%) have a monthly net household income of €1,500 or below €2,000 and 60 participants (7.4%) have a monthly net household income of €2,000 or below €2,500 which is the median category. 57 participants (7.1%) have a monthly net household income of €2,500 or below €3,000 and 67 participants (8.3%) have a monthly net household income of €3,000 or below €3,500 which is the 75% percentile. 135 participants (16.7%) have a monthly net household income of €3,500 or more which is the highest stated response category. However, 263 participants (32.5%) did not give an answer to their income. Figure 8 shows the valid percent of the monthly net household income.

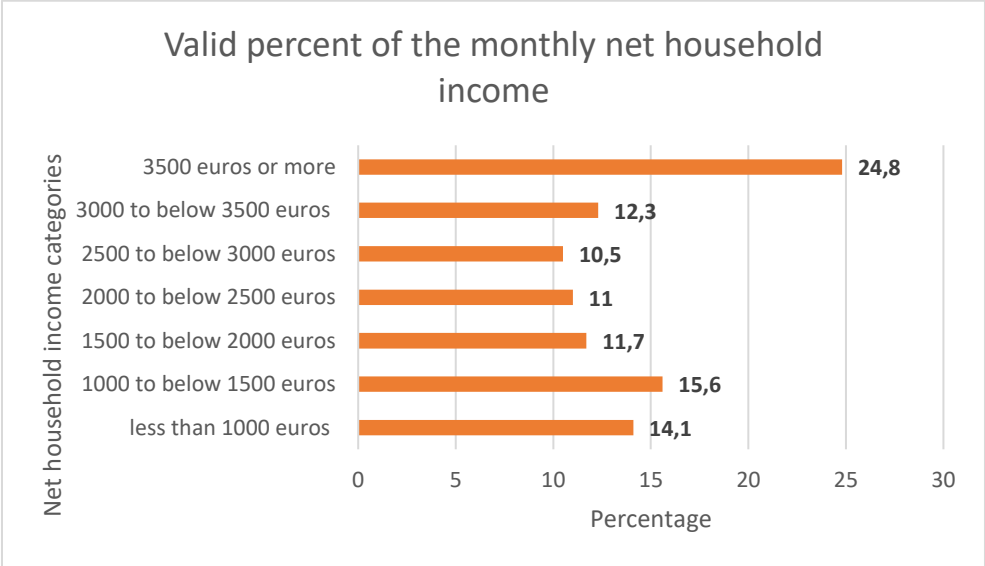


Figure 8: Valid percent of the monthly net household income

203 participants (25.1%) state that they do not take up sport which is the highest stated response category and is the 25% percentile. 88 participants (10.9%) said that they do sport less than 1 hour per week and 191 participants (23.6%) said that they do sport regularly 1-2 hours per week which is the median category. 131 participants (16.2%) state to do sport regularly 2-4 hours per week which is the 75% percentile. 93 participants (11.5%) said to do sport regularly more than 4 hours per week. Therefore, 503 participants (62.2%) do sport. Moreover, 102 participants (12.6%) have missing values. Figure 9 shows the valid percent of doing sport.

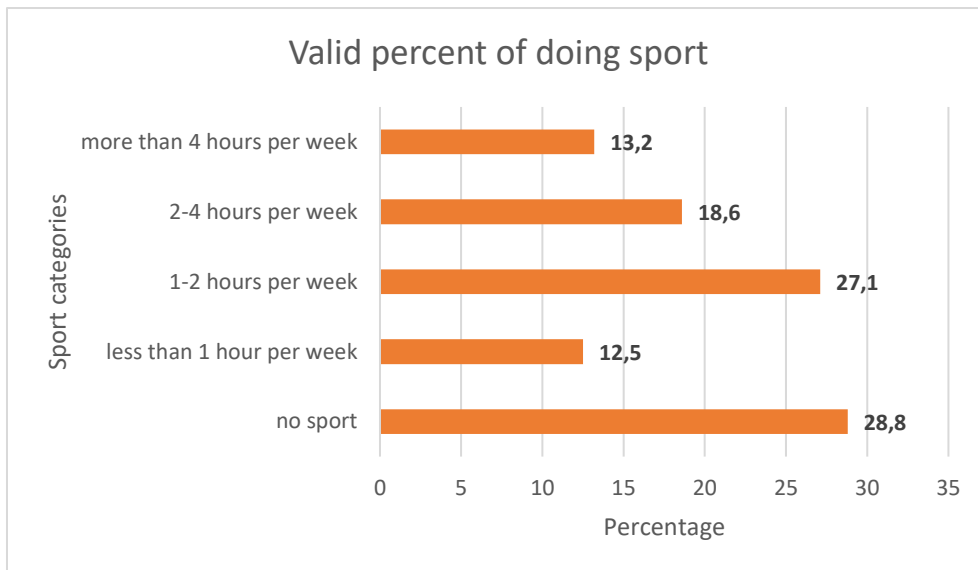


Figure 9: Valid percent of doing sport

135 participants (16.7%) said to have a very good and 373 (46.2%) said to have a fairly good sleep quality during the last four weeks which is the highest stated response category, the 25% percentile and the median category. 203 participants (25.1%) state to have a fairly bad sleep quality which is the 75% percentile and 65 (8%) state to have a very bad sleep quality during the last four weeks. Therefore, 508 participants (62.9%) have a good sleep quality and 268 (33.1%) a bad sleep quality. Moreover, 32 participants (4.0%) did not give an answer. Figure 10 shows the valid percent of sleep quality.

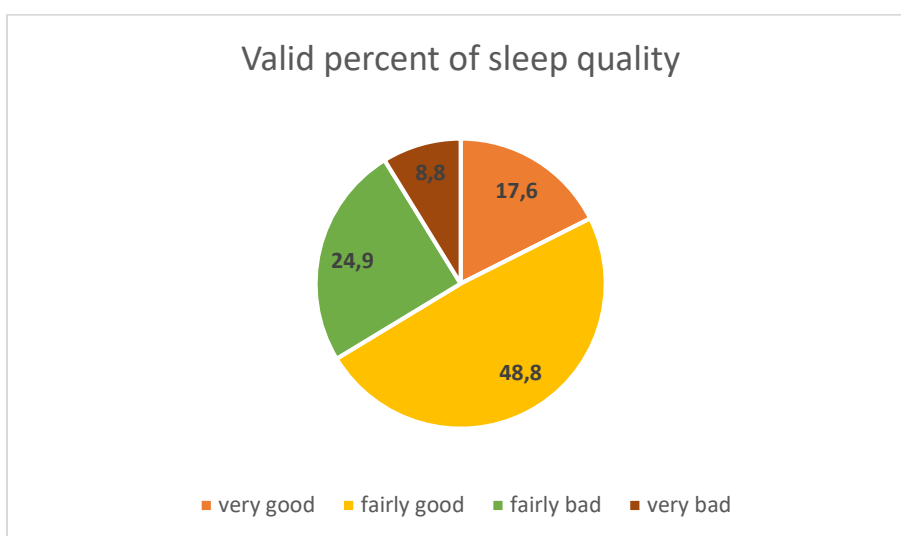


Figure 10: Valid percent of sleep quality

89 participants (11.0%) said it does not apply and 180 (22.3%) said it does rather not apply that they live in a quiet environment which is the 25% percentile. 266 participants (32.7%) state it does rather apply that they live in a quiet environment which is the highest stated response category and the median category and 264 participants (32.7%) state it does apply that they live in a quiet environment which is the 75% percentile. Therefore, 269 participants (33.3%) are the opinion that they do not live in a quiet environment and 530 (65,4%) gave the answer that they do live in a quiet environment. Moreover, 9 participants (1.1%) did not give an answer. Figure 11 shows the valid percent of living in a quiet environment.

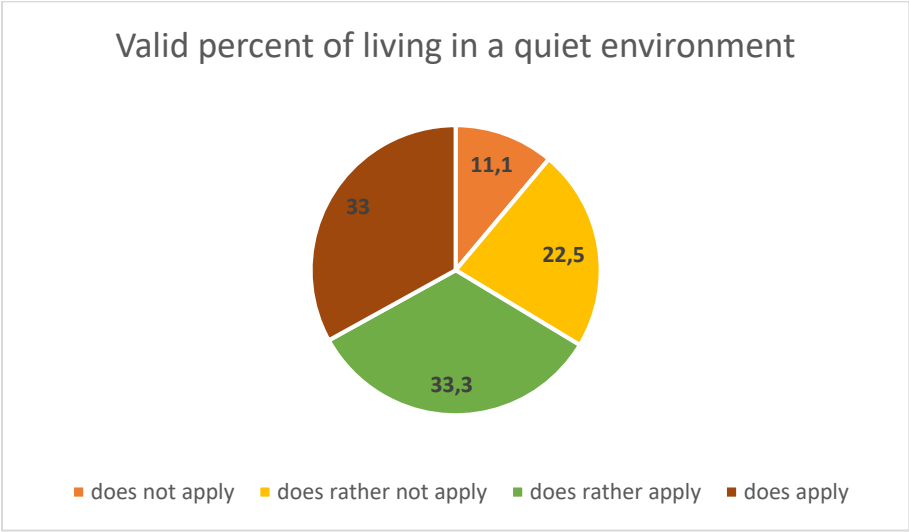


Figure 11: Valid percent of living in a quiet environment

550 participants (68.1%) answered it does apply that they have a good access to green areas and playgrounds which is the highest stated response category, the 25% percentile and the median category. 179 participants (22.2%) said it does rather apply which is the 75% percentile. 53 participants (6.6%) said it does rather not apply that they have a good access to green areas and playgrounds and 16 (2%) said it does not apply. Therefore, 729 participants (90,3%) are the opinion that they have a good access to green areas and playgrounds and 69 (8.6%) are the opinion that they do not have a good access to green areas and playgrounds. Moreover, 10 participants (1.2%) did not give an answer. Figure 12 shows the valid percent of having a good access to green areas and playgrounds.

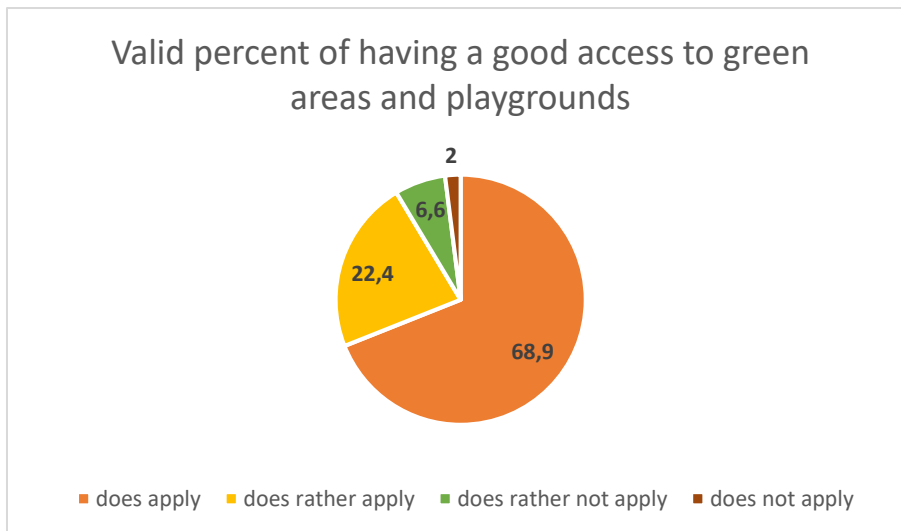


Figure 12: Valid percent of having a good access to green areas and playgrounds

Table 6 gives an overview about the relevant values of the metric variables. The mean Mental Health score is rounded $\bar{x}=49.65$ with a standard deviation of $SD=9.97$. The range of the score is 12.17 to 68.87. The mean amount of chronic diseases is rounded to $\bar{x}=0.67$ with a standard deviation of 1.01 and a range of 0 to 5 diseases. The mean age is $\bar{x}=46.69$ with a standard deviation of 16.92 and a range of 15 to 96 years. The mean Resilience score is $\bar{x}=29.37$ with a standard deviation of 6.79 and a range of 3 to 40 points. The mean Sense of Community score is $\bar{x}=23.98$ with a standard deviation of 10.94 and a range of 0 to 39 points. Additionally, there are many missing values: 98 in the Resilience score, 379 in the Sense of Community score, 101 in the Mental Health score and 70 in the variable Age.

Table 6: Descriptive statistics of the metric variables

| VARIABLE | MEAN | SE | SD | VAR | MIN | MAX |
|--------------------|-------|------|-------|--------|-------|-------|
| MENTAL HEALTH | 49.65 | 0.37 | 9.97 | 99.42 | 12.17 | 68.87 |
| AGE | 46.69 | 0.62 | 16.92 | 286,27 | 15 | 96 |
| RESILIENCE | 29.37 | 0.25 | 6.79 | 46.05 | 3 | 40 |
| SENSE OF COMMUNITY | 23.98 | 0.53 | 10.94 | 119.74 | 0 | 39 |

Table 7 shows the mean, standard error, standard deviation, variance as well as minimum and maximum of the variable Mental Health split by the neighborhood SES very low, low, moderate and high. It is apparent that the neighborhoods with a very low social status index have a lower mean Mental Health score than neighborhoods with a higher social status index. Furthermore, neighborhoods of low and moderate social status index have a similar mean Mental Health score. More precisely, the neighborhood with a moderate social status index has a slightly lower mean Mental Health score than the neighborhoods with a low social status index. It is also noticeable that the neighborhood with a high social status index has a higher and therefore better mean Mental Health score than the neighborhoods with a lower social status index. It is evident that the high-status neighborhood has a mean Mental Health score above the average Mental Health score of 50. The neighborhoods with a lower social status index have a mean below the average Mental Health score. It is to emphasize that the neighborhoods having a very low social status index have a quite low Mental Health score which is two points below the average.

Table 7: Descriptive statistics of Mental Health split by Neighborhood SES

| NEIGHBORHOOD SES | MEAN | SE | SD | VAR | MIN | MAX |
|-------------------------|-------------|-----------|-----------|------------|------------|------------|
| VERY LOW | 48.02 | 0.74 | 10.68 | 114.114 | 15.58 | 68.83 |
| LOW | 49.48 | 0.65 | 9.80 | 96.131 | 16.39 | 68.60 |
| MODERATE | 49.27 | 0.90 | 10.28 | 105.780 | 12.17 | 68.87 |
| HIGH | 52.63 | 0.68 | 8.16 | 66.646 | 25.83 | 65.01 |

The Kolmogorov-Smirnov test for normal distribution shows significant results in all the five metric variables.

Mental Health: $D(354)=0.127$; $p<0.001$

Age: $D(354)=0,079$; $p<0.001$

Resilience: $D(354)=0.110$; $p<0.001$

Sense of Community: $D(354)=0,102$; $p<0.001$

These results demonstrate that the variables are not normally distributed. The figures 13 to 16 show the histograms of the variables with their distribution.

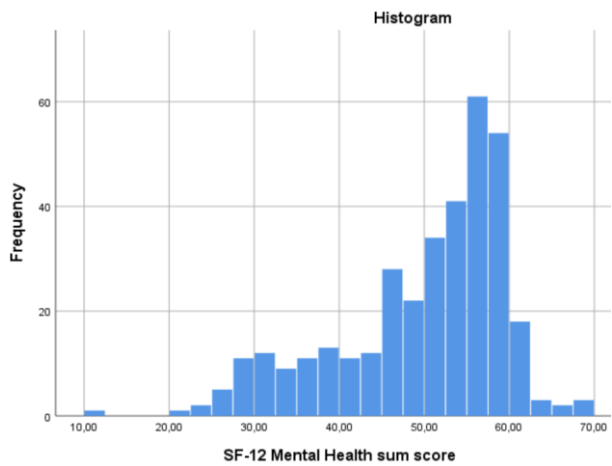


Figure 13: Histogram Mental Health score

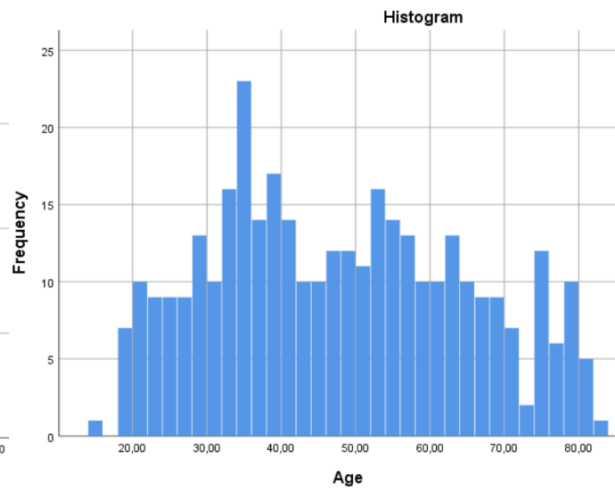


Figure 14: Histogram Age

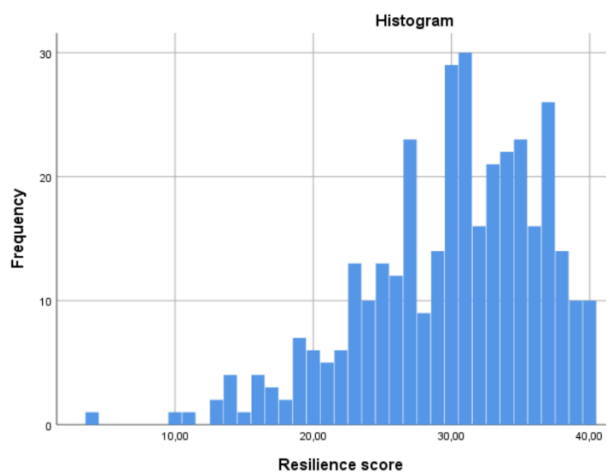


Figure 15: Histogram Resilience score

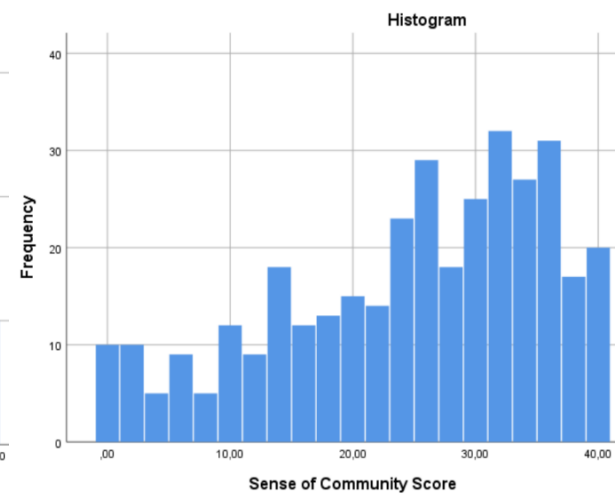


Figure 16: Histogram Sense of Community score

6.1.2 Bivariate analysis

The results of the bivariate analysis are divided into two sections which deal with correlations between the dependent and the independent variables as well as with correlations between the independent variables. The correlation tables show the results.

6.1.2.1 Correlations between the dependent and independent variables

Spearman's ρ is used for the correlations of metric and ordinal variables with the dependent metric variable Mental Health. Table 8 shows that all the variables are significantly associated with Mental Health.

For the variable Resilience one can say that the higher the score the higher the Mental Health score. There is a significant moderate correlation.

For the variable Sense of Community one can say that the higher the score the higher the Mental Health score. There is a significant very weak correlation.

For the variable Age one can say that the higher the age the higher the Mental Health score. There is a significant weak correlation.

For the variable Noisy/ Quiet Environment one can say that the quieter the environment the higher the Mental Health score. There is a significant very weak correlation.

For the variable Access to Green Areas one can say that the less access the lower the Mental Health score. There is a significant very weak correlation.

For the variable Sport one can say that the more hours of sport the higher the Mental Health score. There is a significant very weak correlation.

For the variable Sleep Quality one can say that the worse the sleep quality the lower the Mental Health score. There is a significant weak correlation.

For the variable Income one can say that the higher the income the higher the Mental Health score. There is a significant weak correlation.

For the variable Neighborhood SES one can say that the higher the social status index the higher the Mental Health score. There is a significant very weak correlation.

Table 8: Correlations between the metric/ ordinal variables and Mental Health

| | MENTAL HEALTH | |
|---------------------------------|-------------------------|--------|
| RESILIENCE | Correlation Coefficient | 0.515 |
| | Sig. (2-tailed) | <0.001 |
| | N | 643 |
| SENSE OF COMMUNITY | Correlation Coefficient | 0.126 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.011 |
| | N | 403 |
| AGE | Correlation Coefficient | 0.219 |
| | Sig. (2-tailed) | <0.001 |
| | N | 655 |
| NOISY/ QUIET ENVIRONMENT | Correlation Coefficient | 0.151 |
| | Sig. (2-tailed) | <0.001 |
| | N | 700 |
| ACCESS TO GREEN AREAS | Correlation Coefficient | -0.133 |

| | | |
|-------------------------|-------------------------|--------|
| | Sig. (2-tailed) | <0.001 |
| | N | 699 |
| SPORT | Correlation Coefficient | 0.098 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.013 |
| | N | 631 |
| SLEEP QUALITY | Correlation Coefficient | -0.369 |
| | Sig. (2-tailed) | <0.001 |
| | N | 686 |
| INCOME | Correlation Coefficient | 0.258 |
| | Sig. (2-tailed) | <0.001 |
| | N | 495 |
| NEIGHBORHOOD SES | Correlation Coefficient | 0.141 |
| | Sig. (2-tailed) | <0.001 |
| | N | 707 |

To correlate the dependent variable Mental Health and the dichotomous variables, the point-biserial correlation is used. Table 9 shows that the variables are significantly associated with Mental Health.

For the variable Smoking one can say that non-smokers have a higher Mental Health score compared to smokers. There is a significant very weak correlation.

For the variable NCD one can say that people having at least one non-communicable disease have a lower Mental Health score compared to people without non-communicable disease. There is a significant very weak correlation.

For the variable Migration Background one can say that people with a migration background have a lower Mental Health score compared to people without a migration background. There is a significant very weak correlation.

For the variable Gender one can say that men have a higher Mental Health score compared to women. There is a significant very weak correlation.

For the variable Insecurity due to Criminality one can say that people feeling insecure due to criminality in the living environment have a lower Mental Health score compared to people feeling not insecure. There is a significant very weak correlation.

Table 9: Correlations between the dichotomous variables and Mental Health

| | MENTAL HEALTH | |
|--------------------------------------|----------------------|--------|
| SMOKING | Pearson Correlation | 0.177 |
| | Sig. (2-tailed) | <0.001 |
| | N | 605 |
| NCD | Pearson Correlation | -0.196 |
| | Sig. (2-tailed) | <0.001 |
| | N | 655 |
| MIGRATION BACKGROUND | Pearson Correlation | -0.153 |
| | Sig. (2-tailed) | <0.001 |
| | N | 674 |
| GENDER | Pearson Correlation | 0.080 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.034 |
| | N | 704 |
| INSECURITY DUE TO CRIMINALITY | Pearson Correlation | -0.143 |
| | Sig. (2-tailed) | <0.001 |
| | N | 676 |

6.1.2.2 Correlations between the independent variables

To correlate the metric variables Spearman's ρ is used. Table 10 shows that the variables are significantly associated with Resilience, however very weak correlations are observed. For the variable Sense of Community, it means that the higher the score the higher the resilience score and for the variable Age, it means that the higher the age the higher the resilience score. The variable Age is significantly associated with Sense of Community, however a very weak correlation is observed. For the variable Age, it means that the higher the age the higher the Sense of Community score.

Table 10: Correlations between the metric variables

| | RESILIENCE | |
|---------------------------|-------------------------|--------|
| SENSE OF COMMUNITY | Correlation Coefficient | 0.179 |
| | Sig. (2-tailed) | <0.001 |
| | N | 395 |
| AGE | Correlation Coefficient | 0.172 |
| | Sig. (2-tailed) | <0.001 |

N 659

**SENSE OF
COMMUNITY**

| | | |
|------------|-------------------------|-------|
| AGE | Correlation Coefficient | 0.136 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.007 |
| | N | 401 |

To correlate the ordinal variables also Spearman's ρ is used. Table 11 shows that the variables Access to Green Areas, Sleep Quality, Income and Neighborhood SES are significantly associated with Noisy/ Quiet Environment, however very weak correlations are observed. For the variable Access to Green Areas, it means that the less access to green areas the noisier the living environment. For the variable Sleep Quality, it means that the worse the sleep quality the noisier the living environment. For the variable Income, it means that the higher the income the quieter the living environment. For the variable Neighborhood SES, it means that the higher the social status index of the neighborhood the quieter the living environment.

The variables Sport and Sleep Quality are significantly associated with Access to Green Areas, however very weak correlations are observed. For the variable Sport, it means that the more hours of sport the better the access to green areas in the living environment. For the variable Sleep Quality, it means that the worse the sleep quality the less access to green areas in the living environment.

The variables Sleep Quality, Income and Neighborhood SES are significantly associated with Sport, however very weak correlations are observed. For the variable Sleep Quality, it means that the worse the sleep quality the fewer are the hours of sport. For the variable Income, it means that the higher the income the more hours of sport. For the variable Neighborhood SES, it means that the higher the social status index of the neighborhood the more hours of sport.

The variables Income and Neighborhood SES are significantly associated with Sleep Quality, however very weak correlations are observed. For the variable Income, it means that the higher the income the better the sleep quality. For the variable Neighborhood SES, it means that the higher the social status index of the neighborhood the better the sleep quality.

The variable Neighborhood SES is significantly associated with Income and a weak correlation is observed. It means that the higher the social status index of the neighborhood the higher the income.

Table 11: Correlations between the ordinal variables

| | | NOISY/ QUIET ENVIRONMENT |
|------------------------------|-------------------------|---------------------------------|
| ACCESS TO GREEN AREAS | Correlation Coefficient | -0.081 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.023 |
| | N | 791 |
| SPORT | Correlation Coefficient | 0.070 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.065 |
| | N | 700 |
| SLEEP QUALITY | Correlation Coefficient | -0.084 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.019 |
| | N | 768 |
| INCOME | Correlation Coefficient | 0.177 |
| | Sig. (2-tailed) | <0.001 |
| | N | 540 |
| NEIGHBORHOOD SES | Correlation Coefficient | 0.193 |
| | Sig. (2-tailed) | <0.001 |
| | N | 799 |
| | | ACCESS TO GREEN AREAS |
| SPORT | Correlation Coefficient | -0.077 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.042 |
| | N | 698 |
| SLEEP QUALITY | Correlation Coefficient | 0.077 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.032 |
| | N | 768 |
| INCOME | Correlation Coefficient | 0.012 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.778 |
| | N | 541 |

| | | |
|-------------------------|-------------------------|--------|
| NEIGHBORHOOD SES | Correlation Coefficient | -0.035 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.318 |
| | N | 798 |
| SPORT | | |
| SLEEP QUALITY | Correlation Coefficient | -0.151 |
| | Sig. (2-tailed) | <0.001 |
| | N | 690 |
| INCOME | Correlation Coefficient | 0.138 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.002 |
| | N | 503 |
| NEIGHBORHOOD SES | Correlation Coefficient | 0.141 |
| | Sig. (2-tailed) | <0.001 |
| | N | 706 |
| SLEEP QUALITY | | |
| INCOME | Correlation Coefficient | -0.169 |
| | Sig. (2-tailed) | <0.001 |
| | N | 533 |
| NEIGHBORHOOD SES | Correlation Coefficient | -0.075 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.037 |
| | N | 776 |
| INCOME | | |
| NEIGHBORHOOD SES | Correlation Coefficient | 0.382 |
| | Sig. (2-tailed) | <0.001 |
| | N | 545 |

To correlate the dichotomous variables the φ -coefficient is used. The correlation of Migration Background with Smoking is positively very weak, but it is not significant ($\varphi=0.073$; $p=0.061$). The correlation between Migration Background and Gender is negatively very weak, but it is not significant ($\varphi=-0.039$; $p=0.278$). The variables Migration Background and Insecurity due to Criminality have a significant positive correlation, but it is very weak ($\varphi=0.085$; $p=0.022$). This means that people with a

migration background feel insecure due to criminality in the living environment in comparison to people without migration background. The variables Migration Background and NCD have a negative correlation, but it is very weak, and it is not significant ($\varphi=-0.059$; $p=0.121$).

The variables Smoking and Gender have a significant negative correlation, but it is very weak ($\varphi=-0.117$; $p=0.002$). This means that non-smokers have a female gender than a male gender. The variables Smoking and NCD have a negative correlation, but it is very weak, and it is not significant ($\varphi=-0.066$; $p=0.101$). The variables Smoking and Insecurity due to Criminality have a negative correlation, but it is very weak, and it is not significant ($\varphi=-0.056$; $p=0.154$).

The variables Gender and Insecurity due to Criminality have a significant negative correlation, but it is very weak ($\varphi=-0.091$; $p=0.012$). This means that men have less insecurities due to a criminal living environment than women. The variables Gender and NCD have a negative correlation, but it is very weak, and it is not significant ($\varphi=-0.039$; $p=0.291$).

To investigate a relationship between the metric and ordinal variables Spearman's ρ is used. Table 12 shows that the variables are significantly associated with Resilience, however very weak to weak correlations are observed. For the variable Noisy/ Quiet Environment, it means that the quieter the living environment the higher the Resilience score. For the variable Access to Green Areas, it means that the less access to green areas the lower the Resilience score. For the variable Sport, it means that the more hours of sport the higher the Resilience score. For the variable Sleep Quality, it means that the worse the sleep quality the lower the Resilience score. For the variable Income, it means that the higher the income the higher the Resilience score. For the variable Neighborhood SES, it means that the higher the social status index of the neighborhood the higher the Resilience score.

The variables Noisy/ Quiet Environment, Access to Green Areas, Income and Neighborhood SES are significantly associated with Sense of Community, however very weak correlations are observed. For the variable Noisy/ Quiet Environment, it means that the quieter the living environment the higher the Sense of Community score. For the variable Access to Green Areas, it means that the less access to green areas the lower the Sense of Community score. For the variable Income, it means that the higher the income the higher the Sense of Community score. For the variable

Neighborhood SES, it means that the higher the social status index of the neighborhood the higher the Sense of Community score.

The variables Noisy/ Quiet Environment, Sport and Neighborhood SES are significantly associated with Age, however very weak correlations are observed. For the variable Noisy/ Quiet Environment, it means that the quieter the living environment the higher the age. For the variable Sport, it means that the more hours of sport the younger the age of the people. For the variable Neighborhood SES, it means that the higher the social status index of the neighborhood the higher the age of the people.

Table 12: Correlations between the metric and ordinal variables

| | | | RESILIENCE |
|---------------------------------|-------------------------|--|---------------------------|
| NOISY/ QUIET ENVIRONMENT | Correlation Coefficient | | 0.153 |
| | Sig. (2-tailed) | | <0.001 |
| | N | | 704 |
| ACCESS TO GREEN AREAS | Correlation Coefficient | | -0.121 |
| | Sig. (2-tailed) | | 0.001 |
| | N | | 703 |
| SPORT | Correlation Coefficient | | 0.192 |
| | Sig. (2-tailed) | | <0.001 |
| | N | | 635 |
| SLEEP QUALITY | Correlation Coefficient | | -0.267 |
| | Sig. (2-tailed) | | <0.001 |
| | N | | 690 |
| INCOME | Correlation Coefficient | | 0.289 |
| | Sig. (2-tailed) | | <0.001 |
| | N | | 501 |
| NEIGHBORHOOD SES | Correlation Coefficient | | 0.189 |
| | Sig. (2-tailed) | | <0.001 |
| | N | | 710 |
| | | | SENSE OF COMMUNITY |
| NOISY/ QUIET ENVIRONMENT | Correlation Coefficient | | 0.200 |
| | Sig. (2-tailed) | | <0.001 |

| | | |
|------------------------------|-------------------------|--------|
| | N | 425 |
| ACCESS TO GREEN AREAS | Correlation Coefficient | -0.095 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.049 |
| | N | 427 |
| SPORT | Correlation Coefficient | 0.042 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.404 |
| | N | 391 |
| SLEEP QUALITY | Correlation Coefficient | -0.074 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.131 |
| | N | 420 |
| INCOME | Correlation Coefficient | 0.145 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.010 |
| | N | 316 |
| NEIGHBORHOOD SES | Correlation Coefficient | 0.158 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.001 |
| | N | 429 |

AGE

| | | |
|---------------------------------|-------------------------|--------|
| NOISY/ QUIET ENVIRONMENT | Correlation Coefficient | 0.150 |
| | Sig. (2-tailed) | <0.001 |
| | N | 732 |
| ACCESS TO GREEN AREAS | Correlation Coefficient | -0.010 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.789 |
| | N | 731 |
| SPORT | Correlation Coefficient | -0.130 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.001 |
| | N | 660 |
| SLEEP QUALITY | Correlation Coefficient | -0.017 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.654 |
| | N | 718 |
| INCOME | Correlation Coefficient | 0.030 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.485 |
| | N | 528 |
| NEIGHBORHOOD SES | Correlation Coefficient | 0.169 |

| | |
|-----------------|--------|
| Sig. (2-tailed) | <0.001 |
| N | 738 |

To investigate a relationship between the metric and dichotomous variables the point-biserial correlation is used. Table 13 shows that the variables NCD, Migration Background, Gender and Insecurity due to Criminality are significantly associated with Resilience, however very weak correlations are observed. For the variable NCD, it means that with having at least one non-communicable disease the Resilience score is lower. For the variable Migration Background, it means that with having a migration background the Resilience score is lower. For the variable Gender, it means that men have a higher Resilience score than women. For the variable Insecurity due to Criminality, it means that with feeling insecurity due to criminality in the living environment the Resilience score is lower.

None of the variables are significantly associated with Sense of Community but the variables NCD and Migration Background are significantly associated with Age and weak correlations are observed. For the variable NCD, it means that with having at least one non-communicable disease the age is higher. For the variable Migration Background, it means that with having a migration background the age is younger.

Table 13: Correlations between the metric and dichotomous variables

| | RESILIENCE | |
|-----------------------------|---------------------|--------|
| SMOKING | Pearson Correlation | 0.022 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.590 |
| | N | 610 |
| NCD | Pearson Correlation | -0.168 |
| | Sig. (2-tailed) | <0.001 |
| | N | 645 |
| MIGRATION BACKGROUND | Pearson Correlation | -0.181 |
| | Sig. (2-tailed) | <0.001 |
| | N | 684 |
| GENDER | Pearson Correlation | 0.105 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.005 |
| | N | 708 |
| | Pearson Correlation | -0.127 |

| | | |
|------------------------------------------|-----------------|-------|
| INSECURITY DUE TO CRIMINALITY | Sig. (2-tailed) | 0.001 |
| | N | 680 |

**SENSE OF
COMMUNITY**

| | | |
|------------------------------------------|---------------------|--------|
| SMOKING | Pearson Correlation | 0.022 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.668 |
| | N | 368 |
| NCD | Pearson Correlation | -0.016 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.754 |
| | N | 390 |
| MIGRATION BACKGROUND | Pearson Correlation | -0.037 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.459 |
| | N | 410 |
| GENDER | Pearson Correlation | -0.038 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.434 |
| | N | 426 |
| INSECURITY DUE TO CRIMINALITY | Pearson Correlation | -0.087 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.077 |
| | N | 413 |

AGE

| | | |
|-----------------------------|---------------------|--------|
| SMOKING | Pearson Correlation | 0.027 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.503 |
| | N | 630 |
| NCD | Pearson Correlation | 0.292 |
| | Sig. (2-tailed) | <0.001 |
| | N | 678 |
| MIGRATION BACKGROUND | Pearson Correlation | -0.336 |
| | Sig. (2-tailed) | <0.001 |
| | N | 724 |
| GENDER | Pearson Correlation | -0.014 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.697 |

| | | |
|------------------------------------------|---------------------|--------|
| INSECURITY DUE TO CRIMINALITY | N | 734 |
| | Pearson Correlation | -0.022 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.560 |
| | N | 701 |

To investigate a relationship between the ordinal and dichotomous variables a rank-biserial correlation is adequate which is done with Spearman's ρ . Table 14 shows that the variables Sport, Income and Neighborhood SES are significantly associated with Smoking, however very weak to weak correlations are observed. For the variable Sport, it means that non-smokers do more hours of sport. For the variable Income, it means that non-smokers report a higher net household income. For the variable Neighborhood SES, it means that non-smokers live in a neighborhood with a higher social status index.

The variables Noisy/ Quiet Environment, Income and Neighborhood SES are significantly associated with Migration Background, however very weak to weak correlations are observed. For the variable Noisy/ Quiet Environment, it means that people without migration background live in quieter living environments. For the variable Income, it means that people without migration background report a higher net household income. For the variable Neighborhood SES, it means that people without migration background live in neighborhoods with a higher social status index. The variables Sport, Sleep Quality and Income are significantly associated with Gender, however very weak correlations are observed. For the variable Sport, it means that men do more hours of sport than women. For the variable Sleep Quality, it means that women have a worse sleep quality than men. For the variable Income, it means that men report a higher net household income than women.

The variables are significantly associated with Insecurity due to Criminality, however very weak to weak correlations are observed. For the variable Noisy/ Quiet Environment, it means that people who feel secure due to criminality in the living environment live in a quieter living environment. For the variable Access to Green Areas, it means that people who feel insecure due to criminality in the living environment have less access to green areas. For the variable Sport, it means that people who feel secure due to criminality in the living environment do more hours of sport. For the variable Sleep Quality, it means that people who feel insecure due to criminality in the living environment have a worse sleep quality. For the variable

Income, it means that people who feel secure due to criminality in the living environment report a higher net household income. For the variable Neighborhood SES, it means that people who feel secure due to criminality in the living environment live in neighborhoods with higher social status index.

The variables Sport, Sleep Quality, Income and Neighborhood SES are significantly associated with NCD, however very weak correlations are observed. For the variable Sport, it means that people having at least one non-communicable disease do less hours of sport. For the variable Sleep Quality, it means that people having at least one non-communicable disease have a worse sleep quality. For the variable Income, it means that people having at least one non-communicable disease report a lower net household income. For the variable Neighborhood SES, it means that people having at least one non-communicable disease live in neighborhoods with lower social status index.

Table 14: Correlations between the ordinal and dichotomous variables

| | SMOKING | |
|---------------------------------|-------------------------|--------|
| NOISY/ QUIET ENVIRONMENT | Correlation Coefficient | 0.013 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.744 |
| | N | 682 |
| ACCESS TO GREEN AREAS | Correlation Coefficient | -0.040 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.301 |
| | N | 682 |
| SPORT | Correlation Coefficient | 0.143 |
| | Sig. (2-tailed) | <0.001 |
| | N | 606 |
| SLEEP QUALITY | Correlation Coefficient | -0.044 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.256 |
| | N | 666 |
| INCOME | Correlation Coefficient | 0.209 |
| | Sig. (2-tailed) | <0.001 |
| | N | 465 |
| NEIGHBORHOOD SES | Correlation Coefficient | 0.109 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.004 |
| | N | 688 |

**MIGRATION
BACKGROUND**

| | | |
|---------------------------------|-------------------------|--------|
| NOISY/ QUIET ENVIRONMENT | Correlation Coefficient | -0.110 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.002 |
| | N | 757 |
| ACCESS TO GREEN AREAS | Correlation Coefficient | 0.010 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.788 |
| | N | 756 |
| SPORT | Correlation Coefficient | -0.026 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.505 |
| | N | 683 |
| SLEEP QUALITY | Correlation Coefficient | 0.018 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.618 |
| | N | 739 |
| INCOME | Correlation Coefficient | -0.166 |
| | Sig. (2-tailed) | <0.001 |
| | N | 538 |
| NEIGHBORHOOD SES | Correlation Coefficient | -0.223 |
| | Sig. (2-tailed) | <0.001 |
| | N | 764 |

GENDER

| | | |
|---------------------------------|-------------------------|--------|
| NOISY/ QUIET ENVIRONMENT | Correlation Coefficient | -0.002 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.963 |
| | N | 794 |
| ACCESS TO GREEN AREAS | Correlation Coefficient | 0.045 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.205 |
| | N | 793 |
| SPORT | Correlation Coefficient | 0.127 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.001 |
| | N | 703 |
| SLEEP QUALITY | Correlation Coefficient | -0.122 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.001 |
| | N | 773 |

| | | |
|-------------------------|-------------------------|-------|
| INCOME | Correlation Coefficient | 0.086 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.046 |
| | N | 542 |
| NEIGHBORHOOD SES | Correlation Coefficient | 0.038 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.284 |
| | N | 802 |

INSECURITY DUE TO CRIMINALITY

| | | |
|---------------------------------|-------------------------|--------|
| NOISY/ QUIET ENVIRONMENT | Correlation Coefficient | -0.247 |
| | Sig. (2-tailed) | <0.001 |
| | N | 757 |
| ACCESS TO GREEN AREAS | Correlation Coefficient | 0.123 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.001 |
| | N | 755 |
| SPORT | Correlation Coefficient | -0.133 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.003 |
| | N | 675 |
| SLEEP QUALITY | Correlation Coefficient | 0.077 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.036 |
| | N | 740 |
| INCOME | Correlation Coefficient | -0.186 |
| | Sig. (2-tailed) | <0.001 |
| | N | 521 |
| NEIGHBORHOOD SES | Correlation Coefficient | -0.374 |
| | Sig. (2-tailed) | <0.001 |
| | N | 764 |

NCD

| | | |
|---------------------------------|-------------------------|--------|
| NOISY/ QUIET ENVIRONMENT | Correlation Coefficient | -0.054 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.148 |
| | N | 716 |
| ACCESS TO GREEN AREAS | Correlation Coefficient | 0.011 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.759 |

| | | |
|-------------------------|-------------------------|--------|
| | N | 716 |
| SPORT | Correlation Coefficient | -0.147 |
| | Sig. (2-tailed) | <0.001 |
| | N | 645 |
| SLEEP QUALITY | Correlation Coefficient | 0.145 |
| | Sig. (2-tailed) | <0.001 |
| | N | 697 |
| INCOME | Correlation Coefficient | -0.175 |
| | Sig. (2-tailed) | <0.001 |
| | N | 505 |
| NEIGHBORHOOD SES | Correlation Coefficient | -0.082 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.027 |
| | N | 723 |

6.1.3 Multiple linear regression analysis

The results of the multiple linear regression analysis are divided into two sections which deal with the conditions of a linear regression as well as with the regression results. The results are described and based on a results table.

6.1.3.1 Conditions

For a linear regression some conditions must be fulfilled, and this can be seen in table 15. In the final model all conditions are fulfilled which is labeled with *Yes*.

