

Gesundheitsförderung im Stadtteil

Bestandsaufnahme und Perspektiven durch das Stadtteilmanagement Stendal-Stadtsee

Bachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts (B.A.)

Erstgutachter: Prof. Dr. Raimund Geene

Zweitgutachter: Susanne Borkowski

Eingereicht am 05.08.2016

Verfasser: Rebecca Mahnke

Anschrift: Frommhagenstraße 21, 39576 Stendal

E- Mail: Rebecca.Mahnke@gmx.de

Matrikel-Nummer: 20132718

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	II
Abbildungsverzeichnis.....	IV
Abkürzungsverzeichnis.....	V
1 Einleitung	1
1.1 Problemaufriss und Fragestellung	1
1.2 Kommentiertes Inhaltsverzeichnis.....	2
1.3 Allgemeine Hinweise.....	2
2 Kommune als Ort der Gesundheitsförderung.....	4
2.1 Entwicklung der Gesundheitsförderung	4
2.1.1 Das Gesundheitsverständnis im Wandel.....	4
2.1.2 Gesundheitsförderung in kommunalen Settings	7
2.2 Der Setting-Ansatz als Kernstrategie der Gesundheitsförderung.....	8
2.2.1 Der Begriff „Setting“	8
2.2.2 Konzept des Setting-Ansatzes	9
2.2.3 Sozialogenorientierung	11
2.2.4 Verhaltens- und Verhältnisprävention	12
2.2.5 Partizipation und Empowerment.....	14
2.2.6 Rechtliche Relevanz	15
2.3 Das Modell Public Health Action Cycle	17
2.4 Zusammenfassung	18
3 Untersuchung in Stendal-Stadtsee	19
3.1 Das Setting Stendal-Stadtsee	19
3.2 Vorverständnis zur Untersuchung	21
3.3 Ziel und Fragestellung	22

3.4	Design der Untersuchung.....	24
3.4.1	Auswahl der Untersuchungsgruppen und -methoden	24
3.4.2	Entwicklung des Leitfadens.....	26
3.4.3	Erhebung der Daten.....	28
3.5	Auswertung des Datenmaterials	29
3.5.1	Optimierung der Dimensionen.....	31
3.5.2	Kategorienbildung.....	33
4	Ergebnisdarstellung der Untersuchung	40
4.1	Stichprobenbeschreibung	40
4.2	Ergebnisse aus der Untersuchung mit Bewohner_innen und Institutionen	41
4.2.1	Ergebnisse aus der Befragung der Bewohner_innen.....	41
4.2.2	Ergebnisse aus der Befragung der Institutionen.....	46
4.3	Ergebnisse der Untersuchungspräsentationen	49
4.3.1	Untersuchungspräsentation I	49
4.3.2	Untersuchungspräsentation II.....	50
4.4	Diskussion der Ergebnisse.....	50
4.5	Resümee des Forschungsprozesses.....	52
5	Handlungsempfehlungen	59
6	Schlussbetrachtung	64
	Literaturverzeichnis	VI
	Anlagen.....	IX

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Maßnahmen der qualitativen Untersuchung Stendal-Stadtsee	23
Abb. 2: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell	29
Abb. 3: Dimensionen der qualitativen Untersuchung Stendal-Stadtsee	32
Abb. 4: Kategorienbildung 1	34
Abb. 5: Kategorienbildung 2	35
Abb. 6: Kategorienbildung 3	36
Abb. 7: Kategorienbildung 4	38
Abb. 8: Kategorienbildung 5	39
Abb. 9: Altersstruktur der Befragten in Jahren	40
Abb. 10: Gesundheitliche Ressourcen	41
Abb. 11: Gesundheitliche Risiken	42
Abb. 12: Vernetzung und Kooperation	44
Abb. 13: Beteiligung	45
Abb. 14: Gesundheitliche Risiken der Institutionen	46
Abb. 15: Vernetzung und Kooperation – Institutionen	48
Abb. 16: Ablauf der Inhaltsanalyse der qualitativen Untersuchung Stendal-Stadtsee	53

Abkürzungsverzeichnis

AOK Allgemeine Ortskasse

bspw. beispielsweise

BMUB Bundesinstitut für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit

bzw. beziehungsweise

d. der/ des

etc. et cetera

e.V. eingetragener Verein

GKV Gesetzliche Krankenversicherung

JG Journal Gesundheitsförderung

o.J. ohne Jahr

vgl. vergleiche

WHO Weltgesundheitsorganisation

z.B. zum Beispiel

zit. n. zitiert nach

S. Seite

1 Einleitung

1.1 Problemaufriss und Fragestellung

Das Gesundheitsverständnis erlebte in den letzten 30 Jahren einen Wandel auf nationaler und internationaler Ebene. Standen bis dahin noch Krankheiten und ihre Minderung im Fokus der Gesundheitspolitik, so rückte die Ottawa-Charta vom 21. November 1986 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Gesundheit in den Lebenszusammenhängen der Menschen in den Blick. Die Ottawa-Charta entwickelte die Perspektive, dass Gesundheit das Wohlbefinden bedingt und einen entscheidenden Beitrag zur Lebensqualität leistet. Die Weltgesundheitsorganisation konzentrierte sich dafür auf die Gesundheitsförderung, um über die Stärkung von Ressourcen und Potentialen die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern und Belastungen zu bewältigen.

Daraus entwickelte sich das Gesundheitsförderungskonzept des Setting-Ansatzes, der heute als Kernstrategie der Gesundheitsförderung gilt (Grossmann & Skala 2006). Die setting-orientierte Gesundheitsförderung in den Lebenswelten der Menschen wurde kürzlich durch das im Jahr 2015 verabschiedete Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention, kurz Präventionsgesetz, durch die Bundesrepublik Deutschland bedeutend gestärkt. Das Präventionsgesetz fokussiert sowohl gesundheitliche Rahmenbedingungen als auch gesundheitsförderliche Kompetenzen des Einzelnen.

Angesichts der hohen Relevanz von Gesundheitsförderung stellt sich in lokalen Settings die Frage, wie die Thematik Gesundheit in die Lebenszusammenhänge der Menschen gebracht werden kann, um die Lebensqualität und das Wohlbefinden nachhaltig zu stärken.

Die vorliegende Bachelorarbeit betrachtet dafür den Stadtteil Stadtsee der Hansestadt Stendal im Norden Sachsen-Anhalts. KinderStärken e.V., als neuer Träger des Stadtteilmanagements, führte in Kooperation mit der Hochschule Magdeburg-Stendal und der AOK Gesundheitskasse Sachsen-Anhalt eine qualitative Untersuchung zur gesundheitlichen Situation sowie zur Angebotslandschaft im Stadtteil Stadtsee. Das langfristige Ziel der Kooperationspartner_innen ist die Entwicklung einer Angebotslandschaft im Stadtteil, die den multiplen, psychosozialen gesundheitlichen Belastungen und der sozialen Isolation der Bewohner_innen gezielt entgegen wirkt (siehe Anlage B).

Im Fokus steht dabei immer der Erhalt oder die Verbesserung der Gesundheit der im Stadtteil lebenden Menschen.

Das Interesse richtet sich an bisherige Erkenntnisse zur Gesundheitsförderung im kommunalen Kontext Stadtteil, um die Untersuchung theoriegeleitet darstellen zu können. Ziel der Arbeit ist es, den Forschungsprozess der qualitativen Untersuchung darzustellen, um die erste Maßnahme zur Verankerung von Gesundheitsförderung im Stadtteil Stadtsee abzubilden.

1.2 Kommentiertes Inhaltsverzeichnis

Für die Bearbeitung des Themas und der Fragestellung wird im ersten Teil meiner Arbeit zunächst ein Überblick über Gesundheitsförderung und die Bedeutung der Kommune als Ort für Gesundheitsförderung gegeben. Dabei wird sowohl das Gesundheitsverständnis als auch der Setting-Ansatz als Kernstrategie der Gesundheitsförderung vorgestellt, um auf den Stadtteil als bedeutendes Setting für Gesundheitsförderung einzugehen. Im Hauptteil der Arbeit gilt es die qualitative Untersuchung in Stendal-Stadtsee darzustellen und dabei den Forschungsverlauf schrittweise aufzuzeigen. Es werden dabei das Design der Untersuchung beschrieben und die Ergebnisse betrachtet. Zudem sollen die Ergebnisse kurz theoriegeleitet diskutiert und anschließend eine Reflektion des Forschungsverlaufes gegeben werden. Die Darstellung der Untersuchung schließt mit den entwickelten Handlungsempfehlungen aus den Ergebnissen ab. Diese befinden sich noch in der Entwicklung und Diskussion und sollen daher lediglich den gegenwärtigen Stand der Untersuchung abbilden. Im letzten Teil wird eine Schlussbetrachtung formuliert, die einen kurzen Ausblick auf nächste gesundheitsförderliche Schritte im Stadtteil Stadtsee gibt.

1.3 Allgemeine Hinweise

In der vorliegenden Arbeit wird zitiert nach den Richtlinien zur Manuskriptgestaltung der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (2. Auflage 1997) zitiert. Zudem verwende für Personenbezeichnungen die Gender_Gap-Schreibweise, um auch Transgender und intersexuelle Menschen einzuschließen. Am Ende der Arbeit ist ein vollständiges

Literaturverzeichnis aufgeführt sowie ein Anhang mit allen zitierten Dokumenten, die nicht frei verfügbar sind. Weiterhin ist der Arbeit eine CD mit der Datenbank der qualitativen Untersuchung beigelegt.

2 Kommune als Ort der Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung ist als Begriff in alltägliche Diskurse eingegangen. Auch für die vorliegende Arbeit, in der die qualitative Befragung in Stendal-Stadtsee im Kontext theoretischer Annahmen darstellt wird, ist er ein Schlüsselement.

Dieses Kapitel beginnt mit der Entwicklung der Gesundheitsförderung, die den Wandel des Gesundheitsverständnisses thematisiert und damit einhergehend auf die setting-orientierte Bedeutung von Gesundheitsförderung aufmerksam macht. In der Setting-Orientierung zeigt sich auch die kommunale Bedeutung von Gesundheitsförderung, die ebenfalls dargestellt wird. Dabei wird speziell der Stadtteil als kommunalen Ort der Gesundheitsförderung beleuchtet, da dieser Ausgangspunkt der qualitativen Befragung war, die in der vorliegenden Arbeit fokussiert wird. Darüber hinaus konzentriert sich die Autorin in diesem Kapitel auf den Setting-Ansatz als Kernstrategie der Gesundheitsförderung, dessen Schlüsselaspekte sowie die rechtliche Relevanz aufgegriffen werden. Zusätzlich wird der Public Health Action Cycle als Modell zur Grundlage der Planung und Systematik von gesundheitsförderlichen Maßnahmen dargestellt. In einer Zusammenfassung werden die zentralen Aspekte des Kapitels abschließend aufgezeigt, um in Anschluss auf das nachfolgende Kapitel und die qualitative Befragung überzuleiten.

2.1 Entwicklung der Gesundheitsförderung

2.1.1 Das Gesundheitsverständnis im Wandel

Die Gesundheit des Menschen bedingt sein Wohlbefinden sowie die Lebenszufriedenheit und Lebensqualität, so der heutige Diskurs um Gesundheit. Der Umgang mit Krankheit und Gesundheit hat bis zu Erreichung des heutigen Verständnisses eine Entwicklung hinter sich, die unter anderem aus unzureichenden medizinischen Versorgungssystemen und der Frage, wie die Menschen gesund erhalten werden können, entstand (Brösskamp-Stone et al. 2000). Die Weltgesundheitsorganisation definierte bereits 1946 Gesundheit als „Zustand des umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit und Behinderung“ (Bär et al. 2009: 13) und entwickelte damit ein neues

Gesundheitsverständnis, welches in der Praxis zu diesem Zeitpunkt jedoch noch keine Anwendung fand.

Der Perspektivwechsel, hin zu einem ressourcenorientierten und subjektiven Verständnis von Gesundheit, erhielt vor allem durch die Ottawa-Charta vom 21. November 1986 eine Handlungsgrundlage (Hensen & Hensen 2013). Der darin entwickelte moderne Gesundheitsbegriff versteht Krankheit und Gesundheit nicht als „[...] statische Zustände, sondern als veränderbare Variablen [...]“ und stellt „[...] nicht die Frage, was Menschen krank mache, sondern was sie trotz aller widriger gefährdenden Einflüsse gesund erhalten lässt“ (Hensen & Hensen 2013: 227). Dabei fokussiert Gesundheit seit der Ottawa-Charta vor allem die autonome und gemeinsame Gestaltung von Lebensräumen und -weisen und brachte damit ein positives und ganzheitliches Konzept hervor (Engelmann & Halkow 2006). Seit den 1980er Jahren wird Gesundheit als Prozess verstanden, der in den konkreten Lebenszusammenhängen der Menschen stattfindet. Besonders für Menschen in schwierigen oder benachteiligten Lebenslagen müssen mittels Gesundheitsförderung, gesundheitliche Bedingungen und Chancen geschaffen werden, um gesundheitliche Ungleichheit abzubauen (Altgeld & Kolip 2007: 43). Dem liegt auch die Annahme zugrunde, dass alle Menschen, unabhängig von der Lebenslage, sowohl das Recht auf Gesundheit als auch Potentiale und Ressourcen besitzen, um ihr Leben selbstbestimmt zu gestalten (Geene & Halkow 2004).

Mit dem Perspektivwechsel des Gesundheitsverständnisses entstand auch die Bedeutung der Gesundheitsförderung. Die Ottawa-Charta entwickelte das Konzept der Gesundheitsförderung als „Antwort auf eine wachsende Bewegung für Gesundheit in der Welt“ (Ruckstuhl 2011: 111) und schuf damit eine neue Richtung in der Gesundheitspolitik. Gesundheitsförderung wird als junge Disziplin der Sozial- und Naturwissenschaften verstanden (Engelmann & Halkow 2006). Der Perspektivwechsel der Gesundheit hin zu den Menschen in ihrem Lebensumfeld, in dem sie spielen, arbeiten, leben und lieben (Ottawa-Charta 1986, WHO autorisierte Übersetzung :Hildebrandt & Kickbusch) sowie die Entwicklung von Gesundheitsförderung werden auch besonders in den fünf Handlungsfeldern der Ottawa-Charta deutlich. Das erste Handlungsfeld, der *Gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik* zielt auf eine Verankerung von Gesundheitsförderung in allen gesellschaftlichen und politischen Bereichen ab. Dem schließt sich das Handlungsfeld der *Gesunden Lebenswelten* an, welches die Bedeutung von Gesundheit im Alltag der Menschen aufzeigt. Daran anschließend formulierte die Ottawa-Charta das Handlungsfeld der *Unterstützung von*

gesundheitsbezogenen Gemeinschaftsaktionen. Hierbei zeigt sich die Relevanz von sozialen Netzwerken, die als Unterstützung bei der Bewältigung von Problemen einen zentralen Stellenwert einnehmen. Dem Ziel, Gemeinschaftsaktionen zu stärken, schließt sich das vierte Handlungsfeld mit der *Entwicklung persönlicher Kompetenzen* an. Darin heißt es, dass eine selbstbestimmte Gestaltung des Lebens einen hohen gesundheitlichen Einfluss hat. Positive Erfahrungen und Kompetenzen das eigene Leben gestalten zu können, ermöglichen einen nachhaltigen gesundheitsförderlichen Effekt, bei dem persönliche Ressourcen und Potentiale gestärkt werden können. Das letzte Handlungsfeld der Ottawa-Charta richtet sich dann an bestehende Gesundheitsdienste, die im Sinne der vorangegangenen Ziele, als Unterstützer und Vermittler der Gesundheitsförderung arbeiten sollen. Auch die Entwicklung neuer Strukturen zur Förderung der Gesundheit strebt das fünfte Handlungsfeld an (Geene et al 2013a). Die hohe Relevanz der Schaffung gesunder Lebenswelten wird auch in der vorliegenden Arbeit deutlich.

Besonders für Menschen in schwierigen Lebenslagen ist eine ressourcenorientierte Herangehensweise von Gesundheit bedeutend. Durch ein defizitorientiertes Verständnis von Gesundheit, welches die Krankheiten fokussiert, werden benachteiligte Menschen weiter stigmatisiert ohne dass eine Verbesserung ihrer gesundheitlichen Situation eintritt. Wie es auch die Ottawa-Charta schreibt sind besonders positive Selbstwirksamkeitserfahrungen sowie Kompetenzen zur selbstbestimmten Lebensgestaltung von gesundheitlicher Relevanz (ebd.).

„Menschen in schwierigen Lebenslagen sind nicht einfach arme Menschen. Es sind Kinder und Jugendliche, Familien und (allein) Erziehende, ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen, Migrant/innen, Arbeitslose, Wohnungslose, Suchterkrankte genauso wie Menschen in psychiatrischen Einrichtungen, von Gewalt bedrohte oder betroffene Menschen und viele mehr.“ (Geene & Halkow 2004: 16).

Wie bereits beschrieben, besitzen alle Menschen Potentiale und Ressourcen ihr Leben, und damit auch ihre Gesundheit, zu gestalten (ebd.).

2.1.2 Gesundheitsförderung in kommunalen Settings

Mit der Entwicklung des Gesundheitsverständnisses und der Verabschiedung der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (WHO 1986) wird Gesundheit ständig in Verbindung mit Armut und soziökonomischen Parametern wie Einkommen, beruflicher Status, Bildung, gesundheitlichen Lebensbedingungen sowie dem Gesundheitsverhalten gesetzt. Damit rückten vor allem Lebensverhältnisse in den Fokus der Gesundheitspolitik. Die Kompensation und Beseitigung von ungleichen Lebensverhältnissen, besonders in Bezug auf Gesundheit, wurde zur gesellschaftspolitischen Aufgabe. „Gesunde Lebenswelten“ schaffen, wie es auch die Ottawa-Charta (WHO 1986) schreibt, bedeutet die verschiedenen Orte, die für die Menschen relevant sind, zu betrachten. Dies können Orte mit einem kleinen Rahmen, wie die Familie sein, aber auch öffentliche Räume, wie die Kindertagesstätte und Schule oder auch, und dies wird für die vorliegende Arbeit bedeutend, der Stadtteil. Der Kommune ist die Aufgabe der Gestaltung der sozialen Infrastruktur vorbehalten, durch die sie maßgeblichen Einfluss auf den Zugang zu Gesundheitschancen nehmen kann.

„Gestaltungsaufträge von Gesundheitsförderung in der Kommune ergeben sich aus dem Grundgesetz, aus Landesgesundheitsgesetzen, kommunalen Gesundheitskonferenzen und ressortübergreifenden Kooperationen innerhalb der Kommunalverwaltung“ (Weth 2013).

Für die Kommunen wird Gesundheitsförderung vor allem in Bezug auf die Verminderung sozialer Ungleichheit bedeutend. In kommunaler Verantwortung liegen dabei verschiedene Orte, die ein relevantes Setting für Gesundheitsförderung darstellen. Zahlreiche Setting-Projekte legten bisher ihren Fokus auf pädagogische oder betriebliche Einrichtungen.

Für die vorliegende Arbeit soll vor allem aber der Stadtteil als Ort für Gesundheitsförderung in den Blick genommen werden. Der Stadtteil wird dabei als außerbetriebliches Setting angesehen, der besondere Ressourcen aber auch Herausforderungen für die Gestaltung von Gesundheitsförderung mit sich bringt. Oft wird der Stadtteil als untypisches Setting betitelt, da es vor allem Stadtteilen mit besonderen Bedarfen an „festgefügtten Organisationsstrukturen“ (Geene & Rosenbrock 2011) fehlt. Im Stadtteil kommen viele Akteur_innen der verschiedensten Ebenen, wie bspw. Krankenkassen, Kommunalverwaltung, Bewohnerschaft etc., zusammen, deren Abstimmung bei gesundheitsförderlichen Maßnahmen und Strategien eine hohe Komplexität in der Organisation bedeutet (Bär et al 2009). Dies bedeutet jedoch auch, dass die vielfältigen Akteur_innen Ressourcen in den

Prozess der Gesundheitsförderung einbringen können und gleichzeitig die verschiedenen Teilsettings des Stadtteils, wie Schulen, Kindertagesstätten und Betriebe, verbunden werden (ebd.). Die hohe Relevanz von Gesundheitsförderung im kommunalen Setting Stadtteil zeigt sich zudem in der Aufgabe der Verminderung sozialer Ungleichheit, die besonders in benachteiligten Stadtteilen zum Tragen kommt (siehe 2.2). Doch auch Stadtteile mit sozialen, ökonomischen, infrastrukturellen und baulichen Herausforderungen weisen Ressourcen und Potenziale auf, die im Sinne der Gesundheit ihrer Bevölkerung genutzt werden können. Über die Rahmenbedingungen im Stadtteil können verschiedene Bevölkerungsgruppen erreicht und gesundheitlich beeinflusst werden. Daher gilt es, die Themen Stadtentwicklung und Gesundheit zusammen zu bringen und die Bedeutung des Settings Stadtteil für Gesundheitsförderung zu stärken. Erfolge sind bereits in einigen Setting-Projekten zu verzeichnen (siehe Beispiele guter Praxis in Bär et al 2009), die ebenfalls auf die gesundheitsförderliche Bedeutung von Kommune und Stadtteil aufmerksam machen.

2.2 Der Setting-Ansatz als Kernstrategie der Gesundheitsförderung

2.2.1 Der Begriff „Setting“

Setting als Begriff der Gesundheitsförderung ist erstmals durch die Ottawa-Charta (1986) der WHO, als einen Ort mit einer Umgebung, die als Ganzes zusammen erkennbar sind, benannt worden (Conrad 2013). Der Begriff des Settings wird heute vielfach in die deutsche Sprache übersetzt. Häufig wird er mit dem Begriff der Lebenswelt gleichgesetzt und umschrieben, was sich auch gesetzlich wiederfindet (Präventionsgesetz § 20a). Lebenswelten werden dabei als „[...] für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports“ beschrieben (Geene 2016). Engelmann und Halkow (2006) betonen jedoch, dass der Begriff Lebenswelt in unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen an unterschiedliche Bedeutungen geknüpft ist und bringen dabei auch den Begriff des Lebensraumes ein. Die vorliegende Arbeit bezieht sich nicht näher auf den Diskurs des Begriffes Lebenswelt, da dies den Umfang überschreiten würde, sondern geht von einem Lebenswelt-Verständnis aus, wie es auch Kilian, Geene und Philippi (2004) beschreiben:

„Ein Setting kann verstanden werden als ein durch formale Organisation, durch regionale Situation und/oder gleiche Erfahrung und/oder gleiche Lebenslage und/oder gemeinsame Werte bzw. Präferenzen definierter, relativ dauerhafter und zumindest ansatzweise verbindlicher Sozialzusammenhang, von dem wichtige Impulse bzw. Einflüsse auf die Wahrnehmung von Gesundheit, auf Gesundheitsbelastungen und/oder Gesundheitsressourcen sowie auf (alle Formen der) Bewältigung von Gesundheitsrisiken (Balance zwischen Belastungen und Ressourcen) ausgehen können.“

Lebenswelten können dabei unterschiedlich aufgestellt sein - von der Familie oder Freizeiteinrichtungen über Kindertagesstätten und Schulen bis hin zum Stadtteil. Es wird auch davon ausgegangen, dass Menschen nicht nur eine, sondern viele unterschiedliche und eigenständige Lebenswelten besitzen.

In der vorliegenden Arbeit wird sowohl der Begriff Lebenswelt als auch Setting verwendet, da sich auch der englische Begriff im deutschen Sprachgebrauch durchgesetzt hat.

2.2.2 Konzept des Setting-Ansatzes

Der Setting-Ansatz etablierte sich seit den 1980er Jahren als Ansatz zur Implementierung von Gesundheitsförderung im Kontext vielfältiger Lebenswelten. Durch die Entwicklung des Setting-Ansatzes sollte die Gesundheitsförderung Konkretisierung und Operationalisierung (Engelmann & Halkow 2006) erfahren und wird als „[...] Instrument [zur] Umsetzung der Prinzipien der Ottawa-Charta in die Praxis“ (Lehmann et al 2005: 134) beschrieben. Die Bedeutung setting-orientierter Gesundheitsförderung entwickelte sich im Ursprung aus der „Gesundheit für alle“ - Strategie, die 1977 von der Weltgesundheitsorganisation formuliert und von der Ottawa-Charta 1986 weiterentwickelt wurde (Conrad 2013).

Die Strategien der Weltgesundheitsorganisation zur Förderung von Gesundheit erwiesen sich auch in Lebenswelten der Menschen wie bspw. der Familie, Schule oder Kommune als relevant, sodass in den 1990er Jahren neben den ersten Projekten auch eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Settings begann. Durch diese Entwicklung wurde erstmals der Setting-Ansatz beschrieben, der inzwischen zu einem zentralen Gesundheitsansatz von Wissenschaft und Politik wurde und das zweite Handlungsfeld der Ottawa-Charta, „Gesunde Lebenswelten aufbauen“, beschreibt (Conrad 2013: 16).

Dabei ermöglicht der Setting-Ansatz „[...] die Verlagerung des Blickwinkels, von den Menschen mit Gesundheitsproblemen, hin zu den Menschen mit Gesundheitsproblemen in ihren spezifischen Lebenswelten (Settings) [...]“ (Conrad 2013: 21). Es wird die Frage betrachtet, was die Gesundheit des Menschen prägt und, im Sinne ressourcenorientierten Handelns, positiv bestärken kann. Jedes Setting trägt Potentiale in sich, die durch umwelt- sowie personenbezogene Maßnahmen verstärkt werden können (Kickbusch 2003). Setting-orientierte Gesundheitsförderung zielt sowohl auf Umgebungsfaktoren, als auch auf persönliche Faktoren ab, um eine gesunde physische, psychische und soziale Lebenswelt der Menschen zu schaffen (siehe 2.2.2). Gesundheitsförderung soll in den Alltag der Menschen gebracht und in ihre Prozesse integriert werden, um dort das Wohlbefinden positiv zu bestärken. Grundlegend für Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz ist somit die Berücksichtigung der jeweiligen Lebenswelten des Menschen, denn Akteur_innen der Gesundheitsförderung „[...] setzen bei den Aufgaben und Problemen der Setting-Mitglieder an, und nicht bei den Problemen, die die Gesellschaft, Medizin oder Gesundheitsprofessionals mit diesen Personen haben“ (Conrad 2013: 10). Die Menschen des Settings sollen nicht für Programme der Gesundheitspolitik benutzt werden, sondern zentrale Mitgestalter_innen des Prozesses sein. Ziel ist es, einen Prozess der Gesundheitsförderung zu entwickeln, der mit den Menschen vor Ort im Setting geschaffen und gelebt wird, um gemeinsam ein „Gesundheitsförderndes Setting“ statt nur „Gesundheitsförderung im Setting“ (ebd.) zu ermöglichen. Die Schaffung von „Gesundheitsfördernden Settings“ ist die Umsetzung von Gesundheitsförderung, wie sie die Weltgesundheitsorganisation (Ottawa-Charta 1986) vertritt. Betont wird, dass gesundheitsförderliche Maßnahmen nur dann wirksam umgesetzt werden können, wenn das Setting diese mitträgt und mit ihren Interessen vereinbaren kann (Conrad 2013).

Durch genau diese Berücksichtigung der Lebenszusammenhänge der Menschen gewinnt der Setting-Ansatz an Bedeutung, da er die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit gesundheitsförderlicher Maßnahmen entscheidend verbessern kann (ebd.). Der Ansatz macht sich zudem besonders für die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit stark, denn gesundheitliche Handlungsstrategien richten sich an die Lebenswelt, ohne einzelne Menschen zu stigmatisieren (Geene & Rosenbrock 2012). Es muss davon ausgegangen werden, dass in einem Setting unterschiedliche Verwirklichungschancen aus individuellen Potentialen und gesellschaftlichen Handlungsmöglichkeiten zusammen kommen. Die gesundheitlichen Chancen der Menschen eines Settings weichen daher möglicherweise stark voneinander ab,

bedingt durch die soziale Lage (Rosenbrock 2004a). Durch die Verbesserung der Rahmenbedingungen und Strukturen kann auf die Gesundheitschancen aller Menschen Einfluss genommen werden. Durch die positive Veränderung des Umfeldes können krankheitsbildende Faktoren vermieden oder verringert werden (Hensen & Hensen 2013). Gesundheitsförderliche Projekte nach dem Setting-Ansatz bieten auch die Chance bei den Setting-Mitgliedern Impulse zu setzen, die geschaffenen und gestärkten Strukturen selbst weiterzutragen bzw. weiterzuentwickeln, um eine langfristige gesunde Lebenswelt zu erhalten (JG Redaktion 2013). Setting-Projekte müssen dabei nicht mit dem primären Ziel Gesundheit konzipiert werden, sondern erreichen die Adressat_innen ebenfalls über ein anderes gemeinsames Ziel, welches einen positiven Einfluss auf die gemeinsame Lebenswelt ausübt.

Um Gesundheitsförderung im Sinne des Konzeptes des Setting-Ansatzes umzusetzen, sollten einige zentrale Aspekte nicht unbeachtet gelassen werden, da diese im Besonderen auf die Setting-Orientierung verweisen. Ein erster wichtiger Schritt ist die Betrachtung der jeweiligen Lebenswelt, in der ein Angebot bzw. eine Maßnahme umgesetzt werden soll. Dafür leistet vor allem auch die Analyse des Alltags der Mitglieder sowie Wünsche, Vorstellungen und Erfahrungen einen Beitrag, um konkret bei den Menschen und ihren Bedürfnissen anzusetzen. Als zweiter Schritt folgt dann Organisationsstrukturen des Settings zu erkennen und über Aufgaben und Ziele, die bereits bestehen, zu sprechen. Risiken, die sich auch für das Setting-Projekt problematisch zeigen oder eine gesundheitsförderliche Verbesserung des Settings hemmen, können dadurch frühzeitig erkannt und ausgeschlossen werden. Andernfalls können auch Ressourcen aufgeschlüsselt werden, die im Sinne der Gesundheitsförderung genutzt und gestärkt werden können. Es zeigt sich auch darin, dass der Setting-Ansatz nur durch die Einbindung aller bzw. möglichst vieler Mitglieder des Settings umzusetzen ist, um Gesundheit in ihren Alltag zu integrieren und eine gesunde Lebenswelt zu schaffen (Conrad 2013).

2.2.3 Soziallagenorientierung

Bereits das Konzept des Setting-Ansatzes machte die Bedeutsamkeit setting-orientierter Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Menschen auf. Der Lebenswelt-Bezug impliziert, dass besonders Bevölkerungsgruppen die durch „klassische“

Präventionsmaßnahmen nicht erreicht werden können, jedoch erhöhten Bedarf an gesundheitlicher Unterstützung besitzen, mit Maßnahmen und Angeboten nach dem Setting-Ansatz unterstützt werden können. Aufgrund verschiedener materieller und immaterieller Lebensbedingungen herrscht auch innerhalb eines Settings gesundheitliche Chancenungleichheit. Durch den Zugang über die Lebenswelten der Menschen kann die Gesundheitsförderung im Alltag integriert und verankert werden und von dort aus einen positiven Einfluss auf die Gesundheit aller Bevölkerungsgruppen nehmen. Durch gesundheitsförderliche Maßnahmen in den Lebenswelten kann die Sozialogenorientierung in der Gesundheitspolitik gestärkt werden, denn der Setting-Ansatz setzt niedrigschwellig bei den Adressat_innen an und sieht diese darüber hinaus als Beteiligte im gesundheitsförderlichen Prozess. Benachteiligte Bevölkerungsgruppen werden nach dem Setting-Ansatz nicht als solche benannt und stigmatisiert sondern erfahren, wie möglichst alle Mitglieder des Settings, durch die Veränderung der Verhältnisse und die Stärkung der eigenen Kompetenzen sowie positive Beteiligungserfahrungen, eine Verbesserung der Gesundheit, des Wohlbefindens und der Lebensqualität.

Die Stärken des Setting-Ansatzes zur Verminderung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit werden noch einmal in der Darstellung der Schlüsselemente des Setting-Ansatzes deutlich. Es folgen daher in den kommenden Abschnitten die Verhaltens- und Verhältnisprävention sowie Partizipation und Empowerment im Setting-Ansatz.

2.2.4 Verhaltens- und Verhältnisprävention

Mit der Veränderung des Gesundheitsverständnisses und dem daraus entwickelten Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung kam die Kritik an der Gesundheitserziehung auf, die sich einseitig mahnend auf das gesundheitsschädliche Verhalten der Menschen bezog (Engelmann & Halkow 2006). Die Konzeption des Setting-Ansatzes macht hingegen deutlich, dass zu den Grundaspekten der Gesundheitsförderung sowohl die Verhaltens- als auch die Verhältnisprävention gehören.

Wichtig ist, das Konzept des Setting-Ansatzes nicht als Abwendung von der Verhaltensprävention zu verstehen, denn er kann sich gerade durch die Verbindung beider Ebenen auszeichnen. Ansätze, wie bspw. die frühere Gesundheitserziehung, die nur auf die

Veränderung des Verhaltens zielen, greifen im Sinne des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung zu kurz, da auch die Lebensumstände, die einen Einfluss auf das Verhalten nehmen, berücksichtigt werden müssen. Grossmann und Scala (2006: 66) verweisen darauf, dass „[...] Gesundheitsprobleme einer Bevölkerungsgruppe das Resultat einer wechselseitigen Beziehung zwischen ökonomischer, sozialer und institutioneller Umwelt und persönlichem Verhalten sind“, sodass Gesundheitsförderung beide Ebenen mitdenken muss.

