

# Kultursensible Prävention mit Stadtteilstudien:

## Gesundheitsbezogene Ressourcen, Barrie- ren und Handlungsempfehlungen in einer multidiversen Nachbarschaft

Gefördert nach § 20a SGB V durch die GKV in NRW

*Christiane Falge  
David Johannes Berchem  
Silke Betscher  
Dina Gorch  
Friederike Müller  
Heike Köckler  
Yvonne Pajonk  
Daniel Simon  
Michael Sprünken  
Amalie Schramm  
Annika Strauss*



## **Inhaltsverzeichnis**

1. Einleitung.....	5
2. Community Health in der Bochumer Hustadt.....	8
3. Partizipative Ermittlung von Community Bedarfen.....	8
3.1 Kollaborative Methoden.....	8
3.2 Digitale Methoden der Partizipativen Sozialraumanalyse (DiPS) .....	11
4. Das Stadteillabor und Stadteilmforscher*innen als Multiplikator*innen für QUERgesund.....	13
5. Gesundheitliche Ungleichheit und Prävention in und aus Sicht der Stadt Bochum.....	14
6. Aufbau und Bedeutung des Netzwerks QUERgesund.....	16
7. Aufbau und Durchführung des Projektes.....	19
7.1 Rekrutierung der Stadteilmforscher*innen.....	19
7.2 Die Schulung von Stadteilmforscher*innen-Studierenden Tandems.....	22
7.3 Partizipatives Studiendesign und Datenerhebung.....	23
7.4 Die Auswirkungen von COVID-19 auf den Projektverlauf.....	24
7.5 Die DiPS-Erhebung der Angebotsstruktur in der Hustadt.....	26
8. Ergebnisse der kollaborativen Community Forschung.....	30
8.1 Stress.....	32
8.2 Diskriminierung.....	34
8.3 Sucht.....	36
8.4 Bewegung.....	39
8.5 Ernährung.....	42
8.6 Prävention.....	46
9. Forschungsbasierte Interventionen und Angebote in der Hustadt.....	49
9.1 Gesundheitsforum.....	49
9.2 Fit im Park.....	50
9.3 Fitnessboxen für Mädchen.....	53
9.4 Interkultureller Gärtnern & Kräuter und Pflanze.....	55
9.5 Fit Digital.....	59
9.6 Frauenschwimmern.....	61
9.7 Partizipative Gesundheitsbibliothek QUERgesundBib.....	63

9.8 Eat cool – be cool! .....	67
9.9 Frauengesundheit.....	68
9.10 Homepage.....	69
9.11 Begegnungsraum „Jobcenter – Hustadt“ .....	70
9.12 Impfsensibilisierung und Impfkation gegen COVID-19.....	71
10. Ergebnisse der Zwischenevaluation.....	74
11. Gelingensbedingungen und Herausforderungen kollaborativer Forschung.....	84
12. Reflexion der interdisziplinären, transprofessionellen und transinstitutionellen Arbeit.....	88
13. Verstetigungspotenziale und strukturelle Verankerung des Projektes im Stadtteil.....	89
14. Fazit und Ausblick.....	92
15. Literaturverzeichnis.....	94
16. Anhang.....	99

# Team Quergesund



**Amalie Schramm**

Projektkoordinatorin  
(IFAK e.V.) seit 2023



**Nahira Ahmad**  
Stadtteilmforscherin



**Iman Ali Hussein**

Stadtteilmforscherin &  
Pädagogische  
Unterstützung (IFAK  
e.V.)



**Dilbuhar Amin**  
Stadtteilmforscherin



**Christiane Falge**

Wissenschaftliche Beratung  
Professorin Gesundheit &  
Diversity/Stadtteillabor  
Bochum



**Bushra Sharif**  
Stadtteilmforscherin



**Nadine Pahl**



**Sabine Kolaß**  
Stadtteilmforscherin



**Heike Köckler**

DiPS Survey



**David Berchem**

Ehemaliger  
Wissenschaftlicher  
Mitarbeiter (IFAK e.V.)  
bis April 2022



**Annika Strauss**

Ehemalige  
Projektkoordinatorinnen  
(IFAK e.V.) 2019- April 2022



**Dina Gorch**



**Daniel Simon**

DiPS Survey

## 1. Einleitung

Das Projekt QUERgesund wurde entwickelt, um kultursensible Präventionsangebote für die als einer von sozialer Ungleichheit betroffenen Hustadt Community zu entwickeln. Denn es gehört zu den best validierten Erkenntnissen der Public Health Forschung, dass die soziale Lage die Gesundheit von Menschen beeinflusst (DOCH 2022). So wissen wir aus zahlreichen Studien, die auf die engen Zusammenhänge von Armut und Gesundheit verweisen, dass Communities, die von sozialer Ungleichheit betroffen sind, höhere Morbiditäts- und Mortalitätsraten aufweisen und mit einer geringeren Lebenserwartung konfrontiert sind als Menschen aus wohlhabenderen Stadtteilen (Gerhard Trabert 2021: 211 ff., Lampert et al 2018, Richter & Hurrelmann 2007.)

Wenngleich der Einfluss sozialer Determinanten einen hohen Einfluss auf Gesundheit hat, so stellen Präventionsangebote einen wichtigen Aspekt gesundheitlicher Förderung dar. Denn Gesundheitsdienste und Gesundheitsinformationen weisen für bestimmte Communities oft zu hohe Zugangsschwellen auf. In gesundheitspolitischem Sprech wird dies oftmals mit einer sogenannten „schweren Erreichbarkeit“ von Menschen aus marginalisierten Communities betitelt. Somit nehmen Menschen, die von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit betroffen sind, aus unterschiedlichen Gründen zu einem deutlich geringeren Anteil an Präventionsangeboten teil. Das Projekt QUERgesund hatte daher das Ziel, eine partizipative, interventionsgekoppelte Forschung über die Inanspruchnahme von gesundheitlichen Präventionsangeboten einer marginalisierten Community durchzuführen. Hierfür wurde die Hustadt Community ausgewählt und mittels partizipativer Methoden eine Herangehensweise zur Förderung der Erreichbarkeit entwickelt. Dabei wurde recht schnell deutlich, dass sich eine vermeintliche „Schwer-Erreichbarkeit“ durch Methoden der aufsuchenden, diversitätssensiblen Prävention auflöste.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Die Wahrnehmung der Hustadt Community als schwer-erreichbar bezieht sich explizit auf deren Inanspruchnahme von gesundheitlichen Angeboten. Die vor Ort bestehenden sozialen Angebote der IFAK e.V., AWO usw. erreichen die Community sehr gut, nicht allein deshalb, weil sie einen diversitätssensiblen, aufsuchenden Ansatz verfolgen.

Die Entwicklung und Durchführung des gesundheitsbezogenen Projektes QUERgesund (ehemals HUGesund) auf der Basis einer kollaborativen Erhebung mit dem Stadtteilmforscher\*innen-Ansatz ist Grundlage dieses Berichtes. Das von den Krankenkassen/-verbände in NRW nach § 20a SGB V finanzierte und für mehrere Jahre angelegte Projekt (2019-2022) wurde durch die IFAK e.V. koordiniert und von der HS Gesundheit in Bochum wissenschaftlich begleitet.

In diesem Bericht werden die verschiedenen Phasen des Projektes QUERgesund von der Forschung, der Entwicklung von Angeboten und erreichten Ziele vorgestellt und mögliche Schwachstellen aufgezeigt. Die diesem Prozess zu Grunde liegende mehrsprachige Bedarfsanalyse von geschulten Stadtteilmforscher\*innen, die als Grundlage für die Entwicklung der Präventionsangebote diente, wird dabei detailliert beschrieben. Das gesundheitliche Empowerment der Stadtteilmforscher\*innen durch Beteiligung am Forschungsprozess und an der Entwicklung kultursensibler Angebote gehört dabei zu einem der zentralen erreichten Teilziele der Stadtteilmforschung. Zudem profitierte die Hustadt Community von den kultursensiblen Präventionsangeboten, die erstmalig in der Hustadt angeboten und sehr gut angenommen wurden.

Der nun vorliegenden Ergebnisbericht des Projektes QUERgesund ist wie folgt strukturiert: In Kapitel 2 werden wesentliche gesundheitsbezogene Kontextinformationen über das urbane Quartier der Bochumer Hustadt präsentiert, die ein notwendiges Hintergrundwissen über das sozialräumliche Setting der Untersuchung zur Verfügung stellen. Kapitel 3 befasst sich mit dem methodischen Design des Forschungsprojektes. Der Co-Produktion von Wissen, die zentrale Säulen des kollaborativen Forschungsansatzes, wird hier gesonderte Aufmerksamkeit geschenkt. Neben den qualitativen Herangehensweisen werden in diesem Abschnitt ebenfalls die quantitativen Datenerhebungsverfahren in Form der „Digitalen Methoden der Partizipativen Sozialraumanalyse“ (DiPS) vorgestellt. Zu den zentralen Gelingensbedingungen von kollaborativen Untersuchungen gehört zweifellos die Vertrauensarbeit, die durch einen stetigen Austausch mit den Stadtteilmforscher\*innen realisiert wird. Kapitel 4 gewährt einen Einblick in die Vernetzungs- und Austauscharbeit mit den Multiplikator\*innen aus der Hustadt. Ein Projekt, das sich die nachhaltige Veränderung der gesundheitsorientierten Verhaltens- und Verhältnisprävention auf der urbanen Mikroebene auf die Fahnen geschrieben hat, ist ebenfalls auf die Integration von politischen Entscheidungsträger\*innen aus den kommunalen Verwaltungsstrukturen angewiesen. Aus der Perspektive des Gesundheitsamtes der Stadt Bochum werden in Kapitel 5 Aspekte wie gesundheitliche Ungleichheit und Prävention diskutiert. Das Projekt QUERgesund navigiert des Weiteren in einem breiten Verbund von multiprofessionellen Netzwerkpartner\*innen, die gemeinschaftliche Synergieeffekte nachhaltig nutzen und von interdisziplinären sowie transsektoralen Expertisen profitieren. Diese Netzwerkstrukturen werden in

Kapitel 6 aufgeschlüsselt. Kapitel 7 beleuchtet die methodische Vorgehensweise und die aufeinander abgestimmten Arbeitsschritte der Studie. Hier steht nicht nur die kollaborative und partizipative Methode im Fokus, sondern ebenfalls die allgemeine Untersuchungsanordnung und die methodische Qualifizierung der Stadtteilmforscher\*innen, die in Tandems mit Student\*innen der Hochschule für Gesundheit in Bochum die empirischen Erhebungen im Stadtteil konzipierten und durchführten. Im Rahmen der methodenkritischen Überlegungen finden sich in diesem Teilabschnitt darüber hinaus Reflexionen zu den pandemiebedingten Einschränkungen, die den Projektverlauf und die Projektziele beeinträchtigten. Die Untersuchungsergebnisse der kollaborativen Erhebung kommen in Kapitel 8 in Form von insgesamt sechs gesundheitsbezogenen Handlungsfeldern (Stress; Diskriminierung; Sucht; Bewegung; Ernährung; Prävention) zur Darstellung. Auf der Basis der in diesen Passagen des Abschlussberichtes kommunizierten empirischen Evidenzen erfolgte in einer daran anknüpfenden Projektphase die Entwicklung und die praktische Umsetzung von bedarfsgerechten und passgenauen Interventionen und Gesundheitsangeboten. Das breit gefächerte Spektrum an Interventionen, das von den Projektmitarbeiter\*innen, den Stadtteilmforscher\*innen und den Netzwerkpartner\*innen auf lokaler Ebene umgesetzt wurde, wird in Kapitel 9 vorgestellt. Die Ergebnisse der Zwischenevaluation von ausgewählten Gesundheitsangeboten, die in den ersten drei Monaten des Jahres 2021 durchgeführt wurde, finden sich in Kapitel 10. Dass im Zuge von kollaborativen Forschungsprozessen nicht selten Reibungen, Konflikte, Problemkonstellationen und Herausforderungen auftreten, darf als eine Selbstverständlichkeit aufgefasst werden, weil dieses progressive methodische Design die bequeme Komfortzone der klassischen sozial- und kulturwissenschaftlichen Untersuchungsanordnung verlässt und verstärkt Menschen einbindet, die keine akademischen Qualifikationen aufweisen und in deren Lebenswirklichkeit wissenschaftlichen Gütekriterien keine Relevanz besitzen. In Kapitel 11 werden die Gelingensbedingungen und Herausforderungen kollaborativer Forschung neuerlich kritisch reflektiert. Dieses durchweg kritische und selbstreflexive Narrativ wird auch in Kapitel 12 weitergeführt. In diesem Abschnitt steht der Sachverhalt im Mittelpunkt, dass die im Projekt interagierenden Menschen mit unterschiedlichen Expertisen, Ansichten, Arbeitskulturen und Erwartungshorizonten ausgestattet sind, die es in einem konsensual angelegten Teambildungsprozess zu synchronisieren gilt, damit die gesteckten Projektziele in einer Kultur des einvernehmlichen Handelns erreicht werden. Kapitel 13 steht ganz im Zeichen der zukunftsfähigen Ergebnissicherung und Verstetigung der in der Projektlaufzeit etablierten gesundheitsorientierten Konzepte, Maßnahmen, Strukturen, Angebote und Ressourcen. In Kapitel 14 werden die Ergebnisse des Projektes QUERgesund neuerlich in komprimierter Form rekapituliert, bevor der vorliegende Bericht mit einem Fazit endet.



