



Friedrichstr. 231, 10969 Berlin

Fon 0 30-44 31 90-60

Fax 0 30-44 31 90-83

E-Mail kilian@gesundheitberlin.de

Internet www.gesundheitberlin.de

Fokus-Auswertung:
„Angebote der Gesundheitsförderung im Setting Stadtteil“

Endbericht

07.09.2007

Dipl.-Soz. Yves Douma, MPH

Dipl.-Soz. Holger Kilian, MPH

M.sc. (P.H. and Admin.) Marco Ziesemer

unter Mitarbeit von

Dipl.-Ökotrophologe Dietmar Walter

Inhalt

Einleitung	3
1. Untersuchungshintergrund	6
Life-Skills	6
Strukturbildung.....	7
Partizipation	8
Rückkoppelungseffekte im Settingansatz.....	10
Gesundheitsförderung nach dem Settingansatz in Stadtteilen	11
2. Untersuchungsaufbau	14
Fragestellung	14
Auswahl der Fokusgruppe	16
Qualitative Auswertung: Strukturierte telefonische Befragung.....	19
3. Untersuchungsinhalte	21
1. Quartiersmanagement Sparrplatz Berlin-Wedding	21
2. Kooperationsverbund Schanzenviertel (KOOP).....	25
3. Hilfe vor Ort - Verein für Erziehungshilfe e.V.....	27
4. Kiezdetektive - Kinderbeteiligung für eine gesunde und zukunftsfähige Stadt...	29
5. Stadtteilwerkstatt : Gemeinwesenarbeit im Rahmen des Bund Länder Programms Soziale Stadt	33
6. Treffpunkt Gemeinwesenarbeit Bloherfelde/Eversten	36
7. Bürgerzentrum der Stadt Achim.....	40
8. Familienprojekt Adebar	47
4. Untersuchungsergebnisse und Handlungsempfehlungen	55
Rahmenbedingungen	55
Evaluation und Qualitätsentwicklung	55
Gesundheitsförderung und soziale Arbeit.....	56
Life-Skills (Lebenskompetenzen).....	56
Strukturbildung.....	57
Partizipation	58
Fazit	59
Literatur	60

Einleitung

In entwickelten Gesellschaften wie der in Deutschland sind in den letzten Jahrzehnten neue Gesundheitsprobleme entstanden. Mangelnde Hygiene, Hunger, verschmutztes Wasser oder Infektionskrankheiten stellen nicht mehr die größten Bedrohungen für die Gesundheit der Menschen dar. Die heute häufigsten und aus der epidemiologischen Perspektive betrachtet tödlichsten Krankheiten sind stärker durch den Lebensstil und das Gesundheitsverhalten der Menschen verursacht. Die Bewältigung dieser neuen Morbidität und Mortalität ist mit hohen und stetig zunehmenden Kosten für die gesamte Gesellschaft verbunden. Um diese Kosten zu verringern und die neue Morbidität zu bewältigen sind in den letzten Jahrzehnten verschiedene Strategien entwickelt und erprobt worden.

Experten und Professionelle aus dem Gesundheitswesen und der Politik gingen zunächst davon aus, dass gesundheitsgerechte Veränderungen von Lebensstil und Gesundheitsverhalten der Bevölkerung quasi von selbst entstünden, würde die Bevölkerung nur ausreichend über die Folgen von und mögliche Alternativen zu ihrem Gesundheitsverhalten informiert. Erfahrungen und Evaluationen aus entsprechenden Interventionen zeigten aber zunehmend häufiger, dass diese Annahme ein Irrtum war. Das effektive Verhalten der Menschen wich trotz der aufgezeigten Gefahren weiterhin deutlich von den vermittelten alternativen Verhaltensweisen ab – und zwar umso stärker, desto niedriger der sozioökonomische Status der Menschen in den Zielgruppen der Interventionen war (KICKBUSCH 2006).

Unter dem Eindruck dieser Entwicklungen entwickelte die Weltgesundheitsorganisation etwa ab Beginn der 1980er Jahre den so genannten Settingansatz der Gesundheitsförderung. Ihren vorläufigen Höhepunkt fand die Entwicklung des Settingansatzes in der Formulierung der Gesundheitsförderungscharta der Weltgesundheitsorganisation 1986 im kanadischen Ottawa. In der Ottawa-Charta wurden die gebräuchlichen gesundheitsorientierten Interventionsstrategien weiter entwickelt. Die Ottawa-Charta formulierte ein umfassenderes Verständnis des Gesundheitsbegriffes und ein Menschenbild, welches die Menschen nicht mehr als einzelne passive Empfänger von Gesundheitsinformationen beschrieb, sondern als aufeinander bezogene aktive Produzenten ihrer Gesundheit und Lebensbedingungen auffasste (STÖCKEL 2004). Gesundheitsförderung wurde in der Ottawa-Charta als Prozess definiert, der darauf abzielt, „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO 1986). Gesundheit wird als ein Zustand des Wohlbefindens verstanden, der neben dem körperlichen auch die seelischen und sozialen Aspekte des Lebens umfasst. Um dieses umfassende Wohlbefinden der Bevölkerung zu fördern, ist es nach Auffassung der Ottawa-Charta notwendig, „dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können“ (WHO 1986). Die Ottawa-Charta führte strategische Vorschläge aus, wie dieses Ziel zu errei-

chen sei. Der Setting-Ansatz gilt dabei als „Schlüsselstrategie“ im Methodenkanon der Gesundheitsförderung (BAUCH 2002: 68; GROSSMANN und SCALA 1996: 65) und als „Instrument zur Umsetzung der Prinzipien der Ottawa-Charta“ (BZGA 2005: 134). Die Einzelheiten des Settingansatzes werden in dieser Arbeit im ersten Kapitel in einem entsprechenden Exkurs näher beschrieben werden.

Infolge der Ottawa-Charta von 1986 wurden in Deutschland in den letzten 20 Jahren zunehmend Interventionen durchgeführt, welche sich nach dem dort beschriebenen Settingansatz richteten. Insbesondere in Betrieben und Schulen wurden Gesundheitsförderungsprojekte und –angebote nach dem Settingansatz durchgeführt.

Aktuell gewinnt der Setting-Ansatz als Umsetzungsstrategie für den sozialpolitischen Auftrag der krankenkassenfinanzierten Gesundheitsförderung nach § 20 (1) SGB V zunehmend an Bedeutung (GKV 2006). GROSSMANN und SCALA (1996) bezeichnen den Begriff als ein „bedeutenden Schritt“ in der Entwicklung der Gesundheitsförderung und eine „Antwort auf die beschränkten Erfolge traditioneller Gesundheitserziehungs-Aktivitäten“ (GROSSMANN und SCALA 1996: 65). Mit der Positionierung des Setting-Ansatzes sind hohe Erwartungen verbunden, Gesundheitsförderung von einem Nischenthema zur Querschnittsstrategie aller gesundheitspolitischen Aktivitäten zu entwickeln.

Zugleich gibt es aber in Deutschland noch relativ wenige Erkenntnisse zur Umsetzung des komplexen Konzeptes in die Praxis. Altgeld et al (2006) verweisen darauf, dass Lebenswelten für Gesundheitsförderung und Prävention zwar von allen Akteuren akzeptiert sind, die Bündelung von Ressourcen und Aktivitäten verschiedener Träger jedoch noch die Ausnahme ist (ALTGELD ET AL. 2006: 27). An dieser Stelle lässt sich für die Praxis feststellen, „dass das Setting-Konzept erst ansatzweise Eingang in die konkrete Umsetzung gesundheitsfördernder Interventionen gefunden hat“ (KILIAN; GEENE; PHILIPPI 2004: 153). Altgeld et al. (2006) schlagen vor, dass als Rahmen für die auch Ressourcen schonende Verknüpfung von Aktivitäten Sozialräume stärker genutzt werden sollten als bisher. Sie sehen im sozialräumlichen Ansatz folgende Vorteile: 1) die Bürger/innen werden in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld erreicht, 2) der Zugang zu benachteiligten Gruppen, die durch ungesunde Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen besonders gefährdet sind, wird (in nicht diskriminierender Weise) erleichtert und 3) Kooperation und Vernetzung lassen sich auf der lokalen Ebene leichter realisieren (ALTGELD ET AL. 2006: 27). Die Regiestelle E&C der Stiftung SPI weist in ihrer Dokumentation zur Konferenz „Integrierte gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung - Handlungsstrategien für Kinder und Jugendliche in E&C-Gebieten“ darauf hin, dass sich im Rahmen einer kommunalen Daseinsvorsorge nur im Setting „Stadtteil“ neue Unterstützungsstrukturen zur Sicherung elementarer Lebensbedürfnisse mit den betroffenen Bürger/innen bilden können (REGIESTELLE E&C 2004: 9). In diesem Zusammenhang gewinnt das Handlungsfeld „Nachbarschaft als soziales Netz“ an Bedeutung. Ziel dieser Ansätze ist es, soziale Basisnetzwerke in den (benachteiligten) Stadtteilen zu entwickeln.

Vor diesem Hintergrund soll diese Fokus-Auswertung zum Thema „Setting Stadtteil“ ansetzen. Sie ist in vier Kapitel unterteilt. Im ersten Kapitel wird zunächst mit einer kurzen exkurshaften Erläuterung der Grundideen und Schlüsselemente des Setting-Ansatzes der theoretische Hintergrund der Untersuchung beschrieben. Dazu werden die folgenden Strukturmerkmale des Setting-Ansatzes herausgearbeitet: 1) Die Vermittlung von *Life Skills* als Empowerment bzw zur individuellen und gemeinschaftsbezogenen Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln, 2) die Entwicklung *gesundheitsfördernder Strukturen (Capacity building)* als Organisation der gesunden Lebenswelt und 3). *Partizipation* als Voraussetzung für Empowerment und Strukturentwicklung. Im zweiten Kapitel wird der Aufbau der Untersuchung beschrieben, also ihre Fragestellungen und Methodik. Im dritten Kapitel werden die Untersuchungsinhalte dargestellt, welche im vierten Kapitel zusammenfassend bewertet werden. Die Fokauswertung schließt mit einem Fazit und Handlungsempfehlungen.

1. Untersuchungshintergrund

Der Begriff Setting bezeichnet in Zusammenhang von Gesundheitsförderung soziale Systeme, welche einen starken Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung ausüben und in denen die Menschen zugleich die Bedingungen ihrer Gesundheit gestalten und beeinflussen. Grossmann und Scala (2001) definieren den Setting-Ansatz wie folgt: „Der Setting-Ansatz zieht die Bedeutung der Rahmenbedingungen, unter denen die Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren, ins Kalkül. Hier sind die ökonomischen und sozialen Grundlagen und damit verbundene Abhängigkeiten und Risiken ebenso zu berücksichtigen wie milieuspezifische Traditionen. (...) Ein Setting wird als Feld verstanden, das alle relevanten Umwelteinflüsse einer Bevölkerungsgruppe umfasst. Daher stehen Gemeinden und Organisationen aller Art im Zentrum des Setting-Ansatzes. (...) Der Setting-Ansatz ist darauf gerichtet, die Einfluss-, Beteiligungs- und Wahlmöglichkeiten der Menschen zu erhöhen und Optionen für Verhaltensalternativen zu schaffen, indem auf gesundheitsrelevante Rahmenbedingungen Einfluss genommen wird.“ (GROSSMANN und SCALA 2001: S. 65)

Im Laufe der Jahre hat sich dieser Ansatz zu einem zentralen Element der Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt. Insbesondere in stark institutionalisierten Settings, wie Schulen oder Betrieben hat der Ansatz seine Tauglichkeit bei sonst schwer erreichbaren Zielgruppen wie sozial Benachteiligten belegt (ROSENBROCK 2004).

Im folgenden Abschnitt wird kurz die theoretische Basis des Setting-Ansatzes erläutert, indem die drei zentralen Strukturmerkmale – Vermittlung von Life Skills, Partizipation und Strukturentwicklung – in ihrer Zielsetzung und wechselseitigen Beziehung beschrieben werden. Hierbei wird auf die Darstellung zurück gegriffen, die 2004 im Rahmen eines Gutachtens zur Praxis der Gesundheitsförderung im Setting entwickelt wurde (KILIAN; GEENE; PHILIPPI 2004).

Life-Skills

Der Begriff Life-Skills, bzw. - in einer deutschen Übersetzung - Alltagskompetenzen und -fähigkeiten bezeichnet im Begriffsgebrauch der WHO „Kompetenzen und Fähigkeiten zur Anpassung und zu positivem Handeln, welche es Individuen ermöglichen, mit den Anforderungen und Herausforderungen des Lebens umzugehen. (...) Beispiele individueller Alltagskompetenzen und -fähigkeiten sind u. a. die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen und Probleme zu lösen; kreatives und kritisches Denken; Selbstwahrnehmung und Einfühlsamkeit; Kommunikationsfähigkeiten und die Fähigkeit zu zwischenmenschlichen Beziehungen; und das Bewältigen und umgehen können mit Emotionen und Stress“ (WHO 1998: 6). Das zentrale Ziel der Gesundheitsförderung nach der Ottawa-Charta ist Empowerment, bzw. die Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln für Gesundheit. Life-Skills stellen sowohl Bausteine

von als auch Voraussetzung für Empowerment dar (WHO 1998). Die Entwicklung und Förderung von Life Skills ist somit sowohl ein Ziel als auch eine Methode des Settingansatzes.

Strukturbildung

Der Begriff Setting hat verschiedene Bedeutungen. Im Alltagsgebrauch bezeichnet er zunächst einmal einen räumlich-materiellen Ort. Relevante Orte für gesundheitsorientierte Interventionen sind etwa Schulen, Kindertagesstätten, Krankenhäuser, Betriebe und Stadtteile. Gesundheitsinterventionen nutzen im Sinne dieses Alltagsverständnisses des Settingbegriffes diese Orte sowohl für verhaltensorientierte als auch für verhältnisorientierte Interventionen. Ein Beispiel für eine räumlich orientierte Intervention zum Gesundheitsverhalten ist ein Projekt, welches in Schulen Stellwände mit Informationen zu gesunder Ernährung aufstellt und gleichzeitig dort Kurse zu diesem Thema anbietet. Ein Beispiel für eine Intervention in die Gesundheitsverhältnisse vor Ort ist die Installation von Lärmschutzwällen entlang von stark befahrenen Autostrassen oder Bahntrassen.

Ein anderes Verständnis des Settingbegriffes geht über die Beschreibung rein materiell-räumlicher Gegebenheiten weit hinaus. Waren die Gegebenheiten an den Orten, an denen Menschen lebten, lernten und arbeiteten in weniger entwickelten Gesellschaften hauptsächlich durch die Natur bestimmt, werden sie in entwickelten Gesellschaften permanent durch den Menschen gestaltet und weiterentwickelt. Die Determinanten dieser Gestaltung sind nicht mehr monokausal und sinnlich erfahrbar, sondern zunehmend multikausal und abstrakt. Soziale, kulturelle, ökonomische und politische Bedingungen treten zu den materiellen Bedingungen in den Lebenswelten der Menschen hinzu. Darin liegen sowohl Möglichkeiten als auch Gefahren. Die Möglichkeiten bestehen darin, dass die Lebensbedingungen ohnehin schon ständig durch Menschen umgestaltet werden. Historisch betrachtet sind Menschen zunehmend in der Lage, ihre Lebensbedingungen nicht mehr als durch die Natur vorgegeben hinnehmen zu müssen, sondern sie selbst entsprechend ihrer Bedürfnisse gestalten zu können. Gefahren dieser Entwicklung liegen darin, dass die Möglichkeiten, die zunehmend komplexen Bedingungen in den Lebenswelten verstehen und gestalten zu können nicht gleich verteilt sind.

Strukturentwicklung bezeichnet in diesem Sinne die Strategie, nicht nur die materiellen, sondern auch die sozialen, kulturellen, ökonomischen und politischen Bedingungen in den Lebenswelten so zu gestalten, dass dort möglichst alle Menschen in der Lage sind, ihr Leben entsprechend ihren Bedürfnissen selbst zu gestalten (KICKBUSCH 2006).

Der Leitfaden Prävention, herausgegeben von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, unterscheidet den individuellen Ansatz, der auf den einzelnen Menschen und sein Verhalten ausgerichtet ist, vom Setting-Ansatz, bei dem die Interventionen „primär auf Lebensräume abzielen und durch Strukturbildung Gesundheit fördern“ (GKV 2006). Strukturbildung (Capacity Building) ist nach dieser Interpretation ein zentrales Element des Setting-Ansatzes. In

institutionalisierten Settings werden im Rahmen eines Prozesses der Organisations- und Strukturentwicklung belastende Bedingungen verändert und die Beteiligten erhalten Unterstützung bei der Aneignung gesundheitsfördernder Kompetenzen (GÖPEL 2004). Altgeld (2004) benennt als Kernstrategien der Settingarbeit die Einbeziehung und Beteiligung aller relevanten Akteure, die Prozessorientierung, Systeminterventionen, die individuelle Verhaltensweisen genauso beeinflussen sollen wie die Verhältnisse innerhalb der Settings, und schließlich die Verankerung von Gesundheit als Querschnittsanforderung.

Partizipation

Der Begriff Partizipation bezeichnet verschiedene Aspekte der Teilhabe von Menschen an den politischen, sozialen, kulturellen und ökonomischen Prozessen, welche die Strukturen in ihren Lebenswelten bestimmen und verändern. STARK (2003) unterscheidet drei verschiedene Aspekte von Partizipation. Als Prozess der Entwicklung „von Phantasien und Utopien“ sowie der „Gestaltung von Lebensräumen“ führt Partizipation zunächst einmal dazu, dass „die Vorstellungen und Visionen der Menschen über ihr eigenes Leben und ihre soziale Umwelt in unterschiedlichen Situationen“ ernst genommen werden. Ein zweiter Aspekt von Partizipation ist das demokratische Element der „Einmischung in traditionelle Felder der Gestaltung unserer Lebenswelt, d.h. auch in die Felder der Macht“. Partizipation in diesem Sinne bezeichnet somit auch „die aktive Mitgestaltung von Planungen und Zielsetzungen etwa der Gesundheits- und Sozialpolitik einer Kommune oder anderer öffentlicher Körperschaften“. Den dritten, eher reaktiven Aspekt von Partizipation stellt nach STARK (2003) die „Kontrolle von ExpertInnen, Verwaltung und PolitikerInnen“ dar. Diese Form der Partizipation als „NutzerInnenkontrolle“ wird, wie STARK (2003) betont nicht selten „in Beiräten oder Gremien institutionalisiert und oft auch domestiziert“ (STARK 2003: 170ff). Partizipation lässt sich somit als Einmischung in bestehende Verhältnisse zur Vertretung eigener Interessen und zur Verbesserung der Verhältnisse verstehen. In diesem Zusammenhang kann Partizipation in defensiver Ausrichtung als Instrument der Machtkontrolle bzw. in offensiver Ausrichtung als die Gestaltung politischer Prozesse „von unten“ verstanden werden (KILIAN; GEENE; PHILIPPI 2004: 161). Kilian et al. bringen die Idee der Partizipation mit dem Konzept der Salutogenese in Zusammenhang und warnen davor, Interventionen zur Verbesserung der Gesundheit sozusagen von oben zu verordnen: „Interventionen als wohlmeinende Sozialtechnologie, die das Verhalten und die Lebensumstände ahnungsloser Nicht-Akteure steuern, widersprechen einer gesundheitsförderlichen Ethik, die gerade auf die Erweiterung der selbstbestimmten Kompetenzen und Handlungsmöglichkeiten der Einzelnen abzielt (vgl. Naidoo, Wills 2003) und wirkt einer Stärkung des Kohärenzsinnns der Betroffenen im Sinne des Salutogenese-Modells von Antonovsky (1997) entgegen. Schließlich ist auch zweifelhaft, ob eine von oben, nicht diskursiv entwickelte und an die konkrete Problemlage im Setting anschließende Strukturentwicklung auch nachhaltige i.S. von dauerhaften Wirkungen entfalten wird. Vielmehr scheint es wesentlich, dass im Zuge der Setting-Interventionen Lernprozesse innerhalb des Settings eingeleitet und

kontinuierlich voran getrieben werden, deren Erfolg zur Stabilisierung des neuen – gesundheitsgerechten – Status quo beiträgt.“ (KILIAN; GEENE; PHILIPPI 2004: 14)

Die Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung hat sich seit Ende der 1990er Jahre mit der Unterstützung von Partizipationsprojekten für Jugendliche einen besonderen Schwerpunkt gesetzt. Mittlerweile liegen dort Evaluationsergebnisse aus mehr als zweihundert solcher Projekte vor (FREHNER et al. 2007). Um die Ergebnisse von Projekten systematisch erfassen zu können, hat Gesundheitsförderung Schweiz ein eigenes Ergebnismodell entwickelt und die evaluierten Wirkungen der Partizipationsprojekte diesem Modell entsprechend vier Ebenen zugeordnet: „Auf der Ebene Infrastruktur und Dienstleistungen, indem Angebote von der Zielgruppe genutzt wurden. Auf der Ebene Legislative, Administration, Organisation, Netzwerke, indem politisch Verantwortliche der Gemeinden aktiv einbezogen wurden, was da und dort nachhaltige Strukturergebnisse zur Folge hatte. Auf der Ebene Gruppen, Gemeinschaften, Bevölkerung, indem durch die Weitervermittlung der bearbeiteten Inhalte durch die Jugendlichen in der Bevölkerung ein positives Image geschaffen wurde und Kontakte über verschiedene Generationen ermöglicht worden sind. Auf der Ebene Individuum, indem die Auseinandersetzung mit selbst gewählten Themen zur Sensibilisierung von Einzelnen und Gruppen geführt und auch zu einem gesundheitsbewussteren Verhalten beigetragen hat. Klar ist auch die evaluierte Erkenntnis, dass das Selbstvertrauen der Beteiligten gestärkt worden ist“ (FREHNER et al. 2007: 8).