Schlüsselt man die Verhaltens- und Verhältnisprävention noch einmal einzeln auf, so kann man die Verhaltensprävention als Veränderung des gesundheitsgefährdenden Handelns definieren. Kontrastierend dazu steht die Verhältnisprävention mit der primären Schaffung gesunder Verhältnisse für die Beeinflussung gesundheitsförderlichen Verhaltens (Bauch 2002). Verhaltenspräventive Maßnahmen in Settings können Informationsvermittlung, Beratung, Schulungen sowie die Förderung von gesundheitsgerechten Kompetenzen sein. Hörmann (1999) verweist darauf, dass Verhaltensänderung im Sinne der Gesundheitsförderung vor allem durch Emanzipation, Teilhabe und Bildungserfahrungen stattfinden kann. Dafür zeigt sich wiederum das Umfeld der Menschen relevant, welches in der Verhältnisprävention Beachtung findet. Die Verhältnisprävention fokussiert die Schaffung von gesundheitsförderlichen Angeboten und Strukturen im Setting (Engelmann & Halkow 2006), wie bspw. Bewegungsräume, Austauschmöglichkeiten oder Anlaufstellen. Die Vereinigung beider Ebenen ist grundsätzlich eine konzeptionelle Stärke des Setting-Ansatzes, da dadurch drei zentrale Handlungsfelder der Ottawa-Charta der WHO (1986) berücksichtigt werden: „Gesundheitsfördernde Lebenswelten“, „Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen“, „persönliche Kompetenzen stärken“ (Kilian et al. 2004: 156). Wie die Verhaltens- und Verhältnisprävention zusammenwirken, muss sich in der praktischen Umsetzung im jeweiligen Setting, in Verbindung mit den anderen Kernelementen des Setting-Ansatzes, zeigen. Eine bedeutsame Rolle nehmen dabei Partizipation und Empowerment, als Schlüsselbegriffe der Gesundheitsförderung, ein, die sowohl in der Verhaltens- als auch Verhältnisprävention berücksichtigt werden sollen.

Im folgenden Abschnitt werden die Schlüsselbegriffe *Partizipation* und *Empowerment* im Setting-Ansatz dargestellt und auch ihre Bedeutung in der Verhaltens- und Verhältnisprävention thematisiert.

2.2.5 Partizipation und Empowerment

Der Setting-Ansatz kontrastiert sich vor allem auch zu präventiven Angeboten der Gesundheitspolitik, die für statt mit den Adressat_innen entwickelt und durchgeführt werden. Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz zielt darauf ab, diejenigen, die davon profitieren sollen in den Prozess einzubeziehen (Kilian & Wright 2012).

„Mitglieder eines Settings „können ihr Gesundheitspotenzial nur dann weitestgehend entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können.“(Ottawa-Charta 1986, WHO autorisierte Übersetzung :Hildebrandt & Kickbusch)

Beteiligung (Partizipation) der im Setting lebenden Menschen ermöglicht die Entwicklung und Umsetzung von gesundheitsförderlichen Angeboten mit oder sogar durch die Zielgruppe (Kilian & Wright 2011). Im Fokus steht dabei die Entwicklung gesundheitsförderlicher Kompetenzen der Adressat_innen, die wiederum als Expert_innen ihrer Lebenswelt verstanden werden und damit einen nachhaltigen Beitrag zur Angebotsplanung und Umsetzung leisten können (ebd.).

Betrachtet man die Verhaltens- und Verhältnisprävention des Setting-Ansatzes, die vorangegangen dargestellt wurden, so kann Partizipation in beiden wirksam werden. Das individuelle Handeln der Setting-Mitglieder wird durch Selbstwirksamkeitserfahrungen bestärkt und befähigt zu gesundheitsförderlichem Handeln. (ebd.) Partizipation „[...] vermittelt den Beteiligten die Erfahrung, individuell oder in der Gemeinschaft etwas bewirken und Einfluss nehmen zu können“ (Kilian & Wright 2011: 76). Durch Mitwirkung und positive Beteiligungserfahrungen am gesundheitlichen Prozess im Setting können Erfahrungen und Kompetenzen vermittelt werden, die es ermöglichen, die Verbesserung der eigenen Gesundheit nachhaltig im Blick zu behalten und weiterzuentwickeln. Partizipation kann hingegen auch auf der Ebene der Verhältnisse einen bedeutenden Beitrag leisten, wenn die Setting-Mitglieder in die Entwicklung, Umsetzung und Bewertung von Maßnahmen einbezogen werden, die ihre Lebensbedingungen gestalten. Gesundheitsförderliche Angebote können damit auch immer aus der Perspektive der Menschen im Setting entwickelt und somit bedarfsgerecht und alltagsnah umgesetzt werden (ebd.). Besonders wichtig für setting-orientierte Gesundheitsförderung ist die nachhaltige Wirksamkeit der Angebote. Sind die Adressat_innen in die Planung und Umsetzung einbezogen, so steigert dies die Akzeptanz

der Angebote und ermöglicht es, die geschaffenen und gesundheitlichen Strukturen aufrechtzuerhalten (Kilian & Wright 2011).

Wichtig für die Umsetzung von Partizipation im Setting sind feste Strukturen, die Beteiligungsräume und -möglichkeiten schaffen. Dabei ist immer die Befähigung (Empowerment) zur Partizipation mitzudenken, da die Setting-Mitglieder Beteiligungsmöglichkeiten nur aktiv wahrnehmen können, wenn sie durch Kompetenzen oder Erfahrungen darin bestärkt werden. Doch besonders das Erleben von Beteiligung schafft Kompetenzen und Anreize den gesundheitlichen Prozess zu begleiten und einen größeren Einfluss auf die eigene Gesundheit zu nehmen (ebd.). Empowerment in der Gesundheitsförderung stärkt und befähigt die Menschen zu einer gesundheitsförderlichen Gestaltung ihres Lebens (Engelmann & Halkow 2006). Die Stärkung von Kompetenzen im Sinne des Empowerment hat zudem die positive Wirksamkeit, dass die Fähigkeit zur eigenständigen Bewältigung von Belastungen unterstützt wird. Die Förderung des Kompetenzerwerbs geht dabei sowohl von vorhandenen als auch von verlernten Fähigkeiten im Sinne der Gesundheit aus (von Kardorff 2003). Dabei geht es, wie grundsätzlich im Setting-Ansatz, nicht um ein defizitorientiertes Verständnis, sondern um den Aufbau von Ressourcen. Partizipation und Empowerment der Adressat_innen sollten daher nicht nur in der Umsetzung der Angebote und Maßnahmen stattfinden, sondern bereits auf der Ebene der Entwicklung und Planung, um einen größtmöglichen Einfluss auf die Gestaltung des Lebensumfeldes zu ermöglichen. Wie zuvor dargestellt, ist damit die Bedarfsgerechtigkeit und Nachhaltigkeit verstärkt beziehungsweise gesichert.

2.2.6 Rechtliche Relevanz

Der Setting-Ansatz wird seit dem Wandel des Gesundheitsverständnisses, einhergehend mit der Entwicklung der Gesundheitsförderung vielfach als Handlungsstrategie ressourcenorientierter Gesundheitspolitik angewandt (Engelmann & Halkow 2006). Diese Entwicklung zeigt sich bestätigt, wenn man die jüngst gesetzlich verankerten Möglichkeiten der Finanzierung von Projekten und Maßnahmen im Sinne des Setting-Ansatzes betrachtet. Seit dem Jahr 2000 besteht die Möglichkeit Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V von den gesetzlichen Krankenkassen finanziell fördern zu lassen (ebd.). Bereits zuvor, in den 1990er Jahren wurde Gesundheitsförderung

durch die Krankenkassen aufgenommen, jedoch durch Kritik an der qualitativen Unsicherheit und Mittelschichtorientierung im Jahr 1996 vorübergehend abgeschafft (Rosenbrock et al 2004). Seit 2000 stellt sich Gesundheitsförderung, mit dem Ziel insbesondere sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu erreichen, wieder in den Fokus der Krankenkassen. Darin gewann auch der Setting-Ansatz an öffentlicher Wahrnehmung und Bedeutung:

„Der Gesetzgeber formuliert die Forderung, dass Leistungen im Rahmen der primären Prävention einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten müssen. In ihren gemeinsamen und unter Einbeziehung externen Sachverständigen formulierten Leitlinien zur Umsetzung des § 20 [SGB V] stellen die gesetzlichen Krankenversicherungen mehrfach die besondere Bedeutung des Setting-Ansatzes für eine sozialogen-orientierte Gesundheitsförderung heraus“ (AG GKV 2003, zum Stand der Umsetzung zit. nach Kilian et al 2004).

Einen Fortschritt in der setting-orientierten Gesundheitsförderung nahm auch der Gesetzesentwurf eines Präventionsgesetzes durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004) ein. Die Lebenswelt als Ort für Prävention und Gesundheitsförderung sollte, laut des Gesetzesentwurfs, durch gemeinsame und einheitliche Leistungen der sozialen Präventionsträger unterstützt werden (Engelmann & Halkow 2006). Das Präventionsgesetz brauchte nunmehr vier Anläufe bis es, im Jahr 2015, verabschiedet werden konnte. Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention - kurz Präventionsgesetz - setzt einen Meilenstein in der Entwicklung in der Gesundheitsförderung und besonders für die Bedeutung des Setting-Ansatzes. Wurden bereits seit den 1990er Jahren Setting-Projekte erfolgreich durchgeführt (Conrad 2013), so gewinnen diese aktuell auch an gesetzlicher Unterstützung. Die gesetzlichen Krankenkassen sind durch die aktuelle Gesetzverabschiedung dazu angehalten ein besonderes Augenmerk auf Projekte und Maßnahmen in Lebenswelten der Menschen zu legen. Die Krankenkassen sollen Risiken und Potenziale in den Lebenswelten erkennen, „Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten“ erarbeiten und vor allem „gesundheitsförderliche Strukturen“ in den Lebenswelten stärken und unterstützen (Geene 2016). Die Beteiligung der Adressat_innen wird ebenfalls ausdrücklich benannt. Mit der Verabschiedung des Präventionsgesetzes ist der Setting-Ansatz erstmals mit allen Schlüsselaspekten, wie der Partizipation der Beteiligten, gesetzlich verankert.

2.3 Das Modell Public Health Action Cycle

Für die erfolgreiche Umsetzung gesundheitsförderlicher Entwicklungsprozesse in Settings kann ein gegliederter Ablauf dienlich sein. Der Policy Cycle aus der Politikwissenschaft wurde im Sinne der Gesundheitspolitik zum Public Health Action Cycle weiterentwickelt (Rosenbrock & Gerlinger 2006). Das Modell des Public Health Action Cycle kann als Grundlage zur Planung und Systematik von gesundheitsförderlichem Handeln, sowohl auf der Ebene individueller Handlungsprogramme, als auch zur Strukturierung einer Maßnahme verwendet werden (ebd.). Der Setting-Ansatz soll dabei als selbstlernendes System umgesetzt werden (Geene & Rosembrock 2011).

Das System des Ablaufes zielt dabei besonders auf eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheit ab, da die gesundheitsförderlichen Strategien nicht einem zufälligen Schema folgen, sondern strukturiert und geplant werden können. Dafür steht am Anfang die Bedarfsermittlung und Problemdefinition (ebd.). Der Public Health Action Cycle benennt diesen ersten Schritt als *assessment* (Rosenbrock & Gerlinger 2006). Es wird dabei die Frage beantwortet: „Was ist der Problembestand, der mit Gesundheitspolitik angegangen werden kann und soll?“ (Rosenbrock & Gerlinger 2006: 25). Aus den ermittelten Bedarfen lassen sich Handlungsstrategien der Lösung ableiten, die im zweiten Schritt der *policy formulation* (ebd.) entwickelt werden. Es können sich daraus größere Regelungen der Gesundheitspolitik oder einzeln formulierte Strategien eines Akteurs bilden. *Policy formulation* fokussiert die Fragen: „Welche Ziele werden formuliert? Mit welchen Instrumenten werden sie erreicht?“ (ebd.) Die Handlungsstrategien werden folglich in die Praxis überführt und umgesetzt. *Assurance* beschreibt diesen dritten Schritt, der beantwortet: „Wie kann die Anwendung der Interventionsinstrumente sichergestellt werden?“ (ebd.) Der vierte Schritt des Public Health Action Cycle -*evaluation*- übernimmt die Evaluierung des Erfolgs der Praxisumsetzung (ebd.). Es wird die Frage: „Welche gesundheitlichen und anderen Wirkungen von Gesundheitspolitik lassen sich feststellen?“ (ebd.) beantwortet. Dabei kann eine erfolgreiche Lösung des Problembestandes erkannt werden oder es ergibt sich eine neue Problemdefinition, die dann gleichermaßen dem Ablauf des Cycles folgt.

2.4 Zusammenfassung

Das Konzept des Setting-Ansatzes als Kernstrategie der kommunalen Gesundheitsförderung macht deutlich, wie relevant Gesundheitsförderung, die im Alltag der Menschen ansetzt, für gesundheitspolitische Entwicklungsprozesse ist. Es wird deutlich, dass Maßnahmen und Strategien nach dem Setting-Ansatz einen nachhaltigen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit leisten können. Gleichzeitig muss aber auch benannt werden, dass Setting-Projekte einen großen konzeptionellen und organisatorischen Aufwand (Geene & Rosenbrock 2011) voraussetzen und statt einem „Gesundheitsfördernden Setting“ lediglich „Gesundheitsförderung im Setting“ (Conrad 2013) umgesetzt wird. Es ist daher wichtig, sich den Schlüsselaspekten des Konzeptes des Setting-Ansatzes anzunehmen, denn erst durch diese Elemente kann ein umfassender gesundheitsfördernder Entwicklungsprozess umgesetzt werden. Partizipation und Empowerment, zur Stärkung der persönlichen Handlungsfähigkeit, sollten dafür stets in der Verbindung mit Vernetzung und Organisationsentwicklung, zum Auf- und Ausbau von Handlungsräumen und Kooperationen, stehen (Engelmann & Halkow 2006).

3 Untersuchung in Stendal-Stadtsee

Im folgenden Kapitel wird das Design der Befragung in Stendal-Stadtsee vorgestellt. Dabei soll zunächst das grundlegende Ziel der Untersuchung dargestellt werden. Im Anschluss folgen die Aspekte des Untersuchungsdesigns durch die Vorstellung der Untersuchungsgruppen sowie -methoden, die Entwicklung des Leitfadens der Befragungen sowie die Erhebung der Daten. Daran anschließend wird die Methodik der Auswertung des Datenmaterials dargelegt.

3.1 Das Setting Stendal-Stadtsee

Es wird dabei auf die Bedeutung des Stadtteils für die Hansestadt Stendal eingegangen sowie, verbunden mit Abschnitt 2.1.2, die Relevanz von Gesundheitsförderung in diesem Stadtteil betrachtet. Zudem sollen zentrale Akteur_innen des Stadtteils, die einen Einfluss auf den gesundheitsförderlichen Prozess nehmen können, vorgestellt werden.

Stendal-Stadtsee umfasst drei von 14 Stadtteilen der Hansestadt Stendal und ist damit insgesamt am bevölkerungsreichsten. Mit rund 11.000 Bewohner_innen (Haupt- und Nebenwohnsitz, Stand 2012) macht der Stadtteil fast ein Drittel der gesamten Stendaler Bevölkerung aus und ist als Großwohnsiedlungsgebiet errichtet. Betrachtet man Merkmale und Kennzahlen des Stadtteils, so lassen sich in der Ausgangslage Ressourcen und Risiken erkennen. Besonders der Rückgang der Bevölkerung seit 1995 um knapp 50 Prozent wird deutlich (siehe Anlage B). Demgegenüber steht der Rückgang von Leerstand im Stadtteil, woraus dennoch eine wohnungspolitische Bedeutung des Gebietes geschlossen werden kann.

In dem Großwohnsiedlungsgebiet finden sich überdurchschnittlich viele sozioökonomisch benachteiligte Haushalte, sodass die Themen Armut und Arbeitslosigkeit teilweise zum Alltag der Bewohner_innen gehören. Zudem ist der Stadtteil vom demographischen Wandel betroffen, da sich eine alternde Bevölkerung feststellen lässt (siehe Anlage B). Dem Stadtteil kommt damit die Aufgabe zu, sich der Entwicklung der Bewohnerschaft anzupassen und altersgerechte Strukturen auszubauen. In der Bewohnerschaft verstärkt sich aktuell die Mietergruppe von geflüchteten Menschen bzw. Menschen mit Migrationshintergrund. In

städtebaulichen Maßnahmeplänen wurde Stendal-Stadtsee eine vorrangige Priorität zugesprochen, da es gilt den Stadtteil zukunftsfähig weiterzuentwickeln und zu stärken, um dem Rückgang der Bevölkerung und damit auch sozialer Infrastrukturen entgegenzuwirken (KinderStärken e.V. o.J.). Die Attraktivität des Stadtteils soll erhalten beziehungsweise ausgebaut werden. Dafür bieten besonders die Ressourcen des Stadtteils Möglichkeiten zum Anknüpfen. Die zuvor angeführte wohnungspolitische Bedeutung des Stadtteils steht in Verbindung mit Stärken, wie günstigem Wohnraum, Naherholungsmöglichkeiten und vielfältigen wohnortnahen Angeboten. Darüber hinaus lassen sich auch gute Betreuungs- und Bildungsangebote durch stabile Kindertagesstätten und Schulen grundsätzlich als Ressourcen festhalten (siehe Anlage B).

Weiterhin ist Stendal-Stadtsee Gebiet des „soziale Stadt“-Städtebauförderprogrammes. Der Bund unterstützt seit dem Jahr 1999 städtebaulich, wirtschaftlich und sozial benachteiligte sowie strukturschwache Stadtteile bzw. Ortsteile (BMUB 2016). Damit wird die Stabilisierung und Aufwertung der Stadt- und Ortsteile angestrebt. Das Förderprogramm soll zudem einen Beitrag zur Generationengerechtigkeit und Familienfreundlichkeit vor Ort leisten (ebd.).

Für die Darstellung des Settings Stendal-Stadtsee ist es wichtig, auch zentrale Akteur_innen im Stadtteil zu benennen. In der Durchführung der qualitativen Untersuchung nahm vor allem das Stadtteilmanagement eine bedeutende Rolle ein.

„Das Stadtteilmanagement ist neutraler Dreh- und Angelpunkt für alle Aktivitäten im Handlungsfeld der sozialen Stadtentwicklung und Gemeinwesenarbeit in Stadtsee, leistet Schnittstellenarbeit zwischen den engagierten Akteursgruppen und bietet ihnen organisatorische und fachliche Unterstützung. [...] Ziel ist es daher, dass die Akteure der unterschiedlichen Bereiche (Politik, Wirtschaft, Sozialarbeit etc.) sich als bedeutende und gleichrangige Partner_innen in der Quartiersentwicklung verstehen und befähigt sind, die Bedarfe der unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen wahrzunehmen und in zielgruppenorientierte, niedrighschwellige, aufeinander abgestimmte Angebote zu übersetzen“ (KinderStärken e.V. o.J.: S.1).

KinderStärken e.V., als An-Institut der Hochschule Magdeburg-Stendal, übernahm im Oktober 2015 das Stadtteilmanagement. In der Adolph-Menzel-Straße findet sich das Stadtteilbüro, welches vom Stadtteilmanagement geleitet wird und einen Anlaufpunkt vor Ort im Stadtteil bietet. Um für die Stadtteilarbeit eine Arbeitsgrundlage zu schaffen, war es dem

Stadtteilmanagement-Team wichtig, eine erste Bestandsaufnahme durchzuführen. Folgend ergab sich eine Kooperation mit der AOK Gesundheitskasse Sachsen-Anhalt, sodass sich der Schwerpunkt einer ersten Bestandsaufnahme auf Gesundheit richtete. Die Bestandsaufnahme wurde als qualitative Untersuchung von dem Stadtteilmanagement, KinderStärken e.V. und der Hochschule Magdeburg-Stendal durchgeführt.

Neben dem Stadtteilmanagement finden sich im Stadtteil weitere wichtige Akteur_innen wie freie Träger der Sozialwirtschaft und Wohnungsbaugesellschaften (KinderStärken e.V. o.J.). Darüber hinaus finden sich gesamtstädtische Kooperationen zu freien Trägern wie Geschäftsstellen von gesetzlichen Krankenkassen, bspw. der AOK Sachsen-Anhalt, Krankenhäuser, Hochschulen oder anderen Bildungs- und Freizeiteinrichtungen (Curbach & Loss 2012). Aber auch Non-Profit-Organisationen wie Vereine und Stiftungen können einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung im Stadtteil leisten.

3.2 Vorverständnis zur Untersuchung

Da die qualitative Untersuchung mit der Interpretation der gewonnenen Daten verbunden ist, soll an erster Stelle das Vorverständnis der Untersuchung dargelegt werden. Alle Forscher_innen legten ein ressourcenorientiertes Gesundheitsverständnis, wie es in der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (1986) beschrieben ist, zugrunde. Es stand dabei der Mensch als Subjekt im Fokus der Untersuchung. Durch das Studium der Angewandten Kindheitswissenschaften waren alle Forscher_innen mit den Aspekten von Gesundheitsförderung, wie es Kapitel 2 beschreibt, vertraut.

Weiterhin regte das Stadtteilmanagement Stendal-Stadtsee als Projekt von KinderStärken e.V. die Durchführung der qualitativen Untersuchung an, da soziale Belastungen im Stadtteil sowie besondere Anforderungen durch bspw. kulturelle Vielfalt erkannt wurden. Für die Arbeit an der sozialen und infrastrukturellen Weiterentwicklung des Stadtteils galt es eine Grundlage zu schaffen, die der Stadtteilarbeit dient. Das Stadtteilmanagement hat sich dabei auch Themen der Gesundheit der Bewohner_innen angenommen.

3.3 Ziel und Fragestellung

Der qualitativen Befragung liegt das primäre Ziel des Projektes „Gesundheit Stadtsee“ - die langfristige Entwicklung einer Angebotslandschaft im Stadtteil, die den multiplen, psychosozialen gesundheitlichen Belastungen und der sozialen Isolation der Quartierbewohner_innen gezielt entgegen wirkt - zugrunde.

Für die erfolgreiche Umsetzung des Zieles wurde ein erstes Teilziel formuliert, welches die hier dargestellte Befragung im Stadtteil ist. Ziel war es, eine Bestandsaufnahme zu den vorhandenen Angeboten im Stadtteil, zur gesundheitlichen Situation der Bewohner_innen sowie zu der Inanspruchnahme von präventiven Angeboten zu erarbeiten. Die Bestandsaufnahme, die hier als Befragung in Stendal-Stadtsee beschrieben ist, soll als Grundlage zur gezielten Entwicklung und Ausrichtung von gesundheitsförderlichen Unterstützungsangeboten dienen. Es wird die gesundheitsförderliche Setting-Entwicklung fokussiert und davon ausgegangen, dass Angebote auf der Verhaltens- (positive Selbstwirksamkeitserfahrungen, Erleben von Anerkennung und sozialer Wertschätzung etc.) sowie Verhältnisebene (Strukturen im Stadtteil, vorhandene Angebote, Zugänge zu Angeboten etc.) betrachtet und möglicherweise aufeinander abgestimmt werden sollten. Die Bestandsaufnahme geht dabei von der grundlegenden Fragestellung: „Welche Präventionsangebote gibt es, welche werden in Anspruch genommen und wo fehlt es an spezifischen zielgruppenorientierten Angeboten?“ aus (siehe Anlage C). Des Weiteren wurden für die Bestandsaufnahme Maßnahmen formuliert, die gleichermaßen in die Befragung einbezogen wurden. Die Maßnahmen sind folgendermaßen beschrieben (siehe Anlage C):

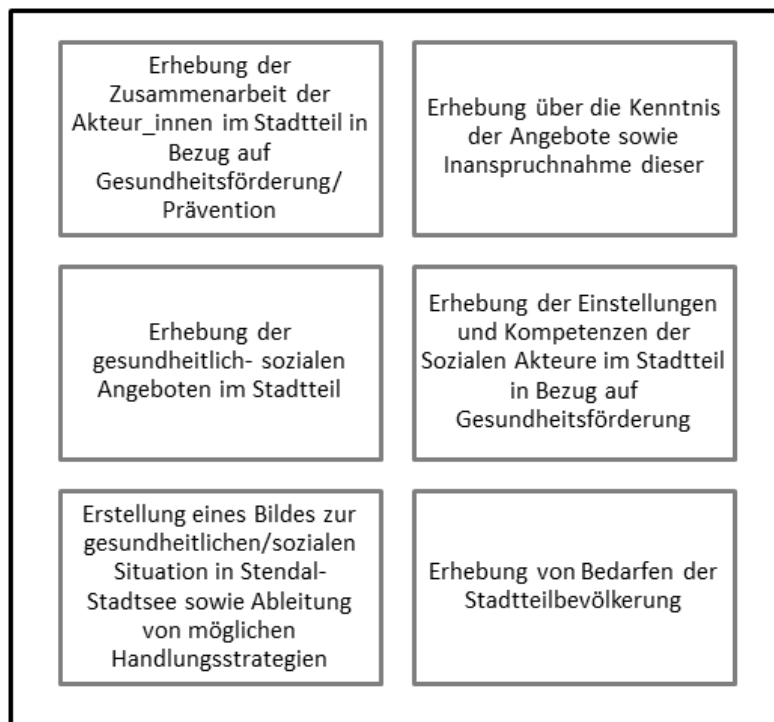


Abb. 1: Maßnahmen der qualitativen Untersuchung Stendal-Stadtsee (eigene Darstellung).

Die sechs dargestellten Maßnahmen verbinden sichtbar die Erhebung von individuellen sowie strukturellen Bedarfen und Bedingungen im Stadtteil. Die Maßnahmen beziehen sich besonders auf die gesundheitlichen Angebote und Strukturen im Stadtteil, da diese als relevante Einflussgröße auf die gesundheitliche Lage der Bewohner_innen erachtet werden. Als Indikator für die erfolgreiche Umsetzung der Bestandsaufnahme, als erstes Teilziel, wurde die Beteiligung von Bewohner_innen des Stadtteils sowie von professionellen Akteur_innen unterschiedlicher Ressorts an der Befragung festgelegt.

Um darüber hinaus öffentlich wirksam zu agieren und die Stadt Stendal mit weiteren Akteur_innen und Bewohner_innen in den Prozess einzubeziehen, setzte sich die Bestandsaufnahme das weitere Ziel, ihr Vorhaben bekannt zu machen - durch beispielsweise Akteurstreffen im Stadtteil, Pressekonferenzen, Berichte in der Stadtteilzeitung etc. Dafür soll auch die Nutzung digitaler Medien, besonders der Netzwerke, eingebunden werden.

3.4 Design der Untersuchung

3.4.1 Auswahl der Untersuchungsgruppen und -methoden

Die Untersuchung in Stendal-Stadtsee fokussierte die Bewohner_innen des Stadtteils sowie Akteur_innen und Institutionen als Untersuchungsgruppe. Im Folgenden wird zuerst die Bedeutung der beiden Untersuchungsgruppen kurz differenziert dargestellt und im Anschluss die Methodik der Untersuchung beschrieben.

Bewohner_innen

Um auf gesundheitliche Angebote und Strukturen im Stadtteil Stadtsee schließen zu können, war es von zentraler Bedeutung Bewohner_innen des Stadtteils zu befragen. Wie zuvor in Abschnitt 2.2.3 dargestellt, sind die Menschen Expert_innen ihrer eigenen Lebenswelt und können diese daher auch am besten darstellen. Die Aussagen der Bewohner_innen lassen zudem darauf schließen, welche der im Stadtteil vorhandenen Angebote tatsächlich wahrgenommen und genutzt werden. Ein subjekt- und ressourcenorientiertes Gesundheitsverständnis kann in Stendal-Stadtsee nur umgesetzt werden, wenn die Adressat_innen einbezogen werden und sich selbst als Teil des Gesundheitsprozesses wahrnehmen. Die Befragung von Bewohner_innen wurde daher zum zentralen Schwerpunkt der Untersuchung. Es war dabei wichtig, sowohl die Perspektiven von Kindern und Jugendlichen, als auch Erwachsenen und Senioren einzubeziehen. Bei der Auswahl der zu befragenden Bewohner_innen wurde darauf geachtet, alle Altersgruppen einzubeziehen. Um darüber hinaus die Vielfalt der Stadtteilbevölkerung zu berücksichtigen, wurden für die Befragungen verschiedene Orte des Stadtteils aufgesucht.

Institutionen

Neben der Perspektive der im Stadtteil lebenden Menschen wurden auch die Sichtweisen von Akteur_innen, die im Stadtteil tätig sind, ein bedeutender Bestandteil der qualitativen Untersuchung. Dafür führte das Stadtteilmanagement-Team Gespräche mit 52 Akteur_innen und Institutionen des Stadtteils sowie über die Stadtteilgrenzen hinaus durch, um auch mit

ihnen die Leitfragen zu besprechen. Die Akteur_innen und Institutionen sind als relevante Partner der Gesundheitsförderung im Stadtteil anzusehen und können aus ihrer Perspektive Ressourcen und Risiken benennen. Dabei kann man hier jedoch nicht von nur einer Perspektive sprechen, denn die Akteur_innen kommen aus vielfältigen Bereichen, sodass in den Gesprächen viele Sichtweisen aufgezeigt wurden. Gleichzeitig konnte das Stadtteilmanagement-Team auf die Befragung selbst aufmerksam machen, das Thema Gesundheit im Stadtteil ansprechen und die Institutionen als Partner für den weiteren Umsetzungsprozess der Gesundheitsförderung gewinnen (siehe dazu auch Untersuchungspräsentation I und II).

Die Befragungen der Bewohner_innen und Institutionen folgten dabei der Methodik des qualitativen Interviews. Es wurde vorab ein Leitfaden entwickelt, der formulierte Fragen enthält, um „[...] mit hinreichender Zuverlässigkeit eine Reihe von Themen zur Sprache [...]“ (Strübing 2013: 92) zu bringen und das Forschungsthema umfänglich zu erschließen. Die Themenschwerpunkte des Leitfadens wurden dabei flexibel eingesetzt und boten Raum für die Verknüpfung von Themen (ebd.)

„Ziel und Vorteil von Leitfadengesprächen werden im Allgemeinen darin gesehen, dass durch die offene Gesprächsführung und die Erweiterung von Antwortspielräumen der Bezugsrahmen des Befragten bei der Fragenbeantwortung mitefasst werden kann, um so einen Einblick in die Relevanzstrukturen und die Erfahrungshintergründe des Befragten zu erlangen“ (Bamler 2010: 108 nach Schnell et al. 2008: 387).

In Leitfadengesprächen ist es entscheidend, Einblick in die Perspektiven und Einschätzungen der Befragten zu erhalten und ihre Relevanzstrukturen abbilden zu können (Strübing 2013). Die Leitfäden geben dabei keine strikte Abfolge der Themenschwerpunkte vor, sorgen aber dennoch für eine Strukturiertheit der Gespräche. Strukturiertheit und Offenheit stehen bei Leitfadengesprächen im Gegensatz zueinander und eröffnen damit eine Herausforderung für die Gesprächsführung (ebd.). Um die Offenheit zu bewahren und dennoch eine umfassende Bearbeitung der vorab entwickelten Themen beachten zu können, ist eine kompetente Gesprächsführung unerlässlich (ebd.). Der Leitfaden sollte dabei als Gesprächsstütze für die Interviewer_innen verstanden werden und damit Raum für Ausführungen abseits der zentralen Fragestellungen bieten (Bamler 2010, S. 108). In den Leitfadengestützten

Gesprächen kann die mögliche Vergleichbarkeit der Daten als Vorteil erkannt werden. Es ergibt sich daraus ein halbstandardisierter Zugang, der variable Gestaltungsmöglichkeit zulässt (Bamler 2010, S. 109).

Alle Gespräche mit Bewohner_innen des Stadtteils Stadtsee wurden nach demselben Leitfaden strukturiert, der im nachfolgenden Abschnitt vorgestellt wird. Es wurden dabei vier Dimensionen als Themenschwerpunkte festgehalten mit jeweils zugehörigen Fragestellungen. Die Gestaltung der Gespräche ermöglichte eine Einflussnahme der Befragten auf die Struktur der Erhebung (Bamler 2010, S. 105), sodass, wie die Optimierung der Dimensionen unter Punkt 4.3.1. zeigt, die Schwerpunkte für die Ergebnisdarstellung neu zusammengefasst wurden.

3.4.2 Entwicklung des Leitfadens

Die Entwicklung des Leitfadens erfolgte im Rahmen des Projektstudiums „Kinderarmut“, von Prof. Dr. Raimund Geene, in Zusammenarbeit von KinderStärken e.V. und der Studierendengruppe des Projektes. Als Beispiel guter Praxis wurde das Hamburger Präventionsprogramm „Lenzgesund“ betrachtet. Das Hamburger Gesundheitsamt startete 2005 ein breit und langfristig angelegtes Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramm, das sich ausschließlich auf den Stadtteil Eimsbüttel konzentrierte, um dort nachhaltige gesundheitsförderliche Erfolge zu erzielen (Trojan & Lorentz 2013). Der Hamburger Stadtteil Eimsbüttel ist als „[...] Hochhaussiedlung des sozialen Wohnungsbaus mit besonderem Unterstützungsbedarf“ (ebd. S. 30) zu definieren. Das Präventionsprogramm wurde vom „Runden Tisch“ der Lenzsiedlung in Kooperation mit Partnern der Gesundheitsförderung und Prävention durchgeführt, und fokussierte vernetzte Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und die ersten Lebensjahre (Bär et al 2009).

Um die gesundheitliche Situation im Stadtteil Eimsbüttel einschätzen zu können, wurde in Unterstützung durch das Institut für Medizin-Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, eine Gesundheitsberichtserstattung erstellt, die stadtteilorientierte „Quartiersdiagnose“ (ebd.). Neben der Verankerung nachhaltiger Gesundheitsförderung, durch bspw. die Sichtbarkeit von Aktivitäten im Stadtteil, setzte sich das Projekt zum Ziel, die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Gesundheitsförderung in sozial benachteiligten

Stadtteilen überzeugend zu demonstrieren (Trojan & Lorentz 2013b). Dafür legte man den lebensweltorientierten Ansatz der quartiersbezogenen Gesundheitsförderung zugrunde.

Wichtige Bestandteile der Gesundheitsberichterstattung von „Lenzgesund“ waren die Erhebung der „Kapazitätsentwicklung im Quartier - KEQ“ (Bär et al 2009; Trojan & Lorentz 2013, Trojan & Nickel 2013) sowie die „Gesundheit im Quartier aus Bürgersicht“ (Bär et al 2009). Die KEQ-Befragung wurde mit professionellen Akteur_innen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich durchgeführt und fokussierte die Themenkomplexe: Bürgerbeteiligung, lokale Führung, vorhandene Ressourcen, Vernetzung und Kooperation sowie Gesundheitsversorgung (Trojan und Nickel 2013). Die Erhebung wurde zu verschiedenen Zeitpunkten durchgeführt, sodass auch eine Entwicklung gesundheitsfördernder Strukturbildung und Kapazitätsentwicklung verzeichnet werden konnte. Bei der Bewohner_innen-Befragung stand die Frage, wie Aktivitäten zu Gesundheitsförderung und Prävention wahrgenommen, genutzt und eingeschätzt werden im Mittelpunkt (ebd.). Die Ergebnisse des Gesundheitsberichtes konnten für die Weiterentwicklung des Präventionsprogrammes genutzt werden welches, so Trojan und Lorentz (2013) einen Entwicklungsprozess hin zu mehr gesundheitlicher Chancengleichheit im Stadtteil eröffnet hat.