Table 15: Condition fulfillment of the multiple linear regression

| Condition | Fulfillment |
|--------------------------------|--------------------|
| Scale measurement | Yes |
| Sample size is big enough | Yes |
| Variance is not zero | Yes |
| Linearity of the relationships | Yes |
| No outliers | Yes |
| No multicollinearity | Yes |
| Homoscedasticity | Yes |
| Absence of autocorrelation | Yes |
| Normal distributed residuals | Yes |

Furthermore, the results of the conditions and of the regression can be seen in appendix D. At first, it was checked if the variables have scale measurement. This condition is fulfilled, nominal and ordinal variables are dummy coded. The scatterplots, which can be seen in appendix D, reveal that there is very weak linearity between the dependent variable Mental Health and the independent variables Sleep Quality, Age, Income, Resilience, Smoking, NCD, Access to Green Areas and Sense of Community. Apart from that, there is no linearity or an extremely low degree of correlation between Mental Health and the variables Gender, Neighborhood SES, Noisy/ Quiet Environment, Sport, Insecurity due to Criminality and Migration Background. Thus, these variables are removed from the regression model, especially because they do not show significant prediction. Therefore, the final regression model consists of eight variables. The investigation of outliers revealed no outliers which seemed to be implausible. The Casewise Diagnostics showed six in total with standardized residuals of 3.639, -3.207, -3.181, -3.319, -3.312 and -3.404 which were expunged from the analysis. The Cook's distance values are not greater than 1 and leverage values do not exceed 0.124 and therefore no problematic outliers exist. The sample size in the regression model with remaining eight variables is 218 and is interpreted as big enough. Nevertheless, there are many missing cases. Furthermore, there should be no multi-collinearity which is fulfilled because the VIF values are below 10 and the tolerance values are high above 0.2. Also, homoscedasticity is fulfilled because the scatterplot between the standardized predicted dependent variable and the standardized residuals is nearly random distributed around the Z-mean 0. There is also absence of auto-correlation which was tested by the Durbin-Watson test which is 2.024 and therefore very close to 2. Additionally, the condition of normal distributed residuals is fulfilled because the respective histogram shows nearly normal distribution and the P-P plot shows that the observed and expected values have very similar values.

6.1.3.2 Regression results

The regression model is significant ($F(8;209) = 24.722; p < 0.001$). The explained variation of the regression model is 0.486 using R^2 and 0.467 using the adjusted R^2 . This means, using the adjusted R^2 , that 46,7% of the variation is explained by the predictors in the model. The effect size is $f^2 = 0.876$ which means a large effect.

Table 16 reveals that not every predictor is significant. Smoking, Income, Sleep Quality, Age and Resilience represent significant predictors of the Mental Health score

when all the other variables in the model are held constant. NCD is almost significant with $p=0.072$. Looking at the unstandardized coefficients B for the significant predictors, one can conclude that non-smokers have an increase of 3.384 points in the Mental Health score compared to smokers. Also, people with a net household income of more than €1,000 per month have an increase of 5.340 points in the Mental Health score compared to people with less than €1,000. Whereas people suffering from a bad sleep quality have a decrease of 5.661 points in the Mental Health score compared to people having a good sleep quality. People with NCD have a decrease of 2,102 points in the Mental Health score compared to people with no NCD what is plausible, but this result slightly exceeds $p=0.05$ and therefore it is not a significant result. Regarding Age, one can say that the older the higher the Mental Health score. The older one is, the higher the Mental Health score by an increase of 0.072 points per year. Furthermore, one can conclude that with one unit increase in the Resilience score there is an increase of 0.570 points in the Mental Health score. Considering Beta, the results show that Resilience ($\beta=0.361$) has the greatest influence on the Mental Health score, followed by Sleep Quality ($\beta=-0.276$), Income ($\beta=0.181$), Smoking ($\beta=0.165$) and Age ($\beta=0.122$). The 95% confidence intervals (CI) for the significant predictors do not show a problem because they do not include 0 and therefore are clearly in a positive or negative direction. For example, non-smokers in this sample have an increase in the Mental Health score of 3.384 points compared to smokers and this value is between the lower and upper bound of the confidence interval which also shows only positive values. Also, the actual value of an increase in the Mental Health score in the population is between 1.344 and 5.425 and this interval is to a 95% probability one of the intervals which include the actual value.

Table 16: Results of the multiple linear regression

| Model | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients | t | Sig. | 95% Confidence Interval for B | |
|------------------------------------------------------|-----------------------------|-------|---------------------------|--------|--------|-------------------------------|-------------|
| | B | SE | Beta | | | Lower Bound | Upper Bound |
| (Constant) | 24.056 | 3.047 | | 7.896 | <0.001 | 18.050 | 30.062 |
| Access to Green Areas; ref.: green access yes | -2.637 | 1.701 | -0.077 | -1.550 | 0.123 | -5.990 | 0.716 |
| Smoking; ref.: smokers | 3.384 | 1.035 | 0.165 | 3.271 | 0.001 | 1.344 | 5.425 |
| Income; ref.: less than €1,000 | 5.340 | 1.520 | 0.181 | 3.513 | 0.001 | 2.343 | 8.337 |
| Sleep Quality; ref.: good sleep quality | -5.661 | 1.091 | -0.276 | -5.191 | <0.001 | -7.811 | -3.511 |
| NCD; ref.: no NCD | -2,102 | 1.162 | -0.099 | -1.809 | 0.072 | -4.393 | -0.189 |
| Resilience | 0.570 | 0.091 | 0.361 | 6.242 | <0.001 | 0.390 | 0.750 |
| Sense of Community | 0.062 | 0.050 | 0.065 | 1.239 | 0.217 | -0.037 | 0.162 |
| Age | 0.072 | 0.033 | 0.122 | 2.217 | 0.028 | 0.008 | 0.136 |

6.2 Results of the interviews

The results have been arranged in categories, sub-categories and themes and are described in this structure. In total 332 codes and two themes were created: *Interventions to promote mental health* with 184 codes and *Needs and improvements to promote mental health* with 148 codes.

Interventions to promote mental health

This theme includes the results to the interview questions 1, 1a, 1b, and 1c. The structure of categories and the number of codes can be seen in figure 17.



| | |
|-----------------------------------------------------------|----|
| ▼ Interventions to promote mental health | 0 |
| ▼ Available activities and services | 12 |
| Cooperation | 26 |
| Trust, engagement and perseverance | 16 |
| Use of activities and services | 14 |
| Importance of voluntary, professional and specialist work | 24 |
| ▼ Institutions | 1 |
| Streetlife e.V. | 7 |
| Educational and family support Rahlstedt | 1 |
| fördern und wohnen - residential complex | 11 |
| Women and Girl's Meeting Place | 11 |
| Neighborhood meeting place | 5 |
| Child and family centre | 13 |
| Evangelical Lutheran Church | 4 |
| ▼ Target groups | 13 |
| Cultural aspects | 14 |
| Gender aspects | 12 |

Figure 17: Category structure of theme 1

Available activities and services

In general, the participants say that Rahlstedt Großlohe has a good supporting infrastructure and many activities and services for people. The services include group meetings, discussion groups, handicraft working groups, individual conversations and help. The activities are based on communication between residents and between residents and social workers which is important for social and mental health. Nevertheless, there are participants saying that they do not know which service directly promotes mental health. Most of the participants know about the therapeutic art project for traumatized women from the Children's and Family Centre in Großlohe which seems to be the only service that directly addresses mental health of the residents.

One participant said that there was the institution ABeSa addressing mental health of adults, but this organization has moved to another place.

“So, generally, I think that Großlohe has a good infrastructure. [...]. So, really many free offers that residents can take advantage of.” (Participant4, 22, 25-26)

“So, there are many offers here in Großlohe. Starting with discussion groups, including, for example, a painting group in the Children’s and Family Centre, where traumatized women are concerned [...]. [...] and there are also direct individual aids [...] and, of course, many groups that are more indirectly part of this area, such as a handicraft working group or the like, where there is a lot of communication or conversations about problems.” [...]. In the exchange against the loneliness of people is already taken precautions and this is of course important for mental health.”
(Participant2, 14-15, 23-26, 78-80)

“So, I have to say, I don’t know anything directly about promoting mental health here in Großlohe. I know there are several facilities here where people can meet, talk and where they can take advantage of offers. Social coexistence is definitely encouraged there.” (Participant1, 22-25)

“I don’t know anything now. I know there is a therapeutic art project from the Children’s and Family Centre in Großlohe. Otherwise there was the institution AbeSa in Großlohe for a long time, but it has moved.” (Participant7, 39-41)

Institutions

The participants work in seven different institutions which care for different groups, have partly different objectives and tasks. In this category, the institutions are presented with their special focus and their tasks, also regarding mental health.

Educational and family support Rahlstedt

This support is based on looking after families with children. The participant also connects families with institutions that support them and their family life.

“I mainly take care of families with babies or pregnant women. [...] so, we visit people at home if they wish, or they can come to our open service. I try to connect with the families I look after. I then tell them where offers are and where they can go with their child.” (Participant4, 13-16, 93-94)

Evangelical Lutheran Church

In the Christophorus parish hall people can have lunch, can find second-hand clothes and there is a group of seniors who meet there regularly to talk, to sew and to do other handicrafts.

“For example, in the church there is also the seniors' meeting place, a sewing place and a clothes depot.” (Participant2, 26-27)

Neighborhood meeting place Großlohe

The neighborhood meeting place is a place where the residents can meet, communicate, learn and where they get help regarding official letters. The approach is often helping people to help themselves. This institution organizes some group activities, such as breakfast or lunch together, a quiz, discussion meetings, computer courses, English courses and handcrafting groups.

“There are quite different offers available here. For mental health, communication also counts [...]. There are very low-threshold offers, such as a shared breakfast and a Pottkieker on Saturday or things like the life café, the meeting café and the quiz café. [...] there are other groups that are also part of it and where common interests are in the foreground. These are then computer courses for the elderly, handicraft working groups, English groups [...].” (Participant2, 37-42)

Streetlife e.V.

This institution does street work in Rahlstedt and has some different low-threshold projects. They have guest apartments for young people who need shelter, help young people to integrate in the labor market, and organize a soccer night in a hall. Furthermore, they offer social and legal advice as well as many different youth culture services that involves creating and organizing with the young people. They are the first line of contact persons for young people having severe problems with their family and debts. Young people find trust and help there and therefore often come back to Streetlife but often the team refers to other institutions, such as debt counselling or psychological help because they don't have a psychologist in their team. The participant said that in the last years they have realized an increase of young clients with mental health problems or illnesses.

“We have different offers. One is traditional street work [...].” (Participant7, 7)

“They find support here because we work very low-threshold and we take people as they are. [...]. So, we don't make therapy offers in that sense, but because people

have a very long stay with us, we have become something like surrogate parents [...]” (Participant7, 59-60, 87-89)

“What we are noticing is that in the last two to three years the number of people with mental illness who visit us, especially from the age of 16, has increased considerably. [...] This is about gender issues, this is insecurity in one's own sexuality, this is about experiences of abuse, about physical and mental violence [...]” (Participant7, 49-51)

Women and Girl's Meeting Place

This institution is a place primary for mothers and children. The mothers receive free and, have the chance of an anonymous information and advice on topics regarding education, child care and everyday matters in family life. They have a strong focus on the health of the children but also care about the mothers. The team also deals with mentally ill mothers or mothers with post-natal depression. They build trust and try to talk with the mothers, but they cannot offer advice or therapy, they must inform other institutions.

“Our services are to support for questions of child care, nutrition and development [...] vaccination advice for the whole family, assistance in everyday matters around the family [...]” (Participant3, 43-46)

“We first look at the child but also have the mother in view.” (Participant3, 107)

“In maternal counselling, we are dealing with mentally ill mothers. However, it is not directly our remit.” (Participant3, 10-11)

Child and family center

The child and family center offers activities for children and families. For adults they offer free social and legal advice, advice for mothers and help with family problems. Through trust, that was built up, the people talk about many different and severe problems. When people come with complex and educational problems, they also have other institutions to which they refer. Therefore, they provide private consultations but also many group activities such as an intercultural breakfast, women breakfast, and self-organized cultural group meetings as well as Alcoholics Anonymous. Furthermore, they have a trauma art project for traumatized women.

“We have the women's breakfast at KiFaZ and the mothers' consultation every Thursday. [...] Then we have self-organized groups [...]. We also have the Alcoholics Anonymous here [...]” (Participant6, 13-14, 17-19)

“Then we attached the trauma art project here. “Showing yourself without language” for traumatized women from the surrounding area with an art therapist who works here once a week. This is divided into a group where the art therapy takes place and also individual sessions are possible [...]” (Participant6, 26-29)

“With the exception of the trauma art project, there is no special mental health counselling here. [...] then the relationship of trust builds up, so that people also say that they are not doing well at home.” (Participant6, 112-115)

Fördern und wohnen - residential complex

The residential complex accommodates refugees and homeless people. The team helps them to maintain their own flat and with other difficulties so that they can support residents independent living. They offer activities for children, youth and adults who live there which include conversations, games, sports and music offers, handicrafts, support with visits to authorities, and family life. Due to a good cooperation with the Child and Family center, they provide some of their offers. They also have a protection concept for women when their partner gets aggressive and can suggest legal assistance inter alia in the case of mental problems and illnesses. Recently, they put together a team of persons caring for families that have found their own flat in the area.

“Each family has their own apartment [...]. We simply offer an environment for them to be able to rest a bit, sort themselves out with support and offers to help and then hopefully come into a normal life [...]” (Participant5, 44-48)

“[...] and we have a protection concept [...]. This is very important because there are also repeated cases of physical violence here.” (Participant5, 198-200)

“Legal assistance also includes health care. The case goes to the district court, so we report it to them, and they then send a judge or, depending on the case, psychologists or psychological assessors [...]” (Participant5, 264-266)

Cooperation

Cooperation is necessary in the line of work of the stakeholders with other organizations and institutions. Due to limited personnel, areas of expertise, time and clearly specified tasks and objectives in institutions, a collaboration with other institutions was formed that further supports and helps provide clients' needs. These networks and activities are important to ensure that the residents achieve support in every field. Nevertheless, some participants said that cooperation and networking of institutions in Großlohe are underdeveloped.

*“We have a wide range of counselling centers and cooperation partners.”
(Participant6, 155-156)*

“They then send them to us immediately or they first go to the Youth Office and the Youth Office, the General Social Service refers to us.” (Participant7, 48-49)

“So, when I notice the mother has more problems, I refer to the institutions [...]. The clinics, pediatricians and gynecologists also know that we exist. We are also widely networked with midwives [...].” (Participant3, 30-31, 54-55).

“There is no real networking. [...]. [...]. But as I imagine cooperation is rather less, there are rather agreements.” (Participant1,135, 139)

“The networking status is rudimentary, [...] very expandable.” (Participant2, 137-138)

Trust, engagement and perseverance

In the work of the stakeholders building trust, engagement and perseverance are key variables in the interaction with the residents. Especially, in sensitive topics such as mental health problems, this requires a specialized team who can communicate with clients effectively and sensitively, with respect and awareness of cultural differences so that clients feel understood and are comfortable to start an alliance. Many participants said that these variables are essential in their work. Nevertheless, there are challenges connected to it when a professional distance to the client becomes difficult to maintain. One participant said that if there is too much trust and closeness, clients stay very long with them although they should be ready to be independent.

“They need an appreciative approach, respect and trust. [...]. [...] if you show people that you are serious about your work here [...], then people appreciate it. You can't do it half-heartedly here.” (Participant4, 69-70, 115-117)

“People here need a lot of trust in the people who work here because they also have diffuse fears.” (Participant6, 200-201)

“[...] and through the relationship work they are still hanging around with us [...]. Nevertheless, they should slowly find their own way.” (Participant7, 202-203)

Use of activities and services

The participants said that the institutions and services they offer are accepted and well attended. Often, clients come back regularly. Especially, the Child and Family Center that is flooded by clients. One participant said that clients often prefer an institution and

that the clients do not visit other activities of other institutions and clients do not “intermix”.

“And this is also very well accepted, so there is a real need for many people here.”
(Participant1, 82-83)

“The KiFaZ is definitely well attended, it is rather overcrowded.” (Participant5, 184)
“[...] it must be said that those who come here usually come back [...].” (Participant7, 58-59)

“I believe that all offers are accepted by certain people. I believe, however, that there is not so much mixing and that every institution has its priorities in mind.”
(Participant4, 65-67)

Importance of voluntary, professional and specialist work

The participants pointed out that voluntary workers on the one side and professional and specialist workers on the other side are important in this field. In their work they also pay attention to responsibilities and limits of these types of work. Voluntary work is often a good support for the work of professionals and can be a first contact for people with problems. Professional work is important because they have the expertise to support and to help the people and have further contacts. Specialists are necessary when special know-how is missing, or the area of responsibility will be exceeded.

“[...] this is a trained psychologist and that makes sense, in my opinion.”
(Participant5, 246)

“We get a lot of work on issues [...] but we are not allowed to provide it. We always must refer to others [...].” (Participant6, 116-117)

“Volunteering complements well and there are also many from the district here. It is certainly possible and useful to train volunteers much more, but you must give them more security. [...]. They are volunteers and they have no responsibility at the moment and that is also important in the role.” (Participant6, 219-222, 224-225)

“In some cases, the threshold for a non-professional institution is sometimes not so high, especially when it comes to mental health problems [...]. [...] sometimes my skills are of course used up very quickly. [...]. These are aids that need to be made [...] by a specialist.” (Participant2, 150-152, 161-162, 176-177)

Target groups

The institutions have a focus on many different groups of people, but it became clear that individual institutions often have a focus on and responsibility for a particular group of people and different groups often do not come together. The target groups are: homeless people and refugees, disadvantaged children, youth and young adults, families, babies and especially mothers, girls and women, older adults and seniors and different cultural groups.

“We also tried to mix things up a little bit through my work, so that a few new people come along. So, not only those who always come there and that also the people from over there, i.e. from Großlohering can also come here and the people from this side can also get over to the other offers.” (Participant4, 34-38)

Gender aspects

In terms of the target groups, in general, the institutions offer less activities for men. Often, the focus is on girls and women. The exception is Streetlife e.V. that clearly addresses both genders in their work. Furthermore, participants noticed that however they address also men and have some offers that generally interest men, a huge amount of the visitors are women.

“Fathers, however, come less, partly because the mothers are often at home and they have the time.” (Participant3, 26-27)

“Men are definitely under-represented in the offerings.” (Participant6, 66)

“Yes, you can say that in general, and I don't know if it's so special for Großlohe, but many offers are used more by women than by men. My guess is that women are simply more communicative and open [...]” (Participant2, 62-64)

“Men can also come to the counselling, but there are no offers for men there.” (Participant1, 43-44)

Cultural aspects

The Children and Women center offers intercultural activities and activities for cultural groups. Additionally, the Women's and Girls meeting place addresses every cultural group and tries to mix those groups, but this is often not easy because some cultural groups do not accept each other or at least a group is hostile towards the other group. This causes social exclusion and mental strains within groups and in individuals.

“For example, there is a common breakfast of women with a migrant background [...] who also want to speak a bit in their native language.” (Participant2, 54-56)

“Regularly, we have people sitting here in front of us who say they don't want to go there anymore. [...]. There are people who said to two Afghan women that they were not allowed to be there.” (Participant6, 82-85)

“Nevertheless, this is not easy because they have several nationalities here and there are sometimes difficulties between the visitors [...].” (Participant1, 144-146)

“Here in Großlohe there are also so-called clans [...] and these clans often stay among themselves and there it is quite difficult to make contact and get in there so to speak.” (Participant4, 70-72)

“Nevertheless, I believe that the number of refugees in the institutions is still very small [...].” (Participant4, 48-49)

Needs and improvements to promote mental health

This theme includes the results to the research question 2. The structure of categories and the number of codes can be seen in figure 18.

| | | |
|---|-------------------------------------------------------------|----|
| ▼ | ☐ Needs and improvements to promote mental health | 3 |
| ▼ | ☐ Living and working environment | 0 |
| | ☐ Employment and proper working conditions | 5 |
| | ☐ Housing | 4 |
| ▼ | ☐ Institutional environment | 0 |
| | ☐ Networking and cooperation | 6 |
| | ☐ Equipment and financial resources | 8 |
| | ☐ Development of civic engagement and professional services | 9 |
| | ☐ Public relations | 5 |
| ▼ | ☐ Health and social environment | 0 |
| | ☐ Support of disadvantaged groups | 10 |
| | ☐ Child care and educational counselling | 8 |
| | ☐ Places to rest and to meet | 8 |
| | ☐ Creative and handicraft activities | 7 |
| | ☐ Activities for men | 4 |
| | ☐ Solutions for domestic violence | 6 |
| | ☐ Solutions for drug trafficking and addiction | 8 |
| | ☐ Mutual acceptance between residents | 10 |
| ▼ | ☐ Health promotion interventions | 5 |
| | ▼ ☐ Access to health promotion and care | 0 |
| | ☐ Barriers in the use of services | 7 |
| | ☐ Provision gaps | 11 |
| | ☐ Nutrition | 6 |
| | ▼ ☐ Mental health | 0 |
| | ☐ Education | 10 |
| | ☐ Psychological support and therapy | 8 |

Figure 18: Category structure of theme 2

Institutional environment

This theme includes needs and improvements in institutions in Rahlstedt Großlohe. The associated categories are networking and cooperation, equipment and financial resources, development of civic engagement and professional services, public outreach and information transfer.

Networking and cooperation

In general participants said that networking and cooperation is not well developed. They also said that there is a need of improvements. Especially in terms of mental health this does not exist, but participants think it is reasonable. Furthermore, the communication and work between volunteers and professionals can be improved. One participant said that data protection regulations have complicated the collaboration between institutions. The reason is that they are not allowed to inform each other, speak and discuss with each other about a person in need of help or a problem situation if the person did not agree.

“When it comes to more specific things, we would have to network with them, because here in the district I do not know that there is anything concrete.”

(Participant4, 121-122)

“There should also be a stronger networking of the individual offers on site [...].”

(Participant2, 130-131)

“There is the trauma consultation here in Wandsbek. I had nothing to do with them, but you can send people there and one could think of a cooperation [...].”

(Participant5, 288-290)

“In many cases, data protection has raised obstacles to support and assist, as well as communication between institutions.” (Participant5, 252-254)

Equipment and financial resources

The participants said that equipment and financial resources are lacking in the institutions. Due to this they cannot meet all the needs of activities and services for residents who are seeking help and support. Therefore, more professionals are needed because often the employees are overworked, and this leads to new activities and services enable to be developed and applied.

“There is a lack of resources for this, there is a lack of staff and money. The few people are all so involved in their own work that they have enough to do with it.”

(Participant1, 135-137)

“Of course, it is also about the financial undersupply of child and youth work, family support, which is a major issue. I think the personnel structure is weak. [...]. For the mass of people who are in trouble, this is clearly simply not enough.” (Participant7, 203-205, 208-209)

“Something like this should actually be set up here but is currently unworkable due to a lack of people, resources and, in some cases, funds.” (Participant2, 109-111)

“[...] we have reached the capacity limits in terms of personnel and finances.”
(Participant6, 220-221)

Development of civic engagement and professional services

Some participants mentioned and explained that there are good ideas about new activities in the neighborhood and the employees realize a strong need of more services, but they need more engaged personnel. On the one hand, they need more hands-on people from the neighborhood or district who like to set up and lead a group activity on voluntary basis. On the other hand, the institutions also need more professional workers, especially in the area of social counselling and health.

“There is also a need for many more people to get involved here. Unfortunately, you can't do everything about volunteering. You would also have to expand some professional services, such as social counselling, social law advice and a kind of health manager.” (Participant2, 95-97)

“There are some very good ideas, it often depends on finding people for them as well.” (Participant5, 280-281)

Public relations

Another need is to undertake more public relations to make offers of institutions known. One participant said that they do not have enough money for it and that the city should support them. Often there are only word-of-mouth recommendations and there are still many people who are not reached or informed and do not know what is available.

“So, there should definitely be more public relations [...]. Since public relations generally costs money, the city should support making offers more widely known. The local facilities can hardly do this by themselves [...]. [...]. Most of what's going on here is word of mouth, but you also need other support and promotional measures or whatever you want to call it. [...]. Many people do not know us even after 13 years and therefore it is difficult to reach people who might come to possible offers in their interests.” (Participant2, 88-90, 179-181, 257-259)

Living and working environment

This theme includes needs and improvements of living and working conditions. The associated categories are employment and housing.

Employment

One participant said that on a regular basis, people come to them who need help because of labor law problems. They suffer from exploitation, no fixed contracts and precarious working conditions. Often people start to work but do not get the job because they are not flexible enough due to care of children and transportation issues. Another participant said that in Großlohe there are some people who do not have a job for years and often have no school leaving certificate and these are reasons why people forget how to live a structured life and do not get a job. The participant said that a project, in which the people work and learn reliability, punctuality and how to have a structure in life, can help them to find a job in the future and to improve their quality of life.

“These are simply precarious working conditions. There are no fixed contracts. [...]. And people are not taken because they are not flexible enough [...] because they have children and it is not so easy here in terms of transportation.” (Participant6, 138-139, 144-146)

“Work and employment are always helpful for all people. But with these people, it's also difficult to involve them somewhere. [...]. Often, they also do not have a school leaving certificate and there are people who have tried very hard but have resigned. [...] If instead, in a protected setting, in a project, the person is slowly getting used to it and not throwing them out immediately, then that will work at some point. [...]. In a protected project, where people can learn that again, that would be very helpful, I think.” (Participant1, 185-188, 200-202, 203-204)

Housing

Participants mentioned that there is a housing problem in Rahlstedt Großlohe. There are families who have many children and relatives who live in cramped conditions. It is a problem not only but especially for the development of the children. Homelessness is a challenge which is visible in this neighborhood due to a residential complex for refugees and homeless people.

“One must also imagine that eight to nine people live on 60 square meters, of which there are also young children [...].” (Participant7, 158-159)

“It is simply the case that the first shelters for refugees have been removed and many have been settled here and many have moved to their family members, which gives the feeling that the apartments here are even fuller.” (Participant6, 101-103)

Health and social environment

This theme includes needs and improvements in the health and social sector in Rahlstedt Großlohe. The associated categories are diverse and range from child care and handicraft activities, to health promotion regarding mental health, nutrition and solutions for domestic violence, drug trafficking and addiction.

Support of disadvantaged groups

The participants talked about groups of people that are often disadvantaged and in need of support and help, also in terms of mental health. Commonly these groups are target groups of their own work. These groups are:

- Children, youth and young adults living in precarious family situations
- Unemployed people/ people receiving social welfare
- Seniors
- People with mental disorders
- Refugees
- Homeless people
- People with migration background
- Young mothers

“There are a lot of children from socially disadvantaged families from Großlohe and there is also a high proportion of migrants and children who have a refugee background and have been in Germany since 2015.” (Participant7, 166-168)

“In my experience, it can be said that everyone is basically traumatized, for a variety of reasons. [...] many have suffered not only physical damage, but also psychological damage.” (Participant5, 28-30, 41-42)

“There are some groups that could be promoted and challenged a little more. Especially people with a migrant background, as many do not dare to go into offers [...]” (Participant2, 123-125)

“We have relatively little to do with adults who are mentally ill. This often goes hand in hand with the financial situation of the families. These are a lot of families that are in social welfare [...]” (Participant7, 74-76)

"[...] many older people and people with mental illnesses live in isolation in their homes and do not come outside, because there is not really anything for them."
(Participant1, 87-89)

Child care and educational counselling

Participants said that there is a lack of child care due to missing places in kindergartens. Child care is important for the parents to go to work, to attend therapy appointments or job interviews. Furthermore, there should be more facilities where parents and children can go to play but also where the parents get information and support with child education. One participant said there must be long-term constructs such as educational counselling and another participant thinks that a school for parents is needed where parents can play with their children but also attend courses for child education and health promotion.

"So, it would be great to have even more childcare facilities here, especially for playing but also for education. This is important for parents in order to attend appointments and for themselves, such as doctor visits, therapy appointments or job interviews." (Participant5, 160-163)

"What I find is what is still missing here is a school for parents." (Participant4, 102-103)

"Such long-term constructs are missing as educational counselling, which can also be closer, and we naturally have the opportunity to inform the Youth Office, but the limits of the system are simply present." (Participant6, 125-127)

Places to rest and to meet

People in Großlohe need more places where they can rest outside and meet. They miss benches, public toilets, a barbecue area, a nice shopping center and a very open meeting place. Participants said that this is important to make people come out of their flats and visit activities and services but now people are rather banished from being outside. One participant mentioned the need of a very open meeting place with activities for everybody, not only for special groups, where different people can get to know each other.

"Then you should create meeting places here [...] to satisfy the need to meet and grill outside. There is definitely no way here where you will not be banished again."
(Participant6, 175-177)

"Many residents here also lack a public toilet and [...] they lack benches outside. Many would also like a nicer shopping center. So, things must be done so that people like to go out and take advantage of such offers." (Participant4, 136-139)

“It would be good if there was a large and very open meeting place, where you can come and go as you like. [...]. What I think is important is that facilities are not only for special groups [...] but that it is much more open, so that people can also mix, so to speak. It is also important that people get to know each other and meet very different people.” (Participant1, 102-103, 117-120)

Creative and handicraft activities

Two participants said that residents in Großlohe need more activities where they can go out, work with their hands, get in touch with nature and get in contact with other people. Activities which were mentioned are a community garden project, a repair café, pottery courses and going shopping for elderly and helping them in the household. It has been said that productive offers are missing which should serve the interests of the people. Furthermore, it was said that such offers can bring back feelings of self-worth in the people.

“Yes, crafts, for example, and especially caring for a garden and outdoor facilities, see if the playgrounds are clean and whether something needs to be repaired. Or go shopping for the elderly and talk to them, help others with repairs or the household.”
(Participant1, 207-210)

“The Repair Café is already an offer, which has been often suggested by the citizens. [...]. Something productive is definitely missing here in Großlohe. It is nice that there are handicraft courses, but many people are not interested in such a thing and that one closes a gap, for example with nature. [...] [...] because there are many offers of conversations here, quite regularly. A little more to serve the interests, there is still something missing.” (Participant2, 204-205, 228-230, 235-236)

Activities for men

A need what was mentioned by participants and must be emphasized is that there should be more activities for men. One participant thinks that a trauma therapy project which is available for women should be available for men as well. In some institutions the focus is rather on women and children and men are underrepresented in facilities and activities. The category *gender aspects* also demonstrates it.

“[...] men are really underrepresented here. Of course, they are especially welcome here in the KiFaZ as fathers and also in social counselling, but there is no extra offer here, as there are many for young women and mothers.” (Participant6, 75-77)

“[...] I found our trauma therapy project here very nice and it would be great if there were more of them. We've already thought that an alternative thing for men would be great because we have similar problems with men.” (Participant5, 274-276)

Solutions for domestic violence

A topic which was explained by the participants is domestic violence. There are children and youth who experienced physical and mental abuse and women who suffer from violence in their homes. At the residential complex *fördern und wohnen* they built up a protection concept for women, but it became clear that this problem is still serious, discussed within institutions and needs solutions such as violence prevention which was also mentioned.

“We actually have many more cases of violence against women. Violence against men certainly exists, but I have not yet encountered it here.” (Participant6, 234-235)

“There are issues such as domestic violence. We had already thought internally in the discussion about whether we would do such a theme evening [...]. So, also that the phenomenon of violence in the family is made public. Of course, psychological and emotional violence is also part of this.” (Participant4, 157-161)

Solutions for drug trafficking and addiction

Another related concern to violence is drug trafficking and addiction in Großlohe. The stakeholders have some clients who suffer from addictions and in the worst case became criminals. In addition, there are drug dealers selling drugs on the streets of the neighborhood. For the residents drug selling in their immediate living environment is burdening, also because public benches were removed, and security personnel was deployed. Nevertheless, the drug dealers are still there, they just change their meeting places and there is no real concept against the problem.

“We also have it that people [...] ended up in hard drug use or have finally become criminals and ended up in prison.” (Participant7, 151-153)

“Drugs are sold here and that’s no secret and there are sometimes a few fights for power. [...]. Here is also a small meeting place, where the dealers meet but the church community is also overwhelmed to handle this [...].” (Participant1, 155-156, 161-163)

Mutual acceptance between residents

The participants also have the concern of a serious lack of acceptance and tolerance between residents which ends up in hostility and hatred. This became also clear in the category *cultural aspects*. Especially people with migration background or refugees suffer from hostility and there are also cultural groups who do not like each other. Großlohe needs to create more acceptance between those groups because affected people and the sense of community suffer from this.

“We have the issue of right-wing radicalism and exclusion very strongly in the district.” (Participant6, 53-54)

“Many are frustrated and envious that the refugees get everything, are taken care of, get money from the office and also get an apartment. There are also many welfare recipients who feel they are not getting enough and who often lack the feeling of how the refugees feel.” (Participant4, 53-56)

“So, that's a long way, when they open to others and new ones are allowed to come along. [...]. There is, of course, not only disputes between cultures, but also neighborhood disputes [...].” (Participant4, 75-76, 82)

Health promotion interventions

The participants said that there is the strong need for health promotion. They mentioned topics such as health education and prevention measures. Especially, it is deemed necessary to implement mental health and nutrition interventions in Großlohe. The access to such promotion activities was also relevant for the participants. They explained that there are gaps in health care and barriers in using activities and services.

Access to health promotion and care

In terms of access to health promotion and care the participants mentioned gaps in health care as well as barriers in the use of services which are both sub-categories. The participants criticize that there is no pediatrician and no midwife in Großlohe which can help mothers in case of prenatal depression. Youth psychologists are very rare in general and it was also said that people must wait many months to get psychological help which is a severe barrier. A fundamental problem is that people in need of help and support must have information and own motivation to visit institutions because the institutions do not seek out the residents. Participants mentioned that practical projects and incentives can give people a first access. Furthermore, people have difficulties to visit services and activities which are not in the neighborhood because they are physically impaired and public transport costs money and if there is something in Großlohe, they have inhibitions to go there.

“This is the massive undersupply [...] of offers with youth psychiatric content. More support and youth psychologists are needed, which you can get to relatively quickly and just don't have a year's waiting time [...].” (Participant7, 148-150)

“Of course, it is also all voluntary and there is already a lot that women can use, but they must go to it by themselves.” (Participant6, 118-119)

“You must make such threshold offers [...]. [...] I believe that the practical projects will give them access to it first and are more successful than saying that there is a trauma consultation.” (Participant5, 66-67, 291-293)

“Sometimes there are things where people must go to Wandsbek or even further away.” (Participant1, 80-81)

“But [...] people do not arrive there at all, because going to Rahlstedt alone is like a trip around the world for many people.” (Participant6, 156-158)

Nutrition

In terms of health promotion participants said that nutrition is an important topic in the neighborhood. They said that mothers have a lack of knowledge about a healthy nutrition, children do not know where food comes from, have caries and some residents are overweight. It was also mentioned that teaching healthy nutrition, cooking and eating together can also have a positive effect on mental health.

“Something like nutrition is always important. Many young mothers, for example, do not know how to eat cheaply but also healthily. [...] I think that would also be something that can also help in terms of mental health. After all, everyone must eat, and eating can also connect people.” (Participant1, 109-113)

Mental Health

Regarding mental health the participants mentioned the need of education and psychological support and help which are both sub-categories. In terms of education participants said that often the people are not aware about mental health and mental ill-health and have difficulties to accept that mental problems and illnesses exist and that they can be affected by that. It is often connected to fear and shame. Before one can implement mental health promotion programs, the residents must be educated. First, they must develop awareness and build up acceptance and understanding that problems and illnesses can affect people they know and themselves.

“[...] but it is rather the case that it is difficult to get people there, because the people here themselves lack the awareness of it. [...] I think the threshold is simply very big to admit such problems [...]” (Participant5, 113-114, 188-189)

“For many, there is simply no awareness of mental health. If there was an offer in this direction, they would be skeptical at first, because the importance of mental health and resilience has simply not yet reached the people here. [...] To do this, however,

one would first have to strengthen awareness of mental health here.” (Participant4, 125-128, 134-135)

“Or knowledge about mental health and what I can do for it or where I can seek help and how do I actually deal with myself. That's such a point there's definitely a need.” (Participant6, 182-184)

“I think it's also about promoting acceptance of psychic stories.” (Participant3, 70-71)

Participants made clear that there is also the need for psychological support and help because residents have a lack of positive experiences and self-worth. To increase it, one participant said that productive activities in a group, for example in a community garden, can help them. Furthermore, a self-help group for people with mental problems can be implemented. There is also the need of psychological help for homeless people and refugees. A cooperation to a trauma consultation may help many residents. For the youth and young adults there also must be available psychologists because a participant said that they have realized a high increase of clients with mental illnesses.

“[...] have a lack of success experiences and lack of self-worth, due to their education or medical history, because of their attitudes or life experiences. For me, this would also contribute a great deal to mental health if people had positive experiences and felt important.” (Participant2, 224-228)

“What we are noticing is that in the last two to three years the number of people with mental illness who visit us, especially from the age of 16, has increased considerably.” (Participant7, 49-51)

“There is the trauma consultation here in Wandsbek. [...] and you could think of a cooperation.” (Participant5, 288-290)

7 Discussion

The descriptive analysis shows that the neighborhoods with very low social status index have a lower mean Mental Health score compared to the neighborhoods with low, moderate and high social status index. Thus, the corresponding null hypothesis must be rejected, and the alternative hypothesis must be verified.

The only neighborhood which exceeds the average Mental Health score of 50 is the high-status neighborhood in Sasel. The neighborhoods with a lower social status index have a mean below the average Mental Health score. It is also apparent that the neighborhoods with the lowest social status index have the lowest mean Mental Health score. Furthermore, a highly significant weak positive correlation was observed between the neighborhood SES and the variable Mental Health. These results confirm

what is written down and reviewed by experts and researchers, for example in the recent review by Gruebner et al.

It is notable that the mean Mental Health scores of the neighborhoods with low and moderate social status index do not differ greatly, rather the mean of the neighborhoods with low social status index is slightly higher than the mean of the neighborhood with moderate social status index. This may be partly explained by the fact that one neighborhood with a moderate social status index in 2016 was downgraded to a neighborhood with a low social status index in 2017 (von Luede, 2018, p. 16). Therefore, the mental health status of the residents when collecting the data may still be in accordance with a higher mental health status of a neighborhood with moderate social status index. This can be because changes in health due to changes in exposures occur in time delay which can be shorter or longer. In general, one can say that the large difference in the mean scores between the neighborhoods with very low social status index and the neighborhood with high social status index was highly foreseen.

Based on the results of the regression analysis, the corresponding null hypothesis must be verified, and the alternative hypothesis must be falsified because Gender, Noisy/Quiet Environment, Sense of Community, NCD, Migration Background, Sport, Access to Green Areas, Insecurity due to Criminality and Neighborhood SES do not show linearity or are not significant predictors of the variable Mental Health.

Comparing the results of the significant associations and predictors to the recent evidence presented in the theoretical background, it has been verified that mental health is associated with many different factors in this study. The bivariate analyses show that all the variables are significantly associated with Mental Health, although almost only very weak and weak correlations were observed. The variable Resilience shows a moderate correlation with Mental Health.

As other studies show, Smoking, Income, Sleep Quality, Age and Resilience are significant predictors of the Mental Health score in this study. NCD was almost significant in predicting Mental Health and should not be completely ignored when interventions are to be discussed. When observing the scatterplots, non-linearity or extremely weak correlations are found for the variables Gender, Sport, Neighborhood SES, Noisy/ Quiet Environment, Insecurity due to Criminality and Migration Background with Mental Health. Furthermore, non-significance of the potential predictors Access to Green Areas, NCD and Sense of Community do not follow the

evidence which was found in the literature and studies which demonstrate that these factors are significant predictors. This can be explained by different analytical methods and models used as well as by different instruments or questions used although they measure the same or a related outcome. Furthermore, selected variables, which were used to represent for example physical activity or availability of green areas or criminality in the neighborhood, may not be sufficient to fully represent factors which were found to be significant predictors. Additionally, differences in definitions and categorizations of variables may also lead to the different results. Evidently, the different results may occur due to differences in the populations which were studied and due to the presence of biases which emerged during the data collection and analysis. In the next chapter the limitations, including biases, are presented.

Focusing on the qualitative research about interventions and needs to promote mental health in a neighborhood with very low social status index, it becomes clear that many different topics and factors emerged. As literature indicates, health and especially mental health, is an outcome which can be achieved by considering many different factors of different spheres, disciplines and policies.

Which interventions for mental health promotion are available for adult residents of the neighborhood Rahlstedt Großlohe which has a very low social status?

To answer this question briefly but clearly: In the neighborhood Rahlstedt Großlohe there is no profound, direct and organized concept of mental health promotion. Rather, there are single and indirect approaches the stakeholders implemented to achieve an improvement of the resident's life situation. This result is not very surprising when considering the result that living in socially disadvantaged neighborhoods is linked to adverse mental health. Nevertheless, it becomes clear that there are to some extent good conditions for implementing mental health promotion interventions.

The interview participants said that in Großlohe is a good supporting infrastructure that is based on coming together, sharing activities and having group conversations as well as individual conversations. This is a good basis for mental health promotion but till now there is no concept that directly promotes mental health. There is only one direct activity which is a trauma art project for women. In terms of the necessity of cooperation with other institutions, the organizations in Großlohe often have good contacts and exchange, but a problem seems to be the functioning of the network of institutions working together in Rahlstedt Großlohe and nearby surrounding areas. The present network is described as perfectible. The institutions in Rahlstedt Großlohe are mostly

accepted and well attended by the residents, but there seems to be no real interaction of different clients what may be associated with a perfectible network of institutions. Engagement, perseverance and building trust are key factors in their work with the residents. It is an important fundament to get many people in need of help into services and it is crucial for activities that are directed at sensitive topics such as mental health and ill-health. Furthermore, there is voluntary work, professional and specialists work in Rahlstedt Großlohe which all is important and should go hand in hand. The institutions in Großlohe offer services for different groups of people which can be counted to often disadvantaged and vulnerable groups. The participants pointed out that there are mainly activities for girls and women and less for boys and men and this is a reason why female clients predominate. Although the institutions welcome every gender and culture and offer intercultural activities, some cultural groups predominate in activities and services because there are considerable tensions between cultural groups. This leads to social exclusion, hostilities and definitively to mental strains of affected groups and individuals.

What improvements and needs are seen in terms of mental health promotion in the neighborhood Rahlstedt Großlohe which has a very low social status?

Improvements and needs are seen in the institutional environment. As introduced above, the network and cooperation between institutions is developable and in terms of mental health there exist no cooperation partners. Moreover, the communication and work between voluntary and professional working people should be improved. Secondly, there is a lack of modern equipment and financial resources in the institutions which results in limited activities and services, including mental health promotion. Furthermore, the institutions need more engaged professionals and specialists for mental health. Additionally, the development of civic engagement must be promoted. It also becomes clear that there should be more public relations to make offers known and attractive. For this financial support from the city is needed.