Auf Basis dieser Evaluationen hat Gesundheitsförderung Schweiz unter anderem Empfehlungen für Partizipationsprojekte entwickelt, welche im Internet verfügbar sind (GESUNDHEITSFÖRDERUNG SCHWEIZ 2007).

Frehner et al. (2007a: 7) betonen, dass Partizipation Akteure in der Politik und in der Gesundheitsförderung oft noch überfordert: „Partizipative Projekte bedeuten Neuland: Für Politikerinnen und Politiker, für die Fachleute der Gesundheitsförderung und Prävention sowie für viele Fachpersonen und Laien in der Jugendarbeit. Partizipation wird von vielen Politikerinnen und Politikern nach wie vor mit parlamentarischen Formen der Auseinandersetzung gleichgesetzt. Jugendliche passen sich den Erwachsenen an. Sie debattieren gemeinsam, formulieren Anliegen und Bedürfnisse, um sie dann der „großen“ Politik der Erwachsenen zu übergeben. Diese verdanken das Engagement der Jugendlichen und – zu oft – entsorgen die Anliegen in eine große Schublade. Fachleute in der Prävention und Gesundheitsförderung sind sich gewohnt, ihr fundiertes Wissen an Zielgruppen zu vermitteln, die dankbar lernen und die Botschaften beherzigen sollen. Dass dies nicht immer klappt, hat nicht zwingend mit den Fachleuten, sondern oft mit der Trägheit der Menschen zu tun, liebgewordene Gewohnheiten zu ändern. Die außerschulische Jugendarbeit feiert viele Erfolge mit Projekten und Aktionen, die Jugendliche konsumieren, wenn sie Bock darauf haben und ihren Geschmack treffen. Partizipative Projekte sind jedoch meist eher länger dauernde Prozesse (einige Wo-

chen bis Monate) mit ungewissem Ausgang und verteilter Entscheidungs- und Gestaltungsmacht.“

Frehner et al. (2007a) unterscheiden in diesem Zusammenhang echte von unechten Formen bzw. Stufen der Partizipation und warnen davor, bei letzteren stehen zu bleiben: Echte Partizipation kann nur freiwillig entstehen. Partizipation umfasst fünf Stufen, die sich gegenseitig bedingen: Information – Mit-Sprache – Mit-Entscheidung – Mit-Beteiligung – Selbstverwaltung oder Autonomie. Information und Mit-Sprache werden in der Fachliteratur als „unechte Formen“ der Partizipation beschrieben; sie stellen jedoch eine zentrale Voraussetzung für Partizipation dar. Politik für und Politik mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist nicht das Gleiche: Wenn Mit-Beteiligung und Mit-Entscheidung versprochen, jedoch bloße Mit-Sprache gewährt wird, wenn Ideen und Wünsche gefragt sind, aber keine Aufnahme finden, werden Jugendliche frustriert und demotiviert. Was schnell nach „Politikverdrossenheit“ aussieht, ist oft nur Frust über den Lockvogel der Partizipation. Die Gefahr ist groß, dass Politik zur „Demokratie der Zuschauer respektive der Zuschauerinnen“ verkommt“ (FREHNER et al. 2007a: 7).

Abbildung 1 stellt das Fünf-Stufen-Modell der Partizipation von Frehner et al. (2007a) vor.



Abbildung 1: Fünf-Stufen-Modell der Partizipation nach FREHNER et al. 2007

Rückkoppelungseffekte im Settingansatz

Kilian et al. haben 2004 ein Modell vorgeschlagen, welches Rückkoppelungseffekte zwischen den drei beschriebenen Strukturelementen des Setting-Ansatzes, die Vermittlung von Life Skills, Partizipation und Strukturbildung veranschaulicht. Abbildung 2 zeigt dieses Modell:

wachsende Bedeutung zukommt (SVR 2007: XXX; GKV 2006). In der Literatur zur Stadtplanung werden gesundheitsrelevante Bedürfnisse, Umsetzungsaspekte und mögliche Konsequenzen der Nichtbefriedigung der Anwohner thematisiert (Tabelle 1):

Bedürfnisse	Einzelaspekte	Mögliche Konsequenzen der Nichtbefriedigung
1. Regeneration	Besonnung, Tageslicht, Belüftung, Lärmschutz, Räume für körperliche Aktivität, Spiel- und Sportanlagen, keine Emission- und Geruchsbelästigungen, soziale Belästigungen	Physische und psychische Erschöpfung, Krankheitsanfälligkeit, Schlafstörungen, Migräne, Bluthochdruck, Haltungsschäden, Reizbarkeit, Stress, Depression, Kommunikationsverweigerung
2. Privatheit 3. Sicherheit	Wahrung der Intimsphäre, Schutz vor Einsehbarkeit und Mithören, Sicherheit von Wegen, geringe Gefahr von Einbrüchen und Überfällen	Ärger, Stress, Angst, Aggression, Depression, Streit mit Mitbewohnern, sozialer Rückzug, Streitigkeiten mit Mitbewohnern, geringe Ortsverbundenheit
4. Funktionalität 5. Ordnung	Raumbedarf, Praktikabilität, Bequemlichkeit, Orientierung im Siedlungsgebiet	Ärger, Freizeitverlust, finanzieller Mehraufwand, geringe Ortsverbundenheit, Desorientierung, Wohn- und Lebensunzufriedenheit
6. Kommunikation 7. Aneignung 8. Partizipation	Gespräche, Nachbarschaftshilfe, Mitbestimmung, Mitverantwortung, Mitarbeit in Wohnhaus- und Siedlungsgremien, Treffpunkte, Gemeinschaftsräume	Soziale Vorurteile und Konflikte, geringe Wohnzufriedenheit, Trend zu Zweitwohnsitzen, Wochenendmobilität, Vandalismus, Cliquenbildungen, Segregation
9. Ästhetik 10. Kreativität	Gebäude- und Fassadengestaltung, Straßenensembles, Siedlungscharakter, Grün- und Freuflächenordnung	Geringe Ortsverbundenheit und Wohnzufriedenheit, negative Gestimmtheit, subjektiver Prestigeverlust, Abwanderung, Vandalismus, Delinquenz

Tabelle 1: Lebensraumbezogene Bedürfnisse, Umsetzungsaspekte und mögliche Konsequenzen der Bedürfnisfrustration (Quelle: Maderthaler, R. (1995); zit. nach Trojan, Alf und Legewie, Heiner 2001: 101)

Insbesondere als Ort wirkungsvoller Interventionen für sozial Benachteiligte wird in Deutschland das Setting Stadtteil zunehmend entdeckt und bearbeitet. Zum einen wird von Seiten der sozialen Gemeinwesenarbeit das Thema Gesundheit zunehmend aufgenommen zum zweiten werden im Rahmen des Settings Gesunde Stadt kleinräumige und zielgruppenspezifische Themenstellungen und Arbeitsweisen verfolgt (ALTGELD 2004). Das verfügbare Wissen und die Fähigkeit zur Förderung von Gesundheit sollen dabei als öffentliches Wissen allen

Menschen zugänglich werden. Es bildet ein „*soziales und kulturelles Kapital*“ in der Stadt und der Gesellschaft (GÖPEL 2004).

Konzeptionell sind gesundheitsförderliche Setting-Ansätze im Stadtteil kaum von modernen Formen der Stadtentwicklung wie der Sozialraumorientierung oder der Gemeinwesenarbeit zu trennen. Insbesondere die Programme „Gesunde Städte“ der WHO, „Soziale Stadt“ im Auftrag des BMVBS und „E&C“ im Auftrag des BMFSFJ (bis 2006) sind hierbei zu nennen. Diese haben das Ziel die Lebensbedingungen im Stadtteil zu verbessern und dadurch implizit die Qualität der gesundheitlichen Lebensbedingungen der Bevölkerung zu erhöhen. Sie richten sich häufig an sozial Benachteiligte und haben eine ganzheitliche Förderung des Stadtteiles, Quartiers oder Kiezes zum Ziel. In zunehmendem Maße werden in diesen Programmen auch explizit Gesundheitsthemen in die Maßnahmen integriert (BÄR 2005).

Stadtentwicklung und Setting-Ansätze weisen zudem methodische Parallelen auf, wie die Prozessorientierung und das Methodenbündel von Partizipation, Vernetzung, Empowerment, etc. Auch das Handbuch der lokalen Agenda 21 formuliert: „Eine zukunftsbeständige Entwicklung lässt sich nicht per Gesetz oder Programm von oben verordnen. Zuviel hängt vom einzelnen Menschen ab (...) ein Gemeinwesen, in dem sich die Bevölkerung aktiv an der Gestaltung ihrer Zukunft beteiligt, wird eher zu dauerhaften Lösungen für die anstehenden Probleme gelangen“ (ICLEI: Handbuch Lokale Agenda 21).

Das Setting Stadtteil gewinnt zunehmend an Aufmerksamkeit als Ort für soziallagenbezogene Gesundheitsförderung. Nicht nur im aktuellen Leitfaden Prävention der GKV wird es ausdrücklich als ein zentraler Entwicklungsauftrag beschrieben (GKV 2006) auch der Deutsche Präventionspreis 2007 wählte gesundheitsfördernde Ansätzen im Setting Stadtteil aus.

2. Untersuchungsaufbau

Die Arbeit baut auf den Ergebnissen und dem Konzept des 2004 von Gesundheit Berlin für den BKK Bundesverband erstellten Gutachtens „Die Praxis der Gesundheitsförderung im Setting“ auf (KILIAN; GEENE; PHILIPPI 2004). In dieser Expertise, die ebenfalls auf einer Auswertung der Datenbank-Einträge beruht, wurden bereits Projekte im Setting anhand ihrer projekteigenen Materialien, wie Selbstdarstellungen, Evaluationen, etc. in Hinblick auf die Kernelemente Life Skills, Partizipation und Strukturentwicklung analysiert.

Im Rahmen dieser Fokus-Auswertung werden aus den Einträgen der Datenbank Angebote ausgewählt, die gesundheitsfördernde Angebote im Stadtteil machen. Die Projektverantwortlichen werden angesprochen und in leitfadengestützten Telefoninterviews befragt.

Die oben genannten Kernelemente werden hierfür überarbeitet und weiter ausgeführt, wobei insbesondere die Good Practice Kriterien für Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten einfließen, die zur Zeit des BKK-Gutachtens noch nicht vorlagen (BZgA 2006).

Im Folgenden wird das Vorgehen bei der Auswertung beschrieben.

Fragestellung

Die zu erstellende Auswertung versteht sich als Beitrag zur Strukturierung der gesundheitsfördernden Praxis im Arbeitsfeld „Setting Stadtteil“. Der Charakter der Fokus-Auswertung macht es notwendig, die Fragestellung und das damit verbundene Erkenntnisinteresse klar zu fokussieren. Die Auswertung der Datenbank einschließlich einer vertiefenden Befragung ausgewählter Projektanbieter kann vertiefte Einblicke in die Praxis der Gesundheitsförderung bringen, darüber hinaus gehende Fragestellungen bleiben umfangreicheren Studien vorbehalten.

Die zentrale Fragestellung der vorliegenden Fokusauswertung richtet sich dabei auf die Art und Weise, in der Strukturentwicklung (Capacity Building) im Stadtteil von den untersuchten Projekten umgesetzt wird und wie weit der Grad der Nachbarschaftsentwicklung gediehen ist. Unter Strukturentwicklung wird hierbei die nachhaltige gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebens- und Arbeitsbedingungen verstanden, die über eine reine Verhaltensorientierung der Angebote im Setting hinausgehen und möglichst nachhaltige Wirkungen sichern (BZGA 2006). Diese Ausrichtung der Fokusauswertung erscheint uns sinnvoll, da sowohl bei Praxisvertretern als z.T. auch in der fachlichen Debatte immer noch das Missverständnis anzutreffen ist, Gesundheitsförderung *im* Setting (z.B. in der Schule) sei gleichbedeutend mit Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz.

Die beiden Leitfragen der Auswertung werden sein:

-
- In welcher Ausprägung lassen sich bei den befragten Projekten die im BKK-Gutachten beschriebenen drei Elemente des Setting-Ansatzes (Life Skills, Partizipation, Strukturbildung) beobachten?
 - Gelingt es, die Nachhaltigkeit der angestoßenen (Strukturbildungs-) Prozesse zu sichern? Strukturbildung im Sinne von „Capacity Building“ ist nur dann erfolgreich, wenn sie auch implementiert wird. Dieser Anspruch steht in einem Spannungsverhältnis zur derzeitigen (Projekt-) Praxis, in der Impulse oft nach dem Auslaufen eines Projektes wegfallen. Umso wichtiger ist es hier, die Nachhaltigkeit der angestoßenen Prozesse und Strukturen zu sichern.

Auswahl der Fokusgruppe

Als Datengrundlage der deskriptiven Auswertung der Angebote in der Datenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ dient die folgende zweistufige Filterung der Angebote.

Arbeitsschritt I: Datenbankabfrage von Angeboten im „Setting Stadtteil“

In einem ersten Schritt werden die Projekte aus der Datenbank ausgewählt, die angeben, dass sich ihre Aktivitäten auf einen Stadtteil beziehen. Auf dem Projektfragebogen ist es möglich, als Angebotsart Stadtteilarbeit / Gemeinwesenentwicklung / Quartiersmanagement anzugeben (Frage 4: p040stad=1) (522 Treffer). Da allein durch dieses Item nicht alle Angebote im Stadtteil erfasst werden, wurden zusätzlich aktuelle Einträge der Datenbank hinzugenommen, die den folgenden Kriterien entsprechen:

- Kooperation mit Nachbarschaftsinitiativen / Stadtteilinitiativen (544 Treffer)
- Projektziel im Bereich Verbesserung der Bedingungen in Wohnung, Wohnumgebung, Stadtteil (939 Treffer)
- Verbesserung der Freizeitmöglichkeiten im Stadtteil (389 Treffer)
- Verwendung der Begriffe Wie *"*stadtteil*"* oder *"*quartiersmanag*"* oder *"*qm*"* oder *"*gemeinwesen*"* oder *"*sozialraum*"* oder *"*nachbarsch*"* in Projekttitel (194 Treffer).

Die beschriebene Filterung der Angebote in der Datenbank ergab 1388 Treffer.

Arbeitsschritt II: Zusammenstellung der Fokus-Gruppen

In einem zweiten Schritt wurden analog zum BKK-Gutachten zum Thema Setting (KILIAN; GEENE; PHILIPPI 2004: 174) weitere Filterungskriterien angewendet, die sich auf die Qualität der Angebote beziehen. Die in Arbeitsschritt I ausgewählten Projekte wurden danach gefiltert, ob sie

- noch laufende Angebote und Projekte
- ganz oder teilweise im Setting agieren,
- geplante oder durchgeführte Dokumentation,
- geplante oder durchgeführte Evaluation,

Die zweite Filterung ergab eine Stichprobe von 247 Angeboten.

Arbeitsschritt III: Zusammenstellung der Fokusgruppe für die Telefonische Befragung von Projekten

Die telefonische Befragung von Projektanbietern bietet die Möglichkeit an ausgewählten Praxisbeispielen der Fragestellung nach der Art und Weise der Strukturentwicklung im Setting Stadtteil nach zu gehen und differenzierte Aussagen zu treffen. Die Auswahl der Projekte basiert auf der in Arbeitsschritt I und II beschriebenen Datenbankabfrage. Für die Zusammenstellung der Fokusgruppe für die telefonische Befragung wurden folgende Indikatoren herangezogen:

- Räumliche Verteilung (Nord – Süd, West – Ost),
- Stadtstaat und Flächenland
- Aktuelle Projekte
- Mindestens zwei Good Practice-Projekte

Die ermittelten Projekte sind sehr heterogen hinsichtlich ihrer Ausrichtung. Es finden sich darunter Beratungsangebote und Projekte mit den Themen Drogen oder Ernährung. Häufig finden sich die Zielgruppen Frauen/Mütter bzw. Migranten/innen und einige Schulprojekte bzw. Projekte die sich an Kinder- und Jugendliche richten. Da bei der Fokusauswertung Angebote befragt werden sollen, die in komplexen Ansätzen die Gestaltung des Settings Stadtteil betreiben, wurden die Angebote einzeln gesichtet und die folgende Liste ausgewählt. In einer vorläufigen Sammlung wurden insgesamt 15 Projekte, inklusive drei Good Practice-Projekte, als mögliche Kandidaten für eine vertiefende Befragung ausgewählt, die dem Anspruch eines komplexen Setting-Ansatzes im Stadtteil nahe zu kommen scheinen und daher von besonderem Interesse für die Fragestellung sind (Tab. 1). Letztlich wurden mit acht Anbietern insgesamt neun Interviews durchgeführt. Ein Anbieter, das Quartiersmanagement Sparrplatz Berlin-Wedding, wurde zweimal interviewt um ein genaueres Bild des Angebotes erstellen zu können. Das erste Interview wurde mit zwei Mitarbeiterinnen des im Frühjahr 2007 neuorganisierten Quartiermanagements, das zweite mit der Leiterin des vom Quartiermanagement initiierten Stadtteilhauses geführt.

Tab. 1: Liste der interviewten acht Angebote

Nr.	Id	Projekt	Ort	Träger
1	1615	Quartiersmanagement Sparrplatz Berlin-Wedding	Berlin	Kommunales Forum Wedding e.V./Stiftung SPI Interview am 11. Juni 2007 um 11:00
2	1740	Kooperationsverbund Schanzenviertel (KOOP)	Hamburg	SME e.V. - Stadtteil- und Milieunahe Erziehungshilfen Interview am 31.05.2007
3	1935	Einzelfallbetreuung, inte- grative soziale Gruppenar- beit und Gemeinwesenar- beit im Stadtteil	Jena	Hilfe vor Ort - Verein für Erziehungshil- fe e.V. Interview am 20. Juni 2007 um 14:00
4	2107	Kiezdetektive - Kinderbetei- ligung für eine gesunde und zukunftsfähige Stadt	Berlin	Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin Plan und Leitstelle Gesund- heit Interview am 14. Juni 2007 um 10:00
5	2258	Stadtteilwerkstatt: Gemein- wesenarbeit im Rah- men des Bund Länder Pro- gramms Soziale Stadt	Darmstadt	Diakonisches Werk Darmstadt Dieburg Abteilung Gemeinwesenarbeit/Soziale Stadt Interview am 12. Juni 14:00
6	2904	Treffpunkt Gemeinwesen- arbeit Bloherfelde/Eversten	Oldenburg	Treffpunkt Gemeinwesenarbeit Bloher- felde/Eversten Interview am 12. Juni 2007 um 10:00
7	3449	Bürgerzentrum der Stadt Achim	Achim	Stadt Achim Interview am 20. Juni 2007 um 16:00
8	5471	Familienprojekt Adebar	Hamburg	GWA St.Pauli-Süd e.V. / Kölibri Interview am 22.06.2007 um 10:00

Qualitative Auswertung: Strukturierte telefonische Befragung

Vorgehen

Die aus der Datenbank ausgewählten Projekte werden angerufen und über das Ziel der Fokauswertung informiert. Nach einer kurzen Vorstellung der Untersuchung und der vorgesehenen Befragung wird bei Einwilligung ein Termin für ein Telefoninterview vereinbart. Den Projektverantwortlichen wird im Vorfeld des Telefoninterviews die Checkliste zugesandt. Dieses Verfahren ermöglicht den Projektverantwortlichen, sich für das Gespräch ausreichend Zeit zu nehmen und auf die anstehende Befragung einzustellen. Durch die Verwendung der Checkliste wird die Verwertbarkeit der Befragungsergebnisse für die eventuelle spätere Good Practice-Auswahl gesichert.

Nach Auswertung der zurückgesendeten Checkliste und der Materialien wird ein Leitfaden gestütztes Telefoninterview durchgeführt. Die Befragungen orientieren sich an einem Leitfaden mit 12 offenen Fragen (siehe Anhang 2). Der Leitfaden greift die zentralen Fragestellungen der Untersuchung, mit den nachfolgenden Schwerpunkten, auf:

- Struktur des Sozialraumes/Stadtteil (Gebietstyp, Gebietsstruktur)
- Zielgruppen (Soziallagenbezug, Erreichbarkeit, Partizipation)
- Gesundheitsbezug des Projekts (explizit, implizit)
- Strukturentwicklung (Capacity Building) als zentrale Setting-Komponente
 - Ressourcenbündelung - Kooperationspartner
 - Aktivierung und Beteiligung – Partizipation
 - Integrierte Handlungskonzepte – Nachhaltigkeit

Durch die Interviews mit den Projektverantwortlichen soll erkennbar werden, in wie weit die Projekte tatsächlich über die „metaphernhafte“ Verwendung des Setting Begriffes hinausgehen und der Grad der tatsächlichen Umsetzung des Setting-Ansatzes eingeschätzt werden.

Auswertung

Insgesamt sind neun vollständige Interviews durchgeführt worden, die jeweils zwischen 30 und 60 Minuten dauerten. Die Antworten der befragten Projektverantwortlichen sind aufgezeichnet worden. Die Inhalte der Interviews sind vollständig transkribiert und vor dem Hintergrund der weiter oben vorgestellten Fragestellungen ausgewertet worden. Um die Lesbarkeit der Interviewauszüge zu gewährleisten, wurden verwendete Zitate sprachlich geglättet und inhaltlich gerafft. Auslassungen sind soweit möglich als solche gekennzeichnet. Wie weiter oben bereits beschrieben, sind die untersuchten Angebote und Projekte in ihrer Konzeption und ihren Rahmenbedingungen sehr heterogen. Daher konnten nicht alle Interviewpartner alle Interviewfragen beantworten bzw. ausführlich beantworten. Werden bestimmte be-

stimmte Fragestellungen in den folgenden Darstellungen nicht näher behandelt, sind sie auch von den Interviewpartnern nicht beantwortet bzw. nicht ausführlich beantwortet worden.