Auch das Stendaler Projekt „Gesundheit Stadtsee“ setzte sich die Erhebung der gesundheitlichen Situation im Stadtteil zum Ziel und erarbeitete einen Leitfaden der Befragung angelehnt an den KEQ-Fragebogen in Verbindung mit der Befragung der Bewohnerschaft. Aus den Themenkomplexen von KEQ wurden für den Stadtteil Stendal-Stadtsee die Dimensionen: vorhandene Ressourcen, Gesundheitsversorgung, Vernetzung und Kooperation, Bürgerbeteiligung, verantwortliche lokale Führung sowie Wertschätzung/Selbstwirksamkeit abgeleitet. Die Dimensionen können als Themenschwerpunkte verstanden werden, die Ausgangspunkt für die Analyse der Daten sind. Für die Erhebung war es bedeutend, sowohl Rahmenbedingungen als auch Handlungsmöglichkeiten und Fähigkeiten in Bezug auf Gesundheitsförderung zu erkennen. Dafür wurden zu jeder Dimension mehrere Leitfragen entwickelt, die die Gespräche grob strukturierten (siehe Anlange D). Alle Befragungen sowohl der Bewohner_innen als auch Institutionen folgten dem gleichen Leitfaden.

3.4.3 Erhebung der Daten

Die qualitativen Befragungen wurden von Dezember 2015 bis Februar 2016 durchgeführt. Es konnten dabei 208 Bewohner_innen und 52 Institutionen befragt werden. Zu Beginn der Gespräche wurden die Teilnehmenden über die Erhebung und das Projekt „Gesundheit Stadtsee“ aufgeklärt. Die Interviewer_innen folgten für die Durchführung der Befragungen der Strategie des offenen Ohres, was bedeutet, dass auch andere Aspekte und Themen, abseits des Leitfadens besprochen werden konnten. Es wurde, sofern angegeben, das Alter der Teilnehmenden notiert, um die Möglichkeit, Ergebnisse anhand von Altersgruppen zu differenzieren, nicht gänzlich auszuschließen. Die Dokumentation erfolgte anonymisiert. Es wurden keine Namen der Befragten festgehalten. Die Projektgruppe suchte verschiedene Plätze des Stadtteils wie Supermärkte, Jugendeinrichtungen oder Altersheime auf, um Bewohner_innen anzutreffen und sie zu befragen.

Für die Befragung der Institutionen besuchte das Stadtteilmanagement-Team 52 Institutionen und Akteur_innen. Die Befragung der Akteur_innen und Institutionen führte gezielt das Stadtteilmanagement durch, da sie sich Vernetzungsarbeit im Stadtteil zur Aufgabe gemacht haben und bereits in dem Prozess steckten, Akteur_innen aufzusuchen.

Alle Aussagen der Bewohner_innen und Institutionen wurden während und nach den Interviews schriftlich dokumentiert. Die qualitativen Daten wurden nach der schriftlichen Dokumentation mittels der Leitfragebögen in eine mediale Datenbank gebracht. Die Auswertung der qualitativen Daten erfolgte auf Grundlage der Datenbank. Die schriftliche Dokumentation in den Leitfragebögen stand dennoch stets für Überprüfungen und Einblicke zur Verfügung.

3.5 Auswertung des Datenmaterials

Die Auswertung der Untersuchung folgt der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring. „Es handelt sich dabei um ein Verfahren, das ein theoriegeleitetes Vorgehen ermöglicht, ohne explorative Anteile auszuschließen.“ Die Daten der Untersuchung können mit der qualitativen Inhaltsanalyse systematisch und regelgeleitet ausgewertet und anschließend interpretiert werden. Dafür werden die Daten ausgewählt, „[...] die für die Beantwortung der Forschungsfragen notwendig sind [...]“ Das Allgemeine inhaltsanalytische Ablaufmodell Mayrings gibt einen Überblick über die Vorgehensweise der Methode.

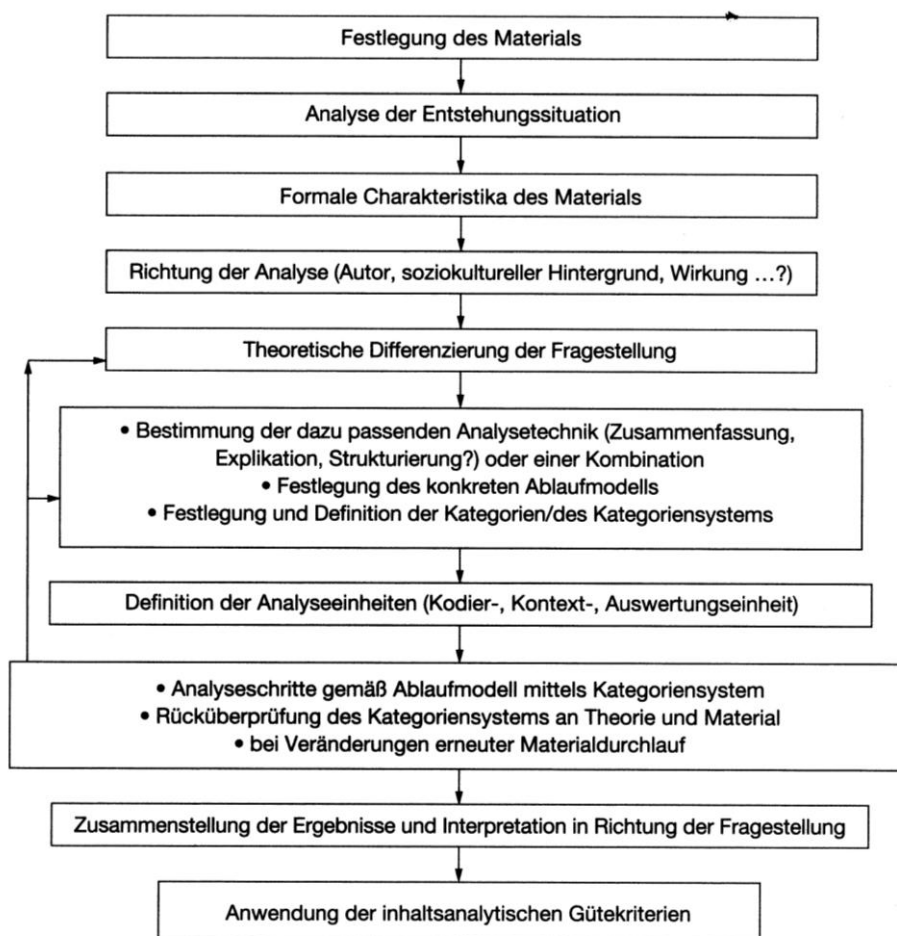


Abb. 2: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell (Mayring 2010: 60).

In dem ersten Schritt ist es wichtig, dass notwendige Material festzulegen. In einem zweiten Schritt wird die Analyse durch Informationen über die Entstehungssituation der Daten erweitert. Im Anschluss werden formale Charakteristika beschrieben, zum Beispiel in welcher

Form das Material vorliegt. Im nächsten Schritt wird die Richtung der Analyse festgelegt, um im Anschluss die genaue Fragestellung der Untersuchung darzustellen, welche der oder die Forscher_in vorab klären muss. Daraufhin werden die Analysetechnik und das genaue Ablaufmodell der Analyse bestimmt, sowie die Analyseeinheiten bestimmt. Nun erfolgt die inhaltliche Analyse des Datenmaterials mittels des Kategoriensystems, welches in drei Analysetechniken eingeteilt werden kann: die Zusammenfassung, die Explikation und die Strukturierung (Bamler 2010).

Die Auswertung des Datenmaterials der Befragungen folgt der Zusammenfassung und induktiven Kategorienbildung, um eine gegenstandsnahe Abbildung des Materials zu ermöglichen (Mayring 2010). Ziel der Analyse ist es zudem, wesentliche Inhalte des Materials so herauszuarbeiten, dass ein Abbild des Gesamtmaterials bleibt (Mayring 2002). Diese Vorgehensweise der qualitativen Inhaltsanalyse „[...] hat eine große Bedeutung innerhalb qualitativer Ansätze“ (Mayring 2003: 75). „Die induktive Kategoriendefinition [...] leitet die Kategorien direkt aus dem Material in einem Verallgemeinerungsprozess ab [...]“ (Mayring 2010: 83). Es wird vom Konkreten zum Allgemeinen abstrahiert. Vorannahmen des oder der Forscher_in in der Kategorisierung werden außer Acht gelassen und lediglich aus dem Material heraus kategorisiert. Durch die Einführung eines Selektionskriteriums wird das Thema der Kategorienbildung bestimmt und durch die Fragestellung wichtige von unwichtigen Daten getrennt. In einem nächsten Schritt wird das Abstraktionsniveau der Kategorien bestimmt. Anhand dessen wird das Material zeilenweise bearbeitet, bis das erste Thema der Kategorienbildung erfüllt ist. Im Anschluss können erste Kategorien festgelegt und Textstellen zugeordnet werden. In wiederholten Schritten wird das Material den Kategorien zugeordnet oder neue Kategorien entwickelt, bis eine vollständige Bearbeitung der ausgewählten Daten erfolgt ist. Es erfolgt nun eine Rücküberprüfung der Kategorien, um ihre Zielgerichtetheit zu betrachten. An diesem Punkt der induktiven Kategorisierung können Kategorien überarbeitet oder hinzugefügt werden (Mayring 2010).

Bei den Befragungen in Stendal-Stadtsee ergab sich ein Kategoriensystem, das anhand der Fragestellung der Untersuchung interpretiert wurde. Das Selektionskriterium (Mayring 2002; 2003; 2010) für die Kategorienbildung orientierte sich an dem Ziel der Untersuchung, eine Bestandsaufnahme zu den vorhandenen Angeboten im Stadtteil, zur gesundheitlichen Situation der Bewohner_innen sowie zu der Inanspruchnahme von präventiven Angeboten zu entwickeln. Die Dimensionen der Befragungen, die im Anschluss dargestellt werden,

verdeutlichen das Selektionskriterium, mit dem das Material für die Kategorienbildung bestimmt wurde. Ausschmückende und unwesentliche Daten (Mayring 2003) konnten dadurch selektiert werden. Es sollten möglichst allgemeine aber dennoch spezifisch an dem Stadtteil orientierte Ergebnisse über die Angebotsstrukturen sowie die gesundheitliche Situation der Bewohner_innen gewonnen werden. Individuelle Äußerungen wurden auf ein abstrakteres Niveau gebracht, um allgemeinere Aussagen zur Fragestellung treffen zu können.

Die inhaltliche Kategorisierung wurde durch Häufigkeiten der Kategorien, als quantitative Analysedaten ergänzt.

3.5.1 Optimierung der Dimensionen

Die Gestaltung der Gespräche ermöglichte eine Einflussnahme der Befragten auf die Struktur der Erhebung (Bamler 2010), sodass die Schwerpunkte für die Ergebnisdarstellung neu zusammengefasst wurden. Das Selektionskriterium blieb dennoch unverändert, da die Themenschwerpunkte, die Ausgangspunkte für die Kategorienbildung waren, lediglich zusammengefasst wurden.

Der Leitfaden der Gespräche (siehe 3.4.2 sowie Anlage D) zeigt die Dimensionen: Bürgerbeteiligung, verantwortliche lokale Führung, vorhandene Ressourcen, Vernetzung und Kooperation sowie Gesundheitsförderung. In dem Datenmaterial der Gespräche zeichnete sich ab, dass der Schwerpunkt *verantwortliche lokale Führung* mit dem Aspekt *Bürgerbeteiligung* zusammen gedacht und benannt wird. In den Aussagen wurde häufig darauf Bezug genommen, wie lokale Führungen, wie der Stadtrat oder die Stadtverwaltung in Hinblick auf die Beteiligung von Bürger_innen eingeschätzt werden. Dabei wurden auch die Einflusschancen der Bürger_innen auf Stadtentscheidungen thematisiert. In der Auswertung wurde daher die Dimensionen *verantwortliche lokale Führung* und *Bürgerbeteiligung* zu *Beteiligung* zusammengefasst.

Ebenfalls stellte sich in den Daten heraus, dass die Dimensionen *vorhandene Ressourcen* sowie *Gesundheitsversorgung* auf vergleichbare Aspekte ansprechen. Deutlich wurde schon in der Benennung der Angebote (Dimension *Gesundheitsversorgung*) welche Ressourcen,

wie Informationen und Wissen (Dimension *vorhandene Ressourcen*), die Bewohner_innen besitzen beziehungsweise erkennen. Auch die Frage nach Stärken und Schwächen des Stadtteils (Dimension *vorhandene Ressourcen*) lässt sich aus dem Datenmaterial mit den Aussagen über gute und schlechte Angebote sowie Wünsche (Dimension *Gesundheitsversorgung*) zusammendenken. In der Auswertung wurden die beiden Dimensionen daher zu *Gesundheitsförderliche Ressourcen und Risiken* zusammengeführt.

In einem nächsten Schritt der Betrachtung und Bearbeitung des Datenmaterials wurde sichtbar, dass auch die Aussagen aus der Frage nach *persönlichen Ressourcen* mit der Dimension *Gesundheitsförderliche Ressourcen und Risiken* vergleichbar sind und sich ergänzen. Viele der benannten persönlichen Ressourcen können inhaltlich nicht von benannten Angeboten sowie Stärken und Schwächen des Stadtteils getrennt werden. Folglich ergab sich daraus die Dimension *Gesundheitliche Ressourcen und Risiken*.

Die Dimension *Vernetzung und Kooperation* blieb während des gesamten Auswertungsprozesses in ihrer ursprünglichen Form bestehen.

Das untenstehende Schaubild zeigt die letztendliche Struktur der Dimensionen mit den dazugehörigen Fragestellungen, die sich in der Ergebnisdarstellung sowie Diskussion der Ergebnisse wiederfindet.

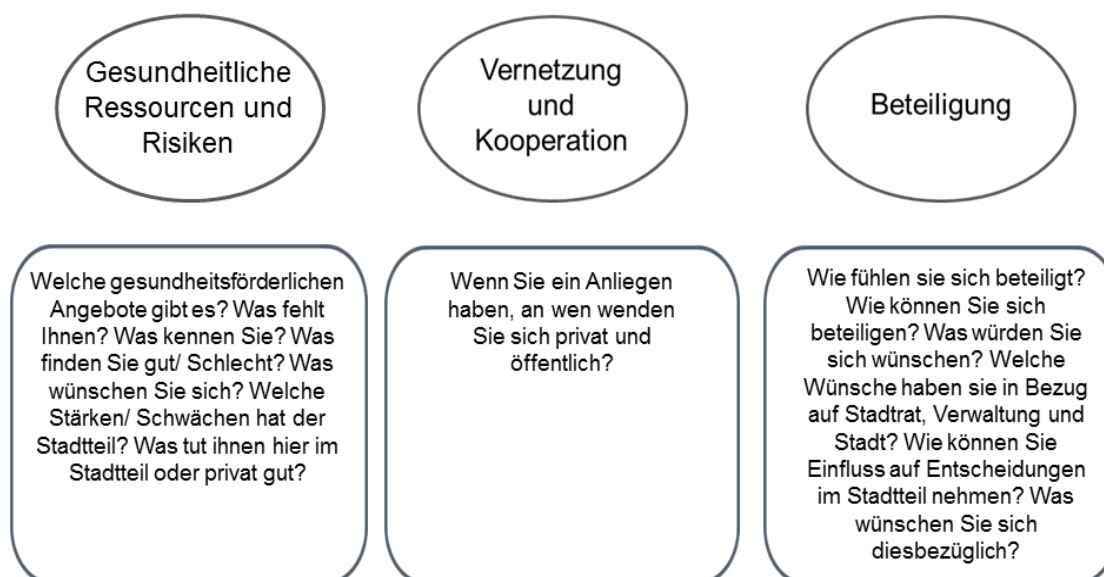


Abb. 3: Dimensionen der qualitativen Untersuchung Stendal-Stadtsee (eigene Darstellung).

3.5.2 Kategorienbildung

Kategorien der Bewohner_innen- Befragung

Für die Auswertung des Datenmaterials aus den Befragungen wurden Aussagen qualitativ in Kategorien zusammengefasst. Dieser Forschungsschritt folgte dabei der induktiven Kategorisierung der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2010). Dabei entwickelten sich Ober- sowie Unterkategorien, die in einem nächsten Schritt noch einmal überprüft und überarbeitet wurden. Das breite System der qualitativen Daten verdichtete sich im Prozess zu einem Kategoriensystem.

Um den Prozessverlauf der qualitativen Auswertung nachvollziehbar zu machen, ist es wichtig, die Entwicklung der Kategorien darzustellen. Besonders innerhalb der Ursprungsdimensionen *Gesundheitsversorgung*, *Selbstwirksamkeit/ persönliche Ressourcen* sowie *vorhandene Ressourcen* erfolgte mehrfach eine Kategoriensubsumption. Dies erfolgte aus der Zusammenfassung der Dimensionen zu *gesundheitliche Ressourcen und Risiken*.

Während der ersten Bearbeitung des Materials entwickelten sich in der Ursprungsdimension *Gesundheitsversorgung* mit den Fragestellungen: „Welche gesundheitsförderlichen Angebote gibt es? Was fehlt Ihnen? Was kennen Sie? Was finden Sie gut/ Schlecht?“ (siehe Anlage D), drei Oberkategorien: Positives, Negatives, Wünsche. Unter Positives zeichneten sich die Kategorien: Angebote für Kinder/Familien, Angebote für Jugendliche, Angebote für Erwachsene/ Senioren sowie gute Lebensbedingungen ab. Es zeigte sich an dieser Stelle, dass die Dimension in Verbindung zu *vorhandene Ressourcen* mit den Fragestellungen: „Was wünschen Sie sich? Welche Stärken/ Schwächen hat der Stadtteil?“, steht, sodass die Kategorien für beide Dimensionen gemeinsam angewendet werden können. Sie fassten sich im nächsten Schritt zu gute Angebotslandschaft sowie gute Lebensbedingungen zusammen. Mit der Zusammenfassung der Dimensionen zu *Gesundheitliche Ressourcen (und Risiken)* kam zudem die Kategorie Familie und Freunde hinzu, die bisher unter der Dimension *Selbstwirksamkeit/ persönliche Ressourcen* stand.

Dimensionen	Oberkategorie	Kategorien	Optimierte Dimensionen	verdichtete Kategorien
Gesundheitsversorgung	Positives	Angebote für Kinder /Familien	Gesundheitliche Ressourcen	Gute Angebotslandschaft
		Angebote für Erwachsene/ Senioren		Gute Lebensbedingungen
		Angebote für Jugendliche		Familie und Freunde
		Gute Lebensbedingungen		
Persönliche Ressourcen/ Selbstwirksamkeit		Familie und Freunde		

Abb. 4: Kategorienbildung 1 (eigene Darstellung).

Unter der Oberkategorie Negatives bildeten sich zu Beginn der Auswertung viele kleine Kategorien: zu teure Angebote, wenig/schlechte Angebote für Kinder/ Jugendliche, wenig/schlechte Angebote für Erwachsene/Senioren, Verschmutzung, Vandalismus, hoher Migrationsanteil. Diese wurden in einem nächsten Schritt revidiert und durch weitere Daten verdichtet, sodass sich folgende Kategorien abzeichneten: sozialer Brennpunkt, zu wenig Angebote, Kriminalität/Gewalt/Drogenkonsum, schlechte Begebenheiten, Kritik/ Angst in Bezug auf Zuwanderung. In der weiteren Materialbearbeitung stellte sich heraus, dass die Aussagen unter der Oberkategorie Wünsche in Verbindung zu der Kategorie zu wenig Angebote stehen, woraus die Kategorie Wunsch nach mehr/bedarfsgerechten Angeboten entstand. Durch die Zusammenfassung der Dimensionen wurden unter *gesundheitliche Risiken* die Kategorien noch einmal betrachtet und folgendermaßen formuliert: Wunsch nach mehr/bedarfsgerechten Angeboten, Kritik/ Angst in Bezug auf Zuwanderung, sozialer Brennpunkt. Unter der Kategorie sozialer Brennpunkt fügten sich die zuvor bestehenden

Kategorien Kriminalität/Gewalt/Drogenkonsum, Verschmutzung, Vandalismus sowie schlechte Begebenheiten ein. Die Oberkategorie Wünsche konnte demnach komplett revidiert werden.

Dimensionen	Oberkategorie	Kategorien	Optimierte Dimensionen	verdichtete Kategorien
Gesundheitsversorgung	Negatives	Verschmutzung	Gesundheitliche Risiken	Kritik/ Angst in Bezug auf Zuwanderung
		wenig/schlechte Angebote für Kinder/Jugendliche		Wunsch nach mehr/bedarfgerechten Angeboten
		hoher Migrationsanteil		sozialer Brennpunkt
		Vandalismus		
		zu teure Angebote		
		wenig/schlechte Angebote für Erwachsene/Senioren		
	Wünsche	zu wenig Angebote		

Abb. 5: Kategorienbildung 2 (eigene Darstellung).

Die Aussagen zu der Fragestellung „Was tut ihnen hier im Stadtteil oder privat gut?“ (siehe Anlage D), die ursprünglich unter der Dimension *persönliche Ressourcen/ Selbstwirksamkeit* dokumentiert wurden, wurden wie bereits beschrieben mit *gesundheitliche Ressourcen und Risiken* zusammengefasst. Es zeichneten sich daher keine einzelnen Kategorien mehr ab, sondern die Daten finden sich in den Kategorien gute Lebensbedingungen, gute Angebotslandschaft und Familien und Freunde wieder.

Aus den qualitativen Daten zu den Dimensionen in Bezug auf *Vernetzung und Kooperation* mit den Leitfragen „Wen kennen Sie? Wer fehlt? Was gibt es schon im Stadtteil? Wenn Sie ein Anliegen haben, an wen wenden Sie sich“ sowie *Beteiligung* mit den Fragestellungen „Wie fühlen sie sich beteiligt? Wie können Sie sich beteiligen? Was würden Sie sich wünschen?“ (siehe Anlage D) wurden zu Beginn des Analyseprozesses Kategorien gebildet,

die beständig blieben und lediglich in der Formulierung verändert wurden. Die Dimension Beteiligung ging, wie zuvor beschrieben, auch aus der Zusammenfassung der Dimensionen *Bürgerbeteiligung* und *verantwortliche lokale Führungen* hervor, sodass sich in den Kategorien auch Aussagen zu den Leitfragen: „Wie können Sie Einfluss auf Entscheidungen im Stadtteil nehmen? Was wünschen Sie sich diesbezüglich? Welche Wünsche haben sie in Bezug auf Stadtrat, Verwaltung, Stadt?“, wiederfinden können. Unter der Dimension verantwortliche lokale Führungen bildete sich zuvor keine einzelne Kategorie, da die befragten Bewohner_innen und Institutionen die Leitfragen immer in Verbindung zu Beteiligung verstanden haben. Folgende Kategorien zeichneten sich ab:

Beteiligung: Nicht beteiligt, Wunsch nach Beteiligung, Kein Wunsch nach Beteiligung, Gut beteiligt

Vernetzung und Kooperation: Private Netzwerke, Öffentliche Netzwerke, Keine Netzwerke.

Dimensionen	Kategorien	Optimierte Dimensionen	verdichtete Kategorien
Bürgerbeteiligung/ verantwortliche lokale Führungen	Nicht beteiligt	Beteiligung	Nicht beteiligt
	Wunsch nach Beteiligung		Wunsch nach Beteiligung
	Kein Wunsch nach Beteiligung		Kein Wunsch nach Beteiligung
	Gut beteiligt		Gut beteiligt
Vernetzung und Kooperation	Private Netzwerke	Vernetzung und Kooperation	Private Netzwerke
	Öffentliche Netzwerke		Öffentliche Netzwerke
	Keine Netzwerke		Keine Netzwerke

Abb. 6: Kategorienbildung 3 (eigene Darstellung).

Es wird deutlich, dass die gebildeten Kategorien mehrfach überprüft und anhand des Datenmaterials angepasst wurden.

Für die Analyse und Kategorienbildung wurden im Sinne der quantitativen Analyse Häufigkeiten der Kategorien angefügt (Mayring 2010) um auf die Bedeutung der Kategorien hinzuweisen.

Kategorien der Institutions-Befragung

Die Auswertung des Datenmaterials aus der Befragung von 52 Institutionen erfolgte im Anschluss an die der Bewohner_innen, sodass die Kategorienbildung bereits der neuen Dimensionsstruktur folgte. Dennoch wurden im Verlauf auch hier Kategorien subsumiert und neu formuliert, da sich das Abstraktionsniveau erweiterte.

Unter der Dimension *gesundheitliche Ressourcen* entwickelten sich bei der ersten Bearbeitung die Kategorien: vorhandenes Engagement, Angebote für Kinder, Angebote für Jugendliche sowie Angebote für Erwachsene/ Senioren. Diese fassten sich zu den zwei Kategorien vorhandenes Engagement im Stadtteil und vorhandene Angebote im Stadtteil zusammen.

Unter *gesundheitliche Risiken* bildeten sich bei der Materialauswertung vorerst die Kategorien: Stress- und Finanzprobleme, externe Bedingungen, sowie Unterstützungsbedarf mit Ehrenamtlichkeit. Diese fassten sich bei erneuter Betrachtung zu der Kategorie Institutionelle Herausforderungen zusammen. Unter der Dimension zeichneten sich weiterhin die Kategorien: Koordinierungsbedarf im Stadtteil, Zuwanderung ist Thema sowie sozialer Brennpunkt ab.

Optimierte Dimensionen	Kategorien	verdichtete Kategorien
Gesundheitliche Ressourcen	vorhandenes Engagement	Vorhandenes Engagement im Stadtteil
	Angebote für Kinder	Vorhandene Angebote im Stadtteil
	Angebote für Jugendliche	
	Angebote für Erwachsene/ Senioren	
Gesundheitliche Risiken	Stress- und Finanzprobleme	Institutionelle Herausforderungen
	externe Bedingungen	Koordinierungsbedarf im Stadtteil
	Unterstützungsbedarf mit Ehrenamtlichkeit	Zuwanderung ist Thema
		sozialer Brennpunkt

Abb. 7: Kategorienbildung 4 (eigene Darstellung).

Unter der Dimension *Vernetzung* bildeten sich während der ersten Kategorienformulierung fünf Kategorien: Wunsch nach Vernetzung im Stadtteil, Wunsch nach Vernetzung mit Bürger_innen, fehlende Transparenz, fehlender Austausch sowie Stadtteilbüro als Vernetzungsstelle. Die Kategorien Wunsch nach Vernetzung im Stadtteil, fehlende Transparenz sowie fehlender Austausch entwickelten sich zu der Kategorie Wunsch nach besserer Vernetzung mit anderen Institutionen. Bei dem zweiten Durchlauf der Materialbearbeitung bildete sich die neue Kategorie bestehende Vernetzungen, da die Institutionen mehrfach bereits bestehende Vernetzungen benannten. Die Kategorien Stadtteilbüro als Vernetzungsstelle sowie Wunsch nach Vernetzung mit Bürger_innen blieben auch bei der zweiten Bearbeitung bestehen.

Optimierte Dimensionen	Kategorien	verdichtete Kategorien
Vernetzung und Kooperation	Wunsch nach Vernetzung im Stadtteil	Wunsch nach besserer Vernetzung mit anderen Institutionen
	Wunsch nach Vernetzung mit Bürger_innen	Wunsch nach besserer Vernetzung mit Bürger_innen
	fehlende Transparenz	Bestehende Vernetzungen
	Fehlender Austausch	Stadtteilbüro als Vernetzungsstelle
	Stadtteilbüro als Vernetzungsstelle	

Abb. 8: Kategorienbildung 5 (eigene Darstellung).

Die letzte Dimension der *Beteiligung* fand nur wenig Thematisierung in den Gesprächen mit den Institutionen. Es konnte aus den Daten lediglich die Kategorie Wunsch nach mehr Vernetzung mit der Hansestadt Stendal gebildet werden.

4 Ergebnisdarstellung der Untersuchung

Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse sind dem Bericht „Leben in Stendal-Stadtsee“ (siehe Anlage A) zur qualitativen Untersuchung des Projektes „Gesundheit Stadtsee“ entnommen.

4.1 Stichprobenbeschreibung

Für die qualitative Untersuchung in Stendal-Stadtsee konnten insgesamt 208 Bewohner_innen sowie 52 Institutionen befragt werden. In folgendem Diagramm zeigt sich die Altersstruktur.

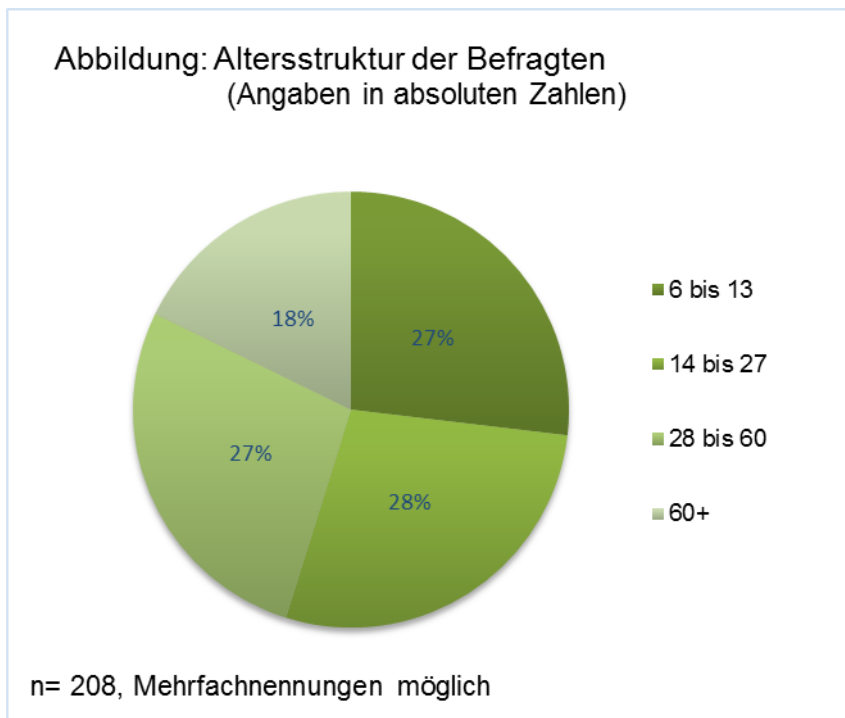


Abb. 9: Altersstruktur der Befragten in Jahren (siehe Anlage A).

Es bildeten sich daraus vier Alterskategorien ab, die weitestgehend ausgeglichen sind. Lediglich die Gruppe der über 60Jährigen ist geringer ausgestellt. Weitere Hintergründe zu den Befragten, wie bspw. Beruf, familiärer Hintergrund oder finanzielle Lage, wurden nicht festgehalten und hatten somit keinen Einfluss auf die Untersuchung.

4.2 Ergebnisse aus der Untersuchung mit Bewohner_innen und Institutionen

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der durchgeführten Leitfadengespräche mit den Bewohner_innen sowie den Institutionen dargestellt. Bei den Institutionen wurden lediglich zu zwei Dimensionen Grafiken erstellt, da die übrigen nur durch eine Kategorie bestimmt sind.

4.2.1 Ergebnisse aus der Befragung der Bewohner_innen

Die Darstellung der Ergebnisse aus den Leitfadengesprächen mit 208 Bewohner_innen des Stadtteils wird anhand der Dimensionen aufgegliedert dargestellt.

Gesundheitliche Ressourcen und Risiken

In den folgenden Ergebnissen sind Aussagen über Ressourcen bzw. Stärken des Stadtteils sowie über persönliche Ressourcen von Bewohner_innen zusammengefasst.

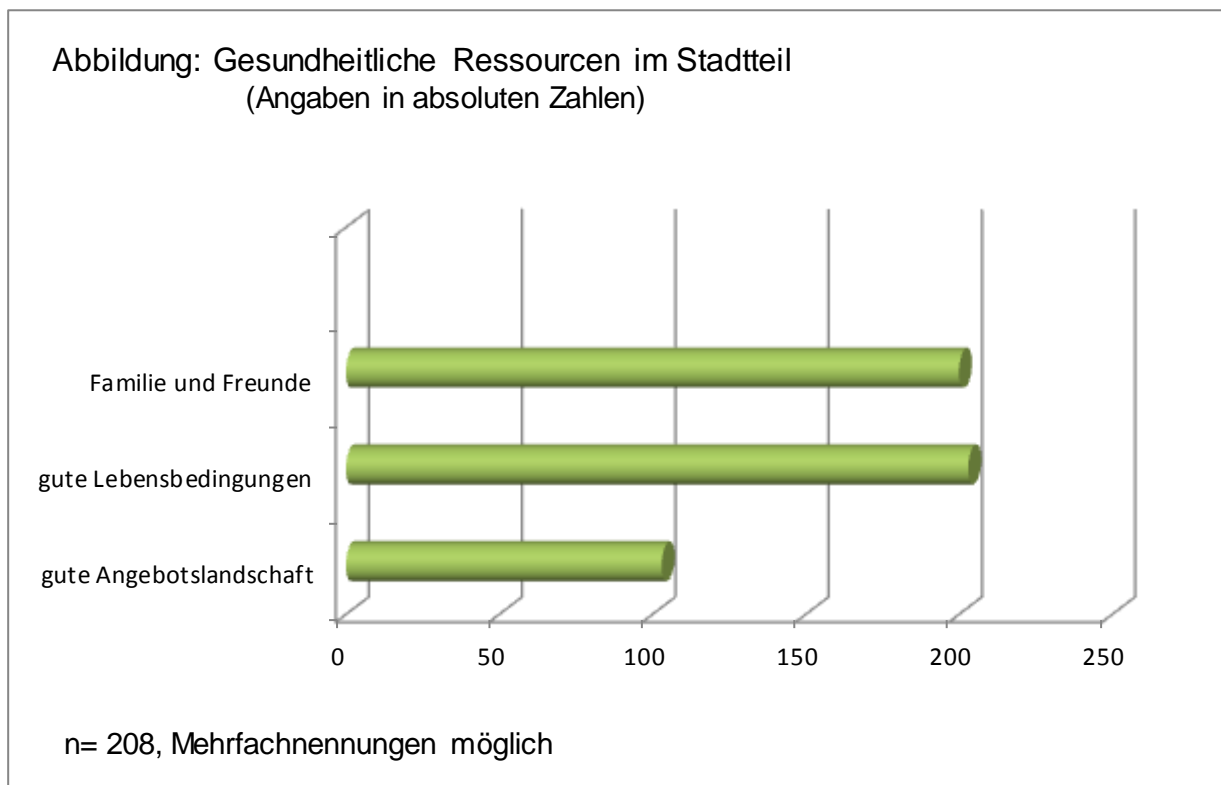


Abb. 10: Gesundheitliche Ressourcen (siehe Anlage A).