Another field with the necessity of improvements is the living and working environment of the residents which leads to mental strains. In terms of employment many people suffer from exploitation, no fixed contracts and precarious working conditions. Often people have temporary positions but do not get a permanent job position. There are also many long-term unemployed persons and they forget how to have a structure in life for a long time. Here, it is to highlight that large-scale meta-analyses and systematic reviews have shown that long-term unemployed persons have a high risk of mental

illness, particularly depression and anxiety disorders, compared to employed persons (Herbig, Dragano & Angerer, 2013). An interview participant suggested to build up a project in Großlohe in which the people work, learn and get a new structure in their lives which helps them to improve their quality of life and to find a job. This is necessary but the people also need to care for their mental health and to achieve this there must be nearby contact points. There is also a housing problem because some families have many children and live with other relatives in small flats. The lack of space and privacy can be a heavy mental strain.

In the health and social environment are many improvable aspects. At first, in Rahlstedt Großlohe live many disadvantaged groups which can benefit from mental health promotion. These groups are: Children, youth and young adults in precarious family situations; unemployed people; seniors; people with mental disorders; refugees; homeless people; people with migration background; young mothers.

Much potential is seen in terms of child care and educational counselling. With having more kindergartens, the adults have time for therapies and a job. Furthermore, a school for parents with educational counselling and playgrounds is necessary to learn more about education and health promotion. Participants also pointed out that the residents need outdoor places where they can rest and meet as well as an open meeting place for everybody to motivate going out, being socially and culturally bounded and visiting activities and services which can help and support them. Related to that there is a need for activities which bring them in touch with nature, to use their hands and to get in contact with other people, for example in a gardening project, a repair café and pottery courses. As an example, a study concluded that the physical and social activities in a community gardening project stimulate interpersonal and social responses that are beneficial for health (Litt et al, 2015). Additionally, projects and activities aimed at self-esteem stabilization are considered as necessary. Regarding this, a meta-analysis on self-esteem as a predictor of depression and anxiety concluded that interventions aimed at strengthening self-esteem might be useful to lower the risk of depression (Sowislo & Orth, 2013). Furthermore, there is a lack of activities for boys and men which may lead to an underrepresentation of males in institutions and probably to a disadvantage of males. This gap can be closed for example with offering more handicraft activities or in general activities only for boys and men which can be also connected to mental health promotion measures and a trauma therapy project for boys and men. That mental health promotion is important for women and men shows the

problem of domestic violence in Rahlstedt Großlohe which includes physical and mental abuse, mainly of children and women. Therefore, a violence prevention program should be applied. A related issue is addiction and drug trafficking for which particularly holistic solutions should be found. Clients in institutions do not unusually suffer from addictions and residents are burdened by drug dealers on the streets. Another serious problem is a lack of acceptance and tolerance between residents. There are tensions between some cultural groups and people with a migration background and refugees are confronted with hostile action. This social problem can be solved by local and long-term activities which serve the interests of the residents and the steadily endeavor to integrate minorities that are part of the community and this is an approach some stakeholders try to follow.

The interviews revealed a strong need for health promotion measures that aim at nutrition and mental health. In terms of nutrition, education and community cooking can be very helpful (Garcia et al, 2016). Additionally, cooking and eating together may have a positive effect on psychological outcomes (Farmer, Touchton-Leonard & Ross, 2018). Regarding mental health, there is a strong need for support and help structures, such as psychologists, self-help groups and trauma consultations. Furthermore, mental health education is crucial because many residents must develop awareness and acceptance that mental health and ill-health exists and that it can affect them and hinder them living a flourishing life. A very important factor is the access to services as there are gaps in health care and barriers. A pediatrician, a midwife, psychologists and especially youth psychologists are needed in Rahlstedt Großlohe. Furthermore, there must be offers to inform the residents about new services and to guide them into health care in order to facilitate an access. Gaps in health care and access barriers must be remedied on the neighborhood level because disadvantaged people have physically, mentally and/ or financially difficulties to go to services outside their own neighborhood.

7.1 Limitations

The limitations are divided into two sections which deal with the limitations of the resident survey and statistical analyses as well as with the limitations of the interviews and content analysis.

7.1.1 Resident survey and statistical analyses

First, it must be emphasized that the results would have been more informative and comprehensive by creating more than one dummy variable for the ordinal variables with more than two categories. In this analysis it was not performed because there would have been too many dummy variables which would have complicated the regression analysis. Also, the metric variable Age could have been recoded into a categorical variable to be clearer about which age categories are significantly predicting the Mental Health score. Further regression analyses with these data must control for potential confounding factors with the help of hierarchical analysis and should focus on variables of less spheres.

A considerable limitation is the presence of missing values. In the regression analysis the sample is reduced to 218 cases due to listwise exclusion. Initially, the sample size was 808 cases and therefore 590 cases were not considered. For further analyses one could think about the multiple imputation or maximum likelihood method to replace the missing values. The most missing values have the variables Income, NCD, Resilience, Sense of Community, Mental Health and Age because many participants did not want to give an answer. For example, for the variable Income, 32.5% of the participants did not respond which may be because disclosing the income situation is something very personal for many people. The same may applies for disclosing NCD, resilience and mental health as well as sense of community and the age. Although there are no missing values for the neighborhoods because the participants were not requested to answer where they live, the representation of the neighborhoods with their social status index varies. The neighborhood in Wilhelmsburg with a very low social status index and the neighborhood in Lohbrügge with a low social status index could not reach nearly 150 participants respectively. Furthermore, the descriptive analyses show that there are much more female participants and participants without a migration background, what may can be traced back to selection bias and self-selection bias.

Missing values and biases in single variables can be occurred due to many reasons during the data collection. Reasons can be that participants gave subjective answers, had to disclose private issues, an interviewer or/ and a family member was present or not present, and an interviewer could choose the potential participants from a list based on name and gender. It is conceivable that there were misunderstandings, over- and underestimation, extreme response bias, social desirability bias, recall bias, interviewer bias and non-response bias when non-responding one or more questions

during the interviews. These biases, except interviewer bias, are also possible by self-completion. Furthermore, there was non-response bias when non-responding the whole questionnaire due to refusal or inaccessibility of the person. Also, selection bias by the interviewers and self-selection bias by the participants may have occurred. It is to emphasize that especially answers to mental health related questions may be biased or were not answered because of stigma as well as attitudes and mental health literacy of the participants. These barriers were found to have a negative effect on help-seeking (see Bonabi et al, 2016; Clement et al, 2015; Schnyder et al, 2017). It is even more probable due to the interview results. Some interview participants said that the residents in the deprived neighborhood Großlohe lack awareness and acceptance regarding mental health and mental ill-health as well as mental health literacy.

Moreover, causal relationships cannot be verified with this study design; this is mainly because the cross-sectional study do not provide information on the chronological sequence of exposure and outcome. For example, a bad sleep quality may lead to a bad mental HRQOL but also a bad mental HRQOL may lead to a bad sleep quality.

7.1.2 Interviews and content analysis

First, it needs to be mentioned that two study participants did not have more than thirty minutes time for the interview. It may have led to not exhaustive results although the participants said that they have nothing more to say. Additionally, one interview was accompanied by disturbances as it took place outside and it started to rain, and people passed by what have influenced the interview flow. Another possible limitation affecting reliable results is that the participants are doing low-threshold work in the neighbourhood under investigation. Therefore, they may have a strong personal and professional interest in improvements, for example regarding financial issues, personnel and equipment, which may have led to biased results. Nevertheless, the participants are experts and know exactly the situation on site and the effect of not telling exactly the truth is considered as very low. Furthermore, the relationship between participant and interviewer can be a limitation but which is also considered as very low. The interviewer knows one participant because during the data collection for the resident survey they have established a trusting relationship. In this case, one can assume that it has resulted in more exhaustive and reliable results than in the other interviews. Furthermore, it needs to be mentioned that, even though the 'bracketing out' was conducted successfully in the phase of data collection, there is the likelihood

that the researcher commented too much on what was said in the interviews or missed to ask further questions on relevant topics. Additionally, there is the likelihood that the subjectivity of the researcher affected the process of data analysis.

7.2 Recommendation for action

According to the results, recommendations for mental health promotion in Hamburg neighborhoods can be revealed. At first, the focus for mental health promotion and care at a local level should be on neighborhoods with a very low social status index.

The results of the multiple linear regression analysis shows that people having an income less than €1,000 and smokers are target groups for mental health promotion. An improvement of financial resources of those people and smoking cessation programs are indicated, not only for a better mental health situation but also for better physical health, quality of life and wellbeing. In terms of mental health interventions, seminars for improved sleep quality and strengthening mental resilience can improve mental health and should be part of a mental health interventions program.

In the neighborhood Rahlstedt Großlohe it is indicated to develop and implement a concept for mental health promotion and mental health care by cross-sector engagement. For this, a skilled intersectoral workforce is required. Großlohe must develop a functioning network of health and social institutions and their working people in Großlohe and nearby as well as networking in particular in the field of mental health. Furthermore, better equipment and financial resources are needed from the city in order to build up interventions, make them known and to employ professionals and specialists for mental health promotion and care. When implementing mental health promotion interventions, it is recommended to provide offers that are also attractive for boys and men as well as respect cultural differences and promote commonalities of different cultures. Interventions should be also connected to problem areas such as working conditions of the people, (long-term) unemployment and cramped living conditions of residents. To support mental health, it is recommended to promote social and intercultural interaction, to build more kindergartens and a school for parents as well as to create more outdoor places to rest and to activate adults. To extend the service offerings regarding courses, seminars, workshops and small projects which can improve self-esteem etc. as well as to implement violence and addiction prevention is considered as very important. A practical recommendation is to combine a community garden project, where the residents can plant and harvest vegetables, with

community cooking, education and eating together in order to promote healthy nutrition, social interaction and positive effects on mental health. A strong recommendation is to drive mental health education in order to develop awareness and mental health literacy as well as to build up long-term mental health promotion projects and mental health care structures in the neighborhood (see WHO, 2005, pp. 103-104). In terms of research, this work recommends more interdisciplinary research on mental health and quality of life in Hamburg in order to develop a guideline for Hamburg which helps to structure mental health services and to prevent mental health problems. Until now, there are no universally accepted guidelines (Okkels et al, 2018).

8 Conclusions

In this Hamburg study, living in socially disadvantaged neighborhoods is linked to adverse mental HRQOL. The interviews identified very limited mental health promotion activities, much potential and needs to improve mental health and quality of life in the socially disadvantaged neighborhood Rahlstedt Großlohe. This study demonstrates that many different factors are associated with mental health and HRQOL of Hamburg residents. The interviews revealed that there are also further different factors which relate to mental health and HRQOL in Rahlstedt Großlohe. Factors are for instance housing, unemployment, addiction, violence, social activities, social exclusion as well as access to local mental health care services and promotion. The statistical analyses show that the variables Gender, Age, Income, Smoking, Resilience, Sleep Quality, Noisy/ Quiet Environment, Sense of Community, NCD, Migration Background, Sport, Access to Green Areas, Insecurity due to Criminality, and Neighborhood SES are significantly associated with mental HRQOL. Nevertheless, it must be considered that many weak and very weak associations are found. Smoking, Income, Sleep Quality, Age and Resilience significantly predict mental HRQOL. In this study, it must be considered that different biases may have influenced the results.

Further research on mental health and HRQOL, measures and implementation must be based on intersectoral and interdisciplinary collaboration as well as on community participation and must include prevention as well as the focus on community resources. Especially long-term investigations are needed in order to better understand relationships between different factors as well as to assess sustainability of effect in intervention studies.

References

Aicher, J (1998): *Designing Healthy Cities - Prescriptions, Principles, and Practice*. Krieger Publishing Co.; first edition.

Barton, H/ Grant, M (2006): A health map for the local human habitat. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Public Health*, 126(6), 252-261.

URL: http://eprints.uwe.ac.uk/7863/2/The_health_map_2006_JRSH_article_-_post_print.pdf

Last access: 27.08.19

Bonabi, H/ Müller, M/ Ajdacic-Gross, V/ Eisele, J/ Rodgers, S/ Seifritz, E/ Rössler, W/ Rüschi, N (2016): Mental Health Literacy, Attitudes to Help Seeking, and Perceived Need as Predictors of Mental Health Service Use: A Longitudinal Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(4), 321-324.

DOI: 10.1097/NMD.0000000000000488.

Bortz, J/ Doering, N (2016): *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. 5. Auflage, Berlin, Heidelberg: Springer.

Brosius, F (2013): *SPSS 21*. 1. Auflage, Heidelberg: Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm.

Buchcik, J/ Borutta, J/ Westenhöfer, J (2018): GESUNDE QUARTIERE – Methodische Überlegungen zur Erhebung quantitativer Primärdaten mit dem Ziel der Gesundheitsförderung im Quartier. *Das Gesundheitswesen*, 80(8).

DOI: 10.1055/s-0038-1667795

Buysse, DJ/ Reynolds, CF 3rd/ Monk, TH/ Berman, SR/ Kupfer, DJ (1989): The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.

URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2748771>

Last access: 27.08.19

Campolina, AG/ Lopez, RVM/ Nardi, EP/ Ferraz, MB (2018): Quality of life in a sample of Brazilian adults using the generic SF-12 questionnaire. *Revista da Associacao Medica Brasileira*, 64(3), 234-242.

DOI: 10.1590/1806-9282.64.03.234.

Clement, S/ Schauman, O/ Graham, T/ Maggioni, F/ Evans-Lacko, S/ Bezborodovs, N/ Morgan, C/ Rüsch, N/ Brown, JS/ Thornicroft, G (2015): What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11-27.

DOI: 10.1017/S0033291714000129.

Community Science (n.d.): Sense of Community Index (SCI). Gaithersburg.

URL: <https://www.senseofcommunity.com/soc-index/>

Last access: 27.08.19

Creswell, JW (2013): *Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing Among Five Approaches*. Third edition, CA: Sage Publications.

CSDH (2008): *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization.

URL: https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf

Last access: 27.08.19

Darchia, N/ Oniani, N/ Sakhelashvili, M/ Supatashvili, M/ Basishvili, T/ Elioizishvili, M/ Maisuradze, L/ Cervena, K (2018): Relationship between Sleep Disorders and Health Related Quality of Life-Results from the Georgia SOMNUS Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(8), 1588.

DOI: 10.3390/ijerph15081588.

Davidson, JRT (2018): *Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) Manual*.

URL: <http://cd-risc.com/CD-RISC%20Manual%2008-19-18.pdf>

Last access: 27.08.19

Dresing, T/ Pehl, T (2019): *MUSTER-Einwilligungserklärung für Interviews*. Revision 2.1 (14. Apr 2019).

URL:

https://www.audiotranskription.de/audiotranskription/upload/MUSTER_Einwilligungserklaerung-DSGVO.pdf

Eichner, C (2018 (a)): *Statistische Gebiete ausgewählt – Gesunde Quartiere*.

URL: <http://www.gesundequartiere.de/index.php/2018/01/11/statistische-gebiete-ausgewaehlt/>

Last access: 27.08.19

Eichner, C (2018 (b)): Untersuchungsquartiere veröffentlicht – Gesunde Quartiere.
URL: <http://www.gesundequartiere.de/index.php/2018/03/21/die-untersuchungsquartiere-sind-veroeffentlicht/>

Last access: 27.08.19

Eichner, C (2018 (c)): Interviewer*innen führen Befragungen in Hamburg durch – Gesunde Quartiere.

URL: <http://www.gesundequartiere.de/index.php/2018/04/23/interviewerinnen-und-interviewer-ueben-in-einem-workshop-die-primaerdatenerhebung/>

Last access: 27.08.19

Eichner, C (2018 (d)): Wer kennt Ihren Stadtteil am besten? – Gesunde Quartiere.
URL: <http://www.gesundequartiere.de/index.php/2018/08/30/wer-kennt-ihren-stadtteil-am-besten/>

Last access: 27.08.19

European Commission (n.d.): Urban Agenda for the EU. What is the Urban Agenda for the EU?

URL: <https://ec.europa.eu/futurium/en/urban-agenda-eu/what-urban-agenda-eu>

Last access: 27.08.19

Faerber, F/ Rosendahl, J (2018): The Association Between Resilience and Mental Health in the Somatically Ill. A systematic review and meta-analysis. *Deutsches Ärzteblatt International*, 115(38), 621-627.

DOI: 10.3238/arztebl.2018.0621

Farmer, N/ Touchton-Leonard, K/ Ross, A (2018): Psychological Benefits of Cooking Interventions: A Systematic Review. *Health Education & Behavior*, 45(2), 167-180.

DOI: 10.1177/1090198117736352.

Field, A (2013): *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. 4th Edition, SAGE Publications.

Gao, B/ Yang, S/ Liu, X/ Ren, X/ Liu, D/ Li, N (2018): Association between social capital and quality of life among urban residents in less developed cities of western China: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*, 97(4), e9656.

DOI: 10.1097/MD.00000000000009656.

Garcia, AL/ Reardon, R/ McDonald, M/ Vargas-Garcia, EJ (2016): Community Interventions to Improve Cooking Skills and Their Effects on Confidence and Eating Behaviour. *Current Nutrition Reports*, 5(4), 315-322.

DOI: 10.1007/s13668-016-0185-3

Gearing, RE (2004): Bracketing in Research: A Typology. *Qualitative Health Research*, 14(10), 1429-1452.

DOI: 10.1177/1049732304270394

Gruebner, O/ Rapp, MA/ Adli, M/ Kluge, U/ Galea, S/ Heinz, A (2017): Cities and Mental Health. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(8), 121-127.

DOI: 10.3238/arztebl.2017.0121

Herbig, B/ Dragano, N/ Angerer, P (2013): Health in the Long-Term Unemployed. *Deutsches Ärzteblatt International*, 110(23-24), 413-419.

DOI: 10.3238/arztebl.2013.0413

Jeorgakopulos, K/ Westenhöfer, J (2018): Gesunde Quartiere: Forschungsverbund untersucht Gesundheitsförderung im Quartier. HAW Hamburg.

URL: <https://www.haw-hamburg.de/forschung/projekte-uebersicht/projekt-news/projekt-news-detail/artikel/gesunde-quartiere-forschungsverbund-untersucht-quartiersbezogene-gesundheitsfoerderung-1.html>

Last access: 27.08.19

Kenzer, M (1999): Healthy cities: a guide to the literature, Environment and Urbanization, pp. 201-220.

URL: <https://doi.org/10.1177/095624789901100103>

Last access: 27.08.19

Kickbush, I (2007): The move towards a new public health, Promotion and Education. IUHPE – PROMOTION & EDUCATION SUPPLEMENT, p. 9.

URL: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/10253823070140020301x>

Last access: 27.08.19

Larkin, M (2003): Can cities be designed to fight obesity? Urban planners and health experts work to get people up and about. *The Lancet*, 362(9389), 1046-1047.

DOI: 10.1016/s0140-6736(03)14451-0

Leal Filho, W/ Al-Amin, AQ/ Nagy, GJ/ Azeiteiro, UM/ Wiesböck, L/ Ayal, DY/ Morgan, EA/ Mugabe, P/ Aparicio-Effen, M/ Fudjumdjum, H/ Chiappetta Jabbour, CJ (2018): A Comparative Analysis of Climate-Risk and Extreme Event-Related Impacts on Well-Being and Health: Policy Implications. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(2), 331.

DOI: 10.3390/ijerph15020331.

Litt, JS/ Schmiede, SJ/ Hale, JW/ Buchenau, M/ Sancar, F (2015): Exploring ecological, emotional and social levers of self-rated health for urban gardeners and non-gardeners: A path analysis. *Social Science & Medicine*, 144, 1-8.

DOI: 10.1016/j.socscimed.2015.09.004.

Lo-Kuen Lam, C/ Wong, CKH/ Lam, ETP/ Lo, YYC (2010): Population norm of Chinese (HK) SF-12 health survey-version 2 of Chinese adults in Hong Kong. *Hong Kong Practitioner*, 32(2), 77-86.

URL:

https://www.researchgate.net/publication/279540728_Population_norm_of_Chinese_HK_SF-12_health_survey-version_2_of_Chinese_adults_in_Hong_Kong

Last access: 27.08.19

Mayring, P (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12. überarbeitete Auflage, Weinheim/ Basel: Beltz Verlag.

Nesterko, Y/ Turrión, CM/ Friedrich, M/ Glaesmer, H (2019): Trajectories of health-related quality of life in immigrants and non-immigrants in Germany: a population-based longitudinal study. *International Journal of Public Health*, 64(1), 49-58.

DOI: 10.1007/s00038-018-1113-7.

Noronha, DD/ Martins, AM/ Dias Ddos, S/ Silveira, MF/ De Paula, AM/ Haikal, DS (2016): Factors in adult health-related quality of life: a population-based study. *Ciencia & Saude Coletiva*, 21(2), 463-474.

DOI: 10.1590/1413-81232015212.01102015.

Okkels, N/ Kristiansen, CB/ Munk-Jorgensen, P/ Sartorius, N (2018): Urban mental health: challenges and perspectives. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(3), 258-264.

DOI: 10.1097/YCO.0000000000000413.

Patz, JA/ Frumkin, H/ Holloway, T/ Vimont, DJ/ Haines, A (2014): Climate change: challenges and opportunities for global health. *The Journal of the American Medical Association*, 312(15), 1565-1580.

DOI: 10.1001/jama.2014.13186.

Rautio, N/ Filatova, S/ Lehtiniemi, H/ Miettunen, J (2018): Living environment and its relationship to depressive mood: A systematic review. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(1), 92-103.

DOI: 10.1177/0020764017744582.

Robert-Koch-Institute (2014): Fragebogen – Gesundheit in Deutschland aktuell 2012. RKI, Berlin.

URL: https://www.geda-studie.de/fileadmin/GEDA-Dokumente/GEDA_2014-FB_Ansichtsexemplar.pdf

Last access: 27.08.19

Schnyder, N/ Panczak, R/ Groth, N/ Schultze-Lutter, F (2017): Association between mental health-related stigma and active help-seeking: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210(4), 261-268.

DOI: 10.1192/bjp.bp.116.189464.

Sowislo, JF/ Orth, U (2013): Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 213-240.

DOI: 10.1037/a0028931.

Spittaels, H/ Verloigne, M/ Gidlow, C/ Gloanec, J/ Titze, S/ Foster, C/ Oppert, J-M/ Rutter, H/ Oja, P/ Sjoestroem, M/ De Bourdeaudhuij, I (2010): Measuring physical activity-related environmental factors: reliability and predictive validity of the European environmental questionnaire ALPHA. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7, 48.

URL: <http://www.ijbnpa.org/content/7/1/48>

Last access: 27.08.19

Srivastava, K (2009): Urbanization and mental health. *Industrial Psychiatry Journal*, 18(2), 75-76.

DOI: 10.4103/0972-6748.64028

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2019): Bevölkerung in Hamburg 2018. Bevölkerungszahl erneut gestiegen. *Statistik informiert*, Nr. 108/2019.

URL: [https://www.statistik-](https://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Presseinformationen/SI19_108.pdf)

[nord.de/fileadmin/Dokumente/Presseinformationen/SI19_108.pdf](https://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Presseinformationen/SI19_108.pdf)

Last access: 27.08.19

University of Massachusetts Medical School, Center for Outcome Research (n.d.): The ALS C.A.R.E. Program. Interpretation Guides to Standardized Questionnaires Employed in the ALS CARE Database. Worcester, MA.

URL: <https://www.outcomes-umassmed.org/als/sf12.aspx>

Last access: 27.08.19

van Naerssen, T/ Barten, F (2002): Healthy Cities as a political process, in: Healthy Cities in Developing Countries: Lessons to be learned. Saarbrücken (Germany).

URL:

https://www.researchgate.net/publication/254212949_Healthy_Cities_as_a_Political_Process

Last access: 27.08.19

Vigo, D/ Thornicroft, G/ Atun, R (2016): Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*, 3(2), 171-178.

DOI: 10.1016/S2215-0366(15)00505-2.

von Luede, J - F+B Forschung und Beratung für Wohnen, Immobilien und Umwelt GmbH for: Behörde für Stadtentwicklung und Wohnen, Amt für Wohnen, Stadterneuerung und Bodenordnung, Hamburg (2018): Sozialmonitoring. Integrierte Stadtteilentwicklung. Ergebnisbericht 2018.

URL:

<https://www.hamburg.de/contentblob/11944786/58e44c15f116a5a98d759aba0c364d72/data/d-sozialmonitoring-2018-langfassung.pdf>

Last access: 27.08.19

Wang, J/ Huang, B/ Zhang, T/ Wong, H/ Huang, Y (2018): Impact of Housing and Community Conditions on Multidimensional Health among Middle- and Low-Income Groups in Hong Kong. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1132.

URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph15061132>

Last access: 27.08.19

Ware, JE/ Kosinski, M/ Keller, SD (1995): SF-12: How to Score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scales. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center, Second Edition.

Weich, S/ Twigg, L/ Lewis, G (2006): Rural/non-rural differences in rates of common mental disorders in Britain: prospective multilevel cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 51-57.

DOI: 10.1192/bjp.bp.105.008714

White, RL/ Babic, MJ/ Parker, PD/ Lubans, DR/ Astell-Burt, T/ Lonsdale, C (2017): Domain-Specific Physical Activity and Mental Health: A Meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 52(5), 653-666.

DOI: 10.1016/j.amepre.2016.12.008.

WHO (2011): Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level. Report by the Secretariat. *Executive Board, EB130/9*.

URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_9-en.pdf

Last access: 27.08.19

WHO (2016): Health promotion. 9th Global Conference on Health Promotion. Healthy cities. Geneva, World Health Organization.

URL: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/healthy-cities/en/>

Last access: 27.08.19

WHO (1998): Health Promotion Glossary. Geneva, World Health Organization.

URL: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

Last access: 27.08.19

WHO (n.d. (a)): Healthy settings. About Healthy Settings. Geneva, World Health Organization.

URL: https://www.who.int/healthy_settings/about/en/

Last access: 27.08.19

WHO (n.d. (b)): Healthy settings. Types of Healthy Settings. Healthy Cities. Geneva, World Health Organization.

URL: https://www.who.int/healthy_settings/types/cities/en/

Last access: 27.08.19

WHO (2018): Health topics. Environment and health. Urban health. WHO European Healthy Cities Network. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

URL: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network>

Last access: 27.08.19

WHO (2014): Mental health: a state of well-being. Geneva, World Health Organization.

URL: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

Last access: 27.08.19

WHO (n.d. (c)): Mental Health. Comprehensive mental health action plan 2013-2020. Geneva, World Health Organization.

URL: https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/

Last access: 27.08.19

WHO (2005): Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Geneva, World Health Organization.

URL: https://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf

Last access: 27.08.19

WHO (2003): The Mental Health Context. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Geneva, World Health Organization.

URL: https://www.who.int/mental_health/policy/services/3_context_WEB_07.pdf

Last access: 27.08.19

Wu, L/ Zhang, H (2016): Health-Related Quality of Life of Low-Socioeconomic-Status Populations in Urban China. *Health & Social Work*, 41(4), 219-227.

DOI: 10.1093/hsw/hlw039.

Ziersch, AM/ Baum, F/ Darmawan, IG/ Kavanagh, AM/ Bentley, RJ (2009): Social capital and health in rural and urban communities in South Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 33(1), 7-16.

DOI: 10.1111/j.1753-6405.2009.00332.x.

Appendix A – SPSS syntax

```
COMPUTE Age=2018-Geburtsjahr82.
```

```
IF (Geburtsjahr82=-99) Age=-99.
```

```
MISSING VALUES Age (-99).
```

```
EXECUTE.
```

```
COMPUTE Migration_Background=HerkunftM83+HerkunftV83.
```

```
RECODE Migration_Background (2=0) (3=1) (4=2) (ELSE=SYSMIS).
```

```
VALUE LABELS Migration_Background
```

```
0 'no migration background'
```

```
1 'one parent born outside Germany'
```

```
2 'both parents born outside Germany'.
```

```
RECODE Quartier (1=2) (2=1) (3=3) (4=4) (5=1) (6=2) into Neighborhood_SES.
```

```
EXECUTE.
```

```
***SF-12 v. 2
```

```
***Change out-of-range values to missing for each item
```

```
***For Role-Physical und Role-Emotional
```

```
DO REPEAT i = Lebensqualität22_1, Lebensqualität22_2, Lebensqualität23_1, Lebensqualität23_2.
```

```
+ IF (i < 1 OR i > 2) i = $SYSMIS.
```

```
END REPEAT.
```

```
***For Physical Functioning
```

```
DO REPEAT i = Lebensqualität21_1, Lebensqualität21_2.
```

```
+ IF (i < 1 OR i > 3) i = $SYSMIS.
```

```
END REPEAT.
```

```
***For General Health, Bodily Pain, Social Functioning
```

DO REPEAT i = Lebensqualität20, Lebensqualität24, Lebensqualität28.
+ IF (i < 1 OR i > 5) i = \$SYSMIS.
END REPEAT.

***For Vitality und Mental Health

DO REPEAT i = Lebensqualität26, Lebensqualität25, Lebensqualität27.
+ IF (i < 1 OR i > 6) i = \$SYSMIS.
END REPEAT.

***Reverse scoring of four items so that a higher item value indicates better health

COMPUTE RPAIN2 = 6 - Lebensqualität24.

COMPUTE RGHP1 = 6 - Lebensqualität20.

COMPUTE RVITAL2 = 7 - Lebensqualität26.

COMPUTE RMHI3 = 7 - Lebensqualität25.

***Create indicator variables (1/0) for item response choices. A one is assigned to the response choice if endorsed and a zero is assigned if it is not endorsed.

RECODE Lebensqualität21_1 (1=1) (ELSE=0) INTO PF02_1.
if SYSMIS (Lebensqualität21_1) PF02_1= \$SYSMIS.

RECODE Lebensqualität21_1 (2=1) (ELSE=0) INTO PF02_2.
if SYSMIS (Lebensqualität21_1) PF02_2 = \$SYSMIS.

RECODE Lebensqualität21_2 (1=1) (ELSE=0) INTO PF04_1.
if SYSMIS (Lebensqualität21_2) PF04_1 = \$SYSMIS.

RECODE Lebensqualität21_2 (2=1) (ELSE=0) INTO PF04_2.
if SYSMIS (Lebensqualität21_2) PF04_2 = \$SYSMIS.

RECODE Lebensqualität22_1 (1=1) (ELSE=0) INTO RP2_1.

if SYSMIS (Lebensqualität22_1) RP2_1 = \$SYSMIS.

RECODE Lebensqualität22_2 (1=1) (ELSE=0) INTO RP3_1.

if SYSMIS (Lebensqualität22_2) RP3_1 = \$SYSMIS.

RECODE RPAIN2 (1=1) (ELSE=0) INTO BP2_1.

if SYSMIS (RPAIN2) BP2_1 = \$SYSMIS.

RECODE RPAIN2 (2=1) (ELSE=0) INTO BP2_2.

if SYSMIS (RPAIN2) BP2_2 = \$SYSMIS.

RECODE RPAIN2 (3=1) (ELSE=0) INTO BP2_3.

if SYSMIS (RPAIN2) BP2_3 = \$SYSMIS.

RECODE RPAIN2 (4=1) (ELSE=0) INTO BP2_4.

if SYSMIS (RPAIN2) BP2_4 = \$SYSMIS.

RECODE RGHP1 (1=1) (ELSE=0) INTO GH1_1.

if SYSMIS (RGHP1) GH1_1 = \$SYSMIS.

RECODE RGHP1 (2=1) (ELSE=0) INTO GH1_2.

if SYSMIS (RGHP1) GH1_2 = \$SYSMIS.

RECODE RGHP1 (3=1) (ELSE=0) INTO GH1_3.

if SYSMIS (RGHP1) GH1_3 = \$SYSMIS.

RECODE RGHP1 (4=1) (ELSE=0) INTO GH1_4.

if SYSMIS (RGHP1) GH1_4 = \$SYSMIS.

RECODE RVITAL2 (1=1) (ELSE=0) INTO VT2_1.

if SYSMIS (RVITAL2) VT2_1 = \$SYSMIS.

RECODE RVITAL2 (2=1) (ELSE=0) INTO VT2_2.

if SYSMIS (RVITAL2) VT2_2 = \$SYSMIS.

RECODE RVITAL2 (3=1) (ELSE=0) INTO VT2_3.

if SYSMIS (RVITAL2) VT2_3 = \$SYSMIS.

RECODE RVITAL2 (4=1) (ELSE=0) INTO VT2_4.

if SYSMIS (RVITAL2) VT2_4 = \$SYSMIS.

RECODE RVITAL2 (5=1) (ELSE=0) INTO VT2_5.

if SYSMIS (RVITAL2) VT2_5 = \$SYSMIS.

RECODE Lebensqualität28 (1=1) (ELSE=0) INTO SF2_1.

if SYSMIS (Lebensqualität28) SF2_1 = \$SYSMIS.

RECODE Lebensqualität28 (2=1) (ELSE=0) INTO SF2_2.

if SYSMIS (Lebensqualität28) SF2_2 = \$SYSMIS.

RECODE Lebensqualität28 (3=1) (ELSE=0) INTO SF2_3.

if SYSMIS (Lebensqualität28) SF2_3 = \$SYSMIS.

RECODE Lebensqualität28 (4=1) (ELSE=0) INTO SF2_4.

if SYSMIS (Lebensqualität28) SF2_4 = \$SYSMIS.

RECODE Lebensqualität23_1 (1=1) (ELSE=0) INTO RE2_1.

if SYSMIS (Lebensqualität23_1) RE2_1 = \$SYSMIS.

RECODE Lebensqualität23_2 (1=1) (ELSE=0) INTO RE3_1.

if SYSMIS (Lebensqualität23_2) RE3_1 = \$SYSMIS.

RECODE RMHI3 (1=1) (ELSE=0) INTO MH3_1.

if SYSMIS (RMHI3) MH3_1 = \$SYSMIS.

RECODE RMHI3 (2=1) (ELSE=0) INTO MH3_2.

if SYSMIS (RMHI3) MH3_2 = \$SYSMIS.

RECODE RMHI3 (3=1) (ELSE=0) INTO MH3_3.

if SYSMIS (RMHI3) MH3_3 = \$SYSMIS.

RECODE RMHI3 (4=1) (ELSE=0) INTO MH3_4.

if SYSMIS (RMHI3) MH3_4 = \$SYSMIS.

RECODE RMHI3 (5=1) (ELSE=0) INTO MH3_5.

if SYSMIS (RMHI3) MH3_5 = \$SYSMIS.

RECODE Lebensqualität27 (1=1) (ELSE=0) INTO MH4_1.

if SYSMIS (Lebensqualität27) MH4_1 = \$SYSMIS.

RECODE Lebensqualität27 (2=1) (ELSE=0) INTO MH4_2.

if SYSMIS (Lebensqualität27) MH4_2 = \$SYSMIS.

RECODE Lebensqualität27 (3=1) (ELSE=0) INTO MH4_3.

if SYSMIS (Lebensqualität27) MH4_3 = \$SYSMIS.

RECODE Lebensqualität27 (4=1) (ELSE=0) INTO MH4_4.

if SYSMIS (Lebensqualität27) MH4_4 = \$SYSMIS.

RECODE Lebensqualität27 (5=1) (ELSE=0) INTO MH4_5.

if SYSMIS (Lebensqualität27) MH4_5 = \$SYSMIS.

***Weighting and aggregation of indicator variables using physical and mental regression weights

COMPUTE KROH12 = (-7.23216*PF02_1) + (-3.45555*PF02_2) +
(-6.24397*PF04_1) + (-2.73557*PF04_2) + (-4.61617*RP2_1) +
(-5.51747*RP3_1) + (-11.25544*BP2_1) + (-8.38063*BP2_2) +

(-6.50522*BP2_3) + (-3.80130*BP2_4) + (-8.37399*GH1_1) +
 (-5.56461*GH1_2) + (-3.02396*GH1_3) + (-1.31872*GH1_4) +
 (-2.44706*VT2_1) + (-2.02168*VT2_2) + (-1.6185*VT2_3) +
 (-1.14387*VT2_4) + (-0.42251*VT2_5) + (-0.33682*SF2_1) +
 (-0.94342*SF2_2) + (-0.18043*SF2_3) + (0.11038*SF2_4) +
 (3.04365*RE2_1) + (2.32091*RE3_1) + (3.46638*MH3_1) +
 (2.90426*MH3_2) + (2.37241*MH3_3) + (1.36689*MH3_4) +
 (0.66514*MH3_5) + (4.61446*MH4_1) + (3.41593*MH4_2) +
 (2.34247*MH4_3) + (1.28044*MH4_4) + (0.41188*MH4_5).

COMPUTE PROH12 = (3.93115*PF02_1) + (1.8684*PF02_2) +
 (2.68282*PF04_1) + (1.43103*PF04_2) + (1.4406*RP2_1) +
 (1.66968*RP3_1) + (1.48619*BP2_1) + (1.76691*BP2_2) +
 (1.49384*BP2_3) + (0.90384*BP2_4) + (-1.71175*GH1_1) +
 (-0.16891*GH1_2) + (0.03482*GH1_3) + (-0.06064*GH1_4) +
 (-6.02409*VT2_1) + (-4.88962*VT2_2) + (-3.29805*VT2_3) +
 (-1.65178*VT2_4) + (-0.92057*VT2_5) + (-6.29724*SF2_1) +
 (-8.26066*SF2_2) + (-5.63286*SF2_3) + (-3.13896*SF2_4) +
 (-6.82672*RE2_1) + (-5.69921*RE3_1) + (-10.19085*MH3_1) +
 (-7.92717*MH3_2) + (-6.31121*MH3_3) + (-4.09842*MH3_4) +
 (-1.94949*MH3_5) + (-16.15395*MH4_1) + (-10.77911*MH4_2) +
 (-8.09914*MH4_3) + (-4.59055*MH4_4) + (-1.95934*MH4_5).

***Norm-based standardization of scale scores

COMPUTE KSK12 = KROH12 + 56.57706.

COMPUTE PSK12 = PROH12 + 60.75781.

VARIABLE LABELS KSK12 'SF-12 Physical Health sum score'

PSK12 'SF-12 Mental Health sum score'.

EXECUTE.

***Creation of new categories and dummy variables

RECODE Tabak77 (0=1) (1=2) (ELSE=SYSMIS) INTO Smoking.

VARIABLE LABELS Smoking 'Smoking yes or no'.

EXECUTE.

RECODE Schlaf79 (0 thru 1=1) (2 thru 3=2) (-99=SYSMIS) INTO Sleep_Quality.

VARIABLE LABELS Sleep_Quality 'Sleep Quality good or bad'.

EXECUTE.

RECODE Wohnumgebung2 (1 thru 2=1) (3 thru 4=2) (-99=SYSMIS) INTO Noisy_Quiet_Environment.

VARIABLE LABELS Noisy_Quiet_Environment 'Enviro. noisy or quiet'.

EXECUTE.

RECODE Wohnumgebung5 (1 thru 2=1) (3 thru 4=2) (-99=SYSMIS) INTO Access_to_Green_Areas.

VARIABLE LABELS Access_to_Green_Areas 'Green Access yes or no'.

EXECUTE.

RECODE Bewegung63 (1=1) (2 thru 5=2) (-99=SYSMIS) INTO Sport.

VARIABLE LABELS Sport 'Sport yes or no'.

EXECUTE.

RECODE Geschlecht (1=0) (2=1) (ELSE=SYSMIS) INTO Gender.

VARIABLE LABELS Gender 'Gender female ref.'.

EXECUTE.

RECODE Migration_Background (0=0) (1=1) (2=1) (ELSE=SYSMIS) INTO Dummy_MB.

VARIABLE LABELS Dummy_MB 'No Migration Background ref.'.

EXECUTE.

RECODE Walkability13 (0=0) (1=1) (ELSE=SYSMIS) INTO Dummy_Insecurity_due_to_Criminality.

VARIABLE LABELS Dummy_Insecurity_due_to_Criminality 'No Insecurity ref.'.

EXECUTE.

RECODE Krankheiten19_7 (1=0) (0=1) (ELSE=SYSMIS) INTO NCD.

VARIABLE LABELS NCD 'No NCD ref.'

EXECUTE.

RECODE Neighborhood_SES (1=0) (-99=SYSMIS) (ELSE=1) INTO Dummy_Neighborhood_SES.

VARIABLE LABELS Dummy_Neighborhood_SES 'NSES very low ref.'

EXECUTE.

RECODE Einkommen99 (1=0) (-88=SYSMIS) (-99=SYSMIS) (ELSE=1) INTO Dummy_Income.

VARIABLE LABELS Dummy_Income 'Income less 1000 ref.'

EXECUTE.

RECODE Sleep_Quality (1=0) (2=1) (ELSE=SYSMIS) INTO Dummy_Sleep_Quality.

VARIABLE LABELS Dummy_Sleep_Quality 'Good Sleep Quality ref.'

EXECUTE.

RECODE Sport (1=0) (2=1) (ELSE=SYSMIS) INTO Dummy_Sport.

VARIABLE LABELS Dummy_Sport 'No Sport ref.'

EXECUTE.

RECODE Smoking (2=0) (1=1) (ELSE=SYSMIS) INTO Dummy_Smoking.

VARIABLE LABELS Dummy_Smoking 'Smokers ref.'

EXECUTE.

RECODE Noisy_Quiet_Environment (1=0) (2=1) (ELSE=SYSMIS) INTO
Dummy_Noisy_Quiet_Environment.

VARIABLE LABELS Dummy_Noisy_Quiet_Environment 'Noisy Environment ref.'

EXECUTE.

RECODE Access_to_Green_Areas (1=0) (2=1) (ELSE=SYSMIS) INTO Dummy_Access_to_Green_Areas.

VARIABLE LABELS Dummy_Access_to_Green_Areas 'Green Access yes ref.'

EXECUTE.

```
COMPUTE Resilience=Resilienz30 + Resilienz31 + Resilienz32 + Resilienz33 + Resilienz34 + Resilienz35  
+ Resilienz36 + Resilienz37 + Resilienz38 + Resilienz39.
```

```
VARIABLE LABELS Resilience 'Resilience Score'.
```

```
VARIABLE LEVEL Resilience (SCALE).
```

```
EXECUTE.
```

```
COMPUTE Sense_of_Community=Community48 + Community49 + Community50 + Community51 +  
Community52 + Community53 + Community54 + Community55 + Community56 + Community57 +  
Community58 + Community59 + Community60.
```

```
VARIABLE LABELS Sense_of_Community 'Sense of Community Index'.
```

```
VARIABLE LEVEL Sense_of_Community (SCALE).
```

```
EXECUTE.
```

```
***Descriptive analyses
```

```
FREQUENCIES VARIABLES=Gender Dummy_MB Dummy_Smoking Walkability13 NCD
```

```
/STATISTICS=MODE
```

```
/ORDER=ANALYSIS.
```

```
FREQUENCIES VARIABLES=Einkommen99 Bewegung63 Schlaf79 Wohnumgebung2 Wohnumgebung5  
Neighborhood_SES
```

```
/NTILES=4
```

```
/STATISTICS=MEDIAN MODE
```

```
/ORDER=ANALYSIS.
```

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=Resilience Sense_of_Community PSK12 Age
```

```
/STATISTICS=MEAN STDDEV VARIANCE MIN MAX SEMEAN.
```

```
SORT CASES BY Neighborhood_SES.
```

```
SPLIT FILE LAYERED BY Neighborhood_SES.
```

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=PSK12
```

```
/STATISTICS=MEAN STDDEV VARIANCE MIN MAX SEMEAN.
```

```
SPLIT FILE OFF.
```

EXAMINE VARIABLES=Resilience Sense_of_Community PSK12 Age

/PLOT BOXPLOT HISTOGRAM NPLOT

/COMPARE GROUPS

/STATISTICS DESCRIPTIVES

/CINTERVAL 95

/MISSING LISTWISE

/NOTOTAL.