3. Untersuchungsinhalte

Im folgenden Abschnitt werden die interviewten Projekte und die Inhalte der Interviews erläutert. Auf eine kurze Beschreibung des jeweiligen Projektes, die auf dessen Selbstdarstellungen in der Datenbank und/oder auf dem Projekt-Auftritt im Internet – falls vorhanden – basieren, folgen kurze Zusammenfassungen der Interviews. Diese Zusammenfassungen sind analog zu den Fragestellungen im verwendeten Leitfaden gegliedert. Der Interviewleitfaden findet sich im Anhang dieses Berichtes.

1. Quartiersmanagement Sparrplatz Berlin-Wedding

Dieses Angebot wird in dieser Auswertung insofern besonders behandelt, als dass es zweimal interviewt wurde - mit unterschiedlichen Interviewpartnerinnen: Das erste Interview wurde auf der Ebene des Quartiermanagements geführt, dass im Frühjahr 2007 gewechselt hatte, und sich nicht imstande sah, die Fragen des Interviewleitfadens vollständig zu beantworten. Das Quartiersmanagement bot daher seinerseits an, ein zweites Interview mit einer langjährigen Projektmitarbeiterin zu führen. Dieses zweite Interview fand einige Tage später statt. Die folgende Darstellung basiert auf beiden Interviews. Die Antworten werden jeweils den Interviewpartnern zugeordnet.

Seit Juni 2005 betreibt das Quartiersmanagement Sparrplatz-Wedding als eines von mehreren Projekten zum Themenfeld Gesundheit/Soziales das Projekt "Gesunder Sprengelkiez". Die Projekte in diesem Themenbereich haben laut dem Internetauftritt des Quartiermanagements (<http://www.sparrplatz-quartier.de/Gesunder-Sprengelkiez-Start-im-Jahr-2005.717.0.html>) das Ziel „in Verbindung mit konkreten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung individuelle *Kompetenzen* und gesundheitsförderliche Strukturen im Sprengelkiez zu stärken und daraus ein für andere Quartiere übertragbares Konzept zu machen. Das wichtigste Angebot des Quartiermanagements Sparrplatz-Wedding zum Thema Gesundheitsförderung ist das so genannte "SprengelHaus, Interkulturelles Gemeinwesenzentrum mit Gesundheitsförderung". Die Gesundheitsförderungsangebote des Quartiermanagements Sparrplatz-Wedding werden mindestens bis Ende 2007 aus Mitteln der Sozialen Stadt gefördert.

Stadtteilstrukturen, Zielgruppe und Angebotsschwerpunkt

Der Stadtteil wird von der vor Ort arbeitenden Mitarbeiterin, die im zweiten Interview dazu befragt wurde als relativ mit etwa 14.000 Einwohnern dicht besiedelter strukturschwacher Stadtteil mit etwa 40%igen, aus circa 30 Nationalitäten zusammengesetztem Ausländeranteil beschrieben, der im Berliner Sozialstrukturatlas den vorletzten von insgesamt 23 Plätzen einnimmt. Es wird betont, dass dort insbesondere die unter 18jährigen unter multiple Gesundheitsbelastungen und Risikofaktoren leiden. Die Mitarbeiterinnen des Quartiermanagements

legten im Interview aber auch Wert darauf, zu betonen, dass der Stadtteil neben den Defiziten gerade durch seine sehr heterogene Bevölkerungsstruktur auch viele Ressourcen aufweist.

Zielgruppen der Angebote sind die Bewohner des Kiezes, schwerpunktmäßig aber Menschen mit geringem Einkommen und/oder Migrationshintergrund.

Die Gesundheitsförderungsangebote des Quartiermanagements Sparrplatz-Wedding setzen hauptsächlich bei der Förderung von Life-Skills nach dem Setting-Ansatz an.

Partizipation

In den Projekten des Sprengelhauses sind die Zielgruppen auf unterschiedliche Weise beteiligt. Die Mitarbeiterin des Sprengelhauses führte dazu aus: „Partizipation erfolgt bei uns vor allem durch Aufnehmen der mündlich geäußerten Wünsche der Kiezbewohner. Beispielsweise treten türkische Frauen an mich heran und wollen gerne Radfahren lernen. Das nehme ich auf und organisiere ihnen jemanden, der ihnen Radfahren beibringt. Die Bürger sagen mir, was sie möchten und ich setze das dann mit denen um. Direkt auf der Meta- bzw. Planungsebene des Projektes werden die Bewohner nicht einbezogen, dafür aber konkret vor Ort. Daraus entstehen auch Dinge, die Bestand haben, wenn das Projekt selbst endet, beispielsweise Kommunikationsprozesse, Grüppchen, und Netzwerke. Es lernen sich Leute über uns kennen, die auch später noch etwas zusammen machen werden. Wir bauen eine Frauengruppe auf, die bearbeiten für sich Gesundheitsthemen. Es werden Räume zur Verfügung gestellt, Gruppen werden bei der Organisation ihrer Aktivitäten unterstützt und wir finanzieren teilweise von denen ausgesuchte Referenten. Das Thema Empowerment könnte aber insgesamt bei uns besser und mehr bedient werden. Das Projekt ist sehr angebotsorientiert. Es wäre besser, wir würden weniger Angebote machen und stattdessen mehr Empowermentstrategien verfolgen.“

Aktivierung und Befähigung

Die Aktivierung und Befähigung der Zielgruppen wird im Quartier Sparrplatz-Wedding von verschiedenen Akteuren mit unterschiedlichen Methoden und Angeboten verfolgt. Die Mitarbeiterin des Sprengelhauses erklärte dazu: „Um Gesundheitsförderungsangebote anzustoßen, wurden so genannte aktivierende Bürgerbefragungen durchgeführt. Fragestellungen dabei waren beispielsweise: Wie stelle ich mir meinen Kiez vor? Wie ist der Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen? Daraus ist das Sprengelhaus entstanden, es hieß ursprünglich interkulturelles Gemeindezentrum mit Gesundheitsförderung, und wurde gefördert aus Mitteln der sozialen Stadt. Ein Prinzip des Angebotes ist Niedrigschwellig, das Haus wird von den Migranten genutzt und betrieben - 2007 von insgesamt 36 Gruppen. Die Benutzer zahlen Beiträge, wobei das immer eine Gratwanderung ist – zahlen sie zuviel, fühlen sie sich überfordert, zahlen sie zuwenig, wertschätzen sie es zuwenig und kommen auch nicht. Ich

nehme Ideen und Bedürfnisse aus dem Kiez auf, gehe aber auch zu den Leuten hin, beispielsweise in die Migrationskurse. Desto mehr sie unser Projekt kennen lernen, desto mehr kommen sie in unser Haus. Beispielsweise ist ein Projekt von Gesundheit Berlin e.V., die Gesundheitsmultiplikatoren auch in unserem Haus vertreten.“

Verhältnisorientierung

Die Initiierung des Sprengelhauses durch das Quartiersmanagement Sparrplatz-Wedding lässt sich an und für sich schon als gesundheitsorientierte Strukturentwicklungsmaßnahme begreifen. Als weitere Beispiele von infrastrukturverbessernden Maßnahmen werden von den Mitarbeiterinnen des Quartiermanagements angeführt: „Bereitstellung eines neuen Gymnastiksaals, Duschen oder eines geschützten Raumes, wenn z.B. Frauen kommen wollen, dann gibt es auch eine Küche, wo gemeinsam gekocht werden kann. Es gibt einen Computerraum, wo die Gesundheitsmultiplikatoren geschult wurden. Wir versuchen auch durch muttersprachliche Mitarbeiter die Leute zu erreichen. Dieses türkische Kiezkochbuch ist ja auch ein Beispiel dafür, Gesundheitsthemen auf türkisch an die Frau zu bringen.“

Netzwerkarbeit

Die Gesundheitsförderungsangebote im Quartier Sparrplatz-Wedding werden von unterschiedlichen Netzwerkpartnern unterstützt. Die Mitarbeiterinnen des Quartiermanagements führen dazu aus: „Wir versuchen, die Krankengymnasten, Ärzte und Yogalehrer vor Ort zu vernetzen und auch das Bezirksamt einzubeziehen, alle relevanten Stellen, um das breit aufzustellen und eine breite Unterstützung zu kriegen.“ Defizite bzw. Verbesserungsmöglichkeiten des Netzwerkes werden von ihnen vor allem in der mangelnden Koordinierung der Werbeaktionen der gesundheitsorientierten Gewerbetreibenden im Quartier sowie in mangelnder finanzieller Unterstützung gesehen.

Die Mitarbeiterin des Sprengelhauses beschreibt das Unterstützungsnetzwerk wie folgt: „,,Netzwerkpartner sind beispielsweise KG-Praxen, Kinder- und Jugendeinrichtungen, Kitas, Projekte, Initiativen, Freiwilligenagentur, sowie die Qualitätsentwicklung Koordination und Wir haben eine sehr fruchtbare Zusammenarbeit mit dem Jugendamt.“ Defizite bzw. Verbesserungsmöglichkeiten des Netzwerkes werden von der Mitarbeiterin des Sprengelhauses vor allem in der mangelnden Beteiligung der örtlich ansässigen Ärzte gesehen.

Finanzierung

Die finanzielle Förderung des Sprengelhauses durch Mittel der Sozialen Stadt läuft Ende 2007 aus. Die bisherige Arbeit wird dann voraussichtlich nicht in vollem Umfang fortgeführt werden können. Derzeit werden Konzepte für daran anschließende weitere Projekte und alternative Finanzierungsstrategien entwickelt. Nach Einschätzung der Mitarbeiterin des Sprengelhauses wird das Sprengelhaus selbst aber voraussichtlich weiterhin Bestand haben.

Nachhaltigkeit

Als nachhaltig ausstrahlende Wirkung des Projektes wird von den Interviewpartnerinnen im Quartiersmanagement gesehen, dass „überhaupt ein Bewusstsein dafür entsteht, dass Gesundheit und Stadtteil gut zusammenpassen, dass man da viele Sachen machen kann auf dieser kleinen, nachbarschaftlichen Ebene.“ Die bisherige Evaluation des Angebotes erfasst diesen Aspekt aber nicht hinreichend genug, um diese subjektive Einschätzung untermauern zu können.

Abschluss

Die beiden Mitarbeiterinnen des Quartiermanagements ziehen zu den Gesundheitsförderungsmaßnahmen folgendes Fazit: „Wenn man in der Gesundheitsförderung Effekte erzielen möchte, müssen die Angebote ausreichend finanziert werden. Wichtig ist es auch, sich die richtigen Partner in das Boot zu holen, vor allem im Stadtteil.“

Ein weiterer Punkt ist es, das Migranten-Thema immer mit im Blick zu haben. Das Personal muss für interkulturelles Arbeiten geschult werden. Dieser Gedanke muss in sämtliche Einrichtungen, in das Bezirksamt, in die Schulen getragen werden.

Nicht in allen Familien existieren die gleichen Standards zum Thema Gesundheit. Was für alles Quartiersmanagement-Projekte gilt, ist, dass sie alle über einen Quartiersrat und ein gewähltes Bürgergremium bewilligt werden müssen. Dort gibt es bestimmte Themenkomplexe, die sehr populär sind. Jugend ist so ein Thema, für das sie immer Gelder bekommen. Das Thema Gesundheit ist eher ein Stiefkind. Die Leute wissen nichts damit anzufangen, sie sagen, wenn ich krank bin, gehe ich zum Arzt. Das Verständnis dafür, dass Gesundheit auch ein soziales Thema ist, dass auch langfristig verfolgt werden muss, ist gar nicht so verankert und kommt daher bei vielen Quartiersmanagement-Projekten zu kurz. Das andere ist, dass wir Projekte im Allgemeinen nur maximal dreimal fördern dürfen und dann ist immer die Frage, was kommt danach? Bewegung, Ernährung, Beratungsangebote machen natürlich nur langfristig Sinn. Deswegen kann das Thema Gesundheit im Rahmen von Quartiersmanagement immer nur angestoßen werden.“

Die Mitarbeiterin des Sprengelhauses merkte zum Abschluss des Interviews an: „Soziale Stadtprojekte sind meiner Einschätzung nach meist zu kurzfristig angelegt. Gesundheitsförderung im Setting Stadtteil halte ich für eine langfristige Querschnittsaufgabe, die Koordination braucht.“

Ich denke, es ist eine gute Strategie, in Gemeindezentren Ansprechpartner für Bürger und Gesundheitsakteure zu installieren, die speziell zum Thema Gesundheitsförderung arbeiten. Die zentrale Herausforderung für Gesundheitsförderung im Setting Stadtteil ist es, Zugänge zu schaffen. Ich empfehle: Guckt, wo sich die Leute treffen und schafft Begegnungsräume. Wichtig ist auch der Spaßfaktor.“

2. Kooperationsverbund Schanzenviertel (KOOP)

Der 1999 aus etwa 30 verschiedenen Mitgliedern gebildete und aus Mitteln der Sozialen Stadt geförderte Kooperationsverbund im Hamburger Schanzenviertel (KOOP) hat es sich laut seinem Internetauftritt (http://www.schanzen-info.de/sqm_13/sqm13_03.html) und seiner Satzung zur Aufgabe gemacht, mit Mitteln des Quartiersmanagements „die Familien, Kinder und Jugendlichen im Schanzenviertel zu stärken und sie in schwierigen Lebenslagen zu unterstützen“. Auch dieses Projekt lässt sich im Kern als ein Gemeinwesenzentrum begreifen, welches Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte als eine seiner Querschnittsaufgaben begreift.

Stadtteilstrukturen, Handlungsfelder und Zielgruppe

Für die Strukturdaten zum sozial benachteiligten Hamburger Stadtteil wird auf den Internetauftritt des Kooperationsverbundes verwiesen. Die Interviewpartnerin beschreibt das von ihr geleitete Angebot wie folgt: „Wir sind ein Schnittstellenprojekt im Sozialraum Schanzenviertel mit ca. 26 Partnern. Das sind beispielsweise die Jugendhilfe, Schulen, die Stadtentwicklung, Hebammen, sowie die Allgemeinen Sozialen Dienste. Gemeinsam werden hier niedrigschwellige Einzelprojekte und Beratung angeboten. Unser Ziel ist es, Familien Unterstützung anzubieten, bevor Lebenssituationen eskalieren. Dabei setzen wir unter anderem auf Sport und Bewegung für ein besseres Wohlbefinden und ein soziales Miteinander, Beschäftigungsangebote für Jugendliche als Einstieg in den Arbeitsmarkt sowie die Reduzierung von Hilfen zur Erziehung. Das Hamburger Schanzenviertel erstreckt sich über drei Bezirke, was dazu führt, dass in der alltäglichen Arbeit besonders viel verhandelt werden muss. Wir sind ein Kooperationsverbund von etwa 30 Initiativen, Einrichtungen, Schulen, allgemeinen sozialen Diensten und auch der Stadtentwicklungsgesellschaft.

Unser Projekt hat vier Handlungsfelder: Sport, Familienförderung, Beschäftigung und Schule. Unser Ziel ist es, mit ganz niedrigschwelligen Angeboten die Menschen im Viertel zu erreichen.

Zielgruppe sind vor allem arme, ausländische Familien und Alleinerziehende, alle die auf Unterstützung angewiesen sind. Allerdings schließen wir keinen aus und wir wählen auch nicht aus, sondern hoffen, dass möglichst viele an den Angeboten teilnehmen. Unsere Kurse sind inzwischen immer ausgebucht, die Leute kommen.

Es geht um konkrete Problemlagen wie Job weg, Miete nicht bezahlt, Strom abgestellt. Dann werden die Leute an die Hand genommen und ihnen aufgezeigt, was alles zu tun ist, wo man hingehet, wen man anruft. Wir wollen vor allem Hilfe zur Selbsthilfe leisten.“

Partizipation

Die Interviewpartnerin erklärt, dass die Zielgruppe nur insofern beteiligt ist, als das sie im Rahmen der Evaluationsmaßnahmen zu ihrer Zufriedenheit befragt werden. Sie begründet dies wie folgt: „Der Großteil unserer Klientel ist mit Partizipation meist überfordert. Die können schon gesunde Ernährung alleine nicht durchhalten. Die brauchen ganz viel Begleitung. Die Leute hier denken nicht abstrakt und brauchen eher ganz konkrete Unterstützung.“

Verhaltensorientierung

Zu den konkreten Inhalten der einzelnen Maßnahmen des Projektes wird auf dessen Internetauftritt verwiesen.

Netzwerkarbeit

Zum Thema Vernetzung erläutert die Interviewpartnerin: „Die Schwäche des Kooperationsverbunds ist seine Unverbindlichkeit. Was wir bräuchten, das wäre eine Verbindlichkeit schaffende Geschäftsordnung. Verbindlichkeiten schrecken aber manche Partner zurück. Die Wirtschaft fehlt im Kooperationsverbund, nicht nur als Geldgeber sondern auch als Partner für Ausbildungsplätze. Als Erfolg unserer Netzwerkarbeit können wir verbuchen, dass die Schulen hier inzwischen ihre typischen Vorbehalte gegen soziale Einrichtungen aufgegeben haben, da ist Vertrauen entstanden.“

Die Interviewpartnerin verweist auf die teilweise praktizierte externe Moderation und Projektsteuerung durch externe Fachkräfte als Erfolgsfaktor für die Arbeit des Kooperationsverbundes. Für Netzwerkarbeit erforderliche Ressourcen sind ihrer Einschätzung nach innerhalb des Projektes oft personell und zeitlich nicht in ausreichendem Maße vorhanden.

Nachhaltigkeit

Zum Thema Nachhaltigkeit wird erläutert: „Manche der von uns initiierten Gruppen treffen sich inzwischen schon selbstständig zu Themen wie Schule, Ernährung, Bewegung. Andere Gruppen brauchen noch immer sozialpädagogische Unterstützung. Die Gelder kommen vom Bezirksamt Hamburg, da sind wir relativ gut ausgestattet. Die Mittel müssen aber jedes Jahr neu beantragt werden. Die Akquise, sowie das Berichts- und Antragswesen verschlingen zu viele personelle Ressourcen.“

Abschluss

Die Angebotsleiterin zieht zum Abschluss des Interviews folgendes Fazit aus der Arbeit des Kooperationsverbundes: „Runter von der Jammerschiene! Wir stellen das, was die Leute brauchen in den Mittelpunkt und gucken, was wir gemeinsam mit unseren Ressourcen für diese Leute erreichen können. Was wir brauchen ist mehr Ressourcenorientierung, auch auf

der Projektleitungsebene. Kooperation kostet Zeit, bringt aber auch viel ein. Moderation und Projektsteuerung sollten verstärkt bei der Mittelvergabe und in der Ausbildung der Akteure berücksichtigt werden. Für Evaluationsmaßnahmen muss auch Geld in die Hand genommen werden. Viele haben vor Evaluation ja regelrecht Angst, weil sie nicht wissen was es bedeutet.“

3. Hilfe vor Ort - Verein für Erziehungshilfe e.V.

Der laut seinem Internetauftritt (<http://www.hilfe-vor-ort.com/index.html>) 1995 unter Mitwirkung von Professoren und Studierenden der Fachhochschule Jena, Fachbereich Sozialwesen gegründete Verein HivO-Hilfe vor Ort, Verein für soziale Arbeit e.V. unterhält drei Projekte. Die ambulante Einzelfallhilfe, den Freizeitladen Winzerla und das Stadtteilbüro Winzerla. Das Interview wurde mit einem Mitarbeiter des Freizeitladen Winzerla geführt. Der laut seinem Internetauftritt (<http://www.freizeitladen.com/>) 2004 in freier Trägerschaft gegründete Freizeitladen Winzerla ist eine offene Jugendeinrichtung für Kinder von 7-14 Jahren aus dem sozial benachteiligten Jenaer Wohngebiet Winzerla. Auf seinem Internetauftritt wird der Freizeitladen Winzerla wie folgt beschrieben: Neben dem Elternhaus und der Schule erschließt der Freizeitladen mit vielfältigen Angeboten und Projekten ein wichtiges Sozialisationsfeld. Dabei sehen wir uns sowohl als Alternative zu kommerziellen Freizeitangeboten, als auch als Alternative zu den "Lücken" (Nischen), die das Wohngebiet bietet und die sich die Kinder selbst suchen und nutzen, wie z.B. Einkaufszentren oder Treffpunkte. Der Freizeitladen bietet den Kindern offene Räume, in denen die Teilnahme an Freizeit- und Erlebnisangeboten mit sozialpädagogischer Begleitung / Betreuung ermöglicht wird. In Bezug auf die Sozialraumbeschreibung des Wohngebietes Winzerla (Plattenbausiedlung) bietet er vor allem für sozial benachteiligte Kinder ein interessantes Betätigungsfeld.“ (...)Und zu alle dem sind unsere alltäglichen Angebote für die Kinder kostenfrei. Die Einrichtung bietet: Gruppen- und Sportraum, Bistro, Holz- und Fahrradwerkstatt, Medien- und Hausaufgabenraum, Rückzugsraum, Außengelände mit Kinderbauplatz, Spielplatz, Lagerfeuerstelle, Lehmofen, Seilbahn, Kleingärten, Streetsoccerfeld etc.“

Stadtteilstrukturen, Ziele, Zielgruppe und Verhaltensorientierung

Das Wohngebiet wird im Interview wie folgt beschrieben: „Das ist hier ein Plattenbaustadtteil aus den 70er Jahren mit circa 12.000 Bewohnern. Der Kinderanteil liegt bei etwa 1000 Kindern zwischen 2-14 Jahren, was auch unsere zentrale Zielgruppe ist. Es entstehen hier zunehmend Probleme durch soziale Entmischung. Der Anteil an Alleinerziehenden und Harzt-IV-Empfängern nimmt stetig zu.“

Ziele und Zielgruppe des Angebotes werden wie folgt beschrieben: „Unser Hauptziel ist die Vermittlung und der Ausbau von sozialen Kompetenzen durch sozialpädagogische Arbeit. Wir

legen dabei besonderen Wert auf Partizipation, indem bei uns Kinder in der inhaltlichen Konzeption, sowie in der Raum- und in der Gestaltung des ganzen Projektes einbezogen werden. Wir haben hier unter der Woche durchschnittlich zwischen 15 und zwanzig Kindern. Pro Woche werden etwa 35 Kinder erreicht, insgesamt über das Jahr etwa 250 der 1000 Kinder im Stadtteil. Wir haben ein geringes, aber gelebtes Regelwerk. Wir bieten in der Schule ab der 5. Klasse Regelschule soziales Kompetenztraining an.“

Das Angebot setzt auf der Ebene der individuellen sozialen Kompetenzen der Kinder an.