Die Ergebnisse der Befragungen zeigen, dass mit 200 Aussagen besonders Familie und Freunde als wichtige Ressourcen von den Befragten benannt wurden.

Darüber hinaus wurden 138 Aussagen über günstige Mieten, ruhiges Wohnen, gute Einkaufsmöglichkeiten sowie die zentrale Lage des Stadtteils in der Kategorie gute Lebensbedingungen zusammengefasst. Dabei wurde der Stadtsee 37 -mal als Erholungsort benannt.

In 103 Aussagen wurde das Vorhandensein von sozialen und Freizeitangeboten für Kinder, Familien, Jugendliche, Erwachsene sowie Senior_innen wie Jugendclubs, Tierpark, Gruppen, etc. positiv eingeschätzt. Diese Ressourcen und Stärken des Stadtteils wurden zur Kategorie gute Angebotslandschaft zusammengefasst.

Neben benannten Ressourcen im Stadtteil sind in den offen gestellten Fragen negative Aussagen über den Stadtteil als gesundheitliche Risiken festgehalten und in folgenden Kategorien zusammengefasst.

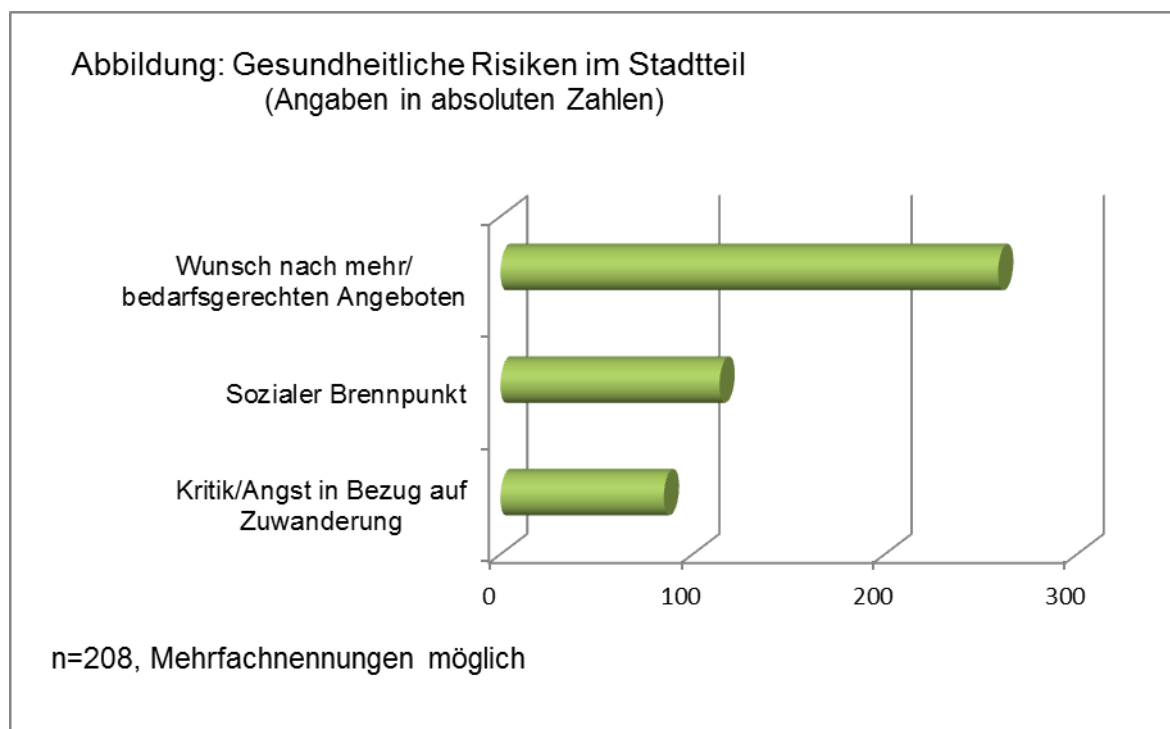


Abb. 11: Gesundheitliche Risiken (siehe Anlage A).

In der Kategorie Wunsch nach mehr /bedarfsgerechten Angeboten sind 182 Aussagen bzgl. Wünschen, wie ein Indoorspielplatz für schlechtes Wetter, mehr Austauschmöglichkeiten, mehr Spielplätze oder mehr Wochenendangebote zusammengefasst. Zudem sind in der Kategorie auch 77 Aussagen über zu wenige oder schlechte Angebote festgehalten. Diese beziehen sich beispielsweise auf heruntergekommene Spielplätze, zu kurze Öffnungszeiten von Jugendclubs, wenige Möglichkeiten für Familienaktivitäten, zu teure Sportangebote oder zu wenig Angebote für Erwachsene.

114 Aussagen zum Vorhandensein von Drogen- und Alkoholkonsum, Gewalt, Vandalismus, Verschmutzungen und Arbeitslosigkeit, Vernachlässigung des Gebietes, zu viele Plattenbauten, schlechter Ruf und Lärmbelästigungen wurden zur Kategorie Sozialer Brennpunkt¹ zusammengefasst.

Es wurden 85 kritische Aussagen über Zuwanderung geäußert. Diese bezogen sich auf Ängste vor Gewalt, Krieg, Respektlosigkeit und Unsicherheit. Ein hoher Migrationsanteil im Stadtteil wurde 27-mal negativ benannt.

¹ Der Begriff „Sozialer Brennpunkt“ wurde in der Diskussion zu den Handlungsempfehlungen kritisiert. Er macht Bilder über den Stadtteil auf, die nur teilweise berechtigt sind. Wir gehen davon aus, dass die Studie insgesamt ein sehr differenziertes Bild über den Stadtteil wiedergibt. Dabei ist nicht zu verachten, dass der Stadtteil besondere Herausforderungen birgt und die von den Bewohner_innen benannten Probleme hier überproportional vorhanden sind. Die Kategorie wird deshalb weiterhin „Sozialer Brennpunkt“ benannt.

Vernetzung und Kooperation

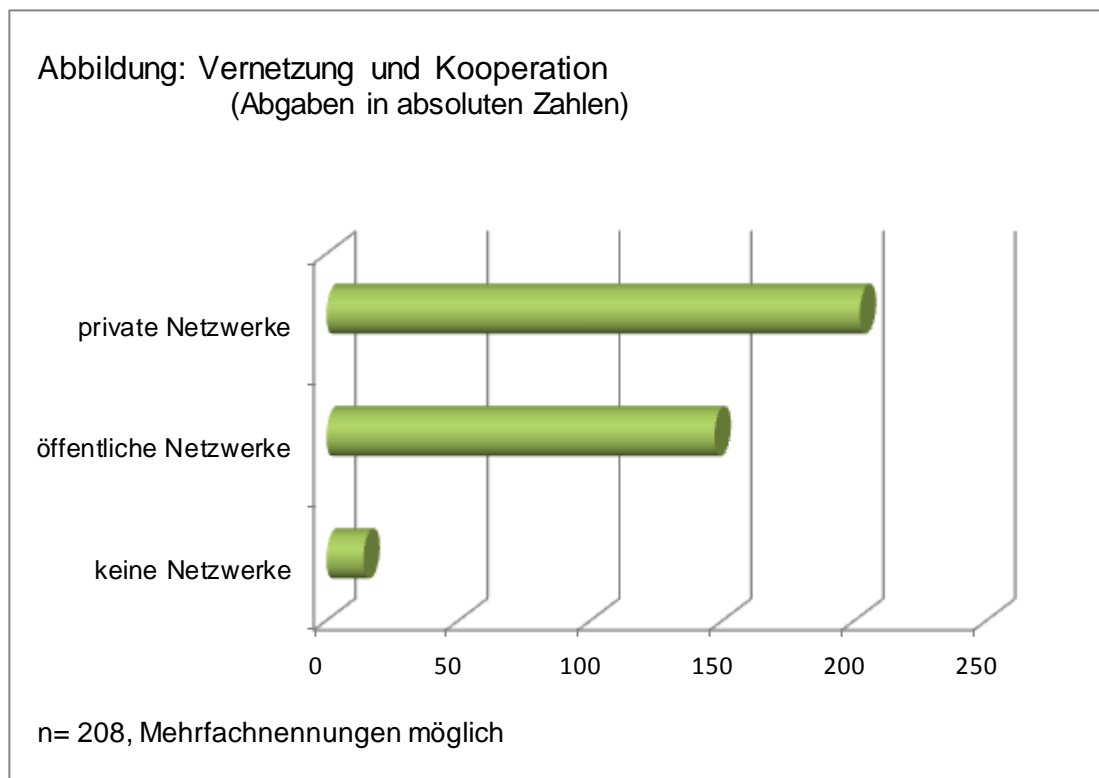


Abb. 12: Vernetzung und Kooperation (siehe Anlage A).

Die größte Bedeutung haben mit über 200 Nennungen private Netzwerke. In dieser Kategorie wurden mit 107 Aussagen vor allem die Familie mit Großeltern, Kinder, Geschwister, Eltern sowie Ehe-/Partner_innen sowie 91-mal Freunde als Hinwendungsmöglichkeiten benannt.

147 Aussagen, die öffentliche Einrichtungen als Ansprechpartner_innen benannten, sind in der Kategorie Öffentliche Anlaufstellen zusammengefasst. Als wichtige Ressourcen wurden mit 42 Aussagen die Wohnungsbaugesellschaften, mit 26 Aussagen Mitarbeiter_innen in Horten und Jugendclubs sowie mit 21 Aussagen das Jobcenter benannt.

14 der Befragten äußerten sich explizit über fehlende Bezugspersonen oder Ansprechpartner_innen im Stadtteil.

Beteiligung

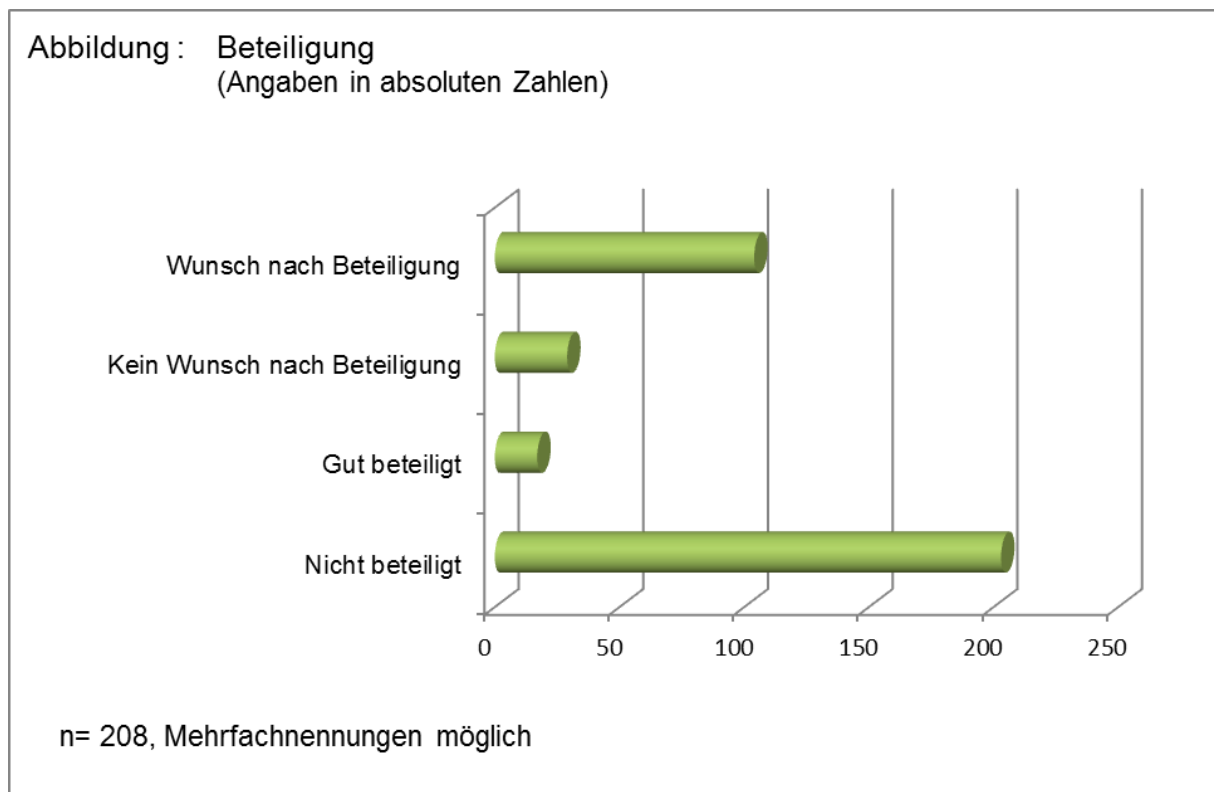


Abb. 13: Beteiligung (siehe Anlage A).

Das Diagramm zeigt, dass mit 203 Aussagen, die in der Kategorie nicht beteiligt zusammengefasst wurden, ein Großteil der befragten Bewohner_innen angibt, keine Beteiligung zu erfahren. Zudem machten 11 von 208 Befragten keine Angaben zu Beteiligungserfahrungen und Beteiligungsmöglichkeiten. Bestehende Beteiligungsmöglichkeiten wurden lediglich neun Mal benannt. Dies lässt darauf schließen, dass die Bewohner_innen insgesamt nicht wissen, wie sie sich beteiligen können bzw. keine Beteiligungsmöglichkeiten haben.

Gleichzeitig hat Beteiligung jedoch einen hohen Stellenwert für die Befragten, da 104 Personen Aussagen äußerten, die die Kategorie Wunsch nach Beteiligung bilden.

4.2.2 Ergebnisse aus der Befragung der Institutionen

Gesundheitliche Ressourcen und Risiken

In den Befragungen der Institutionen machten 32 der 52 Institutionen Aussagen, die in der Kategorie vorhandene Angebote *im Stadtteil* zusammengefasst wurden. Am häufigsten benannt waren dabei 26 Angebote für Kinder, 21 Angebote für Jugendliche und 16 Angebote für Erwachsene und Senioren. In 14 Aussagen wurde das im Stadtteil vorhandene Engagement positiv eingeschätzt.

In den Gesprächen mit den Institutionen wurden demgegenüber auch Risiken benannt, die folgend dargestellt sind.

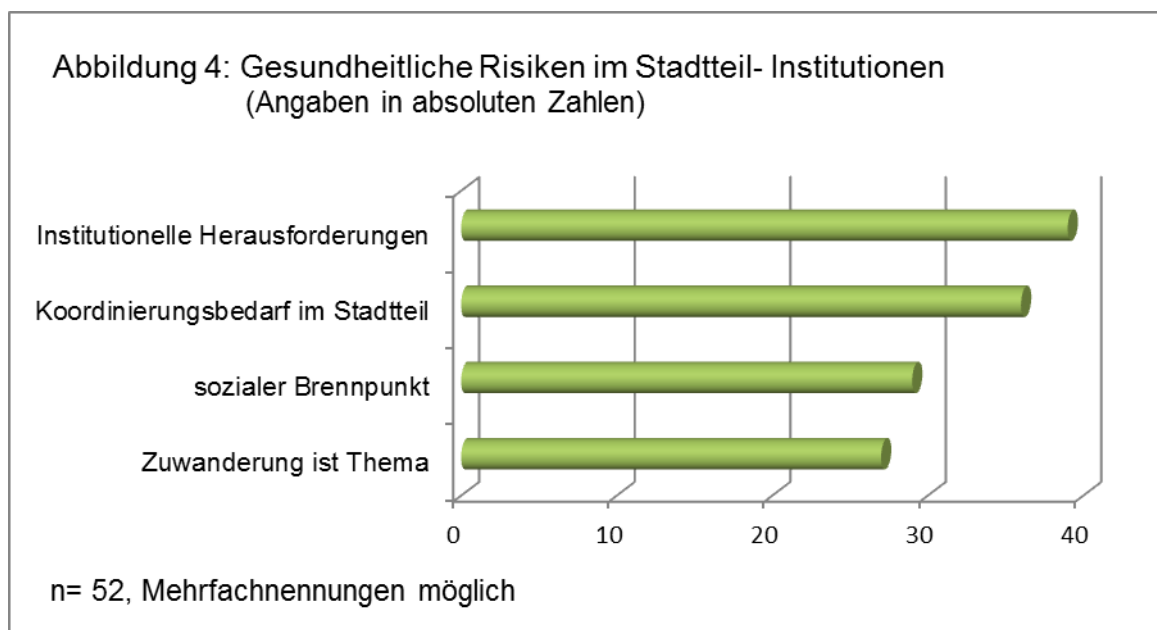


Abb. 14: Gesundheitliche Risiken der Institutionen (siehe Anlage A).

In der Befragung äußerten 39 von 52 Institutionen, Hürden in der Umsetzung ihrer Arbeit. Diese wurden zur Kategorie institutionelle Herausforderungen zusammengefasst. Hier wurden 18-mal Stress und 12-mal Finanzierungsschwierigkeiten als häufigste und stärkste Belastungen identifiziert. Zudem wurden Aussagen über fehlende Räumlichkeiten und Unterstützungsbedarfe bei der Arbeit mit Ehrenamtlichen getroffen. Teilweise benennen Institutionen, dass diese Herausforderungen erhöhte Krankenstände bei Mitarbeitenden und Ehrenamtlichen mit sich bringen.

Darüber hinaus lässt sich in 36 Aussagen ein hoher Koordinierungsbedarf im Stadtteil erkennen. Die befragten Institutionen wünschten sich hier: bessere Informationen zu bestehenden Angeboten, Möglichkeiten und Terminen im Stadtteil, sodass eine gezielte Zusammenarbeit und Abstimmung im Stadtteil möglich wird.

In 29 Aussagen benannten die Institutionen Stendal-Stadtsee ebenfalls als Sozialen Brennpunkt beziehungsweise Stadtteil mit besonderen Herausforderungen². Dabei wurde überwiegend auf besondere Herausforderungen in der täglichen Arbeit durch hohe Unterstützungsbedarfe, besondere Zielgruppen, hohe Arbeitslosigkeit und Armut hingewiesen.

Ähnlich wie die Ergebnisse der Bewohner_innen-Befragungen zeigen, ist Zuwanderung auch für Institutionen ein relevantes Thema. Die Befragten nannten Überlastungen durch erhöhten Zulauf in ihren Institutionen und brachten dies mit einem erhöhten Krankenstand, Mehrbedarfe an Mitarbeiter_innen und Finanzierung sowie Unterstützungsbedarfe im Umgang mit veränderten Anforderungen wie beispielsweise Sprachbarrieren in Verbindung. Zudem wurde der Abbau von Vorbehalten in der etablierten Bevölkerung des Stadtteils als zentrale Voraussetzung für ein gesundes Zusammenleben benannt.

² Die Ergebnisse können mit der Kategorie Sozialer Brennpunkt verglichen werden. Die Kategorie wurde an dieser Stelle Stadtteil mit besonderen Herausforderungen benannt, da sich die Aussagen stärker auf Herausforderungen im Stadtteil beziehen.

Vernetzung und Kooperation

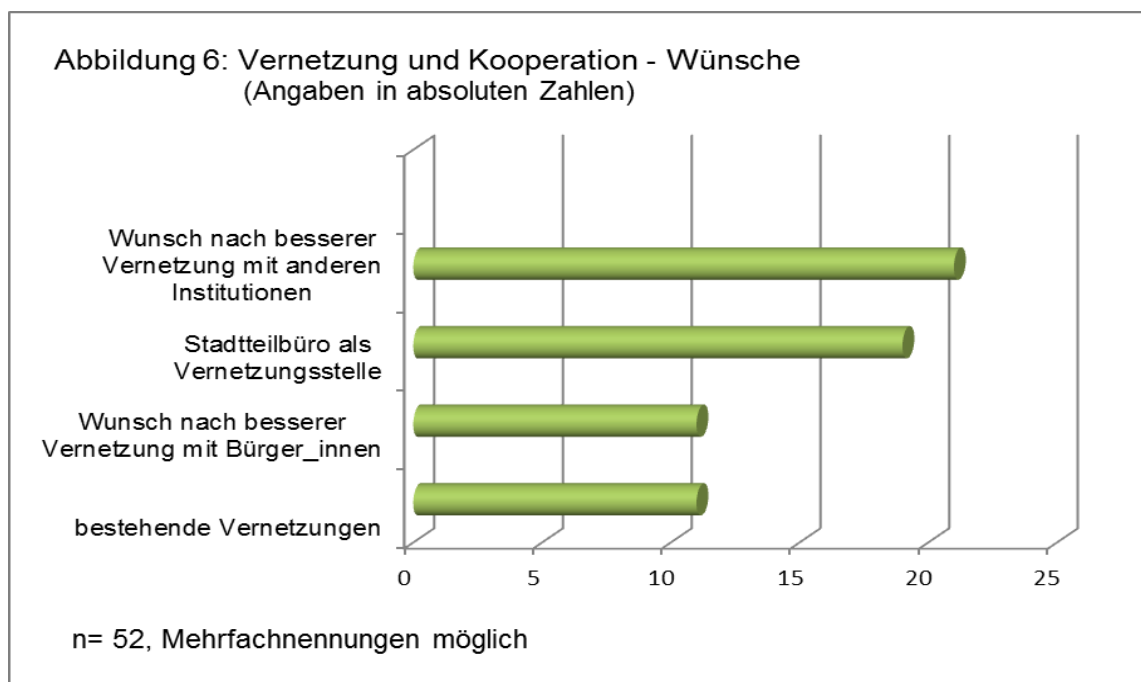


Abb. 15: Vernetzung und Kooperation – Institutionen (siehe Anlage A).

Auffällig ist die häufige Benennung des Wunsches nach besserer Vernetzung mit anderen Institutionen. Dieser Eindruck wird noch einmal verstärkt, wenn die Aussagen in der Kategorie Koordinierungsbedarfe im Stadtteil mit 36 Aussagen sowie zu Stadtteilbüro als Vernetzungsstelle mit 19 Aussagen (folgender Punkt) mit betrachtet werden.

Da die Umfrage der Institutionen im Rahmen der Vorstellung des neuen Stadtteilmanagements in Stendal-Stadtsee erfolgte, finden sich in den Ergebnissen Aussagen zu den Erwartungen an das Stadtteilmanagement wieder. Dieses soll Vernetzungs- und Koordinationsarbeit im Stadtteil leisten und hierzu Ansprechpartnerin sein. Es soll zudem beraten, Informationen bündeln und vermitteln, bei Finanzierungen unterstützen, Veranstaltungen organisieren, Interessen vertreten sowie allgemein die Institutionen unterstützen.

Einigen befragten Institutionen ist es zudem wichtig, besser mit Bürger_innen des Stadtteils in Kontakt zu kommen und sie als Adressat_innen zu gewinnen.

11 Akteur_innen benannten bestehende Vernetzungen mit anderen Institutionen.

Beteiligung

Lediglich in 6 Gesprächen mit den Institutionen wurde Beteiligung thematisiert. In diesen Aussagen wurde hauptsächlich der Wunsch nach mehr Vernetzung mit der Hansestadt Stendal genannt.

4.3 Ergebnisse der Untersuchungspräsentationen

4.3.1 Untersuchungspräsentation I

Am 20.04.2016 fand im Stadtteilbüro in der Adolph-Menzel-Str. 18 ein Treffen von Akteur_innen zur Vorstellung des Ergebnisstandes aus der Befragung im Stadtteil statt. Zentraler Schwerpunkt war neben der Vorstellung der Ergebnisse die Diskussion dieser. Der Landrat der Hansestadt Stendal lud dazu zahlreiche Akteur_innen des Stadtteils, aber auch über die Grenzen Stadtsees hinaus, ein. Moderiert und strukturiert wurde die Veranstaltung durch das Stadtteilmanagement Stendal-Stadtsee, da sie die Planung und Durchführung der Untersuchung begleiteten. Ziel des Austausches war zudem die Bündelung fachlicher Ressourcen der Akteur_innen und Entscheidungsträger_innen vielfältiger, für die Gesundheit bedeutender, Bereiche des kommunalen Lebens. Die Chance, bereits Kooperationen und Partnerschaften für gesundheitsförderliche Lebenswelten im Stadtteil auf den Weg zu bringen, gab dem Treffen ebenfalls Bedeutung.

Das Treffen wurde durch Mitarbeiter_innen von KinderStärken e.V. übergreifend zum Stadtteilmanagement protokolliert. Es wurde ein Ergebnisprotokoll entwickelt, welches zur Entwicklung der Handlungsempfehlungen genutzt wurde (siehe Anlage F). Die Tabelle des Anhangs zeigt dafür die Ergebnisse der Befragung sowie beider Vorstellungstreffen der Befragung. Die Ergebnisse wurden in einem erneuten Schritt interpretiert und zusammengefasst, um im Anschluss eine erste Ableitung der Handlungsempfehlungen zu ermöglichen.

In der Tabelle (Anlage E) zeigt sich, dass die Diskussionen der Ergebnisse Einfluss auf die Entwicklung der Handlungsempfehlungen hatte, sodass die Akteur_innen weiter in den Prozess der Gesundheitsförderung im Stadtteil einbezogen wurden.

4.3.2 Untersuchungspräsentation II

Die zweite Vorstellung der Ergebnisse aus der Untersuchung erfolgte im Rahmen des Arbeits- und Austauschtreffens „Stendal-Stadtsee“ am 22.04.2016. Es trafen sich Vertreter_innen aus Grundschulen, Sekundarschulen und Jugend- und Freizeitclubs des Stadtteils Stadtsee, um die Vernetzung untereinander zu stärken und sich zielgerichtet über die Willkommenskultur vor Ort und dem eigenen Arbeitsanteil darin auszutauschen. Die Thematik Flucht, Zuwanderung und Willkommenskultur ergaben sich speziell aus den Gesprächen des Stadtteilmanagements mit einigen der Schulen und Jugend- und Freizeitclubs. In Gesprächen mit dem Stadtteilmanagement äußerten die Institutionen und Akteur_innen Überlastungssituationen durch den aktuell stärkeren Zulauf in der jeweiligen Einrichtung und wünschten sich einen Austausch mit anderen, die in einem vergleichbaren Bereich tätig sind. Das Stadtteilmanagement nahm diesen Wunsch auf und organisierte das Arbeits- und Austauschtreffen im Stadtteilbüro.

Auch aus diesem Austausch sind Ergebnisse in die Entwicklung der Handlungsempfehlungen eingegangen (siehe Anlage E).

4.4 Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse aus den Befragungen der Bewohner_innen und Institutionen lassen aufgrund der Stichprobengröße ausschließlich auf Tendenzen schließen, die jedoch in Bezug zur setting-orientierten Gesundheitsförderung gesetzt werden können.

Stendal-Stadtsee ist ein Stadtteil, der sich besonderen Anforderungen stellen muss und in dem sich verschiedene Herausforderungen wie Arbeitslosigkeit, Armut und kulturelle Vielfalt konzentrieren, die einen Einfluss auf die Lebensqualität und das Wohlbefinden nehmen. Dennoch zeigt die Untersuchung, dass es zahlreiche Potenziale gibt, die im Sinne einer nachhaltigen Gesundheitsförderung genutzt werden können. Auch wenn der Wunsch nach mehr bzw. bedarfsgerechteren Angeboten vorhanden ist, so steht dem die Auflistung von zahlreichen Angeboten sowie guten Lebensbedingungen im Stadtteil gegenüber.

Es zeigt sich in den Ergebnissen (siehe Kategorien: gute Angebotslandschaft, gute Lebensbedingungen, Wunsch nach mehr/ bedarfsgerechten Angeboten, Sozialer Brennpunkt,

vorhandene Angebote im Stadtteil, Koordinierungsbedarf im Stadtteil, Institutionelle Herausforderungen), dass vor allem die Rahmenbedingungen im Stadtteil thematisiert wurden. Dies lässt einen Rückbezug zum Setting-Ansatz zu, da sich darin deutlich die Verhältnisebene widerspiegelt. Als bedeutsame Strategie zur nachhaltigen Verankerung von Gesundheitsförderung im Setting macht der Setting-Ansatz (siehe 2.2.4) deutlich, dass es um die Schaffung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen für Leben und Arbeit geht, um darüber die Menschen zu erreichen und gesundheitliche Problemlagen und Belastungen zu bewältigen. Auch in Stendal-Stadtsee lässt sich durch die befragten Bewohner_innen und Institutionen der Trend abzeichnen, dass der Wunsch und Bedarf nach verhältnisbezogenen Maßnahmen, wie der Etablierung vielfältiger Angebote, größer ist, als der nach verhaltensbezogenen. Dennoch kann die Verhaltensprävention, auch in Stendal-Stadtsee, für die nachhaltige Stärkung der Gesundheit nicht unbeachtet bleiben, da sie die Bewohnerschaft befähigt, mit Problemen und Belastungen umzugehen (Geene und Rosenbrock 2011). Es lässt sich aus den Ergebnissen ableiten, dass die Chance einer positiven Stärkung und Beeinflussung über die Entwicklung gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen hoch scheint. Weiterhin stützt der Setting-Ansatz auch das Ergebnis, dass der Wunsch nach Beteiligung im Stadtteil besteht. Wie der Abschnitt 2.2.5 deutlich macht, zeigt sich durch Beteiligungsmöglichkeiten die Chance über Beteiligungs- und Selbstwirksamkeitserfahrungen eine Verbesserung der Gesundheit zu erzielen und diese eigenständig im Blick zu behalten und weiterzuentwickeln. Darüber hinaus können auch die tatsächlichen Bedarfe der Menschen im Stadtteil erfahren und unterstützt werden, da sie als Expert_innen ihrer eigenen Gesundheit verstanden werden können (Kilian & Wright 2012). In Stendal-Stadtsee gilt es daher zu reflektieren, welche Beteiligungsstrukturen bereits vorhanden sind und welche es auszubauen gilt, da aus den Ergebnissen abgeleitet werden kann, dass die Bewohnerschaft kaum Beteiligungserfahrungen macht. Die Entwicklung von Beteiligungsstrukturen ist jedoch auch im Kontext der institutionellen Überlastungssituation im Stadtteil zu diskutieren, auf die die Untersuchung ebenfalls schließen lässt. Es lässt sich feststellen, dass die Institutionen und Akteur_innen bedeutende Ansprechpartner_innen im Stadtteil sind, jedoch mit internen und externen Herausforderungen belastet sind, die eine zielgerichtete Arbeit auch in Bezug auf Gesundheitsförderung hemmen können. In den Ergebnissen lässt sich daher auch ein großer Wunsch nach Austausch, Vernetzung und Transparenz untereinander erkennen, da es neben der Schaffung neuer Strukturen und Angebote vor allem auch darum geht, bereits vorhandene Ressourcen, wie die Angebote, die bereits bestehen, für alle Bevölkerungsgruppen im Stadtteil bekannt und zugänglich zu

machen. Grundlage dafür ist, dass die Institutionen und Akteur_innen wechselseitig über ihre Arbeit informiert sind.

Auch in den Gesprächen mit Bewohner_innen wurde die Bedeutung von sozialen Netzwerken deutlich, die jedoch unter den Befragten bereits zu bestehen scheinen. Der Stadtteil kann die bestehenden Netzwerke stärken und darüber auch Menschen in ihren Lebenszusammenhängen erreichen.

Nicht zuletzt lässt sich aus den Ergebnissen und der zwei Untersuchungsvorstellungen ableiten, dass ein differenziertes Bild über den Stadtteil vorherrscht. In der Diskussion der Ergebnisse am 20.04.16 zeichnete sich die Kritik an der Formulierung der Kategorie Sozialer Brennpunkt ab. Die Akteur_innen verwiesen auf die Vermittlung eines großen Konfliktpotenziales (siehe Anlage E). Die Begrifflichkeit blieb dennoch bestehen, da die Befragungen durchaus auf Problemlagen im Stadtteil hinwiesen, die einen erheblichen gesundheitlichen Einfluss nehmen können. Wichtig ist darin zu erkennen, dass das Image des Stadtteils, aber auch das Image der Bewohner_innen auf Seiten der Institutionen zu reflektieren und diskutieren ist. Ein authentisches Bild des Stadtteils lässt einen Rückschluss zu den tatsächlichen Bedarfen zu.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Ergebnisse auf Trends zur gesundheitlichen Situation in Stendal-Stadtsee hinweisen, die aber speziell mit Bewohner_innen und Institutionen sowie Akteur_innen zu diskutieren sind, wie es bereits im bisherigen Prozess angestrebt wurde. Durch die Diskussion konnten bereits erste Handlungsempfehlungen formuliert werden, die eine Weiterentwicklung und Stützung der gewonnenen Ergebnisse ermöglichen.

4.5 Resümee des Forschungsprozesses

In diesem Abschnitt wird der Forschungsprozess anhand des Ablaufmodells qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) und vom Standpunkt als Forscherin im Prozess reflektiert. Es folgt eine Einschätzung der Gütekriterien für die qualitative Untersuchung nach Mayring (2002). Es werden dabei Verfahrensdokumentation, Argumentative Interpretationsabsicherung, Regelgeleitetheit, Nähe zum Gegenstand, Kommunikative

Validierung sowie Triangulation beleuchtet. Wie bereits unter Abschnitt 3.5 dargestellt, orientiert sich die qualitative Inhaltsanalyse, die als Methode zur Auswertung des Datenmaterials verwendet wurde, an einem allgemeinen Ablaufmodell (Mayring 2010). Dieses kann an die konkrete Untersuchung angepasst werden, dennoch können grundlegende Analyseschritte als Anhaltspunkte dienen. Für die Reflektion des Forschungsprozesses wird kurz der Ablauf der Forschung betrachtet, um die Vorgehensweise kritisch zu betrachten. Für die Untersuchung in Stendal-Stadtsee ergab sich der folgend dargestellte Ablauf.