Zur Verstetigung des Angebots und Übertragung auf andere Stadtteile werden die Ergebnisse in die Gesundheitsberichterstattung des Bundes einfließen und u.a. in Form dieses Abschlussberichtes publiziert. Die Ergebnisse wurden in der kommunalen Gesundheitskonferenz der Stadt Bochum im Juli 2023 vorgestellt und diskutiert. Neben diesen Fernzielen gehörte die Entstehung von wohnortnahen Präventionsangeboten und die Erhöhung der Inanspruchnahme von Präventionsangeboten zu den erreichten Teilzielen des Projektes.

## **2. Community Health in der Bochumer Hustadt**

QUERgesund ist in der multidiversen Hustadt verortet, einem Stadtteil, dessen Bewohner\*innen von Mehrfachdiskriminierung und struktureller Ungleichheit betroffen sind. Der Stadtteil gilt als überproportional benachteiligt, ist zudem der jüngste Stadtteil Bochums und gehört zu einem Bochumer Ortsteil mit dem höchsten Index-Wert gesundheitlicher Herausforderungen (z. B. höchste Anteile an Schulanfänger\*innen mit Sprach- und Sprechstörungen, niedrigste Anteile an Kindern mit wahrgenommener U9-Untersuchung, niedrigste Durchimpfungsrate bei Masern usw.: Stadt Bochum 2017, S. 75). Die im Rahmen des Stadtteillabors durchgeführten ethnografischen Feldforschungen verweisen darauf, dass mindestens 50 % der Bewohner\*innen in der Inneren Hustadt auf Sozialleistungen angewiesen sind (Falge 2021) und dem Unterschichts- bzw. dem unteren Mittelschichtsmilieu angehören (infas Daten 2015). In der inneren Hustadt leben etwa 5000 Menschen in einem ausgeglichenen Geschlechterverhältnis (infas Daten 2015), 4.102 davon mit Migrationshintergrund (BOStatIS 2021). Die Mehrzahl kommt aus Syrien, gefolgt von kurdischsprachigen Türk\*innen, Iraner\*innen, Iraker\*innen, Italiener\*innen, Pol\*innen, Afghan\*innen, Rumän\*innen und Libanes\*innen. Ethnografische Feldforschungen zeigen, dass die Mehrheit der Bewohner\*innen in der inneren Hustadt ethnische Kurden der ersten und zweiten Generation aus der Türkei, Afghanistan, dem Libanon, Syrien und dem Iran sind. Im Jahr 2015 wurden 30 geflüchtete Familien aus Syrien in der inneren Hustadt angesiedelt. Außerdem stammen Menschen aus Ländern südlich der Sahara, wobei die größte Gruppe die somalische Gemeinschaft mit etwa 20 Familien ist. Somalia fehlt jedoch als Herkunftsland in der Einwohnerstatistik von BOStatIS. Des Weiteren gibt es einzelne Familien aus verschiedenen anderen Regionen wie Südamerika, Asien und Osteuropa. Diese multiverse Zusammensetzung der Bevölkerung geht zudem einher mit den von zahlreichen Studien nachgewiesenen strukturellen Diskriminierungen am Arbeitsmarkt, im Ausbildungsbereich und in



der Schule (vgl. Foroutan/Canan 2016). Sie zeichnet aber auch das Vorhandensein gesundheitsförderlicher Ressourcen aus. So stellt sich der Stadtteil als ein Ort der Gemeinschaft dar, in dem, bei allen vorhandenen Konflikten und Problemlagen, soziale Beziehungen quer zu identitätskonstruierenden Differenzkategorien auf einem geteilten Interesse an menschlichen Gemeinsamkeiten und solidarischer Unterstützung bestehen.

### **3. Partizipative Ermittlung von Community Bedarfen**

#### **3.2 Kollaborative Methoden**

QUERgesund vertritt in seinem Projektselbstverständnis methodische Grundüberzeugungen, die gemeinschaftliches Lernen und solidarische und partizipative Formen der Wissensproduktion in den Mittelpunkt stellen (vgl. Sprung 2016/ Dilger & Falge 2019: 485). Abseits von routinierten und tradierten akademischen Überzeugungen wird die Hustadt als „gesellschaftlicher Experimentierraum“ verstanden, „um Stadtgesellschaft und Stadtlandschaft entlang nachhaltiger kultureller Ideen weiterzuentwickeln“ (Kaschuba 2015: 29). Bei diesem Vorhaben spielt das Erfahrungswissen sowohl der Bewohner\*innen der Hustadt als auch der größtenteils vor Ort lebenden Stadtteillaborforscher\*innen eine herausragende Rolle. Um gesundheitsbezogene Ungleichheitsverhältnisse auf lokaler Ebene zu dokumentieren, zu analysieren und zu ändern, schöpfen alle Projektbeteiligten aus dem breiten und tief sedimentierten Fundus des Alltagswissen der Stadtteilakteur\*innen. Die „auf Augenhöhe“ angelegte Forschungspraxis konnte einen offenen Forschungsraum des gegenseitigen Austauschs und Dialogs schaffen. In diesem waren eine wechselseitige und gleichberechtigte Wertschätzung, Deutungsoffenheit und Artikulationsfreiheit genauso wichtig wie ein kritischer Umgang mit sozialen Hierarchien und Machtpositionen. Insbesondere der Anspruch an „Forschung auf Augenhöhe“ (vgl. Lassiter 2005: 16 ff.), der eine spezifisch solidarische, freundschaftliche, empathische und engagierte Interaktion und Kommunikation mit den Akteur\*innen des Stadtteils beinhaltet, bedarf einer regelmäßigen methodischen Reflexion. Bei diesem Reflexionsprozess wurden sowohl die kollektiv gewonnenen Sichtweisen, Erkenntnisse und Analysen als auch die „Positioniertheit der Forschenden“ (Fontanari et al. 2014: 113) kritisch hinterfragt und durch stetige Rückkopplungen justiert.

Zur umfassenden Ermittlung der Probleme und des Handlungsbedarfes in der Hustadt führte das Stadtteillabor der Hochschule für Gesundheit in Bochum mit Studierenden und geschulten Bewohner\*innen eine partizipative Bedarfsanalyse durch. Hierfür wurden vorhandene und neue partizipativ erhobene Forschungsdaten aus dem Stadtteillabor Hustadt, der Gesundheits-

berichterstattung, den Schuleingangsuntersuchungen und kleinräumige Daten der Stadt Bochum ausgewertet. Die zu Beginn des Projektes über unterschiedliche lokale Netzwerke rekrutierten Stadtteilmforscher\*innen und als Tandempartner\*innen fungierende Student\*innen der Hochschule für Gesundheit in Bochum wurden von den Ethnologinnen Prof. Dr. Silke Betscher, Prof. Dr. Christiane Falge und Dr. Annika Strauss im Rahmen von drei Workshops geschult. Im Mittelpunkt dieser methodischen Schulung stand eine Wissensaneignung über das Führen von qualitativen Interviews und die Konzeption eines Interviewleitfadens (siehe Kapitel 7.2). Die Ausstattung mit methodischem Wissen führte bei den Stadtteilmforscher\*innen zu einer Selbstermächtigung, die im Rahmen der Schulung dadurch sichtbar wurde, dass die Stadtteilmforscher\*innen selbstbewusster auftraten und sich den angebotenen und eröffneten Raum zum Sprechen aneigneten. Im Verlauf des Projektes traten sie auch zunehmend innerhalb der Hustadt Community als selbstbewusste Sprecher\*innen auf und wurden zu Wissens-Vermittler\*innen für ihre jeweiligen ethnischen Communities. Die empowernten Stadtteilmforscher\*innen führten in Zusammenarbeit mit ihren studentischen Tandempartner\*innen qualitativ-narrative und teilstrukturierte Interviews (vgl. Spiritova 2014) mit den Bewohner\*innen der Hustadt. Kontinuierliche Reflexionsgespräche, an denen unter der Leitung des wissenschaftlichen Projektpersonals alle Beteiligten teilnahmen, dienten der methodischen Feinjustierung. In der ergebnisoffenen Diskussion standen auch Konflikte, Reibungsfelder, Machtambivalenzen, Abwehrmechanismen und Verständigungsschwierigkeiten (vgl. Jeggle 1984) im Fokus. So entstanden im Verlauf der Zusammenarbeit zwischen Studierenden, Bewohner\*innen und den restlichen Projektteilnehmer\*innen (Projektkoordinator\*innen, Schulungsleitung und wissenschaftliche Beratung) teilweise intensive Bindungen, es kam vereinzelt aber auch zu Irritationen und in einem Fall zum Bruch. Zudem wurden auf unterschiedlichen Ebenen Machtgefälle sichtbar. So wurden etwa die Auswirkungen von Urlaubserzählungen Studierender über ihre Reisen in ferne Länder auf die Machtverhältnisse im Forschungskontext thematisiert. Denn einige Studierende zeigten zunächst wenig Sensibilität dafür, dass ihre Urlaubserzählungen über eine Welt scheinbar offener Grenzen stark mit der Welt ihrer Tandempartner\*innen in Kontrast standen und Machthierarchien zwischen ihnen und den Bewohner\*innen erzeugten. Das vorhandene Machtgefälle wurde daher zunächst sogar noch dadurch verstärkt, dass sprachlich und wissenschaftlich überlegene Studierende während der Schulungen mit fachsprachlichen und wissenstheoretischen Äußerungen „glänzten“. Auf diese Weise entstand eine Dynamik, die die Stimme der Bewohner\*innen während der Schulungstermine zeitweise zum Schweigen brachte. Intensive Reflexionstreffen über diese Situationen und die Theaterpädagogik als parti-

zipative Methode konnten dieser Gruppendynamik durch gezielte Übungen etwas entgegensetzen und situative Momente auf Augenhöhe erzeugen. Allmählich wurde der Raum für die Stimmen der Bewohner\*innen somit wieder geöffnet.