Netzwerkarbeit

Die Vernetzung des Angebotes wird von dem interviewten Mitarbeiter für problematisch gehalten, da dem Angebot für personal- und zeitintensive Netzwerkarbeit die Ressourcen fehlen. Externe Partner des Angebotes sind Partner sind Schulen, das Stadteilbüro, der Stadtsporthund wegen der Hallennutzung in den Ferien, sowie gelegentlich externe Referenten beispielsweise zu Themen wie Demokratieerziehung und Erlebnispädagogik. Defizite bzw. Verbesserungsmöglichkeiten im Netzwerk werden von dem interviewten Mitarbeiter vor allem in der derzeit weniger fruchtbaren Beziehung zur örtlichen Grundschule gesehen.

Finanzierung

Der finanzielle Fortbestand des Angebotes ist nur teilweise, also mit 1,5 Personalstellen gesichert bis Ende 2008. Um weitere Finanzierungswege zu erschließen sind ein Förderverein gegründet und ein Fundraisingkonzept entwickelt worden. Im Rahmen des Fundraising werden Eltern und Bürger direkt angesprochen, angeschrieben und eingeladen, sich an der Finanzierung des Projektes zu beteiligen.

Evaluation

Zum Thema Evaluation wird erläutert: „Wir machen keine wissenschaftliche Evaluation. Bei uns gibt es nur auftragsgemäße Selbstevaluation für bestimmte Teilbereiche. Elternarbeit ist selbstevaluiert worden mit den Fragestellungen: Wie viele Eltern können wir erreichen, welche Methoden sind die besten, welche inhaltliche Arbeit mit den Eltern ist zumutbar, insbesondere im Hinblick auf die Niederschwelligkeit?“

Abschluss

Zum Abschluss des Interviews zieht der Mitarbeiter des Freizeitladens Winzerla folgendes Fazit: „Unsere Erfahrung nach ist die beste Methode für den Zugang zu den Eltern die direkte telefonische Ansprache und Einladung. Was nicht funktioniert sind Briefe mit Selbsteinwurf durch die Kinder. Was auch nicht funktioniert ist, Eltern Termine vor versammelter Gruppe

mitzuteilen. Thema ist im Stadtteil auch zunehmender Rechtsradikalismus. Wir versuchen mit unserer Arbeit auch in dieser Hinsicht Prävention zu betreiben.“

4. Kiezdetektive - Kinderbeteiligung für eine gesunde und zukunftsfähige Stadt

Das Projekt ist bereits in verschiedenen öffentlich zugänglichen Medien - auch der BZGA – ausführlich dokumentiert. Daher wird in diesem Rahmen auch drauf verzichtet, das Angebot in Kurzform zu beschreiben. Für die Projektbeschreibung soll an dieser Stelle nur auf eine der vom Berliner Senat unterhaltenen Internetseiten des Angebotes verwiesen werden:

<http://www.berlin.de/ba-friedrichshain-kreuzberg/verwaltung/org/planleit/kiedetektive-projektbeschreibung.html>.

Um Redundanzen zu vermeiden wurden der Interviewpartnerin nur solche Fragen gestellt, von denen der Interviewer den Eindruck hatte, dass sie nicht in den bereits vorhandenen Dokumentationen beantwortet würden.

Stadtteilstrukturen

Die Besonderheiten des Berliner Stadtgebietes Friedrichshain-Kreuzberg, indem das Projekt hauptsächlich stattfindet, werden im Interview wie folgt beschrieben: „Das ist der Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg. Das setzt sich zusammen aus dem ursprünglichen Ostteil, Friedrichshain, was ja von der Struktur her anders ist als das ehemalige Westgebiet Kreuzberg. Insgesamt hat der Bezirk 255.000 Einwohner. Der Gesamtbezirk liegt an letzter Stelle des Sozialstrukturatlas. Wir haben das Projekt Kiezdetektive bisher hauptsächlich im Ortsteil Kreuzberg gemacht. Zum einen weil dort unsere sechs Quartiersmanagement-Gebiete liegen, Gebiete der sozialen Stadt. Dort ist auch der größte Handlungsbedarf. Die problematischsten Gebiete des Sozialstrukturatlas befinden sich alle im Ortsteil Kreuzberg. Da setzt auch unser Projekt an. Wir haben uns da Schulen ausgesucht, die in den problematischen Ortsteilen liegen. Der Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund liegt in diesen Schulen zwischen 80 und 100 Prozent. Die Besonderheiten des Gebietes sind: Sehr viele Transfer-Empfänger; sehr viele Arbeitslose, insbesondere in der Migranten-Community; die Alleinerziehenden hingegen finden sich weniger in der Migranten-Community als unter den Frauen im Ortsteil Friedrichshain, wie die Daten der letzten Einschulungsuntersuchung aufzeigen; auf der anderen Seite gibt es im Bezirk einen hohen Anteil von Menschen mit Einkommensarmut, aber einem hohen Bildungsniveau; das ist die typische Mischung in Kreuzberg: Auf der einen Seite die sozial benachteiligten, auf der anderen Seite auch viele Berufsfelder wie Sozialpädagogen, Architekten, Lehrer. In Friedrichshain sind es sehr viele Studenten. Besonderheiten positiver Art sind beispielsweise auch die große, gute Projektlandschaft, traditionell seit den 70er Jahren, wo sehr viele Migrationsprojekte, Frauenprojekte, Sozialprojekte, Beratungsstellen und so weiter sich vor allem im Kreuzberger Teil angesiedelt und sich meist auch gehalten haben,

obwohl natürlich sich auch hier Einsparungsmaßnahmen niederschlagen. Dann auch eine große Tradition der Bürgerbeteiligung, die wir hier speziell in Kreuzberg haben, auch durch die sehr kritische Bevölkerung, die sich sehr früh schon sehr intensiv einbringen in Planungsprozesse. Wir haben auch eine sehr engagierte, aktive Bezirkspolitik, traditionell Grüne, PDS, aber auch SPD.“

Projektziele

Zu den Zielen des Projektes wird im Interview erklärt: „Ziele des Projektes sind, die Kinder aktiv an Planungs- und Veränderungsprozessen des Bezirks zu beteiligen, die Wahrnehmung und Sensibilität der Kinder für ihre Umgebung zu schulen, Demokratie zu erlernen, Eigenverantwortung und Selbstbewusstsein zu stärken.“

Zielgruppe

Das Zielpublikum des Projektes wird wie folgt beschrieben: „Die Kinder im Projekt sind zwischen 6 und 14 Jahren alt. Meistens machen wir die Durchgänge mit etwa 12jährigen, die in der vierten bzw. fünften Klasse der Grundschule sind. Das hat sich am meisten bewährt, da sind die Kinder in der Lage, besser zu erkennen, zu beschreiben und darzustellen und diesen ganzen Prozess der Beteiligung besser durchzuhalten. Bei den Kleinen ist es oft schwieriger – aber wir haben das durchaus auch schon mit Kita-Kindern gemacht, die waren dann so knapp sechs. Was als Ergebnis dann rauskommt, ist dann sehr schön. Nur den langen Atem, den man da braucht – es zieht sich meist so über ein Jahr hin – das haben die Kleinen dann oftmals noch nicht so. Die Viert- und Fünftklässler sind in Berlin mindestens noch ein Jahr auf der Grundschule, so dass wir sie noch erwischen, wenn wir Nachfragen haben, wenn noch einmal eine Kinderversammlung stattfindet usw. Bei einem Durchgang sind immer 60 Kinder dabei. Das orientiert sich an den Plätzen, die wir in der BVV-Saal haben. Bei der Kinderversammlung sollen alle Kinder Platz haben, und deshalb haben wir uns auf die Zahl von 60 geeinigt.“

Arbeitsweise des Projektes

Die Arbeitsweise des Projektes wird wie folgt beschrieben: „Die Kinder gehen durch ihren Kiez und halten fest, was sie sehen, die Probleme, aber auch das Positive. Sie dokumentieren das mit Fotos und so weiter und verarbeiten das ganze zu einer Ausstellung, die im Rathaus gezeigt wird. Zur Ausstellungseröffnung ist dann gleichzeitig auch immer die erste Kinderversammlung mit den Bezirkspolitikern. Da nehmen dann alle unsere Bürgermeister und unsere fünf Stadträte dran teil. Dann stellen die Kinder selbst ihre Ergebnisse vor. Ich moderiere das Ganze so ein bisschen, aber im Prinzip machen die Kinder das alleine. Dann müssen die Politiker mit ihren Verwaltungen die Probleme abarbeiten. Nach sechs Monaten ist dann die

zweite Kinderversammlung, wo die Kinder dann nachfragen. Was ist mit dem und dem passiert. Da müssen die Bezirkspolitiker dann Rede und Antwort stehen.“

Verhältnisorientierung

Die Beeinflussung der Verhältnisse in den adressierten Wohngebieten gelingt nach Aussage der Interviewpartnerin nicht ganz zufriedenstellend „Ein Negativpunkt (bei den partizipativ ermittelten Evaluationsergebnissen) war, dass aus Sicht der Kinder die Politik nicht so viele der Kindervorschläge umgesetzt hatte.“

Partizipation

Zur Frage der Partizipation der Kinder in diesem Projekt soll hier wieder auf die bereits vorhandenen Dokumentationen des Projektes, beispielsweise auf der bereits erwähnten Internetseite oder auch der Veröffentlichungen der BZgA "Gesundheitsförderung Konkret" hingewiesen werden.

Verhaltensorientierung

Im Interview wird zur Verhaltensorientierung des Angebotes ganz allgemein erläutert: „Was als Verhaltensänderung bei den Kindern entsteht, ist, dass sie lernen die von ihnen identifizierten Probleme auch in der Kinderversammlung vorzustellen; dass sie Empowerment kennen lernen; oder auch die Sensibilisierung für bestimmte Probleme in ihrem Stadtteil; oder auch Verantwortung zu übernehmen für den Müll, dass so ein Müllprojekt daraus entsteht.“

Netzwerkarbeit

Zum Thema Netzwerk bzw. Unterstützung von externen Partnern erläutert die Interviewpartnerin folgendes: „Unterstützung von externen Partnern gibt es sehr viel. Es ist ein relativ kostenneutrales Projekt – bei den Umsetzungsmaßnahmen muss man gucken, wer zuständig ist; wenn es um Spielplätze geht, dann muss sich der Bezirk um kaputte Geräte oder ähnliches kümmern; wir hatten auch schon finanzielle Unterstützung, etwa durch den BKK-Bundesverband, der wollte auch, dass das Projekt in andere Städte und Regionen übertragen wird, da war Gesundheit Berlin beteiligt, da konnten wir dann einen Flyer erstellen, durch die Gelder der BKK konnten die Mitarbeiter von Gesundheit Berlin bezahlt werden; dann haben wir einen Multiplikatorenleitfaden erstellt, eine Dokumentation. Darüber hinaus sind wir auch eine Zeitlang über das APUG-Programm (Aktions-Programm Umwelt und Gesundheit des Bundesumwelt-Ministeriums) eine Zeitlang gefördert worden. In dem Zusammenhang ist auch ein Vernetzungsprozess hier im Kiez gefördert worden. Ein weiterer wichtiger Partner war der Integrationsbeauftragte für Berlin. Die Kiezdetektive sind von dort mit Mitteln aus einem einjährigen Förderprogramm unterstützt worden.“

Dann ist auch noch ein kleiner Film erstellt worden, der ist jetzt gerade fertig. Der Gemeinde-Dolmetschdienst war bei den Kiezbegehungen mit dabei. Dann haben wir aber immer auch im Bezirk angesiedelte Partner, wie etwa das AWO-Begegnungszentrum.“

Zu den Defiziten bzw. Problemen der Netzwerkarbeit des Projektes befragt, äußert sich die Interviewpartnerin wie folgt: „Schön wäre es, wenn die Jugendämter sich stärker einbringen würden. Wir haben es jetzt schon angedacht in Bezug auf das Kinder- und Jugendbüro, das eingerichtet werden soll, und in Abteilung Jugend quasi angebunden ist, ob von dort nicht ein konkreter Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin regelmäßig dabei sein könnte.“

Finanzierung

Die Projektmitarbeiterin erklärt zur Frage der nachhaltigen finanziellen Absicherung des Projektes: „Das Projekt ist finanziell überhaupt nicht gesichert. Es ist nur dadurch gesichert, dass die Koordinationsstelle für Gesundheitsförderung im Bezirk das Projekt weiter begleiten wird. Das ist insofern auch als dauerhaftes Projekt geplant.“

Evaluation

Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet vom Wissenschaftszentrum dessen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Evaluation des Projektes auch Konzepte entwickelt und umgesetzt haben. Dies war und ist eine große Herausforderung für die Wissenschaftler, wie im Interview erläutert wird: „Was noch immer ein Widerspruch ist, zwischen dem, wie ich finde tollen Projekt und den Realitäten ist, dass jeder Durchlauf auch etwas anders ist, andere Ergebnisse, andere Kinder, andere Kooperationspartner da sind, und dass man sich flexibel jedes Mal einstellen muss auf die entsprechende Umsetzung. Wie z.B. die Schulen das in ihren Alltag integrieren und umsetzen können, welche Projekte sich auch noch spontan ergeben. Diese spontanen Änderungen lassen sich durch ein festes Evaluationsraster nicht erfassen.“

Abschluss

Zum Abschluss des Interviews wird folgendes Fazit gezogen: „Solche Projekte lohnen auf jeden Fall. Auch nach dieser langen, nicht immer gradlinigen Entwicklung, die nicht immer methodisch einwandfrei umgesetzt werden konnte, wo auch manchmal die Ergebnisse zu wünschen ließen, wo ich aber nach wie vor von Kinderbeteiligungsprojekten als Ansatz überzeugt bin, ich finde, dass Gesundheitsförderung in diese Richtung gehen sollte. Was mir auch am Herzen liegt ist, dass solche Projekte noch stärker in die öffentliche Wahrnehmung kommen. Das finde ich auch das Positive am deutschen Präventionspreis.“

5. Stadtteilwerkstatt : Gemeinwesenarbeit im Rahmen des Bund Länder Programms Soziale Stadt

Das vom Diakonischen Werk in Hessen und Nassau getragene und von dem Programm Soziale Stadt unterstützte Projekt im Darmstädter Stadtteil Kranichstein verfolgt laut seiner Satzung und seinem Internetauftritt http://www.dw-darmstadt.de/arbeitsbereiche/gemeinwesenarbeit/soziale_stadt/soziale_stadt.html die Ziele „die Bewohner/innenbeteiligung an der Entwicklung des Stadtteiles zu organisieren und Projekte zu koordinieren, die die Selbsthilfekräfte der Bewohner/innen stärken und die nachbarschaftlichen Beziehungen verbessern.“ Die Themen des Projektes sind demnach folgende: „Ausbau und Weiterentwicklung der Bewohner/innenbeteiligung; Begleitung und Unterstützung von Maßnahmen zur Wohn- und Umfeldverbesserung; Initiierung und Förderung von Aktivitäten zur Sozialen Nachbarschaft und des aktiven Stadtteillebens; Öffentlichkeitsarbeit, u.a. auch zur Verbesserung des Images des Stadtteils; Stärkung der lokalen Wirtschaft, Arbeitsplätze auf lokaler Ebene, Unterstützung von arbeitslosen Bewohner/innen“.

Stadtteilstrukturen

Die Besonderheiten des Darmstädter Stadtteils Kranichstein werden im Interview wie folgt beschrieben: „Kranichstein ist ein sehr heterogener Stadtteil mit Bevölkerung aus allen Schichten. Das Zentrum des Quartiers wird vor allem von Migranten bewohnt. Die Einwohnerzahl des gesamten Stadtteils liegt bei etwa 10.600. In dem Bereich, in dem das Programm soziale Stadt läuft, sind es etwa 6300 Einwohner. Für diesen Stadtteil liegt der Ausländeranteil bei 30%, mit Migrationshintergrund bei 60%. Der Anteil von Transferleistungsempfängern liegt bei 20%.“

Zielgruppe

Zielgruppen des Projektes sind vor allem Migrantinnen und Migranten, sowie Frauen und Mädchen.

Projektziele

Die Projektziele werden im Interview näher erläutert: „Die Stadtteilwerkstatt ist eingerichtet worden im Rahmen des Programms soziale Stadt. Sie ist zuständig für die Gemeinwesenarbeit und die Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger im Stadtteil. Netzwerkarbeit gehört zu den Aufgaben der Stadtteilwerkstatt. Weitere Ziele unserer Arbeit lassen sich mit den Begriffen Aktivierung und Befähigung beschreiben. Es gibt zwei Haut-Bewohner-Arbeitsgruppen: Eine, die sich hauptsächlich aus Multiplikatoren unter Migranten zusammensetzt und eine andere, die eher die einheimische Bevölkerung umfasst. Über die wird Kontakt zu den jeweiligen Gruppen gesucht. Die sind wichtig bei der Akquise und Beteiligung. Darüber hinaus

wird über die persönlichen Netzwerke der Hauptamtlichen im Projekt versucht, an Leute heranzukommen. Bei den Elternbildungsprojekten sind vor allem Multiplikatoren ausgebildet worden, um Wissen an die Eltern zu vermitteln. Darüber hinaus gibt es andere Angebote, wo Informationen weiter gegeben werden, wo Leute selbst motiviert werden, Dinge zu organisieren, die sie gerne haben möchten, wenn es beispielsweise darum geht, Schwimmzeit in einem Schwimmbad zu bekommen. Es gibt eine Gruppe von sich regelmäßig treffenden Frauen, die ich dabei unterstütze, zu erreichen was sie an Bedarfen äußern.“

Projektschwerpunkt und Gesundheitsbezug

Das Projekt setzt nach Auffassung der interviewten Mitarbeiterin insgesamt eher auf der Gemeinschaftsebene an als beim individuellen Verhalten. Der Gesundheitsbezug des Projektes ist eher implizit als explizit zu verstehen.