***Bivariate analyses

NONPAR CORR

/VARIABLES=PSK12 Resilience Sense_of_Community Age Wohnumgebung2 Wohnumgebung5
Bewegung63 Schlaf79 Einkommen99 Neighborhood_SES

/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

CORRELATIONS

/VARIABLES=PSK12 Dummy_Smoking Dummy_MB Gender Dummy_Insecurity_due_to_Criminality
NCD

/PRINT=TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

NONPAR CORR

/VARIABLES=Resilience Sense_of_Community Age NCD Wohnumgebung2 Wohnumgebung5
Bewegung63 Schlaf79 Einkommen99 Neighborhood_SES Dummy_Smoking Dummy_MB Gender
Dummy_Insecurity_due_to_Criminality

/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

CROSSTABS

/TABLES=Dummy_MB BY Dummy_Smoking

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=PHI


```
/CELLS=COUNT  
/COUNT ROUND CELL.
```

CROSSTABS

```
/TABLES=Dummy_MB BY Gender  
/FORMAT=AVALUE TABLES  
/STATISTICS=PHI  
/CELLS=COUNT  
/COUNT ROUND CELL.
```

CROSSTABS

```
/TABLES=Dummy_MB BY Dummy_Insecurity_due_to_Criminality  
/FORMAT=AVALUE TABLES  
/STATISTICS=PHI  
/CELLS=COUNT  
/COUNT ROUND CELL.
```

CROSSTABS

```
/TABLES=Dummy_MB BY NCD  
/FORMAT=AVALUE TABLES  
/STATISTICS=PHI  
/CELLS=COUNT  
/COUNT ROUND CELL.
```

CROSSTABS

```
/TABLES=Dummy_Smoking BY Gender  
/FORMAT=AVALUE TABLES  
/STATISTICS=PHI  
/CELLS=COUNT  
/COUNT ROUND CELL.
```

CROSSTABS

```
/TABLES=Dummy_Smoking BY NCD
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=PHI
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.
```

CROSSTABS

```
/TABLES=Dummy_Smoking BY Dummy_Insecurity_due_to_Criminality
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=PHI
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.
```

CROSSTABS

```
/TABLES=Gender BY Dummy_Insecurity_due_to_Criminality
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=PHI
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.
```

CROSSTABS

```
/TABLES=Gender BY NCD
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=PHI
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.
```

***Linear Regression with 14 variables

REGRESSION

```
/MISSING LISTWISE
/STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA COLLIN TOL
```

```

/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
/NOORIGIN
/DEPENDENT PSK12
/METHOD=ENTER NCD Age Gender Dummy_Neighborhood_SES
Dummy_Insecurity_due_to_Criminality Dummy_Access_to_Green_Areas Dummy_Smoking
Dummy_MB Dummy_Income Resilience Sense_of_Community Dummy_Sleep_Quality Dummy_Sport
Dummy_Noisy_Quiet_Environment
/SCATTERPLOT=(*ZPRED ,*ZRESID)
/RESIDUALS DURBIN HISTOGRAM(ZRESID) NORMPROB(ZRESID)
/CASEWISE PLOT(ZRESID) OUTLIERS(3)
/SAVE MAHAL LEVER ZRESID
/PARTIALPLOT ALL.

```

***Linear Regression with 8 variables

REGRESSION

```

/MISSING LISTWISE
/STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA COLLIN TOL
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
/NOORIGIN
/DEPENDENT PSK12
/METHOD=ENTER NCD Age Dummy_Smoking Dummy_Income Resilience Sense_of_Community
Dummy_Sleep_Quality Dummy_Access_to_Green_Areas
/SCATTERPLOT=(*ZPRED ,*ZRESID)
/RESIDUALS DURBIN HISTOGRAM(ZRESID) NORMPROB(ZRESID)
/CASEWISE PLOT(ZRESID) OUTLIERS(3)
/SAVE MAHAL COOK LEVER ZRESID
/PARTIALPLOT ALL.

```

***Casewise Diagnostics: Removal of cases 42, 490, 513; after running the regression with 8 variables again, removal of cases 489, 511;

after running the regression with 8 variables again, removal of case 510.

***After the last removal, the regression must be run the last time and the end results are shown.

Appendix B – Written informed consent

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung eines Interviews für einen Forschungszweck

Gegenstand des Forschungsprojekts und Grundlage der Einwilligungserklärung

Forschungsprojekt:

Masterarbeit im Rahmen des Projekts Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Quartier (Gesunde Quartiere)

Beschreibung des Forschungsprojekts:

Das Projekt Gesunde Quartiere in Hamburg beinhaltet eine Bestandsaufnahme zur Analyse von Zusammenhängen zwischen gesundheitlicher Lage, veränderbaren Schutz- und Risikofaktoren und sozialer Lage im Quartier. Weiterhin wird eine Bedarfserhebung für Interventionen unternommen. Die Erhebungen dienen ebenso als Ausgangslage für die Evaluation von Veränderungen.

Die Masterarbeit befasst sich mit Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit von Quartiersbewohner_Innen in Hamburg und beschreibt Potenziale zur Förderung der psychischen Gesundheit in einem sozial benachteiligten Quartier in Hamburg.

Durchführende Institution:

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Projektleitung:

Masterarbeit: Sabrina Heymann

Projekt Gesunde Quartiere: Prof. Dr. Joachim Westenhöfer

Interviewerin:

Sabrina Heymann

Interviewdatum:

xx.yy.zzzz

Art der personenbezogenen Daten des Betroffenen (der interviewten Person) / besondere Kategorien personenbezogener Daten:

Hinsichtlich personenbezogener Angaben wird zu Anfang des Interviews gefragt, in welchem Bereich die interviewte Person arbeitet und wie lange sie bereits im Quartier Rahlstedt Großlohe tätig ist. Weiterhin wird die Expertenmeinung zu Interventionen zur Förderung der psychischen Gesundheit im Quartier Großlohe erfasst. Persönliche Daten, wie Alter, Geschlecht und ethnische Herkunft werden nicht abgefragt.

Es wird eine Tonaufnahme von dem Interview gemacht. Die Tonaufnahme wird nach der Transkription vollständig gelöscht. Das Transkript enthält oben genannte personen-bezogene

Angaben. Die Aussagen der interviewten Personen werden im Ergebnisteil der Arbeit mit Hilfe von Zitaten und Zusammenfassungen verwendet. Weiterhin wird das Transkript auf einer CD gespeichert, welche mit der Masterarbeit an die Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg abgegeben wird.

Einwilligungserklärung und Information über die Erhebung personenbezogener Daten

Einwilligungserklärung

Hiermit willige ich ein, dass die im Rahmen des unter A. beschriebenen Forschungsprojekts erhobenen personenbezogenen Daten meiner Person, in Form der Originalaufnahme des Interviews und des Transkripts, an

Sabrina Heymann

für die allgemeine Beschreibung der Zwecke gemäß Ziff. 0 verarbeitet werden dürfen. Sofern ich besondere Kategorien von personenbezogenen Daten angebe bzw. angegeben habe, sind diese von der Einwilligungserklärung umfasst.

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sie können die Einwilligung ablehnen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Ihre Einwilligung können Sie jederzeit gegenüber Sabrina Heymann widerrufen, mit der Folge, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, nach Maßgabe Ihrer Widerrufserklärung, durch diesen für die Zukunft unzulässig wird. Dies berührt die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung jedoch nicht.

Relevante Definitionen der verwendeten datenschutzrechtlichen Begriffe sind in der Anlage Begriffsbestimmungen enthalten.

Zweck der Datenverarbeitung / Ziel des Projekts

Die Daten werden erhoben, um die Meinung von Expert_Innen im Setting Quartier Rahlstedt Großlohe einzuholen. Die Aussagen der Expert_Innen dienen einer Bestandsaufnahme hinsichtlich Interventionen zur Förderung der psychischen Gesundheit im Quartier Großlohe sowie der Bedarfsermittlung. Weiterhin wird Frau Sabrina Heymann den akademischen Titel Master of Science durch diese Arbeit erlangen können.

Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten

-

Rechtsgrundlage

Sabrina Heymann verarbeitet die von Ihnen erhobenen personenbezogene Daten auf Basis Ihrer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a DSGVO. Sofern besondere Kategorien personenbezogener Daten betroffen sind, verarbeitet Sabrina Heymann die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten auf Basis Ihrer Einwilligung gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO.

Empfänger oder Kategorien von Empfängern / Drittstaatenübermittlung

An folgende Empfänger oder Kategorien von Empfängern werden Ihre personenbezogenen Daten durch Sabrina Heymann übermittelt oder können übermittelt werden:

Prof. Dr. Joachim Westenhöfer (Erstprüfer der Masterarbeit)

Frau Jana Simone Borutta (Zweitprüferin der Masterarbeit)

Projektpartner und Mitarbeiter_Innen im Projekt Gesunde Quartiere

Der Öffentlichkeit, da die Masterarbeit der breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden kann

Dauer, für die die personenbezogenen Daten gespeichert werden / Kriterien für die Festlegung der Dauer

Die Tonaufnahme wird nach der Transkription vollständig gelöscht. Das Transkript, welches sich auf dem Computer von Sabrina Heymann befindet, wird nach der Abgabe der Masterarbeit und der CD vollständig gelöscht. Das Transkript, welches sich auf der CD befindet, die mit der Masterarbeit an die Hochschule für Angewandte Wissenschaften abgegeben wird, wird 10 Jahre sicher in der Hochschule verwahrt.

Ihre Rechte

Im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben haben Sie gegenüber Sabrina Heymann grundsätzlich Anspruch auf:

Bestätigung, ob Sie betreffende personenbezogenen Daten durch Sabrina Heymann verarbeitet werden,

Auskunft über diese Daten und die Umstände der Verarbeitung,

Berichtigung, soweit diese Daten unrichtig sind,

Löschung, soweit für die Verarbeitung keine Rechtfertigung und keine Pflicht zur Aufbewahrung (mehr) besteht,

Einschränkung der Verarbeitung in besonderen gesetzlich bestimmten Fällen und

Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten – soweit Sie diese bereitgestellt haben – an Sie oder einen Dritten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format.

Darüber hinaus haben Sie das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit gegenüber Sabrina Heymann zu widerrufen, mit der Folge, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, nach Maßgabe Ihrer Widerrufserklärung, durch diesen für die Zukunft unzulässig wird. Dies berührt die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung jedoch nicht.

Schließlich möchten wir Sie auf Ihr Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde Der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Ludwig-Erhard-Straße 22, 20459 Hamburg hinweisen.

Anlage: Begriffsbestimmung

„Personenbezogene Daten“ sind gemäß Art. 4 Nr. 1 DSGVO alle Informationen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person (im Folgenden „betroffene Person“) beziehen. Als identifizierbar wird eine natürliche Person angesehen, die direkt oder indirekt, insbesondere mittels Zuordnung zu einer Kennung wie einem Namen, zu einer Kennnummer, zu Standortdaten, zu einer Online-Kennung oder zu einem oder mehreren besonderen Merkmalen identifiziert werden kann, die Ausdruck der physischen, physiologischen, genetischen, psychischen, wirtschaftlichen, kulturellen oder sozialen Identität dieser natürlichen Person sind. Das kann z.B. die Angabe sein, wo eine Person versichert ist, wohnt oder wie viel Geld er oder sie verdient. Auf die Nennung des Namens kommt es dabei nicht an. Es genügt, dass man herausfinden kann, um welche Person es sich handelt.

„Verarbeitung“ ist gemäß Art. 4 Nr. 2 DSGVO jeder mit oder ohne Hilfe automatisierter Verfahren ausgeführten Vorgang oder jede solche Vorgangsreihe im Zusammenhang mit personenbezogenen Daten wie das Erheben, das Erfassen, die Organisation, das Ordnen, die Speicherung, die Anpassung oder Veränderung, das Auslesen, das Abfragen, die Verwendung, die Offenlegung durch Übermittlung, Verbreitung oder eine andere Form der Bereitstellung, den Abgleich oder die Verknüpfung, die Einschränkung, das Löschen oder die Vernichtung.

Appendix C – Interview transcripts

1 Interview on the 22. of May 2019 from 11 am to 11:40 am

2 **Heymann:** Vielen Dank, dass Sie hier sind. Zunächst möchte ich Sie fragen, in welchem Bereich Sie
3 tätig sind und wie lange Sie schon hier in Großlohe arbeiten.

4 **Participant1:** Ich hole mal ein bisschen aus. Also, ich habe ganze lange hier in Großlohe Jugendarbeit
5 gemacht, hier in der Kirchengemeinde. Von 1980 habe ich das 18 Jahre als Sozialpädagogin gemacht.
6 Ich habe dann meine Arbeitsstelle gewechselt, habe auch bei einem evangelischen Träger gearbeitet,
7 so in der Familienhilfe eher. Die letzten Jahre bin ich im Kirchengemeinderat gewesen, jetzt aber
8 nicht mehr und bin jetzt in Rente und bin seit knapp fünf Jahren hier in der Kirchengemeinde und
9 mache ein kleines Projekt hier. Das nennt sich Perspektivenwerkstatt und da kommen Frauen aus
10 dem Stadtteil, die sich hier treffen, nähen und Kaffee trinken können. Das ist immer das Minimum.
11 Die machen dann zum Beispiel Dekoartikel oder Kinderkleidung. Nebenbei läuft hier ein kleiner
12 Secondhand-Betrieb. In den letzten Jahren hat sich der sehr ausgebreitet, weil hier auch ein hoher
13 Bedarf ist. Ja, das mache ich in einer Nebenbeschäftigung, weil ich in Rente bin und das mache ich
14 zwei Mal die Woche vormittags. Ich kenne den Stadtteil relativ gut von meiner damaligen Arbeit
15 noch, bin auch immer ehrenamtlich hier mit verwurzelt gewesen. Ich bin auch im Vorstand vom
16 Frauen- und Mädchentreff, der ja hier in Großlohe ist.

17 **Heymann:** Gut, danke für die Auskunft. Ich würde dann zu den eigentlichen Fragen kommen. Wir
18 sprechen ja heute über die Förderung der psychischen Gesundheit der Bewohner in Großlohe. Dabei
19 geht es mir besonders um die Förderung der Erwachsenen und dazu möchte ich Sie fragen, welche
20 Interventionen, also Maßnahmen und Angebote, gibt es hier in Großlohe für die Förderung der
21 psychischen Gesundheit?

22 **Participant1:** Also, ich muss sagen, ich weiß nichts direkt zur Förderung der psychischen Gesundheit
23 hier in Großlohe. Ich weiß es gibt mehrere Einrichtungen hier, wo Menschen sich treffen können,
24 sprechen können und wo sie Angebote wahrnehmen können. Das soziale Miteinander wird auf jeden
25 Fall dort gefördert. Da kenne ich eben das KiFaZ, den Frauen- und Mädchentreff, den Treff Großlohe,
26 hier in der Kirchengemeinde gibt es den Mittagstisch und auch eine Seniorengruppe. Und das war es
27 jetzt schon an Einrichtungen, zumindest für die erwachsenen Bewohner.

28 **Heymann:** Kennen Sie auch Angebote zur Förderung der psychischen Gesundheit?

29 **Participant1:** Also, was hier stattfindet ist die Mütterberatung im KiFaZ und im Frauen- und
30 Mädchentreff und was es noch gibt ist Frühe Hilfen für junge Mütter besonders und sonst weiß ich in
31 Großlohe dirket nichts. In Rahlstedt gibt es den Sozialdienst Kaiser und von der Pestalozzi-Stiftung
32 gibt es auch einen Treff. Ob es da noch mehr Träger gibt, die da was anbieten, weiß ich nicht.

33 **Heymann:** Sie haben das eben schon gut angedeutet, als Sie über die Einrichtungen gesprochen
34 haben, welche Zielgruppen werden denn durch Angebote angesprochen?

35 **Participant1:** Also es gibt hier eine Gruppe für Senioren, im KiFaZ sind es Familien. Hauptsächlich
36 Frauen nutzen diese Angebote, soviel ich weiß, und im Frauen- und Mädchentreff ist das ja auch so.
37 Im Treff Großlohe ist eigentlich jedes Altersspektrum vertreten.

38 **Heymann:** Ich habe nicht rausgehört, dass es etwas für Männer gibt. Gibt es denn auch Angebote,
39 die besonders Männer ansprechen?

40 **Participant1:** Also, im Treff Großlohe wird eigentlich jeder angesprochen und es gibt eben auch
41 Angebote und Gruppen, die auch Männer ansprechen. Das KiFaZ deckt auch die ganze Familie ab,

42 aber die Besucher, die zu diesen offenen Angeboten kommen, sind hauptsächlich Frauen und im
43 Frauen- und Mädchentreff ist das eben auch so. Es können aber auch Männer zu der Beratung
44 kommen, aber es gibt so direkt keine Angebote für Männer dort.

45 **Heymann:** Wie werden denn diese Angebote angenommen? Werden sie gut oder eher nicht gut
46 besucht?

47 **Participant1:** Die kleine Seniorengruppe läuft gut, aber die ist ja eben auch nicht so groß. Was ich so
48 mitkriege, läuft es im KiFaZ auch gut, also es wird gut von den Müttern angenommen. Beim Frauen-
49 und Mädchentreff weiß ich das sicher, weil ich da öfter mal bin. Die Angebote, also auch Beratungen,
50 werden sehr gut angenommen.

51 **Heymann:** Okay. Was umfassen denn diese Angebote da genau?

52 **Participant1:** Also, in allen Einrichtungen gibt es offene Angebote und auch spezielle
53 Gruppenangebote, wie zum Beispiel im Treff Großlohe. Da gibt es zum Beispiel Computerkurse für
54 Senioren, soviel ich weiß. Im KiFaZ gibt es zum Beispiel auch ein offenes Frühstück, wo die Familien
55 zusammenkommen können. Da wird auch viel mit den Kindern gebastelt.

56 **Heymann:** Und in der Seniorengruppe hier, was wird da so gemacht?

57 **Participant1:** Das ist mehr so eine Sache, damit die Leute sich regelmäßig treffen und nach draußen
58 kommen. Es gab eine lange Zeit eine Frau, die das geleitet hat und immer Angebote bereitgestellt
59 hat, zum Beispiel auch Vorträge. Jetzt treffen sich die Leute zum Kaffee trinken und klönen und ja es
60 wird gesucht nach einer neuen Person, die wieder etwas mehr Dinge anbietet und sonst weiß ich
61 nichts. Ich weiß, dass es ganz viele Senioren hier gibt, die zwar nicht zu dieser Seniorengruppe gehen
62 aber gerne irgendwas hätten. Zum Beispiel ein sehr offenes Angebot, wo sie eben hingehen können,
63 weil alles andere eben auch weiter weg ist. Sie haben sicher schon bemerkt, dass Großlohe ein in sich
64 abgeschlossener Bereich ist. Also, die beiden Einrichtungen, die hauptsächlich etwas für Erwachsene
65 bieten, sind der Frauen- und Mädchentreff und der Treff Großlohe, aber da wissen Sie bestimmt
66 mehr als ich, was die alles für Angebote haben. Und im Frauen- und Mädchentreff und im KiFaZ
67 bieten sie halt auch offene Angebote. Zum Beispiel machen sie aber auch Angebote nur für Mütter
68 oder man bastelt mit den Kindern, na ja und auch Beratung. Beratungen gibt es da auch ganz viel.

69 **Heymann:** Zu welchen Themen wird denn dort beraten?

70 **Participant1:** Das ist vielfältig. Also, die Mütter kommen ja mit allen ihren Fragen. Zum Beispiel beim
71 Ausfüllen von Behördendokumenten, vor allem kommen viele Leute mit einem
72 Migrationshintergrund. Da geht es dann zum Beispiel um das Ausfüllen von Anträgen für Kindergeld.
73 Es geht aber auch um alltägliche Schwierigkeiten, um Beziehungsprobleme, wo denn auch manchmal
74 weiterverwiesen werden muss und natürlich auch Erziehungsprobleme und Probleme der Kinder in
75 der Schule, wo dann begleitet und beraten wird. Manchmal wird auch an eine Trennungsberatung
76 verwiesen und sowas.

77 **Heymann:** Dann geht es dabei auch viel um Vermittlung zu anderen Einrichtungen?

78 **Participant1:** Also, es wird viel Beratung selbst gemacht aber es gibt eben auch Vermittlungen zu
79 speziellen Einrichtungen. Da gibt es in Rahlstedt die Erziehungsberatung aber die Trennungsberatung
80 ist zum Beispiel gar nicht mehr hier. Ich glaube die ist in Farmsen. Manchmal gibt es auch Sachen, wo
81 die Leute bis nach Wandsbek oder noch weiter wegfahren müssen. Was hier noch ist, ist die
82 sozialrechtliche Beratung, die ja beim Internationalen Bund angedockt ist. Und diese wird auch sehr
83 gut angenommen, also da ist echt ein großer Bedarf bei vielen Menschen hier.

84 **Heymann:** Sie haben eben angesprochen, dass es viele Menschen gibt, die sich Angebote wünschen.
85 Ich würde dann zu der Frage kommen, welche Verbesserungen und Bedarfe Sie hinsichtlich der
86 Förderung der psychischen Gesundheit hier in Großlohe sehen.

87 **Participant1:** Das ist echt schwierig. Was man natürlich mitkriegt ist, dass viele ältere Menschen und
88 Menschen mit psychischen Erkrankungen isoliert in ihren Wohnungen leben und nicht nach draußen
89 kommen, weil es vor Ort auch nicht so richtig was für sie gibt. Die Hemmschwelle irgendwo weiter
90 weg zu gehen oder hinzufahren mit dem Bus ist für die Leute schwierig und kostet ja auch Geld. Auch
91 einige Meter laufen ist ja für eine ältere Person nicht so einfach. Insofern bekomme ich von vielen
92 mit, dass etwas fehlt, wo sie sich hier vor Ort treffen und aufhalten können. Ob sie es dann gut
93 annehmen, wenn es das gibt, ist eine andere Frage aber erstmal sagen viele, dass es zu wenig hier
94 gibt. Was ich auch im Laufe der ganzen Jahre festgestellt habe ist, dass sich die Menschen hier auch
95 nicht wirklich aus ihrem Stadtteil rausbewegen. Wenn dann fahren sie mal nach Rahlstedt zum
96 Einkaufszentrum oder zum Arzt, aber viel weiter bewegen sie sich ja nicht. Höchstens fahren sie dann
97 noch nach Wandsbek. Man merkt das auch immer viel bei den Kindern, weil sie überhaupt nicht über
98 Wandsbek hinauskommen, die kennen die Innenstadt gar nicht. Auch bei Erwachsenen, die sowieso
99 schon durch ihr Handicap sehr in sich eingeschlossen leben, in ihren Wohnungen, und sich nicht raus
100 trauen. Da wäre es schon einfacher, wenn hier vor Ort mehr wäre. Das denke ich zumindest.

101 **Heymann:** An was denken Sie da genau?

102 **Participant1:** Gut wäre, wenn es einen großen und sehr offenen Treffpunkt gäbe, wo man auch
103 kommen und gehen kann, wie man will. So eine Art Sozial-Café, wo man reingehen kann, Wasser
104 oder Kaffee trinken kann und auch Kontakte knüpfen kann, wenn man will. Wenn was gemacht wird,
105 dann muss es ganz niedrigschwellig sein. Hier gibt es ja schon spezielle Angebote, die auch besucht
106 werden aber es gibt dann eben auch Menschen, die würden sowas zwar auch machen aber trauen
107 sich nicht hin. Deswegen sollte es ein sehr niedrigschwelliges und offenes Angebot sein.

108 **Heymann:** Okay. Fällt Ihnen zu Bedarfen und Verbesserungen noch etwas ein?

109 **Participant1:** Sowas wie Ernährung ist ja auch immer wichtig. Viele junge Mütter zum Beispiel wissen
110 nicht, wie man sich günstig aber auch gesund ernährt. Viele junge Mütter hier können gar nicht mehr
111 richtig kochen und holen sich diese Fertiggerichte für sich und ihre Kinder. Ich glaube sowas wäre
112 auch noch etwas, was auch gut in Bezug auf psychische Gesundheit helfen kann. Essen muss ja jeder
113 und essen kann ja auch Menschen verbinden. Zum Essen kann dann auch jeder hingehen und
114 gemeinsam ist das ja sowieso auch netter.

115 **Heymann:** Haben Sie denn noch weitere Ideen und Vorstellungen, wie man die psychische
116 Gesundheit fördern kann? Zum Beispiel, wenn es auch um Erkrankungen oder Süchte geht.

117 **Participant1:** Was ich noch wichtig finde, dass Einrichtungen nicht nur für spezielle Gruppen,
118 Erkrankte oder Menschen mit Handicaps da sind, sondern dass es viel offener ist, sodass sich die
119 Menschen auch sozusagen mischen können. Wichtig ist ja auch, dass sich die Menschen mal
120 kennenlernen und auch ganz unterschiedliche Menschen sich mal treffen. Wobei Menschen mit
121 Beeinträchtigungen ja auch oft nicht so einfach sind und das kann die anderen auch abschrecken
122 aber nur für die einen etwas anbieten ist auch schwierig. Es muss eine ganz offene Einrichtung sein,
123 wo es eben aber auch spezielle Angebote gibt, zum Beispiel für verschiedene Altersgruppen.

124 **Heymann:** Glauben Sie, dass so etwas auch Akzeptanz untereinander schaffen kann und gegen
125 Stigmatisierung wirken kann?

126 **Participant1:** Ja, auf jeden Fall. Man lernt sich ja nur so kennen und sagt sich vielleicht: „Ach, der ist
127 zwar etwas schwierig oder komisch aber doch trotzdem sehr nett und macht gut mit oder geht gut
128 mit meinen Kindern um.“

129 **Heymann:** Okay. Möchten Sie noch etwas loswerden oder fällt Ihnen noch irgendwas ein?

130 **Participant1:** Hm, nee.

131 **Heymann:** Sie haben ja erzählt, dass es hier ein paar Einrichtungen gibt, die Angebote zur Verfügung
132 stellen. Sprechen diese Einrichtungen auch miteinander? Gibt es eine Art Vernetzung zwischen den
133 Einrichtungen?

134 **Participant1:** Da habe ich nicht wirklich so den Einblick. Mein Eindruck ist eher, dass jeder so seine
135 Arbeit und seine Angebote macht. Eine wirkliche Vernetzung gibt es nicht. Es fehlen dafür ja auch die
136 Ressourcen, es fehlt an Personal und auch an Geld. Die wenigen Leute sind alle in ihre eigene Arbeit
137 so sehr eingebunden, dass sie damit schon genug zu tun haben. Was die Einrichtungen zusammen
138 machen ist das Stadtteilstfest, wo auch Streetlife, also die Straßensozialarbeit in Rahlstedt, mitmacht.
139 Aber so wie ich mir das vorstelle ist die Zusammenarbeit eher weniger, es sind eher mal Absprachen.

140 **Heymann:** Für was genau gibt es zu wenig Personal und Geld? Was kommt zurzeit noch zu kurz oder
141 was benötigt viel Zeit?

142 **Participant1:** Also, die multikulturelle Besucherstruktur in den Einrichtungen erfordert eine ganze
143 Menge und das ist oft auch nicht so einfach. Auch Sprachbarrieren spielen eine Rolle und das machen
144 die Frauen im KiFaZ und im Frauen- und Mädchentreff echt gut. Trotzdem ist das nicht einfach, weil
145 sie mehrere Nationalitäten am Tisch sitzen haben und da gibt es zwischen den Besuchern, zum
146 Beispiel, wenn jemand Neues kommt und auch eine andere Herkunft hat, manchmal Schwierigkeiten.
147 Mitunter werden die dann nicht so gut durch die anderen aufgenommen. Und da sind die
148 Mitarbeiter schon ziemlich gefordert.

149 **Heymann:** Gibt es denn auch sonst Schwierigkeiten zwischen kulturellen Gruppen hier in Großlohe?

150 **Participant1:** Hin und wieder gibt es das schon. Im kleinen Rahmen ist das schon so, dass mal ein
151 Familienclan mit einem anderen Streit hat. Sowas passiert schon. Hier gibt es ja viele
152 türkischstämmige, die schon sehr lange hier sind und die Sinti, die schon ganz lange hier sind und
153 Roma sind inzwischen dazu gekommen. Jetzt gibt es auch viele afghanische Familien und
154 osteuropäische Familien. Solche Situationen spielen sich dann aber auch eher unter den jüngeren
155 Erwachsenen ab. Es wird ja auch gedealt hier und das ist auch kein Geheimnis und da gibt es
156 manchmal schon so ein paar Machtkämpfe.

157 **Heymann:** Wie werden denn der Drogenverkauf und damit verbundene Streitigkeiten von den
158 Bewohnern in Großlohe aufgenommen?

159 **Participant1:** Also, es gibt schon Leute, denen nicht wohl dabei ist und denen das auch stört. Ich
160 glaube aber auch, dass viele Menschen, die schon länger hier wohnen das hinnehmen, weil es schon
161 immer mit dazu gehörte und die Leben damit, weil sie ja nichts damit zu tun haben müssen. Hier ist
162 ja auch ein kleiner Treffpunkt, wo sich die Dealer treffen aber die Kirchengemeinde ist da auch
163 überfordert das in den Griff zu kriegen, weil man ja auch keinen Zaun aufstellen möchte und die
164 Polizei kann da auch nicht so viel bei machen. Wir sind da schon am Überlegen, was da passieren
165 kann, um das in den Griff zu kriegen. Die Bewohner sind ja schon von ihren Grünflächen zwischen
166 den Häusern verwiesen worden und es sind die Bänke abgebaut worden und die Saga hat einen
167 Sicherheitsdienst kommen lassen, damit die Dealer da nicht mehr hin kommen aber jetzt hat sich das
168 ja direkt hier hin verlagert. Es gibt auch einige deutschstämmige Bewohner, die nicht mögen, wenn

169 die südländischen Bewohner viel draußen vor den Häusern sind und mit ihren Kindern draußen
170 sitzen. Aber das haben sie ja schon immer so gemacht und das Problem ist das auch nicht, es geht
171 hier vielmehr um das Dealen. Aber es hat sich verlagert von Großlohe Nord und Süd hier her vor die
172 Kirchengemeinde und auf den Spielplatz da hinten hinter Rewe und da sind dann Mütter nicht mehr
173 auf den Spielplatz mit ihren Kindern gegangen. Und es wird irgendwie bekämpft aber letztlich ist das
174 nur eine Verlagerung und dann haben damit andere Leute zu kämpfen.

175 **Heymann:** Sie haben bestimmt schon Ideen gehabt, was man dagegen machen könnte. Fällt Ihnen
176 dazu etwas ein? Also, ich meine, um an den Ursachen anzusetzen.

177 **Participant1:** Also es wurde bisher immer toleriert, wenn die Leute hier auf der Mauer saßen und ihr
178 Bier getrunken haben aber das jetzt in den Griff zu kriegen ist schwierig. Inzwischen fahren auch hier
179 die Autos ran und lassen dann ihre Musik laut laufen. Jetzt ist da die KiTa und früher war die ja nicht
180 hier, da war das alles offen und es war viel besser einzusehen. Jetzt sind die Dealer auch immer
181 besser versteckt. Also es gibt Überlegungen, die Kirchengemeinde möchte das in den Griff kriegen,
182 aber wie ist eben echt schwierig.

183 **Heymann:** Häufig fehlen den Leuten ja auch andere Perspektiven im Leben. Was denken Sie
184 darüber?

185 **Participant1:** Also, ja auf jeden Fall. Arbeit und Beschäftigung ist ja immer hilfreich für alle
186 Menschen. Aber bei diesen Menschen ist das ja auch schwierig sie irgendwo mit einzubinden. Hier
187 leben ja nicht die einfachsten Menschen, die keine Perspektiven haben. Oft haben sie auch keinen
188 Schulabschluss und es gibt Leute, die waren sehr bemüht aber haben resigniert. Das ist auch immer
189 bitter mitanzugucken, wenn man die Leute kennt. Ich kenne ja viele hier, die in den 80ern noch
190 Jugendliche waren und jetzt als Väter zum Beispiel immer noch nichts für sich gefunden haben und
191 irgendwann auch aufgegeben haben. Das ist echt bitter. Und die Kinder werden dann genauso groß
192 und sehen das Beispiel, dass man auch ohne Beschäftigung leben kann. Es gibt aber auch andere, da
193 kämpfen sich die Jugendlichen durch und machen was aus sich.

194 **Heymann:** Inwiefern könnte man denn hier im Quartier die Leute dazu bewegen sich zu beschäftigen
195 oder sich auch wieder zu bewerben oder weiterzubilden?

196 **Participant1:** Es ist ja so, dass Leute, die in Einrichtungen durch Beschäftigungsprojekte gegangen
197 sind, hinterher dann nochmal gelernt haben oder irgendwo einen Job gefunden haben und ja. Was
198 oft der Fall ist, wenn Leute es lange nicht gewohnt waren wieder zu arbeiten und dann Probleme
199 haben sich an Pünktlichkeit und Regelmäßigkeit zu gewöhnen und das führt dann schnell wieder
200 dazu, dass sie bei der Arbeit gekündigt werden. Wenn man stattdessen in einem geschützten
201 Rahmen, in einem Projekt, die Person langsam daran gewöhnt und sie nicht sofort rauswirft, dann
202 funktioniert das irgendwann. Das kann aber kein Arbeitgeber mitmachen, der seine feste Planung hat
203 und für den viel von Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit abhängt. In einem geschützten Projekt, wo die
204 Leute aber erstmal das wieder lernen können, das wäre sehr hilfreich, denke ich.

205 **Heymann:** Fällt Ihnen dazu ein, was die Leute genau dort machen könnten, womit sie sich in so
206 einem Projekt beschäftigen könnten? Was wäre für die Bewohner attraktiv?

207 **Participant1:** Ja, Handwerk zum Beispiel und besonders Garten- und Außenanlagen pflegen und
208 gucken, ob die Spielplätze sauber sind und ob etwas repariert werden muss. Oder auch für ältere
209 Menschen einkaufen gehen und sich mit ihnen unterhalten, anderen bei Reparaturen oder dem
210 Haushalt helfen. Also, das wäre dann auch nachbarschaftliche Unterstützung, wo die beteiligten
211 Leute wieder Beschäftigung und auch sozialen Austausch finden. Ältere Menschen können sich zum
212 Beispiel auch etwas um die Kinder hier kümmern und ihnen vorlesen oder so. Sowas muss aber

213 organisiert werden, weil diese Menschen das oft nicht allein können. Es bedarf immer einen
214 Menschen, der das ein bisschen in die Hand nimmt.

215 **Heymann:** Ich glaube wir sind dann jetzt am Ende. Möchten Sie noch etwas sagen?

216 **Participant1:** Nee.

217 **Heymann:** Okay. Dann bedanke ich mich für Ihre Zeit und Ihre interessanten Ansatzpunkte.

218 **Participant1:** Sehr gerne.

1 **Interview on the 22. of May 2019 from 1 pm to 1:41 pm**

2 **Heymann:** Schön, dass Sie da sind.

3 **Participant2:** Ja, gerne.

4 **Heymann:** Sie wissen, worum es geht. Wir sprechen heute über die psychische Gesundheit bei den
5 Bewohnern in Großlohe, genauer gesagt über Maßnahmen, wie die psychische Gesundheit bereits
6 gefördert wird und wie man sie fördern kann. Und dazu ist meine erste Frage, in welchem Bereich Sie
7 tätig sind und wie lange Sie schon hier in Großlohe arbeiten.

8 **Participant2:** Ich bin Kümmerer in Großlohe mit einer halben Stelle und Leitung des Treffpunkts
9 Großlohe und bin seit 2002 in Großlohe aktiv und auch Gründungsmitglied des Treffpunkts Großlohe,
10 den es seit 2006 gibt. Seitdem bin ich ehrenamtlich, auf 450 Euro Basis und dann auf einer halben
11 Stelle tätig.

12 **Heymann:** Gut, danke für die Auskunft. Welche Interventionen, also Maßnahmen, sind denn für die
13 Erwachsenen hier in Großlohe verfügbar?

14 **Participant2:** Also, es gibt viele Angebote hier in Großlohe. Angefangen bei Gesprächsgruppen, auch
15 zum Beispiel eine Malgruppe im Kinder- und Familienzentrum, wo es um traumatisierte Frauen geht,
16 die unter Anleitung einer Psychologin eine Art Mal- und Bewältigungstherapie machen, welches aber
17 auf ehrenamtlicher Basis ist. Es ist nicht von der Krankenkasse oder so finanziert. Dann gibt es viele
18 Angebote in Einzelgesprächen, sowohl im Frauen- und Mädchentreff als auch im KiFaZ Großlohe.
19 Auch hier im Treffpunkt Großlohe gibt es für Erwachsene die verschiedensten Gruppen, wo sie sich
20 austauschen können. Das ist einmal das Begegnungscafé und das Lebenscafé mit einem leichten
21 Ansatz des Philosophischen. Des Weiteren gibt es auch Angebote bei Fördern und Wohnen, die
22 speziell auf Erwachsene abgezielt sind. Sprich eine Teestube gibt es dort, es gibt Gesprächsangebote,
23 sowohl geschlechterspezifisch als auch gemeinsame Angebote und es gibt halt auch direkte
24 Einzelhilfen über eine sozial und sozialrechtliche Beratung und natürlich auch viele Gruppen, die eher
25 indirekt zu diesem Bereich zählen, wie eine Handarbeitsgruppe oder ähnliches, wo dann eben auch
26 viel kommuniziert wird oder auch Probleme gewälzt werden. Zum Beispiel gibt es in der Kirche auch
27 den Seniorentreff oder die Nähstube und Kleiderkammer. Also, es gibt eine Vielzahl. Ich denke, ich
28 habe jetzt auch noch nicht alle erwischt.

29 **Heymann:** Sie haben eben schon angesprochen, für welche Leute diese Angebote gemacht sind.
30 Welche Zielgruppen werden durch diese Angebote angesprochen?

31 **Participant2:** Grob formuliert werden alle Erwachsenen angesprochen, sowohl mit als auch ohne
32 Migrationshintergrund und bei uns jetzt im Treffpunkt Großlohe tendenziell eher Senioren oder
33 Menschen ab 50. In den anderen Einrichtungen tendenziell eher bis 50 Jahren. Es gibt natürlich
34 Ausnahmen, wo auch jüngere Menschen zu uns kommen oder ältere Menschen zu den anderen
35 Angeboten aber das ist doch recht übersichtlich.

36 **Heymann:** Was wird denn hier im Treffpunkt Großlohe genau gemacht?

37 **Participant2:** Hier gibt es ganz verschiedene Angebote. Für die psychische Gesundheit zählt ja auch
38 Kommunikation und unter Menschen kommen. Hier gibt es sehr niedrigschwellige Angebote, wie ein
39 gemeinsames Frühstück und auch ein Pottkieker am Samstag oder Sachen wie das Lebenscafé, das
40 Begegnungscafé und das Quiz-Café. Man hört dabei eine Gemütlichkeit raus und es gibt noch weitere
41 themenbezogene Gruppen, die auch mit dazu gehören und wo gemeinsame Interessen im
42 Vordergrund stehen. Das sind dann Computerkurse für Ältere, Handarbeitsgruppen, Englischgruppen
43 oder auch eher so freie Angebote wie zum Beispiel der Presseclub Mittwochabend alle zwei Wochen,

44 wo halt die Menschen sich themeninteressiert treffen. Alles aber sehr niedrigschwellig, sodass man
45 keine großen Grundvoraussetzungen mitbringen muss, um irgendwie an den Gruppen teilzunehmen.

46 **Heymann:** Wissen Sie auch, was das KiFaZ und der Frauen- und Mädchentreff anbieten?

47 **Participant2:** Also, da gibt es Beratungen zu allen Lebenslagen. Gerade im Frauen- und Mädchentreff
48 geht es viel um das Thema Erziehung, Suchtberatung und Suchtprävention und die Beratung von
49 jungen Müttern, die ihr erstes oder auch zweites Kind haben, wo durch eine Kinderkrankenschwester
50 jede Woche eine Sprechstunde angeboten wird, die sehr rege genutzt wird. Wo dann eben geguckt
51 wird, ob die Mütter alles richtig machen. Da wird dann geguckt, ob das Kind gesund ist, gut versorgt
52 ist und ob es einen Mangel gibt und da wird dann dementsprechend beraten. Das ist eins der
53 Angebote was sehr gut genutzt wird. Im KiFaZ gibt es viele Einzelberatungen, aber auch viele
54 Gruppen. Zum Beispiel gibt es ein gemeinsames Frühstück von Frauen mit Migrationshintergrund,
55 auch Gesprächskreise, aber hauptsächlich immer für Frauen, die auch ein bisschen in ihrer
56 Heimatsprache sprechen möchten. Es kann im afrikanischen Bereich sein, es kann im türkischen
57 Bereich sein. Es gibt da verschiedenste Angebote, die auch sehr rege genutzt werden. Ein
58 gemeinsames internationales Frühstück gibt es auch im KiFaZ, welches auch sehr rege von allen
59 möglichen Bewohnern und Bewohnerinnen des Stadtteils wahrgenommen wird.

60 **Heymann:** Sie haben gesagt, dass diese Angebote primär von Frauen genutzt werden. Inwiefern
61 kommen denn auch die Väter zu den Angeboten, die ja auch Teil der Familie sind?

62 **Participant2:** Ja, so allgemein kann man das ja schon sagen und ich weiß nicht, ob das für Großlohe
63 so speziell ist, aber viele Angebote werden eher von Frauen genutzt als von Männern. Da liegt meine
64 Vermutung darin, dass Frauen einfach kommunikativer und offener sind, gerade bei Gruppen mit
65 Migrationshintergrund, als die Männer es sind. Die sind dann doch eher stärker auf ihren eigenen
66 Bereich fokussiert, während die Frauen etwas offener sind. Also, das ist aber egal, ob mit oder ohne
67 Migrationshintergrund. Ich glaube Frauen sind einfach kommunikativer als die meisten Männer.