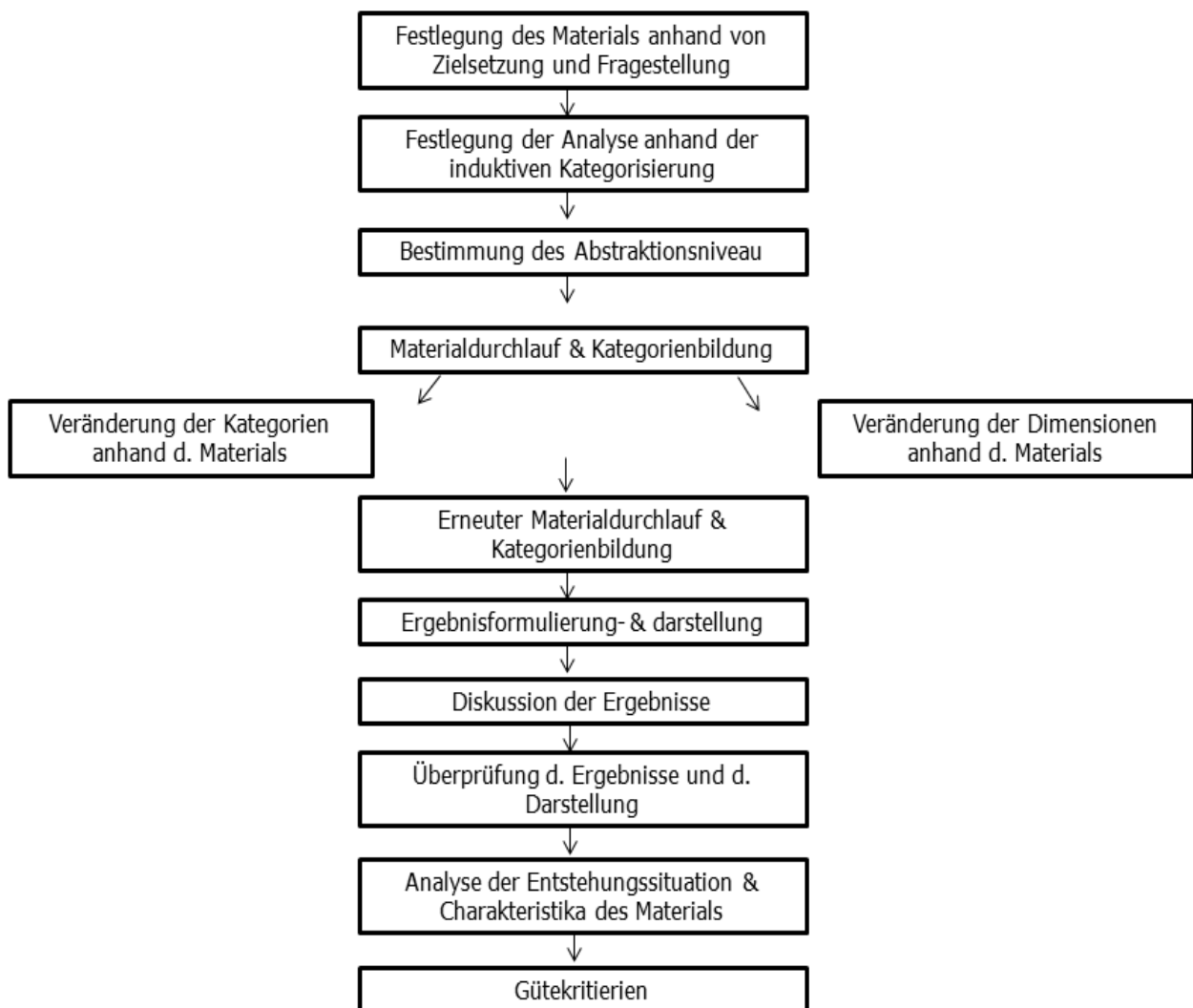


Abb. 16: Ablauf der Inhaltsanalyse der qualitativen Untersuchung Stendal-Stadtsee (eigene Darstellung).

Vergleichend zur Abbildung 2, die das allgemeine inhaltsanalytische Ablaufmodell (Mayring 2010) darstellt, lassen sich spezielle Unterscheidungen festmachen. Der dargestellte Ablauf verdeutlicht, dass die Analyse der Daten hauptsächlich durch die Kategorienbildung bestimmt wurde. Dabei wurde die formale Charakteristik sowie die Entstehungssituation des Datenmaterials von den Forscher_innen mitgedacht, jedoch nicht als einzelner Analyseschritt festgehalten. Verschriftlicht wurden diese beiden Aspekte erst im Rahmen der Erstellung des Ergebnisberichtes zur Untersuchung sowie im Rahmen dieser Arbeit. Zudem erfolgte eine Veränderung des Abstraktionsniveaus sowie der Dimensionen, die laut Mayring (2010) vor der Kategorienbildung festzulegen sind. Die zentralen Schritte der Zusammenfassung und induktiven Kategorisierung als Ablaufmodell des Kategoriensystems, wie die Bildung, Rücküberprüfung und erneute Materialbearbeitung wurden in der Untersuchung eingehalten. Auch Gütekriterien konnten benannt werden und stellen sich ebenfalls in diesem Abschnitt dar. Zuvor erfolgt eine Reflektion des Forschungsprozesses aus Sicht der Forscherin im Prozess.

Die Zusammenarbeit von mehreren Forscher_innen zeigte sich im Verlauf als Herausforderung und Chance zugleich. Die Gruppe der Studierenden, die die Befragungen der Bewohner_innen im Stadtteil durchführten, hatten verschiedene Schwierigkeiten zu bewältigen, wie der wechselnden Gesprächssituation und Gesprächsbedingung oder der Gesprächsbereitschaft. Diese wird an dieser Stelle nicht näher reflektiert, da dies im Einzelnen nur durch die Studierenden selbst erfolgen kann. Die Aussagen der Bewohner_innen wurden schriftlich dokumentiert. Als Vorlage dafür diente der Leitfragebogen. Nach dieser schriftlichen Dokumentation wurden sie in einer grammatikalischen Kurzform in eine Datenbank eingefügt. Im Auftrag von KinderStärken e.V. und der AOK Sachsen-Anhalt führte die Autorin, als Studentin der Kindheitswissenschaften, die Auswertung in Zusammenarbeit mit dem Stadtteilmanagement und der Geschäftsführung von KinderStärken e.V. durch. Im Verlauf der Auswertung zeigte sich die Schwierigkeit, Einzelheiten in der Logik der Datenbank nachzuvollziehen, da diese von Forscher_innen, die nicht an der Auswertung der Daten mitarbeiteten angelegt wurde. Es war demnach ein mehrmaliger Austausch mit der Gruppe der Interviewer_innen nötig. Zudem erschwerte das Excel-Format der Datenbank die Auswertung.

Da die Gespräche nicht aufgezeichnet und transkribiert wurden, sondern der Inhalt der Aussagen dokumentiert wurde, sind Abweichungen durch das Verständnis der

Interviewer_innen möglich. Im digitalen Anhang (CD) zeigen sich die Datenbanken der Befragungen mit den jeweils entwickelten Kategorien. Eine klar strukturierte Kategorienliste mit den jeweiligen Aussagen der Institutionen ist im bisherigen Forschungsverlauf nicht erstellt worden. Erkenntlich ist dennoch aus welchen Aussagen die Kategorien hervorgegangen sind. Für die Befragungen der Bewohner_innen ist dies der Datenbank zu entnehmen. Die Auswertung der Daten erfolgte stets in einem wechselseitigen Austausch zwischen den Forscher_innen des Stadtteilmanagements, der Geschäftsführung von KinderStärken e.V., sowie der Autorin, sodass unterschiedliche Perspektiven und Interpretationswege berücksichtigt werden konnten. Die Erarbeitung der Auswertung in Verbindung mit der Verfassung eines Ergebnisberichtes nahm aufgrund des häufigen Austausches und der wechselseitigen Bearbeitung eine größere Zeitspanne in Anspruch, als zuvor geplant. Interpretationen der Daten konnten dadurch jedoch häufig überdacht und überarbeitet werden. Dabei stellte sich auch die zuvor dargestellte Optimierung der Dimensionen heraus.

Weiterhin gilt es auch die Repräsentativität der Untersuchung zu reflektieren. Dabei wurde besonders im Akteurstreffen vom 20.04.16 (siehe Anlage F) noch einmal deutlich, dass sich Stadtsee in drei Stadtteile teilt (Stadtsee I, II, III), die nicht einzeln untersucht wurden. Ob und welche Unterschiede es in Bezug auf die Untersuchungsaspekte zwischen den drei Teilen Stadtsees gibt, kann nicht festgestellt werden. Offen bleibt zudem auch, zu welchen Anteilen die befragten Bewohner_innen der drei Teile sind. Wie bereits Abschnitt 4.4 – Diskussion der Ergebnisse – verdeutlicht, lässt sie Untersuchung lediglich auf Trends bezüglich der gesundheitlichen Situation in Stendal-Stadtsee schließen, die jedoch theoriegeleitet gestützt werden und auf Handlungsempfehlungen schließen lassen. Bevor diese dargestellt werden folgt die Einschätzung des Forschungsprozesses nach sechs qualitativen Gütekriterien.

Gütekriterien der qualitativen Untersuchung

Verfahrensdokumentation

Die vorliegende Arbeit weist die Verfahrensdokumentation der qualitativen Untersuchung in Stendal-Stadtsee nach und macht damit den Forschungsprozess nachvollziehbar. Es sind

dabei das Vorverständnis, das Analyseinstrument sowie die Datenerhebung- und auswertung dargestellt.

Nähe zum Gegenstand

Die qualitativen Befragungen setzten direkt in der Lebenswelt der Menschen an, dessen Sichtweise es zu untersuchen galt. Es stand die Lebenswelt des Stadtteils im Fokus der Untersuchung. Die zu Befragenden wurden daher in dieser Lebenswelt aufgesucht und befragt, sodass sie aus ihren Lebenszusammenhängen heraus Aussagen treffen konnten. Die Befragungen folgten der Strategie des offenen Ohres, wodurch Raum für die Themen der Befragten war. Trotz der Berücksichtigung des Leitfadens blieben Einflussmöglichkeiten der Befragten auf die Gespräche und somit auch auf die Untersuchung selbst, wodurch sich eine große Nähe zum Gegenstand zeigt.

Es gilt in den nächsten Schritten zu beobachten, ob die Ergebnisse in den Prozess der Umsetzung von Gesundheitsförderung übertragen werden können und die Bewohner_innen und Institutionen weiterhin einbezogen werden.

Regelgeleitetheit

Die Analyse des Gegenstandes der qualitativen Untersuchung folgte dem Prozessmodell induktiver Kategorisierung nach Philipp Mayring (2010) (siehe 4.3). Schrittweise wurden das Ziel der Analyse, das Material sowie das Selektionskriterium festgelegt. Im Anschluss wurde das Material in mehrmaligen Schritten bearbeitet, woraus sich Kategorien bildeten und wiederum subsumiert bzw. neu formuliert wurden (siehe 4.3.2). Nachfolgend wurden die Kategorien interpretiert und in eine Ergebnisdarstellung gebracht. Die interpretierten Ergebnisse wurden mit Professionellen diskutiert. In einem weiteren Schritt wurden aus der Interpretation und Analyse Handlungsempfehlungen abgeleitet.

Argumentative Interpretationsabsicherung

Die qualitative Untersuchung erfolgte theoriegeleitet zum dargestellten Vorverständnis, welches den Befragungen zugrunde lag.

Die Kategorienbildung und Interpretation erfolgte im Austausch mehrerer Forscher_innen, die die Deutungen wechselseitig überprüften. Auch in dem diskursiven Austausch über die gewonnenen Ergebnisse mit Akteur_innen zeigten sich Alternativdeutungen, die aufgenommen und in dem bedeutsamen Schritt der ersten Formulierung von Handlungsempfehlungen berücksichtigt wurden (siehe Anlage E).

Kommunikative Validierung

Wichtig für die Beurteilung der qualitativen Forschung wird an dieser Stelle das Verfahren der kommunikativen Validierung (Klüver 1979; Heinze/Thiemann 1982), das an Bedeutung gewinnt. Hierbei werden die Ergebnisse von Forscher_innen und Beforschten gemeinsam betrachtet und diskutiert. Die qualitative Untersuchung in Stendal-Stadtsee wurde bereits zu zwei Zeitpunkten mit Akteur_innen des Stadtteils, die Gegenstand der Untersuchung waren, besprochen und diskutiert (siehe 5.3). Ergebnisse des diskursiven Austausches wurden in Protokollen festgehalten und in die Erarbeitung der Handlungsempfehlungen einbezogen. In nächsten Schritten sollen auch Dialoge mit Bewohner_innen über die Ergebnisse durchgeführt werden. Die Handlungsempfehlungen können dadurch weiter verdichtet und die Interpretation der Daten überprüft werden.

Triangulation

Für die Analyse der gewonnenen Daten aus den Befragungen arbeiteten mehrere Forscher_innen wechselseitig an der Untersuchung. Es ließen sich dadurch unterschiedliche Überlegungen und Interpretationswege in die Auswertung einbringen. Grundsätzlich gingen dabei jedoch alle Forscher_innen von demselben Vorverständnis aus.

Die Gruppe der Befragten setzt sich zudem neben Bewohner_innen auch aus Institutionen und Akteur_innen des Stadtteils sowie über die Stadtteilgrenzen hinaus zusammen. Auch dadurch lässt sich ein Einfluss verschiedener Perspektiven feststellen. Die Ergebnisse konnten zueinander in Verbindung gesetzt werden, um Unterschiede und Gemeinsamkeiten festzustellen.

5 Handlungsempfehlungen

Die vorliegenden Handlungsempfehlungen sind vollständig dem Bericht des Projektes „Gesundheit Stadtsee“ entnommen (siehe Anlage A). Die Ableitung und Entwicklung stellt sich in der Tabelle der Anlage E dar. Es wurden dafür sowohl die Ergebnisse, als auch die Diskussionsrunden interpretiert. Die Handlungsempfehlungen sind ein erster Entwurf, den es in nächsten Schritten mit Bewohner_innen und Akteur_innen zu diskutieren gilt. Weiterhin sollen im Prozess konkrete Maßnahmen zu den Handlungsempfehlungen entwickelt werden.

Ziele und Strategien

Die Ergebnisse der Erhebung sollten konkrete Hinweise zur praktischen Gesundheitsförderung/ gesundheitlichen Primärprävention in Stendal-Stadtsee liefern. Dabei erfolgte die Auswertung der Erhebung vornehmlich aus einer ressourcenorientierten Perspektive und suchte somit hauptsächlich nach vorhandenen Stärken und Potentialen als Anknüpfungspunkte, ohne bestehende Defizite und Probleme zu ignorieren.

Unter dieser Prämisse wurde der erste Entwurf der Erhebung in zwei Veranstaltungen Verantwortungsträger_innen sowie Praktiker_innen präsentiert und diskutiert. Aus den Diskussionen wurden die folgenden Handlungsempfehlungen abgeleitet.

Leitziel 1: Vorhandene Ressourcen des Stadtteils bekannter machen

Stendal-Stadtsee hat durch seine hohe Bevölkerungsdichte ein vergleichsweise vielfältiges Angebot mit sozialen Einrichtungen, Freizeit- und Sportmöglichkeiten, gutem und günstigen Wohnraum, Tierpark und Stadtsee als Naherholungsorte, Einkaufsmöglichkeiten, u.v.m. Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass die Bewohner_innen einerseits die Ressourcen nennen und loben (siehe 4.2.1), andererseits jedoch den Wunsch nach mehr oder fehlenden bzw. bedarfsgerechteren Angeboten äußern. Dies lässt vermuten, dass vorhandene primärpräventive/gesundheitsfördernde Ressourcen des Stadtteils häufig nicht ausreichend bekannt beziehungsweise im Bewusstsein der Bewohner_innen verankert sind.

Teilziel: Authentisches Image des Stadtteils fördern:

a) Handlungsstrategie: Reflektieren

- Reflexionsstrategien sind durchzuführen, um ein authentisches Bild des Stadtteils zu erhalten, mit dem sich Bewohner_innen und Institutionen identifizieren können.
- Die besonderen Stärken und Bedarfe des Stadtteils sind bei Stadt-, Schul-, Sozialentwicklungsplanung zu berücksichtigen (hohe Bevölkerungszahl, vielfältige Angebotslandschaft, Migrationsanteil, vorhandenes Engagement, Armutsrate, etc.).
- Akteur_innen im Stadtteil reflektieren, welche Kompetenzen und Bedarfe ihre Adressat_innen haben und ob die bestehenden Angebote ausreichend darauf ausgerichtet sind. Dies ist im Dialog mit den Adressat_innen durchzuführen.
- Angebote sind auf besonders belastete und/oder sozial benachteiligte Bewohner_innen auszurichten, ohne zu stigmatisieren.

b) Handlungsstrategie: Kommunizieren

- Ein Kommunikationskonzept ist zu entwickeln, mit dem das authentische Image transportiert und die Identifikationsarbeit der Bewohner_innen unterstützt wird.
- Gute Lebensbedingungen, wie beispielsweise günstiger Wohnraum, vielfältige Einkaufsmöglichkeiten, der Stadtsee als Naherholungsgebiet und die vielfältige Angebotslandschaft sind zu erhalten und auszubauen.

Teilziel: Informationsstrukturen im Stadtteil stärken:

a) Handlungsstrategie: Zusammentragen

- Durch leicht verständliche Sprache ist die Niedrigschwelligkeit und Bedarfsgerechtigkeit von Informationen zu sichern.
- Angebotsübersichten und Informationsplattformen sind zu überarbeiten oder zu erstellen.

b) Handlungsstrategie: Verbreiten

- Zugänge zu vorhandenen Informationsmaterialien werden vereinfacht.
- Das Stadtteilbüro etabliert sich als Informationsträger-, Koordinator und Vermittler.
- Vorhandene Angebote sind für Multiplikator_innen in sozialen Einrichtungen, Schulen usw. bekannter zu machen, um weitere Informations- und Anlaufstellen zu schaffen.

Leitziel 2: Arbeitsfähigkeit & Vielfalt der Institutionen im Stadtteil sichern und fördern

Im Stadtteil gibt es viele Institutionen, die an der Stärkung der Gesundheit der Bewohner_innen mitwirken. Die Akteur_innen sind besonderen Herausforderungen ausgesetzt und sollten daher systematisch unterstützt werden.

Teilziel: Arbeitsfähigkeit der Institutionen sichern:

a) Handlungsstrategie: intern

- Bewohner_innen werden stärker in die Stadtteilarbeit eingebunden. Dazu sind Strukturen für Ehrenamt und Hilfstätigkeiten auszubauen (Student_innen, Bundesfreiwilligendienst, Arbeitsgelegenheiten)
- Langfristig planbare und bedarfsgerechte Finanzierungen sind anzustreben.
- Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sind in die Institutionen einzubringen.

b) Handlungsstrategie: extern

- Ein regelmäßiger Austausch über die Arbeitsbelastungen und Rahmenbedingungen der Institutionen ist durchzuführen.
- Finanzierungs- und Fundraisingmöglichkeiten werden den Institutionen aufgezeigt. Das Stadtteilbüro wird dazu Informationen sammeln, weiterleiten und beraten.
- Fortbildungen zu aktuellen Fragestellungen werden regelmäßig angeboten.

Teilziel: Vernetzung und Kooperationen zielgerichtet stärken:

- Bestehende Netzwerke werden erhoben, sichtbar gemacht und gestärkt werden.
- Institutionen im Stadtteil vernetzen sich gezielt um gegenseitig Erfahrungen und Informationen über Angebote und Veranstaltungen auszutauschen und einzelne Themen gemeinsam zu bearbeiten.
- Das Stadtteilmanagement wird als Vernetzungsstelle zwischen der Bürgerschaft und Akteur_innen vermitteln und dabei regelmäßige Austauschmöglichkeiten bieten (Stadtteiltreffen).
- Das Stadtteilmanagement ist in lokalen Gremien zu vertreten. Einerseits um gezielt Informationen an Akteur_innen des Stadtteils weiterzuleiten. Weiterhin um Stadtteilthemen in lokale Netzwerke und Gremien einzubringen.

Teilziel: Interkulturalität im Stadtteil stärken:

- Bestehende Angebote der Willkommenskultur sind zu stärken und zu unterstützen.

Leitziel 3: Ressourcen und Stärken der Bewohner_innen sichern und fördern

In Stendal-Stadtsee leben 11.000 Menschen. Ihre Hintergründe, Kompetenzen, Interessen und Bedarfe sind heterogen. Es gibt viele Ressourcen im Stadtteil und bei den Bewohner_innen, die als Anknüpfungspunkte für Gesundheitsförderung gestärkt werden sollten. Einer deutlichen Mehrheit der Befragten Bewohner_innen sind aktive Beteiligung und Mitsprache wichtig. Der Wille zur Partizipation sollte als Chance genutzt werden, um gemeinsam mit den Bewohner_innen gesundheitsförderliche Verhältnisse zu entwickeln.

Teilziel: Beteiligung Bedarfe, Interessen und Sichtweisen der Bevölkerung stärker in die Gestaltung der Angebotslandschaft einbeziehen:

- Der Wunsch der Bewohner_innen, einbezogen und beteiligt zu werden, ist als Chance zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation zu nutzen. Eine feste Beteiligungssystematik ist durch wichtige Akteur_innen des Stadtteils auszubauen. Bspw. können bestehende Angebote und Veranstaltungen (Stadtteulfeste) zur Beteiligung der Bewohner_innen genutzt werden.
- Akteur_innen des Stadtteils sind für die Beteiligung von Bewohner_innen zu befähigen und zu sensibilisieren.
- Bewohner_innen des Stadtteils werden für Beteiligung befähigt und sensibilisiert.
- Bestehende Angebote und Beteiligungsmethoden werden auf die Kompetenzen und Bedarfe der Bewohner_innen ausgerichtet (bspw. Geh-Strukturen, leichte Sprache, etc.)
- Die Ergebnisse der Befragung sind gemeinsam mit Akteur_innen und Bewohner_innen zu reflektieren, um sie in die Gestaltung der Angebotslandschaft einzubeziehen.
- Ängste und Vorurteile der etablierten Bevölkerung in Bezug auf Zuwanderung sind ernst zu nehmen und zu bearbeiten, auch um Radikalisierung vorzubeugen.
- Grundlegende Bedarfe der Migrant_innen sind einzubeziehen und zu erfüllen (Sprache, Freizeit, Umgang mit Behörden, Traumatabewältigung etc.).

Teilziel: Empowerment der Bewohner_innen:

- Kompetenzen sind durch bedarfsgerechte und niedrighschwellige Angebote zu fördern.
- Die Bevölkerung des Stadtteils wird für und durch Einbindung in den gesundheitsförderlichen Prozess gestärkt.
- Vorhandene soziale Netzwerke der Bewohner_innen sind durch gezielte Angebote zu stärken (bspw. Familienaktivitäten).
- Institutionen wie Wohnungsbaugesellschaften, Jugendclubs etc. werden in ihrer Funktion als bedeutsame Anlaufstelle für Bürger_innen gestärkt.
- Das vorhandene Engagement im Stadtteil ist gezielt für den gesundheitsförderlichen Gestaltungsprozess zu nutzen.

6 Schlussbetrachtung

In der vorliegenden Arbeit stellt die Autorin die qualitative Untersuchung zur gesundheitlichen Situation und Angebotslandschaft in Stendal-Stadtsee dar. Die Untersuchung wurde als erste Maßnahme zur langfristigen Entwicklung einer Angebotslandschaft im Stadtteil, die den multiplen, psychosozialen und gesundheitlichen Belastungen entgegen wirkt, durchgeführt. Als erstes Teilziel wurde damit eine Bestandsaufnahme zu vorhandenen Angeboten im Stadtteil sowie zur gesundheitlichen Situation der Bewohner_innen erarbeitet. Für die Bestandsaufnahme konnten Leitfadengespräche mit 208 Bewohner_innen Stendal-Stadtsees sowie 52 Institutionen durchgeführt werden, an dessen Auswertung die Autorin als Forscherin teilhatte. Zu den Ergebnissen entwickelt sich der Bericht „Leben in Stendal-Stadtsee“, der von den Kooperationspartnern KinderStärken e.V., Hochschule Magdeburg-Stendal sowie der AOK Gesundheitskasse Sachsen-Anhalt vorgelegt wird.

In dieser Arbeit wurden die Ergebnisse der Untersuchung noch einmal aufgegriffen und theoriegestützt aufgearbeitet. Zudem wurde der bisherige Forschungsprozess in seinem Verlauf dargestellt, um die Ergebnisse nachvollziehbar zu machen und einen Ausblick auf weitere Forschungsschritte geben zu können.

Zunächst konnte dafür der Setting-Ansatz mit seiner aktuell gestärkten rechtlichen Relevanz aufgezeigt werden. Es wird darin deutlich, dass der Setting-Ansatz eine Kernstrategie zur Etablierung nachhaltiger Gesundheitsförderung ist, die jedoch wiederum verschiedene Variablen umfasst. Als Kernaspekte des Ansatzes gelten die Verhaltens- sowie Verhältnisprävention, die sowohl gesundheitsförderliches Verhalten als auch die Lebensumstände des Menschen in den Blick nehmen. Zudem stellen sich Partizipation und Empowerment als zentrale Elemente des Setting-Ansatzes heraus, da Beteiligungs- und Selbstwirksamkeitserfahrungen ermöglichen, Kompetenzen zur nachhaltigen Beachtung der eigenen Gesundheit zu entwickeln. Des Weiteren wurde aufgezeigt, dass die Beteiligung der Adressat_innen von Gesundheitsförderung auch bereits in der Planung der Maßnahmen und Angebote bedeutend ist, da sie als Expert_innen ihrer eigenen Gesundheit verstanden werden und somit auch zur Bedarfsgerechtigkeit der jeweiligen Planung erheblich beitragen. Der Setting-Ansatz ist dabei immer als Prozess zu verstehen, der in der Praxis auf vielfältige Weise umgesetzt wird, wobei immer zu untersuchen ist, ob die zentralen Elemente der

Strategie berücksichtigt wurden, denn nur dadurch kann nachhaltige Gesundheitsförderung entwickelt werden.

Im Stadtteil Stendal-Stadtsee gilt es Gesundheitsförderung nachhaltig zu etablieren und in die Stadtteilarbeit zu bringen, da in diesem Stadtteil besondere Herausforderungen wie soziale Benachteiligung vorherrschen. Zudem hat Stendal-Stadtsee einen großen Anteil an der Bevölkerung Stendals und ist somit besonders zu berücksichtigen. Die Untersuchung machte auf Trends hinsichtlich der gesundheitlichen Situation im Stadtteil aufmerksam, die als Grundlage zur Stadtteilarbeit dienen können. Im Rahmen eines ressourcenorientierten Gesundheitsverständnisses, welches durch die Weltgesundheitsorganisation mit der Ottawa-Charta geprägt wurde, konnten im Stadtteil Potenziale aufgezeigt werden. Zu nennen sind dabei gute Lebensbedingungen, vielfältige Angebote und Netzwerke (siehe 4.2). Demgegenüber zeigen sich jedoch auch gesundheitliche Risiken, wie bspw. nicht bedarfsgerechte Angebote, Kritik in Bezug auf Zuwanderung oder Problemlagen, wie Arbeitslosigkeit, Vandalismus und Gewalt. Auch von Institutionen konnten Ressourcen und Risiken erkannt werden. Durch die Ergebnisentwicklung und die Diskussion dieser mit Akteur_innen des Stadtteils konnten erste Handlungsempfehlungen abgeleitet werden. Diese sind vor allem auf die Stärkung der vorhandenen Ressourcen und Potenziale ausgerichtet, wie bspw. die Arbeit der Institutionen und Akteur_innen im Stadtteil. Sie machen jedoch auch auf fehlende gesundheitsförderliche Strukturen aufmerksam.

Die entwickelten Handlungsempfehlungen werden gegenwärtig noch diskutiert und wiederum in den Austausch mit Bewohner_innen, Institutionen und Akteur_innen gebracht, um gemeinsam auf gesundheitsförderliche Maßnahmen für den Stadtteil Stendal-Stadtsee schließen zu können. Sie können Ansatzpunkte für die Gestaltung der Stadtteilarbeit sein, in der das Stadtteilmanagement ein wichtiger Partner ist und sich daher der Durchführung der Bestandsaufnahme angenommen hat.

In der Arbeit konnten neben der Theorie und Umsetzung auch Stärken und Schwächen der qualitativen Befragung untersucht werden. In Stendal-Stadtsee gibt es zur nachhaltigen Verankerung von Gesundheitsförderung in Verbindung mit der positiven Beeinflussung der Lebensqualität und des Wohlbefindens der Bewohnerschaft einen Forschungsbedarf, der durch die Bestandsaufnahme im Rahmen des Stadtteilmanagement nicht abgedeckt werden konnte. Dennoch werden die Ergebnisse theoriegeleitet gestützt und lassen auch auf einen

Handlungsbedarf hinsichtlich weiterer Untersuchungen schließen. In den nächsten Schritten des Prozesses wird der Versuch des Transfers von den theoretischen Ergebnissen in die praktische Umsetzung, der sich bereits in den Handlungsempfehlungen zeigt, verstärkt. Die Ergebnisse der Untersuchung sind dabei durch weitere Forschung zu stützen. Die Kooperation von KinderStärken e.V. mit der Hochschule Magdeburg-Stendal und der AOK Gesundheitskasse Sachsen-Anhalt bietet weiterhin die Chance einer Kooperation. Die Trends zur Gesundheit in Stendal-Stadtsee sind in der gesundheitsförderlichen Prozessentwicklung zu berücksichtigen. Setting-Projekte und Maßnahmen, die sich der Ressourcen und Risiken des Stadtteils annehmen, können einen bedeutenden Einfluss auf die Entwicklung Stendal-Stadtsees nehmen.

Literaturverzeichnis

- Altgeld, T.; Kolip, P. (2007): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor; Haisch, Jochen (Hrsg.) *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, 41-50.
- Bauch, J. (2002). Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. *Prävention*. 25. S. 67-70
- Bamler, V.; Werner, J.; Wustmann, C. (2010): *Lehrbuch Kindheitsforschung – Grundlagen, Zugänge und Methoden*. Weinheim und München: Verlag Juventa.
- Bär, G.; Böhme, C.; Reimann, B. (2009): Kinder- und jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil. Berlin: Deutsches Institut für Urbanistik GmbH.
- Baric, L.; Conrad, G. (1999): *Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit – zur praktischen Anwendung des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit BMUB (o.J.): Soziale Stadt. Verfügbar unter: http://www.staedtebaufoerderung.info/StBauF/DE/Programm/SozialeStadt/soziale_stadt_node.html [28.07.2016].
- Conrad, G. (2013): Setting-orientierte Gesundheitsförderung. *Journal Gesundheitsförderung*. 1/2013. 11-25.
- Curbach, J.; Loss, J. (2012): Public Private Partnerships: Chancen und Risiken multisektoraler Zusammenarbeit in der Gemeindenahen Gesundheitsförderung. *Impulse*. 76. 13-15. Verfügbar unter: <http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/LVG-Zeitschrift-Nr76-Web.pdf>.
- Engelmann, F.; Halkow, A. (2006): Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung – Hintergrund, Status Quo und aktuelle Herausforderungen. Wissenschaftliche Abschlussarbeit.
- Geene, R. (2016): Präventionsgesetz – ein Schritt zur Gesundheitsförderung auch für PatientInnen und Selbsthilfe. *Engagement macht Stark*. 5. S. 34-39. Verfügbar unter: http://www.engagement-machtstark.de/fileadmin/daten/Magazin/EMS_1_2016_WEB_FINAL.pdf [29.07.2016].
- Geene, R.; Rosenbrock, R. (2012): Der Settingansatz in der Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen. In: Gold, Carola/Lehmann, Frank (Hrsg.): *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Gesundheitsförderung konkret*. Band 17. Köln: BZgA, 46-75.
- Geene, R.; Halkow, A. (2004): Armut und Gesundheit: Strategien der Gesundheitsförderung. In: Geene, R.; Halkow, A. (Hrsg.): *Armut und Gesundheit. Strategien der Gesundheitsförderung*. Frankfurt am Main: Verlag Mabuse. S. 16-18.
- Geene, R.; Lehmann, F., Höppner, C., Rosenbrock, R. (2013a): Gesundheitsförderung – Eine Strategie für Ressourcen. In: Geene, Raimund,/Höppner, Claudia/Lehmann, Frank (Hrsg.):

- Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt.* Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung, 19-58.
- Grossmann, R.; Scala, K. (2006): *Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement.* 4. Auflage. Weinheim: Verlag Juventa.
- Hensen, G; Hensen, P. (2013): Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen als kommunale Aufgabe. In: Luthe, E. (Hrsg.): *Kommunale Gesundheitslandschaften.* Wiesbaden: Springer VS. S. 225-242.
- Hildebrandt; Kickbusch, I. (o.J.) Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986. WHO- autorisierte Übersetzung. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [29.07.2016].
- Hörmann, G. (1999): Stichwort: Gesundheitserziehung. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft* 2. 1. S.5-29.
- Klemperer, D. (2015): *Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften.* 3. Auflage. Bern: Verlag Hogrefe.
- Kickbusch, Ilona (1999): Vorwort. In: Baric, Leo/Conrad, Günter: *Gesundheitsförderung in Settings.* Werbach–Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Kickbusch, I. (2003): Gesundheitsförderung. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm/Badura, Bernhard/Busse, Reinhard et al. (Hrsg.): *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen.* 2. Aufl. München: Urban & Fischer.
- Kilian,H,; Geene, R.;Philippi, T. (2004): Die Praxis der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte im Setting. In: Rosenbrock, R.Bellwinkel, M.; Schröer, A. (Hrsg.): *Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit, wissenschaftliche Gutachten zum BKK- Programm ‚Mehr Gesundheit für alle‘* (Gesundheitsförderung und Selbsthilfe Band 8) (S.151-230). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Kilian, H.; Wright, M. (2012): Partizipation in der Gesundheitsförderung.In: Gold, Carola/Lehmann, Frank (Hrsg.): *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Gesundheitsförderung konkret.* Band 17. Köln: BZgA, 46-75.
- KinderStärken e.V. (o.J.): *Konzeptpapier ‚Stadtteilmanagement Stendal-Stadtsee‘.* Verfügbar unter: http://kinderstaerken-ev.de/media/files/15-09-25_Stadtteilmanagement--A-1.pdf [28.07.2016].
- Lehmann, F.; Geene, R.; Kaba-Schönstein, L.; Kilian, H.; Meyer-Nürnberger, M.; Brandes, S.; Bartsch, G. (2005): *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz- Beispiele – Weiterführende Informationen, Gesundheitsförderung konkret,* Band 5. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Lorentz, C.; Trojan, A. (2013a): Präventionsprogramm Lenzgesund. In: Trojan, A.; Süß, W.; Lorentz, C.; Nickel, S.; Wolf, K. *Quartiersbezogene Gesundheitsförderung.* Weinheim und Basel: Verlag Juventa. S.65-101.