Verhaltensorientierung

Zum Thema Verhaltensorientierung wird im Interview zunächst ganz allgemein ausgeführt: „In den einzelnen Maßnahmen wird aber vor allem das individuelle Verhalten adressiert – wenn z.B. Bildungsangebote durchgeführt werden, Qualifizierungsmaßnahmen, das ist dann individuelle Förderung.“

Verhältnisorientierung

Zur Frage der Verhältnisorientierung wird ausgeführt: „Im Sinne der Sozialen Stadt geht es darum, ein gesundes Wohn- und Lebensumfeld zu schaffen. In dem Rahmen wird auch mit der Wohnungswirtschaft zusammen gearbeitet. Es werden auch Projekte im Rahmen von Modernisierung und Erneuerung unterstützt. Das ist immer auch ein Aushandlungsprozess, in dem immer wieder auch ökonomische den Gesundheitsinteressen entgegenstehen. Es ist nicht so einfach, da die Ziele zu erreichen.“

Partizipation

Die interviewte Mitarbeiterin erklärt zum Thema Partizipation: „Mit den Bewohner- Arbeitsgruppen werden einzelne Maßnahmen geplant, umgesetzt und evaluiert. Dann gibt es noch die übergeordnete Planung des Programms Soziale Stadt, da findet eine Beteiligung statt, aber keine Evaluation mehr mit den Bewohnern. (...) Die sozial Benachteiligten sind schwer zu erreichen. Das ist je nach Projekt auch unterschiedlich. Wenn es Projekte zur individuellen Verhaltensänderung sind, hängt es stark davon ab, ob die Leute ein direktes Interesse an dem Angebot haben. Schwierige Themen wie Elternbildung zum Thema Kindererziehung, dann ist es nicht einfach, die Leute zu gewinnen. (...) Soziale Stadt sieht vor, dass Bürgerbeteiligung gefördert wird und dazu Strukturen geschaffen werden, die auch nachhal-

tig sind. Es gibt hier so eine Art Stadtteilkonferenz, die mit Beginn dieses Programms den Bewohnerinnen und Bewohnern geöffnet wurde – als übergeordnetes Gremium. Dort werden Stadtteil-Themen besprochen. Inzwischen ist das Gremium auch offiziell durch politische Vertreter mitbesetzt worden. Dieses Gremium hat keine Beiratsfunktion. Es ist eine runde, die Themen an die Politik und Verwaltung weiter trägt, aber keine Entscheidungsgewalt hat wie etwa ein Ortsbeirat. Darin gibt es verschiedene Arbeitsgruppen wie die AG Senioren, die AG Migranten, die AG Schule und Jugend, etc. Es gibt eine starke Vernetzungsstruktur im Stadtteil. Es gibt eine neue Stadtteilwerkstatt, ein Stadtteilbüro, ein Bürgertreff mit Räumen für selbstorganisierte Gruppen. Die Gruppen in eine Selbstverwaltung zu überführen, gestaltet sich aber schwierig.“

Evaluation

Zum Thema Evaluation wird erklärt: „Die Evaluation zeigt, dass die Arbeit langwierig ist, insbesondere mit Migrantengruppen. Die Maßnahmen führen nur allmählich zu bestimmten Verhaltensänderungen. Es gibt hier Sportangebote für Frauen, die von diesen zwar immer wieder eingefordert, aber selten besucht werden. Dann wird auch versucht, herauszufinden, ob das der falsche Ort ist, ob es daran liegt, dass es Geld kostet, und es wird auch sehr mit der Zielgruppe selber gesprochen. Es wird versucht, sich dem anzupassen, was die Zielgruppe äußert, das führt aber nicht zum Erfolg. Man erreicht keine nachhaltigen Effekte, sondern muss mit immer neuen Gruppen immer wieder von vorne anfangen.“

Netzwerkarbeit

Die Netzwerkarbeit des Projektes wird wie folgt beschrieben: „Es wird mit externen Planungsbüros zusammengearbeitet, Architekten. Partnerschaften sind projekt- und bedarfsbezogen. Es fehlen Partner, die noch mehr Finanzmittel einbringen können, etwa den runden Tisch der Krankenkassen hier in Darmstadt.“

Nachhaltigkeit

Zum Thema Nachhaltigkeit der Projektarbeit erklärt die Projektmitarbeiterin „Es fehlt an personellen Ressourcen, insbesondere in den Bereichen Schnittstellenmanagement und der Koordinierung. Das Programm soziale Stadt hat hier bei uns eine Laufzeit bis 2010. Darüber ist die Besetzung der Stadtteilwerkstatt finanziert, sowie auch das Stadtteilmanagement. Das gibt uns Planungssicherheit in diesen Bereichen. Darüber hinaus gibt es den Leiter des städtischen Sozialdienstes hier, der zum Teil Kapazitäten für Stadtteilarbeit frei hat. Aber so eine Koordinationsfunktion im Gesamtrahmen kann der eigentlich gar nicht übernehmen. Wenn so Koordinationen durch die genannten Stellen nach Ablauf des Programms Soziale Stadt, könnten diese Aufgaben nicht mehr erfüllt werden. Daher wäre das Projekt nach 2010 nicht

mehr durchführbar. Die höchstmögliche Laufzeit für ein Soziale-Stadt-Projekt ist 10 Jahre. Unser Projekt hier hat Ende 2001 begonnen. Was danach bestehen bleiben wird, ist das Gremium der Stadtteilrunde, auch die dortigen Arbeitsgruppen. Eine der Bewohner-Arbeitsgruppen, diejenige, welche sich mit der Wohnraumqualität befasst, hat sich schon jetzt verselbstständigt. Für die ist es nicht mehr notwendig, Unterstützung durch Soziale Stadt zu bekommen.“

Nach Einschätzung der Projektmitarbeiterin besteht eine wesentliche Wirkung des Projektes darin, dass sich die öffentliche Wahrnehmung des Darmstädter Stadtgebietes Kranichstein verändert hat: „Zum Einen bekommt der Stadtteil durch das Projekt mehr Aufmerksamkeit. Dadurch werden auch Diskussionen geführt, die sonst nicht stattfinden würden. Zum anderen ist es für die Menschen hier bedeutsam, dass der Stadtteil diese Aufmerksamkeit bekommt und im Fokus ist, so dass sie weniger das Gefühl haben, an den Rand geschoben zu sein. Zum Teil bekommen die Bewohner durch das Projekt ein Bewusstsein dafür, was der Stadtteil hat und bietet und dafür, dass die negative Außenwahrnehmung des Stadtteils nicht immer zutrifft. Man bekommt auch einen Blick für die Stärken des Stadtteils, anstatt immer nur über seine Schwächen zu sprechen.“

Die Interviewpartner geht davon aus, dass diese Wirkungen auch langfristig Bestand haben werden: „Das ist die Arbeitshypothese, die gestellt wird: Dass das Projekt zu einer Stabilisierung des Stadtteils führt. Alle Maßnahmen werden mit diesem Ziel durchgeführt. Dies belegt die Evaluation auch quantitativ. Der Stadtteil erledigt für die Stadt auch Integrationsaufgaben. Dies wird sich auch auf Dauer nicht ändern. Die dadurch entstehenden Probleme werden sicherlich nicht aus der Welt geschafft.“

Abschluss

Zum Abschluss des Interviews wird von der Projektmitarbeiterin folgendes Fazit gezogen: „Kommunikations- und Beziehungsarbeit ist für die Stadtteilarbeit sehr wichtig. Dies muss auch gefördert und finanziert werden. Es müssen auch Verbindlichkeiten geschaffen werden, auf was für einer Ebene arbeitet man zusammen, was erwartet man voneinander, wie profitieren wir von der Zusammenarbeit? Bei uns ist beispielsweise die Wohnungswirtschaft noch nicht ausreichend eingebunden. Die kommen zwar von sich aus, aber es ist auch schwierig, die 100%ig mit in das Boot zu holen. Es ist entscheidend, immer wieder ganz genau zu analysieren, welche Akteure auf welche Weise mit eingebunden werden können und müssen, mit welchem Eigeninteresse die motivierbar werden.“

6. Treffpunkt Gemeinwesenarbeit Bloherfelde/Eversten

Das vom Jugendamt der Stadt Oldenburg getragene und seit 1997 bestehende Angebot ist ein offenes Stadtteilhaus im sozial benachteiligten Oldenburger Stadtteil Bloherfelde/Eversten

welches Bewohnern aller Altersgruppen aus dem Stadtteil hauptsächlich Beratung und Freizeitgestaltungsmöglichkeiten anbietet.

Stadtteilstrukturen und Zielgruppe

Die Stadtteilstrukturen in Bloherfelde/Eversten werden im Interview wie folgt beschrieben: „Die Besonderheiten des Stadtteils Bloherfelde/Eversten sind, dass es hier einen relativ hohen Anteil kinderreicher Familien gibt und an Menschen mit Migrationshintergrund, sowohl aus arabisch-, als auch aus russisch-sprachigen Ländern, die so genannten Spätaussiedler. Es gibt hier viele Menschen, die von Transferleistungen, sprich Hartz IV, ALG II abhängig sind. 1995 wurden in diesem Stadtteil 7925 Einwohner gezählt. Insbesondere junge Menschen konzentrieren sich hier in diesem Stadtgebiet. Der Anteil junger Menschen an der Gesamtbevölkerung ist mit 25,8% sehr hoch. Der Ausländerinnen-Anteil liegt mit 9% deutlich über dem städtischen Durchschnitt von 5,5%.“

Das Zielpublikum des Projektes wird von dem Projektmitarbeiter wie folgt beschrieben: „Unsere Angebote richten sich besonders an die sozial Benachteiligten. Es hat sich bei uns so entwickelt, dass wir nur schwierig an die Männer rankommen, was jetzt nicht heißt, dass wir uns insbesondere um die Frauen kümmern. Aber irgendwie hat es sich so entwickelt, dass wir doch mehr von Frauen frequentiert werden, gerade von Frauen mit kleineren Kindern, für die wir hier eine Kinderbetreuung sowie verschiedene Projekte wie auch Krabbelgruppen anbieten. Wir haben eine Seniorengruppe. Also eigentlich von 0-99 und ohne geschlechterspezifischen Ansatz, aber wie gesagt eher von Frauen frequentiert. Wenig kommen auch Jugendliche ab 12. Wir bieten hier auch eine Hausaufgabenhilfe. Die können zu uns kommen, um ihre Hausaufgaben zu erledigen, wenn zu Hause dafür kein Raum ist. Alle älteren Jugendlichen und Kinder gehen eher zu dem Jugend- und Freizeittreff gegenüber an der Strasse. Die machen ganz andere Geschichten als wir. Die haben beispielsweise einen Billardraum und mehrere Theaterprojekte, Musikprojekte – so etwas haben wir hier im Hause nicht.“

Angebotsziele

Um die Ziele des Angebotes zu beschreiben, zitiert der Projektmitarbeiter aus der Satzung des Angebotes: „Gemeinwesenarbeit ist eine gesellschaftspolitische Aufgabe mit einem Generationen und Nationalitäten übergreifenden Ansatz. Sie ist wichtiger Bestandteil stadtteil- bzw. wohngebietsorientierter Sozialarbeit. Ziel des Treffpunktes Gemeinwesenarbeit ist die Aktivierung der Bewohnerinnen und Bewohner zur Selbsthilfe und Selbstständigkeit sowie die Befähigung, Verantwortung für das persönliche, soziale und wohnliche Umfeld zu übernehmen. Zu den Grundsätzen unserer Arbeit gehören Schritte zur Aktivierung und Integration. Zusammen mit kommunalen und freien Trägern will die Gemeinwesenarbeit helfen, die Situation des Einzelnen, sowie die soziale und kulturelle Struktur des Stadtteils zu verbessern

und dies orientiert an der örtlichen Sozialplanung. Initiativen die zur Aktivierung der Bewohnerinnen und Bewohner und zur Identifikation mit dem Wohngebiet beitragen sollen gefördert werden. Das sind die globalen Richtlinien der Gemeinwesenarbeit hier vor Ort, die von der Stadt Oldenburg definiert wurden.“

Gesundheitsbezug

Der Interviewpartner führt zur Fragestellung der expliziten bzw. impliziten Gesundheitsorientierung des Angebotes aus: „Wir haben hier eine Kollegin, die sich speziell mit dem Thema Gesundheit befasst. Die führt diesen Fahrradkurs durch, von dem wir gesprochen haben. Die macht auch die Kochkurse. Die ist in dem Rahmen eingestellt, Gesundheitsförderung und Bewegung. Vielleicht ist das noch interessant, dass wir genau für Ihren Themenbereich Gesundheitsförderung extra jemanden eingestellt haben, mit 16 Stunden, die solche Projekte durchführt. Sie hat einen Entspannungsworkshop gemacht, eine Bauchtanzgruppe.“

Inhalte des Angebotes

Im Interview wird erklärt, dass das Angebot sowohl eine individuelle als auch eine gemeinschaftliche Ebene hat: „Wir bieten hier im Treffpunkt zu bestimmten Zeiten individuelle Beratung an – durchschnittlich zwei Stunden am Tag, an denen Menschen mit ihren individuellen Problemlagen zu uns kommen. Wir versuchen dann, zu helfen. Wenn wir dann an unsere Grenzen kommen, versuchen wir an andere Professionen weiter zu vermitteln. Das ist die individuelle Seite. Da verteilen wir Lebensmittel der Tafel. Da kommen die Menschen zu uns und holen sich Lebensmittel ab. Sonst gibt es hier auch viel, was die Menschen eher gemeinsam machen; dass sie sich in Gruppen zusammen tun und etwa Sprachkurse machen oder es gibt einen Fahrradkurs für Frauen, besonders für Frauen mit Migrationshintergrund die bisher noch kein Fahrradfahren gelernt haben, um so ein bisschen ihren Aktionsradius zu erweitern. Wenn die dann Radfahren gelernt haben, erweitert sich tatsächlich der Aktionsradius von Frauen, die bisher kaum aus dem Stadtteil raus gekommen sind.“

Der Projektmitarbeiter schildert die alltägliche Arbeit des Angebotes „Wir sind in der glücklichen Lage, dass wir hier direkt neben an, zum Treffpunkt gehörend, ein Cafe haben, dass von dem uns angegliederten Bewohnerverein geführt wird. Dieser Bewohnerverein mit dem Namen "Wir für Uns" wurde durch unseren ehemaligen Geschäftsführer ins Leben gerufen. Er wird hier im Haus durch zwei Frauen betrieben. Die führen in Kooperation mit uns dieses Cafe. Das Cafe ist in der Form relativ neu, weil es im letzten Jahr einen Umbau gegeben hat. Viermal in der Woche, jeweils abwechselnd zweieinhalb Stunden, ist das Cafe geöffnet. Das gibt den Leuten die Möglichkeit, niedrigschwellig zu uns zu kommen. Das ist das Eine. Das Andere ist beispielsweise unser Sommerferienprogramm, wo wir Fahrten anbieten, wo die Leute mit uns gemeinsam beispielsweise eine Fahrt in das Museumsdorf Cloppenburg unternehmen. Dann gibt es traditionell seit einigen Jahren schon eine Fahrt zum Tierpark nach

Thüle. Eingeplant sind zurzeit vier Busse mit jeweils etwa 45 Personen. Das ist so ein bisschen Kontakt halten zu den Bewohnern des Stadtteils. Dann haben wir noch ein jährliches Stadtteilstadtteilfest, das sehr gut angenommen wird. Das Stadtteil- bzw. Straßenfest veranstalten wir in Kooperation mit dem Bürgerverein, dem Bewohnerverein, anderen Institutionen und Privatleuten. Die Leute engagieren sich da sehr stark. Sie treten an uns heran und wollen Essen-, Flohmarkt- und Infostände machen. Das gibt dann ein sehr buntes Gemisch, welches die Struktur des Stadtteils sehr authentisch widerspiegelt.“

Partizipation

Zum Thema Partizipation wird erläutert: „Grundsätzlich kann ja jeder der Bewohner mit seinen Vorschlägen und Wünschen, wie denn hier das Wohnquartier in irgendeiner Weise zu verbessern ist, zu uns kommen und wir versuchen dann gemeinsam neue Projekte ins Leben zu rufen oder Ideen umzusetzen. Das ist das Eine. Das Andere ist, das es verschiedene Gremien gibt, in denen sowohl Vertreter der Institutionen sitzen, zum Beispiel die Baugesellschaft, die großen Wohnungsbaugesellschaften, und eben auch Bewohner. Dort wird dann gemeinsam diskutiert. Es gibt ein Bund-Länder-Programm Soziale Stadt. Von dort fließen Fördermittel nach Oldenburg, und zwar meines Wissens ausschließlich in unseren Stadtteil. Und wenn es darum geht, wie diese Fördermittel eingesetzt werden, dann gibt es unterschiedliche Gremien, in denen auch die Bewohner vertreten sind.“

Kompetenzförderung

Auf die Frage, welche Handlungsfähigkeiten der Bewohner verbessert bzw. eingeübt würden, erklärt der Interviewpartner: „Es gab Kochkurse beispielsweise – mit den Frauen. Dann gab es immer auch niedrigschwellige Qualifizierungsangebote, in ganz unterschiedlichen Bereichen, teilweise auch in Kooperation mit der Volkshochschule. Dann gibt es hier auch LOS-Projekte, Soziales Kapital für soziale Zwecke, das wird hier vor Ort von einer Kollegin betreut. Die organisiert das und hält den Kontakt mit der Koordinierungsstelle in Berlin. Seit 2002 gibt es die Möglichkeit, dass Institutionen oder Privatleute so Mikroprojekte machen können, mit dem Ziel, Menschen in den Arbeitsmarkt zu integrieren und eine allgemeine, soziale Integration zu bewirken. Da gibt es zurzeit acht Projekte. Es hängt insofern mit unserer Einrichtung zusammen, als dass meine Kollegin das koordiniert. Aber es ist schon eher unabhängig von der Arbeit des Treffpunktes Gemeinwesenarbeit zu sehen.“

Netzwerkarbeit

Das Netzwerk des Angebotes wird als ausreichend empfunden: „Wir stehen mit so ziemlich allen Institutionen der Sozialarbeit in Kontakt und mit der Volkshochschule, der Kirche und anderen Institutionen. Wir arbeiten in verschiedenen Gremien zusammen. Mehr kann ich Ihnen dazu aber nicht sagen.“

Der Interviewpartner führt zum Thema Vernetzung weiter aus: „Netzwerkmitglieder sind: Sämtliche Einrichtungen der Jugendhilfe; verschiedene Vereine wie der Bewohnerverein und der Bürgerverein; die Polizei, die hier direkt vor Ort eine kleine Sache hat; die großen Wohnungsbaugesellschaften, die hier vermieten; die Kirche; alle Einrichtungen, die in Oldenburg dem Jugendamt angegliedert sind, das sind hier der Allgemeine Soziale Dienst; die soziale Gruppenarbeit; die verschiedenen Kitas; der Abenteuer- und Bauspielplatz und so weiter.“

Defizite bzw. Verbesserungsmöglichkeiten in der Vernetzung des Projektes werden keine wahrgenommen.

Finanzierung

Zur Finanzierung des Angebotes wird erklärt: „Träger ist die Stadt Oldenburg. Das ist angegliedert beim Jugendamt der Stadt Oldenburg. (...) Es gibt uns hier zehn Jahre, wir haben mit dem letzten Stadtteilstadtteilfest auch unser zehnjähriges Jubiläum gefeiert. (...) Es ist in den zehn Jahren sehr viel erreicht und auf den Weg gebracht worden. In punkto Nachhaltigkeit betrachtet, hat sich auch einiges verselbstständigt. Es gibt beispielsweise eine Kleiderkammer, die von meiner Vorgängerin hier ins Leben gerufen wurde, und von engagierten Frauen aus dem Stadtteil betrieben wurde. Das hat sich mittlerweile so entwickelt, dass die Bewohner das in Kooperation mit der Diakonie komplett in Eigenregie führen.“

Abschluss

Der Projektmitarbeiter fasst die Lernerfahrung aus dem zehnjährigen Bestehen des Angebotes aus seiner Sicht wie folgt zusammen: „Gehen Sie auf die Menschen zu, gehen Sie raus, lassen Sie sich im Stadtteil blicken, halten Sie den Kontakt zu den Menschen. Sprechen Sie auf der Strasse mit Ihnen. Das ist für uns leider nicht immer machbar, bei dem, was wir hier alles zu tun haben. Insofern ist unser Cafe schon sehr dienlich. Das Beste ist aber, wenn man rausgeht auf die Strasse. Und da ist so ein Straßenfest schon ganz klasse. Das ist zwar von uns organisiert, aber das ist die Strasse. Dort trifft man viele Leute. Wenn man sich dann nicht die ganze mit dem Oberbürgermeister und anderen wichtigen Leuten herum-schlagen muss, kann man die Leute dort auch erreichen. Aufsuchendes Arbeiten ist wichtig.“

7. Bürgerzentrum der Stadt Achim

Die offene Freizeit- und Beratungseinrichtung Bürgerzentrum-Nord der Stadt Achim liegt im so genannten Magdeburger Viertel, welcher aufgrund verschiedener Faktoren als strukturell entwicklungsbedürftig angesehen wird. Die Einrichtung wird auf seiner von der Stadt Achim unterhaltenen Internetseite (http://www.achim.de/p/d1.asp?artikel_id=1069) wie folgt beschrieben: „Das BüZ ist in erster Linie eine Freizeiteinrichtung. Hier können Menschen sich treffen, spielen, klönen, aktiv ihre Freizeit gestalten. Das BüZ ist eine Beratungsstelle. Die MitarbeiterInnen bieten sich als AnsprechpartnerInnen für Probleme in unterschiedlichen

Lebenslagen. Zuhören, beraten, Kontakte herstellen, informieren, Hilfestellungen gehören zu den Aufgaben. Selbstverständlich unterliegt dieser Bereich einer besonderen Vertraulichkeit. Auch Gruppenangebote haben teilweise die Funktion, gemeinsam über Probleme zu reden und Hilfe zur Selbsthilfe soll Eigeninitiative und Eigenverantwortlichkeit fördern. Im BÜZ findet außerschulische Bildung statt: Informationsveranstaltungen, Hausaufgabenhilfe, Deutschkurse, Qualifizierungsprojekte auch in Kooperation mit anderen TrägerInnen. Das BÜZ ist ein Kulturhaus für Achim-Nord mit Theater, Festen, Kino, Kleinkunst, Ausstellungen, Werkstätten und Projekten. Mit Unterstützung des BÜZ können Menschen ihre Interessen vertreten. So versteht sich die stadtteilorientierte Arbeit auch als wichtiger Bestandteil der Anstrengungen im Rahmen des Projektes "Soziale Stadtteilerneuerung".

Stadtteilstrukturen

Die Stadtteilstrukturen werden wie folgt beschrieben: „Von der Bebauung her eine verdichtete Wohnbebauung mit überproportional großen Haushalten; mit überdurchschnittlich großem Anteil an zugewanderten Familien, schwerpunktmäßig arabische Staaten und Türkei; da bilden die Türken und die Kurden zwei sehr große Gruppen (...) geschätzt bestimmt 50% hier im Stadtteil. Der Stadtteil hat etwa 1600 Einwohner. Ein überdurchschnittlich großer Anteil von Kindern und Jugendlichen hier. Dieser Stadtteil hier, das Magdeburger Viertel, hat als einziger in der Stadt Achim noch einen Zuwachs durch die Geburtenrate.“

Ziele und Inhalte des Angebotes

Zu den Zielen und Inhalten des Angebotes wird erläutert: „Wir sind ein Bürgerzentrum und verstehen uns als eine sozialarbeiterische Einrichtung, die möglichst lebensweltorientiert für die Menschen da sein soll. Wir versuchen, für alle Lebensbereiche Angebote zu machen, bzw. Ressourcen zur Verfügung zu stellen.“

Das fängt an mit Beratungssituationen. Wir sind faktisch hier Anlaufstelle für alles Mögliche. Das geht los mit Behördengeschichten, Anträge und ähnliches; Problemen in Familien, Erziehungsproblemen; bis hin zu Frauen, die Opfer häuslicher Gewalt werden, wo wir dann versuchen, entsprechende Unterstützung zu leisten, also Kontakt zu Frauenhäusern aufzunehmen und so weiter.