68 **Heymann:** Okay. Ist das auch hier im Treff Großlohe so?

69 **Participant2:** Ja. Die Angebote werden im Schnitt zu 70 Prozent von Frauen angenommen und zu 30
70 Prozent von Männern, was für einen Seniorentreff schon eine sehr hohe Männerquote ist. In einem
71 klassischen Seniorentreff hat man doch schon eher die Verteilung 95 Prozent Frauen und 5 Prozent
72 Männer, was aber auch an den demographischen Entwicklungen liegt, wie zum Beispiel, dass die
73 Männer einfach früher wegsterben.

74 **Heymann:** Möchten Sie noch was zu den Maßnahmen sagen, die hier im Treff Großlohe
75 unternommen werden? Was beinhalten diese Maßnahmen in Gruppen genau und inwiefern wird
76 dabei die psychische Gesundheit gefördert?

77 **Participant2:** Also, zunächst mal allgemeingültig für alle Angebote, die hier in Großlohe sind, die mit
78 Kommunikation zu tun haben, was auch die Basis jeglicher Angebote ist. Allein beim Austausch gegen
79 die Vereinsamung der Menschen wird dabei schon vorgesorgt und das ist natürlich wichtig für die
80 psychische Gesundheit. Dabei kann Vereinsamung verhindert werden, man bleibt in Kontakt und
81 kann über Probleme und freudige Dinge sprechen, man kommt raus aus den eigenen vier Wänden
82 und bekommt auch wieder Frischluft und das alles gehört für mich zur psychischen Gesundheit. Es ist
83 auch einer der wesentlichen Bestandteile der psychischen Gesundheit, dass Kommunikation
84 zwischen Menschen stattfindet. Zuhause allein würde ich auch versauern.

85 **Heymann:** Okay. Dann stelle ich Ihnen jetzt die Frage, was für Verbesserungen und Bedarfe Sie sehen
86 in Bezug auf psychische Gesundheitsförderung hier in Großlohe.

87 **Participant2:** Das ist schwer. Also, Bedarfe gibt es eigentlich noch viele. Also, es müsste auf jeden Fall
88 mehr Öffentlichkeitsarbeit sein, die entsprechend gefördert wird. Da Öffentlichkeitsarbeit
89 grundsätzlich Geld kostet, sollte durch die Stadt unterstützt werden, dass Angebote bekannter
90 werden. Das können die Einrichtungen hier vor Ort selbst kaum leisten, da wir ein Stadtteil mit über
91 8000 Bewohnern sind und in Großlohe-Nord sind es glaube ich 3500 ungefähr. Um all diese
92 Menschen zu erreichen, sind die Maßnahmen, die die Einrichtungen hier vor Ort machen können,
93 viel zu gering. Da benötigt es auf jeden Fall eine Förderung. Zum Beispiel über einen neuen
94 Gesundheits- beziehungsweise Stadtteilführer, der jetzt auch in Zusammenarbeit mit der HAW
95 erstellt wird. Es Bedarf auch noch viel mehr Menschen, die sich hier engagieren. Leider kann man
96 nicht alles über das Ehrenamt machen. Man müsste auch einige professionelle Angebote ausbauen,
97 wie zum Beispiel Sozialberatung, sozialrechtliche Beratung und eine Art Gesundheitsmanager, der im
98 Quartier die verschiedensten Angebote bewirbt, aktiv auf Menschen zu geht und in Gruppen rein
99 geht. Ich glaube im Zusammenhang mit dem Projekt Gesunde Quartiere ist der Begriff
100 Gesundheitslotse gefallen. Sowas wäre sehr wichtig hier einzuführen und entsprechend zu fördern,
101 da ehrenamtlich sowas nicht leistbar ist, da es viel zu zeit- und kostenintensiv ist.
102 Verbesserungswürdig wäre auch die Ausstattung der Einrichtungen, sodass überhaupt gewährleistet
103 werden kann, dass Bewohner die Möglichkeit haben Gespräche zu suchen und Gruppen zu besuchen.
104 Es gibt auch einige Projekte, die wir gerne machen würden. Zum Beispiel ein Repair-Café, wo man
105 über ein kaputtes Haushaltskleingerät ins Gespräch kommt. Menschen, die mit ihren Kenntnissen aus
106 dem Berufsleben, insbesondere Senioren, ihr Wissen einbringen. Sei es der Elektriker oder
107 Mechaniker oder ähnliches oder einfach ein Tüftler, der anderen damit wiederrum helfen kann, was
108 dann auch wieder auf Kommunikation hinausläuft und mit dem Nebeneffekt, dass ein
109 Haushaltskleingerät wieder in Ordnung ist. Sowas müsste hier eigentlich eingerichtet werden, ist
110 aber aktuell auf Grund mangelnder Menschen, Ressourcen und teilweise auch Geldmitteln nicht
111 umsetzbar. Natürlich ist das nicht nur auf den Treffpunkt bezogen, wo wir ja hauptsächlich
112 ehrenamtlich arbeiten. Es ist natürlich jede Einrichtung hier, sei es für Kinder oder für Erwachsene
113 wäre es wichtig, dass sie mehr Unterstützung erfahren, um weitere themenbezogene Gruppen zu
114 installieren und eventuell auch die technische Ausstattung finanziert zu bekommen. Die Politik macht
115 zwar schon viel, sie verspricht aber viel mehr als sie macht und auch wenn die Förderungen in den
116 letzten Jahren hier in Großlohe gestiegen sind, allgemein ist der Trend zu beobachten, dass überall
117 gekürzt wird und das ist der falsche Weg, gerade im sozialen Sektor und um psychische Gesundheit
118 zu fördern.

119 **Heymann:** Wenn Sie an Personengruppen oder Zielgruppen denken, die vielleicht mehr Bedarf haben
120 als andere, welche bräuchten denn noch mehr Unterstützung?

121 **Participant2:** Also, im Prinzip finden gerade hier in Großlohe eigentlich alle Gruppen eine gute
122 Unterstützung, so weit sie leistbar ist durch die Einrichtungen vor Ort. Klar, gibt es die übliche
123 Forderung nach mehr Personal und das ist auch wichtig und richtig aber nicht das Allheilmittel. Es
124 gibt einige Gruppen, die könnten etwas mehr gefördert und auch gefordert werden. Gerade
125 Personen mit Migrationshintergrund, da trauen sich viele nicht in Angebote zu gehen, weil die
126 vielleicht nicht direkt vor der Haustür sind. Gerade bei Fördern und Wohnen, wo wir einen sehr
127 hohen Migrantenanteil haben, müsste dort vor Ort mehr verstetigt werden was es schon an
128 Angeboten gibt und auch erweitert werden, da es für viele Menschen teilweise ein Ding der
129 Unmöglichkeit scheint sich mehr als 150 Meter von ihrer Wohnung zu entfernen, um dann
130 entsprechend ein Angebot aufzusuchen. Es müsste auch eine stärkere Vernetzung der einzelnen
131 Angebote vor Ort stattfinden, sodass man Leute auch hin und her schicken kann. Zum Beispiel, für
132 Menschen in Einrichtung X haben wir das Angebot nicht, aber Einrichtung Y bietet das an. Das ist
133 auch noch ein Problem hier vor Ort oder vielleicht nicht nur hier. Ich kann es in anderen Stadtteilen

134 nicht so beurteilen. Hier ist es halt das Problem, dass viele darauf achten alles bei sich zu behalten
135 und möglichst wenig an andere Einrichtungen abzugeben.

136 **Heymann:** Also ist die Vernetzung noch ausbaufähig?

137 **Participant2:** Ausbaufähig ist noch freundlich formuliert. Der Vernetzungsstatus ist zwar rudimentär
138 gegeben, aber noch sehr ausbaufähig. Vor allem müsste sich teilweise die Denkweise der
139 Einrichtungen ändern. Nämlich, dass nicht nur Profieinrichtungen das einzig Wahre sind, sondern
140 dass auch ehrenamtliche Arbeit zu schätzen ist. Es scheint oftmals die Einstellung auf der Profiseite
141 zu geben, dass Ehrenamt zwar wichtig, schön und gut ist, aber die wirkliche Arbeit kann nur der Profi
142 machen. Als ob sie Angst hätten, dass ein Ehrenamtlicher ihnen was wegnimmt, wobei gerade die
143 Ehrenamtlichen darauf achten die Angebote, die bereits existieren, nicht zu beeinträchtigen. Das
144 heißt zusätzliche Angebote schaffen. Es wird darauf geachtet. Nicht, dass wir dreimal oder viermal
145 das gleiche Angebot hier in Großlohe haben. Es scheint eine große Angst bei den professionellen
146 Einrichtungen zu sein, obwohl sich in den letzten Jahren schon etwas die Einstellung geändert hat
147 und die Ehrenamtlichen sind nicht immer die Bösen. Vielleicht haben sie auch das Gefühl überflüssig
148 zu werden durch das Ehrenamt, was ja aber nicht das Ziel ist. Es ist nur eine Unterstützung der
149 professionellen Kräfte, sodass die ihre Ressourcen weiterhin so gut einsetzen können wie bisher,
150 aber auch zusätzliche Angebote geschaffen werden. Teilweise ist eben auch die Schwelle zu einer
151 nichtprofessionellen Einrichtung manchmal nicht so hoch, gerade wenn es zum Beispiel um
152 psychische Probleme geht oder ähnliches. Da ist es manchmal leichter mit jemanden zu sprechen,
153 der kein Profi ist, weil man dann tendenziell offener ist und weniger Angst hat ein Problem zu
154 erzählen von seiner Psyche oder ein Problem mit dem Kind, weil der Profi dann auch gezwungen ist
155 das große Fass aufzumachen mit Jugendamt, sozialpsychiatrischer Dienst oder ähnlichem. Die Angst
156 ist glaube ich viel kleiner bei den ehrenamtlichen Angeboten oder auch in Einzelgesprächen.

157 **Heymann:** Also, ist es auch ein wesentlicher Punkt, wenn es um Förderungsangebote geht das eben
158 auch sehr niedrigschwellig arbeitende ehrenamtliche Menschen vor Ort sind, die die Menschen dann
159 auch leichter weiterleiten können zu den professionellen Einrichtungen.

160 **Participant2:** Ja genau, das ist ein ganz wichtiger Punkt. In meiner Aufgabe hier unter anderem als
161 Kümmerer höre ich ganz viele Sachen und teilweise sind auch meine Kompetenzen dann natürlich
162 ganz schnell mal aufgebraucht. Ich bin kein Psychologe, ich bin kein Sozialarbeiter im klassischen
163 Sinne, sondern vieles ist davon ehrenamtsähnlich, mit gutem Wissen, aber eben nicht mit studiertem
164 Wissen, sodass viele mich ansprechen mit ihrem Problem. Entweder kann ich aus meiner Erfahrung
165 heraus Tipps geben mit einer Situation umzugehen oder ich sage dann eben schnell, dass da ein Profi
166 ran muss beziehungsweise dort und dort könntest du Hilfe finden. Also, in meiner Arbeit versuche ich
167 einen Mittelweg zu finden zwischen ehrenamtlicher Hilfe, Hilfe zur Selbsthilfe und verweisen an
168 professionelle Angebote.

169 **Heymann:** Gibt es denn hier in der nahen Umgebung professionelle Hilfe, wo die Leute hingehen
170 können?

171 **Participant2:** Ja, da gibt es einiges. Da gibt es die Einzelgespräche in den verschiedenen
172 Einrichtungen. Das ist zum Beispiel die mobile Sozialberatung, da ist die sozialrechtliche Beratung,
173 wenn es um Probleme geht, die mit Ämtern zu tun haben und Arbeitslosengeld 2, wo teilweise dann
174 auch Probleme mit dem Arbeitgeber angesprochen werden können. Und das nutzen dann auch viele,
175 wenn sie Probleme mit dem Arbeitgeber haben. Nur das sind eben Sachen, die kann keiner von den
176 ehrenamtlichen Menschen oder halt auch nicht irgendwelche Einrichtungsleitungen machen. Das
177 sind wirklich Hilfen, die ganz konkret von einer Fachperson gemacht werden müssen und diese
178 Angebote gibt es, nur viele kennen sie immer noch nicht. Also, da ist die fehlende Bekanntheit ein
179 Problem, was sich aber auch über die Jahre verbessert hat. Das meiste was hier läuft ist

180 Mundpropaganda aber man braucht auch andere Unterstützung und Werbemaßnahmen oder wie
181 auch immer man das nennen möchte.

182 **Heymann:** Sie haben eben von Hilfe für Selbsthilfe gesprochen und ich dachte auch an
183 Selbsthilfegruppen. Wie stehen Sie dazu und gibt es hier welche?

184 **Participant2:** Selbsthilfegruppen sind was Feines und wir haben hier im Treff eine mit dem Thema
185 Schlaganfall-Selbsthilfegruppe. Es gibt auch das KiFaZ, wo es die Anonymen Alkoholiker und Weight
186 Watchers als Selbsthilfegruppe gibt. Dazu gibt es in Hamburg das sogenannte Kiss, das ist die
187 Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen, die selbst einige Selbsthilfegruppen in ihren
188 Gebäuden haben oder auch Selbsthilfegruppen vermitteln. Bis auf die eben genannten sind mir in
189 Großlohe aber keine großartigen Selbsthilfegruppen bekannt und da kann man in Bezug auf
190 psychische Gesundheit sicherlich was einrichten. Mit Hilfe für Selbsthilfe war jetzt aber nicht
191 unbedingt die Selbsthilfegruppe gemeint, sondern manchmal ist es auch einfach einen Behördenbrief
192 zu erklären und übersetzen von Behördisch zu Deutsch, sodass man überhaupt weiß, was die
193 Behörde möchte und dass man dann auch die Antworten selbst eintragen kann. Oder man geht mit
194 der Person einen Antrag durch, in der Hoffnung, dass die Person das irgendwann selbst kann. Viele
195 nutzen das auch ganz gerne als Service, sodass sie dann jedes Mal mit dem gleichen Ding kommen,
196 aber da muss ich für mich entscheiden, ob ich das nun weiter mache, weil die Person zum Beispiel
197 Analphabet ist und unterstütze die Person dadurch oder muss ich mehr darauf achten, dass die
198 Person lernt es selbst zu machen. Wir haben hier einige Analphabeten vor Ort und bei denen macht
199 man das natürlich sehr gerne, aber bei anderen sagt man sich dann auch, dass sie das eigentlich auch
200 selbst machen können. So, und das versucht man dann durch Hilfe zur Selbsthilfe, also durch
201 Erklärungen und Anleitungen.

202 **Heymann:** Okay. Von Ihrer Seite fielen ein paar Vorschläge zu Maßnahmen, die man hier noch
203 umsetzen könnte. Haben Sie denn noch weitere Ideen oder gibt es Wünsche seitens der Bürger?

204 **Participant2:** Das Repair-Café ist schon ein Angebot, was von den Bürgern schon häufig
205 vorgeschlagen wurde. Wir arbeiten hier nach dem Konzept, dass wir halt versuchen nicht in diese
206 Sozialarbeiterfalle zu geraten. So wie: „Du hast eine tolle Idee und ich mache das jetzt.“ Sondern eher
207 zu sagen: „Du hast eine tolle Idee, mach es und wir unterstützen dich darin.“ Das ist aber ein langer
208 Prozess, weil die meisten erstmal antworten, dass sie keine Gruppenleitungen machen können,
209 weil... und so lange sich keiner findet, wird es das Angebot auch nicht geben. Das heißt, wir
210 versuchen die Leute dazu zu bringen ihre Ideen auch umzusetzen, natürlich mit starker
211 Unterstützung, aber die Personen müssen auch selbst aktiv werden. Deswegen wird es auch dieses
212 Projekt vermutlich erst in ein bis zwei Jahren geben. Ein anderes Projekt, was ich vor sieben oder
213 acht Jahren begonnen habe, was aber mangels Fläche aktuell noch nicht läuft, ist der sogenannte
214 interkulturelle Gemeinschaftsgarten, wo gemeinsam quer durch die Bevölkerungsschichten
215 gegärtnert werden soll, Kindern beigebracht werden soll, dass die Möhre nicht bei Rewe in der
216 Plastiktüte wächst, sondern auch mal in der Erde gesteckt hat. Ich weiß man hört es jetzt nicht auf
217 dem Band aber Sie schmunzeln, aber diese Vorstellung gibt es wirklich bei einigen Kindern, dass
218 Gemüse im Supermarkt ist, aber was davor läuft da haben die Kinder keinen blassen Schimmer von.
219 Also, gemeinsame Aktivitäten an der frischen Luft, Erfahrungen wie zum Beispiel in der Erde zu
220 graben und diese Erfolgserlebnisse zu sehen, wenn man einen kleinen Samen setzt und daraus ein
221 Kürbis, eine Möhre oder sonst was wird. Das kann man auch zur psychischen Gesundheit zählen, weil
222 man gemeinschaftlich aktiv ist über vermeintliche Grenzen zwischen Bevölkerungsgruppen und man
223 hat das Erfolgserlebnis, dass man gemeinsam etwas erschafft und man begreifen kann und im
224 wahrsten Sinne auch anfassen kann. Sowas kennen viele hier nicht, oder haben auch mangelnde
225 Erfolgserlebnisse und mangelnden Selbstwert, aufgrund ihrer Bildung oder Krankheitsgeschichte,
226 aufgrund ihrer Einstellungen oder Lebenserfahrungen. Sowas würde für mich auch sehr stark zur

227 psychischen Gesundheit beitragen, wenn die Menschen Erfolgserlebnisse haben und sich wichtig
228 fühlen. Sowas Produktives fehlt hier definitiv noch in Großlohe. Es ist zwar schön, dass es
229 Handarbeitskurse und Bastelkurse gibt, aber viele interessieren sich für sowas nicht und dass man da
230 eine Lücke schließt, zum Beispiel mit der Natur. Es fehlt zum Beispiel auch eine Töpfergruppe oder
231 ähnliches, wo man ziemlich schnelle und unmittelbare Erfolge sieht, die auch länger vorhalten. Die
232 Hoffnung gebe ich noch nicht auf, dass wir solche Angebote hier noch hinkriegen. Gerade im Zuge
233 des Gewerbegebietes Viktoriapark stehen die Chancen ganz gut, dass wir den interkulturellen
234 Gemeinschaftsgarten hinkriegen, da eine Fläche zur Verfügung gestellt wird. Es fehlen halt nur ein
235 paar Macher. Bei mir sind es Ideen, die eher produktiv sind, denn Gesprächsangebote gibt es viele
236 hier, auch regelmäßig. So ein bisschen mehr die Interessenschiene bedienen, da fehlt noch was.

237 **Heymann:** Wer sind denn dann die potenziellen Macher?

238 **Participant2:** Beim Töpfern wäre es zum Beispiel aus dem Quartier jemand der Kunstlehrer war oder
239 jemand der in handwerklichen Bereichen tätig war aber auch einfach nur ein starkes Interesse an
240 Tonarbeiten hat, der wäre auch schon geeignet. Wir versuchen möglichst Macher aus dem Quartier
241 zu aktivieren, im Zweifel auch aus dem näheren Umfeld. Auf jeden Fall muss die Person einen Bezug
242 zum Stadtgebiet haben und nicht jemanden, der so von außen aus einem gut betuchten Gebiet
243 kommt und sich gönnerhaft verhält. Damit können die Leute in Großlohe nicht oder ganz schlecht
244 umgehen. Wenn jemand zum Beispiel aus Blankenese kommt und sagt: „Ich schenke euch etwas von
245 meiner Zeit, weil ich ja so gütig bin und wir können gemeinsam töpfeln.“ Das würde hier definitiv
246 nicht gut ankommen. Deswegen werden Leute aus der Umgebung oder direkt von hier von jeglichen
247 Gruppen akzeptiert. Jemand, der von außen aufgepfropft wird, hat es hier schwer. Also, für den
248 Gemeinschaftsgarten sind Leute angesprochen, die Gärtner, Landschaftsgärtner und ähnliches
249 gemacht haben aber die aus gesundheitlichen Gründen oder altersbedingten Gründen nicht mehr im
250 Berufsleben sind und das als Hobby sehen würden. Zielgruppen sind Menschen, die keinen eigenen
251 Garten haben. Wir haben hier sehr viele Menschen, die maximal einen kleinen Balkon haben und sich
252 auch keinen Kleingarten leisten können. Für die ist das gedacht, sodass sie auch mit ihren Kindern
253 und der ganzen Familie gemeinschaftlich ein kleines Beet bestellen könnten.

254 **Heymann:** Und wie erreicht ihr diese Menschen aus dem Quartier?

255 **Participant2:** Ja, das ist schwer. Wie gesagt ist es Mundpropaganda hauptsächlich und das braucht
256 lange. Wir merken es generell am Treffpunkt Großlohe. Uns gibt es jetzt im dreizehnten Jahr und
257 haben immer noch einen Bekanntheitsgrad, der nur bei 50 oder 60 Prozent liegt. Viele kennen uns
258 auch nach 13 Jahren noch nicht und deswegen ist es auch schwer Menschen zu erreichen, die
259 eventuell von ihren Interessen her zu möglichen Angeboten kommen würden. Viele haben auch
260 Angst vor unserem Grundsatz, dass wir sagen: „Du hast eine tolle Idee, also mach sie.“ Viele
261 Menschen, auch wenn sie es könnten, trauen sich nicht eine Gruppe oder ein Angebot zu leiten, weil
262 sie denken, dass sie es nicht hinkriegen oder das ist die Wahnsinnsarbeit. Natürlich ist es Arbeit und
263 es ist auch mit Organisation verbunden, aber es ist nicht so, dass es einem das komplette Leben
264 raubt und deshalb gibt es ja erstrecht die Unterstützung von uns. Ich mache ja auch beides. Ich bin
265 sowohl Kümmerer als auch ehrenamtlich tätig. Ich leite auch mehrere Gruppen und man kann es
266 entspannt machen, wenn man möchte.

267 **Heymann:** Okay. Ich wäre jetzt am Ende angekommen. Fühlen Sie sich frei noch irgendwas zu
268 erzählen.

269 **Participant2:** Ich habe da jetzt keine großen Gedanken mehr. Ich glaube, ich habe das meiste gesagt.
270 Vielleicht noch, gerade in Bezug auf die HAW, freut es mich sehr, dass die HAW jetzt mit ihrem
271 Projekt gerade Großlohe ausgewählt hat. Wir freuen uns, dass ihr hier besonders aktiv seid. Ich
272 glaube Lohbrügge ist das zweite Quartier und das damit zwei Quartiere gefunden wurden, die nicht

273 unbedingt immer auf der Sonnenseite stehen und beachtet werden. Ich sehe das Projekt Gesunde
274 Quartiere als sehr gute Chance für Großlohe auch Bleibendes zu schaffen, was die Gesundheit, vor
275 allem die psychische Gesundheit, oder auch die allgemeine Gesundheit und das Wohlbefinden in
276 Großlohe teilweise stark fördern kann. Es freut mich besonders, dass wir das Glück hatten auch mal
277 wieder die Sonnenseite zu sehen.

278 **Heymann:** Okay, schöne Worte. Ich hoffe natürlich, dass sich das alles für Großlohe verwirklicht und
279 Wünsche wahr werden. Ich bedanke mich sehr für das Interview.

280 **Participant2:** Sehr gerne.

1 **Interview on the 24. of May 2019 from 10:30 am to 10:50 am**

2 **Heymann:** Schön, dass Sie da sind und bereit für das Interview sind. Heute geht es, um ein Interview
3 zum Thema psychische Gesundheit bei den Erwachsenen im Quartier Großlohe und da ist meine
4 erste Frage, in welcher Position Sie arbeiten und wie lange Sie schon in Großlohe tätig sind.

5 **Participant3:** Ich bin Kinderkrankenschwester und arbeite beim Gesundheitsamt in der Funktion
6 Mütterberatung als Beraterin, seit 16 Jahren bin ich schon in Großlohe tätig.

7 **Heymann:** Das ist ja schon lange. Dann ist meine erste Frage zu dem Themenbereich: Welche
8 Interventionen, also Maßnahmen und Angebote, sind für die psychische Gesundheit für die
9 erwachsenen Bewohner in Großlohe verfügbar?

10 **Participant3:** In der Mütterberatung her haben wir schon mit psychisch erkrankten Müttern zu tun.
11 Es ist jedoch nicht direkt unser Aufgabenbereich. Wenn ich merke, die Mutter hat so starke
12 psychische Probleme und ist erkrankt, dann sind meine Anlaufstellen teilweise schon das Jugendamt,
13 wegen der Gefährdung des Kindes oder das Kinderkrankenhaus Wilhelmstift. Ansonsten hole ich mir
14 dann von unserem sozialpsychiatrischen Dienst und jugendpsychiatrischen Dienst Rückendeckung.
15 Was es in Großlohe alles gibt, das kann ich selbst gar nicht sagen.

16 **Heymann:** Sind Ihnen denn trotzdem irgendwelche Angebote bekannt, die die psychische
17 Gesundheit in Großlohe fördern?

18 **Participant3:** Dazu habe ich zu wenige Kenntnisse.

19 **Heymann:** Dann erübrigt sich die Frage, welche Zielgruppen angesprochen werden. Können Sie mir
20 nochmal sagen, welche Zielgruppen Sie haben?

21 **Participant3:** Unsere Zielgruppe sind die Familien, die ein Baby bekommen oder die in den Bezirk
22 Wandsbek mit Baby oder Kindern ziehen. Familien aus allen Gesellschaftsschichten und Kulturkreisen
23 werden von uns angeschrieben und ob sie dann unsere Beratung in Anspruch nehmen ist deren
24 Freiwilligkeit.

25 **Heymann:** Sind da Väter ausgenommen?

26 **Participant3:** Nein, Väter natürlich auch. Wir sprechen schon die Familien mit Kindern an. Väter
27 kommen aber teilweise weniger, weil die Mütter oft Zuhause sind und sie die Zeit haben.

28 **Heymann:** Wie werden denn die Beratungen von den Frauen angenommen?

29 **Participant3:** Unterschiedlich. Wir schreiben die Familien an, wir informieren sie über unser Angebot
30 und schicken ihnen Informationsmaterial rund ums Baby zu. Es wissen auch die Kliniken, Kinderärzte
31 und Gynäkologen, dass es uns gibt. Wir sind auch weit vernetzt bei Hebammen und manchmal
32 spricht sich das auch einfach rum. Bei Risikofamilien gibt es auch die Babylotsen. Sie fragen, ob die
33 Familien mehr Bedarf haben und vermitteln dann. Es ist auch spannend nachzufragen, woher sie
34 unseren Kontakt haben.

35 **Heymann:** Okay. Dann sind Sie ja gut vernetzt. Werden die Beratungen denn durch viele genutzt?

36 **Participant3:** Allgemein ja. Das kommt immer darauf an in welchen Stadtteilen. In Großlohe ist es
37 immer unterschiedlich und das hängt natürlich auch von der Geburtenstärke ab, aber im Grunde
38 genommen ja. Hamburg weit gibt es Mütterberatungsstellen und wir sind immer vor Ort, wo die
39 Mütter auch leben. In Großlohe haben wir zwei Angebote und es ist möglichst niedrigschwellig.

40 **Heymann:** Da für mich Beratungsleistungen auch als Intervention in diesem Feld zählen, ist meine
41 nächste Frage zu was Sie beraten, also zu welchen Themen wird beraten, gerade im Hinblick auf
42 psychische Gesundheit, also auch Stress und Probleme, die Mütter haben können.

43 **Participant3:** Hauptsächlich sind wir die Lobby der Kinder. Unsere Angebote sind Unterstützung zu
44 Fragen der Pflege, Ernährung und Entwicklung des Kindes, Stillberatung, Rachitis- und
45 Kariesprophylaxe für das erste Lebensjahr, Impfberatung für die ganze Familie, Hilfestellung in
46 Alltagsfragen rund um die Familie, Beratung zu Eltern-Kind-Kuren. Eine Voranmeldung ist nicht
47 erforderlich. Die Angebote sind kostenfrei und auf Wunsch anonym. Wir unterliegen der
48 Schweigepflicht. Wir arbeiten zum Wohl des Kindes. Natürlich ist es so, dass das Kind nur gut
49 gedeihen kann, wenn die Mutter sich wohl fühlt. Wir haben die Mutter schon ein Stückweit im Blick,
50 aber da sind wir darauf angewiesen, dass wir Kooperationspartner haben oder andere Anlaufstellen.

51 **Heymann:** Was sind das für Institutionen, die dann in Frage kommen können?

52 **Participant3:** In Wandsbek und Farmsen sind die Sprechstunden im Gesundheitsamt. In den anderen
53 Gebieten und in Großlohe bin ich immer mit sozialen Trägern zusammen. Also oftmals ist es mehr
54 Sozialberatung und die haben dann Sozialpädagogen da. Also, wenn ich merke die Mutter hat mehr
55 Probleme, verweise ich an die Institutionen, wo ich dann bin, und die Sozialpädagogen arbeiten dann
56 weiter mit der Mutter.

57 **Heymann:** Okay. Was sind das für Träger?

58 **Participant3:** Das ist einmal das Kinder- und Familienzentrum in Großlohe über den Internationalen
59 Bund und der Frauen- und Mädchentreff. Wir sind im KiFaZ und in dem Treff direkt angedockt. Weist
60 die Mutter uns auf entsprechende Probleme hin und ist mit einer Weiterleitung einverstanden
61 informiere ich die Sozialpädagogen vor Ort. Sie wird von den Sozialpädagogen weiter aufgefangen.
62 Da ich nur ein Mal in der Woche in jeder Einrichtung bin, habe ich nicht den großen Blick über
63 Großlohe.

64 **Heymann:** Dann komme ich auch schon zur letzten Frage. Es sei denn, Sie möchten noch etwas zu
65 den vorherigen Fragen erläutern.
66 Und zwar: Was für Verbesserungen und Bedarfe sehen Sie denn in Bezug auf psychische Gesundheit
67 für die Erwachsenen, oder besonders für die Mütter, in Großlohe?

68 **Participant3:** Ich denke das Thema ist schwierig. Teilweise ist es so, dass man schon bei den Müttern
69 etwas Psychisches feststellt, aber die Mütter selbst nicht so weit sind, um zu sagen, dass sie ein
70 psychisches Problem haben. Ich denke es geht auch um die Förderung der Akzeptanz bei psychischen
71 Geschichten. Wenn man sich den Arm gebrochen hat, dann geht man ja auch zum Arzt. Was wir bei
72 unseren Frauen auch häufig haben ist eine postnatale Depression. Und es ist sehr schwierig mit den
73 Frauen darüber zu reden, weil es für sie wie ein Makel ist und mit Angst belastet ist. Da kommen
74 dann Sprüche, wie: „Ich bin doch nicht für die Klappe.“ Diese Akzeptanz, dass es sowas eben gibt und
75 dass der Körper mal nicht so funktioniert, wie man will, aber auch die Psyche, mal nicht so
76 funktioniert und dass das nicht schlimm ist, das versuche ich mitzubringen. Es ist schwierig
77 überhaupt an die Mütter so ranzukommen, dass sie da einem den Zugang erlassen. Man merkt
78 manchmal auch am Kind, dass das nicht so stimmig ist, aber man kriegt keinen Zugang zu den Frauen.
79 Na ja, jeder hat halt auch einen Verdrängungs- und Schutzmechanismus. Vielleicht sollte dieses
80 Thema psychische Erkrankung breiter gefächert werden. Dass es eben nicht nur einen Hausarzt in der
81 Nähe gibt, sondern dass es auch legitim ist, dass ich mir bei einem Psychologen Hilfe hole. Ob
82 Großlohe nun besser oder schlechter angebunden ist an solche Angebote kann ich nicht sagen. Es ist
83 auch so, dass Mütter sehr früh aus der Geburtsklinik entlassen werden und wir vor Ort kriegen dann
84 den Babyblues mit. Früher gab es längere Verweildauern in den Krankenhäusern und da haben die

85 Krankenhäuser das mitgekriegt und waren natürlich in einem besseren Versorgungskomplex, anstatt
86 allein Zuhause. Ich finde die Entwicklung schwierig. Wenn die Mütter uns haben und wissen, dass sie
87 zu uns kommen können, oder vielleicht haben sie auch eine Hebamme, dann hat man das noch
88 etwas unter Kontrolle. Aber viele haben gar nichts, gehen nicht zu uns, nicht in die Sprechstunde,
89 haben keine Hebamme und sitzen dann allein Zuhause mit ihren Problemen und denken, warum ist
90 das Leben auf einmal so schwer. Da so einen Zugang zu finden, das ist mir zu wenig manchmal.

91 **Heymann:** Haben Sie dazu denn Ideen?

92 **Participant3:** Die Idee ist tatsächlich, dass die Kliniken nicht gleich direkt nach der Geburt die Mütter
93 wieder nach Hause schicken, auch wenn viele Mütter das natürlich gerne wollen. Also, dass nicht
94 allein auf die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses geschaut wird und die Verweildauer auch länger
95 als drei bis vier Tage ist. So bekommt die Mutter Sicherheit und die Klinik kann schauen wie sich alles
96 entwickelt. Klar, sagen viele Mütter: „Mir geht es gut, ich möchte nach Hause.“ Trotzdem wissen sie
97 eben auch nicht so genau, was dann Zuhause passiert. Man sagt und erzählt zwar, dass dies und das
98 auf sie zukommen kann, aber dann wird darauf weniger gehört und dann sitzen sie Zuhause und
99 dann ist es tatsächlich schlimmer, als sie es gedacht haben. Wir haben auch wenig Hebammen und in
100 Großlohe gibt es keine Hebamme und von den Entfernungen ist es oft zu weit für die Mütter. Das
101 Krankenhaus könnte auch einen Nachsorgetermin für die Mutter anbieten. Das wären jetzt so meine
102 Ideen.

103 **Heymann:** Das klingt ja gut. Fällt Ihnen zu Bedarfen und Verbesserungen noch etwas ein?

104 **Participant3:** Wie gesagt, wir haben nicht so viel direkt damit zu tun. Klar, es gibt die postnatalen
105 Depressionen häufiger Mal bei uns und viele von denen sind zum Glück auch schon gut versorgt.
106 Haben die Mütter den Zugang zu uns gefunden, dann bekommen sie eine Art „Rundum-Sorglos-
107 Paket“. Wir schauen erstmal auf das Kind aber haben auch die Mutter im Blick. Zuerst sprechen wir
108 sie an und fragen: „Geht es Ihnen gut, was brauchen Sie?“ Die Mütter sollen wissen, dass wir für sie
109 da sind. Ihre Gedanken können sie uns sagen. Und wir überlegen dann weiter oder gemeinsam, was
110 man machen kann. Wenn die Mütter schon bei uns angedockt sind, dann haben sie auch ein Forum,
111 in dem sie reden können. Beim Kinderarzt ist oft nicht genug Zeit für solche Gespräche und bei uns
112 können sie kommen und wir haben die Zeit. Wir haben auch die Zeit einfach mal zuzuhören, auch
113 wenn sie es einfach nur rauslassen wollen. Dann überlegt man zusammen weiter, ob weitere Hilfe
114 gebraucht wird. Beim Erstkontakt mit der Mutter müssen wir überlegen wie viel sage ich ihr und was
115 kann ich ihr zu dem Thema sagen. Manchmal merkt man, da steckt mehr dahinter, aber die Mutter
116 redet nur einmal kurz darüber oder lässt gar keinen Zugang zu. Ich bin in dem Moment ja eine
117 fremde Person. Bei der Mütterberatung kann man dann nur hoffen, dass die Frauen wiederkommen.
118 Es ist ja ein freiwilliges Angebot. Unser Ziel ist es, so viel Vertrauen aufzubauen und Empathie zu
119 geben, dass die Mutter wiederkommt. Ihre Überlegung sollte sein: „Ach, da kann ich wieder hin
120 gehen, da kann ich über meine Probleme und Sorgen reden, da wird mir geholfen ohne dass ich
121 Angst haben muss.“ Manchmal ist es auch erst nach einem mehrmaligen Kontakt so. Als Beraterin
122 spürt man manchmal da war doch vorher schon was nicht in Ordnung. Ich habe das gemerkt, konnte
123 es nicht ansprechen, da die Mütter mit einem Anliegen zu uns kommen und das besprechen wir.
124 Sagen wir in so einem Gespräch gleich: „Man müsste bei Ihnen was machen.“ Das geht nicht. Dann
125 kommen die Mütter nicht wieder. Häufig ist es so, dass Mütter uns erstmal kennenlernen müssen,
126 und Vertrauen zu uns aufbauen. Im Allgemeinen braucht man viel Fingerspitzengefühl. Manchmal bin
127 ich auch erstaunt, wie offen die Eltern sind. Aber wir sind keine therapeutische Einrichtung. Ich muss
128 natürlich auch aufpassen, was ich für Fragen an die Mutter dann stelle. Es kann ja sein, dass ich bei
129 der Mutter durch eine Frage etwas auslöse, was ich dann nicht auffangen kann. Ich bin ja, wie gesagt,
130 keine Therapeutin. Das ist dann tatsächlich ein Fingerspitzengefühl im Umgang mit den Müttern.

131 **Heymann:** Da nun einige Frauen Schwierigkeiten mit der Akzeptanz von psychischen Problemen
132 haben, was kann man auf Quartiersebene dagegen machen? Zum Beispiel, um gegen eine
133 Stigmatisierung zu arbeiten.

134 **Participant3:** Da würde ich an Ihrer Stelle die Träger fragen, die in Großlohe tätig sind. Die sind dazu
135 schon viel eher ein Ansprechpartner.

136 **Heymann:** Okay. Möchten Sie denn noch etwas zu den anderen Punkten sagen?

137 **Participant3:** Nein.

138 **Heymann:** Okay. Dann vielen Dank für Ihre Zeit.

1 **Interview on the 31. of May 2019 from 14:00 pm to 14:35 pm**

2 **Heymann:** Schön, dass Sie heute für das Interview da sind. Es geht heute, um die psychische
3 Gesundheit für die Bewohner hier in Großlohe und da ist meine erste Frage, in welchem Bereich Sie
4 arbeiten und wie lange Sie schon in Großlohe tätig sind.

5 **Participant4:** Ich bin ■■■ und bin ■■ Jahre alt. Ich bin Familienkinderkrankenschwester und arbeite
6 jetzt schon zwei Jahre in Großlohe, in dem Stadtteil Rahlstedt aber mit dem Schwerpunkt in
7 Großlohe. Ich habe auch 25 Jahre im Kinderkrankenhaus Wilhelmstift gearbeitet und dadurch habe
8 ich auch zu Großlohe schon eine Verbindung, weil ich das Gefühl habe und es ist auch so, dass
9 Großlohe einen etwas schlechteren Ruf hat. Ich habe sowas gehört wie: „Ah, du wohnst in Großlohe.
10 Das ist ja peinlich.“ Aber ich finde trotzdem, dass sich das gewandelt hat und dass es nicht mehr so ist
11 wie früher und sich zum Vorteil entwickelt. Wahrscheinlich, weil ich auch hier in dem Gebiet arbeite
12 und das wahrscheinlich auch mit anderen Augen sehe und einfach auch versuche die Leute
13 wertschätzend und respektvoll zu behandeln und das Vertrauen aufzubauen. Ich kümmere mich halt
14 hauptsächlich um Familien mit Babys oder um Schwangere. Wir machen aufsuchende Tätigkeiten,
15 also wir besuchen die Leute Zuhause, wenn sie es wünschen, oder sie können in unser offenes
16 Angebot kommen. Wir haben hier ein Baby-Café im Mehlandsredder, einen Frauen- und
17 Mädchentreff und da ist ein freiwilliges und kostenloses Angebot und wenn sie möchten, können sie
18 dorthin kommen. Durch meine Arbeit habe ich die Großloher natürlich kennengelernt.

19 **Heymann:** Gut. Dann komme ich zur ersten Frage zu dem Thema: Welche Interventionen, also
20 Maßnahmen und Angebote, sind für die psychische Gesundheit für die erwachsenen Bewohner in
21 Großlohe verfügbar?

22 **Participant4:** Also, allgemein finde ich, dass Großlohe eine gute Infrastruktur hat. Ich beziehe mich
23 jetzt auf meine Sachen. Ich finde, dass es viele Kindergärten und Schulen gibt. Es gibt Angebote von
24 Institutionen, zum Beispiel das Kinder- und Familienzentrum und der Frauen- und Mädchentreff,
25 Treffpunkt Großlohe und die Kirche hat ja auch ein Angebot. Also, wirklich viele kostenlose
26 Angebote, die die Bewohner nutzen können. Und dann kenne ich auch noch Interventionen von der
27 Volkshochschule. Die bieten ja Nähkurse, Sportkurse, Integrationskurse und Deutschkurse an. Also,
28 das ist schon ziemlich groß gefächert finde ich.

29 **Heymann:** Ok. Und welche Zielgruppen werden durch diese Interventionen besonders
30 angesprochen?

31 **Participant4:** Durch den Frauen- und Mädchentreff werden natürlich Frauen und Mädchen
32 angesprochen und der ist auch schon gut etabliert. Generationsfolgend kommen die Leute immer
33 wieder dorthin und dadurch haben sie auch die Ansprechpartner. Man muss aber dazu sagen, dass
34 vor zwei Jahren das Personal gewechselt hat und da hat sich die Struktur ein bisschen verändert. Wir
35 haben auch versucht, so ein bisschen durch meine Arbeit, das ganze etwas mehr zu durchmischen,
36 sodass auch ein paar neue Leute kommen. Also, nicht nur die, die schon immer dorthin kommen und
37 dass auch die Leute von drüben, also vom Großlohering auch hierherkommen können und die Leute
38 von dieser Seite auch rüber zu den anderen Angeboten können. Das KiFaZ wird auch gut besucht,
39 zumindest weiß ich das vom Frühstück donnerstags und von der Hausaufgabenbetreuung für die
40 Kinder. Bei den anderen Treffpunkten bin ich mir nicht ganz so sicher, aber ich glaube die werden
41 auch angenommen. Wahrscheinlich erhofft man sich, dass irgendwie mehr angenommen wird aber
42 sie werden auch zum Teil gut angenommen.

43 **Heymann:** Und welche Zielgruppen sind das da genau? Sind es zum Beispiel Geflüchtete,
44 Alleinerziehende, eher Frauen oder Männer? Gibt es da einen Schwerpunkt?

45 **Participant4:** Das hängt von der Institution ab. Einige Männer gehen eher in den Treffpunkt Großlohe
46 oder vor allem ältere Frauen. Beim Frühstück im KiFaZ kommen eher die mit türkischen Wurzeln und
47 zu uns kommen sogar welche von der Siekerlandstraße und vom Großlohering. Da hat es sicher gut
48 durchmischt. Ich glaube trotzdem, dass die Zahl der Geflüchteten in den Institutionen noch sehr
49 gering ist, weil Informationen fehlen und weil es auch eine größere Hemmschwelle ist. Und hier im
50 Stadtteil gibt es auch das Thema Rassismus, vor allem unter Jugendlichen.