- Lorentz, C.; Trojan, A. (2013b): Nachhaltige Verankerung quartiersbezogener Gesundheitsförderung in der Lenzsiedlung. In: Trojan, A.; Süß, W.; Lorentz, C.; Nickel, S.; Wolf, K. *Quartiersbezogene Gesundheitsförderung*. Weinheim und Basel: Verlag Juventa. S.65-101.
- Luthe, E. (Hrsg.) (2013): *Kommunale Gesundheitslandschaften*. Wiesbaden: Springer VS.
- Mayring, P. (2002): *Qualitative Sozialforschung*. 5. Auflage. Weinheim und Basel: Verlag Beltz.
- Mayring, P. (2003): *Qualitative Sozialforschung. Grundlagen und Techniken*. 8. Auflage. Weinheim und Basel: Verlag Beltz.
- Mayring, P. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 11. Auflage. Weinheim und Basel: Verlag Beltz.
- Rosenbrock, R. (2004a): Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – Problemskizze und ein Politikvorschlag zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 SGB V durch die GKV. In: Rosenbrock, R. Bellwinkel, M.; Schröer, A. (Hrsg.): *Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit, wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm ‚Mehr Gesundheit für alle‘* (Gesundheitsförderung und Selbsthilfe Band 8) (S.151-230). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Rosenbrock, R.; Gerlinger, T. (2006): *Primärprävention – Was ist das und was soll das? WZB Discussion Paper SP I 2008- 303*. WZB, Berlin.
- Ruckstuhl, B. (2011): 25 Jahre Ottawa-Charta : ein kritischer Blick zurück für die Zukunft. *Prävention*. 34. S. 66-70.
- Steinke, I. (1999). *Kriterien qualitativer Forschung: Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung*. Weinheim: Juventa.
- Strübing, J. (2013): *Qualitative Sozialforschung: eine komprimierte Einführung für Studierende*. München: Oldenbourg.
- Trojan, A.; Nickel, S. (2013): Konzept und Methode des Instruments zur Messung der Kapazitätsentwicklung. In: Trojan, A.; Süß, W.; Lorentz, C.; Nickel, S.; Wolf, K. *Quartiersbezogene Gesundheitsförderung*. Weinheim und Basel: Verlag Juventa. S.218-239.
- Von Kardorff, E. (2003). Kompetenzförderung als Strategie der Gesundheitsförderung. In: BZgA (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. 4. Auflage. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo. S. 134-138.
- Weth, C. (2013): Kommunale Gesundheitsverwaltung. In: *Kommunale Gesundheitslandschaften*. Wiesbaden: Springer VS.303-315.

Anlagen

Anlage A

Unveröffentlichter Ergebnisbericht „Leben in Stendal- Stadtsee“ zum Projekt „Gesundheit Stadtsee“.

Stand 10.07.2016



Leben in Stendal-Stadtsee

Ergebnisse der Befragungen
2015/16

Kinder **Stärken** **e.V.**

Praxis.

Forschung.

Bildung.

© 2016 KinderStärken e.V.

An-Institut der Hochschule Magdeburg-Stendal
Osterburger Str. 25, 39576 Hansestadt Stendal

Impressum

Herausgeber: KinderStärken e.V.
An-Institut der Hochschule Magdeburg-Stendal
Osterburger Str. 25
39576 Hansestadt Stendal
Telefon: 0 39 31 / 21 87 48 78
E-Mail: info@kinderstaerken-ev.de
Web: www.kinderstaerken-ev.de

Autor_innen: Prof. Dr. Raimund Geene
Susanne Borkowski
Rebecca Mahnke
Benjamin Ollendorf

Gestaltung: Steffi Wolf
Jeanette Merten

Druck:

Stand: April 2016



Inhalt

1. Einleitung.....	4
2. Bestandsaufnahme zur gesundheitlichen Situation in Stendal Stadtsee.....	6
2.1 statistische Daten	6
2.2 Gesundheitliche Ressourcen und Risiken in Stendal-Stadtsee	7
2.2.1 Gesundheitliche Ressourcen	7
2.2.2. Gesundheitliche Risiken	8
2.3. Vernetzung und Kooperation	12
2.4 Beteiligung.....	14
3. Handlungsempfehlungen	16
4. Schlusskommentar	20
5. Quellen	21

ENTWURF

1. Einleitung

Im Stadtteil Stendal-Stadtsee leben ca. 11.000 Einwohner_innen und damit knapp ein Viertel der Bevölkerung der Hansestadt Stendal. Das Plattenbaugelände verlor zwischen 1994 und 2005 die Hälfte seiner Bevölkerung. In dem Stadtteil leben heute überdurchschnittlich viele Einwohner_innen in sozialökonomisch benachteiligten Haushalten. Sozialökonomische Parameter wie Einkommen, beruflicher Status und Bildungsstand stehen in engem Zusammenhang mit belastenden Lebensbedingungen, Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand. Menschen in Armutslagen sterben in der Regel früher und leiden häufiger an gesundheitlichen Beeinträchtigungen¹. Weil medizinische Ansätze wie Akutbehandlungen und Rehabilitation hier zu kurz greifen, verabschiedete die Bundesregierung im Juni 2015 das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“. Das Präventionsgesetz stärkt Gesundheitsförderung, die in der Lebenswelt der Menschen ansetzt, da über diesen Zugang auch benachteiligte und gesundheitlich belastete Menschen erreicht werden können, ohne dass sie als solche stigmatisiert werden.² Jene gesundheitsfördernden Ansätze sollen Menschen in ihrem direkten Lebensumfeld erreichen und Krankheiten verhindern, bevor diese entstehen. Dafür weisen Quartiere wie Stendal-Stadtsee mit gutem Wohnraum, Grünanlagen, privaten und gemeinnützigen Dienstleistungen, Einkaufsmöglichkeiten u.v.m. viele Ressourcen auf und können Bewohner_innen als Akteur_innen für die eigene Gesundheitsförderung qualifizieren.³ Vor diesem Hintergrund gewinnt sozialräumlich orientierte Gesundheitsförderung und Primärprävention in sog. benachteiligten Quartieren zunehmend an Bedeutung. Die Lebenswelt im Quartier ist von hoher gesundheitlicher Relevanz für die dort lebenden Menschen und damit ein besonders geeignetes Setting der Gesundheitsförderung. Stattenentwicklung und Gesundheitsförderung werden in Initiativen wie der Zusammenarbeit zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Bau, Verkehr und Stadtentwicklung zur Implementierung von Gesundheitsförderung im Programm „Soziale Stadt“ oder „Gesundheitsförderung im Quartier“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, durch den Gedanken sozialer Nachhaltigkeit, seit längerem zusammen gebracht.⁴

An diese gesundheitspolitische Entwicklung anschließend, hat KinderStärken e.V. in Zusammenarbeit mit der AOK Sachsen-Anhalt im Rahmen des Stadtteilmanagements „Stendal-Stadtsee“ der Hansestadt Stendal im Oktober 2015 eine Bestandsaufnahme initiiert, um darauf aufbauend bedarfsgerechte Strukturen im Stadtteil zu entwickeln, die den

¹ vgl. Bär, Gesine/; Böhme, Christa; Reimann, Bettina (2009). Kinder- und jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil. Berlin ABER AUCH:

Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2006). Gesundheit in Deutschland (Gesundheitsberichterstattung des Bundes)

² vgl. Geene, Raimund; Rosenbrock, Rolf. (2012). Gesundes Aufwachsen für alle!. S. 46

³ vgl. ebd. S. 60

⁴ vgl. ebd. S. 61

multiplen psychosozialen Belastungen und der sozialen Isolation der Quartiersbewohner_innen entgegenwirken. Es wurden dafür Gespräche mit 208 Bewohner_innen des Stadtteils durchgeführt. KinderStärken e.V. arbeitete dafür zwischen Oktober 2015 bis Januar 2016 mit einer Studierendengruppe der Hochschule Magdeburg-Stendal zusammen⁵. Ergänzt wurde dies durch eine Befragung von 52 lokalen Akteur_innen im Rahmen der Vernetzungsarbeit des Stadtteilmanagements. Die Leitfragen sind angelehnt an das Hamburger Modellprojekt „Lenzgesund“ und den darin entwickelten KEQ Fragebogen. Das Augenmerk lag dabei auf den Dimensionen gesundheitsfördernde Angebote, Vernetzung und Kooperation sowie Bürgerbeteiligung. Um gesundheitliche Lebensbedingungen im Quartier nachhaltig zu etablieren, ist es wichtig sowohl Rahmenbedingungen als auch Handlungsmöglich- und Fähigkeiten zu betrachten. Für die Erhebung ergaben sich daraus die nachstehenden Fragestellungen:

- **Gesundheitliche Ressourcen und Risiken:** Welche gesundheitsförderlichen Angebote gibt es? Was fehlt Ihnen? Was kennen Sie? Was finden Sie gut/ Schlecht? Was wünschen Sie sich? Welche Stärken/ Schwächen hat der Stadtteil? Was tut ihnen hier im Stadtteil oder privat gut?
- **Vernetzung und Kooperation:** Wenn Sie ein Anliegen haben, an wen wenden Sie sich privat und öffentlich?
- **Beteiligung** - Wie fühlen sie sich beteiligt? Wie können Sie sich beteiligen? Was würden Sie sich wünschen? Welche Wünsche haben sie in Bezug auf Stadtrat, Verwaltung und Stadt? Wie können Sie Einfluss auf Entscheidungen im Stadtteil nehmen? Was wünschen Sie sich diesbezüglich?

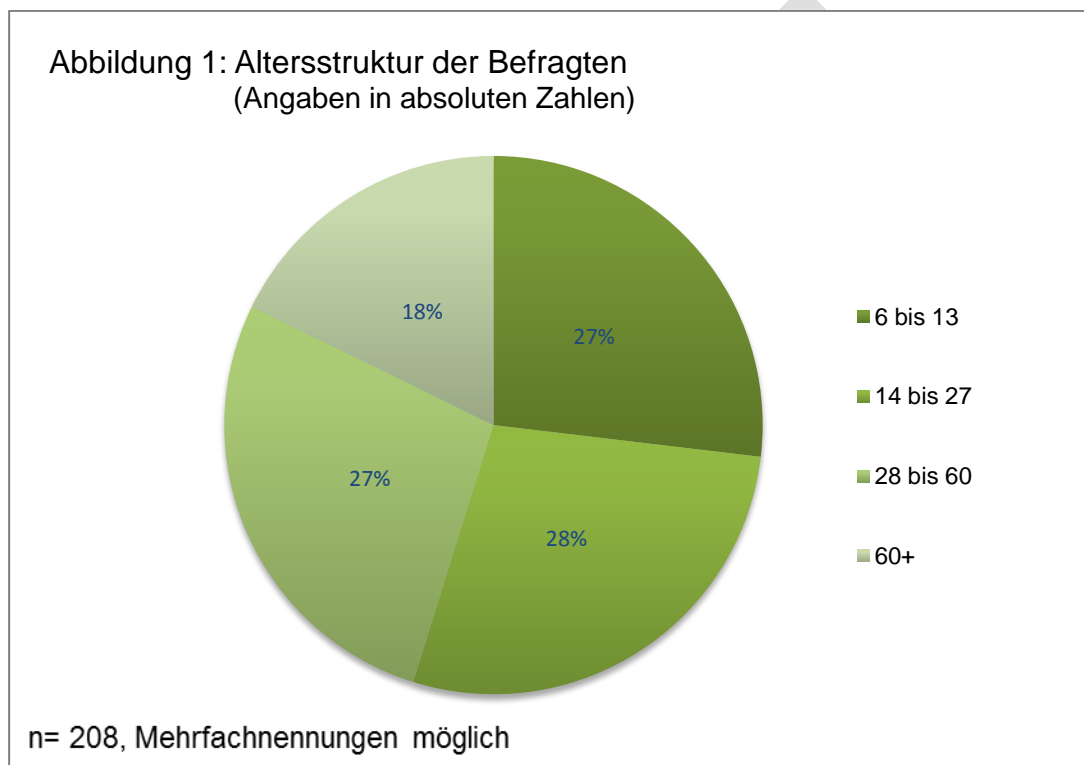
Die Erhebung ist eine halbstandardisierte, qualitative Forschung, bei der die Individualität der Befragten im Mittelpunkt steht. Die Befragungen wurden mittels Leitfadengesprächen durchgeführt, wobei die Fragestellungen als Orientierung dienten, um wesentliche Aspekte der Bestandsaufnahme nicht aus dem Blick zu verlieren. Trotz offen gestellter Fragen stellt der Leitfaden eine grobe Struktur der Interviews, durch die eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse gewährleistet werden kann. Alle Aussagen der Bewohner_innen und Institutionen wurden während und nach den Interviews schriftlich dokumentiert. Die qualitativen Daten der Erhebung lassen trotz geringem Stichprobenumfang auf einen Erkenntnisgewinn schließen, der durch Handlungsempfehlungen abgerundet wird.

⁵ Vielen Dank für die großartige Interview-Unterstützung an die Studierenden Christin Rose, Katharina Großmann, Maik Nikolai und Marthe Euhus des Studiengangs Angewandte Kindheitswissenschaften, der Hochschule Magdeburg-Stendal.

2. Bestandsaufnahme zur gesundheitlichen Situation in Stendal Stadtsee

2.1 statistische Daten

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der Bestandsaufnahme dargestellt. Befragt wurden insgesamt 208 Bewohner_innen in Stendal-Stadtsee. Die Befragungen wurden an verschiedenen Plätzen des Stadtteils, wie Supermärkten, Jugendeinrichtungen, auf der Straße oder im Altersheim durchgeführt. Das folgende Diagramm zeigt die Altersstruktur der Befragten.



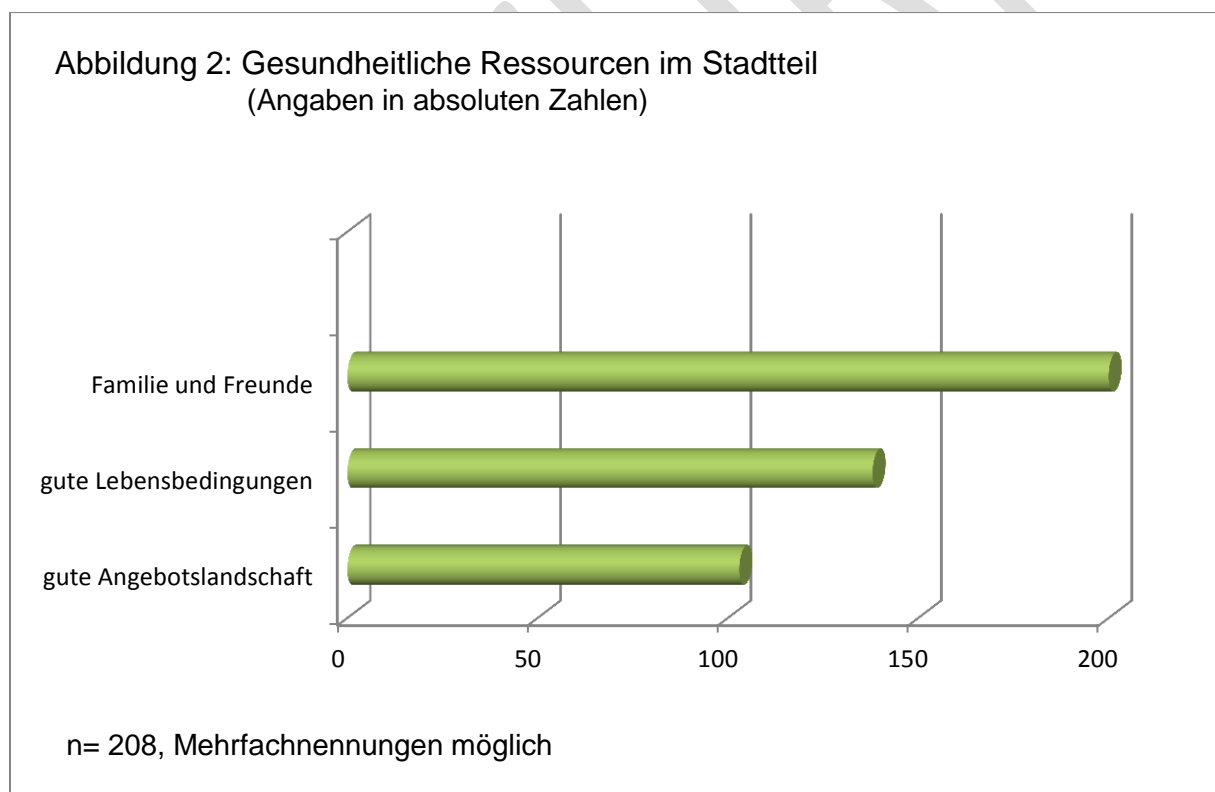
Darüber hinaus fanden Befragungen von 52 Institutionen im Stadtteil, aus den Bereichen Bildung, Freizeit, Wohnen, Politik sowie Verwaltung, statt.

2.2 Gesundheitliche Ressourcen und Risiken in Stendal-Stadtsee

In unserer Befragung legten wir ein umfassendes Verständnis von Gesundheit im Sinne der Ottawa Charta zu Grunde. Gesundheit wird als wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens betrachtet, da sie mit einer selbstbestimmten Gestaltung von Lebensräumen und Lebensweisen einhergeht.⁶ Um daraus gesundheitsförderliche Strukturen und Angebote zu identifizieren, wurden unter der Dimension *Gesundheitliche Ressourcen und Risiken* in Stendal-Stadtsee die Leitfragen: „**Welche Angebote haben Sie? Was fehlt Ihnen? Was kennen Sie? Was finden Sie gut/ Schlecht? Was wünschen Sie sich? Welche Stärken/ Schwächen hat der Stadtteil?**“ „**Was tut ihnen hier im Stadtteil oder privat gut?**“ **entwickelt**. Diese Aussagen wurden als gesundheitliche Ressourcen sowie gesundheitliche Risiken interpretiert und sind im Folgenden näher beschrieben.

2.2.1 Gesundheitliche Ressourcen

In den folgenden Ergebnissen sind Aussagen über Ressourcen bzw. Stärken des Stadtteils sowie über persönliche Ressourcen von Bewohner_innen zusammengefasst.



Die Ergebnisse der Befragungen zeigen, dass mit 200 Aussagen besonders *Familie und Freunde* als wichtige Ressourcen von den Befragten benannt wurden.

⁶ vgl. Geene, Raimund; Halkow, Anja. (2004). Armut und Gesundheit. S. 16

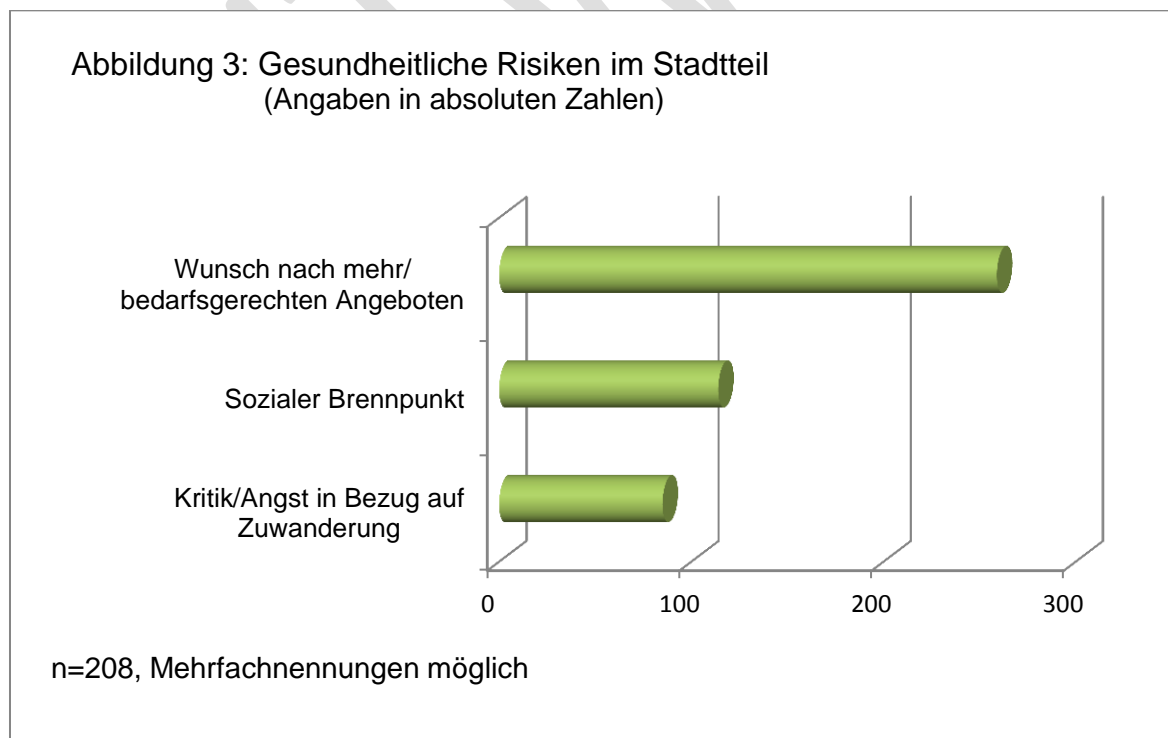
Darüber hinaus wurden 138 Aussagen über günstige Mieten, ruhiges Wohnen, gute Einkaufsmöglichkeiten sowie die zentrale Lage des Stadtteils in der Kategorie *gute Lebensbedingungen* zusammengefasst. Dabei wurde der Stadtsee 37 -mal als Erholungsort benannt.

In 103 Aussagen wurde das Vorhandensein von sozialen und Freizeitangeboten für Kinder, Familien, Jugendliche, Erwachsene sowie Senior_innen wie Jugendclubs, Tierpark, Gruppen, etc. positiv eingeschätzt. Diese Ressourcen und Stärken des Stadtteils wurden zur Kategorie *Angebotslandschaft* zusammengefasst.

In den Befragungen der Institutionen machten 32 der 52 Institutionen Aussagen, die in der Kategorie *vorhandene Angebote im Stadtteil* zusammengefasst wurde. Am häufigsten benannt waren dabei 26 Angebote für Kinder, 21 Angebote für Jugendliche und 16 Angebote für Erwachsene und Senioren. In 14 Aussagen wurde das im Stadtteil vorhandene Engagement positiv eingeschätzt.

2.2.2. Gesundheitliche Risiken

Neben benannten Ressourcen im Stadtteil sind in den offen gestellten Fragen negative Aussagen über den Stadtteil als gesundheitliche Risiken festgehalten und in folgenden Kategorien zusammengefasst.

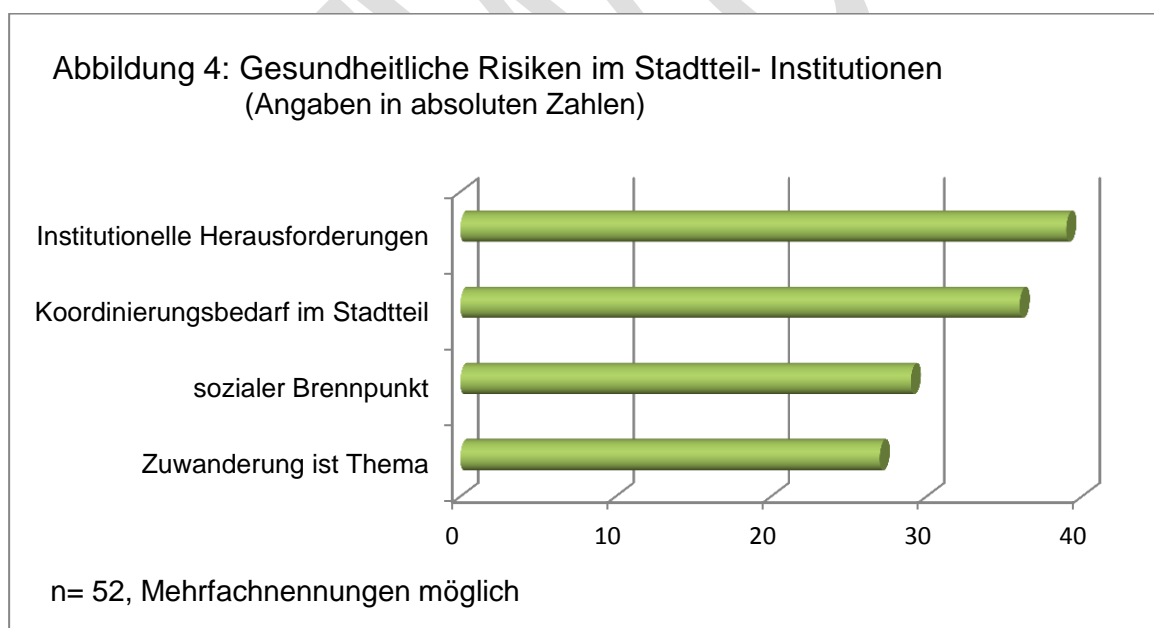


In der Kategorie *Wunsch nach mehr /bedarfsgerechten Angeboten* sind 182 Aussagen bzgl. Wünschen wie ein Indoorspielplatz für schlechtes Wetter, mehr Austauschmöglichkeiten, mehr Spielplätze oder mehr Wochenendangebote zusammengefasst. Zudem sind in der Kategorie auch 77 Aussagen über zu wenige oder schlechte Angebote festgehalten. Diese beziehen sich beispielsweise auf heruntergekommene Spielplätze, zu kurze Öffnungszeiten von Jugendclubs, wenig Möglichkeiten für Familienaktivitäten, zu teure Sportangebote oder zu wenig Angebote für Erwachsene.

114 Aussagen zum Vorhandensein von Drogen- und Alkoholkonsum, Gewalt, Vandalismus, Verschmutzungen und Arbeitslosigkeit, Vernachlässigung des Gebietes, zu viele Plattenbauten, schlechter Ruf und Lärmbelastigungen wurden zur Kategorie *sozialer Brennpunkt*⁷ zusammengefasst.

Es wurden 85 kritische Aussagen über *Zuwanderung* geäußert. Diese bezogen sich auf Ängste vor Gewalt, Krieg, Respektlosigkeit und Unsicherheit. Ein hoher Migrationsanteil im Stadtteil wurde 27-mal negativ benannt.

Vergleichbare Ergebnisse hinsichtlich gesundheitlicher Risiken zeigen auch die Aussagen in der **Befragung der Institutionen**:



Die Arbeit der Institutionen in Stendal-Stadtsee schafft bedeutsame gesundheitliche Ressourcen für die Bewohner_innen des Stadtteils. In der Befragung äußerten 39 von 52 Institutionen, Hürden in der Umsetzung. Diese wurden zur Kategorie *institutionelle*

⁷ Der Begriff „Sozialer Brennpunkt“ wurde in der Diskussion zu den Handlungsempfehlungen kritisiert. Er macht Bilder über den Stadtteil auf, die nur teilweise berechtigt sind. Wir gehen davon aus, dass die Studie insgesamt ein sehr differenziertes Bild über den Stadtteil wiedergibt. Dabei ist nicht zu verachten, dass der Stadtteil besondere Herausforderungen birgt und die von den Bewohner_innen benannten Probleme hier überproportional vorhanden sind. Die Kategorie wird deshalb weiterhin „Sozialer Brennpunkt“ benannt.

Herausforderungen zusammengefasst. Hier wurden 18-mal Stress und 12-mal Finanzierungsschwierigkeiten als häufigste und stärkste Belastungen identifiziert. Zudem wurden Aussagen über fehlende Räumlichkeiten und Unterstützungsbedarfe bei der Arbeit mit Ehrenamtlichen getroffen. Teilweise benennen Institutionen, dass diese Herausforderungen erhöhte Krankenstände bei Mitarbeitenden und Ehrenamtlichen mit sich bringen.

Darüber hinaus lässt sich in 36 Aussagen ein hoher *Koordinierungsbedarf im Stadtteil* erkennen. Die befragten Institutionen wünschten sich hier: bessere Informationen zu bestehenden Angeboten, Möglichkeiten und Terminen im Stadtteil, sodass eine gezielte Zusammenarbeit und Abstimmung im Stadtteil möglich wird.

In 29 Aussagen benannten die Institutionen Stendal-Stadtsee ebenfalls als *sozialen Brennpunkt* beziehungsweise Stadtteil mit besonderen Herausforderungen⁸. Dabei wurde überwiegend auf besondere Herausforderungen in der täglichen Arbeit durch hohe Unterstützungsbedarfe, besondere Zielgruppen, hohe Arbeitslosigkeit und Armut hingewiesen.

⁸ Die Ergebnisse können mit der Kategorie *sozialer Brennpunkt* verglichen werden. Die Kategorie wurde an dieser Stelle *Stadtteil mit besonderen Herausforderungen* benannt, da die Aussagen stärker auf Herausforderungen im Stadtteil beziehen.

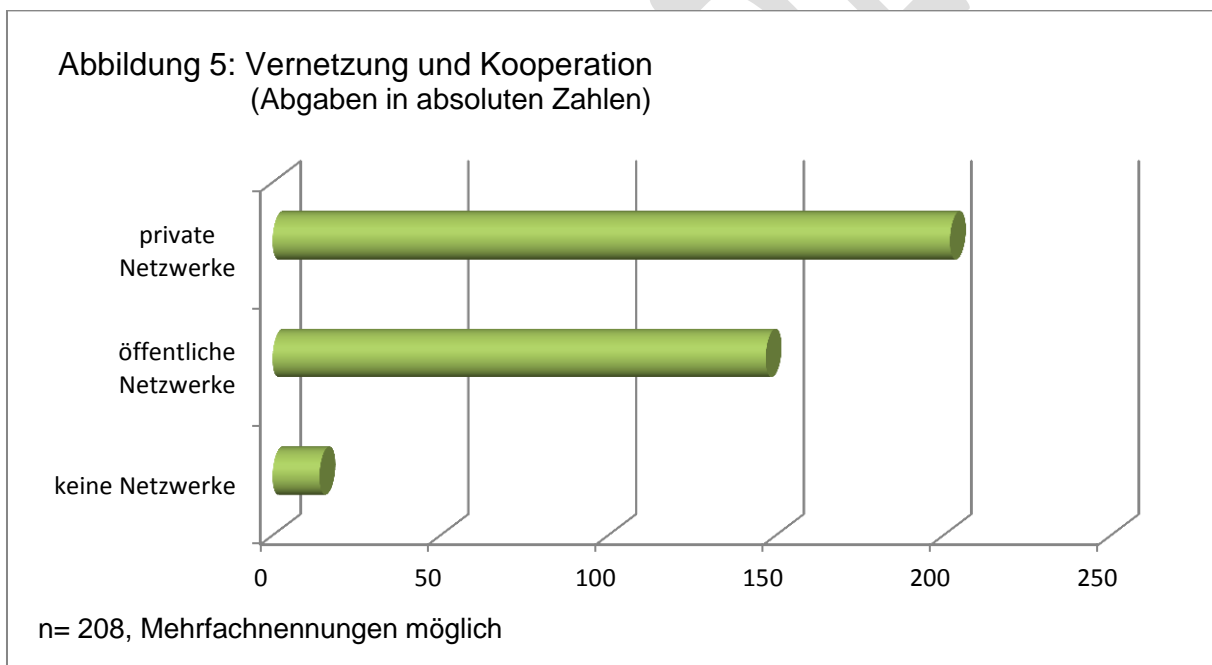
Ähnlich wie die Ergebnisse der Bewohner_innen-Befragungen zeigen, ist *Zuwanderung* auch für Institutionen ein relevantes Thema. Die Befragten nannten Überlastungen durch erhöhten Zulauf in ihren Institutionen und brachten dies mit einem erhöhten Krankenstand, Mehrbedarfe an Mitarbeiter_innen und Finanzierung sowie Unterstützungsbedarfe im Umgang mit veränderten Anforderungen wie beispielsweise Sprachbarrieren in Verbindung. Zudem wurde der Abbau von Vorbehalten in der etablierten Bevölkerung des Stadtteils als zentrale Voraussetzung für ein gesundes Zusammenleben benannt.

Zusammenfassung *Gesundheitliche Ressourcen und Risiken:*

- Als gesundheitsfördernde Ressourcen wurden soziale Netzwerke wie *Familie und Freunde, gute Lebensbedingungen* (bspw. Einkaufsmöglichkeiten, Wohnen) sowie eine *gute Angebotslandschaft* am häufigsten benannt. Dies zeigt, dass gesundheitsförderliche Stärken in Stendal-Stadtsee vorhanden sind.
- Gleichzeitig wurden *fehlende Angebote* von allen Altersstufen bemängelt oder bestehende Angebote schlecht bewertet. Die Institutionen griffen dies auf und machten *Koordinierungsbedarfe* im Stadtteil deutlich und dass bestehende Angebote besser sichtbar gemacht werden sollten.
- Über 100 Nennungen verweisen auf den Stadtteil als *sozialen Brennpunkt*. Häufig benannt wurden dabei Kriminalität, Drogen- und Alkoholkonsum sowie Gewalt. Bestätigt wird dieser Eindruck in den Aussagen der Institutionen, die auf besondere Zielgruppen, Arbeitslosigkeit und Armut hinweisen.
- In 85 Aussagen werden Sorgen über negative Auswirkungen durch *Zuwanderung* benannt. Auch bei den Institutionen wird *Zuwanderung* als relevantes Thema für den Stadtteil benannt. Teilweise sind damit veränderte Arbeitsanforderungen, Mehrbelastung sowie Unterstützungsbedarfe verbunden.
- Die Arbeit der Institutionen in Stendal-Stadtsee schafft bedeutsame gesundheitliche Ressourcen für die Bewohner_innen des Stadtteils. Allerdings benennen fast alle negative Auswirkungen durch institutionelle Herausforderungen wie beispielsweise. hohe Stresslevel, Finanzierungsschwierigkeiten und verbinden damit teilweise steigende Krankheitstage ihrer Mitarbeitenden.