Wir haben einen Bereich offener Tür Arbeit, für Kinder und Jugendliche schwerpunktmäßig, aber es gibt auch das Cafe für Senioren. Wir führen Projekte durch, schwerpunktmäßig im Bereich Integration und Sprachförderung; wobei auch dort der Schwerpunkt darauf liegt, möglichst Selbsthilfe zu organisieren. Das heißt also, insbesondere Mütter zu befähigen, ihre Kinder besser und länger in der schulischen Laufbahn zu begleiten. Es gibt ein sehr enges Netz zwischen den sozialen Einrichtungen im Stadtteil, Kitas, Schule etc.“

Gesundheitsbezug

Der Interviewpartner erklärt zur Fragestellung der expliziten bzw. impliziten Gesundheitsorientierung des Projektes „Wir sind keine Einrichtung, die schwerpunktmäßig im Bereich Gesundheitsförderung arbeitet. Wir machen Gemeinwesenarbeit. In dem Rahmen ist das natürlich ein Querschnittsthema.“

Partizipation

Zum Thema Partizipation erklärt der Interviewpartner: „Grundsätzlich werden bei uns die Bewohner beteiligt. Das ist im Detail aber sehr mühsam und sehr schwierig, weil bei den Bewohnern eine Grundhaltung dominiert, die darauf ausgerichtet ist, Hilfen zu konsumieren. Das ist aber nicht unser Ansatz. Wir wollen die Leute ja dazu befähigen, ihre Problemlagen in den Griff zu bekommen.“

Wir erleben aber auf der anderen Seite Familien, die von so vielen unterschiedlichen Problemlagen belastet sind, dass sie nur danach suchen, mal irgendein Problem los zu werden und eine Zuständigkeit bei irgend jemand anderem zu finden, der das dann so zu sagen übernimmt. Mein Kind ist so und so drauf, mach doch mal was! Das ist gerade bei den Mutter-Kind-Projekten sehr schwierig. Da ist die Erwartungshaltung so, da sind welche, die nehmen mir mal zwei Stunden mein Kind ab und ich kann mal Cafe trinken mit den anderen Frauen. Die muss man immer wieder mühsam bei der Stange halten. Es ist schwierig, aber nicht unmöglich. Wir probieren da immer wieder auch neue Methoden aus.

Es gibt hier, als wichtigstes Beteiligungsgremium eine von uns organisierte Stadtteilkonferenz. Die ist offen für alle Bürgerinnen und Bürger. Da werden alle wichtigen Sachen besprochen und Voten abgegeben. Da geht es aber auch schon los, dass dort die Beteiligung von Zugewanderten sehr mager ist, dass das einfach nicht die Beteiligungsform ist, die sie anspricht. Da ist dann ein paralleler Weg über Gruppen, die wir ohnehin im Haus haben, über Kontakte, die wir gewinnen, über Beratungs- und Betreuungsarbeit, über die Arbeit, die wir auf der Strasse machen, die Leute anzusprechen und zu gucken, was ist nötig, was brauchen sie, wo wollen sie hin. Wir versuchen, darüber eine Beteiligung zu entwickeln.

Im Kinder- und Jugendbereich ist es noch relativ einfach, weil Kinder und Jugendliche in ihrer Freizeit ohnehin Einrichtungen wie unsere aufsuchen und da geht es schon, unterschiedliche Beteiligungsprojekte auch durchzuführen.

Wir sind Soziale Stadt Erneuerungsgebiet und bewegen auch städtebaulich eine ganze Menge hier im Quartier. Von daher sind wir ohnehin ständig bestrebt, Beteiligungsformen für Einzelmaßnahmen zu finden. Es geht aber nicht so, dass man mal alle Bürger einlädt, die fragt, was die so wollen, die sagen das und dann macht man das. Da muss man jedes Mal wieder gucken, mit welcher Zielgruppe habe ich es da zu tun und wie komme ich da am Besten ran?

Der Vorteil ist, dass es ein relativ kleiner Stadtteil ist, ein relativ kleines Sanierungsgebiet. Wir sind mit der Infrastruktur ganz gut ausgestattet, so dass wir wirklich direkte Ansprache machen können. Hier kennt jeder jeden. Wir haben sowohl bei der Rahmenplanung als auch und speziell bei der Planung der einzelnen Maßnahmen immer auch geguckt, dass wir die betroffenen Zielgruppen beteiligen. Das haben wir auf unterschiedliche Weise gemacht. Es wurden beispielsweise Workshops durchgeführt, in denen immer auch Planer und Betroffene beteiligt sind. Wir haben zudem gezielt die Vereine, Einrichtungen und Personen angesprochen, die Multiplikatorenfunktion haben. Das sind beispielsweise die in Achim ansässigen Moscheen; ein Verein, der sich um Senioren kümmert; ganz unterschiedliche Gruppierungen, um dort Menschen zu erreichen, an die wir sonst nicht heran kommen.“

Kompetenzförderung

Zu den konkreten Aktivierungs- und Befähigungsmaßnahmen des BÜZ wird erklärt: „Das läuft über gezielte Integrationsprojekte, die beispielsweise zum Ziel haben, dass die Zielgruppe sich vor Ort konkret orientieren kann. Wo finde ich was in dieser Stadt? Wo finde ich einen Arzt, welche Behörden sind wann wo für mich zuständig? Was kann ich machen, wenn ich dieses oder jenes Problem habe? Da laden wir dann punktuell auch Kolleginnen und Kollegen aus den Institutionen ein, die etwa erklären wie eine Einschulung funktioniert. Das kann man sehr gut über Gruppen- und Projektangebote machen.

Dann haben wir noch diesen Beratungsbereich, das heißt, eigentlich ist es eine Anlaufstelle, wir sind keine Beratungseinrichtung per se. Bei uns kommt aber alles an und wir sind eigentlich diejenigen, die den Leuten soweit helfen, dass sie sich orientieren können, wo man die passende Hilfe bekommt. Diese Wege versuchen wir zu glätten und die Türen zu öffnen. Bei Dingen, wo es ein Anruf tut ist das sehr unkompliziert auch einen Weg zuebnen in eine Behörde oder beim Ausfüllen eines Formulars. Wobei wir da auch immer gucken, was können die Leute selber machen, dann sollen sie es selber machen oder sind es Analphabeten? Wir wollen den Leuten möglichst wenig von dem abnehmen, was sie selbst machen können.“

Auf die Vertiefungsfrage „Wie gehen sie mit Analphabetismus bei den Bewohnern um?“ antwortet der Interviewpartner: „Wir wissen, wer hier Analphabet ist. In der Regel sagen die das aber auch, ich kann das nicht aufschreiben, und ich kann es auch nicht lesen. Die Analphabeten, von denen wir wissen, sind alle mit Migrationshintergrund. In der Regel sind das fast ausschließlich Kurden. Die Kurden, die wir hier haben, stammen alles aus ländlichen Gebieten in der Türkei. Sie haben kaum die Schule besucht, und wenn, dann nur zwei bis drei Jahre und mussten dann Türkisch, für sie eine Fremdsprache erlernen. Ihre eigene Sprache durften sie nicht lernen. Und so sind sie vor zehn, fünfzehn Jahren hierher gekommen. Deren Kinder sind ohne eine richtige Sprachidentität hier aufgewachsen. Daher haben wir auch in der sprachlichen Integration die allergrößten Schwierigkeiten bei kurdischstämmigen Menschen.“

Evaluation

Zur Fragestellung der Evaluation wird beispielhaft erläutert, welche Bedingungen Evaluationsbemühungen von Projektanbietern fördern bzw. behindern: „Wir evaluieren nur ansatzweise und nicht wirklich organisiert – weil, wie in vielen anderen Einrichtungen wahrscheinlich auch, dazu Ressourcen und Zeit fehlen. Wenn, dann läuft es halt nur so, dass man im direkten Draht Kontakt zu den Lehrern in der Grundschule oder in der Hauptschule dann hat und über diese Kontakte dann hört, wie es etwa um dieses oder jenes Kind steht. Da kann man schon mal gucken, wie entwickeln sich die, die hier auch ein Projekt durchlaufen haben. Das ist ansatzweise da, es wird aber bisher nicht systematisch gemacht. In welchem Bereich wir das systematisch machen – weil es dort programmatisch vorgeschrieben ist – das ist im Programm LOS, Lokales Kapital für Soziale Zwecke. Die Projekte, die in dem Rahmen durchgeführt werden, werden automatisch evaluiert. Da gibt es ein vorgeschriebenes Verfahren. Das ist ein partizipativ durchgeführtes Stammblattverfahren, ein zu 100% aus EU-Mitteln gefördertes Programm der Soziale-Stadt-Gebiete. Da wird auch jeweils die Resonanz bei der Zielgruppe abgefragt. Wegen der in dem Programm extra bereit gestellten Ressourcen für Evaluation können wir da und nur da überhaupt evaluieren.“

Verhältnisorientierung

Der Projektmitarbeiter beschreibt, wie das Bürgerzentrum gemeinsam mit den Bürgern vor Ort die Möglichkeit nutzen konnte, ein konkretes Beispiel gesundheitsorientierter Verhältnisveränderung umzusetzen: „Grundsätzlich muss man zu unserem Stadtteil sagen: Wir haben vor Beginn des Sanierungsprozesses, der 2000 bzw. 2001 mit der Programmaufnahme begonnen hat, vergleichsweise wenig öffentliche Freiflächen im Stadtteil hatten. Unser Sanierungsziel war, dort Abhilfe zu schaffen. Gleichzeitig ist es so, dass wir hier im Wohnungsbestand in den 90er Jahren ein großer Wohnungsbauträger Konkurs gegangen ist. Daraufhin wurde dann sehr viel privatisiert. Dann sind hier Hochgeschosser leer gelaufen und verfallen. Einen davon haben wir bereits abgerissen, ein weiterer wird binnen des kommenden Jahres noch abgerissen, mit dem Ziel, diese zentral gelegene Fläche auch nicht wieder zu bebauen. Es ist vorgesehen, dass wir dort stattdessen auf einer Fläche von 8000qm eine grüne Quartiersmitte gestalten, die Möglichkeiten für Sport, Spiel, Erholung bietet- mit Spielplätzen; mit Bäumen; mit Bolzplatz; mit Möglichkeiten für Senioren, sich dort hinzusetzen. Das ist unser zentrales Thema für die Quartiersmitte. Gleichzeitig wird es so sein, dass durch den Abriss – das ist so ein riesiger Betonriegel, der Quartier zerteilt – mehrere Einrichtungen der sozialen Infrastruktur in unmittelbare Nachbarschaft rücken. Auf der anderen Seite des Betonriegels befindet sich beispielsweise die Stadtteilschule und auf der Längsseite ein Kindergarten. In Zukunft werden sich daher die ganzen Infrastruktureinrichtungen um die Quartiersmitte abbilden. Am Rande der Quartiersmitte wird dann zusätzlich noch ein Haus der Projekte entstehen. Das soll insbesondere dazu dienen, Selbsthilfegruppen und Projekten Räume zur Verfügung zu stellen, auch temporär entstehenden Gruppen, unkompliziert sagen wir, den

Raum könnt ihr nutzen. Es hat sich hier vor zwei Jahren ein Stadtteilmförderverein konstituiert, der wird dort ansässig sein. Dann werden wir dort eine mehrsprachige Lesestube einrichten. Wir wollen dort Projekten Raum geben, in denen sich bürgerschaftliches Engagement entwickelt.“

Netzwerk

Die Vernetzungssituation wird von dem Mitarbeiter des Angebotes auch auf der Finanzierungsseite als befriedigend empfunden. Defizite bzw. Verbesserungsmöglichkeiten der Netzwerkarbeit werden in der kommunalen Verwaltungsstruktur wahrgenommen: „Das ist ein Stück weit ein strukturelles Problem. An Grenzen stoßen wir oft in dem Bereich, wo die Kompetenzen nicht bei der Stadt Achim, sondern im Landkreis liegen. Da sind wir auf die Landkreisbehörden angewiesen. Unsere Kreisstadt ist die Stadt Verden. Der Landkreis ist mit seinen Einrichtungen und Behörden relativ zentralistisch organisiert, so dass wir aus Sicht der Stadtteilarbeit da immer wieder eine stärkere Präsenz einfordern – weil alle die Leistungen, die der Landkreis eigentlich zu erbringen hat für viele Menschen zu weit weg sind. Von Achim kann man dann 25 Kilometer mit dem Zug nach Verden fahren. Die Stadt Verden ist Sozialhilfeträger, ist Jugendhilfeträger, zuständig für Wohngeld, die Ausländerbehörde ist, da sind viele, viele Dinge. Für viele Menschen hier ist es auch schon ein Problem, dorthin zu kommen. Das ist halt weit weg. Faktisch kommen die Menschen daher mit solchen Angelegenheiten immer erstmal zu uns. Wir nehmen dem Landkreis da sehr viel ab und das ist im Grunde genommen unbefriedigend und es könnte nach unserer Vorstellung anders organisiert sein.

Mit den Kolleginnen und Kollegen auf der Praxisebene haben wir ein ganz gutes Netzwerk. Da passt die Zusammenarbeit auch; aber die sind halt in diese Strukturen eingebunden und daher nicht ausreichend präsent hier.“

Auf die Vertiefungsfrage „Existieren Konzepte, um diese Strukturen zu verbessern?“ antwortet der Interviewpartner: „Im Bereich der Jugendhilfeplanung gibt es auf Landkreisebene ein Konzept mit so genannter Feldarbeit. Da ist in den letzten Jahren ein System entwickelt und umgesetzt worden, in dessen Rahmen in den Kommunen des Landkreises lokale Arbeitsgruppen gebildet wurden, mit Laien, mit Vertretern von Verbänden und Vereinen, die autonom über ein kleines Budget entscheiden und damit kleine Projekte fördern können. Das ist ein recht guter Ansatz. Damit kann man auch Gruppen und Leuten den Weg weisen, die mal ein paar hundert oder tausend Euro brauchen, um mal vor Ort eine kleine Aktion zu machen, ein kleines Straßenfest oder so etwas. Das läuft sehr unkompliziert und unbürokratisch. Es ist auf einem nur zweiseitigen Formular zu beantragen und kann eben auch vor Ort, von Achim aus, beschlossen werden.

Wo es schwieriger ist, das ist bei den gesetzlichen Leistungen, bei dem ganzen Bereich des Sozialdienstes. Da schlägt dann diese Organisationsstruktur zu. Dazu kommt dann noch,

dass die Kollegen und Kolleginnen ohnehin permanent mit ihren Fallzahlen überlastet sind, so das sie bei all ihrem guten Willen nur eine begrenzte Kapazität haben, um sich unserem Stadtteil zu widmen.“

Finanzierung

Auch dieses Angebot wird zumindest teilweise aus Mitteln der Sozialen Stadt finanziert. Die Finanzielle Situation des Angebotes wird von dem Interviewpartner ebenfalls als befriedigend empfunden, auch wenn es in einigen Bereichen doch Schwierigkeiten gibt: „Im Kernbereich sind wir in der glücklichen Lage, dass wir über eine unbefristet gesicherte Finanzierung verfügen. Man weiß natürlich nie was kommt und wie sich der Geldbeutel hier entwickelt. Wir haben ein Team hier im Hause, das mit unbefristeten Verträgen bei der Stadt Achim beschäftigt ist. Wir nutzen zudem das Programm Soziale Stadt, um immer wieder auch Leute aus dem Quartier zu beteiligen, um ihnen immer wieder auch kleine Beschäftigungstätigkeiten, wenn es auch nur Honorare sind, zu ermöglichen.

Die EU-Förderung bietet natürlich Möglichkeiten, auch periodisch Projekte an zu schieben. So haben wir hier beispielsweise seit einigen Jahren eine Fahrradselbsthilfewerkstatt. Da ist jemand auf Honorarbasis beschäftigt. Dort haben wir nur begrenzte Mittel. Das können wir immer nur von Jahr zu Jahr neu finanzieren. Da wissen wir nie, wo nehmen wir das jetzt wieder her. Insgesamt aber ist das personell relativ stabil bei uns, auch durch das Haus hier und das Haus der Projekte, das dann noch dazu kommt. Ich sehe das ja auch im Vergleich zu anderen Kommunen, wenn man so herumkommt im Regierungsbezirk oder im Land. Da geht es uns hier eigentlich sehr gut was die Rahmenbedingungen angeht.“

Abschluss

Befragt zu den Lernerfahrungen aus der Arbeit des Projektes, erläutert der Interviewpartner: „Die zentrale Lernerfahrung ist, man muss zu den Menschen hingehen, man muss sie aufsuchen. Wir arbeiten ja mit Kolleginnen und Kollegen unterschiedlichster Disziplinen zusammen. All die, die in die Familien hineingehen, die in den Wohnungen waren und dort Kontakt haben, die meisten kompetenten sehen das so. Man muss dort sein. Gerade in den Wohnungen erfährt man sehr viel über die Menschen. Wenn beispielsweise große Familien mit Migrationshintergrund in Geschosswohnungen leben müssen, die ursprünglich für die ideale deutsche Kleinfamilie konzipiert waren. Dann kommen noch die offensichtlichen Problematiken dazu wie Schimmelbildung und so weiter, weil eben so viele Menschen dort leben und oft zu sechst oder zu siebent in einem Raum schlafen müssen.

Auf der anderen Seite entsteht dann auch die Wahrnehmung, wie die Menschen bestrebt sind, ein angenehmes Zuhause zu haben, wie liebevoll das hergerichtet wird, wie gastfreundlich man empfangen wird.

Man erfährt sehr viel über die Menschen, wenn man sie Zuhause besucht, viel mehr, als wenn sie zu einem in die Einrichtung kommen. Das ist eine Erfahrung die man nur selbst machen kann, das kann man sich ja nicht erzählen lassen.

8. Familienprojekt Adebar

Dieses mehrfach ausgezeichnete Good-Practice-Projekt ist ebenso wie das weiter oben beschriebene Good-Practice-Projekt "Kiezdetektive" bereits in verschiedenen öffentlich zugänglichen Medien - auch der BZGA – ausführlich dokumentiert. Für die Projektbeschreibung soll an dieser Stelle nur auf den Internetauftritt des Projektes verwiesen werden:

http://www.adebar-st-pauli.de/start_fs.html. Um Redundanzen zu vermeiden wurden der Interviewpartnerin nur solche Fragen gestellt, von denen der Interviewer den Eindruck hatte, dass sie nicht in den bereits vorhandenen Dokumentationen beantwortet würden.

Partizipation

Zum Thema Partizipation erklärt die Interviewpartnerin: „Die Zielgruppe ist insofern beteiligt, als das der geäußerte bzw. offensichtliche Bedarf der Zielgruppe das Angebot bestimmt. Ein Beispiel: Wenn wir eine Kleingruppe mit minderjährigen Schwangeren haben, dann bekommen die Geburtsvorbereitung. Wenn die dann ihre Babys bekommen haben – und eventuell gerade gar nicht mehr so viele minderjährige Schwangere im Projekt sind, dann bieten wir eine Babygruppe für junge Mütter an. In der Hinsicht bestimmt die Zielgruppe das Angebot. Wir machen aber nicht so etwas wie partizipative Planungstreffen. Es ist eher so, dass im Kontakt Wünsche und Bedürfnisse geäußert werden und wir dann gucken, wie wir die umsetzen können. (...)“

Das andere ist, dass wir auftragsorientiert arbeiten, vor allem auch in der Krisenhilfe. Das heißt, wir bearbeiten das, was an uns herangetragen wird und nicht das, von dem wir meinen, was die Familien bearbeiten sollten. Wenn hier beispielsweise eine Mutter wegen ihres Ärgers mit ihrem Vermieter bekommt, auch wenn sie da mit einem blauen Auge sitzt. Wir tun dann nicht so, als würden wir das nicht sehen, sondern machen auch deutlich, dass wir das gesehen haben - und machen auch ein entsprechendes Angebot- aber wir bearbeiten das, was die Familie mit uns bearbeiten möchte.“

Auf die Vertiefungsfrage "Steht hinter dieser Vorgehensweise auch ein theoretisches Konzept?" antwortet die Interviewpartnerin: „Wir sind da irgendwie nicht so in eine Theorie-schiene einzuordnen. Das setzt sich bei uns immer aus verschiedenen Elementen zusammen. Wichtig ist auch unsere Erfahrung, dass Veränderung nur freiwillig geschehen kann.“

Wir haben aber natürlich auch Projekte im Bereich der sozialen Stadtteilentwicklung, in denen Partizipation natürlich einen ganz hohen Stellenwert hat. Ein Projekt in der Richtung, das wir erst letztes Jahr durchgeführt haben, war eine Kinderbefragung an einer örtlichen Grundschule, in der wir alle Kinder, bei denen wir die elterliche Einverständniserklärung bekommen

haben – das waren dann gut Zweidrittel – befragt haben nach ihrer Wohnsituation; nach dem, was sie in ihrer Freizeit machen; ob sie gerne im Stadtteil wohnen; was sie sich für die Kinder im Stadtteil wünschen; was sie sich von den Einrichtungen der Kinder- und Jugendarbeit, also den Professionellen im Stadtteil wünschen – und diese Ergebnisse sind dann hier eingebracht worden in die Jugendhilfeplanung und in die Angebotsgestaltung von den Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen, von den Schulen und Kitas. Solche Partizipationsprojekte machen wir schon auch.