51 **Heymann:** Inwiefern ist das Thema Rassismus für die Bewohner hier schwierig, bedrohend und
52 belastend?

53 **Participant4:** Ich weiß bei vielen ist das Thema noch in den Köpfen drinnen. Bei vielen herrschen
54 Frustration und ein Neid, dass die Geflüchteten alles bekommen, werden versorgt, kriegen Geld vom
55 Amt und kriegen auch eine Wohnung. Es sind auch viele Sozialhilfeempfänger dabei, die das Gefühl
56 haben sie bekommen nicht genug und denen fehlt oft das Gefühl, wie sich die Geflüchteten fühlen.
57 Ich glaube bei vielen sind veraltete Gedanken im Kopf an früher. Ich weiß nicht, ob die da an die Nazi-
58 Zeit denken. Und viele Großloher darunter haben auch osteuropäische Wurzeln, sind also auch
59 Migranten oder haben einen Migrationshintergrund. Trotzdem ist es in den letzten Jahren besser
60 geworden mit den Geflüchteten. Zu Anfang als sie hergezogen sind war es schon schwieriger, da gab
61 es mehr Probleme und eine größere Diskrepanz.

62 **Heymann:** Wie werden diese Interventionen, von Ihnen und von den anderen Institutionen,
63 angenommen durch die Bewohner? Ich glaube Sie haben das eben schon angedeutet, indem Sie
64 sagten, dass die gut besucht werden.

65 **Participant4:** Ich glaube, dass alle Angebote von den gewissen Leuten angenommen werden. Ich
66 glaube aber, dass nicht so viel Durchmischung da ist und jede Institution ihre Schwerpunkte im Blick
67 hat. Bei mir im Baby-Café fängt es gerade an sich besser zu durchmischen. Ich möchte auch einfach,
68 dass da alle hinkommen und jeder hinkommen soll und da ist es sehr wichtig, dass man mit jedem
69 Bewohner wertschätzend umgeht und das möchten die auch. Sie brauchen einen wertschätzenden
70 Umgang, Respekt und Vertrauen. Das sind ganz wichtige Sachen. Hier in Großlohe gibt es ja auch
71 sogenannte Clans, die über Generationen weiterbestehen und diese Clans bleiben oft unter sich und
72 da ist es ganz schwierig Kontakt aufzunehmen und da sozusagen reinzukommen. Die
73 türkischstämmigen Leute haben zum Beispiel das Frühstück im KiFaZ sehr stark eingenommen und
74 die wollen nicht, dass da jemand anderes mit zu kommt. Die haben das Angebot sehr für sich
75 vereinnahmt, sind seit Jahren dort etabliert und das wollen sie dann nicht teilen. Also, das ist schon
76 ein langer Weg, wenn sich mal für andere geöffnet wird und neue dazukommen dürfen.

77 **Heymann:** Okay. Also, ich sage es mal so, gibt es denn auch Stress zwischen den kulturellen
78 Gruppen?

79 **Participant4:** Ja, es gibt Stress. Es gibt viele kulturelle Gruppen. Es gibt auch viele Afrikaner hier und
80 auch andere Clans wie Sinti und Roma und auch eine Drogenszene und das ist natürlich schwierig für
81 die Bewohner. Was ich richtig gut finde als Intervention ist die Bürgerpolizei, die hier auch arbeiten.
82 Es gibt natürlich nicht nur Streit zwischen den Kulturen, sondern auch Nachbarschaftsstreits und die
83 schaukeln sich ja auch hoch, besonders in ärmeren Vierteln. Und ich habe auch schon
84 Stadtteilpolizisten vermittelt und die kümmern sich halt. Die rufen dann die Betroffenen an und
85 machen einen Hausbesuch und besprechen die Probleme. Diese Polizisten kennen die Leute auch
86 schon und wissen, wie sie damit umgehen müssen.

87 **Heymann:** Wer sind denn die „Polizisten“? Sind das Bewohner aus dem Quartier?

88 **Participant4:** Nein, das sind richtige Polizisten. Viele wissen aber gar nicht, dass es die gibt und da
89 sind wir Netzwerker wieder zuständig. Also, dass wir gucken, wie können wir die vermitteln. Es ist
90 einfach so, dass vielen das Wissen fehlt. Also, was haben wir für Möglichkeiten.

91 **Heymann:** Um nochmal zu den Interventionen zu kommen, die besonders Sie auch durchführen. Was
92 beinhalten die genau?

93 **Participant4:** Ich versuche die Familien, die ich betreue, zu vernetzen. Ich sage ihnen dann wo
94 Angebote sind und wo sie mit ihrem Kind hinkönnen. Wie ist es zum Beispiel, wenn das Kind in den
95 Kindergarten und kommt und mit dem KiTa-Gutschein. Wir haben auch eine gute Zusammenarbeit
96 mit Kindergärten oder Fragen, wie welchen Kinderarzt kann ich mir suchen, weil in Großlohe gibt es
97 leider keinen. Das fehlt halt. Und dann kann ich denen empfehlen zur Mütterberatung zu gehen und
98 dadurch habe ich auch einen guten Kontakt zu [REDACTED]. Und wenn es um spezielle Angebote geht, dann
99 sage ich auch, dass sie nach Rahlstedt fahren können, weil es da zum Beispiel eine Babymassage gibt.
100 Es gibt einfach ein hohes fehlendes Wissen und besonders bei den Geflüchteten, die wissen halt
101 nicht, wie es hier läuft. Aber, da hilft es schon mit kleinen Sachen weiterzuhelfen und ich denke,
102 wenn man irgendwas mit den Familien bespricht, da bleibt auf jeden Fall etwas hängen. Was ich
103 finde, was hier auch noch fehlt ist eine Elternschule. Es wird auch ganz oft von den Eltern gefragt,
104 was sie mit ihrem Kind machen sollen, gerade wenn es noch sehr klein ist. Es gibt fast in jedem
105 Stadtteil Elternschulen, wo dann auch Angebote sind mit kleinen Kindern. Und das fehlt hier definitiv.
106 Die nachmittags zum Beispiel Angebote macht, so freie Angebote für die Kinder und gleichzeitig wäre
107 es dann eben gut, wenn ein professionelles Team dabei wäre. Vielleicht eine Erziehungsberatung und
108 jemand von den Frühen Hilfen oder eine Pädagogin. Zu einer Erziehungsberatung gehen ja viele nicht
109 einfach hin aber wenn das mit Angeboten verbunden ist und da jemand sitzt, der auch ein bisschen
110 was weiß, dann könnte man Dinge auf dem kurzen Wege besprechen. Man könnte da dann auch
111 etwas für Kinder anbieten aber auch Elternkurse, zum Beispiel zu Themen wie Verhütung,
112 Präventionsthemen, auch Gewaltprävention. Was ich noch sagen wollte ist, dass hier ja auch ein
113 Stadtteilstoff stattfindet und Fördern und Wohnen macht auch ein Fest und diese Feste werden
114 einfach gut angenommen und das finden die Bewohner immer ganz toll. Es gibt auch eine gute
115 Kooperation mit der Saga und wenn man den Leuten zeigt, dass man seine Arbeit hier ernst meint
116 und sich etwas bekannt macht, dann kommt das auch gut an. Man kann das hier nicht halbherzig
117 machen.

118 **Heymann:** Okay. Gibt es denn auch Interventionen, die die psychische Gesundheit der Bewohner hier
119 adressieren? Haben Sie da irgendwelche Angebote oder Maßnahmen oder auch Arbeitsfelder, wo
120 das Thema psychische Gesundheit aufkommt?

121 **Participant4:** Wenn es um speziellere Sachen geht, dann müsste man sich dazu vernetzen, weil hier
122 im Stadtteil wüsste ich jetzt nicht, dass es da was Konkretes gibt. Man müsste erstmal die
123 Kooperationspartner kennen und dann gucken, wo gibt es Möglichkeiten. Also, wo können sie sich
124 Hilfe suchen und was könnte gut sein. Meiner Meinung nach gibt es hier dazu sehr wenig. Ich glaube
125 das hat auch mit den Leuten hier zu tun. Bei vielen fehlt einfach das Bewusstsein für sich psychisch zu
126 sorgen. Wenn es hier schon ein Angebot in der Richtung gäbe, dann wären sie erstmal skeptisch, weil
127 die Wichtigkeit von psychischer Gesundheit und Resilienz ist bei den Leuten hier einfach noch nicht
128 angekommen. Also, ich finde das sehr wichtig. Ich bin sehr davon überzeugt, dass es sehr wichtig ist
129 zum Beispiel resilient zu sein.

130 **Heymann:** Dann komme ich auch schon zur letzten Frage: Was für Verbesserungen und Bedarfe
131 sehen Sie denn in Bezug auf psychische Gesundheit für die Erwachsenen in Großlohe?

132 **Participant4:** Ja, was es hier geben sollte ist eine Elternschule. Da können dann Kinder, Eltern und ja
133 auch Großeltern hin und Angebote und Präventionskurse, Aufklärung sowie Unterstützung oder

134 Hilfestellungen wahrnehmen. Dazu müsste man aber erst das Bewusstsein hinsichtlich psychischer
135 Gesundheit hier stärken. Da bin ich mir aber auch unsicher, wie man darauf Einfluss nehmen kann.
136 Das stelle ich mir sehr schwierig vor. Vielen Bewohnern hier fehlt auch eine öffentliche Toilette und
137 gerade ältere Leute haben gesagt, dass ihnen Bänke draußen fehlen. Viele hätten auch gerne ein
138 schöneres Einkaufszentrum. Also, es müssen auch Sachen gemacht werden, damit die Leute
139 überhaupt gerne rausgehen und solche Angebote erst wahrnehmen können. Es gibt da hinten ja
140 auch so einen schönen Park, wo man Zeit in der Natur verbringen kann, aber ich habe hier Familien
141 besucht, die schon lange hier wohnen und die waren nicht ein Mal da in diesem Wald. Und das hat ja
142 auch mit einem selbst zu tun und mit seinem Bewusstsein für sowas. Es hat aber auch was mit dem
143 Stadtteil zu tun und nicht nur mit den Leuten. Ich finde auch hier gibt es schon viele Angebote, aber
144 vielleicht müsste man noch ein paar mehr besondere Angebote finden.

145 **Heymann:** Was wären das für besondere Angebote? Haben Sie dazu Ideen?

146 **Participant4:** Ja, Aufklärung über Gesundheit, eben auch psychische Gesundheit und zum Beispiel
147 auch Ernährung. Vielen fehlt die Information, dass süße Getränke Karies machen. Das wissen
148 tatsächlich viele nicht. Dann bietet man hier einen Kurs an und wer kommt dann? Wie bekommt man
149 die Leute dorthin? Dann muss man als Akteur wieder die Leute überzeugen, Flyer machen, musst
150 irgendwie Überzeugungsarbeit leisten und das ist schon viel Mühe und schwer, wenn den Leuten das
151 Bewusstsein für solche Themen fehlt. Man könnte natürlich auch hier in den Schulen noch ein
152 bisschen präventive Angebote schaffen. Sodass man in den Grundschulen schon ansetzt und
153 vielleicht da Eltern- und Präventionskurse anbietet, auch zu Ernährung und Bewegung.

154 **Heymann:** Sie hatten ja vorhin schon von Gewaltprävention geredet. Ist das hier ein Problem in den
155 Familien?

156 **Participant4:** Es wird schon Gewalt in den Familien geben, ja. Aber an die Informationen kommt man
157 ja nicht unbedingt, wenn man nicht gerade mit dem Jugendamt zusammenarbeitet. Es gibt Themen
158 wie häusliche Gewalt. Da hatten wir auch schonmal intern in der Besprechung überlegt, ob wir so
159 einen Themenabend machen über häusliche Gewalt. Also, auch dass das Phänomen Gewalt in der
160 Familie mal etwas öffentlich gemacht wird. Da gehört natürlich auch psychische und emotionale
161 Gewalt dazu. Also, da ist schon Bedarf und zum Beispiel auch in Richtung Ernährung müsste man was
162 machen. Wir wissen ja aber auch Armut hat ganz viel zu tun mit Krankheit und ich weiß nicht, ob das
163 in Ihrem Projekt auch erhoben wird aber es wird hier auch ein großer Teil an adipösen Menschen
164 sein. Ich weiß manchmal auch nicht genau, was es ist, ob es einfach Unwissen ist oder ja ich kann es
165 nicht erklären, wo das herkommt.

166 **Heymann:** Fällt Ihnen noch was zu psychischer Gesundheit ein? Haben Sie noch Ideen und sehen Sie
167 noch Bedarfe?

168 **Participant4:** Was mir noch eingefallen ist, dass es noch irgendeine andere Freizeitaktivität für Kinder
169 geben kann. Das kann zum Beispiel ein großer Indoor-Spielplatz sein, wo die Eltern auch entlastet
170 werden, wenn die Kinder sich austoben können und die Eltern gemütlich Kaffee trinken können und
171 miteinander sprechen können. Und auch, dass es das Schwimmbad hier bald nicht mehr geben soll,
172 ist ein großes Thema bei den Bewohnern und das stört und belastet sie. Ja, jetzt fällt mir nichts mehr
173 ein.

174 **Heymann:** Okay. Dann würde ich das Interview jetzt beenden. Ich bedanke mich sehr, dass Sie da
175 waren.

176 **Participant4:** Okay. Gerne.

1 **Interview on the 04. of June 2019 from 11:30 am to 12:15 pm**

2 **Heymann:** Ich freue mich, dass Sie für das Interview da sind. Heute geht es um das Thema Förderung
3 der psychischen Gesundheit der erwachsenen Bewohner hier in Großlohe und da ist meine erste
4 Frage, in welchem Bereich Sie arbeiten und wie lange Sie schon in Großlohe tätig sind.

5 **Participant5:** Ich bin Unterkunfts- und Sozialmanager bei Fördern und Wohnen in einer
6 Wohnunterkunft für Obdachlose und Geflüchtete. Ich mache das seit zweieinhalb Jahren hier. Ich bin
7 Quereinsteiger, also kein Sozialarbeiter, was eigentlich die Voraussetzung für die Stelle ist. Ich bin
8 Pädagoge von der Ausbildung her. Im Zuge der Flüchtlingskrise und der Bedarfe, die dann entstanden
9 sind, bin ich hierhin gewechselt.

10 **Heymann:** Gut. Dann komme ich zur ersten Frage. Welche Interventionen zur Förderung der
11 psychischen Gesundheit sind für die erwachsenen Bewohner und Bewohnerinnen in Großlohe
12 verfügbar?

13 **Participant5:** Das ist eine spannende Frage. Nachdem ich ein paar von den Einrichtungen hier
14 durchgegangen bin, die ich so kenne, ist mir aufgefallen, dass der Hauptpunkt wir hier sind. Ich finde,
15 dass die Wohnunterkunft für Obdachlose und Geflüchtete selbst ein ganz wichtiger Punkt ist, gerade
16 für Menschen, die psychisch beeinträchtigt sind. Wir haben ganz viele Bewohner und
17 Bewohnerinnen, die aus diesem Grunde hier sind. Bei den Obdachlosen ist das hauptsächlich so, in
18 unterschiedlichem Maße. Und die bekommen von uns einfach erstmal die Möglichkeit, dass sie da,
19 wo sie keine Wohnung haben und nicht mehr wohnfähig sind, bei uns halt untergebracht werden.
20 Das ist kein Mietwohnen in dem Sinne, das ist eine Unterbringung auf kleinem Raum. Das ist
21 anstrengend und schwierig, aber sie haben ein Dach über den Kopf. Sie haben auch einen
22 Bezugspunkt durch unsere Verwaltung hier, wo wir einen bestimmten Auftrag haben und neben der
23 Unterbringung ist unser Auftrag auch die Menschen wieder wohnfähig zu machen und ihnen bei
24 ihren Schwierigkeiten zu helfen, sodass sie wieder eigenständiger am Leben teilhaben können. Bei
25 den Geflüchteten kann man sich das so vorstellen, dass ungefähr die Hälfte hier Geflüchtete aus
26 unterschiedlichen Ländern und in unterschiedlichen Situationen sind. Insgesamt haben wir 160
27 Bewohner und Bewohnerinnen. Wir haben hier hauptsächlich kleine Familien, ein paar
28 Einzelpersonen, aber eher Gemeinschaften. Da kann man nach meiner Erfahrung sagen, dass im
29 Grunde alle traumatisiert sind, aus unterschiedlichsten Gründen. Entweder aufgrund des
30 Fluchtgrundes, also dass in der Heimat etwas Schlimmes passiert ist, aufgrund der Fluchterfahrung
31 auf dem Weg hier her, was auch für ganz viele sehr belastend ist und auch die Situation hier ist eine
32 hohe Belastung, weil sie auf kleinem Raum untergebracht sind und die Sprache in der Regel nicht
33 können, sich erstmal zurechtfinden müssen. Sie sind auch stark eingeschränkt, in dem wie es weiter
34 geht in aller Regel. Viele haben einen Aufenthaltsstatus, dass sie erstmal hier gelandet sind und
35 verpflichtet hier wohnen müssen mit allem, was sie so mitbringen an Geschichten und wo es völlig
36 unklar ist, wie ihr Leben jetzt weitergeht. Sie haben Reisebeschränkungen, sie haben
37 Aufenthaltsbeschränkungen, im Zweifel müssen sie zurück in ihr Heimatland und das ist eine sehr
38 stressige Situation. In aller Regel dürfen die meisten hier erstmal nicht arbeiten, das heißt sie haben
39 auch schlicht und einfach nichts zu tun und drehen dann am Rad und dann kommen die ganzen
40 Erfahrungen und Geschichten, die im Hintergrund sind, die Wünsche und Befürchtungen für die
41 Zukunft kommen hoch. Also, das ist von vornherein ein hohes Stresslevel und viele haben nicht nur
42 körperliche Schäden, sondern auch psychische Schäden davongetragen. Auch diesen Menschen
43 bieten wir erstmal einen Ruhepunkt. Es ist hier abgeschlossener Wohnraum, es sind keine Container
44 und es sind keine Menschen mit verschiedenen Familien gemeinsam untergebracht. Jede Familie hat
45 ihre eigene Wohnung, ihre eigene Küche und eine eigene Toilette, das heißt sie können selbst
46 kochen. Wir bieten einfach ein Umfeld dafür, dass die mal ein bisschen zur Ruhe kommen können,
47 sich sortieren können mit Unterstützung und Hilfsangeboten und dann hoffentlich in ein normales

48 Leben kommen können oder zumindest in eine geordnete Zukunft. Das war mir zuerst gar nicht so
49 klar. Sie haben hier ihren Anlaufpunkt, sie haben eine ordentliche Meldeadresse und dann wird
50 sortiert, dass das mit dem Lebensunterhalt funktioniert, dass sie in die Hilffsysteme reinkommen und
51 so und dabei unterstützen wir. Von daher sehe ich uns hier selbst als eine wichtige Intervention in
52 diesem Bereich. Ganz konkret diese Wohnunterkunft in Großlohe, ich glaube die ist wichtig. Die war
53 früher sehr verschrien. Es war eine reine Obdachlosenunterkunft, als es die Geflüchteten in dem
54 Maße noch nicht gab. Also, die Leute, die man sonst so als „Penner“ sieht, die vor Einkaufshäusern
55 liegen mit Alkohol- und Drogenproblemen und was weiß ich und die dann hier gesammelt waren.
56 Und das hieß hier, also die drei Häuserkomplexe, „das Ghetto“. Es hat also einen sehr schlechten Ruf
57 hier gehabt. Die Begriffe gibt es immer noch punktuell, aber es hat sich ein bisschen geändert und ich
58 finde wir fallen hier gar nicht so auf, aber ich bin ja auch erst seit zweieinhalb Jahren hier. Ansonsten,
59 was ich eben weiß und kenne und mit wem ich auch stark zusammenarbeite hier in Großlohe ist
60 insbesondere das Kinder- und Familienzentrum. Da haben wir auch eine direkte Kooperation und die
61 machen ja auch eine mobile Sozialberatung und wir sind so miteinander verbandelt, dass eine
62 Mitarbeiterin einmal die Woche hierherkommt und konkret hier vor Ort etwas anbietet. Ein Problem
63 bei dieser Unterkunft, gerade mit den Geflüchteten, ist nämlich, dass die diesen Raum hier kaum
64 verlassen und schon Schwierigkeiten haben Angebote, die auf der anderen Straßenseite liegen,
65 anzunehmen. Das KiFaZ ist nicht weit entfernt, aber der Weg dorthin ist für sie teilweise schon
66 schwer. Man muss da erstmal so Schwellenangebote machen, damit man sie hier nach und nach
67 rauskriegt. Besonders toll finde ich da die Mütterbetreuung und die Angebote, die da stattfinden und
68 auch das haben wir hier vor Ort partiell stattfinden lassen, um den Kontakt herzustellen und die
69 Mütter mit ihren kleinen Kindern dazuzubekommen die Angebote auch da zu nutzen. Das klingt
70 erstmal nicht nach psychischen Belastungen, aber das ist so, weil die Menschen, die hier wohnen,
71 leben auf sehr engem Raum und sind froh über jede Entlastung, die sie auch in ihrer
72 Familiensituation bekommen. Das ist anstrengend und sie haben halt häufig auch Schwierigkeiten,
73 weil sie auch Arzttermine wahrnehmen und so weiter und wenn es dann Möglichkeiten gibt für eine
74 gute Kinderbetreuung, ist das auf jeden Fall hilfreich und die Kinder sind ja sowieso der Schlüssel für
75 eine gute Integration auf Dauer hier. Außerdem ist das auch für die Kinder besonders wichtig, weil
76 die Verständnisse von Kindererziehung sind auch sehr unterschiedlich, dass sie da etwas von
77 mitbekommen, was hier so möglich ist und auch von gesundheitlicher Unterstützung natürlich. Wir
78 haben zum Beispiel konkret eine Bewohnerin hier, die ihr knapp einjähriges Baby hier hat, aber selbst
79 eine Krebsdiagnose hatte und jetzt eine Therapie gemacht hat, also mit sich selbst auch wahnsinnig
80 viel zu tun hat, und sie war unheimlich dankbar, dass der Kontakt zustande gekommen ist und sie
81 gemerkt hat, da ist was und das hilft mir. Da hat sie selbst auch Anschluss und das sind die kleinen
82 Schritte, die weiterhelfen. Dann gibt es hier vorne das kirchliche Gemeindezentrum, aber was die
83 genau machen das weiß ich nicht. Ich weiß, dass die da Essen anbieten und sich auch natürlich mit
84 christlichem Geist viel um Menschen kümmern, die Probleme haben. Den Treff Großlohe finde ich
85 auch besonders wichtig, auch weil sie da viele Angebote haben. Die machen nicht direkt eine
86 psychische Betreuung oder sowas aber es gehen einige von meinen Bewohnern, wo ich weiß, dass
87 die psychische Probleme haben, dorthin und finden da eine Anlaufstelle. Und sei es nur, dass die da
88 einen Kaffee trinken oder Menschen haben, die sich da ein bisschen um sie kümmern. Die
89 Bildungsangebote da finde ich auch ganz wichtig. Es gibt auch Internetmöglichkeiten und das sind
90 tolle Sachen, die da im Kleinen weiterführen. Es sind immer kleine Schritte. Die Grundsituation bei
91 psychischen Problemen finde ich hier schwierig. Die Ärzte sind in Rahlstedt. Mein Problem dabei ist,
92 dass wir hier in der Unterkunft nur Verweisberatung machen und in aller Regel keine aufsuchende
93 Sozialarbeit machen. Das heißt, wir sind darauf angewiesen, dass sie kommen, wenn sie ein Problem
94 haben, und ich glaube es ist in vielen Fällen das Problem, dass die selbst erstmal die Bereitschaft
95 haben müssen, sich da ins Hilffsystem zu begeben, weil sonst finden auch viele Hilfsangebote gar
96 nicht statt, zumindest bei uns intern. Punktuell arbeiten wir mit dem sozialpsychiatrischen Dienst

97 zusammen. Wenn wir sehen, dass eine Situation schwierig ist, können wir den einschalten. Wir
98 haben selbst Spezialisten im Unternehmen. Wir haben die sozialpädagogische Einzelfallhilfe und das
99 sind Kollegen, die für das ganze Unternehmen bereichsbezogen zuständig sind, die wir in schwierigen
100 Situationen ranholen können. Das sind meistens Sozialarbeiter und zum Teil auch psychologisch
101 vorgebildet und wir versuchen dann den Kontakt zu den Menschen herzustellen und die gucken dann
102 mit denen weiter, was sie brauchen, sei es ärztlich oder therapeutisch. Es hängt aber fast immer
103 davon ab, ob die Menschen das denn wollen. In der Richtung gibt es bei uns im Unternehmen ganz
104 viel, was aber nicht konkret hier in Großlohe stattfindet. Wir haben spezielle Einrichtungen und
105 intern Teams, die weiterhelfen können und Angebote machen. Wir haben hier in Rahlstedt auf der
106 anderen Seite eine Obdachloseneinrichtung, wo die Eingliederungshilfe auch mit sitzt und das sind
107 ganz niedrigschwellige Angebote zur Unterstützung der Bewohnerinnen und Bewohner. Die kann ich
108 mitanfordern, aber wie gesagt nur mit deren Einverständnis. Und wenn sie das wollen, dann
109 kommen die und helfen bei der Haushaltsführung, bei der Organisation von Arztbesuchen und bei
110 der Kontaktaufnahme zu vielleicht psychiatrischen Angeboten. Die helfen dabei, die Schwelle niedrig
111 zu halten und den Schritt dahin zu machen. Da sehe ich auch das Hauptproblem. Also, wenn jemand
112 sagt „Ich habe ein psychisches Problem, ich bin krank und ich brauche Hilfe.“. Dann kann man viel
113 machen, aber es ist eher so, dass man es schon schwer hat die Leute dahin zubekommen, weil den
114 Menschen hier selbst das Bewusstsein dafür fehlt. Ansonsten finde ich auch den Frauen- und
115 Mädchentreff auch toll. Ich glaube, dass da auch viel passiert, gerade wenn es um leicht
116 angeknackste Frauen geht, die da dann eine erste Anlaufstelle durch die Angebote finden. Bei uns
117 konkret haben wir durch eine Kooperation mit dem Kinder- und Familienzentrum, aus Mitteln für
118 Geflüchtete hauptsächlich finanziert, hier ein Projekt Trauma-Kunsttherapie für traumatisierte
119 Frauen. Wir sagen eher für „Frauen mit Schwierigkeiten und Problemen“, das ist etwas weitergefasst
120 und wir wollen die Frauen auch nicht stigmatisieren. Das sind zurzeit sieben Frauen, die von einer
121 Psychologin betreut werden. Das ist eine Rentnerin, die im Kinder- und Familienzentrum auch andere
122 Sachen macht aber ausgebildete Therapeutin ist und da so ein Angebot gemacht hat. Das heißt
123 „Kunsttherapie – sich zeigen ohne Sprache“ und die gibt es seit eineinhalb Jahren mittlerweile. Das
124 ist eine feste Gruppe, die ist auch so bestehen geblieben und das war uns gar nicht klar am Anfang,
125 dass das so lange trägt. Die haben mit malen tatsächlich angefangen, also geleitet, und ergänzt durch
126 Einzeltermine, die die Psychologin angeboten hat, um Gespräche zu führen mit den Frauen und ihre
127 persönlichen Sachen bearbeiten zu können. Das ist auch ganz niedrigschwellig, das ist ein erster
128 Ansatz und keine Therapie im engeren Sinne. Das ist eine Näherung an das Thema, eine
129 Aufarbeitung, wo das dann auch weiter gehen kann. Aber es ist immerhin etwas. Das hat auch dazu
130 geführt, dass die Frauen, die am Anfang sich gar nicht zeigen wollten, gesagt haben, dass das toll ist
131 was wir gemacht haben und die haben jetzt eine Ausstellung mit ihren Werken gemacht. Die Bilder
132 selbst sind jetzt nicht die besonders technischen Kunstwerke, aber vom Gehalt her und wenn man
133 die Geschichten dazu hört, ist das schon ziemlich heftig, was die da nach außen transportieren. Wenn
134 man die Frauen erlebt, wie sie sich da präsentiert haben und ich kenne sie, wie sie vor eineinhalb
135 Jahren da angefangen haben, da ist so eine starke Entwicklung in der Persönlichkeit. Also, dass sie
136 sich das getraut haben, und eine hat sogar eine Rede gehalten. Aus meiner Sicht ist das eine ganz
137 erfolgreiche Sache und das ist sowas, was im Kleinen geht. Wir sind natürlich auch seit zweieinhalb
138 Jahren dran, etwas für die Frauen zu ermöglichen, die klar sagen, dass sie traumatisiert sind und
139 einen Arztkontakt brauchen. Bei den Geflüchteten ist von Anfang an das Problem gewesen, dass es
140 zu viele auf einmal waren, sodass sämtliche Therapieangebote schnell voll waren und es ist auch ein
141 Sprachproblem. Eine psychotherapeutische Gesprächsführung allein ist gar nicht zu machen ohne,
142 dass da jemand übersetzt. Ja, von daher war das ein Grundproblem. Mittlerweile gibt es viele
143 Angebote in ganz Hamburg, aber hier vor Ort waren wir froh, dass wir so was Kleines immerhin
144 hatten. Die Psychologin, die das macht ist unglaublich engagiert, das ist ein Herzensprojekt. Die
145 machen auch Ausflüge zusammen und kochen zusammen. Das ist eine richtige Gemeinschaft

146 geworden und die bekommen halt auch lebenspraktische Hilfe und Hilfe bei Ämtergängen und sonst
147 was. Also gar nicht mehr nur das Psychische. Wir haben auch mehrere kleine Angebote, die nicht
148 direkt für die Psyche gut sind aber für das gesamte Wohlbefinden. Wir haben für Jugendliche ein
149 Projekt gemacht mit einem Musik- und Kunstverein, die hier Angebote für die Jugendlichen gemacht
150 haben. Und wenn das gut läuft, dann ist die Situation in den Familien auch entspannter und es
151 kommt hier intern nicht mehr so zu familiären Konflikten und Aggressionen.

152 **Heymann:** Ok. Möchten Sie noch was zu den Interventionen hier sagen? Sie hatten eben gesagt, dass
153 sie diverse andere Angebote haben, die nicht so direkt was mit der psychischen Gesundheit zu tun
154 haben.

155 **Participant5:** Achso, ja, was wir hier noch haben ist im Kleinen. Wir haben hier eine
156 Hausaufgabenhilfe und brauchen eigentlich mehr Spielangebote, weil jetzt im letzten halben Jahr
157 sich die Kindergartensituation wieder massiv verschärft hat. Und eine gute Kindergartenbetreuung ist
158 oft der Schlüssel für Entlastung und Integration. Vor eineinhalb Jahren hat eine neue KiTa
159 aufgemacht und deswegen war es recht entspannt, aber jetzt sind alle KiTas hier voll. Die
160 Wartezeiten sind jetzt wieder sehr lang. Von daher, wäre es toll noch stärker
161 Kinderbetreuungsangebote hier zu haben, vor allem zum Spielen aber auch für die Erziehung ein
162 bisschen. Für die Eltern ist das wichtig, um andere Termine und für sich selbst Angebote
163 wahrzunehmen, zum Beispiel auch Arztbesuche, Therapietermine oder Vorstellungsgespräche.
164 Direkte Angebote hier in der Wohnunterkunft haben wir nicht, aber bei Fördern und Wohnen
165 generell und wenn ein spezieller Bedarf besteht, hole ich die Leute im Unternehmen, die sich damit
166 beschäftigen.

167 **Heymann:** Sie haben ja schon ganz viel Interessantes erzählt. Ich würde trotzdem mal die Kernfragen
168 abarbeiten. Also, welche Zielgruppen werden durch die Interventionen angesprochen? Sie haben ja
169 schon gesagt, dass es hier Geflüchtete und Obdachlose sind.

170 **Participant5:** Also, wir haben deutlich mehr Frauen hier als Männer. Das liegt daran, dass ein Grund
171 obdachlos zu werden und hier bei uns zu landen ist häufig, dass sich Paare getrennt haben und
172 meistens bleibt die Mutter mit den Kindern allein. Da ist das dann so, dass das Einkommen der
173 Mutter nicht ausreicht, um eine eigene Wohnung zu haben und dann landen sie bei uns. Das hat also
174 zuerst nicht zwingend mit psychischen Problemen und Belastungen zu tun, die kommen bei den
175 Menschen dann oft erst danach.

176 **Heymann:** Wissen Sie auch von den anderen Institutionen, welche Zielgruppen da angesprochen
177 werden?

178 **Participant5:** Weniger. Also der Treff Großlohe ist eher für die älteren Menschen, wobei es darauf
179 ankommt, welche Angebote stattfinden. Beim KiFaZ ist es mehr für die Jüngeren und da kommen
180 hauptsächlich Frauen. Ich habe zwar einen Kontakt zu denen aber da habe ich nicht so die Finger
181 drin.

182 **Heymann:** Okay. Wie werden die Interventionen hier in Großlohe denn von den Bewohnern und
183 Bewohnerinnen angenommen?

184 **Participant5:** Das KiFaZ wird auf jeden Fall gut angenommen, das ist eher überlaufen. Die haben auch
185 angefangen Personal aufzustocken, was finanziell immer schwierig ist aber die Behörden spielen da
186 tendenziell mit, da der Bedarf hier auch gesehen wird. Bei Menschen mit psychischen
187 Schwierigkeiten, ob sie wirklich Angebote nutzen würden, so von sich aus, das glaube ich eher
188 weniger. Es fällt mir auch schwer zu sagen, was die Leute bräuchten, um darauf anzukommen. Ich
189 glaube die Schwelle ist da einfach sehr groß sich solche Probleme einzugestehen und auch nach

190 außen zu transportieren. Da müssen meist erst andere Sachen im Leben an die Wand fahren und
191 nicht mehr laufen und kippen bis die Leute den Punkt erreicht haben, wo sie selbst sagen, dass sie
192 sich Hilfe holen müssen. Das ist genau der Punkt, also wie kriegt man die Leute dazu Angebote
193 anzunehmen, wenn sie denn da sind.

194 **Heymann:** Okay. Nochmal zu den Angeboten. Was beinhalten diese genau?

195 **Participant5:** Ich glaube zu dem Trauma-Kunstangebot war das deutlich. Beim Kinder- und
196 Familienzentrum weiß ich, dass sie die Kinderspielangebote und Hausaufgabenbetreuung, die
197 Mütterberatung und die Sozialberatung haben. Da helfen sie bei Problemen mit Amtsgeschichten
198 aber auch bei Familienproblemen. Ich habe auch noch etwas vergessen und zwar haben wir bei
199 unserer Einrichtung hier seit eineinhalb Jahren etwa ein Schutzkonzept. Das ist ganz wichtig, weil es
200 hier auch immer wieder Fälle von physischer Gewalt gibt, wo verlassene oder getrennte Männer
201 plötzlich auftauchen und Zugang zu ihren Kindern oder ihrer Frau haben wollen oder sie hier
202 raushaben wollen. Das kommt immer wieder vor und Gewalt gegenüber Frauen ist immer mal
203 wieder ein Thema. So im Viertel hier höre ich auch immer wieder davon, dass die Männer
204 anscheinend immer wieder mal einen drankriegen und da gibt es eben dann hier bestimmte
205 Maßnahmen, dass wir versuchen die Familien zu schützen, durch die Polizei und was da so möglich
206 ist. Im Zweifel kommt es auch zu Verlegungen hier, wo wir die Menschen kurzfristig auch mal
207 woanders unterbringen. Die Familien müssen nicht zwingend gleich ins Frauenhaus, wenn da akute
208 Gefahr besteht. Im Viertel ist es ganz wichtig, dass ja dann auch eine Betreuung stattfindet und
209 Gespräche stattfinden können. Ich glaube, dass im Kinder- und Familienzentrum auch starke
210 Unterstützung da ist für die Frauen. Das Jugendamt ist ein wichtiger Faktor in dem Zusammenhang,
211 dass man da gucken kann, was die Familien brauchen. Das sind Interventionen, die hier stattfinden,
212 wenn Familiensituationen kritisch werden, wenn Mütter überfordert oder krank sind oder eben
213 psychische Störungen haben. Da geht dann das Jugendamt rein. Das wird natürlich immer zwiespältig
214 gesehen und das liegt daran, dass das Augenmerk des Jugendamtes in erster Linie auf den Kindern
215 liegt und da ist der Druck unheimlich hoch, gerade in so Schutzsituationen dann auch handeln zu
216 müssen und im Zweifel heißt handeln, dass sie die Kinder aus der Familie nehmen. Es gibt dann
217 natürlich auch Wege zurück, aber das ist natürlich ein massives Eingreifen, sodass man auch immer
218 gucken muss, wenn wir Empfehlungen machen, dass sie doch mal zum Jugendamt gehen sollen, mit
219 denen sprechen sollen. Oder bei Kindeswohlgefährdung, wenn wir wissen, dass da ein Kind
220 vernachlässigt ist, die Mutter ist überlastet, hat irgendwas und kriegt es nicht auf die Reihe, dann
221 müssen wir es auch melden. Das macht das KiFaZ auch, da kenne ich auch Fälle. Das ist halt immer so
222 einer Gratwanderung einzuschätzen, ob das jetzt schon eine Kindeswohlgefährdung ist oder nicht.
223 Das ist manchmal nicht so einfach. Oder ist das jetzt eine akute Situation, wo jemand nur mal kurz
224 ausgerastet ist und wo man nicht sagen kann, dass das Kind dauerhaft gefährdet ist. Es ist auch so,
225 dass Kinder nicht gleich weggenommen werden, sondern das Jugendamt guckt dann erstmal, was
226 kann an unterstützenden Maßnahmen gemacht werden. Wir haben hier in Rahlstedt auch
227 Familienteams, die dann eingreifen können. Das ist nicht direkt auf psychische Sachen bezogen, aber
228 es ist ein grundsätzliches Hilfesystem, was auch angenommen wird und auch erfolgreich ist, meiner
229 Ansicht nach. Die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt wird immer unterschiedlich eingeschätzt.
230 Aber wir haben eine gute Zusammenarbeit, wenn ich Kontakt aufnehme. Man kann das ja auch
231 erstmal anonym besprechen und fragen, ob da schon was ist und ob wir aktiv werden müssen und
232 dann kann man es konkret machen. Manchmal ist es vorher ganz gut sich eine Einschätzung von
233 denen zu holen und das geht auch.

234 **Heymann:** Ich habe noch eine Frage. Wenn hier Leute von Fördern und Wohnen hinkommen und
235 hier was anbieten, was sind das dann für Sachen im Hinblick auch auf psychische Gesundheit?

236 **Participant5:** Also, das Grundprinzip bei Fördern und Wohnen ist, dass wir mit Ehrenamtlichen
237 zusammenarbeiten. Das kann erstmal alles Mögliche bedeuten. Es kommt ganz darauf an, was die
238 Leute können und was die hier anbieten möchten. Bei uns hier in dieser Einrichtung findet relativ
239 wenig statt. Wir hatten hier einen Deutschkurs, der ist aber abgebröckelt. Da haben wir aber
240 Menschen, die mitmachen können. Das setzt immer voraus, dass die Leute ein erweitertes
241 Führungszeugnis vorlegen müssen und da muss man gucken. Die Angebote sind normalerweise
242 Spielangebote, Sportangebote, Musikangebote, Bastelangebote, Unterstützung bei Behördengängen,
243 beim Familienleben. So richtige psychische Schwerpunkte sehe ich da nicht und das finde ich in dem
244 Fall auch gut, weil man dafür eine besondere Kompetenz haben muss. Dieses Traumaprojekt, was ich
245 schon sagte, ist ein professionelles Projekt. Das wird aus Mitteln vom Bezirksamt gefördert und wie
246 gesagt das ist eine ausgebildete Psychologin und das macht Sinn, meiner Ansicht nach. Bei allem
247 anderen hätte ich Bauchschmerzen, wenn die hier versuchen rumzudoktern. Das ist dann eher so,
248 dass wir dann versuchen mit den Ehrenamtlichen zu sprechen und wenn sie etwas bemerkt haben,
249 gucke ich dann, was aus dem Hilfesystem in Hamburg passen könnte und dann kann man das
250 anstoßen. Es ist alles sehr schwierig geworden wegen der verschärften Datenschutzgeschichten. Es
251 ist so, dass man in vielen Fällen gar nicht weiß, ob man da jetzt drüber reden kann und man hat nicht
252 immer eine Einwilligung, schon gar nicht durch den Betroffenen und das macht es nicht einfach. Der
253 Datenschutz hat in vielen Fällen die Hürden zur Unterstützung und Hilfe ziemlich hochgelegt, was die
254 Kommunikation zwischen uns Institutionen auch betrifft. Eigentlich darf ich mit denen nicht über
255 Personen sprechen, wenn diese Person nicht eindeutig ihr Einverständnis erklärt hat. Das ist ein ganz
256 wichtiger Punkt für zukünftige Angebote auch. Man muss dann immer gucken, wie kriegt man die
257 Leute zu den Angeboten, wenn die Leute wirklich ganz von selbst darauf kommen müssen dorthin zu
258 gehen. Ich dürfte nicht sagen, dass hier jemand wohnt, der ein Problem hat und bitte geh mal bei
259 dem gucken. Wenn es ganz schlimm ist, kann ich das dem sozialpsychiatrischen Dienst sagen, aber
260 selbst der macht vieles nur mit der Einwilligung. Da müssen schon extreme Sachen vorkommen mit
261 Selbstgefährdung oder Gefährdung von anderen. Nur, weil man denkt die Person braucht Hilfe, kann
262 man nicht gleich einschreiten. Das ist im Grunde auch gut so. Eine Maßnahme, die wir hier noch
263 haben, wenn wir sehen, dass jemand aus dem System fällt sowohl psychisch wie auch sonst, ist, dass
264 wir eine rechtliche Betreuung anregen können. Rechtliche Betreuung umfasst auch
265 Gesundheitsvorsorge. Der Fall geht ans Amtsgericht, also denen melden wir das, und die schicken
266 dann einen Richter beziehungsweise je nach Fall auch Psychologen oder psychologische Gutachter,
267 die dann mit den Personen sprechen und gucken, ob da ein Bedarf besteht und ob sie das wollen.
268 Das kann man aber auch gegen den Willen der Person machen, nur das muss dann der Richter
269 entscheiden. Da sind, wie gesagt, auch gesundheitliche Vorsorgemaßnahmen drin, wo dann ein
270 Betreuer bestellt wird, der sich dann darum kümmern muss. Und das kann ganz hilfreich sein.