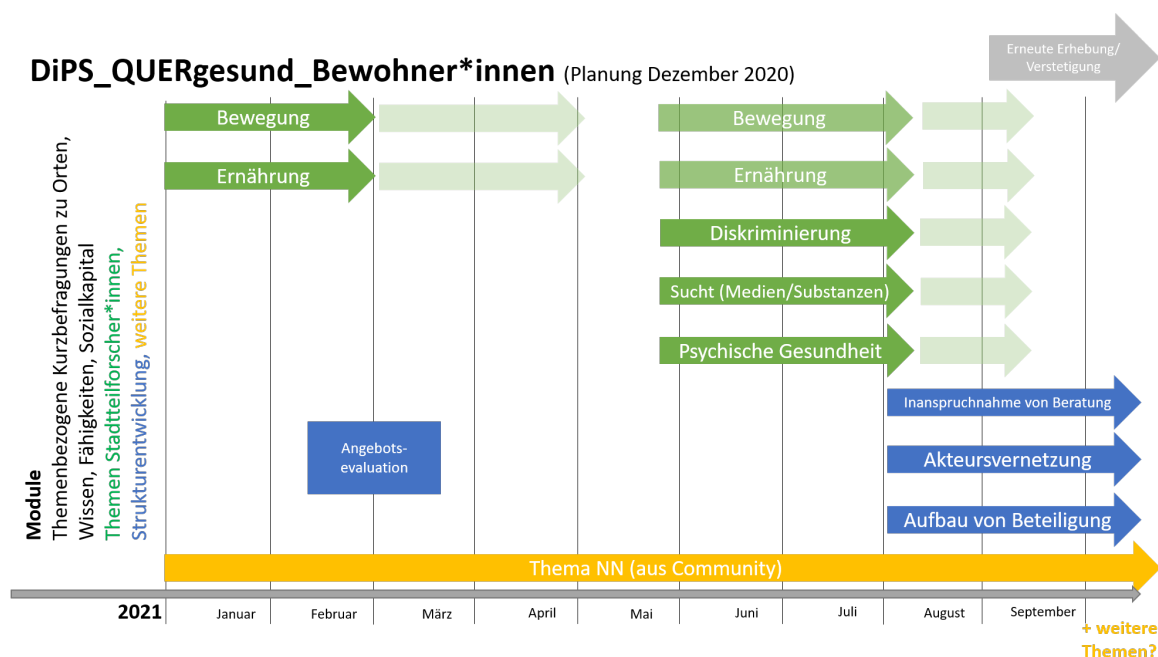
Von Bedeutung für die kollaborative Forschung wurde des Weiteren die „Verschiebung von der »Subjekt-Objekt«-Beziehung hin zu einer »Subjekt-Subjekt«-Beziehung“ (Fontanari et al. 2014: 114) betrachtet. Dadurch konnte von allen Beteiligten ein produktives und konstruktives Arbeits- und Lernumfeld geschaffen werden. Dem Alltagswissen der Stadtteilakteur\*innen wurde damit Rechnung getragen. Mit diesen kollaborativ erzeugten Wissensressourcen über gesundheitliche Ungleichheitsverhältnisse, strukturelle Teilhabebarrieren, systemische Ausgrenzungsregime und hegemoniale Diskriminierungspraktiken entwickelte das Projektteam von QUERgesund medizinethnologische Interventionen in der Praxis. Bestehende Gefälle in der Gesundheitsversorgung konnten dokumentiert, analysiert und langfristig minimiert werden. Als übergeordnetes Ziel dieser Forschungsstrategie steht die Überführung der kollaborativen Wissensbestände in gesundheitspolitische Diskursfelder, die sich mit nachhaltigen, zielgenauen und zukunftsfähigen gesundheitsbezogenen Interventionen beschäftigen. Entscheidend für die oben erwähnte Machtgefälle zwischen Stadtteilmforscher\*innen und Studierenden war in diesem Zusammenhang der Prozess der Datenerhebung. Denn hier kam es wiederum zu einer Umkehrung der Machthierarchien zwischen Studierenden und Bewohner\*innen. Denn nun wurde nicht mehr in einer vom akademischen und privilegierten Duktus der Studierenden dominierten Gruppe interagiert, sondern in Studierenden-Bewohner\*innen Tandems, die sich in den lebensweltlichen Kontexten der Bewohner\*innen bewegten. Die vormals privilegierten, sprachlich und wissenschaftlich überlegenen Studierenden befanden sich plötzlich selber in der Position der sprachlich und kulturell ‚unterlegenen‘ ‚Fremden‘. Diese Fremdheitserfahrung ging einher mit beeindruckend herzlichen Erfahrungen eines Forschungskontextes, der von ausgedehnten Essenseinladungen in den befreundeten Familien geprägt war. Ergebnisse der von den Stadtteilmforscher\*innen erhobenen kollaborativen Daten finden sich in Kapitel 8. Weitere empirisch gesättigte Aufschlüsse zur kollaborativen Zusammenarbeit in der Praxis, in der Wissenschaftler\*innen, Stadtteilmforscher\*innen, Stadtteilbewohner\*innen und Sozialarbeiter\*innen miteinander interagieren, finden sich in Kapitel 12.

### **3.2 Digitale Methoden der Partizipativen Sozialraumanalyse (DiPS)**

Mit der DiPS-Methode (Methode der digitalen partizipativen Sozialraumanalyse) wurden Sozialraumakteur\*innen und Bewohner\*innen in der Hustadt befragt, um einen tieferen Einblick in ihre gesundheitliche sozialraumbezogene Lebenswelt zu erhalten und Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit für die Bewohner\*innen in der Hustadt abzuleiten.

Als Bewohner\*innenbefragungen waren basierend auf den Ergebnissen der Stadtteilforscher\*innen ursprünglich Befragungen zu Bewegung, Ernährung, psychischer Gesundheit, Sucht und Diskriminierung geplant. Die Bewohner\*innenbefragung wurden zu Beginn des Projektes QUERgesund auf Anraten des QUERgesund Teams nicht umgesetzt, da die Sorge bestand, das Projekt könne vor allem als Forschungsprojekt wahrgenommen werden.

Die folgende Abbildung zeigt die geplanten Schritte in 2021, die aufgrund der anhaltenden Corona-Pandemie und der starken Einbindung der für DiPS Verantwortlichen zeitlich so nicht umgesetzt werden konnten. Die DiPS-Befragungen waren als Eigenleistung der Hochschule für Gesundheit in Bochum konzipiert und können auch in der Verstetigung des Projekts fortgeführt oder implementiert werden.



In der Projektlaufzeit wurden zwei Befragungsmodule zu Bewegung und zwar Alltagsmobilität und Sport und Bewegung ausgearbeitet, mit lokalen Stakeholder\*innen im Co-Design abgestimmt, in verschiedene Sprachen übersetzt und zur Befragung für die Bevölkerung freigeschaltet. Inhalte und Ergebnisse werden in diesem Bericht beschrieben. Zudem fand eine Erhebung von Angeboten statt, die über die Homepage des Projekts QUERgesund bereitgestellt wurden. Zusätzlich wurden die einzelnen Angebote von QUERgesund online als DiPS-Befragungen

evaluiert. Die Ergebnisse sind in den Evaluationsbericht eingeflossen und werden in diesem Bericht ebenfalls dokumentiert.

Es wurde zusätzlich eine Befragung, die in Bochum-Wattenscheid gemeinsam mit Migrant\*innenselbstorganisationen und dem Gesundheitsamt entwickelt wurde, auf QUERgesund und die dort organisierte Impfkation übertragen. Da die Befragung in Bochum-Wattenscheid sich an Personen gerichtet hat, die zum Zeitpunkt der Befragung ungeimpft waren, wurde der Fragebogen an verschiedenen Stellen gekürzt. Die Akquise der Teilnehmer\*innen gestaltete sich aus organisatorischen Gründen jedoch als sehr schwierig. Hierfür wurden im Raum, in dem Geimpfte nach der Impfung warten sollten, Flyer ausgelegt, die Personen im Raum jedoch nicht direkt angesprochen, da dies seitens des Forschers vor Ort nicht als der Situation angemessen beurteilt wurde. Auf diesem Weg konnte jedoch lediglich ein Antwortdatensatz generiert werden. Rückblickend wäre eine direkte Ansprache im Beobachtungsraum oder eine Beigabe des Flyers in dem Impfmappen möglicherweise zielführender gewesen.

Zudem wurde eine Befragung zur Einrichtung der Bibliothek mit aufgebaut, die in Kapitel 9.7 dokumentiert ist.

#### **4. Das Stadtteillabor und Stadtteelforscher\*innen als Multiplikator\*innen für QUERgesund**

Nach Abschluss der Bedarfs- und Bestandserhebung fand seit August 2020 regelmäßig ein Treffen mit interessierten Stadtteelforscher\*innen statt. Während der Sitzungen reflektieren die Teilnehmer\*innen über ihre vergangene und zukünftige Rolle im Stadtteil. Die Sitzungen wurden pädagogisch von der Projektkoordination QUERgesund angeleitet und Inhalte didaktisch mittels theaterpädagogischer Übungen vermittelt. Themen, die während der Treffen mit den Stadtteelforscher\*innen besprochen und diskutiert wurden, waren unter anderem:

- Was ist das Netzwerk QUERgesund und welche Bedeutung hat es für den Stadtteil?
- Wer ist schuld an der Pandemie? (Verschwörungsmythen und Coronapandemie)
- DiPS-Befragung: Was ist das und wie machen wir die Befragung bekannter?
- Fokusgruppeninterviews: Vorbereitung auf die Evaluation
- Nichtteilnehmer\*innen: Was hindert Menschen an der Teilnahme an den Angeboten von QUERgesund?
- SMART-Workshop und Bürger\*innenbibliothek
- Coronainterventionen in der Hustadt

- Brainstorming zur Konzeption der Maßnahme „Begegnung zwischen Jobcenter und Bewohner\*innen aus der Hustadt“.

Die Teilnahme an den Veranstaltungen wurde vergütet. Ziel war es, die Stadtteilmforscher\*innen als Multiplikator\*innen zu schulen und sie dazu zu motivieren, an Weiterbildungen/Qualifizierungen (etwa als Impflots\*innen) teilnehmen. Zudem sollen die Bewohner\*innen über aktuelle Veranstaltungen/Themen informieren und langfristig über die Laufzeit des Projekts hinaus als Gesundheitslots\*innen im Stadtteil tätig sein können.

Während des Lockdowns fanden die Treffen online über Google Meet statt. Der regelmäßige Austausch mit den Stadtteilmforscher\*innen ermöglichte eine Anbindung an QUERgesund als Multiplikator\*innen und den Einbezug der Stadtteilmforscher\*innen in Entwicklungs- und Abstimmungsprozesse, die die Forschung, Angebotskonzeption und die Kommunikation aktueller Belange und Themen an die Bewohner\*innen betraff (z.B. Angebotsevaluation, Coronapandemie, QUERgesundBIB, persönliche Erfahrungen mit dem Jobcenter). Ab Juni 2021 stießen auch einige der im Rahmen der Impfkation geschulten Multiplikator\*innen zu den Treffen hinzu und vergrößerten die Gruppe von 4-5 regelmäßigen Teilnehmer\*innen auf 6-7 regelmäßig zusammenkommende Stadtteilmforscher\*innen.

In der ursprünglichen Projektkonzeption war die langfristige Betreuung und Einbindung der Stadtteilmforscher\*innen als Multiplikator\*innen über die kollaborative Forschung hinaus nicht explizit vorgesehen. Die langfristige Einbindung der Stadtteilmforscher\*innen in das Projektteam hat sich jedoch im Projektverlauf als eines der wichtigsten Standbeine der erfolgreichen Arbeit und bezüglich der Entwicklung und Etablierung von Angeboten und Interventionen im Stadtteil erwiesen.

## **5. Gesundheitliche Ungleichheit und Prävention in und aus Sicht der Stadt Bochum**

Gesundheitschancen für die Stadteilbewohner\*innen ermöglichen bedeutet, die Gesundheitsbelastungen zu minimieren und zugleich die physischen, psychischen und sozialen Gesundheitsressourcen zu erhöhen. Menschen, die eine aktive Rolle in Bezug auf ihre eigene Gesundheit einnehmen sollen, müssen dazu multikomplex in die Lage versetzt werden. In sozioökonomisch und strukturell benachteiligten Stadtteilen sind die Herausforderungen, gesunde Lebensbedingungen zu schaffen, besonders hoch – oftmals müssen hier sowohl das jeweils individuelle Verhalten aktiviert als auch die räumliche Umgebung umfassend verändert werden.

Die Entwicklung und dauerhafte Etablierung diverser niederschwelliger (sozial)medizinischer, therapeutischer und sozialintegrativer Beratungs- sowie Maßnahmenstrukturen (und jene zur Freizeitgestaltung), dient der Befähigung und Stärkung der Gesundheitskompetenz<sup>2</sup> der Bürger\*innen der Stadt. Strukturelle und räumliche Barrieren zu sozialen und gesundheitsbezogenen Angeboten sollen abgebaut werden. Zu berücksichtigen sind dabei sowohl die Lebenswelt(en), die individuelle Betroffenheit von Diskriminierungen und Rassismus als auch die individuellen Ressourcen der Bürger\*innen. Ebenfalls gilt es, die grundlegende Aufklärung in Bezug auf gesunde Lebensführung, Kindergesundheit und den Umgang mit chronischen Erkrankungen sukzessive sicherzustellen.