Oder wir hatten vorher auch schon einmal ein Projekt, da ging es um Elternentlastung und Kinderbetreuung jenseits von KiTa. Da haben wir dann auch mit partizipativen Planungsverfahren wie "Planing for Real" geguckt haben, dass wir da etwas gemeinsam entwickeln. Herausgekommen ist dann ein Tagesmütterprojekt, in dem Mütter, die im Umfeld von Adebar waren, sich zu Tagesmüttern ausbilden lassen haben. Wir haben da mit einer Jugendeinrichtung kooperiert, die vormittags freie Räume hatte und noch ein ungenutztes Wiesenstück und gemeinsam eine Tagesmütterkooperative entwickelt haben. Das war auch so ein partizipativer Prozess indem dem wir geguckt haben, wo ist Bedarf und was wünschen sich die Mütter. Wir sind dabei ursprünglich von einer Selbstorganisations-Idee ausgegangen. Man bildet vielleicht Dreier-Gruppen und die drei betreuen dann jede jeweils an einem Vormittag drei Kinder und die anderen zwei haben dann frei. Das war aber gar nicht so der Bedarf. In diesem Planungsprozess ist dann dieses Tagesmütterprojekt entstanden. Solche Sachen machen wir auch. In der konkreten Einzelhilfe, oder bei den Familienhebammen, da ist Partizipation nur am Rande, indem die Bedarfe berücksichtigt werden oder indem wir diese Auftragsorientierung verfolgen – soweit sie sich mit dem Kinderschutz vereinbaren lässt."

Auf die Vertiefungsfrage "Wie gehen Sie damit um, wenn Sie den Eindruck gewinnen, dass ein Kind vernachlässigt oder misshandelt wird?" antwortet die Interviewpartnerin „Wenn Vernachlässigung, Misshandlung oder Indikatoren dafür vorliegen, gehen wir dem natürlich nach. Das ist auch die Grenze von der Auftragsorientierung und der Freiwilligkeit. Ich denke aber, das ist eine Grenze, die muss einfach sein. Die braucht man einfach. Platt gesagt: Sobald ein Kind gefährdet ist, kann ich mich nicht mehr nur um die Mietprobleme kümmern."

Evaluationsergebnisse

Zum Thema Evaluation in Hinblick auf Partizipationsprozesse erklärt die Interviewpartnerin: „Was sich jetzt zum Beispiel bei der Kinderbefragung gezeigt hat, das waren die Grenzen beim Datenschutz und bei der Einverständniserklärung der Eltern. Wir haben ein halbes Jahr gebraucht, bis wir halbwegs genügend Einverständniserklärungen beisammen hatten. Wenn die Rücklaufquote bei Elternbriefen bei 10% liegt, dann ist die Mitwirkungsbereitschaft nicht wirklich hoch. Das stellt man fest, aber das wird nicht geregelt evaluiert. Andererseits haben die Kinder sofort nach den Interviews gefragt: Und wann kommt ihr wieder? – Die wollten gar nicht aufhören zu erzählen. Die fanden es toll, dass sie endlich mal gefragt wurden. Für

die Eltern war diese Kinderbefragung natürlich auch mit Ängsten verbunden. Wir haben beispielsweise hier eine ganze Reihe von Familien, die Verwandte mit einem unklaren Aufenthaltsstatus bei sich wohnen haben; oder die möglicherweise als allein erziehend gemeldet sind, um mehr Transferleistungen bekommen zu können, aber eigentlich wohnt der Kindsvater mit in der Wohnung; etc. Das können die Kinder ja bei so einer Befragung ausplaudern. Da sind Ängste, dass die Kinder auch andere Dinge, die zu Hause sind ausplaudern. Bei unserer Zielgruppe geht es immer auch um Ehre, um die Frage, was denken die anderen von mir. Die wollen den Schein wahren. Wenn man dann die Kinder befragt, und die Kinder erzählen zuviel, dann kann das peinlich sein. Da sind große und zum Teil natürlich auch berechnete Ängste.

Ich war erschüttert von den Ergebnissen der Kinderbefragung. Ein Beispiel: Der Schulsozialarbeiter wollte immer so eine Frage da drin haben, ob die Kinder ein eigenes Bett haben. Ich habe das abgelehnt, ich habe gedacht, die Frage wäre übertrieben. Dann hat sich herausgestellt, dass 20% der Kinder an der befragten Schule kein eigenes Bett haben. Die teilen sich das Bett mit ihren Geschwistern oder abends wird im Wohnzimmer eine Matratze ausgebreitet.

Was bei uns durch unseren Umzug neu dazu gekommen ist, das ist, dass unsere neuen Projekträume mittendrin im Sanierungsgebiet liegen. Dadurch ist noch mal bestimmte Gremienarbeit dazu gekommen ist, wie Sanierungsbeirat etc; auch mehr Informationsarbeit – zu gucken, was bei unserer Zielgruppe an Informationen über anstehende Veränderungen auch ankommen.“

Netzwerkarbeit

Zum Thema Vernetzung bzw. Externe Partner erläutert die Interviewpartnerin: „Wir arbeiten zusammen mit dem kompletten Jugendhilfebereich; also KiTas; Erziehungsberatung; Elternschulen; offene Kinder- und Jugendarbeit; Spielplatzhäuser; Bauspielplätze; etc.; mit den Erziehungsträgern; mit den Schulen; mit dem Gesundheitsbereich, also niedergelassene Allgemeinärzte; Gynäkologen; Kinderärzte; Therapeuten; und Geburtskliniken; Schwangere-nambulanz und freiberuflichen Hebammen; dazu noch mit Beratungsstellen aus dem Drogen- und Suchtbereich; mit Beratungsstellen der Diakonie; mit dem Verein katholischer Frauen, also die, die die Vergabe der Gelder der Eltern-Kind-Stiftung regeln; mit den Schwangeren-Konflikt-Beratungsstellen, Pro Familia zum Beispiel; Familienplanungszentrum; mit dem Bereich der psycho-sozialen Betreuung von psychisch Kranken – dort auch noch mit der Uni-Klinik, dem UKE.“

Zum Thema Defizite bzw. Verbesserungsmöglichkeiten der Vernetzung erklärt die Interviewpartnerin: „Wir würden eigentlich gerne besser und mehr zusammenarbeiten mit der ARGE; und da halt eben nicht nur in der Form – was wir ja schon machen, wenn es Konflikte gibt im Einzelfall, da auch mal Stellungnahmen zu machen oder zu begleiten. Aber wir würden

uns eigentlich wünschen, dass da noch mehr geht in Richtung Qualifizierung und Wiedereinstieg in den Beruf; überhaupt Qualifizierung erstmal, Teilzeitqualifizierung, geeignete Qualifizierungsmaßnahmen für unsere Zielgruppe zu entwickeln. Da läuft recht wenig, bzw. da gibt es auch einfach recht wenig.“ Womit erklären Sie sich, dass es da nicht so gut funktioniert? „Ich denke, die sind da immer noch zu sehr mit ihrer eigenen Umstrukturierung beschäftigt.

Ich habe neulich einmal mit einem Leiter von einem Ü25-ARGE-Team gesprochen und nachgefragt, wie es eigentlich mit Qualifizierungsmaßnahmen für Mütter aussieht. Bei dem Gespräch ist herausgekommen, dass denen mittlerweile auch gedämmert ist, dass auch bei den unter 25jährigen schon eine ganze Menge Mütter dabei sind, aber dass sich das noch nicht in geeigneten Qualifizierungsmaßnahmen mit Kinderbetreuungen niederschlägt. Sie sehen das, sind aber noch nicht soweit, da etwas Entsprechendes zu entwickeln. Insgesamt ist dieser Dritte Sektor Qualifizierung und Umschulung ja gekürzt worden. Die Leute werden in Ermangelung richtiger Arbeitsstellen in Ein-Euro-Jobs gedrückt und das war es dann. Natürlich wäre es wünschenswert, da eine Kooperation zu haben und vernünftige Angebote zu entwickeln oder beispielsweise bestimmte Kontingente zu blocken, die wir dann belegen können, aber da sind wir weit von entfernt. Da ist zum einen, dass die Kooperation einfach noch nicht da ist. Es ist unsere Erfahrung, dass man natürlich versuchen kann, solche Kooperationen strukturell zu verankern, aber es sind nun mal immer auch Menschen, die da letztlich miteinander arbeiten müssen, Menschen, die sich mögen oder nicht mögen, die einander kennen oder nicht kennen, die durch eine frühere Zusammenarbeit ein Vertrauensverhältnis haben oder nicht. Mit der ARGE streiten wir uns halt eher.

Und ähnlich ist das mit der Wohnungswirtschaft. Wenn wir hier den großen Wohnungsunternehmen eine Räumungsklage nach der anderen verhängeln, sind die dann nicht so wirklich kooperativ, wenn wir dringend eine Wohnung für eine Familie brauchen. Das liegt in der Natur der Sache, das sind unterschiedliche Interessen.

Wo es zum Teil hakt, gerade in der Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsbereich, dass sind natürlich auch die unterschiedlichen Vergütungsbedingungen und Arbeitsbedingungen. Wir Sozialarbeiter, die wir unsere Arbeitskreise und anderen Treffen bevorzugt in Vormittags- oder Nachmittagszeiten legen, wo die Ärzte und der übrige Gesundheitsbereich dann ihre Sprechstunden abzudecken haben, das passt nicht richtig zusammen. Wir würden dann während unserer Arbeitszeit zu irgendwelchen Treffen gehen, die Mitarbeiter aus dem Gesundheitssektor können so etwas aber nicht abrechnen und machen das dann als Freizeitvergnügen. Da passen einfach die Systeme nicht wirklich zu einander.

Wo auch Grenzen sind – gerade in der Zusammenarbeit mit der großen Geburtsklinik hier – wir sind ein kleines lokales Projekt. Theoretisch sind wir vom Gebiet her für ein achtel der Wöchnerinnen zuständig. Wenn die in der Geburtsklinik erst im Stadtplan nachschauen müssen, ob die jeweilige Wöchnerin im richtigen Stadtteil wohnt, bevor die zum Telefonhörer greifen können, um möglicherweise eine Überleitung machen zu können, dann ist das natür-

lich schwierig. Die denken dann schnell, da brauche ich gar nicht anrufen, die sind sowieso nicht zuständig oder haben keine Ressourcen mehr. Es fehlt einfach eine flächendeckende Infrastruktur von frühen Hilfen mit klaren Ansprechpersonen. Dann wäre auch die Kooperation mit zum Beispiel großen Geburtskliniken leichter.“

Finanzierung

Zur Fragestellung der Finanzierung des Angebotes erklärt die Interviewpartnerin: „Einerseits haben wir so etwas Ähnliches wie Regelfinanzierung. Was aber auch nur heißt, dass es einen regelhaften Geldtopf gibt, aus dem wir gefördert werden. Wir müssen aber Jahr für Jahr wieder Anträge stellen und es stellt sich Jahr für Jahr immer wieder die Frage, wie viel Geld insgesamt in diesem Topf drin ist. Die Finanzierung ist immer nur für ein Jahr regelhaft gesichert und im nächsten Jahr können wir dann weitergucken. Wir können davon ausgehen, dass wir weiter finanziert werden, aber wir können nicht sicher sein, ob wir quasi den Status Quo halten können, von der Stellenzahl her, von den Honorarmitteln, von den Sachmitteln, etc.

Es ist auch keine Finanzierung aus einem Guss. Es gibt dann verschiedenste Regeltöpfe, aus denen wir verschiedene Anteile finanziert kriegen, was etwa 75-80% unserer Mittel ausmacht. Der Rest kommt dann aus Stiftungsgeldern, Bußgeldern, Spenden und Sponsoring, und dem, was man halt so findet.“

Nachhaltigkeit

Zum Thema Nachhaltigkeit erklärt die Interviewpartnerin: „Ich denke, dass durch unser Projekt das Thema „Frühe Hilfen für Familien“ mit verschiedensten Hintergründen in der Fachdiskussion, in den Medien und in der öffentlichen Diskussion stärker präsent geworden ist. Das ist auch nicht mehr zu stoppen. Die Notwendigkeit früher Hilfen für Familien ist meiner Wahrnehmung nach von der Politik und Verwaltung nicht mehr abzustreiten. Da haben wir sicherlich hier in Hamburg einen Beitrag geleistet, wie groß der ist, das weiß ich nicht.

Was auch bleiben wird, sind verschiedene Vernetzungsstrukturen, gerade in der Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Gesundheit, beispielsweise in der Zusammenarbeit mit den öffentlichen Gesundheitsdiensten, Mütterberatung etc. Da ist einfach eine Praxis entstanden, dass man sich gegenseitig auf dem Zettel hat.

Bei der Nachhaltigkeit ist ja immer auch die Frage, auf welcher Ebene man das sieht. Bei den Familien, die wir in den letzten fünf Jahren begleitet haben, würde ich konstatieren, dass sich dort nachhaltig etwas geändert hat. Da sind bestimmte Kompetenzen zur Alltagsbewältigung entstanden, die weiterlaufen. Auf dieser Ebene der Zielgruppe ist etwas nachhaltig verändert worden. Aber auch auf der Informationsebene.

Ein großer Teil unserer Arbeit besteht ja im Informieren über wirtschaftliche und soziale Hilfen, über Krankenkassenleistungen, über Hebammenhilfe etc. Also über das, was Regelleistung ist, worauf die Familien einen Anspruch haben. Diese Informationen sind ja auch nicht aus der Welt. So ist es zum Beispiel so, dass die Inanspruchnahme von Hebammenhilfen gesteigert wurde, auch der freiberuflichen Hebammenleistungen. Inzwischen sitzen hier in den meisten gynäkologischen Praxen auch Hebammen mit drin und auch das bricht sicherlich nicht einfach wieder weg. Da kann es aber auch einen Einbruch geben, weil die Krankenkassen sich schon überlegen, wie sie die Kosten für Hebammenleistungen wieder deckeln können.

Es ist auf vielen kleinen Ebenen etwas passiert. Es ist immer schwierig, bei einem Projekt wie unserem festzustellen, was ist das Ergebnis unserer Arbeit in den letzten fünf Jahren und was ist das Ergebnis externer Faktoren, die da mit hineingespielt haben.“

Diskussion zur Evaluation in der Gesundheitsförderung

Die Projektmitarbeiterin hat umfangreiche Erfahrungen mit verschiedensten Evaluationsbemühungen unterschiedlicher Akteure gesammelt und im Verlauf dieser Arbeit Beobachtungen gemacht, die möglicherweise Wege aufzeigen können, die Motivation der Anbieter zu Evaluationsbemühungen zu erhöhen und die Qualität der Evaluationsmaßnahmen zu verbessern. Im folgenden Abschnitt werden diese Beobachtungen deswegen ausführlich wiedergegeben: „Wir sind ja nun ohne Ende evaluiert worden. Unser Projekt ist eines von zehn Modellprojekten, die gleichzeitig auf den Weg gebracht wurden. Die hießen damals Schnittstellenprojekte. Es ging darum, dass Schnittstellen zwischen den einzelnen Bereichen der Jugendhilfe oder auch anderen sozialen bzw. Gesundheitsdiensten ein Stück weit zu bearbeiten. Diese zehn Projekte wurden gemeinsam wissenschaftlich begleitet, aber nicht von der Uni, sondern von zwei Professoren von den Fachhochschulen, aus dem Bereich Sozialpädagogik. Die Projekte hatten auch die Zielvorgabe, mittelfristig Hilfen zur Erziehung zu vermeiden. Das hat dazu geführt, dass die Professoren sich dahin gehend geäußert haben, dass die Projekte trotz ihrer Wirksamkeit nicht geeignet wären, die Notwendigkeit von Hilfen zur Erziehung zu verringern. Wir haben immer auch gesagt, dass es nicht darum gehen kann, Hilfen zur Erziehung zu vermeiden, sondern es ist ein Angebot, durch das eine Alternative geschaffen wird. Da entstehen Handlungsspielräume, auch für das Jugendamt. Möglicherweise ist es so, dass durch die präventiven Effekte unserer Arbeit die spätere Notwendigkeit von Hilfen verringert wird. Aber andererseits ist es auch so, dass man, wenn man so wie wir früh in die Familien geht, dort möglicherweise auch mehr Bedarfe entdeckt, die sonst übersehen worden wären. Möglicherweise wird der Effekt sein, dass es deswegen mehr statt weniger Hilfen geben muss. Der Auftraggeber, also die Sozialbehörde wollte wissen, was wirkt. Was kostet wie viel, was haben wir davon und was sparen wir dann an Hilfen für Erziehung halt ein? Was finanzieren wir weiter und was nicht? Ich finde das auch schon immer so ein wenig grenzwertig. Da (gegen mögliche Aussagen zur Einsparung von Hilfen zur Erziehung) haben

sich die Professoren der Fachhochschule dann gegen gewehrt. Auch die Universität hat bei uns noch eine Einzelevaluation gemacht, die haben sich da auch gegen gewehrt.

Ich persönlich finde eigentlich diese ganzen Larifari-Evaluationen überflüssig. Wenn dann da auch Wirksamkeit in irgendeiner Form abgefragt wird, wenn da Projektpartner auf ihre Zufriedenheit hin befragt werden und es gibt dann Zahlen von null bis zehn und kein einzelnes der Projekte ist jemals schlechter als achteinhalb – es wird keine Aussage gemacht zur Wirksamkeit, es wird keine Bewertung zur Qualität an sich gemacht – dann kann man auch die Evaluation lassen, das nimmt doch keiner mehr ernst. Das ist auch so ein bisschen dieses keinem wehtun wollen, vermute ich.

Ich würde mich schon auch dem stellen wollen, ob das, was ich hier mache wirkt. Wobei eine Voraussetzung dafür wäre, dass, wenn man ehrlich ist und die eigene Arbeit transparent macht, dass man dafür nicht negativ sanktioniert wird sondern stattdessen die Chance bekommt, das was man macht entsprechend umzusteuern. Problematisch ist, dass solche Chancen meist nicht gegeben werden. Deswegen können sich die Träger die Bereitschaft zur Transparenz und zur Hinterfragung ihrer Arbeit nicht leisten.

(...) Es ist eine wichtige Frage für uns, wie wir unsere Wirksamkeit sichtbar machen können. Das ist einfach ein Problem, weil offenbar keine vernünftigen Verfahren dazu existieren beziehungsweise mir keine bekannt sind. Deswegen geht letztendlich auch Berichterstattung etc. immer über Zahlen. Zahlen drücken aber keine Qualität aus.

Ich muss gestehen, dass ich anfangs, als sie angerufen hatten, ziemlich abgenervt war. Da sind dann irgendwelche hoch bezahlten Leute, die sich Forschungsaufträge an Land gezogen haben, die keine Ahnung von der Praxis haben, die irgendetwas sinnloses schreiben wollen und ich muss es liefern – und später fallen sie mir dann noch irgendwann in den Rücken. Die setzen dann irgendwelche Definitionen in die Welt, die von den Behörden gerne aufgegriffen werden und im Endeffekt bekomme ich dann neue Zielvorgaben, die absolut nicht praxistauglich sind. Damit werden Standards gesetzt, die Modellprojekten und Folgeprojekten schwer auf die Füße fallen. Das ist alles so gedankenlos und planlos.

Wir haben beispielsweise bei den Familienhebammenprojekten die Diskussion, was sich als Fall, als verbindlicher Einzelfall definieren lässt. Wir haben hier so einen Ärger bekommen - nicht offen, denn so etwas geht immer nur verdeckt – nachdem ein anderes Projekt sich hier im Jugendhilfeausschuss präsentiert hatte. Da haben irgendwelche Politiker dann festgestellt, dass das andere Projekt viel weniger Geld als wir bekam, aber viel mehr Familien als wir begleitet. Das kann ja wohl nicht sein, geben wir doch künftig denen das Geld, die machen ja viel mehr. Dann stellte sich heraus, bzw. es wurde mir inoffiziell zugetragen, dass das andere Projekt jeden Telefonanruf als Fall gezählt hatte. Wenn da eine Schwangere angerufen hat, die nur eine Telefonnummer für eine Wochenbettbetreuung erfragen wollte, haben die das als Fall gewertet. Wir hingegen haben es erst als Fall gewertet, wenn mindestens fünf Beratungskontakte von mindestens einer Viertelstunde Dauer stattgefunden haben. Das ist natür-

lich ein Unterschied. Wir haben dann natürlich viel schlechtere Zahlen. Dadurch, dass es Projekte gab, die so inflatorisch mit ihren „Fällen“ umgegangen sind, haben sich die politischen Zielvorgaben geändert. Bei den Familienhebammen steht jetzt drin: Betreuung von vierzig Einzelfällen pro Jahr. Das sind dreizehn Wochenstunden. Das ist die Leistung, die man dort jetzt zu erbringen hat. Das sind die Ergebnisse von nicht durchdachten Evaluationsmaßnahmen.“

Abschluss

Auf die Abschlussfrage „Was möchten sie anderen Gesundheitsförderungsangeboten im Setting Stadtteil als wichtigste Ihrer Lernerfahrungen mitgeben?“ antwortet die Interviewpartnerin: „Ohne Rückenwind aus Politik und Verwaltung geht gar nichts. Ansonsten kommt man nicht über Einzelprojekte, bei denen man sich selbst überfordert hinaus. Das Ziel muss es sein, zu einer flächendeckenden Infrastruktur zu kommen und weg zu kommen von der Projektitis, von den vielen, mit großem Engagement betriebenen und schlecht ausgestatteten Einzelprojekten. Um davon wegzukommen, braucht man einfach Verbündete in der Politik und in der Verwaltung.“ Auf die diesbezügliche Frage „Wie bekommen Sie diese Verbündeten?“ antwortet die Interviewpartnerin: „Reden, reden, reden – Kontakte knüpfen und halten; Parteiveranstaltungen besuchen, auch mal an das Mikrofon zu treten, um etwas zu sagen und sichtbar zu werden; informelle Gespräche führen.“

4. Untersuchungsergebnisse und Handlungsempfehlungen

Rahmenbedingungen

Als stadtteil-orientierte Interventionen sprechen die interviewten Angebote ein relativ großes Zielpublikum von meist mehreren Tausend Menschen aller Altersgruppen an, wobei die wichtigsten Zielgruppen der befragten Angebote Kinder ab dem Grundschulalter, Jugendliche bis zum Alter von etwa 16 Jahren sowie Migranten- und Alleinerziehendenfamilien sind. Zwei der Projekte, die Berliner „Kiezdetektive“ und das Hamburger Projekt „Familienprojekt Adebar“ sind mehrfach mit Preisen ausgezeichnet worden und erfahren eine gewisse mediale Aufmerksamkeit.