271 **Heymann:** Okay. Ich würde dann zur letzten Frage kommen. Welche Verbesserungen und Bedarfe
272 sehen Sie hinsichtlich der Förderung der psychischen Gesundheit bei den Erwachsenen hier in
273 Großlohe?

274 **Participant5:** Ja, wie gesagt, ich fand unser Traumatherapie-Projekt hier sehr schön und es wäre toll,
275 wenn es davon noch mehr gäbe. Wir haben dazu schon überlegt, dass eine alternative Sache für
276 Männer super wäre, weil wir haben bei Männern ähnliche Probleme. Zum Beispiel, dass die hier
277 tatenlos rumsitzen mit psychischen Problemen und Erfahrungen aus der Vergangenheit. So ein
278 Projekt müsste dann anders aufgesetzt sein. Also, malen wäre es dann wahrscheinlich eher nicht,
279 sondern eher was Handwerkliches und Praktisches und eben mit Therapieansatz, sodass man auch
280 Gespräche führt und Unterstützung anbietet. Ideen gibt es zum Teil ganz gute, es hängt oft davon ab,
281 dass man auch dafür Menschen findet. Hier haben wir Glück gehabt, dass es diese Psychologin gibt,
282 die Zeit und Lust hatte sowas zu machen, aber die gibt es nicht wie Sand am Meer. Ich fände wichtig
283 hier weitere Betreuungs- und Spielangebote für Kinder zu haben, um die Familien zu entlasten, damit

284 sie auch die Möglichkeit haben selbst für sich Angebote oder Termine wahrzunehmen oder eben eine
285 Therapie zu machen und dabei zu wissen, dass es den Kindern gut geht und dass sie sich keine Sorgen
286 machen müssen oder das Kind mitschleppen müssen. Ich weiß, dass in anderen Unterkünften von
287 Fördern und Wohnen, mehr für rein Geflüchtete und größere Unterkünfte, die haben
288 traumatherapeutische Angebote. Da kommt dann regelmäßig ein Arzt hin und bietet was an. Es gibt
289 hier in Wandsbek die Traumasprechstunde. Mit denen hatte ich noch nichts zu tun, aber da kann
290 man die Leute hinschicken und da könnte man an eine Kooperation denken, wenn ich feststelle, dass
291 ist hier sehr massiv und die Bewohner wären bereit an sowas teilzunehmen. Ich glaube, dass die
292 praktischen Projekte ihnen erstmal einen Zugang dazu ermöglichen und erfolgreicher sind, als gleich
293 zu sagen, dass da eine Traumasprechstunde ist. Man müsste das vielleicht aber mal ausprobieren. Es
294 ist ja auch so, dass solche Sachen eine Anlaufzeit brauchen und dass es sowieso länger dauert bis
295 sowas gut angenommen wird. Ich fände es spannend sowas hier mal zu versuchen oder im Treff
296 Großlohe zum Beispiel. Hier im Umfeld in Großlohe sind fast nur Saga Wohnungen mit
297 Sozialwohnungen und Familien, die vielleicht ein etwas höheres soziales Niveau haben als die Leute
298 in unserer Einrichtung, aber auch nicht so wahnsinnig weit von uns weg sind. Die sind eher so am
299 unteren Ende der sozialen Leiter im Allgemeinen und da gibt es viele Probleme und Schwierigkeiten,
300 sodass ich die Bedarfe nicht nur bei uns hier so sehe. Und es ist auch so, dass viele von unseren
301 Bewohnern hier in die unmittelbare Umgebung gezogen sind und ihre Probleme mitgenommen
302 haben. Die kommen dann mitunter nicht so richtig klar aber sind dann abgeschnitten, weil diese
303 Anlaufstelle hier mit dem Sozialmanagement als Netzwerk nicht mehr in der Nähe ist. Jetzt gibt es
304 hier ein Team, dass die Familien etwas nachbetreuen soll, wenn sie eine Wohnung gefunden haben.
305 Das ist aber erst im Aufbau.

306 **Heymann:** Gut, danke. Haben Sie noch weitere Ideen zu Bedarfen und Verbesserungen?

307 **Participant5:** (lacht) So direkt jetzt nicht.

308 **Heymann:** Okay. Super. Dann bedanke ich bei Ihnen für die Zeit.

309 **Participant5:** Sehr gerne.

1 **Interview on the 04. of June 2019 from 13:05 pm to 13:50 pm**

2 **Heymann:** Schön, dass Sie heute da sind. Wir sprechen heute über das Thema psychische Gesundheit
3 und die Förderung der psychischen Gesundheit für die erwachsenen Bewohner hier in Großlohe.
4 Meine erste Frage ist, in welchem Bereich Sie arbeiten und wie lange Sie schon in Großlohe tätig
5 sind.

6 **Participant6:** Das Kinder- und Familienzentrum, die mobile Sozialberatung und das Trauma-
7 Kunstprojekt ist alles hier und ich bin die Leitung von den drei Projekten. Wir haben hier ein halbes
8 KiFaZ und haben eben die mobile Sozialberatung mit dran und ich bin jetzt seit eineinhalb Jahren
9 hier.

10 **Heymann:** Ok. Dann komme ich zur ersten Frage im Fragenblock. Welche Interventionen zur
11 Förderung der psychischen Gesundheit sind für die erwachsenen Bewohner und Bewohnerinnen hier
12 im Quartier Großlohe verfügbar?

13 **Participant6:** Genau, da haben wir auf jeden Fall das Frauenfrühstück im KiFaZ und die
14 Mütterberatung jeden Donnerstag. Das wird regelmäßig besucht und von den Frauen gut
15 angenommen. Das ist ein geschützter Rahmen, wo die Frauen auch mal nur über sich und ihre
16 Themen reden können und das ist sehr wichtig. Wir frühstücken zusammen und man ist auch nah an
17 den Frauen dran, weil es eben sehr niedrigschwellig ist. Dann haben wir hier selbstorganisierte
18 Gruppen im KiFaZ, wie eine tamilische Gruppe, türkische Gruppen, die sich eben treffen. Wir haben
19 auch die Anonymen Alkoholiker hier und die können dann unter sich hier im Waschhaus reden. Das
20 ist aber nicht für jeden zugänglich, sondern ist halt für die jeweiligen Gruppen offen und das ist
21 glaube ich eine große Stärkung, wenn die Menschen hier mit Gleichgesinnten zusammenkommen
22 und was miteinander machen und miteinander über Probleme sprechen können. Gerade auch die
23 tamilische Gruppe sagt es sehr deutlich, wie gut das ihnen tut Tamilisch zu sprechen, sich in der
24 eigenen Kultur Zuhause zu fühlen und einen Ort zu haben. In Großlohe ist das eine kleine Gruppe, auf
25 jeden Fall deutlich kleiner wie die Türken zum Beispiel, und die freuen sich immer total, dass sie diese
26 Möglichkeit haben. Dann haben wir hier das Trauma-Kunstprojekt angehängt. „Sich zeigen ohne
27 Sprache“ für traumatisierte Frauen aus der Umgebung mit einer Kunsttherapeutin, die hier einmal
28 die Woche arbeitet. Das ist so aufgeteilt in eine Gruppe, wo die Kunsttherapie stattfindet und auch
29 Einzelsitzungen möglich sind und wir auch immer die Möglichkeit haben, wenn es bei einer Frau
30 wirklich mal brennt, dann zu sagen, dass sie mal in ein Gespräch gehen sollte, um zu gucken was los
31 ist und was man dann machen kann. Da hat sie einen guten Erstkontakt, um akut was zu machen.
32 Das bewirkt vieles und es ist ganz spannend. Dann haben wir die Streetworker vor Ort, also von
33 Streetlife, die hier ganz offen unterwegs sind und gerade für die Jugendlichen aber auch jungen
34 Erwachsenen da sind. Die begleiten auch gerade den Übergang von jungen Erwachsenen zu
35 Erwachsenen. Es gibt noch die Angebote im Treff Großlohe, die ich wichtig finde und verschiedenste
36 Beratungsangebote im Raum Rahlstedt. Dann haben wir hier noch das Familienteam mit Frau [REDACTED],
37 die hier auch eine große Stütze darstellt, und den Frauen- und Mädchentreff.

38 **Heymann:** Okay. Und welche Zielgruppen haben diese Institutionen?

39 **Participant6:** Also, das Frauenfrühstück hat eigentlich Frauen aller Altersgruppen und oft kommen
40 ganze Familiensysteme, also weibliche Linien hin. Es kommen auch verschiedenste Kulturen und
41 durch die Mütterberatung auch immer wieder jüngere Mütter, Frauen die schwanger werden
42 möchten, gerade schwanger sind oder gerade geboren haben und wir haben dann auch die
43 Möglichkeit das erste Lebensjahr mit zu betreuen. Bei den selbstorganisierten Gruppen sind halt die
44 jeweiligen Zugehörigen zur Gruppe die Zielgruppe. Bei dem Kunstprojekt sind es halt Frauen, die
45 traumatisiert sind und da sind eigentlich auch alle Altersgruppen. Ja, beim Streetwork sind es eben

46 junge Erwachsene und Anwohner, die hier auf der Straße unterwegs sind. Es gibt hier auch eine
47 Schutzwohnung von Streetlife, wo, wenn es ganz akut ist, die auch jemanden unterbringen können.
48 Zu den Beratungsangeboten kommen halt Leute, die den Beratungsbedarf haben und im Frauen- und
49 Mädchentreff sind es halt Frauen und Mädchen und die haben überwiegend deutsche und polnische
50 Frauen, wobei wir im KiFaZ eigentliche alle kulturellen Gruppen haben. Also, man merkt manchmal
51 schon, dass auch der Treff Großlohe ein anderes Klientel hat als hier.

52 **Heymann:** Inwiefern?

53 **Participant6:** Durchaus sind hier viele Migranten und fühlen sich hier auch wohl. Wir haben das
54 Thema Rechtsradikalismus und Ausgrenzung schon sehr stark im Stadtteil. Im Treff Großlohe sind
55 überwiegend ältere deutsche Frauen glaube ich und im Frauen- und Mädchentreff die polnischen
56 und deutschen Frauen und die wollen überhaupt nicht, dass da eine andere Kultur hinkommt und wir
57 versuchen hier wirklich offen für jeden zu sein und achten da auch extrem drauf. Wenn wir
58 mitbekommen, dass Leute sagen sie möchten nicht das jemand kommt, dann schreiten wir auch ein
59 und sagen, dass das so nicht geht, denn jeder hat das gleiche Recht hier beraten zu werden und
60 drüben der Treff Großlohe ist ja gespeist aus der ehrenamtlichen Kultur aus eher deutschsprachigen
61 Personen und die durchaus auch nicht unbedingt sehr migrantenfreundlich sind. Also, es gibt da
62 schon sozusagen Lager und wir versuchen da auch gerade in der Stadtteilkonferenz so
63 Alltagsradikalismus zu thematisieren. Also, dass wir Fachleute da nochmal gestärkt werden.

64 **Heymann:** Ich habe rausgehört, dass viele Angebote für Frauen und Mädchen sind. Gibt es auch was
65 für Männer?

66 **Participant6:** Männer sind definitiv unterrepräsentiert in den Angeboten. Wir haben jetzt gerade die
67 „Problemlage“, dass hier beim Waschhaus abends oft Karten gespielt wird und wir haben hier nun
68 mal auch recht beengte Wohnverhältnisse und da ist natürlich, gerade wenn es warm ist, der Drang
69 stark nach draußen zu gehen und sich auch zu treffen. Das ist ja was ganz Menschliches. Es
70 beschwerten sich dann wiederum andere Bewohner, dass es zu laut ist und dann kommen die Polizei
71 oder die Saga und sagen, dass sie wegmüssen. Und da ist eigentlich klar, dass die auch einen
72 Begegnungsraum brauchen. In dem Industriegebiet ist ja in Planung eine Art Parkanlage mit
73 Grillmöglichkeit zu schaffen aber das liegt halt im Industriegebiet und nicht in der Wohngegend und
74 es ist oft schwierig, dass man so verschiedene Interessen sieht. Aber ja, Männer sind hier echt
75 unterrepräsentiert. Natürlich sind sie hier im KiFaZ besonders als Väter auch willkommen und auch in
76 der Sozialberatung, aber es gibt hier kein extra Angebot, wie es eben viele für junge Frauen und eben
77 Mütter gibt. Im KiFaZ haben wir natürlich junge Familien aber nichts extra für Väter oder Männer
78 überhaupt.

79 **Heymann:** Sie hatten eben Rechtsradikalismus erwähnt. Gibt es hier Stress in dem Zusammenhang
80 und belastet das einige Bewohner?

81 **Participant6:** Ja, wir haben hier regelmäßig ganz tränenreiche Gespräche, dass Menschen zu uns
82 kommen hier ins KiFaZ. Wir haben hier wirklich regelmäßig weinende Personen hier vor uns sitzen,
83 die sagen sie wollen da nicht mehr hin. Das ist aber überhaupt nicht von den Fachleuten so, sondern
84 von den Klienten. Ich habe es schon selbst mitbekommen. Da sind Leute, die sagten zu zwei
85 afghanischen Frauen, dass sie nicht reindürfen. Im Frauen- und Mädchentreff ist es genauso. Die
86 Mitarbeiter sagen natürlich, dass jede Frau rein kann, aber man merkt sofort, wenn eine afghanische
87 oder türkische Frau reinkommt, dann gefriert der Raum. Ich würde da dann auch wieder rausgehen.
88 Die Stimmung von den deutschen und polnischen Frauen verändert sich dann so drastisch und zeigen
89 ganz deutlich, dass sie wieder gehen sollen. Das zeigt sich durchaus auch in der Jugendkultur drüben
90 im Jugendzentrum. Ansonsten versuchen wir hier alles, dass es nicht eskaliert. Hier sind schon viele
91 Ängste an Ausgrenzung und hier fliegen auch regelmäßig Flugblätter von der AFD rum und wenn die

92 in den Briefkästen landen, dann macht das Stimmung. Wir hier im KiFaZ sind halt wie das Sandwich in
93 der Mitte und haben manchmal das Gefühl wir werden überlaufen und können nur noch nach
94 Terminen beraten, weil wir die Menge gar nicht mehr abarbeiten können.

95 **Heymann:** Okay. Wie werden die Maßnahmen hier in Großlohe denn durch die Zielgruppen
96 angenommen? Das haben Sie eigentlich eben schon gesagt. Also, es wird hier sehr gut angenommen
97 und Sie haben die Kapazitäten nicht mehr. Das kann man so glaube ich gut zusammenfassen. Wissen
98 Sie denn auch, wie das bei den anderen Institutionen ist?

99 **Participant6:** Teilweise. Das ist ja schon immer so ein bisschen Hörensagen. Ich glaube die sind fast
100 alle gut besucht, weil der Bedarf hier einfach sehr hoch ist. Die einen gehen halt lieber da hin und die
101 anderen lieber da hin. Es ist hier einfach so, dass die Erstunterkünfte für Geflüchtete zurückgebaut
102 wurden und viele sind hier angesiedelt worden und viele sind zu ihren Familienmitgliedern gezogen,
103 was das Gefühl gibt, dass die Wohnungen hier noch voller sind. Und die kommen dann natürlich auch
104 hier her, weil sie von ihren Verwandten oder Freunden hören, dass sie hier eine gute Beratung und
105 Hilfe bekommen und nicht angeguckt werden und jeder, egal welche Kultur, hier angenommen wird.
106 Und das macht die Kurve an Klienten hoch. Und da ist auch viel in dem Bereich
107 Kindeswohlgefährdung, Sachen, wo die Belastung auf Dauer schon echt hoch ist. Ich behaupte jetzt
108 auch einfach mal, dass der Bedarf an Beratung gar nicht zu decken ist. Irgendwann natürlich, aber da
109 müssten hier so viel mehr Beratungsangebote geschaffen werden.

110 **Heymann:** Dann komme ich jetzt zu der Frage, was die Interventionen, die sie hier haben, genau
111 beinhalten, nochmal im Blick auf Angebote zur Förderung der psychischen Gesundheit.

112 **Participant6:** Mit Ausnahme des Trauma-Kunstprojekts gibt es hier keine spezielle Beratung zur
113 psychischen Gesundheit. Das läuft ein Stückweit natürlich mit, aber vorrangig ist die Ankopplung an
114 die Sozialberatung. Und darüber baut sich dann das Vertrauensverhältnis auf, sodass Leute auch
115 sagen, dass es ihnen nicht gut Zuhause geht. Auf jeden Fall kommen im Gespräch Stück für Stück die
116 Themen ran. Wir kommen ganz viel an Themen ran, wie Erziehungsberatung, die wir aber nicht
117 leisten dürfen. Wir müssen dann immer viel verweisen und deswegen sind die Punkte hinsichtlich,
118 was wir tun können, sehr knapp. Es basiert natürlich auch alles auf Freiwilligkeit und es gibt schon
119 viel, was die Frauen nutzen können aber sie müssen es selbst aufsuchen. Und wenn die Frauen nicht
120 kommen können wegen einer starken psychischen oder physischen Belastung, gerade aufgrund von
121 körperlicher Ermüdung und Vorerkrankungen es nicht schaffen, dann können wir aber auch nicht zu
122 denen nach Hause gehen. Da ist immer eine Grenze, wo wir darauf angewiesen sind, was auch gut
123 ist, weil die Klienten sollen ja auch die Disziplin entwickeln selbst zu kommen. Wenn dann aber
124 jemand länger nicht kommt und dann kommt er wieder mit einem Haufen an Problemen, wie einer
125 Räumungsklage, dann müssen wir schnell die Kuh vom Eis holen. Es fehlen so langfristige Konstrukte,
126 wie eine Erziehungsberatung, die auch näher dran sein kann und wir haben natürlich die Möglichkeit
127 das Jugendamt zu informieren, aber die Grenzen des Systems sind einfach vorhanden und spürbar.
128 Ich glaube mit den Klienten, die hierherkommen, denen können wir schon gut helfen, wenn es um
129 die Belastung durch Ämter geht, wenn zum Beispiel Briefe nicht verstanden werden oder sie kein
130 Geld kriegen und nicht wissen, wie sie die Wohnung bezahlen sollen. Es gibt dazu ganz viele
131 Belastungssituationen und das zu orten und zu sagen wir machen jetzt dies und das. Wir haben hier
132 ja auch einen Rechtsanwalt in der Sozialberatung, der auch alles außer Strafrecht berät und durchaus
133 auch Widersprüche schreibt, sodass Klienten nicht in noch prekärere Situationen kommen und die
134 haben wir hier viel. Hier passiert sowas viel. Zum Beispiel eine Woche Probearbeit auf dem Bau und
135 nach einer Woche wird dann gesagt „Nee, wir nehmen dich nicht.“. Und die Leute wissen oft nicht,
136 dass das so nicht geht und dann kommen die betroffenen Leute hierher und wir kümmern uns
137 darum. Dann gibt es natürlich eine Klage. Da gibt es auch gewisse Lieferservices, die da sehr
138 prädestiniert sind. Ich würde sagen da haben wir alle zwei Wochen mindestens einen Fall. Das sind

139 halt prekäre Arbeitsbedingungen. Es gibt dann keine festen Verträge. Natürlich ist es hier von
140 Großlohe wegzukommen und irgendwo hinzufahren auch schwierig und dann müssen die Leute ihre
141 Kinder vielleicht noch wo hinbringen und dann ist der Arbeitsbeginn meist erst um 10 Uhr möglich.
142 Überhaupt es zu schaffen hier wegzukommen mit dem Bus und dann die Kinder noch. Hier macht
143 keine KiTa vor acht auf und das sind alles so Bedingungen. Der Bedarf ist zwar nicht riesig aber der
144 Bedarf ist schon da, sodass wir dann auch Bewerbungen schreiben. Und die Leute werden dann nicht
145 genommen, weil sie nicht flexibel genug sind und sie sind nicht flexibel genug, weil sie Kinder haben
146 und es hier nicht so leicht ist von der Verkehrsanbindung her. Das sind alles so Dinge, die so
147 ineinander hängen und das wird man nicht einfach mal eben so lösen.

148 **Heymann:** Sie verweisen die Bewohner ja. An wen verweisen Sie denn da im Hinblick auf psychische
149 Angelegenheiten?

150 **Participant6:** Wenn wir sehen, dass ein psychotherapeutischer Bedarf da ist, kann man über die
151 Krankenkasse eine Einzelsitzung in Anspruch nehmen. Da ruft man dann an und kann innerhalb der
152 nächsten Woche eine Sitzung bei einem Psychologen bekommen, wo man hinfahren muss. Und die
153 können dann eine gute Einschätzung machen, ob es einen dringenden Handlungsbedarf gibt. Wir
154 arbeiten aber auch viel mit Frauenhäusern zusammen, wenn es stark belastende Situationen gibt und
155 es kann eben sein, dass eine Frau schnell raus muss, wenn akut Gewalt droht. Wir haben eine große
156 Palette an Beratungsstellen und Kooperationspartnern. Das ist unterschiedlich, was eben los ist. Es
157 ist aber auch die Sache, dass die Menschen dort überhaupt nicht ankommen, weil allein nach
158 Rahlstedt zu fahren ist für viele Leute wie eine Weltreise. Eigentlich müsste man hier alles vor Ort
159 haben, aber das ist natürlich nicht möglich. Teilweise ist es schon schwierig für die Menschen die
160 nächste Straße zu überqueren und wir versuchen halt eng in der Stadtteilkonferenz
161 zusammenzuarbeiten. Manchmal ist das für die Betroffenen auch unverständlich, weil wir ihnen
162 nicht direkt helfen können. Die denken dann „Ich habe dir das doch eben erzählt, wieso hilfst du mir
163 denn nicht?“. Und dann müssen wir immer sagen, dass das nicht unsere Aufgabe ist und wir das nicht
164 dürfen. Wir dürfen zum Beispiel gar keine Senioren beraten und wenn hier dann ein Senior steht, der
165 akuten Hilfebedarf hat, dann müssen wir eigentlich sagen „Fahr bitte nach Rahlstedt, dort gibt es
166 ABeSa.“ Wir wissen aber, dass das oft nicht funktioniert und dann gucken wir dann schon drauf und
167 überlegen, ob in den nächsten drei Tagen was getan werden muss, aber sonst müssen wir natürlich
168 verweisen und das ist halt nicht ganz rund. Es scheuert sozusagen an vielen Ecken.

169 **Heymann:** Okay. Wenn Sie zu den vorherigen Fragen nichts mehr sagen möchten, würde ich zu der
170 letzten Frage kommen. Was für Verbesserungen und Bedarfe sehen Sie hinsichtlich der Förderung
171 von psychischer Gesundheit der Bewohner hier?

172 **Participant6:** Also, es fehlt definitiv etwas für Männer aber auch für kleine Kinder. Wir haben ja
173 einmal die Woche eine Babygruppe hier und es fehlen viele KiTa-Plätze für die Altersgruppe. Ab 6
174 Jahren haben wir die offene Gruppe aber dazwischen haben wir so ein Delta, was wir aufgrund
175 unserer derzeitigen Finanzierungslage nicht abdecken können. Das schaffen wir einfach nicht. Dann
176 sollte man hier Begegnungsorte schaffen, sowas, um das Bedürfnis zu stillen sich draußen zu treffen
177 und zu grillen. Hier fehlt definitiv eine Möglichkeit, wo man nicht wieder gleich verbannt wird. Und
178 dann natürlich ein Projekt zur konkreten Gesundheitsförderung, wie die Wissensvermittlung, was
179 gesunde Ernährung ist, warum wir übergewichtig sind, warum unsere Zähne kaputt gehen etc. Das
180 sind ganz oft einfach Wissenslücken und nicht, dass das aus bösem Willen passiert. Das Kind möchte
181 gerne Süßigkeiten und dann kriegt es die, weil ich selbst habe früher ja auch welche bekommen. Dass
182 die Leute dann entsetzt sind, dass die Zähne verfaulen, passiert hier gar nicht so selten. Oder auch
183 Wissen zu psychischer Gesundheit und was ich dafür machen kann oder wo ich mir Hilfe suchen kann
184 und wie gehe ich eigentlich mit mir selbst um. Das ist so ein Punkt da gibt es definitiv Bedarf. Es gibt
185 hier auch eine Familie, die ist komplett stark übergewichtig und denen geht es gesundheitlich echt

186 schlecht, weil sie fast den ganzen Tag im Bett liegen und das ist natürlich ein Teufelskreis. Und dann
187 den Leuten zu sagen „Hey, du musst dich aber bewegen damit es dir besser geht“. Das hilft dann
188 nicht. Man muss denen dann auch erklären, warum man das tun muss, aber nicht von oben herab so
189 lehrerhaft, sondern so, dass das die Personen verstehen können und für sich ihr Verhalten ändern
190 können. Manche erreicht man so und manche nicht, aber ich würde sagen da ist definitiv ein Bedarf.
191 Hier fehlt ganz viel Aufklärung und Sicherheit zu gesundheitlichen Themen. Das wären meine Punkte
192 dazu.

193 **Heymann:** Es sollte also Angebote zur Aufklärung geben.

194 **Participant6:** Ja, aber wirklich niedrigschwellig damit die Personen überhaupt erreicht werden, weil,
195 wenn man sich einfach hinstellt und sagt „Ich erzähle euch jetzt etwas über Zahngesundheit.“, da
196 wird keiner kommen und die Menschen würden nicht verstehen warum, weil das zu hoch ist. Wenn
197 man stattdessen sagt „Wir machen jetzt einen Kochkurs und danach waschen wir uns alle mal die
198 Hände und putzen uns gemeinsam die Zähne, weil deswegen und so weiter.“ Also, jetzt mal so
199 gesagt. Man muss irgendwas machen, um die Menschen damit zu erreichen und immer wieder
200 Ängste bei den Leuten überwinden. Die Leute hier brauchen viel Vertrauen zu den Menschen, die
201 hier arbeiten, weil sie auch diffuse Ängste haben. Zum Beispiel, wenn ich das jetzt erzähle, was macht
202 die dann mit meinen Informationen. Ja, und für Kurse zum Beispiel braucht es am besten immer
203 Menschen, die in einer ähnlichen Situation waren und die dann schult Wissen weiterzugeben für
204 Zielgruppen. Also, man muss jemanden aus der Zielgruppe, der auch die Sprache spricht, erreichen
205 und der muss dann zum Beispiel über ein gemeinsames Kochen oder gemeinsames Frühstück die
206 Themen vermitteln. Wenn es etwas Kostenloses ist, wie umsonst zusammen kochen und essen, da
207 erreicht man die Menschen mit. Da guckt man sich neben dem Kochen auch mal die
208 Ernährungspyramide zusammen an und schaut, was Gemüse ist und erklärt, warum das wichtig ist.
209 Man muss es so machen als würde man es einem Kind erklären. Ich habe solche Projekte ja schon
210 erlebt. Es muss so ein bisschen einen spielerischen Charakter haben und ganz viel Vertrauen
211 vorliegen. Es gibt aber trotzdem einen Punkt da müssen wir Dinge melden und dann muss man
212 sagen, dass man sich so Sorgen macht, dass man die Sache melden muss und nicht weil man böse ist,
213 sondern weil du Hilfe brauchst. Wir versuchen das im Rahmen unserer Möglichkeiten und es steht
214 und fällt halt mit der Finanzierung des KiFaZ. Wir haben einfach nicht die Möglichkeit viele Projekte
215 zu initiieren, weil der finanzielle Rahmen dafür nicht da ist. Wir machen schon viel. Wir machen zum
216 Beispiel bald wieder eine Reise in den Heidepark und versuchen ein paar Ferientlastungen zu
217 machen und das zu finanzieren ist nicht so einfach. Wir versuchen auch viel über das Ehrenamt zu
218 machen, das ist toll, ist aber nicht mit der Fachlichkeit von jemanden zu vergleichen, der das
219 hauptamtlich macht und einfach genau weiß, was er da tut. Ehrenamt ergänzt gut und es sind auch
220 viele aus dem Stadtteil hier. Aber ja, personell und finanziell sind wir am Kapazitätsrahmen
221 angekommen. Es ist sicherlich möglich und sinnvoll Ehrenamtler auch viel mehr zu schulen aber da
222 muss man ihnen auch mehr Sicherheit geben. Im Moment ist es so, dass unsere Ehrenamtler
223 ergänzen, aber auch teilweise noch nicht einmal das, sondern eher etwas begleiten und
224 unterstützen. Es sind Ehrenamtler und die haben in dem Moment ja auch keine Verantwortung und
225 das ist auch wichtig in der Rolle. Na ja und hier im KiFaZ kommen die Leute mit einer Wucht an
226 Problemen. Wir haben hier auch mit Suchterkrankungen zu tun und mit familienrechtlichen
227 Streitigkeiten.

228 **Heymann:** Sie hatten auch Gewalt erwähnt. Glauben Sie, dass es hier etwas dazu geben sollte? Zum
229 Beispiel mit Aufklärung.

230 **Participant6:** Wir haben da so eine Verhaltensampel, die zeigt was man nicht darf und auch nicht
231 Zuhause. Und wir sagen dann auch „Wenn dir jemand weh tut, dann komm zu uns und sag das und
232 wir überlegen dann gemeinsam, was wir machen können.“ Wir haben halt auch einige Sachen, wo

233 wir dann die Polizei oder das Jugendamt rufen müssen oder eben die Frau in das Frauenhaus bringen
234 müssen. Je nach dem, was dann zu tun ist. Wir haben tatsächlich viel mehr Fälle mit Gewalt gegen
235 Frauen. Gewalt gegen Männer gibt es bestimmt auch, ist mir aber hier noch nicht begegnet. Ich
236 denke gerade darüber nach, wie man Interventionen so aufbauen kann, dass sie so niedrigschwellig
237 sind, dass sie die Zielgruppe erreichen. Jemanden zu sagen, dass man nicht geschlagen werden darf
238 reicht nicht, weil was kann die Person machen, wenn es passiert? Wir hatten hier schon viele
239 Situationen, wo eine kreischende Frau vor der Tür steht und vor ihrem Ehemann wegrennt und sich
240 hier rein rettet. Dann rufen wir die Polizei und die Frau kommt ins Frauenhaus, aber die ist dann ganz
241 schnell wieder hier, weil da natürlich Druck auf die Frau ist und über das Handy erreicht wird und
242 dann vom Mann gesagt kriegt, dass sie wiederkommen soll und ich weiß nicht, was da alles gedroht
243 wird. Man kann nur immer wieder sagen, dass wir hier in Deutschland sind und hier gibt es andere
244 Regeln und Gesetze und die sind auch unabhängig von der Kultur. Wir akzeptieren ihre Kultur, aber
245 es gibt Sachen, wie Gewalt, und die akzeptieren wir hier nicht. Das geht aber nur wieder über
246 Vertrauen und es braucht Zeit die Familien kennenzulernen und ihnen die Angst zu nehmen, dass
247 man mit den Informationen, die sie uns geben, nicht gleich irgendwas Schlimmes macht. Also, man
248 erreicht nur etwas bei den Leuten, wenn man individuell auf die Personen eingeht, die
249 hierherkommen, im Gespräch bleibt und das über einen längeren Zeitraum hinweg.

250 **Heymann:** Okay. Möchten Sie noch etwas sagen?

251 **Participant6:** (lacht) Nö.

252 **Heymann:** Gut. Dann vielen Dank.

253 **Participant6:** Sehr gerne.

1 **Interview on the 25. of June 2019 from 14:50 pm to 15:12 pm**

2 **Heymann:** Schön, dass Sie heute zum Interview da sind. Ich fange mit einer Einstiegsfrage an. Und
3 zwar ist da meine Frage, in welchem Bereich arbeiten Sie und wie lange sind Sie schon in diesem
4 Bereich tätig?

5 **Participant7:** Mein Name ist [REDACTED]. Ich bin jetzt seit 15 Jahren im Stadtteil Rahlstedt tätig bei
6 Streetlife e.V.; Straßensozialarbeit in Rahlstedt. Das ist ein Träger, den es im nächsten Jahr 40 Jahre
7 gibt. Wir haben unterschiedliche Angebote. Das eine ist die klassische Straßensozialarbeit, das heißt
8 wir betreuen junge Menschen so ab 14 oder 15 Jahren, die ihre Sozialisation auf der Straße erfahren.
9 Wir sind wirklich vor Ort und gehen in die Viertel. Das ist Großlohe, Rahlstedt Ost und Hohenhorst.
10 Weitere Arbeitsinhalt ist unser Projekt „Schlupfloch“. Da haben wir drei Gästewohnungen mit
11 insgesamt 10 Plätzen. Da ist eine Wohnung mit drei Plätzen für Jugendliche zwischen 16 und 18
12 Jahren männlichen Geschlechts und das gleiche für Mädchen und eine gemischtgeschlechtliche
13 Wohnung mit vier Plätzen, die auch im Stadtteil Großlohe liegt, ab 18 Jahren. Dann haben wir das
14 Projekt „Jugend Aktiv Plus“ bei uns. Das ist kurz gesagt Integration in den Arbeitsmarkt von nicht
15 integrierbaren jungen Menschen, die einfach Bildungshemmnisse haben und aus sozial schwachen
16 Familien kommen, oftmals keinen Schulabschluss haben und wenn dann einen schlechten
17 Hauptschulabschluss und eigentlich keine Chance auf dem Arbeitsmarkt haben. Die unterstützen wir
18 mit einem gesamtgesellschaftlichen Ansatz, das heißt, wenn sie hierherkommen dann sagen sie nicht „Ich
19 habe keinen Job.“. Sie sagen „Ich bin rausgeflogen, ich habe keinen Personalausweis, ich habe gar
20 nichts und weiß gar nicht wie was funktioniert.“ Die sitzen hier oft zitternd und dann versuchen wir
21 die erstmal zu stabilisieren. Dann haben wir das Projekt Mitternachtssport. Das findet jede
22 Freitagnacht in der Rahlstedter Turnhalle statt zwischen 22:30 Uhr und 2 Uhr morgens. Da wird in
23 der Regel Fußball gespielt, außer in den Ferien, und das dient dazu die jungen Leute, gerade die
24 jungen Männer, von der Straße zu holen, um die sich da austoben zu lassen. Das ist es in Kürze. Dazu
25 kommt ganz viel Gremienarbeit. Wir machen Sozial- und Rechtsberatung und da haben wir Externe
26 eingekauft. Wir machen ganz viele jugendkulturelle Angebote. Sie waren ja selbst auch bei dem
27 Stadtteilfest in Großlohe. Das ist ein schönes, großes Kinderfest und das habe ich mit den Kollegen
28 zusammen organisiert. Dann sind wir bei allen größeren Festen im Stadtteil Rahlstedt und teilweise
29 auch im Bezirk Wandsbek zu gegen. Wir machen auch Jugendreisen. Es wird in diesem Jahr eine Fahrt
30 geben mit jungen Sinti und Roma nach Ausschwitz, eine Woche lang. Dann gibt es eine Fahrt zur
31 Gamescom in diesem Jahr nach Köln, also „daddeln“. Wir haben zwei Mal wöchentlich ein Jungs- und
32 Mädchencafé. Montag und Dienstag am späten Nachmittag ist es für die Jungen und Mittwoch und
33 Donnerstag für die Mädchen. Es ist einmal für die Kleineren von 6 bis 12 Jahren und dann für die
34 Größeren bis 18 oder 19 Jahren. Die waren jetzt in Frankfurt dieses Jahr und ich weiß noch gar nicht
35 wo die zweite Tour hin geht. Es ist ein sehr umfassender Arbeitsbereich.

36 **Heymann:** Okay. Dann ist meine erste Frage zu dem Thema Gesundheitsförderung im Bereich
37 psychische Gesundheit: Welche Interventionen gibt es für die psychische Gesundheit für die
38 Erwachsenen in Großlohe?

39 **Participant7:** Mir ist derzeit gar nichts mehr bekannt. Ich weiß es gibt ein therapeutisches
40 Kunstprojekt vom Kinder- und Familienzentrum in Großlohe. Ansonsten gab es ganz lange den Träger
41 ABeSa in Großlohe, der ist aber nun umgezogen. Die haben ganz viel für psychisch erkrankte
42 Erwachsene und mit denen gemacht und sie unterstützt. Ansonsten ist mir nichts mehr bekannt. Wir
43 haben ja insbesondere mit jungen Leuten, auch jungen Erwachsenen, zu tun und ungefähr ein Drittel
44 kommt aus Großlohe. Die kennen uns schon seit sie Kinder sind, da wir viel im Stadtteil unterwegs
45 sind. Irgendwann kommt dann die Situation, dass es Zuhause zu Problemen kommt, oftmals über den
46 normalen Abnabelungsprozess hinaus, sodass viele relativ früh ihr Elternhaus verlassen müssen und
47 erstmal vollkommen „schwimmen“. Für die sind wir die Ansprechpartner und das wissen auch die

48 Familien dort. Die schicken sie dann sofort zu uns oder sie gehen erstmal zum Jugendamt und das
49 Jugendamt, der Allgemeine Soziale Dienst verweist an uns. Was wir merken ist, dass in den letzten
50 zwei bis drei Jahren die Anzahl der psychisch erkrankten Menschen, die uns aufsuchen, insbesondere
51 ab 16 Jahren, ganz stark zugenommen hat. Das hat ein bisschen was damit zu tun, dass wir nicht nur
52 Zuweisungen aus dem Stadtteil selbst über Mundpropaganda beziehungsweise über den ASD
53 bekommen, sondern eben auch über die Jugendberufsagenturen, die viele junge Leute zu uns
54 schicken, die sie eigentlich vermitteln sollen. „Keiner soll verloren gehen“ sagte die SPD mal. Es
55 gehen aber einfach Leute verloren, auf Grund von Schwierigkeiten in ihrem Leben und die werden zu
56 uns geschickt und dann merken wir schon eine starke Zunahme von psychisch Erkrankten unter
57 denen. Das geht um Genderthemen, das ist Unsicherheit in der eigenen Sexualität, das geht über
58 Missbrauchserfahrungen, über körperliche und seelische Gewalt und man muss sagen, dass die, die
59 hierherkommen, die kommen in der Regel auch wieder. Die finden hier Unterstützung, weil wir ganz
60 niedrigschwellig arbeiten und wir nehmen die Leute so wie sie sind. Wir versuchen nicht
61 Mittelstandskinder aus denen zu machen, sondern das ist ein ganz akzeptierender Arbeitsansatz und
62 das merken die ganz schnell. Ein Teil von den Leuten hat das ganze Hilfesystem schon durch. Zum
63 Beispiel die Eltern sind verstorben, dann kamen sie in ein Kinderheim und in eine Pflegefamilie,
64 vielleicht gab es Hilfen zur Erziehung durch das Jugendamt und viele sind einfach durch mit den
65 ganzen Sozialarbeitern und wollen einfach nur eine Tür haben, die sie zu machen können, um einfach
66 mal zur Ruhe zu kommen und vielleicht noch psychologische oder psychiatrische Betreuung dazu.
67 Und die kommen einfach immer wieder zu uns. Selbst wenn wir Leute, die ein bis zwei Jahre eine
68 Vertrauensbasis zu uns aufbauen konnten und wir Anschlussperspektiven haben, sprich ein anderer
69 Träger, weil wir ja nicht so ausgebildet sind und wir haben hier keinen Psychologen, wenn wir
70 irgendwas für sie finden, wo sie theoretisch besser aufgehoben sind, tauchen sie trotzdem immer
71 wieder hier auf. Oftmals im Zusammenhang mit dem Jugendamt, was sich kümmert eine
72 Familienhilfe einzusetzen oder halt einfach Unterstützungsmöglichkeiten zu gewähren. Die tauchen
73 in der Regel immer wieder hier auf. Das heißt, sie haben ganz viel Vertrauen zu uns und das ehrt uns,
74 macht uns aber auch ganz viel Arbeit. Mit den Erwachsenen, die psychisch erkranken, haben wir
75 relativ wenig zu tun. Oftmals geht das ja Hand in Hand mit der finanziellen Situation der Familien. Das
76 sind ganz viele Familien, die im SGB II-Bezug sind und immer wieder Probleme mit den Jobcentern
77 bekommen, weil sie relativ hohe Anforderungen nicht erfüllen können. Einfach keine Folgeanträge
78 ausfüllen und dann fließt das Geld nicht, dann ist die Wohnung bedroht und und und. Die kommen
79 dann her zur Sozialberatung jeden Dienstagabend und das macht ein Externer, den wir eingekauft
80 haben, und der macht das schon 20 Jahre hier bei uns und hat so vielen Familien schon geholfen. Das
81 ist zwar kein therapeutischer Ansatz, aber wenn ich die Problemlage durch finanzielle Probleme
82 lösen kann, dann hilft das schonmal ganz viel Druck zu nehmen. Dadurch werden natürlich nicht
83 deren Krankheitsbilder behandelt und das würden wir uns auch nicht anmaßen. Das ist dann einfach
84 Verweisberatung bei uns.

85 **Heymann:** Okay. Machen Sie denn ganz konkret etwas, was die psychische Gesundheit der jungen
86 Leute fördert?

87 **Participant7:** Es kommt darauf an, wie man das sieht. Also, wir machen keine Therapieangebote in
88 dem Sinne, aber dadurch dass die Leute eine sehr lange Verweildauer bei uns haben, sind wir
89 teilweise sowas wie Ersatzeltern geworden, bei denen sie Halt finden. Das ist natürlich schwierig,
90 weil wir das Problem haben mit Nähe und Distanz; wir sind halt nicht deren Freunde, sondern wir
91 arbeiten hier und wenn ich hier nicht mehr arbeite, dann werde ich in der Regel keinen Kontakt mehr
92 zu den jungen Menschen haben. Trotz allem nehmen sie uns wie Ersatzeltern und fühlen sich hier
93 sehr wohl und werden gut aufgehoben und Problemsituationen werden bereinigt. Oftmals ist das
94 Überschuldung durch zig Handyverträge, die abgeschlossen werden. Die Handys werden dann sofort
95 verkauft, weil man kein Geld hat aber die Kosten laufen natürlich weiter. Wir haben hier junge

96 Menschen, die sind massiv verschuldet. Da nehmen wir dann Kontakt auf zu den
97 Schuldnerberatungsstellen. Alles was man denen abnehmen kann, wenn man eine Vereinbarung
98 macht, hilft ihnen, sich um die Verbesserung ihrer Lebenssituation zu kümmern. Dann können sie
99 sich auf Bewerbungen konzentrieren, eine Ausbildung oder doch nochmal einen Schulabschluss
100 erreichen. Aber wir arbeiten halt nicht therapeutisch mit denen.

101 **Heymann:** Eigentlich haben Sie das schon gesagt, aber ich würde trotzdem die nächste Frage stellen.
102 Welche Zielgruppen werden durch ihre Maßnahmen angesprochen. Vielleicht können Sie die
103 nochmal kurz aufzählen.