Von der Bewältigung dieser Herausforderungen nimmt sich die Stadt Bochum nicht aus. Auch hier prägen Strukturwandel und das Stadtbild sowie gesellschaftliche wie politische Faktoren die Lebensumwelten der Bürger\*innen. Hinsichtlich der Gesundheit und Prävention lassen sich anhand quantitativer Indikatoren<sup>3</sup> bereits wichtige Handlungsbedarfe für eine verbesserungswürdige Lebens- und damit auch Gesundheitssituation in Quartieren feststellen; woraus wiederum Gesundheitsziele formuliert und in der Fachplanung Gesundheit Maßnahmen abgeleitet werden, die dezentral mit den verschiedensten Träger\*innen und Kooperationspartner\*innen in den Quartieren umgesetzt werden.

Die Stadt Bochum verfolgt in ihrer Gesamtstrategie zwei Herangehensweisen:

- 1 Den Fachplanungsprozess Gesundheit – mit seinem Herzstück Fachplan für Gesundheit und Prävention.
- 2 Das integrierte städtebauliche Entwicklungskonzept (im Folgenden: ISEKs) der einzelnen Stadtteile.

Dabei arbeiten das Gesundheitsamt (Amt 53) und das Stadtplanungsamt (Amt 61) im Sinne ihrer Zuständigkeiten und ihres kommunalen Auftrages an wichtigen Schnittstellen zunehmend eng zusammen, stoßen gemeinsam richtungsweisende Projekte an und begleiten diese ideell, personell und/oder finanziell. Dadurch kann im Besonderen Stadtentwicklung, Klimaschutz, Gesundheit und soziale Teilhabe kritisch und bereichernd zusammengedacht werden.

---

<sup>2</sup> Als zentrales Konzept verfolgt das Gesundheitsamt der Stadt Bochum die Befähigung zur Gesundheitskompetenz: „die Summe der Fähigkeiten, die wir benötigen, um uns gesundheitsrelevante Informationen im Alltag zu erschließen“, wie es der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz definiert.

<sup>3</sup> Hier sei beispielhaft zu nennen die Basisgesundheitsberichterstattung (2008 - ) und die Sozialberichterstattung (2018 - ) als unverzichtbare Analyse- und Evaluationsinstrumente zur Darstellung des Sachstandes der gesundheitlichen Situation der Bürger\*innen Bochum. Mehr dazu auch im Spezialgesundheitsbericht Bochum „Armut und Gesundheit“ (2014).



Fragen von sozialer und gesundheitlicher Gerechtigkeit sind sowohl für den Fachplan Gesundheit und Prävention als auch für die ISEKs grundlegend, um die spezifischen Belange eines gesunden Lebens für alle Sozialgruppen in den jeweiligen Stadtteilen zu berücksichtigen.

Um diese Fragen praxisnah zu beantworten, bedarf es enger Dialoge der hiesigen Stadtteilbüros und transdisziplinären Verbände, die in kompetenter Netzwerkarbeit die elementaren Zugänge zu den Quartiersbewohner\*innen und sozialen wie medizinischen Akteur\*innen gewinnen, stärken und eine Kommunikationsbrücke zu den verantwortlichen Verwaltungen bilden. Nicht zuletzt fördert die kooperative Begleitung wissenschaftlicher Expert\*innen der umliegenden Hochschulen ein starkes Fundament zur dynamischen Steuerung in den Quartieren.<sup>4</sup>

## **6. Aufbau und Bedeutung des Netzwerkes QUERgesund**

Ein bedeutendes Standbein, das zur erfolgreichen Durchführung des Projekts beitrug, ist die Netzwerkarbeit im Stadtteil und der Aufbau des Netzwerkes QUERgesund.

Zu Projektbeginn stieß die Projektkoordination auf spürbaren Widerstand bei Vertreter\*innen unterschiedlicher sozialer Einrichtungen in der Hustadt. Es bestand vor allem Sorge bezüglich der Einhaltung ethischer Standards bei den Befragungen und Angst vor einer Überforschung der Hustadt. Die Projektkoordination reagierte auf diese Vorbehalte, indem sie den persönlichen Kontakt zu und das Gespräch mit Akteur\*innen in der Hustadt suchte, über die Rahmenbedingungen und Methoden der Bedarfs- und Bestandsanalyse (insbesondere der kollaborativen Forschung und Schulung der Stadtteilmforscher\*innen) aufklärte und sich kritischen Nachfragen stellte. So gelang es über den Verlauf des ersten Projektjahres hinweg einem Großteil des anfänglichen Misstrauens konstruktiv mit Beziehungs- und Vertrauensarbeit zu begegnen. Als eine erfolgreiche Strategie erwies sich hier, dass sich die Projektkoordination zu Anfang des Projekts persönlich mit den sozialen Akteur\*innen im Stadtteil in Verbindung setzte, die Einrichtungen kennenlernte, ins Gespräch kam, das Projekt QUERgesund kontextualisierte und konkrete Bedarfe abfragte. Die Projektkoordination brachte zudem in Erfahrung, welche Ge-

---

<sup>4</sup> URL: <https://www.bochum.de/Gesundheitsamt/Gesundheitsberichterstattung/Gesunde-Stadt-Bochum>

sundheitsangebote bereits in der Hustadt existieren und welche Zugangshürden und Herausforderungen bei existierenden Angeboten bestehen. Mit den folgenden örtlichen Akteur\*innen und Vertreter\*innen der folgenden Einrichtungen fanden im Projektzeitraum Vernetzungstreffen statt:

- Pater, Schwester und Vertreterin des Sozialen Diensts der Katholischen Gemeinde St. Paulus
- Leitung der Katholischen Kita/Familienzentrum St. Paulus
- Pfarrer und Leitung des Seniorenkreises der Evangelischen Gemeinde Querenburg
- Leitung des Vereins Ronahi e.V., Männergruppe, Migrationsberatung für Erwachsene, Projekt für Familien mit behinderten Kindern (MBE), Alphabetisierungskurs
- Leitung des Kinder- und Jugendtreffs, Stadtteilzentrums, Jugendmigrationsdienst (JMD) AWO
- Leitung der Ambulanten Kinder- und Jugendbetreuung der Stadt Bochum
- Geschäftsführung von Hu-Kultur (Quartiersmanagement)
- Schulleitung der Hufelandschule
- JunOst e.V.
- Leitung des Hustadttreffs (IFAK e.V.)
- Leitung der Integrationsagentur Hustadt der (IFAK e.V.)
- Koordinator\*innen des Flüchtlingsbüros Bochum Süd
- Leitung des Hallenbads Querenburg
- Stadtsporthbund Bochum
- Bezirksbürgermeister und Geschäftsführung Bezirksverwaltungsstelle Bochum Süd
- Stellvertretende Bezirksbürgermeisterin Bochum Süd
- Koordinatorinnen des Seniorenbüro Bochum Süd
- Kommunales Integrationszentrum Bochum
- Volkshochschule Bochum
- Familienbildungsstätte Bochum
- Paritätische Selbsthilfe-Kontaktstelle Bochum
- Hu-Town AWO
- Elternbegleitung in der Hustadt
- Prof. Dr. Ute Lange – Hebammenwissenschaften hsg
- Geschäftsführung des Interprofessionellen Gesundheitszentrums (InGe) der Hochschule für Gesundheit Bochum
- Britta Hartmann, Schulleitung der Gemeinschaftsgrundschule Waldschule Bochum
- Leitung des Evangelischen Familienzentrums/Kita auf dem Backenberg

- Kita AWO
- Familienhebamme der ‚Frühen Hilfen‘ Bochum mit dem Einzugsbereich Querenburg
- Jytte Aufderstroth, Familienhebamme mit dem Zuständigkeitsbereich Querenburg
- WIR ‚Walk in Ruhr‘ (Zentrum für sexuelle Gesundheit und Medizin)
- Elternbegleitung an der Hufelandschule
- PD Ratsmitglied Querenburg, Integrationsrat und Gleichstellungsbeauftragte
- Jobcenter Bochum
- Oberbürgermeister Bochum
- Treffen mit AsF (Arbeitsgemeinschaft Sozialdemokratischer Frauen) Bochum
- Gemeinschaftsgarten Hof Bergmann e.V.
- Familienbegleiterin
- Yoga- und Entspannungstrainerin
- Verschiedene in der Hustadt tätige Ehrenamtliche

Zu den folgenden sozialen Akteur\*innen gelang keine Kontaktaufnahme bzw. kein Kontakt-  
aufbau:

- Koordination ‚Frühe Hilfen‘ Bochum (längerer Dienstausschfall des Ansprechpartners)
- Kontaktaufnahme zu medizinischen Diensten, Ärzt\*innen, Therapeut\*innen in Querenburg  
(fehlende zeitliche Ressourcen)

Zudem brachte sich die Projektkoordination regelmäßig in den folgenden in der Hustadt aktiven  
Gremien ein:

- AK EH (Arbeitskreis Eltern und Kinder in der Hustadt)
- Sozialraumkonferenz Querenburg
- AK ‚Älter werden in der Hustadt‘
- Bochumer Quartiersverbund
- Netzwerk Querenburg IFAK e.V.
- Festausschuss ‚Hustadtteilfest‘
- AK Drogen (Initiiert vom AK EH)

Der 1. SMART-Workshop im Januar 2020 stellte den Startschuss für das Netzwerk QUERgesund dar. Dem Netzwerk QUERgesund gehören verschiedene Organisationen, Institutionen, Privatpersonen und Professionelle an, welche ihren jeweils eigenen Beitrag zur Gesundheit in der Hustadt bzw. Querenburg leisten. Regelmäßig im Netzwerk QUERgesund ausgetauscht und engagiert haben sich die folgenden Akteur\*innen:

- Hochschule für Gesundheit Bochum
- Stadtteiltreff, IFAK e.V.
- Hukultur, Förderverein Hustadt e.V.
- Seniorenbüro Süd, IFAK e.V./Stadt Bochum
- Stadtsportbund Bochum
- Integrationsagentur Hustadt, IFAK e.V.
- Selbsthilfe-Kontaktstelle Bochum
- Gemeinschaftsgarten Hof Bergmann e.V.
- Stadtteiltreff AWO Ruhr-Mitte
- Walk in Ruhr, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin
- Gaby Schäfer, 1. Bürgermeisterin der Stadt Bochum und Ratsmitglied
- Kita-Sozialarbeit Stadtbezirk Süd, Sozialer Dienst – Stadt Bochum
- Evangelisches Familienzentrum und Kita
- HuTown
- Jytte Aufderstroth, Familienhebamme
- Übungsleiter\*innen
- Stadtteilbibliothek Querenburg
- Katholische Gemeinde St. Paulus
- Jobcenter

Langfristig soll das Netzwerk die Gesundheitsförderung im Stadtteil unterstützen, indem es die Anbieter\*innen von Gesundheitsangeboten miteinander in Kontakt bringt und Angebote für alle sichtbar gemacht werden. Während der SMART-Workshops erarbeitete das Netzwerk Konzepte zur kultursensiblen Gesundheitsförderung unter Berücksichtigung der bestehenden Stadtteilstrukturen. Alle Netzwerktreffen fanden aufgrund der Coronapandemie im digitalen Format statt, was vor allem am Anfang der Pandemie erschwerte Bedingungen bedeutete, da einige der Akteur\*innen nicht über die dafür erforderlichen technischen Voraussetzungen verfügten. Zunächst lag der Fokus während der Netzwerktreffen vor allem auf einer Information

durch die Projektkoordination über das Projektkonzept und den Projektstand. Später im Projektverlauf lag der Fokus auf der kooperativen Umsetzung, der Evaluation der Angebote und der Verstetigung der entwickelten und erprobten Maßnahmen im Stadtteil.

## **7. Aufbau und Durchführung des Projektes**

Im Folgenden werden der Aufbau und die Durchführung der Studie vorgestellt. Angefangen mit der Rekrutierung von Bewohner\*innen aus der Hustadt in der Funktion als Stadtteilmforscher\*innen sowie der daran anschließenden Schulung für die Tandems, die sich aus Stadtteilmforscher\*innen und Studierenden der Hochschule für Gesundheit zusammensetzten. Darauffolgend werden das partizipative Studiendesign und die Datenerhebungsphase beschrieben. Abschließend stehen zeitliche Veränderungen des Ablaufs der Studie sowie weitere Interventionen im Kontext von COVID-19 im Fokus.