Die untersuchten Angebote erreichen ihr Zielpublikum mit nach eigener Einschätzung eher geringen personellen und finanziellen Ressourcen. Wie mehrere Interviewpartner/innen ausdrücklich betonen, erfordern Querschnittsaufgaben wie etwa Netzwerkarbeit, Evaluation und Berichterstattung Ressourcen, die im Budget oftmals nicht oder nicht im notwendigen Umfang vorgesehen sind und von der eigentlichen Arbeit mit der Zielgruppe abgezogen werden müssen.

Evaluation und Qualitätsentwicklung

Unter der Mittelknappheit leiden insbesondere die Evaluationsbemühungen. Als weitere Gründe für das Unterlassen von Evaluation lassen sich aus den Interviews entnehmen, dass die Angebotsträger oft wenig Nutzen und z.T. sogar Risiken in der Evaluation sehen. Weiterhin fehlt es oftmals an Fähigkeiten, Kenntnissen und geeigneten Partnern für Evaluation. Externe Evaluationen werden teilweise kritisch eingeschätzt, da aus ihnen Rechtfertigungszwänge oder gar Kürzungen bei der Mittelvergabe entstehen können, die angesichts der tatsächlichen Gegebenheiten als nicht gerechtfertigt erlebt werden.

Empfehlung 1: Evaluation sollte von Projektträgern und Finanzgebern als ein integraler Bestandteil gesundheitsfördernder Angebote bereits in der Entwicklungsphase eingeplant und im Laufe der Durchführung systematisch umgesetzt werden. Voraussetzung ist die Bereitstellung eines angemessenen Budgets für die Evaluations-Arbeiten (WHO-Empfehlung: 10% des Gesamtbudgets).

Empfehlung 2: Um Evaluation als Bestandteil der Interventionen auch ohne oder mit nur sporadischer externer Unterstützung umsetzen zu können, müssen praxisnahe Evaluationsinstrumente entwickelt und validiert werden. Ansätze hierzu finden sich z.B. auf der Website von Gesundheitsförderung Schweiz (www.quint-essenz.ch).

Empfehlung 3: Evaluation als Bestandteil gesundheitsfördernder Interventionen sollte verstanden werden als Unterstützung eines Lernprozesses zur Optimierung gesundheitsfördernder Angebote. Kritische Evaluationsergebnisse sollten immer die Möglichkeit zur Nachbesserung beinhalten und dürfen nicht als Bedrohung der Existenz der Angebote interpretiert werden.

Gesundheitsförderung und soziale Arbeit

Thematisch zeigt sich bei allen untersuchten Angeboten eine starke Nähe zur Sozialarbeit in sozial benachteiligten Stadtteilen. Das Thema Gesundheit wird nur von zwei der untersuchten neun Angebote als prioritär genannt. Die Anbieter betrachten Gesundheit als Produkt eines gesundheitsorientierten Verhaltens, welches ihre Klientel allerdings oft überfordert. Basiskonzepte der Gesundheitsförderung (Niedrigschwelligkeit, Partizipation und Empowerment) werden als integrale Bestandteile auch der sozialarbeiterischen Interventionen beschrieben, so dass gute Anschlussmöglichkeiten für die Integration auch gesundheitsbezogener Inhalte bestehen.

Der Zusammenhang zwischen einer Gestaltung der Lebenswelt und dem Gesundheitszustand der Stadtteil-Bewohner/innen wird allerdings von nur wenigen Gesprächspartner/innen thematisiert. Offenbar dominiert in der Wahrnehmung eine verhaltensorientierte Perspektive.

Empfehlung 4: Die Arbeitsfelder von Gesundheitsförderung und sozialer Arbeit sollten stärker mit einander in Kontakt gebracht und inhaltlich auf einander bezogen werden. Dies umfasst z.B. die Überwindung terminologischer Hürden, die eine künstliche Abgrenzung der beiden Professionen begünstigt (z.B. Setting-Begriff in der Gesundheitsförderung vs. Sozialraumorientierung in der sozialen Arbeit). Das Programm „Soziale Stadt“ bietet hierfür zahlreiche vielversprechende Anknüpfungspunkte.

Life-Skills (Lebenskompetenzen)

Die untersuchten Angebote zielen mehrheitlich auch auf die Vermittlung von Life-Skills ab. Nur eine Minderheit der Angebote bringt dieses Ziel allerdings auch inhaltlich mit dem Ziel der Gesundheitsförderung in Zusammenhang. Werden Interventionen innerhalb der Angebote und Projekte direkt mit dem Ziel der Gesundheitsförderung in Verbindung gebracht, sind dies meist noch Interventionen, die auf gesunde Bewegung und Ernährung abzielen. Dabei kommen die Anbieter selbst meist schon zu dem mit dem Konzept der Gesundheitsförderung in Einklang stehendem Befund, dass diese Interventionen nicht den primären und akuten

Bedarfen ihrer sozial benachteiligten Klientel entsprechen und diese zudem oftmals noch überfordern.

Hier spiegelt sich ein grundsätzliches Problem der Gesundheitsförderung wieder. Die Ziele und Strategien der Gesundheitsförderung wie etwa die Vermittlung von zunächst eher gesundheitsfern erscheinenden persönlichen Kompetenzen stoßen innerhalb einer bestimmten informierten Fachöffentlichkeit zwar auf breite Akzeptanz - außerhalb dieser dominiert aber nach wie vor der primär an physiologischen Zusammenhängen orientierte Gesundheitsbegriff der kurativ orientierten Medizin sowie der wachsenden Fitness- und Wellnessbranche (KABA-SCHÖNSTEIN 2003, KICKBUSCH 2006). Dies hat unter anderem zur Folge, dass sich der Bedarf an Interventionen der Gesundheitsförderung etwa zur Vermittlung von Life-Skills weder den Anbietern noch der Klientel sozialer Arbeit vermittelt.

Empfehlung 5: Es gilt, den Gesundheitsbegriff und die daraus resultierenden Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung gegenüber dem Gesundheitsbegriff und den Zielen der kurativ orientierten Medizin sowie der Fitness- und Wellnessbranche inhaltlich dezidiert zu verorten, so dass beide Konzepte in der Wahrnehmung der (Fach-)Öffentlichkeit als auch bei den Akteuren soziallagenorientierter Gesundheitsförderung stärker differenziert werden können.

Strukturbildung

Die untersuchten Angebote zielen hauptsächlich auf die Ebene individuellen Verhaltens und individueller Kompetenzen ab. Alle Anbieter weisen allerdings darauf hin, dass die Bildung von Netzwerken und sektorenübergreifender Kooperationen einen wichtigen, wenn auch in der Umsetzung nicht unproblematischen Anteil an ihrer Arbeit haben. Wenn hier erfolgreiche Kooperationsstrukturen entwickelt werden können, also die unterschiedlichen Anbieter sowie auch die Vertreter/innen der staatlichen Unterstützungsangebote (Gesundheitsamt, Jugendamt, Jobagenturen) sich - wie es eine Gesprächspartnerin nennt - „gegenseitig auf dem Zettel haben“, kann durchaus von einer zunehmend gesundheitsförderlicheren Gestaltung der Lebenswelt Stadtteil gesprochen werden.

Die Angebote stellen allerdings auch oft schon selbst eine gesundheitsfördernde Ressource im Stadtteil dar: Sieben der acht untersuchten Angebote verfügen über eigene Räume für gesundheitsfördernde Aktivitäten im Stadtteil. Diese Räume werden genutzt, um der Klientel darin Angebote zu machen, aber auch, damit diese sie eigenverantwortlich für sich nutzt und sie auch mitgestaltet.

Empfehlung 6: Das Verständnis von „Gesundheit“ und den relevanten Einflussfaktoren („Determinants of Health“) sollte im Sinne eines „Health-Mainstreaming“ als ein Querschnittsthema kommuniziert werden, das auch weit in scheinbar gesundheits-ferne Bereiche hinein reicht, z.B. in die bauliche Gestaltung von Stadtteilen.

Alle Angebote legen großen Wert auf die Vernetzung mit anderen Akteuren im Stadtteil und mit externen Akteuren außerhalb des Stadtteils. Auf die Frage welche gewünschten Netzwerkpartner nicht erreicht werden, folgen sehr unterschiedliche Antworten: Berichtet wird

über die Ärzte im Stadtteil, die sich nicht motivieren lassen, auch nur auf die Angebote hinzuweisen, über die Stadtverwaltung, welche sich in 25 Kilometern Entfernung nicht für die Problemlagen des sozial benachteiligten Vorortes interessieren lässt, über die Grundschule, welche nicht mit den Sozialarbeitern aus der Jugendhilfeeinrichtung kommunizieren möchte, bis hin zu den Wirtschaftsunternehmen der boomenden Großstadt, die sich nicht auf Aktionen zur Linderung des Lehrstellenmangels für die Jugendlichen aus dem sozial benachteiligten kinderreichen Stadtteil einlassen. Eine Ausweitung der bisher aufgebauten Netze wird von den Akteuren meist als relativ frustrierend und ressourcenintensiv erlebt.

Befragt nach der Nachhaltigkeit der eingeleiteten Unterstützungsprozesse, zeigen sich bei den Befragten eher zurückhaltende Erwartungen. Nur in wenigen Fällen können Beispiele für Strukturen und Prozesse genannt werden, die sich inzwischen verstetigt haben und bei denen davon auszugehen ist, dass sie auch nach einem möglichen Wegfall des Angebotes weiter bestehen werden. Unter „Nachhaltigkeit“ versteht der größte Teil der Anbieter die Finanzierungssicherheit der eigenen Aktivitäten, weniger ein „Capacity Building“ im Stadtteil. Da der Großteil der Anbieter aber den Kernauftrag für die eigene Arbeit in individueller Unterstützung und Beratung sieht und weniger im Aufbau nachhaltig wirkender Strukturen (vgl. auch die vorherigen Punkte), ist dieser Befund nicht überraschend.

Nur selten thematisiert wird der Aspekt der Nachhaltigkeit der aufgebauten Kooperations- und Vernetzungsstrukturen – hier könnten durchaus Erfolge beobachtet und gemessen werden.

Empfehlung 7: Das Verständnis für Netzerkennung als ein Beitrag zur Nachhaltigkeit gesundheitsfördernder Angebote und sollte gestärkt werden.

Empfehlung 8: Die Verstetigung und evaluations-gestützte Weiterentwicklung erfolgreicher Angebote sollte der regelmäßigen Neu-Initiierung von Modellprojekten vorgezogen werden. Neue Projekte müssen sowohl ihre Netzwerke immer wieder neu aufbauen als auch das Vertrauen der Zielgruppen immer wieder aufs Neue gewinnen. Beides bedeutet eine unnötige Vergeudung von Ressourcen.

Partizipation

Das Bestreben, die Zielgruppen aktiv in die Planung, Durchführung und Bewertung von Maßnahmen einzubinden, wird von den Gesprächspartner/innen durchweg als wichtiger Bestandteil ihrer Interventionen beschrieben. Die interviewten Anbieter betonen immer wieder, für wie wichtig sie es halten, dass die Menschen die gesundheitsfördernden Einrichtungen und Angebote als ihre eigenen annehmen und wie wichtig es sei, die Wünsche und Bedürfnisse ihrer Klientel aufzunehmen und umzusetzen. Die Bemühungen, diese Partizipationsziele umzusetzen, stoßen in der Praxis aber immer wieder an relativ enge Grenzen.

Einige der interviewten Anbieter beschreiben die Wahrnehmung, dass ihr Zielpublikum mit Partizipation schlicht überfordert sei. Auch wird deutlich gemacht, dass den Anbietern andere

Aufgaben vordringlicher erscheinen, als ihre Zielgruppe dazu zu bewegen, an Prozessen in ihren Einrichtungen bzw. im Stadtteil zu partizipieren.

Hier offenbaren sich zwei Mängel in der Versorgung mit Gesundheitsförderungsangeboten im Setting Stadtteil: Erstens wird von vielen Anbietern die in der Einleitung beschriebene Bedeutung der Partizipation für die Gesundheit ihrer Zielgruppe gar nicht wahrgenommen. Daher werden zweitens auch keine Wege gesucht, die empfundene Hilflosigkeit bei den vorhandenen Versuchen, die Zielgruppen partizipieren zu lassen zu überwinden. Hilflosigkeit und Zweifel am eigenen Gewohnheitsdenken werden dabei mit dem Argument wegrationalisiert, dass es eigentlich gar keinen Weg geben kann, die überforderten Zielgruppen partizipieren zu lassen. Es liegt „an denen, nicht an uns. Da kann man nichts machen.“

Empfehlung 9: Den Trägern gesundheitsfördernder Angebote sollten Instrumente an die Hand gegeben werden, die eine möglichst niedrighschwellige Beteiligung Betroffener an der Planung, Umsetzung und Bewertung von Interventionen ermöglichen und in der Anwendung dieser Instrumente geschult werden.

Fazit

Die Befragungen der Anbieter gesundheitsfördernder Angebote im Stadtteil zeigen, dass einerseits die Projekte der Unterstützung und Würdigung bedürfen, andererseits dabei auch die kritische und konstruktive Weiterentwicklung der bestehenden Angebote nicht zu kurz kommen darf. Besonders wichtig erscheint die Verbreitung fundierter Kenntnisse über die Ansätze moderner Gesundheitsförderung, die gleichzeitig an die Praxis und Erfahrung der sozialen Arbeit anknüpfen. Das Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ bietet hierfür einen günstigen institutionellen Rahmen.

Literatur

- ALTGELD, THOMAS 2004:** Gesundheitsfördernde Settings – Modelle für integrative Gesundheitsförderung in benachteiligten Stadtteilen? E&C-Fachforum Perspektive: Gesunder Stadtteil Gesundheitsfördernde Settingansätze und Jugendhilfestrategien in E&C-Gebieten. Berlin, Regiestelle E&C der Stiftung SPI.
- ALTGELD, THOMAS; GEENE, RAIMUND ET AL. 2006:** Prävention und Gesundheitsförderung. Ein Programm für eine bessere Sozial- und Gesundheitspolitik. Wirtschafts- und sozialpolitisches Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn.
- GKV ARBEITSGEMEINSCHAFT DER SPITZENVERBÄNDE DER KRANKENKASSEN (2006):** Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §20 Abs.1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006.
- BÄR, GESINE 2005:** Durch Quartiersentwicklung zu mehr Gesundheit - Erfahrungen und Befunde aus stadtteilbezogenen Projekten. Armut und Gesundheit - Netzwerke für eine lebenswerte Umgebung. R.-P. Löhr, A. Halkow and R. Geene. Berlin, Gesundheit Berlin, Deutsches Institut für Urbanistik: 37-43.
- BARIC, LEO; CONRAD, GÜNTER 1999:** Gesundheitsförderung in Settings. Gamburg, Verlag für Gesundheitsförderung.
- BÖHME, CHRISTA 2003:** Durch Quartiersentwicklung zu mehr Gesundheit - Erfahrungen und Befunde aus stadtteilbezogenen Projekten. Armut und Gesundheit - Die soziale Stadt - Gesundheitsförderung im Stadtteil. Rolf-Peter Löhr, Anja Halkow and Raimund Geene. Berlin, Gesundheit Berlin, Deutsches Institut für Urbanistik: 7-10.
- BZGA (BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG) 2003:** Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Heft 22. Köln, BZgA.
- BZGA (BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG) 2005:** Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- FRANZKOWIAK, PETER; SABO, PETER 2003:** Dokumente der Gesundheitsförderung. Mainz, Verlag Peter Sabo.
- FREHNER, PETER ET AL 2007:** Authentische Botschaften durch Partizipation. PDF, abgerufen am 20.08.2007 unter http://www.gesundheitsfoerderung.ch/d/activities/program/spp3/WI_partizipation.asp
- FREHNER, PETER ET AL 2007A:** Partizipation wirkt. PDF, abgerufen am 20.08.2007 unter http://www.gesundheitsfoerderung.ch/d/activities/program/spp3/WI_partizipation.asp

http://www.gesundheitsfoerderung.ch/d/activities/program/spp3/WI_partizipation.as

GESUNDHEITSFÖRDERUNG SCHWEIZ 2007: www.quint-essenz.ch

GÖPEL, Eberhard 2004: Vision gesundheitsfördernder Stadtteil: Eine Einführung und ein Bericht aus der Zukunft. E&C-Fachforum Perspektive: Gesunder Stadtteil Gesundheitsfördernde Settingansätze und Jugendhilfestrategien in E&C-Gebieten. Berlin, Regiestelle E&C der Stiftung SPI.

GROEGER-ROTH, FREDERIK 2005: Stadtteilorientierte Unterstützungsformen Modelle gesundheitsfördernder Nachbarschaftsentwicklung. Neue Nachbarschaftsmodelle - Gesundheitsförderliche Strukturen für sozial Benachteiligte. Hannover, Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheit Niedersachsen e.V.: 38ff.

GROSSMANN, RALPH; SCALA, KLAUS 2001: Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Weinheim und München: Juventa Verlag.

KICKBUSCH, ILONA 2006: Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

KILIAN, HOLGER; GEENE, RAIMUND 2004: Die Praxis der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte, Gutachten im Auftrag des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Berlin, Gesundheit Berlin.

KILIAN, HOLGER; GEENE, RAIMUND; PHILIPPI, TANJA 2004: Die Praxis der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte im Setting. In: Rosenbrock, R.; Bellwinkel, M.; Schröer, A. (Hg.): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit – Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“. Essen. BKK Bundesverband.

NAIDOO, J.; WILLS, J. 2003: Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Köln, BZgA.

ROSENBRÖCK, ROLF 2004: Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Essen, BKK Bundesverband.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin. Sozialstrukturatlas Berlin 2003. Kurzfassung. PDF-Download am 14.08.2007 unter http://www.efb-berlin.de/download/berliner_sozialatlas_2003_kurz.pdf

STARK, W. 2002: Von der Schwierigkeit sich einzumischen: Bürger/innenbeteiligung, soziale Utopien und die Grundlagen einer partizipativen Politik. In: Geene et al. 2002. Berlin: b_books: 188 – 221.

STÖCKEL, SIGRID. 2004: Geschichte der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann et al. Lehrbuch der Prävention und Gesundheitsförderung. Göttingen: Verlag Hans Huber.

WHO (WELTGESUNDHEITSORGANISATION) 1986: Ottawa-Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa. 21. November 1986. Url: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf (Stand: 10/2006).

Interview-Leitfaden

Fokusauswertung „Setting Stadtteil“

Interviewtermin:

Name des Projektes:

Name der Interviewerin/ des Interviewers:

Name der/ des Projektverantwortlichen:

1. Stadtteilstrukturen und Zielgruppe

1. Charakterisieren Sie bitte Ihren Stadtteil und stellen Sie Besonderheiten heraus!
2. Bitte beschreiben Sie kurz Ihr Projekt
 - a. Welche Ziele verfolgen Sie mit Ihrem Projekt?
 - b. Welche sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen werden angesprochen?
3. Setzt das Projekt eher auf Gemeinde-/Gemeinschaftsebene oder auf der Ebene individuellen Verhaltens an?

2. Verhaltensorientierung

4. Wie und in welchem Umfang ist die Zielgruppe bei der Planung, Umsetzung und Bewertung Ihres Projektes beteiligt?
 - a. Wird die Zielgruppe in Entscheidungs- und Gestaltungsprozesse des Projektes mit einbezogen?
 - b. Wie beurteilen Sie, ob die aktive Einbindung der Zielgruppe gelungen ist?
5. Wie versucht das Projekt die Zielgruppen zu aktivieren und zu befähigen?
 - a. Welche Hilfen werden der Zielgruppe zur Verfügung gestellt, um die eigene Handlungsfähigkeit zu erhöhen?

- b. Gibt es Hinweise darauf, dass dieser Aktivierungsprozess gelungen ist?

3. Verhältnisorientierung

6. Wie versucht das Projekt, die Verhältnisse gesundheitsgerecht zu beeinflussen, in denen die Zielgruppen leben, lernen, arbeiten?
 - a. Werden Methoden der Organisationsentwicklung angewendet?
 - b. An welcher Stelle werden neue Strukturen im sozialen Miteinander geschaffen (z.B. Bürgertreff, Nachbarschaftshilfe, gegenseitige Kinderbetreuung, ...)
7. Arbeitet das Projekt mit externen Partnern zusammen?
 - a. Welche sind das?
8. Was würden Sie sich an Unterstützungsnetzwerken noch wünschen?

4. Nachhaltigkeit

9. Bis wann ist der (finanzielle) Fortbestand des Projektes gesichert und auf welche Weise?
10. Erzeugt das Projekt Strukturen und Wirkungen, die voraussichtlich über die Dauer des Projektes hinaus bestehen?
 - a. Gibt es jetzt schon Wirkungen, die außerhalb der eigentlichen Projektarbeit feststellbar sind?
11. Wird versucht, die langfristigen Wirkungen des Projektes auf Verhalten und/oder Verhältnisse abzuschätzen?

5. Abschluss

12. Gab es etwas, was bisher nicht angesprochen wurde und Sie für sich besonders betonen möchten?