104 **Participant7:** Das sind Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene aus den Stadtteilen Rahlstedt
105 Großlohe, Hohenhorst und Rahlstedt Ost und dazu auch deren Eltern teilweise, die oftmals früher
106 hier schon Besucher waren. Das sind unsere Zielgruppen.

107 **Heymann:** Okay, und wie werden die Maßnahmen durch die Zielgruppen angenommen? Da sagten
108 sie ja auch schon, dass die Klienten regelmäßig wiederkommen.

109 **Participant7:** Das funktioniert durch niedrigschwellige Beziehungsarbeit. Wir können für sie
110 Angebote machen, aber wir versuchen immer, dass die jungen Leute mit ihren Themen zu uns
111 kommen und wir deren Themen übernehmen. Es ist nicht wichtig ihnen zu sagen, dass wir dies
112 unternehmen und das und ins Kino gehen. Das machen wir auch nebenbei, aber erst geht es um die
113 Themen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen selbst und denen nehmen wir uns an.

114 **Heymann:** Okay. Was beinhalten die Interventionen zur Förderung der psychischen Gesundheit
115 genau, die Sie hier machen? Dazu hatten sie ja schon etwas erzählt.

116 **Participant7:** Ich mache das mal an einem Fallbeispiel. Wir haben einen jungen Mann, der wohnt bei
117 uns in der Wohnung. Den kenne ich durch die Straßensozialarbeit seit circa 14 oder 15 Jahren. Es gab
118 eine massive Alkohol- und Drogenproblematik in der Familie und der Vater ist mittlerweile
119 verstorben und das alles wurde nie aufgearbeitet. Der junge Mann ist jetzt bei uns, ist erstmal
120 eingezogen, weil es Zuhause mit der Mutter nicht mehr ging. Da sind noch andere kleine Kinder und
121 er möchte was aus seinem Leben machen und möchte auf keinen Fall in die Situation kommen zum
122 Beispiel in SGB II-Bezug zu landen und möchte wirklich etwas aus sich machen. Er möchte da
123 rauskommen, hat aber niemals aufgearbeitet, was in seiner Kindheit und insbesondere jetzt rund um
124 den Tod des Vaters, was das mit ihm gemacht hat. Seine Kindheit war hart und von der Straße
125 geprägt. Und ihm geben wir jetzt erstmal einen Schutzraum und Ruhe. Also, wir setzen uns für die ein
126 und versuchen die Schulden zu regulieren, gucken jetzt nach einer Möglichkeit, wo er psychologische
127 Unterstützung erhält. Wahrscheinlich wird das eine ambulante Therapie, in der er über seine
128 Kindheit berichten kann und vielleicht Hilfsangebote bekommt. Das können wir selbst hier nicht
129 durchführen. Wir ebnen nur den Weg dahin, wenn das gewünscht ist, und er möchte das gerne.

130 **Heymann:** Gibt es denn hier Psychologen und Psychiater in der Nähe?

131 **Participant7:** Es gibt hier einige Psychologen und Psychiater. Was immer schwierig ist, ist
132 Jugendpsychiater zu finden. Es gibt ein paar in Hamburg, die sich darauf spezialisiert haben, aber
133 unsere Leute, die hierherkommen, sind in einer akuten Krise und die Anlaufstellen haben
134 Wartezeiten von mindestens einem halben Jahr. Das heißt, manchmal haben wir hier Leute sitzen,
135 die vollkommen vereinsamt sind, die keinen Freundeskreis haben, die Familie hat mit ihnen oder sie
136 mit ihrer Familie gebrochen und die sitzen hier und weinen. Das muss halt alles erstmal raus.
137 Manchmal schlagen wir dann vor oder begleiten sie auch hin ins UKE, dass sie sich erstmal drei
138 Wochen aus dem Verkehr ziehen lassen und oftmals geht das auch Hand in Hand mit einer
139 Drogenproblematik, also meistens weiche Drogen, also Cannabiskonsum. Dass die nicht nur in eine

140 Entgiftung gehen, sondern auch von der Straße weg kommen und nach diesen drei Wochen kommen
141 sie dann wieder hierher. Wir hatten jetzt einen Fall und der macht jetzt gerade ein Praktikum und
142 wird höchstwahrscheinlich eine Ausbildung absolvieren können und das hat dem ganz massiv
143 geholfen. Aber die Grundvoraussetzung ist die Vertrauensbasis, die sie zu uns haben.

144 **Heymann:** Gut. Ich würde dann zur letzten Frage kommen. Welche Bedarfe und Verbesserungen
145 sehen Sie in Bezug auf psychische Gesundheit für die jungen Erwachsenen in Großlohe und im Raum
146 Großlohe?

147 **Participant7:** Das ist ganz klar. Das ist die massive Unterversorgung, und das kann man bestimmt für
148 ganz Deutschland sagen, von Angeboten mit jugendpsychiatrischen Inhalten. Es braucht mehr
149 Unterstützung und Jugendpsychologen, an die man relativ schnell rankommt und eben nicht mehr
150 ein Jahr Wartezeit haben, weil sich in diesem einen Jahr so viel bei jungen Menschen verschlechtern
151 kann. Wir haben es halt auch, dass die Leute uns weggebrochen sind und in den harten
152 Drogenkonsum gelandet sind oder letztendlich auch kriminell geworden sind und im Knast gelandet
153 sind. Das Hilfesystem dahingehend ist nicht ausreichend für die jungen Menschen, insbesondere
154 wenn eine Gesellschaft junge Menschen mit psychischen Erkrankungen produziert. Also, durch
155 Druck, durch Auflagen, durch die Eltern, die denen in der Kindheit schon jegliches Selbstvertrauen
156 genommen haben. Wir merken das ganz häufig bei Sinti und Roma, wo ein Schulbesuch durch die
157 Eltern gar nicht so forciert wird, denn das Kind könnte ja dann schlauer sein und es reicht im Lager zu
158 arbeiten und 1000 Euro zu verdienen und das ein Leben lang. Man muss sich auch vorstellen, auf 60
159 Quadratmeter wohnen acht bis neun Personen, davon sind auch Kleinstkinder dabei und wie soll
160 man da auch auf seinen Hauptschulabschluss oder Realschulabschluss hin lernen... Das ist kaum
161 möglich und das klappt dann in der Regel nicht. Selbst im normalen Schulalltag gehen diese Kinder
162 oftmals unter und die Lehrer haben keine Zeit, noch sind sie dafür ausgebildet, sich wirklich
163 intensiver mit denen zu befassen. Das heißt, es wird dann selektiert. In Großlohe haben wir die
164 Schule an der Siekerlandstraße mit sehr engagierten Lehrern und da werden viele Kinder, die
165 woanders ausselektiert werden, weil sie an anderen Schulen unter den gegebenen Bedingungen
166 nicht funktionieren können, sehr gut betreut. Da sind sehr viele Kinder aus sozial schwachen Familien
167 aus Großlohe dabei und es gibt dort auch einen hohen Migrantenanteil und Kinder, die einen
168 Fluchthintergrund haben und seit 2015 in Deutschland sind. Wir haben auch immer wieder Angebote
169 in den Erstaufnahmeeinrichtungen gemacht, zum Beispiel Kinderfeste, um mit den Leuten in Kontakt
170 zu kommen und die schleppen schon ganz schön was mit. Wenn man sich mit den Kindern mal näher
171 unterhält, das ist für deutsche normal sozialisierte Mittelstandskinder nicht nachvollziehbar, was die
172 erlebt haben und dass die Schwierigkeiten haben, ist ganz klar. Die brauchen jegliche Unterstützung
173 und vor allem auch psychologische Unterstützung. Wir bieten auch noch Berufsfindungstage an und
174 das haben wir immer genderorientiert gemacht für Jungs und Mädchen. Das heißt dann, wir kaufen
175 uns zehn Praxisanleiter und -anleiterinnen ein, die mal jungen- oder mädchenuntypische Berufe den
176 jeweiligen Gruppen vorstellen und die können auch praktisch an diesen Tagen daran arbeiten und
177 das machen wir jetzt auch für junge Menschen mit Fluchthintergrund. Da haben wir aber ein
178 gemischtgeschlechtliches Angebot gefunden und das läuft dann mit den Integrationsklassen vom
179 Gymnasium in Rahlstedt und aus der Stadtteilschule in Rahlstedt. Da sind natürlich auch junge Leute
180 aus Großlohe, die zum Beispiel in der Wohnunterkunft von Fördern und Wohnen leben.

181 **Heymann:** Haben Sie noch mehr Ideen zu Bedarfen?

182 **Participant7:** Es ist natürlich auch immer die finanzielle Ausstattung. Die Jugendarbeit wird seit
183 Jahren relativ stiefmütterlich behandelt. Die SPD hatte die Idee, dass die Schule das alles abdecken
184 soll, insbesondere die Ganztagschulen. Das funktioniert zum Teil, aber irgendwann möchten die
185 Kinder und Jugendlichen auch mal aus der Schule raus sein und wenn um 16 Uhr Schluss ist, dann
186 öffnen die Einrichtungen der offenen Kinder- und Jugendarbeit und dann brauchen sie auch oftmals

187 keine Angebote mehr, sondern einen Raum, wo sie mal zur Ruhe kommen können, weil Zuhause
188 können sie es oftmals nicht. Alternativ ist nur die Straße da für sie oder manche Sportvereine aber
189 die, die in die offene Kinder- und Jugendarbeit gehen, die wollen da einfach chillen und ihre Ruhe
190 haben und mal nicht drangsaliert werden und die brauchen auch nicht zwanzig Angebote, sondern
191 Raum für sich. Wir haben Jugendgruppen und Jungen- und Mädchencafés, wieder so
192 Genderprojekte. Das findet aber nicht in Großlohe, sondern in Hohenhorst statt. Zweimal
193 wöchentlich gibt es Treffpunktzeiten jeweils für Mädchen und für Jungs und die bestimmen das
194 Programm im Prinzip. Also, wir machen schon ein Ferienprogramm und es gibt auch mal eine Reise,
195 aber im Prinzip bestimmen sie selbst, was sie machen möchten. Es wird zum Beispiel zusammen
196 gekocht und gegessen, die Eltern wissen die Kinder sind sicher und treiben sich nicht auf der Straße
197 rum und es ist auch immer einer von uns dabei. Insbesondere bei den Jungen haben wir eine Gruppe,
198 die kam so mit 12 oder 13 Jahren und sind immer noch da und sind mittlerweile 18 oder 19 Jahre alt.
199 Die haben eine eigene Zeit und verwalten das selbst mittlerweile. Das sind alles schwarzafrikanische
200 Jungs, die bei uns einen Schutzraum gefunden haben und auf der Straße wahrscheinlich
201 untergegangen wären oder in den Häusern der Jugend und sich einfach immer wieder bei uns
202 getroffen haben und durch die Beziehungsarbeit hängen sie halt immer noch bei uns rum und das
203 macht auch Spaß. Trotzdem sollten sie so langsam auch ihren eigenen Weg finden. Natürlich geht es
204 auch um die finanzielle Unterversorgung der offenen Kinder- und Jugendarbeit, der
205 Familienförderung, was ein großes Thema ist. Die personelle Ausgestaltung ist schwach finde ich.
206 Wenn man sich anguckt, dass 6000 Menschen in Großlohe leben und im KiFaZ arbeiten zwei
207 Hauptamtliche, dazu kommt die Sozialberatung und zwei, die Familien betreuen und das wars dann.
208 Das gilt für den Frauen- und Mädchentreff, wo auch nur zwei Kolleginnen arbeiten, genauso. Für die
209 Masse an Leuten, die in Problemlagen stecken, ist das ganz klar einfach zu wenig. Das heißt nicht,
210 dass es in anderen Stadtteilen besser ist. Gerade aber die Unterversorgung im Bezirk Wandsbek, der
211 analog zu den anderen Bezirken nie so stark gefördert wurde. Der Bezirk ist aber der größte Bezirk
212 Hamburgs und Rahlstedt ist der einwohnerstärkste Stadtteil Hamburgs, was keiner weiß. Man denkt
213 immer in Altona und St. Pauli wohnen die meisten Menschen, vielleicht noch Steilshoop oder Jenfeld,
214 aber Rahlstedt ist einfach der einwohnerstärkste Stadtteil Hamburgs und analog dazu stimmen die
215 Zahlen einfach nicht, die in die Kinder- und Jugendarbeit und Familienarbeit fließen. Da müsste von
216 der Stadt deutlich nachgebessert werden.

217 **Heymann:** Okay. Haben Sie noch eine konkrete Idee, wie eine Maßnahme für psychische
218 Gesundheitsförderung aussehen könnte?

219 **Participant7:** Nein, das kann ich nicht sagen. Das ist nicht meine Profession. Da müssten sich dann
220 Experten mit befassen. Dass etwas passieren muss, das sehe ich aber schon.

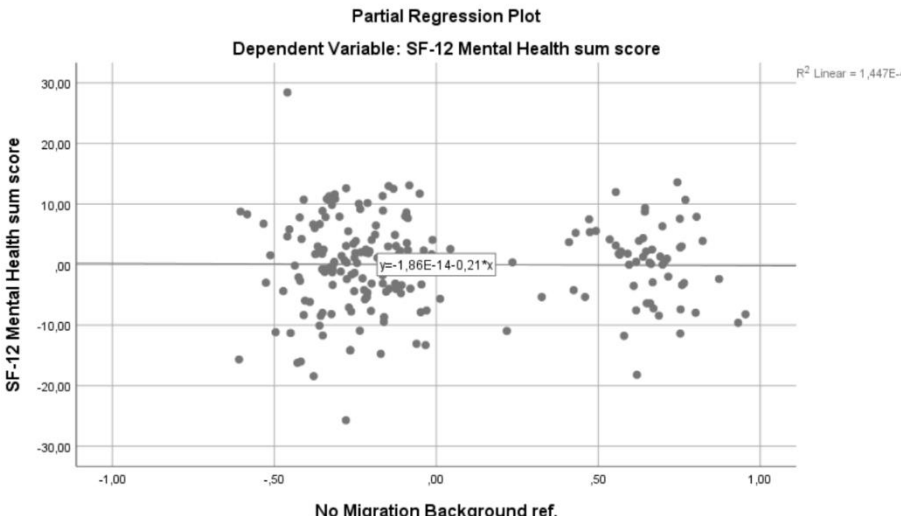
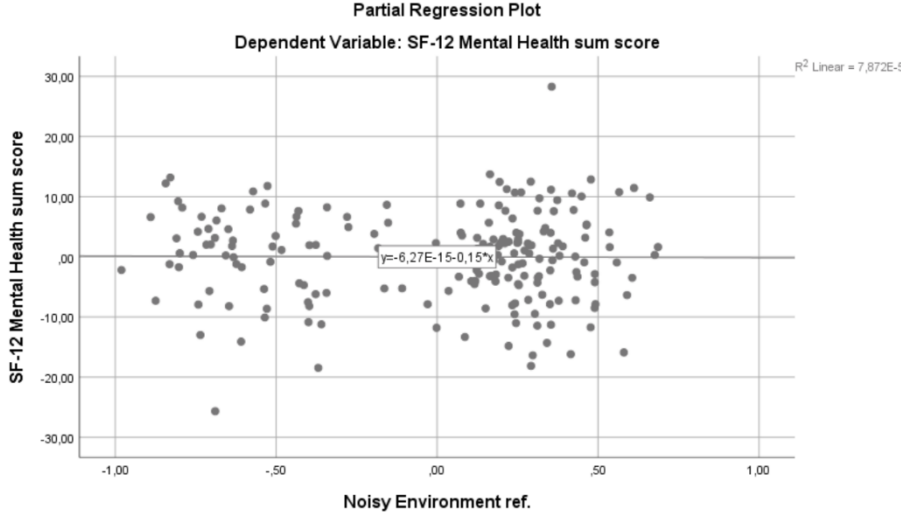
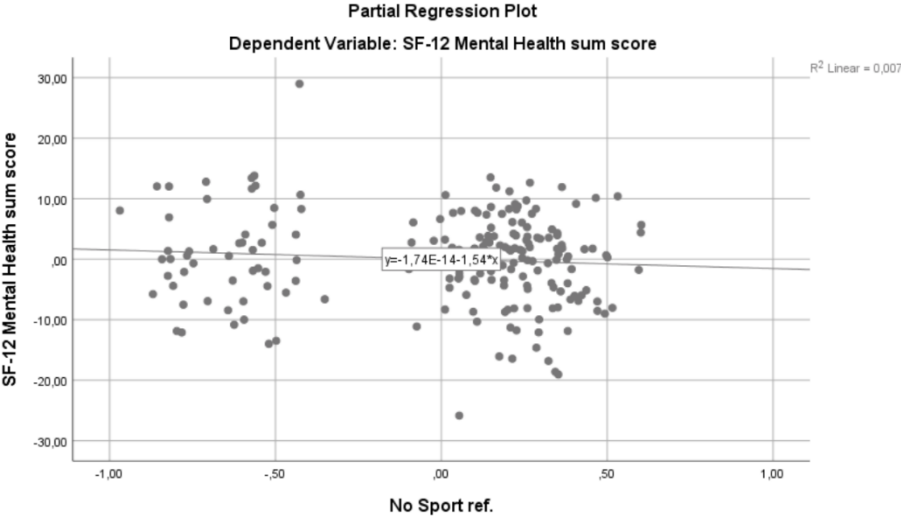
221 **Heymann:** Möchten Sie noch etwas sagen?

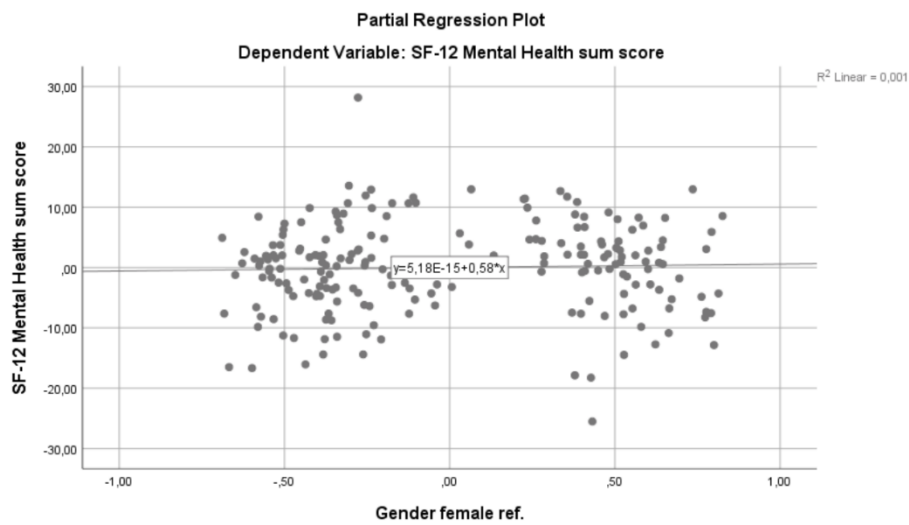
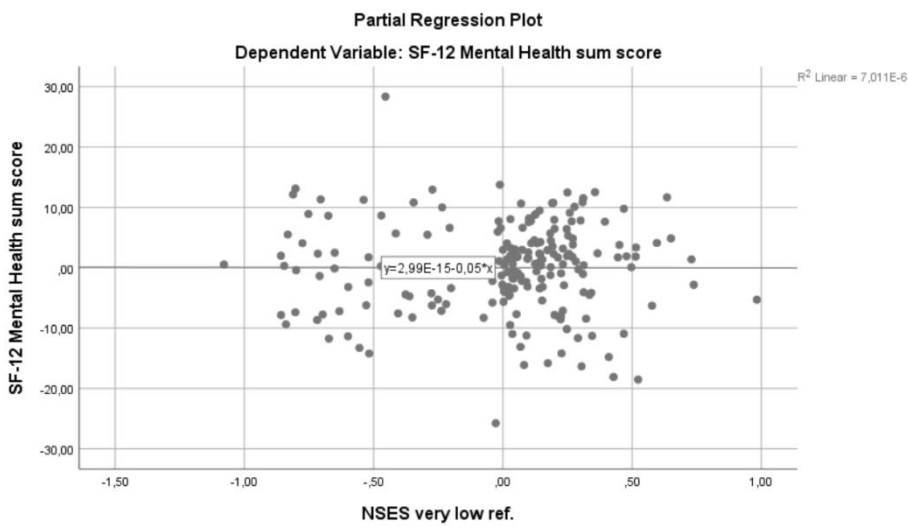
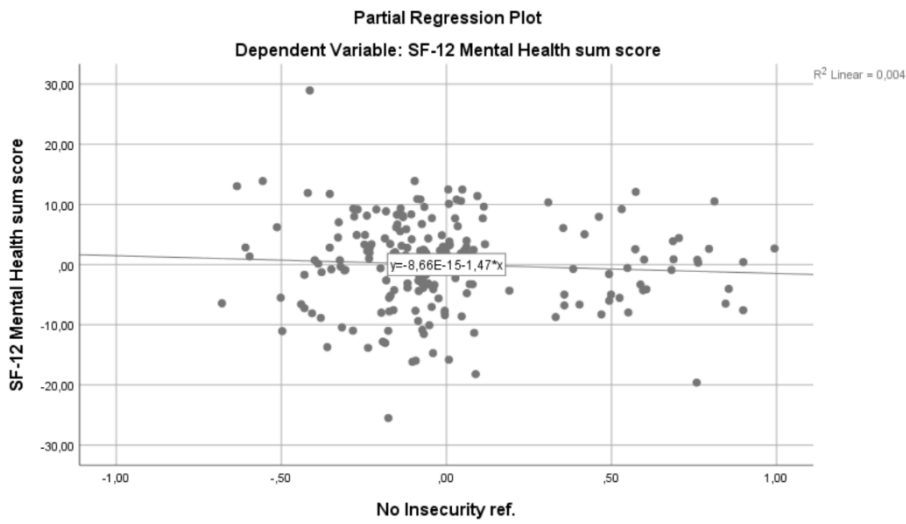
222 **Participant7:** Nein, ich glaube ich bin durch.

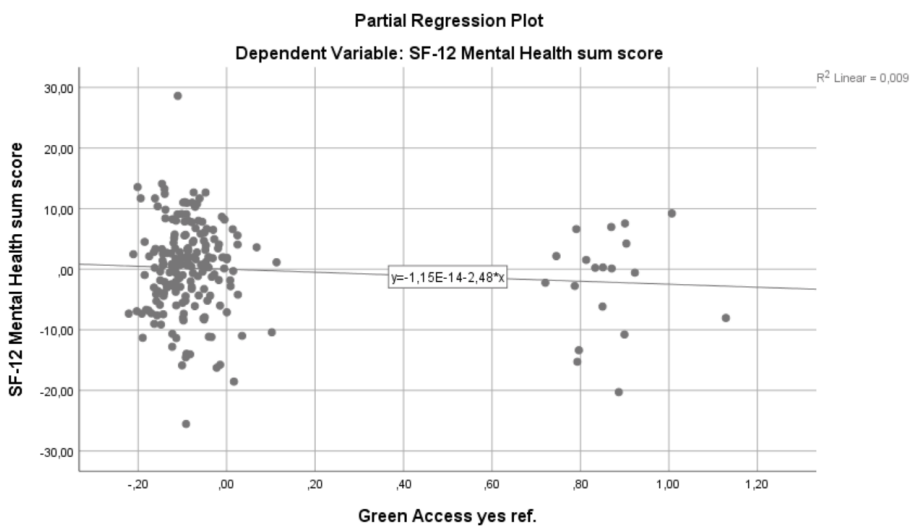
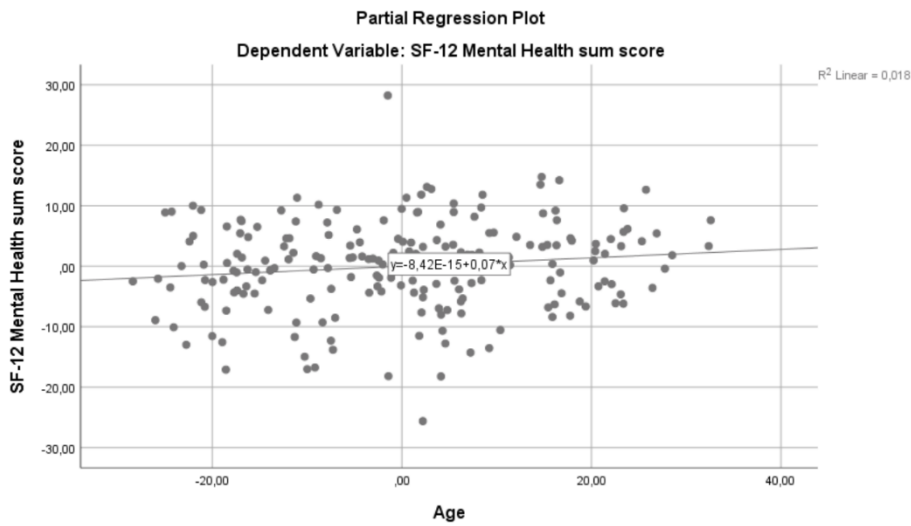
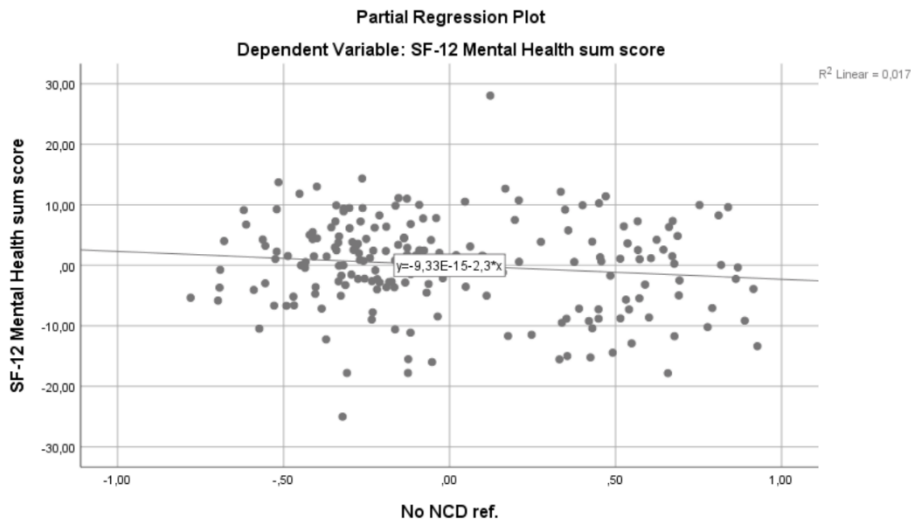
223 **Heymann:** Okay. Dann vielen Dank.

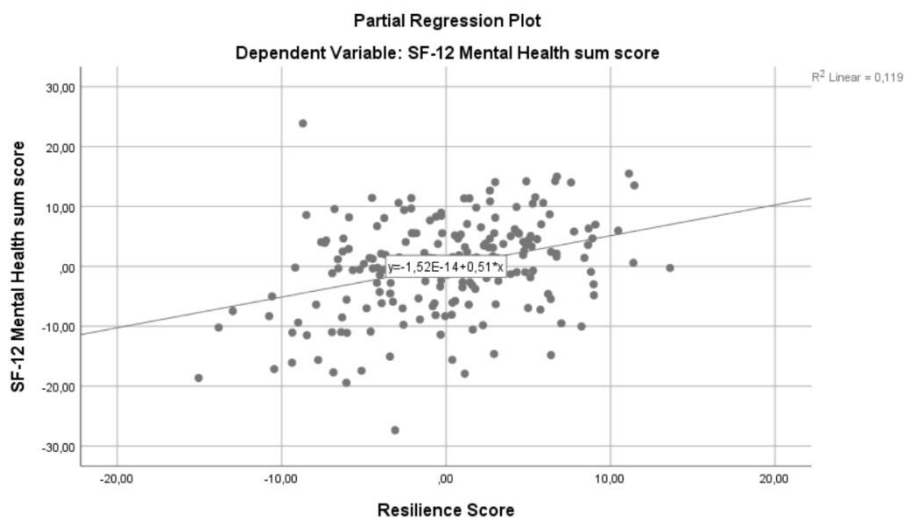
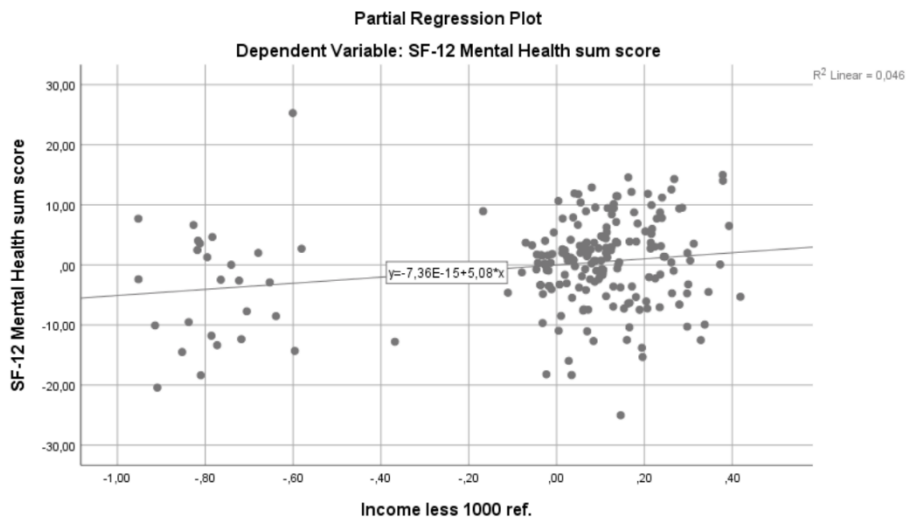
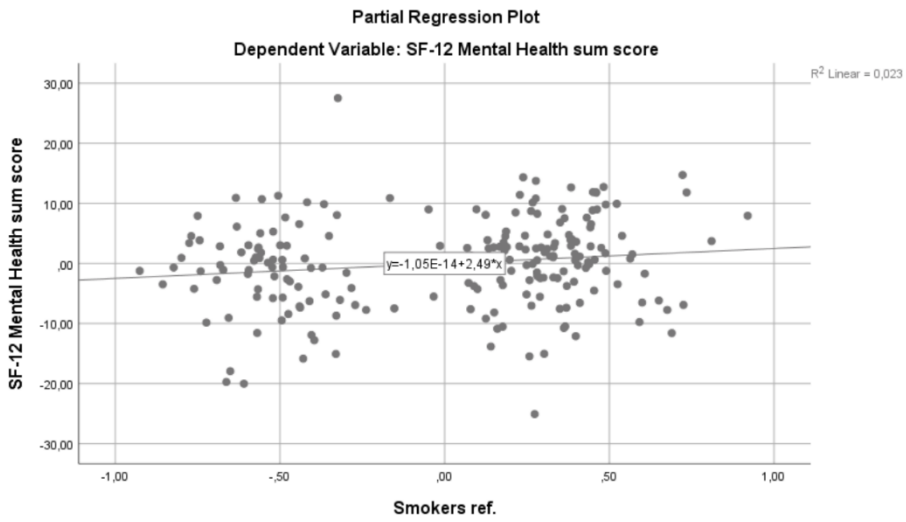
224 **Participant7:** Sehr gerne.

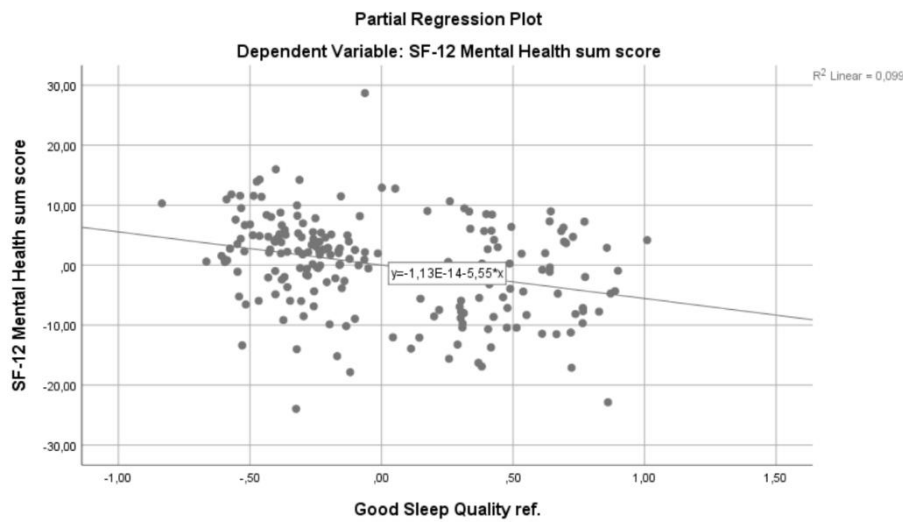
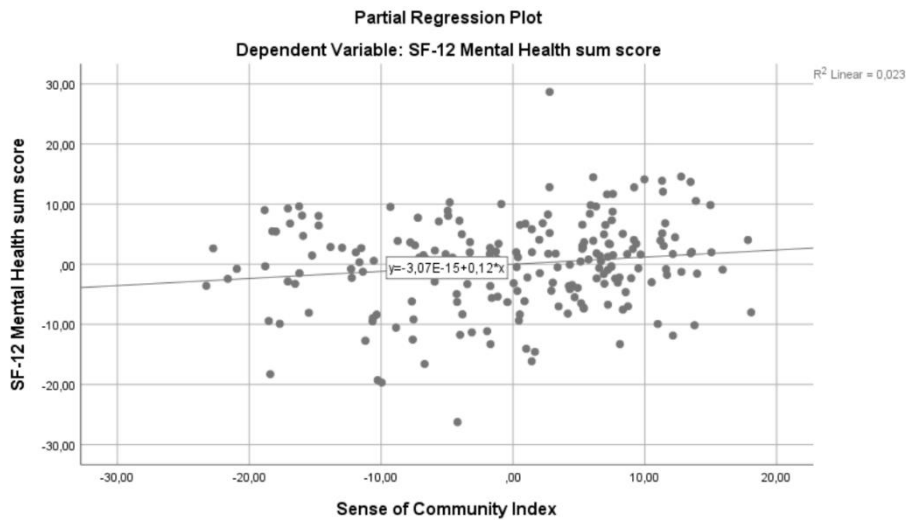
Appendix D – SPSS output of the regression











➔ Regression

Variables Entered/Removed^a

| Model | Variables Entered | Variables Removed | Method |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------|
| 1 | Green Access yes ref., Sense of Community Index, Good Sleep Quality ref., Smokers ref., Income less 1000 ref., No NCD ref., Age, Resilience Score ^b | | Enter |

a. Dependent Variable: SF-12 Mental Health sum score

b. All requested variables entered.

Model Summary^b

| Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate | Durbin-Watson |
|-------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|---------------|
| 1 | ,697 ^a | ,486 | ,467 | 7,35043 | 2,024 |

a. Predictors: (Constant), Green Access yes ref., Sense of Community Index, Good Sleep Quality ref., Smokers ref., Income less 1000 ref., No NCD ref., Age, Resilience Score

b. Dependent Variable: SF-12 Mental Health sum score

ANOVA^a

| Model | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|-------|------------|----------------|-----|-------------|--------|-------------------|
| 1 | Regression | 10685,622 | 8 | 1335,703 | 24,722 | ,000 ^b |
| | Residual | 11292,019 | 209 | 54,029 | | |
| | Total | 21977,641 | 217 | | | |

a. Dependent Variable: SF-12 Mental Health sum score

b. Predictors: (Constant), Green Access yes ref., Sense of Community Index, Good Sleep Quality ref., Smokers ref., Income less 1000 ref., No NCD ref., Age, Resilience Score

Coefficients^a

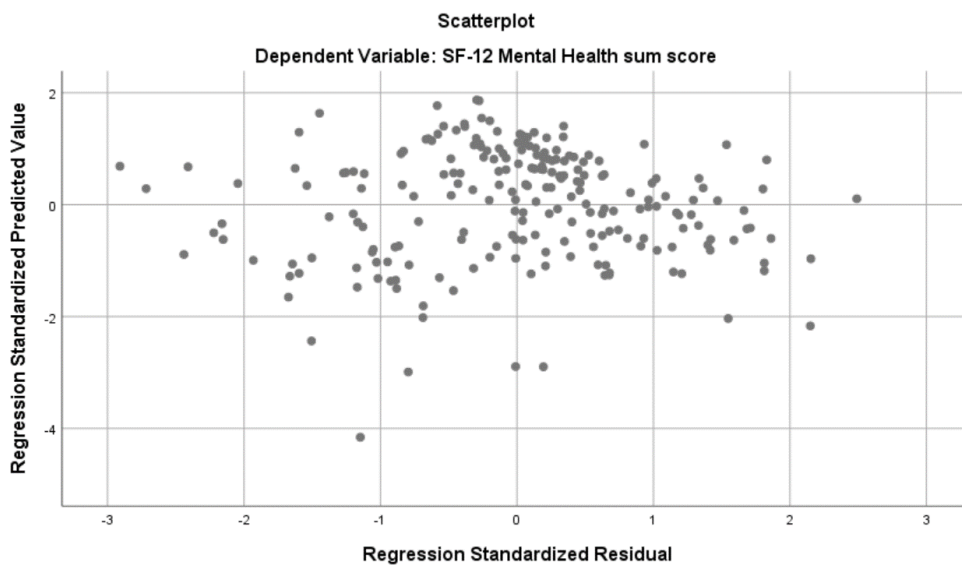
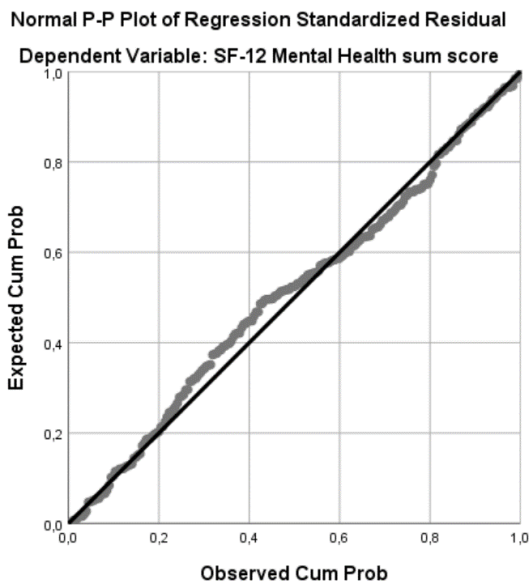
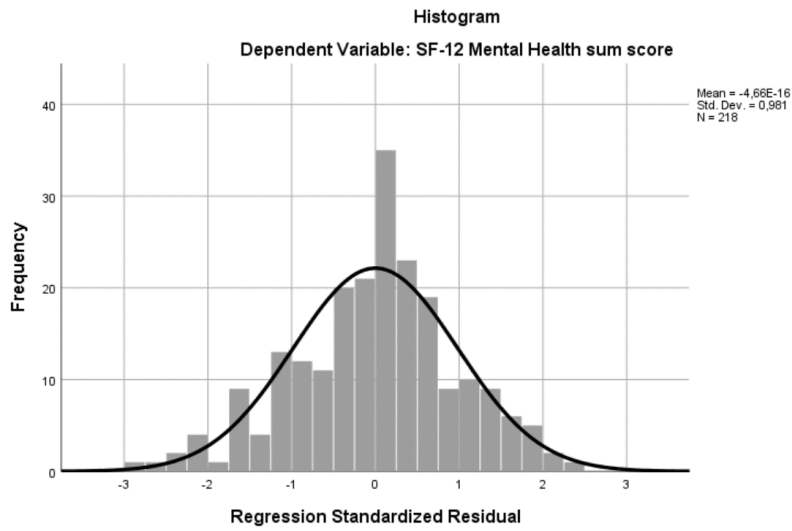
| Model | | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients | t | Sig. | 95,0% Confidence Interval for B | | Collinearity Statistics | |
|-------|--------------------------|-----------------------------|------------|---------------------------|--------|------|---------------------------------|-------------|-------------------------|-------|
| | | B | Std. Error | Beta | | | Lower Bound | Upper Bound | Tolerance | VIF |
| 1 | (Constant) | 24,056 | 3,047 | | 7,896 | ,000 | 18,050 | 30,062 | | |
| | No NCD ref. | -2,102 | 1,162 | -,099 | -1,809 | ,072 | -4,393 | ,189 | ,813 | 1,230 |
| | Age | ,072 | ,033 | ,122 | 2,217 | ,028 | ,008 | ,136 | ,808 | 1,237 |
| | Smokers ref. | 3,384 | 1,035 | ,165 | 3,271 | ,001 | 1,344 | 5,425 | ,965 | 1,036 |
| | Income less 1000 ref. | 5,340 | 1,520 | ,181 | 3,513 | ,001 | 2,343 | 8,337 | ,930 | 1,075 |
| | Resilience Score | ,570 | ,091 | ,361 | 6,242 | ,000 | ,390 | ,750 | ,733 | 1,364 |
| | Sense of Community Index | ,062 | ,050 | ,065 | 1,239 | ,217 | -,037 | ,162 | ,881 | 1,135 |
| | Good Sleep Quality ref. | -5,661 | 1,091 | -,276 | -5,191 | ,000 | -7,811 | -3,511 | ,872 | 1,146 |
| | Green Access yes ref. | -2,637 | 1,701 | -,077 | -1,550 | ,123 | -5,990 | ,716 | ,984 | 1,016 |

a. Dependent Variable: SF-12 Mental Health sum score

Residuals Statistics^a

| | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation | N |
|-----------------------------------|-----------|----------|---------|----------------|-----|
| Predicted Value | 20,6065 | 62,9281 | 49,7895 | 7,01730 | 218 |
| Std. Predicted Value | -4,159 | 1,872 | ,000 | 1,000 | 218 |
| Standard Error of Predicted Value | ,872 | 2,524 | 1,455 | ,339 | 218 |
| Adjusted Predicted Value | 21,5683 | 62,9892 | 49,7867 | 7,01524 | 218 |
| Residual | -21,38606 | 18,30341 | ,00000 | 7,21366 | 218 |
| Std. Residual | -2,909 | 2,490 | ,000 | ,981 | 218 |
| Stud. Residual | -3,024 | 2,571 | ,000 | 1,006 | 218 |
| Deleted Residual | -23,09848 | 19,51151 | ,00280 | 7,58430 | 218 |
| Stud. Deleted Residual | -3,085 | 2,606 | ,000 | 1,012 | 218 |
| Mahal. Distance | 2,061 | 24,591 | 7,963 | 4,350 | 218 |
| Cook's Distance | ,000 | ,081 | ,006 | ,011 | 218 |
| Centered Leverage Value | ,009 | ,113 | ,037 | ,020 | 218 |

a. Dependent Variable: SF-12 Mental Health sum score



Appendix E – Declaration of academic honesty

Hereby, I declare that I have composed the presented master thesis independently on my own and without any other resource than the ones indicated. All thoughts taken directly or indirectly from external sources are properly denoted as such.

Hamburg, 08th November 2019

Sabrina Heymann