### **7.1 Die Rekrutierung der Stadtteilmforscher\*innen**

Die im Projekt QUERgesund aktiven Stadtteilmforscher\*innen wurden seit Herbst 2018 proaktiv angesprochen und konnten für die aktive Beteiligung an dem präventiven Gesundheitsförderungsvorhaben gewonnen werden. Bei der Auswahl des Personenkreises griffen die Projektmitarbeiter\*innen auf die bereits bestehenden Netzwerke zurück, die im Rahmen des Stadteillabors, einem Ort der gesundheitsbezogenen Langzeitforschung, etabliert werden konnten. Dieses Stadteillabor wurde im Jahr 2015 in der Hustadt von der Ethnologin Prof. Dr. Christiane Falge initiiert (vgl. Falge 2019: 61). Mehrjährige persönliche Vertrauensverhältnisse ermöglichten ferner die Herstellung von neuen Kontakten, die über die etablierten Netzwerkstrukturen hinausgehen. Ein wesentliches Kriterium für die aktive Partizipation der Stadtteilmforscher\*innen stellte die Möglichkeit dar, die von den handelnden Akteur\*innen erbrachten Leistungen im kollaborativ angelegten Projekt (Durchführung und Transkription der Interviews, Teilnahme an SMART-Workshops, Besuch von Methodenschulungen und Informations- und Reflexionstreffen) finanziell zu vergüten. Ein kollaboratives Projekt mit Menschen aus unterschiedlichen kulturellen Kontexten, sozialen Milieus und Institutionen hinterfragte und transformierte akademische Routinen. Im Folgenden werden einige Konflikte, Differenzen und Hindernisse diskutiert, die ein wichtiger Teil der verändernden Aushandlungsprozesse waren.

Zunächst sah sich das für die Administration verantwortliche Projektteam konfrontiert mit einigen bürokratischen Hürden. Diese betrafen zu Beginn in erster Linie das Abrechnungsverfahren der von den Stadtteilmforscher\*innen erbrachten Leistungen, das vom Dezernat Personal und

Finanzen der Hochschule für Gesundheit in Bochum vorgenommen wurde. Die Kommunikation und der rege Wechsel von zahlreichen mehr oder weniger „sachlich richtig“ ausgefüllten Formularen zwischen dem Projektteam und den Verwaltungsangestellten zur Entlohnung der von den Stadtteilmforscher\*innen erbrachten Leistungen können als arbeits- und zeitintensiv charakterisiert werden. Dies führte dazu, dass die Stadtteilmforscher\*innen unnötig lange auf ihr in Rechnung gestelltes Honorar warten mussten. Diese bürokratischen Hürden sowie der Zwang zur Einhaltung verwaltungstechnischer Organisationsstrukturen sorgten teilweise für Verständnislosigkeit und Unmut unter den beteiligten Personen. Die anhaltende Unzufriedenheit über die bürokratischen Realitäten (vgl. Graeber 2016) führte zu personellen Veränderungen sowohl im wissenschaftlichen Projektteam als auch im Kreis der Stadtteilmforscher\*innen. Die monatliche Zuverdienstgrenze stellte ein weiteres Problem dar, die bei den Stadtteilmforscher\*innen im ALG II Bezug bei 100 Euro liegt. Die vorgelegten Rechnungen über die erbrachten Leistungen mussten somit vom Projektteam auf mehrere Teilrechnungen aufgesplittet werden, damit die Verwaltungsangestellt\*innen nicht fälschlicherweise den veranschlagten Gesamtbetrag überweisen. In diesem Fall würde der Grundfreibetrag der auf staatliche Transferleistungen angewiesenen Akteur\*innen überschritten. In diesem Auseinandersetzungsprozess mit der Hochschulbürokratie wurde deutlich, dass verwaltungsorganisatorische Strukturen und deren Personalbestand nur bedingt für kollaborative Forschungsprojekte sensibilisiert sind, bei denen die Diversitätsdimensionen Armut und Migration einen nicht unerheblichen Raum einnehmen (vgl. Fereidooni & Zeoli 2016). Nachdem das Projektteam in einem kontinuierlichen Dialog mit den Ansprechpartner\*innen im Dezernat Personal und Finanzen ein Verständnis für diese Sachlagen erwirken konnte, erfolgte im beiderseitigem Einverständnis eine merkliche Verschlanung von Verwaltungsstrukturen. Folglich nahmen die Abrechnungsvorgänge deutlich weniger Zeit und Arbeitsaufwand in Anspruch. Diese Entwicklung im Rahmen der Kommunikation zwischen dem Verwaltungsapparat der Hochschule und dem Projektteam von QUERgesund zeigt, dass kollaboratives Zusammenarbeiten letztlich auch eine diversitätsbewusste Veränderung von bürokratischen Organisationsabläufen nach sich ziehen kann.

Ein weiteres Spezifikum im Forschungsprojekt war, dass die Kommunikation zwischen dem wissenschaftlichen Personal und den Stadtteilmforscher\*innen nahezu ausschließlich über den Messenger Dienst WhatsApp und Face-to-Face-Kontakte stattfand. Ein Informationsaustausch via E-Mail, wie dieser im universitären Arbeitsumfeld gang und gäbe ist, war aufgrund der bei den Stadtteilmforscher\*innen nur eingeschränkt vorhandenen finanziellen und technischen Ressourcen nicht praktikabel. Im Kontrast dazu war die Erreichbarkeit der Akteur\*innen über den Messenger Dienst nahezu immer gegeben. Darüber hinaus führte das kontinuierliche Posten

von Nachrichten und Emoticons und die gefühlte permanente Präsenz unweigerlich zu einer nachhaltigen Verschiebung der Grenzen zwischen Arbeit und Freizeit bei Mitgliedern des Projektteams. Diese projektimmanenten Dynamiken der Entgrenzung und der Subjektivierung von Arbeit (vgl. Götz 2015: 37 ff.; Huber 2012) in Zeiten fortschreitender Informalisierung, Flexibilisierung der zeitlichen Dimensionen und Digitalisierung bedingen eine Vermischung zwischen fremdbestimmter Arbeitszeit und selbstbestimmter Lebenszeit. Das hat zur Folge, dass es für ein in postfordistische und neoliberale Prozessstrukturen der Arbeitswelt 4.0 (vgl. Groth & Müske 2019) eingebundenes Individuum immer schwieriger zu werden scheint, eine „bewusste Balance[]“ beim „alltäglichen Management[]“ (Voß & Gottschalk 2005: 19) von Arbeit und Freizeit vorzunehmen. Wenn auf Anfragen von Seiten der Stadtteilmforscher\*innen oder der Projektmitarbeiter\*innen via WhatsApp in den späten Abendstunden oder am Wochenende unverzüglich reagiert wird, ist eine strikte Differenzierung der Lebenssphären Arbeit und Freizeit nicht mehr gegeben. Durch den Eindruck der permanenten Erreichbarkeit und die Allgegenwärtigkeit mobiler Endgeräte in der Lebenswirklichkeit vieler Menschen entsteht schnell eine falsch verstandene Verpflichtung, diese Anfragen sogleich zu beantworten bzw. zu bearbeiten. Das verlustig zu gehende Monopol auf die eigene Zeitsouveränität, die mit der Entgrenzung und der Subjektivierung von Arbeit verbundene Vermischung unterschiedlicher Lebenswirklichkeiten und die gesamtgesellschaftliche Tendenz zu atypischen, projektbezogenen und prekären Beschäftigungsverhältnissen wirkt sich auch bei den Projektmitarbeiter\*innen negativ auf die Arbeitsorientierungen aus. Insbesondere kollaborativ und partizipativ angelegte Forschungsprojekte sehen sich mit der Herausforderung konfrontiert, die Interessen, Wünsche und Motive der Mitstreiter\*innen vollumfänglich und permanent zu berücksichtigen und dabei andere Vorstellungswelten von Arbeit und Freizeit sowie von Alltagstemporalitäten zuzulassen, zu akzeptieren und zu inkorporieren.

## **7.2 Die Schulung von Stadtteilmforscher\*innen-Studierenden Tandems**

Die Schulung der Stadtteilmforscher\*innen fand an drei Workshoptagen (2 x ganztags, 1 x halbtags) im Stadtteillabor in der Hustadt statt. Ziel war es, die Teilnehmer\*innen in der Durchführung von qualitativen Leitfadenterviews und Fokusgruppen zu schulen. Prof. Dr. Silke Betscher vom Institut für Ethnologie und Kulturwissenschaft der Universität Bremen konnte als externe Trainerin gewonnen werden. Geleitet wurde die Schulung gemeinsam von Prof. Christiane Falge, Prof. Dr. Silke Betscher und Dr. Annika Strauss mit unterschiedlichen Aufgaben. Prof. Dr. Silke Betscher oblagen die inhaltliche Konzeption und die methodischen Inputs. Prof.



Christiane Falge hat als Gesamtprojektleitung inhaltliche Weichen gestellt und konnte die Studierenden und die Stadtteilmforscher\*innen durch ihr Feldwissen mit ihren unterschiedlichen Bedarfen im Blick behalten und somit die Tandembildung vorschlagen. Dr. Annika Strauss leitete mit ihrer theaterpädagogischen Expertise Aufwärm- und Lockerungsübungen an. Mit den Übungen wurden nicht nur Bewegung und Freude als ein Aspekt der präventiven Gesundheitsförderung unmittelbar erfahrbar und damit der ganzheitliche Ansatz des Projektes erlebbar. Auch zum Kennenlernen und zum Abbau von Berührungsängsten haben diese Übungen entscheidend beigetragen.

Die Heterogenität der Gruppe stellte eine mannigfaltige Herausforderung dar. Dennoch ist es letztendlich gelungen, mit der Schulung den ganz unterschiedlichen Anforderungen gerecht zu werden. Diese Anforderungen gruppieren sich um drei zentrale Elemente: kollaborativ werden, Methoden erlernen, Inhalte entwickeln. Am Anfang stand das Kennenlernen aller Teilnehmer\*innen untereinander. Angesichts der ganz unterschiedlichen Lebenszusammenhänge, Zugänge, Wissensstände und Interessen der Teilnehmer\*innen ging es hier vor allem darum, Hemmschwellen abzubauen und einen Begegnungsraum zu eröffnen. In diesem Raum sollten sich alle wohlfühlen und das Sprechen aus ganz unterschiedlichen Positionen heraus sollte möglich sein. Dabei ging es auch darum, Ängste vor dem Forschen abzubauen und wechselseitige Vorstellungen zu erkennen und zu bearbeiten. Hierdurch wurde zugleich ein Bewusstsein für die unterschiedliche Positioniertheit und die intersektionalen Verschränkungen (z. B. Bildungshintergrund, Alter, Erfahrung etc.) geschaffen. Als Ice-Breaker dienten von Dr. Annika Strauss angeleitete theaterpädagogische Übungen. Die von Prof. Christiane Falge vorgeschlagenen Tandems lernten sich kennen und begannen, Vertrauen zueinander aufzubauen. Eine zentrale Anforderung der Schulung war die der gemeinsamen Sprache und Übersetzung. Dies nicht nur im Hinblick auf unterschiedliche Einzelsprachen, sondern auch im Sinne einer gemeinsamen Ebene der Kommunikation. Innerhalb dieser komplexen Anforderungen des äußerst heterogenen Settings wurden die Methoden zunächst theoretisch an zwei Schulungstagen vermittelt. In den methodischen Inputs lernten die Teilnehmer\*innen die Methoden der Leitfadeninterviews und der Fokusgruppen kennen. Zudem wurden Besonderheiten und Herausforderungen in Interviewsituationen besprochen. Um einen ersten Zugang zu bekommen und Erfahrungswerte zu sammeln, haben die Teilnehmer\*innen nach einer gemeinsamen Sammlung und Sortierung von Leitfragen probeweise Übungsinterviews durchgeführt und reflektiert. Ein zentraler Aspekt in der Reflexion dieser Übungen war die Herausforderung, die Rolle des/r Interviewenden einzunehmen sowie die Rollen- und Aufgabenverteilung der Tandems in der Interviewsituation. Ein dritter Schulungstag diente einer Reflexion der ersten Interviewerfahrungen. Hierzu wurden

Studierende und Stadtteilmforscher\*innen teilweise getrennt nach ihren Erfahrungen befragt. Bereits hier hat sich gezeigt, dass das kollaborative Forschen ausgesprochen gut funktionierte. Die Tandems haben früh in einen produktiven Arbeitsmodus gefunden, in dem die ganz unterschiedlichen Hintergründe und Zugänge als Bereicherung wahrgenommen wurden.