2.3. Vernetzung und Kooperation

Folgt man dem Gesundheitsverständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) so sind soziale Netzwerke eine grundlegende Voraussetzung für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen. Sozialer Zusammenhalt, durch freundschaftliche und familiäre Beziehungen oder Unterstützung aus einem Netzwerk fördert die Gesundheit, da sie Entlastung schaffen und zur Bewältigung von gesundheitlichen Belastungen beitragen.⁹ Um *Vernetzungen und Kooperationen* sichtbar zu machen, wurden die Teilnehmer_innen gefragt: „**Wenn Sie ein Anliegen haben, an wen wenden Sie sich privat und öffentlich?**“ Dabei sind folgende Ergebnisse festgehalten:



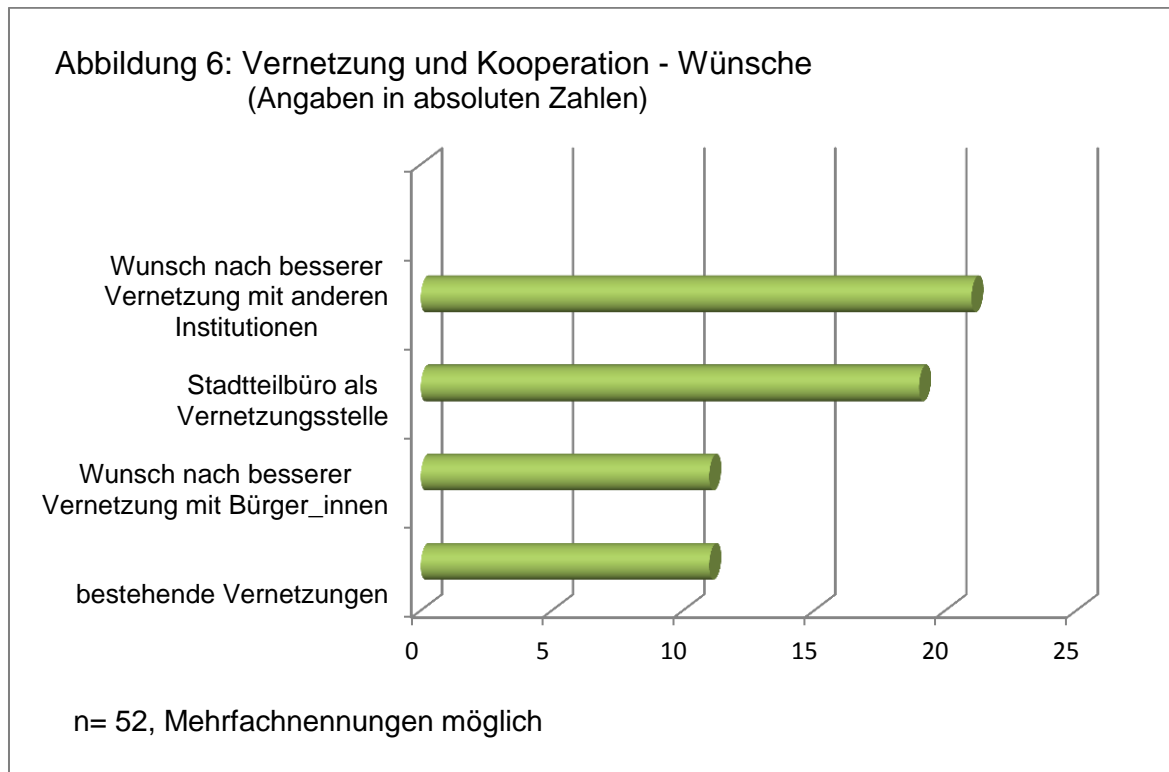
Die größte Bedeutung haben mit über 200 Nennungen *private Netzwerke*. In dieser Kategorie wurden mit 107 Aussagen vor allem die Familie mit Großeltern, Kinder, Geschwister, Eltern sowie Ehe-/Partner_innen sowie 91-mal Freunde als Hinwendungsmöglichkeiten benannt.

147 Aussagen, die öffentliche Einrichtungen als Ansprechpartner_innen benannten, sind in der Kategorie *Öffentliche Anlaufstellen* zusammengefasst. Als wichtige Ressourcen wurden mit 42 Aussagen die Wohnungsbaugesellschaften, mit 26 Aussagen Mitarbeiter_innen in Horten und Jugendclubs sowie mit 21 Aussagen das Jobcenter benannt.

⁹ vgl. Geene, Raimund; Halkow, Anja. (2004). Armut und Gesundheit. S. 16

14 der Befragten äußerten sich explizit über fehlende Bezugspersonen oder Ansprechpartner_innen im Stadtteil.

Auch für **Institutionen** ist Vernetzung ein relevantes Thema. Folgende Kategorien wurden hierzu identifiziert:



Auffällig ist die häufige Benennung des Wunsches nach *besserer Vernetzung mit anderen Institutionen*. Dieser Eindruck wird noch einmal verstärkt, wenn die Aussagen in der Kategorie *Koordinierungsbedarfe im Stadtteil* mit 36 Aussagen (unter Punkt 2.2.2.) sowie zu *Stadtteilbüro als Vernetzungsstelle* mit 19 Aussagen (folgender Punkt) mit betrachtet werden.

Da die Umfrage der Institutionen im Rahmen der Vorstellung des neuen Stadtteilmanagements in Stendal-Stadtsee erfolgte, finden sich in den Ergebnissen Aussagen zu den Erwartungen an das Stadtteilmanagement wieder. Dieses soll Vernetzungs- und Koordinationsarbeit im Stadtteil leisten und hierzu Ansprechpartnerin sein. Es soll zudem beraten, Informationen bündeln und vermitteln, bei Finanzierungen unterstützen, Veranstaltungen organisieren, Interessen vertreten sowie allgemein die Institutionen unterstützen.

Einigen befragten Institutionen ist es zudem wichtig, besser mit Bürger_innen des Stadtteils in Kontakt zu kommen und sie als Adressat_innen zu gewinnen.

11 Akteur_innen benannten bereits *bestehende Vernetzungen* mit anderen Institutionen als positive Zusammenarbeit im Stadtteil.

Zusammenfassung *Vernetzung und Kooperation*:

- Fast alle befragten Bewohner_innen konnten Ansprechpartner_innen benennen, an die sie sich bei Anliegen wenden. Als wichtigste Ressource wurden hier *private Netzwerke* genannt. Aber auch *öffentliche Netzwerke* sind von großer Bedeutung für die Befragten.
- Bei Institutionen im Stadtteil besteht der deutliche *Wunsch nach einer besseren Vernetzung mit anderen Institutionen* sowie der Wunsch, Adressat_innen zu gewinnen (*bessere Vernetzung mit Bürger_innen*). In Erwartungen an das Stadtteilmanagement zeigt sich zudem der Wunsch nach Koordinierungs- und Vernetzungsarbeit im Stadtteil (*Stadtteilbüro als Vernetzungsstelle*).

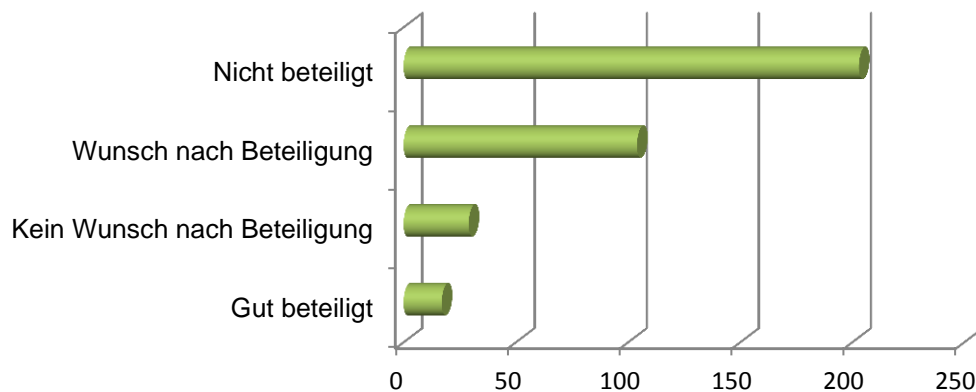
2.4 Beteiligung

Das individuelle Gesundheitspotenzial kann entfaltet werden, wenn Menschen Einfluss auf die Faktoren, die die eigene Gesundheit beeinflussen, nehmen können.¹⁰ Gesundheitsförderung setzt daher bei der aktiven Einbeziehung aller Akteure in der Lebenswelt an, um eigene Potentiale und Kompetenzen der Menschen zu stärken.¹¹ Die Menschen im Quartier sind Expert_innen für sich selbst sowie für ihre Lebenswelten. Ihre Perspektiven sind somit höchst bedeutsam für die gesundheitsförderliche Quartiersentwicklung. In den Interviews wurde daher gefragt: **„Wie fühlen sie sich beteiligt? Wie können Sie sich beteiligen? Was würden Sie sich wünschen? Welche Wünsche haben sie in Bezug auf Stadtrat, Verwaltung und Stadt? Wie können Sie Einfluss auf Entscheidungen im Stadtteil nehmen? Was wünschen Sie sich diesbezüglich?“**

¹⁰ vgl. Göpel, Eberhard; Schubert-Lehnhardt, Viola. (2004). Gesundheit gemeinsam gestalten. Kommunale Gesundheitsförderung.

¹¹ vgl. Geene, Raimund; Rosenbrock, Rolf. (2012). Gesundes Aufwachsen für alle!. S. 51

Abbildung 6: Beteiligung
(Abgaben in absoluten Zahlen)



n= 208, Mehrfachnennungen möglich

Das Diagramm zeigt, dass mit 203 Aussagen, die in der Kategorie *nicht beteiligt* zusammengefasst wurden, ein Großteil der befragten Bewohner_innen angibt, keine Beteiligung zu erfahren. Zudem machten 11 von 208 Befragten keine Angaben zu Beteiligungserfahrungen und Beteiligungsmöglichkeiten. Bestehende Beteiligungsmöglichkeiten wurden lediglich neun Mal benannt. Dies lässt darauf schließen, dass die Bewohner_innen insgesamt nicht wissen, wie sie sich beteiligen können bzw. keine Beteiligungsmöglichkeiten haben.

Gleichzeitig hat Beteiligung jedoch einen hohen Stellenwert für die Befragten, da 104 Personen Aussagen äußerten, die die Kategorie *Wunsch nach Beteiligung* bilden.

Lediglich in 6 **Gesprächen mit den Institutionen** wurde Beteiligung thematisiert. In diesen Aussagen wurde hauptsächlich der Wunsch nach mehr Vernetzung mit der Hansestadt Stendal genannt.

Zusammenfassung *Beteiligung*:

- Fast alle Befragten nannten keine Beteiligungserfahrungen oder Beteiligungsmöglichkeiten (*nicht beteiligt*). Die Hälfte der befragten Bewohner_innen gab hingegen explizit den *Wunsch nach Beteiligung* an.
- Lediglich 6 Institutionen thematisierten Beteiligung, das Thema scheint hier nicht von hoher Bedeutung zu sein.

3. Handlungsempfehlungen

Die Ergebnisse der Erhebung sollten konkrete Hinweise zur praktischen Gesundheitsförderung/ gesundheitlichen Primärprävention in Stendal-Stadtsee liefern. Dabei erfolgte die Auswertung der Erhebung vornehmlich aus einer ressourcenorientierten Perspektive und suchte somit hauptsächlich nach vorhandenen Stärken und Potentialen als Anknüpfungspunkte, ohne bestehende Defizite und Probleme zu ignorieren.

Unter dieser Prämisse wurde der erste Entwurf der Erhebung in zwei Veranstaltungen Verantwortungsträger_innen sowie Praktiker_innen präsentiert und diskutiert. Aus den Diskussionen wurden die folgenden Handlungsempfehlungen abgeleitet.

1. Leitziel: Vorhandene Ressourcen des Stadtteils bekannter machen

Stendal-Stadtsee hat durch seine hohe Bevölkerungsdichte ein vergleichsweise vielfältiges Angebot mit sozialen Einrichtungen, und Freizeit- und Sportmöglichkeiten, gutem und günstigen Wohnraum, Tierpark und Stadtsee als Naherholungsorte, Einkaufsmöglichkeiten, u.v.m. Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass die Bewohner_innen einerseits die Ressourcen nennen und loben (siehe Abbildung 2), andererseits jedoch den Wunsch nach mehr oder fehlenden bzw. bedarfsgerechteren Angeboten äußern (siehe Abbildung 3). Dies lässt vermuten, dass vorhandene primärpräventive/gesundheitsfördernde Ressourcen des Stadtteils häufig nicht ausreichend bekannt beziehungsweise im Bewusstsein der Bewohner_innen verankert sind.

1.1 Teilziel: Authentisches Image des Stadtteils fördern:

a) Handlungsstrategie: Reflektieren

- ...Reflexionsstrategien sind durchzuführen, um ein authentisches Bild des Stadtteils zu erhalten, mit dem sich Bewohner_innen und Institutionen identifizieren können.
- ...Die besonderen Stärken und Bedarfe des Stadtteils sind bei Stadt-, Schul-, Sozialentwicklungsplanung zu berücksichtigen (hohe Bevölkerungszahl, vielfältige Angebotslandschaft, Migrationsanteil, vorhandenes Engagement, Armutsrate, etc.).
- ...Akteure im Stadtteil reflektieren, welche Kompetenzen und Bedarfe ihre Adressat_innen haben und ob die bestehenden Angebote ausreichend daraus ausgerichtet sind. Dies ist im Dialog mit den Adressat_innen durchzuführen.
- ...Angebote sind auf besonders belastete und/oder sozial benachteiligte Bewohner_innen auszurichten, ohne zu stigmatisieren.

b) Handlungsstrategie: Kommunizieren

- ...Ein Kommunikationskonzept ist zu entwickeln, mit dem das authentische Image transportiert und die Identifikationsarbeit der Bewohner_innen unterstützt wird.
- ...Gute Lebensbedingungen wie beispielsweise günstiger Wohnraum, vielfältige Einkaufsmöglichkeiten, Stadtsee und die vielfältige Angebotslandschaft sind zu erhalten und auszubauen.

1.2 Teilziel: Informationsstrukturen im Stadtteil stärken:

a) Handlungsstrategie: Zusammentragen

- ...Durch leicht verständliche Sprache ist die Niedrigschwelligkeit und Bedarfsgerechtigkeit von Informationen zu sichern.
- ... Angebotsübersichten und Informationsplattformen sind zu überarbeiten oder zu erstellen.

c) Handlungsstrategie: Verbreiten

- ...Zugänge zu vorhandenen Informationsmaterialien werden vereinfacht.
- ...Das Stadtteilbüro etabliert sich als Informationsträger-, Koordinator und Vermittler.
- ...Vorhandene Angebote sind für Multiplikator_innen in sozialen Einrichtungen, Schulen usw. bekannter zu machen, um weitere Informations- und Anlaufstellen zu schaffen.

2. Leitziel: Arbeitsfähigkeit & Vielfalt der Institutionen im Stadtteil sichern und fördern

Im Stadtteil gibt es viele Institutionen, die an der Stärkung der Gesundheit der Bewohner_innen mitwirken. Die Akteure sind besonderen Herausforderungen ausgesetzt und sollten daher systematisch unterstützt werden.

1.2 Arbeitsfähigkeit der Institutionen sichern:

a) Handlungsstrategie: intern

- ...Bewohner_innen werden stärker in die Stadtteilarbeit eingebunden. Dazu sind Strukturen für Ehrenamt und Hilfstätigkeiten auszubauen (Student_innen, BufDi, AGH)
- ...Langfristig planbare und bedarfsgerechte Finanzierungen sind anzustreben.
- ...Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung sind in die Institutionen einzubringen.

b) Handlungsstrategie: extern

- ...Ein regelmäßiger Austausch über die Arbeitsbelastungen und Rahmenbedingungen der Institutionen ist durchzuführen.
- ...Finanzierungs- und Fundraisingmöglichkeiten werden den Institutionen aufgezeigt. Das Stadtteilbüro wird dazu Informationen sammeln, weiterleiten und beraten.
- ...Fortbildungen zu aktuellen Fragestellungen werden regelmäßig angeboten.

2.2 Teilziel: Vernetzung und Kooperationen zielgerichtet stärken:

- ...Bestehende Netzwerke werden erhoben, sichtbar gemacht und gestärkt werden.
- ...Institutionen im Stadtteil vernetzen sich gezielt um gegenseitig Erfahrungen und Informationen über Angebote und Veranstaltungen auszutauschen und einzelne Themen gemeinsam zu bearbeiten.
- ...Das Stadtteilmanagement wird als Vernetzungsstelle zwischen der Bürgerschaft und Akteuren vermitteln und dabei regelmäßige Austauschmöglichkeiten bieten (Stadtteiltreffen).
- ...Das Stadtteilmanagement ist in lokalen Gremien zu vertreten. Einerseits um gezielt Informationen an Akteure des Stadtteils weiterzuleiten. Weiterhin um Stadtteilthemen in lokale Netzwerke und Gremien einzubringen.

2.3 Teilziel: Interkulturalität im Stadtteil stärken:

- ...Bestehende Angebote der Willkommenskultur sind zu stärken und zu unterstützen.

3. Leitziel: Ressourcen und Stärken der Bewohner_innen sichern und fördern

In Stendal-Stadtsee leben 11.000 Menschen. Ihre Hintergründe, Kompetenzen, Interessen und Bedarfe sind heterogen. Es gibt viele Ressourcen im Stadtteil und bei den Bewohner_innen, die als Anknüpfungspunkte für Gesundheitsförderung gestärkt werden sollten. Einer deutlichen Mehrheit der Befragten Bewohner_innen sind aktive Beteiligung und Mitsprache wichtig. Der Wille zur Partizipation sollte als Chance genutzt werden, um gemeinsam mit den Bewohner_innen gesundheitsförderliche Verhältnisse zu entwickeln.

3.1 Teilziel: Beteiligung Bedarfe, Interessen und Sichtweisen der Bevölkerung stärker in die Gestaltung der Angebotslandschaft einbeziehen:

- ...Der große Wunsch der Bewohner_innen, einbezogen und beteiligt zu werden, ist als Chance zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation zu nutzen. Eine feste Beteiligungssystematik ist durch wichtige Akteure des Stadtteils auszubauen. Bspw. können bestehende Angebote und Veranstaltungen (Stadtteulfeste) zur Beteiligung der Bewohner_innen genutzt werden.
- ...Akteure des Stadtteils sind für die Beteiligung von Bewohner_innen zu befähigen und zu sensibilisieren.
- ...Bewohner_innen de Stadtteils werden für Beteiligung befähigt und sensibilisiert.
- ...Bestehende Angebote und Beteiligungsmethoden werden auf die Kompetenzen und Bedarfe der Bewohner_innen ausgerichtet (bspw. Geh-Strukturen, leichte Sprache, etc.)
- ...Die Ergebnisse der Befragung sind gemeinsam mit Akteuren und Bewohner_innen zu reflektieren, um sie in die Gestaltung der Angebotslandschaft einzubeziehen.
- ...Ängste und Vorurteile der etablierten Bevölkerung in Bezug auf Zuwanderung sind ernst zu nehmen und zu bearbeiten, auch um Radikalisierung vorzubeugen.
- ...Grundlegende Bedarfe der Migrant_innen sind einzubeziehen und zu erfüllen (Sprache, Freizeit, Umgang mit Behörden, Traumatabewältigung etc.).

3.2 Teilziel: Empowerment der Bewohner_innen:

- ...Kompetenzen sind durch bedarfsgerechte und niedrighschwellige Angebote zu fördern.
- ...Die Bevölkerung des Stadtteils wird für und durch Einbindung in den gesundheitsförderlichen Prozess gestärkt.
- ...Vorhandene soziale Netzwerke der Bewohner_innen sind durch gezielte Angebote zu stärken (bspw. Familienaktivitäten).
- ...Institutionen wie Wohnungsbaugesellschaften, Jugendclubs etc. werden in ihrer Funktion als bedeutsame Anlaufstelle für Bürger_innen gestärkt.
- ...Das vorhandene Engagement im Stadtteil ist gezielt für den gesundheitsförderlichen Gestaltungsprozess zu nutzen.

4. Schlusskommentar

Stendal-Stadtsee ist ein Stadtteil, der vielfältige gesundheitsförderliche Ressourcen aufweist, die es zu unterstützen und stärken gilt. Im Stadtsee treffen viele Akteure zusammen, die gesundheitsförderliche Lebensbedingungen und Lebensweisen maßgeblich mitgestalten und fördern können. Die formulierten Handlungsempfehlungen eröffnen Ziele und Strategien, für deren Umsetzung konkrete Maßnahmen zu entwickeln sind. Der Prozess der Entwicklung und Umsetzung ist gemeinsam mit Akteuren und Bewohner_innen zu gestalten, um Gesundheitsförderung fest im Stadtteil zu verankern.

„Gesundheit kann attraktiv sein, Gesundheit kann ein Bindeglied sein für soziale Gruppen und Aktivitäten, in Gesundheitszentren, Jugendzentren, Sozialzentren, Arbeitslosenzentren und und und. Selbstbestimmung und Autonomie heißt nicht, die Menschen allein zu lassen. Es bedeutet [...] mit den Menschen zu arbeiten, statt sie verwalten oder belehren zu wollen; zusammenführen, anregen und stärken, Selbstorganisation unterstützen, Netzwerke aufbauen.“¹²

¹² Geene, Raimund; Halkow, Anja. (2004). Armut und Gesundheit: Strategien der Gesundheitsförderung. S. 17

5. Quellen

- Bär, Gesine; Böhme, Christa; Reimann, Bettina. (2009). Kinder- und Jugendbezogene Gesundheitsförderung im Statteil. Berlin: Deutsches Institut für Urbanistik & BKK Bundesverband
- Geene, Raimund; Halkow, Anja. Armut und Gesundheit: Strategien der Gesundheitsförderung. In: Geene, Raimund; Halkow, Anja (Hrsg.). (2004). Armut und Gesundheit: Strategien der Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main: Mabuse- Verlag. S. 16-18
- Geene, Raimund; Rosenbrock, Rolf. Der Settingansatz in der Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.).(2012). Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Köln. S. 46-75
- Göpel, Eberhard; Schubert-Lehnhardt, Viola.(2004). Gesundheit gemeinsam gestalten. Kommunale Gesundheitsförderung. Frankfurt: Mabuse-Verlag.
- Kolip, Petra (Hrsg.). (2013). Quartiersbezogene Gesundheitsförderung. Umsetzung und Evaluation eines integrierten lebensweltbezogenen Handlungsansatzes. Weinheim und Basel: Beltz Juventa
- Mayer, Horst. (2004). Interview und schriftliche Befragung. Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung. 6. Auflage. München: Oldenbourg Verlag.
- Robert-Koch-Institut.(Hrsg.).(2006).Gesundheit in Deutschland. Berlin.
(Gesundheitsberichterstattung des Bundes)
- Weth, Claus. Kommunale Gesundheitsverwaltung. In: Luthe, Ernst-Wilhelm (Hrsg.).(2013). Kommunale Gesundheitslandschaften. Wiesbaden: Springer Verlag.

Anlage B

Auszug aus dem „Stadtentwicklungskonzept der Hansestadt Stendal Fortschreibung 2014 Planteil“, herausgegeben von der Hansestadt Stendal.

Stand 07.10.2014.

Seiten 75-77

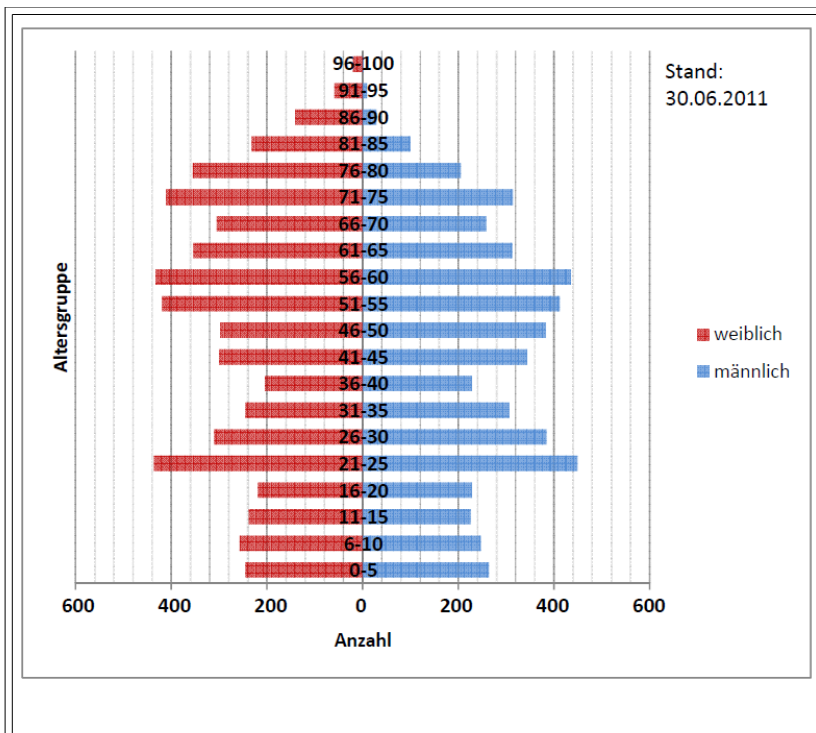
Ausgangslage

Stadtsee als Umbaugebiet mit vorrangiger Priorität

Stadtsee ist der bevölkerungsreichste Stadtteil Stendals. Hier wohnt fast ein Drittel der gesamten Stendaler Bevölkerung. Auf Basis der teilträumlichen Analyse sowie der Prognose wurde Stadtsee als Umbaugebiet mit vorrangiger Priorität festgelegt. Ziel ist es, das Wohngebiet Stadtsee durch städtebaulichen Maßnahmen weiterzuentwickeln.

Vertiefende Stadtteilanalyse

<p>Der Stadtteil ist baulich homogen als typische Großwohnsiedlung in industrieller Betonfertigteilbauweise errichtet. Während der östliche Teil überwiegend mit fünf- und teilweise elfgeschossigen Bauten aus Betonfertigteilen der siebziger Jahre bebaut ist, ist der westliche Teil von sechs- und elfgeschossiger Bebauung des Typs WBS 70 sowie fünfgeschossiger Bebauung unterschiedlicher Bautypen aus den siebziger und achtziger Jahren geprägt.</p>	
<p>Die Bevölkerung im Stadtteil Stadtsee ist im Zeitraum von 1995 bis 2012 um fast 50% zurückgegangen, während sich die Zahl der Einwohner in der Gesamtstadt im gleichen Zeitraum nur um ca. 20% verringert hat. 2012 leben noch ca. 30% der Stendaler Bevölkerung in Stendal-Stadtsee.</p>	<p>Nachfrageanalyse: überdurchschnittlicher Bevölkerungsverlust in den letzten Jahren</p>



Altersstruktur wie Stendal gesamt

Die Altersstruktur entspricht, mit Ausnahme der Altersgruppen 18-25-Jährigen, ungefähr der Verteilung der Altersgruppen in der Gesamtstadt. Etwas unterrepräsentiert ist die Gruppe der 31-40-Jährigen, die sich anteilig eher in den Einfamilienhausgebieten wiederfindet (Familiengründungsphase). Die Altersgruppe der 18 bis 25-jährigen liegt, bedingt durch das Reichsbundberufsbildungswerk in der Werner-Seelenbinder-Straße (über 200 Einwohner) und evtl. durch Studenten über dem Durchschnitt der Stadt.

Im Schnitt wohnen in Stadtsee 1,85 Personen in einer Wohnung. Dieser Wert liegt deutlich unter dem Stendaler Schnitt von 2,08 Einwohnern/Wohnung.

unterdurchschnittliche Wohnungsbelegung

Zunehmend schwierig entwickelt sich die Sozialstruktur in einzelnen Wohnblöcken oder Bereichen, wohingegen insbesondere in Stadtsee I und II stabile Strukturen vorherrschen. In einigen Wohnblöcken führt die Anhäufung von sozial schwierig integrierbaren Mietern zu Problemen. Dieser Entwicklung muss entgegengewirkt werden.

zunehmend schwierige Sozialstruktur

In Stadtsee stehen mit 7.357 Wohneinheiten, fast ausschließlich in Betonfertigteilbauweise, über 30% aller Wohnungen Stendals. Der Wohnungsbestand hat sich in den letzten Jahren durch Rückbau von Blöcken wesentlich verändert. Neubau hat nur in geringem Umfang stattgefunden.

Über 7.350 Wohnungen in Betonfertigteilbauweise

<p>Die Wohnungen gehören zu über 85% den zwei großen Stendaler Wohnungsunternehmen (SWG und WBGA). Knapp 15% sind im Eigentum von 4 privaten Unternehmen. Ein privates Unternehmen verfügt über 2/3 (ca. 700) dieser Wohnungen.</p>	<p>fast vollständig im Eigentum der Wohnungsunternehmen</p>
<p>Fast die Hälfte der Wohnungen (46%) sind Dreiraumwohnungen. 19% aller Wohnungen haben vier und mehr Zimmer. Ein wesentliches Problem in Stadtsee sind die oftmals ungünstigen Grundrisse. Neben (teilweise innenliegenden) relativ kleinen Bädern werden die auch die Zimmer zum Teil als zu klein empfunden.</p>	<p>Überwiegend Dreiraumwohnungen</p>
<p>Über 37% der Wohnungen im Stadtsee sind saniert. Dies trifft insbesondere auf den östlichen Bereich zu. Über 42% sind teilsaniert. Der im wesentlichen noch unsanierte Wohnungsbestand ist im Stadtentwicklungskonzept 2001 als Abriss vorgesehen. Diese Pläne werden jedoch voraussichtlich nicht im vollen Umfang umgesetzt.</p>	<p>Nur ca. 20% der Wohnungen sind saniert</p>
<p>Seit 1995 hat sich die Zahl der leer stehenden Wohnungen in Stadtsee von rund 600 bis 2012 mehr als verdoppelt. Damit liegt die Leerstandsquote bei 18,65% (Gesamtstadt 16,28%). Dieser Prozentsatz ist durch die getätigten Rückbaumaßnahmen verbessert worden. Ohne Rückbau würde der Leerstand in diesem Stadtteil mit 37,3% über dem Durchschnitt liegen. Die Wohnungsbaugesellschaften teilten am 06.12.2012 mit, dass der Leerstand weiter gesunken ist (WBGA: durchschnittlich 15 %, SWG: unter 10%). Daraus lässt sich ableiten, dass der Stadtteil eine wichtige wohnungspolitische Bedeutung hat.</p> 	<p>über 18,5% Leerstand</p>
<p>Wohnungsneubaumaßnahmen sind in Stadtsee bis 2025 nur vereinzelt zu erwarten. Dazu gehört die Fläche östlich des Arbeitsamtes, die im Geltungsbereich eines Bebauungsplanes liegend, eine Wohnbebauung zulässt.</p>	<p>nur vereinzelt Wohnungsneubau</p>

Anlage C

Auszug aus dem Antragsbogen Setting Stadtteil/ Kommune „Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V: Aktivitäten im Setting Stadtteil/Kommune – Antragsbogen für externe Anbieter“, von KinderStärken e.V. an die AOK Sachsen-Anhalt Koordinator Prävention/Setting.

Stand 28.09.2015.

Seite 14

Anlage A: Projektplan/Vorgehen

Ziel 1:

Zielbeschreibung:

Ziel ist eine Bestandsaufnahme zu Angeboten der Gesundheitsförderung im Stadtteil "Stadtsee". Welche Präventionsangebote gibt es, welche werden in Anspruch genommen und wo fehlt es an spezifischen zielgruppenorientierten Angeboten?

Maßnahmen/Interventionen:

Bestandsaufnahme der gesundheitlich-sozialen Angebote in Stendals Stadtsee
Befragungen bei Akteuren und Einwohner_innen zur Kenntnis der Angebote sowie zur Inanspruchnahme der Angebote
Befragung der Akteure Einstellungen und Kompetenzen in Bezug der Sozialen Akteure im Stadtteil in Bezug auf Gesundheitsförderung
Erfassung von Bedarfen in der Bevölkerung
Erstellung eines Gesamtbildes zur gesundheitlichen/sozialen Situation in Stendal Stadtsee und Ableitung von Handlungsstrategien

Indikatoren für die effektive Durchführung der Maßnahmen:

Die Einrichtungen vor Ort wurden zu den oben genannten Themen befragt.
Mindestens XXX Personen haben an der Befragung teilgenommen.
Es ergibt sich ein Gesamtbild über gesundheitsfördernde Angebote, welches eine Ableitung von zielgerichteten Strategien zur Gesundheitsförderung im Setting Kommune ermöglicht.

Für weitere Ziele bitte obige Struktur übernehmen.

Anlage D

Leitfaden für die Befragung der Bewohner_innen und Institutionen des Projektes
„Gesundheit Stadtsee“.

Stand 19.11.2015.

Leitfaden zur Bestandsaufnahme „Gesundheit Stadtsee“

- **Vorhandene Ressourcen** (materielle Ressourcen, soziale Ressourcen, Wissen und Information) - Was wünschen Sie sich? Welche Stärken/ Schwächen hat der Stadtteil?
- **Gesundheitsversorgung (Primärpräventiv)** (Ausmaß der Gesundheitsangebote, Abbau von Zugangsbarrieren, Angebote für spezielle Zielgruppen). - Welche Angebote haben Sie? Was fehlt Ihnen?
 - *Möglichkeiten im Stadtteil das man gerne hier wohnt und lebt:*
 - *Was kennen Sie?*
 - *Was finden Sie gut/ Schlecht,*
 - *Was würden Sie sich noch wünschen?*
- **Vernetzung und Kooperation** (Soziale Netzwerke, örtliche, überörtliche Vernetzung und Kooperation, Qualität der Vernetzung und Kooperation) Wen kennen Sie? Wer fehlt? Was gibt es schon im Stadtteil?
 - *Wenn Sie ein Anliegen haben, an wen wenden Sie sich (Privat und Institution)?*
 - *Soziale Netzwerke*
 - *Institutionen*
- **Bürgerbeteiligung** - *Wie fühlen sie sich beteiligt? Wie können Sie sich beteiligen? Was würden Sie sich wünschen?* (Ausmaß der Bürgerbeteiligung, Eigeninitiative der Bevölkerung, Förderung der Bürgerbeteiligung)
- **Verantwortliche lokale Führung** (Ausmaß lokaler Führung, soziale Kompetenzen, Steuerungskompetenzen lokaler Führung) - Welche Wünsche haben Sie in Bezug auf Stadtrat, Verwaltung, Stadt?
 - *Für den Stadtteil werden viele Entscheidungen getroffen.*
 - *Wie können Sie Einfluss auf Entscheidungen im Stadtteil nehmen?*
 - *Was wünschen Sie sich diesbezüglich?*
- **Wertschätzung/ Selbstwirksamkeit**
 - Was tut ihnen hier im Stadtteil oder privat gut?
- **Strategie Offenes Ohr - Weitere Funktion der Befragung**

Anlage E

Tabelle zur Ableitung der Handlungsempfehlungen.