### **7.3 Partizipatives Studiendesign und Datenerhebung**

Im Folgenden wird das partizipative Studiendesign und die Phase der Datenerhebung beschrieben. Wie bereits erläutert, ist partizipative Forschung ein Oberbegriff für Forschungsansätze, die soziale Wirklichkeit partnerschaftlich erforschen. Ein partizipatives Studiendesign dient dazu, diese soziale Wirklichkeit umfassender zu verstehen und nachhaltiger zu verändern, als es mittels konventioneller Ansätze möglich ist. Ziel des Projektes ist die Schaffung kultursensibler Präventionsmaßnahmen, die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit und die Förderung der Gesundheitskompetenz. In unserem Falle sind die rekrutierten Stadtteilmforscher\*innen die gesellschaftlichen Akteur\*innen, die als Co-Forscher\*innen fungieren und gleichzeitig eine individuelle und kollektive Selbstbefähigung und Ermächtigung erfahren. Die Teilhabe von gesellschaftlichen Akteur\*innen an Forschung sowie die Teilhabe an der Gesellschaft steht bei der partizipativen Forschung im Mittelpunkt (von Unger 2014: 1). Es geht um die Nutzung des Communitywissens mithilfe kollaborativer und sozialräumlicher Methoden als Grundlage für die Entwicklung kultursensibler Präventionsangebote. Nach einer intensiven Schulung der Stadtteilmforscher\*innen und der Studierenden der Hochschule für Gesundheit in Tandems konnte mit dem kollaborativ entwickelten Fragebogen (siehe Anhang) die Phase der Datenerhebung beginnen. Die Stadtteilmforscher\*innen erleichterten den Feldzugang, brachten feldspezifisches Wissen mit und stellten somit eine wichtige Ressource für den Forschungsprozess dar. Der Austausch auf Augenhöhe als Anspruch zwischen Studierenden und Stadtteilmbewohner\*innen wurde sehr ernst genommen. Dies spiegelte sich auch in dem Reflexionstreffen im Anschluss an die ersten gemeinsam geführten Interviews wider. Mit Hilfe der kollaborativen Methode konnte der Leitfaden um wichtige Themen- und Handlungsfelder (wie z. B. Sucht und Diskriminierung) ergänzt werden. Außerdem wurde das von den Studierenden und dem wissenschaftlichen Berater\*innen-Team entworfene wissenschaftliche Design in den Punkten Sprache und Kultursensibilität nach Anpassungsvorschlägen der Bewohner\*innen überarbeitet. An dieser Stelle wird die Relevanz eines partizipativen Studiendesigns deutlich, da gesundheitswissenschaftliche Anforderungen und die Forscher\*innenperspektive nicht immer die soziale Realität und Lebenswirklichkeit der Menschen widerspiegelt. Auf dieser Grundlage wurde ein kollaborativ erstellter und mehrsprachiger Leitfaden konzipiert (Arabisch, Somali,

Deutsch). Unter diesen Voraussetzungen führten die 11 Stadtteilmforscher\*innen in ihren Tandems 45 Interviews in fünf Sprachen (Deutsch, Arabisch, Kurdisch, Somali, Russisch). Die Interviews wurden mithilfe von Übersetzer\*innen transkribiert und anschließend mit der Software MAXQDA ausgewertet.

## **7.4 Die Auswirkungen von COVID-19 auf den Projektverlauf**

Die mit der COVID-19 Krise verbundene „neue Normalität“, die im Berichterstattungszeitraum gekennzeichnet war durch Social Distancing sowie Hygiene- und Abstandsregelungen, wirkte sich auf die in präpandemischen Zeiten konzipierten Organisations- und Prozessstrukturen, das Zeitmanagement und die Zielformulierungen des Forschungsprojektes aus. Pandemiebedingte Dynamiken, Konsequenzen und Einschränkungen machten es im Projektverlauf notwendig, die ursprünglich im Projektantrag für das Zeitfenster November und Dezember 2021 vorgesehene Erhebungsphase III ersatzlos zu streichen.

Im Rahmen der Coronapandemie gestaltete sich die regelmäßige Kontaktaufnahme und der Austausch mit der Bewohnerschaft von Ende März 2020 an schwieriger. Während viele Menschen aus der Hustadt sich während des Lockdowns wenig bis gar nicht auf die Straße trauten, verstießen einige Jugendliche und junge Erwachsenen wiederholt gegen die geltenden Kontaktbeschränkungen und wurden mehrfach von lokalen Akteur\*innen und der Polizei ermahnt. Die in der Hustadt ansässige Hilfskraft setzte die aus dem Homeoffice arbeitende Projektkoordination während dieser Zeit über aktuelle Ereignisse und die jeweilige in der Hustadt herrschende Stimmung in Kenntnis. Ängste, Problematiken und Stimmungen unter den Stadtteilmforscher\*innen wurden teilweise telefonisch besprochen und aufgefangen. Durch aufsuchende digitale Interaktionen mittels WhatsApp-Chats, Telefongespräche und neu hinzukommende synchron durchgeführte digitale Treffen konnte der Kontakt zu den Bewohner\*innen aber auch während des Lockdowns grundlegend gehalten werden. Ab Anfang August 2020 kamen zunehmend auch wieder Präsenztreffen unter Einhaltung der entsprechenden Hygienemaßnahmen hinzu (Mund-Nasen-Bedeckung, Sicherheitsabstand, regelmäßiges Händewaschen und Desinfizieren).

Aus Telefongesprächen mit vereinzelt Bewohner\*innen der Hustadt zu Beginn der Coronapandemie wurde deutlich, dass viele Menschen die sozialen Konsequenzen der Pandemie als sehr belastend wahrnahmen und es anfänglich zu starken Verunsicherungen vor allem bezüglich der Einhaltung von Abstandsregelungen kam. Einige Eltern berichteten, dass sie ihre Kinder seit Beginn des Lockdowns aus Angst vor Infektionen wenig bis gar nicht aus den beengten Wohnungen ließen. Sie betonten auch ihre Überforderung mit dem Homeschooling, die in einer

Kombination aus Sprachbarrieren, Bildungsferne, strukturellen Benachteiligungen und fehlenden pädagogischen Kompetenzen begründet war. Auch die Sozialarbeiterin aus dem Stadtteiltreff berichtete über Probleme, denen sich Eltern im Hinblick auf die digitalen Angebote und Kommunikationsformen (E-Mails) vor allem in den weiterführenden Schulen gegenübergestellt sahen. In diesem Zusammenhang artikulierten Eltern den Bedarf nach mehr Informationen bezüglich schulbezogener und medizinischer Fragen. QUERgesund organisierte entsprechend eine Woche nach dem COVID-19 Lockdown eine virtuelle Informationsveranstaltung mit Expert\*innen für Eltern aus der Hustadt. Zu dem Treffen wurden auch die Stadtteilmforscher\*innen und andere Setting-Akteur\*innen eingeladen. Während des Treffens informierte Herr Krause die Eltern über die Einhaltung von Abstandsregeln und empfahl ihnen und ihren Kindern regelmäßige Aufenthalte an der frischen Luft, z. B. im nahegelegenen Wald.

Aus dieser ersten virtuellen Begegnung entwickelten sich regelmäßige virtuelle Treffen über Zoom mit den Stadtteilmforscher\*innen, die zum einen der Unterstützung der Stadtteilmforscher\*innen während der Pandemie und zum anderen der Aufrechterhaltung der gewachsenen Bindungen zwischen der Projektkoordination und letzteren dienten (vgl. Kapitel 4). Die meisten Stadtteilmforscher\*innen nahmen mangels eines Computers über ihr Smartphone an den Sitzungen teil, was jedoch größtenteils unproblematisch verlief. Der regelmäßige Austausch gab wertvolle Einblicke in die Perspektiven der Stadtteilmforscher\*innen und den Umgang der Hustadtbewohner\*innen mit einer gesundheitlichen Grenzerfahrung. Zur Vertiefung dieser Innenansichten und Umgangsweisen der Hustadt Community mit der Pandemie und zur Auffrischung ihrer Methodenkenntnisse nahmen die Stadtteilmforscher\*innen schließlich an einer globalen Erhebung des transnationalen Disaster Networks teil.

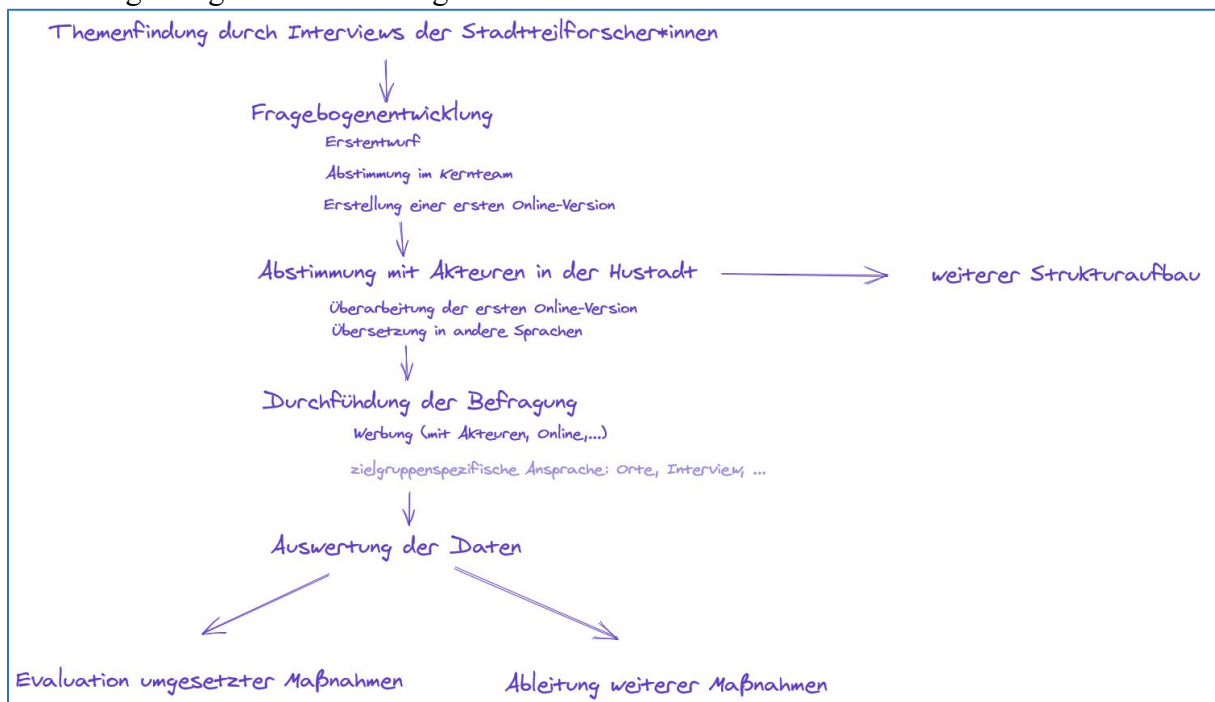
Im Kontext der Coronapandemie entstanden im Jahr 2020 neue Bedarfe, die zum Maßnahmenpaket ‚Fit Digital‘ (vgl. Kapitel 9.5), zu der in Kooperation mit dem Netzwerk QUERgesund durchgeführten Impfkationen und zur Schulung der Stadtteilmforscher\*innen als Impflots\*innen (vgl. Kapitel 9.12) führten.

## **7.5 Die DiPS-Erhebung der Angebotsstruktur in der Hustadt**

Alle DiPS-Befragungen im Rahmen der sozialraumbezogenen Gesundheitsförderung wurden nach dem folgenden Vorgehen im Co-Design entwickelt. Die Themenfindung im Projekt QUERgesund basierte auf den Ergebnissen der Stadtteilmforscher\*innen. Das DiPS-Team der Hochschule für Gesundheit entwickelte einen Erstentwurf einer Online-Befragung. Hierbei wurde mit einer Strukturtafel gearbeitet, die auch in anderen Projekten der kommunalen Ge-

sundheitsförderung zur Anwendung kommt. Sie umfasste die Dimensionen: Gesundheitskompetenz, Angebote im Sozialraum, physische Ausstattung des Sozialraums, persönliche Situation/Vulnerabilität, Selbstberichtetes Verhalten sowie Sonstiges. Diese Dimensionen bestimmen gesundheitsförderliches Verhalten und sind im Hinblick auf Angebote im Sozialraum und physische Ausstattung als Verhältnisprävention kommunal gestaltbar. Die Gesundheitskompetenz kann gezielt gefördert werden, die persönliche Vulnerabilität ist zu berücksichtigen. Ferner wurde das gesundheitliche Verhalten selbstberichtet erfasst. Bei der Auswahl der Fragen erfolgte eine Orientierung, sofern sinnvoll, an bestehenden Befragungen, um wissenschaftlich entwickelte Fragen zu verwenden. Dies ermöglicht es zudem die in der Hustadt generierten Daten mit anderen Ergebnissen abzugleichen.

Abbildung: Vorgehen in Co-Design der DiPS-Module



Diese Tabelle wurde dann mit dem Kernteam (QUERgesund Büro vor Ort, Christiane Falge) abgestimmt, überarbeitet, vom DiPS-Team online implementiert und lokalen Akteure, die potentielle Umsetzer\*innen von Maßnahmen sind, mit der Bitte um Rückmeldung übergeben. Dieser Schritt des Co-Designs mit Sozialraumaktuer\*innen war für die DiPS-Methode in zweifacher Hinsicht zentral. Einerseits ermöglichte er lokales Wissen zu integrieren, um eine auf Handlungsmöglichkeiten abgestimmte Erhebung zu gestalten und andererseits unterstützte er bei den Akteur\*innen eine systematische handlungsorientierte Auseinandersetzung mit dem Thema, auch im Hinblick auf die eigenen Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der

Hustadt. Daher ist in der folgenden Abbildung der Effekt des Strukturaufbaus auch explizit benannt.

Es wurden insgesamt 17 Soziraumaktuer\*innen um ein Feedback in der Entwicklung gebeten, von denen sechs Akteur\*innen (Stadtplanungsamt, IFAK e.V., Bezirksvertretung, KiTa St. Paulus, Evg. Kita am Backenberg, Stadtbücherei Bochum) eine Rückmeldung gegeben haben. Die eingegangenen Rückmeldungen wurden gesammelt, ausgewertet und über Rückfragen geklärt. Basierend hierauf wurde eine finale Version zur Übersetzung – durch Stadtteilforscher\*innen – aufbereitet. Die Befragung ist nach wie vor über die Homepage von QUERgesund erreichbar. (<https://enketo.hs-gesundheit.de/preview/0C8NUVbY>)

Abbildung: Bewerbung der DiPS-Module Alltagsmobilität sowie Sport und Freizeit auf Instagram



Abbildung: Flyer/Poster zur Bewerbung der DiPS-Module Alltagsmobilität sowie Sport und Freizeit

**QUERgesund**  
...wir hätten da ein paar Fragen

**Mobilität im Alltag**

**Sport & Freizeit**

QR-Code scannen und mitmachen

و QR - صور رمز ال  
قم بمشاركة

Сканируйте QR-код и присоединяйтесь

Koda QR -ê bikişinin ü beşdar bibin

Scan Qr code oo ku soo biir

Wie bewegen Sie sich im Alltag?  
Wo machen Sie Sport?  
Es gibt keine falschen Antworten!  
Jede Antwort hilft uns dabei, gesunde Angebote für die Hustadt zu entwickeln.

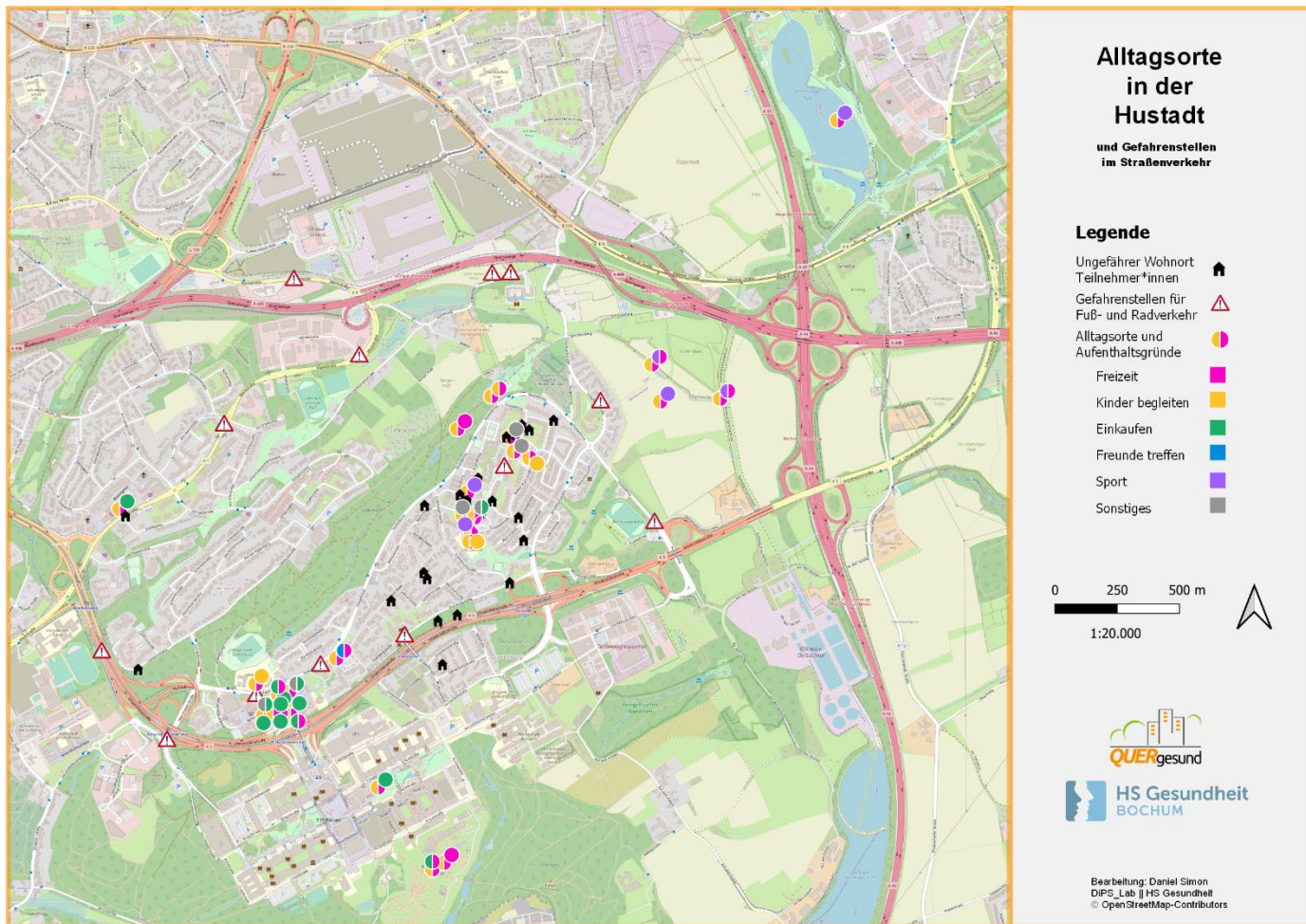
<https://enketo.hs-gesundheit.de/:gZuoUKM>

Insgesamt war die Teilnahme an der Bevölkerungsbefragung sehr gering. 25 Teilnehmer\*innen haben das Modul zu Alltagsmobilität und 14 Befragte das Modul zu Sport und Freizeit beantwortet. Dies lag nach Einschätzung der Verantwortlichen unter anderem an der späten Umsetzung der Befragung im Projektverlauf und der daraufhin ungewissen Verwendung der Daten im Hinblick auf eine Umsetzung. Zudem wurden nicht alle Möglichkeiten einer aktiven Ansprache in den Communities genutzt. Im Rahmen der Verstetigung des Projekts sowie der Erstellung eines Fachplans Gesundheit ist eine weitere Zusammenarbeit gewünscht / geplant und können die Vorarbeiten weiter in Wert gesetzt werden.

Aufgrund des geringen Rücklaufs wird in diesem Bericht auf eine Dokumentation verzichtet. Die folgende Karte soll vielmehr das Potential der Befragung darstellen. So wird deutlich, wie Bewohner\*innen der Hustadt ihr Umfeld nutzen und wo sie beispielsweise Gefahrenstellen sehen. Diese Ergebnisse können von der Bezirksvertretung oder entsprechenden Planungen (Rahmenplan Campus) aufgegriffen werden.

Abbildung: Alltagsorte in der Hustadt Angaben der DiPS-Befragung zu Mobilität

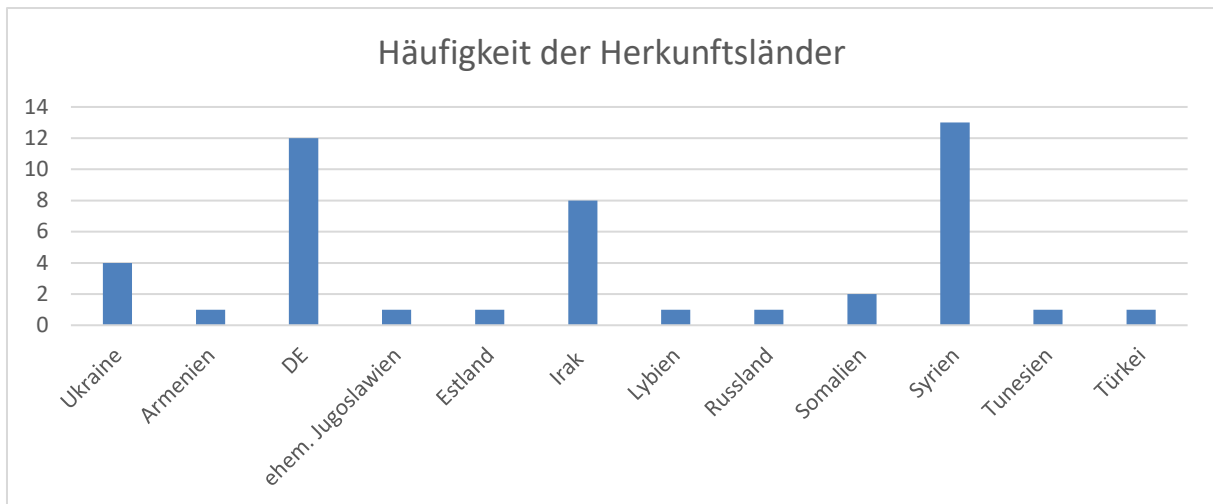




## 8. Ergebnisse der kollaborativen Community Forschung

Im Folgenden werden die Ergebnisse aus der kollaborativen Erhebung durch die Hochschule für Gesundheit vorgestellt, die zu den kollaborativ entwickelten Themenbereichen Prävention, Stress, Diskriminierung, Sucht, Bewegung und Ernährung erhoben wurden. Im Folgenden wird das Daten-Sample und die in einem Vorfragebogen erhobenen Daten vorgestellt. Diese stellen keinen Anspruch auf Repräsentativität, geben dennoch einen informativen Einblick in die Gruppe, der dem Eindruck der über mehrere Jahre durchgeführten ethnografischen Forschung sehr nahekommt.