Die Tabelle zeigt die Ergebnisse aus der Untersuchung sowie aus den zwei Untersuchungspräsentationen. Diese wurden zusammengefasst und interpretiert und anschließend Handlungsempfehlungen abgeleitet.

Stand 10.07.2016.

Ableitung der Handlungsempfehlungen

Stand: 10.07.2016

<u>Ergebnisse aus Befragung</u>	<u>protokollierte Ergebnisse Treffen Jugereinrichtungen</u>	<u>protokollierte Ergebnisse AOK Treffen</u>	⇒ <u>Interpretation & Zusammenfassung</u>	⇒ <u>Abgeleitete Handlungsempfehlungen</u>
<ul style="list-style-type: none"> 203 Aussagen „nicht beteiligt“ vs. 104 Wunsch nach mehr Beteiligung 	<ul style="list-style-type: none"> Schüler_innen mit Migrationsgrund haben auch nach ihrem 2. Jahr in Deutschland besondere Unterstützungsbedarfe bzgl. Deutsch als Fremdsprache. 	<ul style="list-style-type: none"> Aussagen zu Beteiligung kritisch zu sehen; lediglich 38/ 2500 Stimmberechtigten an WBGA Vorstandswahl beteiligt, vor 5 Jahren noch 45%, nehmen Beteiligungsangebote nicht an, Beteiligung setzt Kompetenzen voraus, die bei Stadtseebevölkerung kaum vorhanden, Beteiligung muss gestärkt werden 	<ul style="list-style-type: none"> Kritik an Befragungsmethode Es gibt kein echtes Interesse an Beteiligung Beteiligungsangebote werden nicht angenommen Kompetenzen d. Stadtseebevölkerung sind zu gering für Beteiligung Wunsch nach Beteiligung groß 	<ol style="list-style-type: none"> Ergebnisse der Befragung reflektieren Beteiligung stärken <ol style="list-style-type: none"> Empowerment der Bevölkerung für Beteiligung Bedarfsgerechte/ niedrigschwellige Beteiligungsangebote entwickeln Befähigung und Sensibilisierung der Akteure Beteiligungsmöglichkeiten/ Verfahren Kultur/ Strukturen aufbauen Großen Wunsch nach Beteiligung als Chance nutzen
<ul style="list-style-type: none"> Widerspruch: Benennung vieler Angebote und Benennung fehlender Angebote Wunsch nach mehr /bedarfsgerechten 		<ul style="list-style-type: none"> Es werden genügend Angebote gemacht! Personen aus anderen Stadtteilen nutzen Stadtseeangebote besser, als Stadtseebevölkerung selber Von Krankenkassen gemachte Angebote bspw. für Senioren oder in Tafel wurden nicht angenommen Ich muss mir eingestehen, dass mein Angebot nicht funktioniert und muss mit meinem Angebot auf die Leute zugehen WBGA erreicht Leute, weil gezielt im Sozialraum Leichte Sprache 	<ul style="list-style-type: none"> Es sind genügend Angebote vorhanden Stadtseebevölkerung interessiert sich nicht für Angebote Bestehende Angebote werden schlecht angenommen Besondere Bedarfe und Möglichkeiten der Zielgruppen in Stadtsee reflektieren und Angebote niedrigschwelliger u. Bedarfsgerechter gestalten Familie und Freunde 	<ol style="list-style-type: none"> Reflektion der Annahmen von Akteuren (einschl. KinderStärken e.V.) zu ihren Bildern/ Denkweisen/ Perspektiven über Stadtseebevölkerung (Klassismus vs. Realität). Bevölkerung empowern Bestehende Angebote stärken und prozesshaft Erhöhen der Niedrigschwelligkeit/ Bedarfsgerechtigkeit von Angeboten für Stadtseebevölkerung. <ol style="list-style-type: none"> Reflektion d. Möglichkeiten und Bedarfe der Zielgruppen Gezielt auf Sozialbenachteiligte fokussieren Leichte Sprache etablieren Geh-Strukturen Gute Praxis erfassen Angebote zur Stärkung sozialer Netzwerke

<p>Angeboten Indoorspielplatz, mehr Austauschmöglichkeiten, mehr Spielplätze oder Wochenendangebote</p> <ul style="list-style-type: none"> • schlechte Angebote beispielsweise heruntergekommene Spielplätze, zu kurze Öffnungszeiten von Jugendclubs, wenig Möglichkeiten für Familienaktivitäten, zu teure Sportangebote oder zu wenig Angebote für Erwachsene. • Wunsch nach besserer Vernetzung mit anderen Institutionen : Koordinierungsbedarfe im Stadtteil mit 36 Aussagen) sowie zu Stadtteilbüro als Vernetzungsstelle mit 19 Aussagen • Vernetzungs- und Koordinationsarbeit im Stadtteil durch das Stadtteilbüro: es soll zudem beraten, Informationen bündeln und 		<ul style="list-style-type: none"> • Kinder können andere Dinge • Die Menschen haben Ängste • Selbstwertgefühl steigern • Versch. Schichten beachten • Angebote gezielt auf „soziale Unterschicht“ fokussieren, andere haben es weniger nötig! • Jobcenter einbinden, könnte Angebote u. Sprechstunden im Stadtteilbüro machen (BuT) • Gesundheitsamt könnte Angebote im Stadtteil machen • Wie lassen sich bestehende Angebote besser öffentlich darstellen? • Wie kann man die Menschen erreichen? • In Vereine gehen und Vereine mitdenken • Bevölkerung einbinden 	<p>als wichtige Ressourcen beachten</p> <ul style="list-style-type: none"> • private Netzwerke Familie mit Großeltern, Kinder, Geschwister, Eltern sowie Ehepartner oder Partner als Hinwendungsmöglichkeiten • Strukturelle Hürden für Arbeit im Stadtteil • Zielgruppen gezielt eingrenzen • Widerspruch Angebote fehlen vs. Es gibt viel gutes • Geh-Strukturen • Wunsch nach mehr /bedarfsgerechten Angeboten Indoorspielplatz, mehr Austauschmöglichkeiten, mehr Spielplätze oder Wochenendangebote <ul style="list-style-type: none"> • schlechte Angebote beispielsweise heruntergekommene Spielplätze, zu kurze Öffnungszeiten von Jugendclubs, wenig Möglichkeiten für Familienaktivitäten, 	<p>6. Angebote bekannter machen</p> <ol style="list-style-type: none"> Übersicht an Angeboten schaffen <ol style="list-style-type: none"> Liste wo es was gibt für Akteure und Bevölkerung Zugänge zu Informationen vereinfachen <ol style="list-style-type: none"> Sadtteilbüro als Informationspunkt <ol style="list-style-type: none"> Sozialer Wegweiser stärken Vorhandene Materialien wie „Gesundheitsführer“, „Seniorenwegweiser“ etc. zugänglich machen Multiplikatorenprinzip stärken <ol style="list-style-type: none"> Akteure leiten weiter Schulen mitnehmen Gezielte Zusammenarbeit Bevölkerung mitnehmen
---	--	--	--	--

<p>vermitteln, bei Finanzierungen unterstützen, Veranstaltungen organisieren, Interessen vertreten sowie allgemein die Institutionen unterstützen</p> <ul style="list-style-type: none"> Wunsch nach besserer Vernetzung mit Bürger_innen 		<ul style="list-style-type: none"> Infos sammeln und regelmäßig per Email verschicken Liste wo es was gibt für Kitas, Schulen, etc. Gezielte Zusammenarbeit Viele erreicht man schon, auch gucken, wen erreicht man schon und wie 	<p>zu teure Sportangebote oder zu wenig Angebote für Erwachsene.</p> <ul style="list-style-type: none"> Koordinierungsbedarfe : bessere Infos, Termine. Angebotsübersichten, Emailverteiler, Angebote bekannter machen Bevölkerung einbinden Multiplikator_innenfunktion von Institutionen und Bevölkerung stärken Gezielte Zusammenarbeit Gute Praxis erfassen 	<ol style="list-style-type: none"> Multiplikator_innenfunktion von Institutionen und Bevölkerung stärken Gezielte Zusammenarbeit fördern
<ul style="list-style-type: none"> Familie und Freunde als wichtige Ressourcen beachten private Netzwerke Familie mit Großeltern, Kinder, Geschwister, Eltern sowie Ehepartner oder Partner als 				<ol style="list-style-type: none"> Empowerment der Bewohner_innen <ol style="list-style-type: none"> Soziale Netzwerke stärken <ol style="list-style-type: none"> Familie und Freunde als wichtige Ressource beachten private Netzwerke wie Familie stärken Gute Lebensbedingungen und Angebotslandschaft erhalten, bekannt machen und ausbauen <ol style="list-style-type: none"> Mieten, ruhiges

<p>Hinwendungsmöglichkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> • gute Lebensbedingungen über günstige Mieten, ruhiges Wohnen, der Stadtsee • Angebotslandschaft für Kinder, Familien, Jugendliche, Erwachsene sowie Senior_innen positiv Vorhandensein von Jugendclubs, Tierpark, Seniorengruppen aber auch Einkaufsmöglichkeiten benannt. • im Stadtteil vorhandenes Engagement • Öffentliche Anlaufstellen sind mit 147 Aussagen festgehalten— >Wohnungsbaugesellschaften, Mitarbeiter_innen in Horten und Jugendclubs, Jobcenter, Kirche, Bürgermeister, der Stadtrat sowie Ämter 				<p>Wohnen, Stadtsee, Tierpark, Seniorengruppen</p> <p>ii. Angebotslandschaft</p> <p>c. Vorhandenes Engagement stärken</p> <p>d. Öffentliche Anlaufstellen stärken</p> <p>i. Institutionen diese Funktion bewusster machen</p>
---	--	--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Kategorie „Sozialer Brennpunkt“ macht schlechtes u. falsches Bild über Stadtsee vs. Definition des Deutschen Städtetages • Repräsentativität bei 208 Personen nicht gegeben • Stadtsee 1,2,3 hätte stärker berücksichtigt werden müssen, hier sind jeweils unterschiedliche Klientel, • Kritik am Gesundheitsverständnis 	<ul style="list-style-type: none"> • Kritik an Befragungsmethode • Unterschiede in Stadtsee 1,2,3, berücksichtigen • Kritik am Gesundheitsverständnis 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siehe 1. 8. Unterschiede in Stadtsee 1,2,3, berücksichtigen 9. Gesundheitsverständnis der Gesundheitsförderung stärken 10. Als STM noch stärker an Verständnissen und Sichtweisen der Akteure anknüpfen
<ul style="list-style-type: none"> • gute Lebensbedingungen über günstige Mieten, ruhiges Wohnen, der Stadtsee • Angebotslandschaft für Kinder, Familien, Jugendliche, Erwachsene sowie Senior_innen positiv <ul style="list-style-type: none"> • im Stadtteil vorhandenes Engagement 				<ol style="list-style-type: none"> 11. Image und Subjektive Wahrnehmung zum Stadtteil stärken
		<ul style="list-style-type: none"> • Stadtteilthemen in lokale Netzwerke einbringen und Informationen aus lokalen Netzwerken an Akteure weiterleiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Stadtteilthemen in lokale Netzwerke und Gremien einbringen • STM sitzt stellvertretend in lokalen Gremien und leitet wichtigste Infos an Akteure im Stadtteil weiter 	<ol style="list-style-type: none"> 12. Lokale Vernetzung des Stadtteils <ol style="list-style-type: none"> a. STM bringt Stadtteilthemen in lokale Netzwerke und Gremien ein b. STM sitzt stellvertretend in lokalen Gremien und leitet wichtigste Infos an Akteure im Stadtteil weiter
		<ul style="list-style-type: none"> • AOK kann Projekte fördern und Kosten für Gesundheitsförderliche 	<ul style="list-style-type: none"> • AOK kann Gesundheitsaktionen und Projekte fördern 	<ol style="list-style-type: none"> 13. Finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten für Stadtteilarbeit nutzen (Fondsrising) <ol style="list-style-type: none"> a. AOK kann Gesundheitsprojekte

		Angebote erstaten, Richtlinie derzeit in Arbeit, Personelle Unterstützung von MA AOK kaum möglich		und Aktionen finanziell unterstützen
<ul style="list-style-type: none"> • Bewohner_innen machten Aussagen zum Vorhandensein von Drogen- und Alkoholkonsum, Gewalt, Vandalismus, Verschmutzungen und Arbeitslosigkeit sowie Vernachlässigung des Gebietes, schlechter Ruf und Lärmbelästigungen • -schlechte Begebenheiten im Stadtteil, wie Abriss von Wohnungen, zu viel Plattenbauten und Verschmutzungen • Institutionen benannten Stendal-Stadtsee ebenfalls als Stadtteil mit besonderen Herausforderungen • 	<ul style="list-style-type: none"> • Stadtseeschulen haben besonders hohe Anteile an Kindern mit besonderen Bedarfen hinsichtlich <ul style="list-style-type: none"> • schulischer Bildung und sozialem Umfeld. Dies wird in der Schulplanung ungenügend berücksichtigt. • Vorschläge: <ul style="list-style-type: none"> -Stärkere Berücksichtigung/Unterstützung für Schulen mit überdurchschnittlich hohem Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund und in prekären Armutslagen, <ul style="list-style-type: none"> o Unterstützung durch AGH- und BuFDi-Maßnahmen erhalten und ausbauen, o Das Problem thematisieren und öffentlich machen · Druck über Kreisverwaltung, Presse, Eltern, o Nachhilfeunterricht über Bildungs- und Teilhabepaket fördern 		<ul style="list-style-type: none"> • Besondere Bedarfe und Zielgruppen des Stadtteils stärker berücksichtigen in: <ul style="list-style-type: none"> o Schulplanung, o Planung d. Integrationsarbeit o AGH und BuFDI Verteilung o BuT und Nachhilfeunterricht o Kriminalitätsplanung 	<p>14. Auf besondere Bedarfe und Zielgruppen des Stadtteils stärker eingehen</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Stärkere Berücksichtigung in Planung und Finanzverteilung <ol style="list-style-type: none"> i. Schulplanung, ii. Planung d. Integrationsarbeit iii. AGH und BuFDI Verteilung iv. BuT und Nachhilfeunterricht v. Kriminalitätsarbeit b. Institutionen in ihren Herausforderungen unterstützen
<ul style="list-style-type: none"> • institutionellen Herausforderungen wie Stress und Finanzierungsschwierigkeiten als häufigste und stärkste Belastungen der Institutionen • Aussagen über fehlende Räumlichkeiten und 	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder- und Jugendeinrichtungen in Stendal-Stadtsee erleben enorm gestiegenen Zulauf insb. durch geflüchtete Kinder und Jugendliche • Dies führt zu: zu geringem Personal- und Betreuungsschlüssel (Hände fehlen), gestiegenem Stress & 		<ul style="list-style-type: none"> • Finanzierungsschwierigkeiten, Stress, fehlende Räume, • Fortbildungsbedarfe • Kinder und Jugendeinrichtungen derzeit stark überlastet (erhöhter Zulauf durch Zuzug geflüchteter Ki u. Ju.) 	<p>15. Arbeit der Institutionen sichern</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Finanzierungen sicherer gestalten b. Stress reduzieren c. Räumliche Möglichkeiten erhöhen d. Betriebliche Gesundheitsförderung e. Betreuungsschlüssel erhöhen (Hände schaffen) <ol style="list-style-type: none"> i. Ehrenamt stärken und vermehrt Hilfskräfte nutzen (Student_innen,

<p>Unterstützungsbedarfe bei der Arbeit mit Ehrenamtlichen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zuwanderung auch für Institutionen des Stadtteils ein relevantes Thema. • hoher Koordinierungsbedarf im Stadtteil – Wünsche: bessere Informationen zu bestehenden Angeboten, Möglichkeiten und Terminen im Stadtteil, sodass eine gezielte Zusammenarbeit und Abstimmung der Institutionen im Stadtteil möglich wird. 	<p>Krankenstand, Platz- und Raummangel, teilweise Verdrängung und ungenügend Zeit für die bisherigen Nutzer_innen obwohl große Bedarfe der Kids in Stendal-Stadtsee, Konflikten, neuen Herausforderungen bzgl. Sprache und Kommunikation, Schließtagen zur Entlastung der Mitarbeitenden, Konzentration auf die „Lauten“ und damit kaum noch Arbeit mit den „Leisen“ die aber auch viel Unterstützung benötigen,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Finanzierungssorgen und Personalmangel ohnehin Problem in Clubs · gleichzeitig reduzieren sich die Zuweisungen für Personalmittel vom Land an die Landkreise aufgrund sinkender Zahl an Kinder- und Jugendlichen (Demografischer Wandel, Kritik an Projektvergaben anstelle unbefristeter Stellen) • Vorschläge: • Gezielte Thematisierung der Problematik in Stadt- und Kreisverwaltung • Stärkere Einbindung von interessierten Studierenden und Ehrenamtlichen • Gezielte Überführung in weitere Sport- und Freizeitangebote bspw. in Vereinen und damit punktuelle Entlastung der Clubs • Aufbau eines Dolmetscher-Pools 		<ul style="list-style-type: none"> • Betreuungsschlüssel und räumliche Gegebenheiten entsprechen nicht mehr den Anforderungen • Finanzierungsprobleme und Personalmangel („Hände fehlen“) • Wunsch nach besserer Vernetzung • Stadtteilmanagement als Vernetzungsstelle • Institutionen ist es zudem wichtig, besser mit Bürger_innen des Stadtteils in Kontakt zu kommen und sie als Adressat_innen zu gewinnen. • Gezielte Thematisierung in Stadt- und Kreisverwaltung • Ehrenamt stärken und vermehrt Hilfskräfte nutzen (Student_innen, AGH, BUfDi) • Aufbau eines Dolmetscher-Pools 	<p>AGH, BUfDi)</p> <ol style="list-style-type: none"> • Weitere Angebote insb. im Bereich Willkommenskultur aufbauen • Gezielte Thematisierung in Stadt- und Kreisverwaltung • Unterstützungssysteme aufbauen/ weiterentwickeln <ol style="list-style-type: none"> • i. Aufbau Dolmetscherpool • i. Fortbildungsbedarfe um Arbeit zu erleichtern (Anleitung Ehrenamt, Arbeit mit Zuwanderung) • j. Koordination und Vernetzung • k. Wunsch nach besserer Vernetzung • l. Stadtteilmanagement als Vernetzungsstelle zwischen Bürgerschaft und Akteuren
---	--	--	---	--

<ul style="list-style-type: none"> • Viele kritische Aussagen über Zuwanderung → Ängste vor Gewalt, Krieg, Respektlosigkeit, Unsicherheit, hoher Migrationsanteil im Stadtteil • Zuwanderung auch für Institutionen des Stadtteils ein relevantes Thema 	<ul style="list-style-type: none"> • Enormer Bedarf an Deutschunterricht • Viel Frustration und große psychische Belastung aufgrund von teilweise ungerechten Asylgesetzen (Unterschiedliche Chancen für unterschiedliche Herkunftsländer, Verschärfung Familiennachzug, Angst vor Abschiebung u. fehlende Zukunftsperspektiven, Angst vor neuer Residenzpflicht, lange Wartezeiten bzgl. Sprachkursen, Arbeitsmarkt etc.) • Langeweile, zunehmend Alkohol und weitere Drogen, • Fehlende Möglichkeiten psych. Belastungen und Traumata professionell zu bearbeiten • Gefahr, dass Kids zunehmend alternative Lebensentwürfe in „radikaler Szenen“ nutzen, sich radikalieren, • Positiv: insb. Syrische Kinder und Jugendliche häufig mit hohem Bildungsstand und guter Erziehung • Vorschläge: <ul style="list-style-type: none"> o Sport hervorragendes Mittel um Spannungen abzubauen, 		<ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeiten zum Deutsch lernen reichen nicht aus • Möglichkeiten zum Abbau von Sorgen, Frust und Langeweile schaffen • Möglichkeiten zur Traumatabewältigung schaffen • Radikalisierungsatmosphäre abbauen • Ängste und Vorurteile Abbauen • Zuwanderung schafft offene Fragen bei Institutionen 	<p>16. Willkommenskultur unterstützen</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Noch mehr Möglichkeiten zum Deutsch lernen schaffen b. Möglichkeiten zum Abbau von Sorgen, Frust und Langeweile schaffen c. Möglichkeiten zur Traumatabewältigung schaffen d. Radikalisierungssituation entgegenwirken e. Ängste und Vorurteile abbauen f. Fortbildungen für Institutionen
---	--	--	---	--

Anlage F

Protokoll zum Akteurstreffen zur Vorstellung des Berichtes „Leben in Stendal-Stadtsee“ am 20.04.2016

Stand 27.07.2016.

PROTOKOLL

**Akteurstreffen zur Vorstellung des Berichtes „Leben in Stendal-
Stadtsee“ am 20.04.2016**



Ort: Stadtteilbüro, Adolph-Menzel-Str. 18, 39576 Hansestadt Stendal
Zeit: 14:00-16:00 Uhr

Teilnehmer_innen: Paritätischer Wohlfahrtsverband Sachsen-Anhalt Regionalstelle Nord, DRK östliche Altmark, AOK Gesundheitskasse Sachsen-Anhalt, Jobcenter Stendal, Landkreis Stendal Gesundheitsamt, Landkreis Stendal Sozialamt, KinderStärken e.V., Wohnungsbaugenossenschaften Altmark e.G., Hansestadt Stendal Amt für Sport Jugend und Soziales, Landkreis Stendal Bau- und Planungsamt

1. Begrüßung durch Susanne Borkowski, Geschäftsführerin KinderStärken e.V.

- Bericht mit Unterstützung der AOK Gesundheitskasse sowie der Hochschule Magdeburg- Stendal entstanden
- Ziel der heutigen Veranstaltung ist die Vorstellung der Ergebnisse der Befragungen von 208 Bewohner_innen sowie 52 Institutionen des Stadtteils Stadtsee

2. Vorstellungsrunde aller Teilnehmer_innen

3. Vorstellung der Ergebnisse durch das Stadtteilmanagement

4. Diskussion der Ergebnisse

- wie repräsentativ ist die Befragung? 208 Bewohner_innen sind nur ein ganz geringer Teil im Stadtteil
- Stendal- Stadtsee hat zwei Unterstadtteile: Stadtsee 1 und 2 • wäre eine getrennte Befragung sinnvoll? Würden die Ergebnisse abweichen?
- Ist die Auswahl der Befragten gut erfolgt? Hätten noch andere Plätze ausgesucht werden müssen?
- Ergebnisse des Berichtes sollten nicht defizit-orientiert betrachtet werden • wichtig ist zu sehen welche Ressourcen der Stadtteil hat bei denen angesetzt werden können
- macht die Aufteilung in die Dimensionen fürs Protokoll Sinn? Ich finde es sehr übersichtlich, können wir aber auch wieder wegnehmen

4.1 Gesundheitliche Ressourcen und Risiken

- einige Ergebnisse vergleichbar mit den Beobachtungen der Teilnehmer_innen • jedoch nicht das es zu wenig Angebote im Stadtteil gibt • Bewohner_innen nutzen die vorhandenen Angebote nicht
- Kritik an Begrifflichkeit sozialer Brennpunkt, Begriff weist auf Konfliktpotenzial hin • Begrifflichkeit eventuell falsch gewählt?
- Hohe Armutslagen im Stadtteil • Herausforderung für die Arbeit mit Kindern
- Angebote können mit Bildungsinstitutionen verbunden werden • Chance in den Schulen anzusetzen
- Gesundheitsführer Stendal im Stadtteilbüro auslegen • besserer Zugang für Bewohner_innen als in den Ämtern
- Viele Institutionen im Stadtteil überlastet
- Angebote für Senioren sollen weniger in den Fokus genommen werden • Arbeit sollte sich auf Kinder und Jugendliche konzentrieren

4.2 Vernetzung und Kooperation

- Angebote im Stadtteil müssen sichtbar gemacht werden · besonders für die Akteure (Listen, Übersichten vom Stadtteilbüro)
- E-Mail-Verteiler mit allen Institutionen könnte erstellt werden um alle zu informieren was es gibt und wo was stattfindet
- Stadtteilbüro als Informationsträger, Flyer könnten hier ausgelegt werden
- Institutionen müssen Schwellen überschreiten und sich vernetzen
- Für Zusammenarbeit und Kooperation brauchen Institutionen erst einmal einen konkreten Ansprechpartner (möglicherweise das Stadtteilbüro?)

4.3 Beteiligung

- Ergebnisse zeigen den Wunsch der Bewohner_innen nach mehr Beteiligung – doch wurde sich beteiligen verlernt? · es gibt Beteiligungsmöglichkeiten im Stadtteil die nicht genutzt werden · Wie bekommen wir die Leute zur Beteiligung?
- Aussagen zu Beteiligung kritisch zu sehen; lediglich 38/ 2500 Stimmberechtigten an WBGA Vorstandswahl beteiligt, vor 5 Jahren noch 45%, nehmen Beteiligungsangebote nicht an,
- Beteiligung setzt Kompetenzen voraus, die bei Stadtseebevölkerung kaum vorhanden,
- Beteiligung muss gestärkt werden
- Es werden genügend Angebote gemacht!
- Personen aus anderen Stadtteilen nutzen Stadtseeangebote besser, als Stadtseebevölkerung selber
- Von Krankenkassen gemachte Angebote bspw. für Senioren oder in Tafel wurden nicht angenommen
- Ich muss mir eingestehen, dass mein Angebot nicht funktioniert und muss mit meinem Angebot auf die Leute zugehen
- WBGA erreicht Leute, weil gezielt im Sozialraum
- Leichte Sprache

4.4 weitere Diskussionspunkte

- Kinder können andere Dinge
- Die Menschen haben Ängste
- Selbstwertgefühl steigern
- versch. Schichten beachten
- Angebote gezielt auf „soziale Unterschicht“ fokussieren, andere haben es weniger nötig
- Jobcenter einbinden, könnte Angebote u. Sprechstunden im Stadtteilbüro machen (BuT)
- Gesundheitsamt könnte Angebote im Stadtteil machen
- Wie lassen sich bestehende Angebote besser öffentlich darstellen? Wie kann man die Menschen erreichen? :
 - In Vereine gehen und Vereine mitdenken
 - Bevölkerung einbinden
 - Infos sammeln und regelmäßig per Email verschicken
 - Listen wo es was gibt für Kitas, Schulen, etc.
 - Gezielte Zusammenarbeit
- Viele erreicht man schon, auch gucken, wen erreicht man schon und wie

- Kategorie „Sozialer Brennpunkt“ macht schlechtes u. falsches Bild über Stadtsee vs. Definition des Deutschen Städtetages
- Repräsentativität bei 208 Personen nicht gegeben
- Stadtsee 1,2,3 hätte stärker berücksichtigt werden müssen, hier sind jeweils unterschiedliche Klientel,
- Kritik am Gesundheitsverständnis
- Stadtteilthemen in lokale Netzwerke einbringen und Informationen aus lokalen Netzwerken an Akteure weiterleiten
- AOK kann Projekte fördern und Kosten für Gesundheitsförderliche Angebote erstatten, Richtlinie derzeit in Arbeit, Personelle Unterstützung von MA AOK kaum möglich

Anlage G

Protokoll zum Arbeits- und Austauschtreffen „Stendal-Stadtsee“ am 22.04.2016.

Stand 27.07.2016.

PROTOKOLL

Arbeits- und Austauschtreffen „Stendal-Stadtsee“ am

22.04.2016



Ort: Stadtteilbüro, Adolph-Menzel-Str. 18, 39576 Hansestadt Stendal
Zeit: 10:00-12:00 Uhr

Teilnehmer_innen: KinderStärken e.V., Hort Grundschule am Stadtsee, Hort der Grundschule Juri Gagarin, Grundschule Juri Gagarin, Lebendige Steine e.V., Deutscher Kinderschutzbund Kreisverband Stendal e.V., Jugendclub der Hansestadt Stendal „Madclub“, Sekundarschule Komarow

1. Situation in Stadtsee Grund-/Sekundarschulen aufgrund hohem Anteil an Schüler_innen mit Migrationshintergrund oder in prekären Armutslagen:

- Hinweise/Herausforderungen:
 - o Viele Schüler_innen mit Migrationsgrund haben auch nach ihrem 2. Jahr in Deutschland besondere Unterstützungsbedarfe bzgl. Deutsch als Fremdsprache. Schulen erhalten Stundenkontingente jedoch lediglich für die ersten beiden Jahre und dürfen Schüler_innen ab dem 3. Jahr nicht mehr zählen. Dies führt zu Stress in Schulen und gefährdet das Recht auf Chancengleichheit der Schüler_innen.
 - o Stadtseeschulen haben besonders hohe Anteile an Kindern mit besonderen Bedarfen hinsichtlich schulischer Bildung und sozialem Umfeld. Dies wird in der Schulplanung ungenügend berücksichtigt.
- Vorschläge:
 - o Stärkere Berücksichtigung/Unterstützung für Schulen mit überdurchschnittlich hohem Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund und in prekären Armutslagen,
 - o Unterstützung durch AGH- und BuFDi-Maßnahmen erhalten und ausbauen,
 - o Das Problem thematisieren und öffentlich machen → Druck über Kreisverwaltung, Presse, Eltern,
 - o Nachhilfeunterricht über Bildungs- und Teilhabepaket fördern
- Nächste Schritte:
 - o Ansprache des Themas auf dem 6. Integrationsgipfel des Landkreises am 27.04.2016
 - o Vernetzung Sekundarschule Komarow, Berufsschule und KinderStärken-Ehrenamtsprojekt um in BBS für Nachhilfe über BuT zu werben

2. Situation in Kinder- und Jugendclubs aufgrund erheblich angestiegenem Zulauf durch geflüchtete Kinder und Jugendliche:

- Hinweise und Herausforderungen:
 - o Kinder- und Jugendeinrichtungen in Stendal-Stadtsee erleben enorm gestiegenen Zulauf insb. durch geflüchtete Kinder und Jugendliche
 - o Dies führt zu: zu geringem Personal- und Betreuungsschlüssel (Hände fehlen), gestiegenem Stress & Krankenstand, Platz- und Raummangel, teilweise Verdrängung und ungenügend Zeit für die bisherigen Nutzer_innen obwohl große Bedarfe der Kids in Stendal-Stadtsee, Konflikten, neuen Herausforderungen bzgl. Sprache und Kommunikation, Schließtagen zur Entlastung der Mitarbeitenden, Konzentration auf die „Lauten“ und damit kaum noch Arbeit mit den „Leisen“ die aber auch viel Unterstützung benötigen,
 - o Finanzierungssorgen und Personalmangel ohnehin Problem in Clubs → gleichzeitig reduzieren sich die Zuweisungen für Personalmittel vom Land an die Landkreise aufgrund sinkender Zahl an Kinder- und Jugendlichen (Demografischer Wandel, Kritik an Projektvergaben anstelle unbefristeter Stellen)
- Vorschläge:

- Gezielte Thematisierung der Problematik in Stadt- und Kreisverwaltung
- Stärkere Einbindung von interessierten Studierenden und Ehrenamtlichen
- Gezieltere Überführung in weitere Sport- und Freizeitangebote bspw. in Vereinen und damit punktuelle Entlastung der Clubs
- Aufbau eines Dolmetscher-Pools
- Nächste Schritte:
 - Treffen der Clubs um Vorgehensweise bzgl. Stadt- und Kreisverwaltung zu entwickeln → Stadtteilbüro lädt ein
 - Diskussion der Personalsituation in Kinder- und Jugendhilfeausschuss → Stadtteilbüro arbeitet Zahlen zu
 - Vernetzung mit Kinderschutzbund und KinderStärken-Ehrenamtsprojekt zur Unterstützung durch Studierende und Ehrenamtliche
 - Stadtteilbüro regt Vernetzungstreffen der Dolmetscher_innen bei Migrationskoordinator, Freiwilligenagentur- und KinderStärken-Ehrenamtsprojekt an

3. Bedarfe und Situation geflüchteter Kinder und Jugendlicher

- Hinweise und Herausforderungen:
 - Enormer Bedarf an Deutschunterricht
 - Viel Frustration und große psychische Belastung aufgrund von teilweise ungerechten Asylgesetzen (Unterschiedliche Chancen für unterschiedliche Herkunftsländer, Verschärfung Familiennachzug, Angst vor Abschiebung u. fehlende Zukunftsperspektiven, Angst vor neuer Residenzpflicht, lange Wartezeiten bzgl. Sprachkursen, Arbeitsmarkt etc.)
 - Langeweile, zunehmend Alkohol und weitere Drogen,
 - Fehlende Möglichkeiten psych. Belastungen und Traumata professionell zu bearbeiten
 - Gefahr, dass Kids zunehmend alternative Lebensentwürfe in „radikaler Szenen“ nutzen, sich radikalieren,
 - Positiv: insb. Syrische Kinder und Jugendliche häufig mit hohem Bildungsstand und guter Erziehung
- Vorschläge:
 - Sport hervorragendes Mittel um Spannungen abzubauen,
- Nächste Schritte: → KEINE VEREINBART

4. Weiterarbeit und nächstes Treffen:

- **Termine in Stendal-Stadtsee:** Termine an das Stadtteilbüro senden, das erstellt Übersicht für alle
- **Newsletter:** Stadtteilbüro sendet 1x/Monat wichtige Infos an alle
- **Verteiler:** wird vom Stadtteilbüro erstellt
- **Treffen:** 2x/Jahr – offener Austausch ohne bestimmtes Thema

**Nächstes Treffen: 05.10.2016, 10:00 – 12:00 Uhr,
 Stadtteilbüro**

5. Weiteres

- Kinderschutzbund hat viele Studierende, die sich in Stendal-Stadtsee einbringen wollen – Zeit/Personal für Koordination fehlt
- Hort der Europa-Grundschule am Stadtsee hat noch freie Plätze
- 1. Juni – Kinderfest an der Hochschule

Eidesstattliche Erklärung

Name: Rebecca Mahnke

Matrikel-Nummer: 20132718

Hiermit erkläre ich, Rebecca Mahnke, an Eides statt, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Titel „*Gesundheitsförderung im Stadtteil – Bestandsaufnahme und Perspektiven durch das Stadtteilmanagement*“ selbstständig und ohne unzulässige fremde Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Sämtliche Stellen der Bachelorarbeit, die im Wortlaut oder sinngemäß anderen gedruckten oder im Internet verfügbaren Werken entnommen sind, habe ich durch genaue Quellenangaben kenntlich gemacht. Die Bachelorarbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegen.

Stendal,

Ort und Datum

Unterschrift