Die von der Hochschule für Gesundheit geschulten Stadtteilmforscher\*innen führten insgesamt 46 Interviews mit Menschen aus 12 Herkunftsländern (Ukraine, Armenien, ehemaliges Jugoslawien, Estland, Irak, Libyen, Russland, Somalia, Syrien, Tunesien, Türkei und Deutschland) durch. Das Sample weist folgende Verteilung auf:

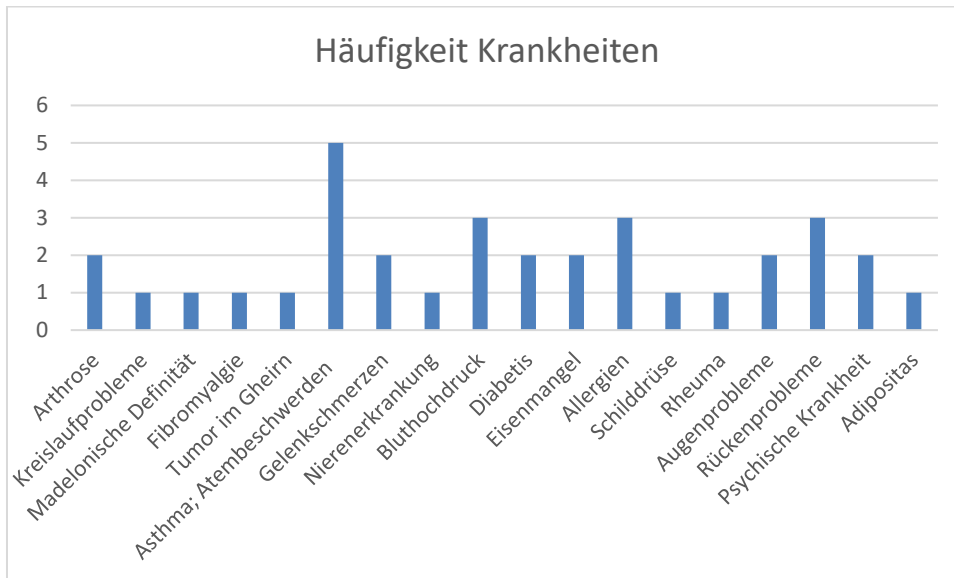


Die Befragten waren zwischen 18 und 74 Jahre alt, wobei die Altersgruppen 15-24, 25-34, 35-44 etwa gleich verteilt waren, die Gruppe 45-55 am stärksten vertreten war und insgesamt nur 4 Befragte der Altersgruppe 55-65 und drei Befragte der Altersgruppe 65-74 angehörten, was auf dem Status der Hustadt als einem der jüngsten Bochumer Stadtteile korreliert. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt war der Bildungsgrad der Befragten wie folgt verteilt: Von 46 Befragten hatten 24 % einen Hochschulabschluss, 34 % ein Abitur, 5 % ein Fachabitur, 15 % eine Fachoberschulreife, 10 % einen Realschulabschluss, 7 % einen Hauptschulabschluss und 5 % einen Ausbildungsabschluss.

Etwa die Hälfte der Befragten (20) waren beschäftigt und 25 hatten keine Beschäftigung, wobei 68 % finanzielle Hilfen erhielten. Der BMI der Befragten verteilte sich mit 18 Personen im Normalgewichtsbereich, 13 mit leichtem Übergewicht und 6 mit Übergewicht. Somit sind 15% der Befragten von Übergewicht betroffen, was im Vergleich zum Bundesdurchschnitt, nach dem die Hälfte der erwachsenen Bevölkerung (54,0%) von Übergewicht und Adipositas betroffen sind (RKI 2020) sehr gering ist.

BMI Kategorien	Häufigkeit
<b>Untergewicht</b>	<b>2</b>
<b>leichtes Übergewicht</b>	<b>13</b>
<b>Normalgewicht</b>	<b>18</b>
<b>Übergewicht</b>	<b>6</b>
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>39</b>

Bei den Befragten ist eine Krankheitslast zu erkennen bei der Asthma/Atembeschwerden (5), Bluthochdruck (3) und Allergien (3) sowie Rückenprobleme im Vordergrund stehen. Auf Bundesebene hingegen häuft sich die Krankheitslast bei Herz-, Lungen- und Schmerzerkrankungen.



Die große Bandbreite der Antworten aus den Interviews verweist deutlich auf die bestehende Heterogenität der multidiversen Hustadt Community. Das bedeutete für das Projektteam, dass verallgemeinernde Schlussfolgerungen in Bezug auf die von „der Community“ erwünschten Angebote kaum möglich waren. Vielmehr war ein vielfältiges Angebot erforderlich, um der kulturellen und sozialen Diversität im Stadtteil gerecht zu werden. Ein zentrales Ergebnis der Studie verweist auf die von der Bevölkerung der Hustadt praktiziert Gesundheitsversorgungs-Bricolage. Dieser Begriff beschreibt die Art und Weise, mit der Einwohner\*innen hochdiverser Nachbarschaften mit teilweise schwierigen oder begrenzten Zugängen zu kassenfinanzierten Gesundheitsdiensten ihre Gesundheitsversorgung „zusammenpuzzeln“. Diese hybride Gesundheitsversorgung schließt Selbstversorgung, Hilfe von Verwandten oder Freunden und Informationen aus dem Internet mit ein (vgl. Samerski 2021).

Zu betonen sei aber auch die partizipative Vorgehensweise bei der Angebotsentwicklung. So wurden die Forschungsergebnisse einer interessierten Öffentlichkeit im Rahmen von zwei SMART-Workshops vor Ort zugänglich gemacht und gemeinsam mit den Teilnehmer\*innen entsprechende Angebote konzipiert.

## 8.1 Stress

„In meinem Heimatland man bekommt auch Stress, aber man hat seine Mutter auf seiner Seite, die Schwester oder die Familie ist da. Wenn man hier gestresst ist, man fühlt sich allein, man kann nicht zu jedem gehen und der Person sagen, was man hat. In meinem Heimatland gab es meine Mutter, meinen Vater, meine Schwestern, ja die ganze Familie war da und die konnten eine Lösung finden.“ (Interview DA, Jalila)

Basierend auf den empirischen Ergebnissen der Bedarfserhebung kann das Themenfeld Stress in die Rubriken Stressursachen, Symptome und Bewältigungsstrategien eingeteilt werden. Fast alle Befragten berichteten von Stresssituationen in ihrem Alltag, welche sich jedoch sehr voneinander unterscheiden. Differenziert waren ebenfalls die dagegen entwickelten Strategien.

Stressursachen werden von den Interviewten in der Vergangenheit, der Gegenwart sowie der für viele unsicheren Zukunft verortet. So spielte die Entfernung zu den eigenen Eltern im Herkunftsland und die damit einhergehende fehlende Unterstützung der Familie oder sogar ganzer Gemeinschaften oft eine große Rolle. Hinzu kommen traumatische Erlebnisse auf der Flucht sowie Diskriminierungserfahrungen. Auch in der Gegenwart ist die Familie häufig ausschlaggebend für Stress. Auslöser können die Beschäftigung der eigenen Kinder, die Haushaltsführung, unangekündigter Besuch o. Ä. sein. Die weiblichen Befragten berichten oft von einer Überanstrengung, da sie die Care-Arbeit für die Familie meist allein verrichten und nebenher zum Teil noch einem Job, einer Ausbildung oder einem Studium nachgehen. Probleme mit anderen Eltern an der Schule werden als Stressfaktor wahrgenommen sowie die Hausaufgabenbetreuung der eigenen Kinder. Neben Zeitdruck sind finanzielle Nöte und damit verbunden keine Teilnahme an Freizeitbeschäftigungen, Restaurantbesuchen, Urlaub etc. weitere Stressfaktoren. Arbeitslosigkeit, fehlende Kindergartenplätze oder kein Zugang zu Deutschkursen sind weitere Gründe für vermehrt auftretende Stressgefühle. Das Studium mit gewissen Einschränkungen und Prüfungen wird von einzelnen Befragten als stressig wahrgenommen. Auch der Alltag in Deutschland im Allgemeinen wird oft als stressig empfunden, besonders die Bürokratie sowie Streit und Konflikte auf Ämtern, Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen, schlechte Nachrichten aus dem Heimatland, Gewalt, Krankheit und Zukunftsängste.

Die beschriebenen Stressursachen führen bei den Befragten unter anderem zu folgenden Symptomen: Müdigkeit, Nervosität, Schwächeanfälle, Atemnot, Magenschmerzen, innere Unruhe, Kopfschmerzen und Depressionen. Einer der Befragten erklärte: „Ja, vorher hatte ich keine Depressionen gehabt. Aber jetzt habe ich viel Stress und immer, wenn ich viel Stress habe, wird man irgendwann mal depressiv“ (Interview DP6, Zahi). Diese Aussage verweist auf familiäre Unterstützungsstrukturen, die viele der Befragten vermissen.

In Stresssituationen wird weniger auf sich selbst und die eigene Gesundheit geachtet, so wird z. B. vergessen, ausreichend zu trinken. Oder aber es fällt nicht leicht, in schwierigen Situationen, wie z. B. bei der Ausländerbehörde, ruhig zu bleiben. Zusammenfassend sind sich die Befragten einig, dass sich der Stress negativ auf die psychische und physische Gesundheit auswirkt.

Ressourcen sind in Form von Bewältigungsstrategien vorhanden. Diese sind sehr individuell, weswegen hier nur eine Auswahl aufgeführt werden kann. Auf die Frage, was gegen Stress getan wird, antworten ungefähr die Hälfte der Befragten damit, dass sie auf jeden Fall etwas dagegen unternehmen. Beispielsweise Sport treiben oder aber auch konkret die Ursachen von Stress angehen. Andere wiederum sind der Meinung, dass man gegen Stress nichts tun kann und sich die Hilflosigkeit höchstens durch Weinen gegen Stress ausdrückt. Als individuelle Bewältigungsstrategien wurden alleine sein, Angeln, Beten, an die frische Luft gehen, Joggen, Fahrradfahren, Putzen, Kochen, Sport machen, Shoppen, ans Meer fahren und in die Moschee gehen genannt. Des Weiteren wurden auch kollektive Bewältigungsstrategien, wie mit Freunden Zeit verbringen, telefonieren, eine Familienhilfe in Anspruch nehmen, einen Entspannungskurs besuchen, mit einer Nachbarin rausgehen oder sich mit Freund\*innen über das Problem austauschen aufgezählt. Stress wird somit sowohl drinnen als auch draußen abgebaut. Naherholungsgebiete sowie Sport- und Einkaufsmöglichkeiten in der Nachbarschaft spielen hier eine wesentliche Rolle. Zusammenfassend kann von individuellen Bewältigungsstrategien und vorhandenen Ressourcen (privaten Netzwerke) gesprochen werden.

Menschen mit Fluchthintergrund wurden nach dem Wort für Stress in ihrer Muttersprache befragt, um eine emische Perspektive in die Forschung miteinzubeziehen. Durch die Umschreibung des Begriffs Stress konnten kulturell variierende Bedeutungen erhoben und berücksichtigt werden. Einige der Interviewten fanden kein passendes Wort oder erinnerten sich nicht mehr daran. Letzteres verdeutlicht, dass der Begriff oftmals im Alltag in den Heimatländern keine große Rolle gespielt hat oder schlichtweg nicht existierte. Eine Interviewte dazu: „Vorher gab es dieses Wort nicht, Stress, in der Heimat, oder Lybien. Da ging es ums Überleben. Das ist ein Luxuskrankheit“ (Interview RD4, Beydaan). Stress wird im lebensweltlichen Kontext von Krieg und Trauma als „Luxuskrankheit“ beschrieben.

## 8.2 Diskriminierung

„Die Diskriminierung macht auch krank. Wenn man aus einem Land mit Diskriminierungserfahrungen kommt, dann erlebt man das noch mal hier. Vielleicht nicht so groß, aber trotzdem ist es schlimm. So was führt zu Depressionen, zu psychischen Krankheiten.“ (Interview KD1, Idal)

Aus den empirischen Forschungsergebnissen des Präventionsprojektes QUERgesund geht deutlich hervor, dass Diskriminierung und gesundheitliches Wohlbefinden in einem wirkungsmächtigen Wechselverhältnis zueinanderstehen. Die kontinuierliche Erfahrung und Erduldung von unterschiedlichen systemischen, strukturellen, intersektionalen und alltäglichen Diskriminierungsvarianten (vgl. Scherr et al. 2017) wirkt sich nachhaltig negativ auf die Gesundheit der Bewohner\*innen der Hustadt aus. Mehrfachdiskriminierung gehört ohne Zweifel zur Lebenswirklichkeit jener in der Hustadt beheimateten Menschen, deren Lebensumfeld durch Multiethnizität, Diversität und Fragmentierung charakterisiert ist. Die empirischen Daten lassen unterschiedliche Ebenen der Benachteiligung und Ausgrenzung erkennen.

Zunächst wird ersichtlich, dass die Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung einer institutionellen bzw. systemischen Diskriminierung ausgesetzt sind. Beim Aufsuchen von staatlichen Institutionen wie etwa der Ausländerbehörde oder dem Jobcenter wird die Interaktion mit den Verwaltungsbeamt\*innen als ablehnend, ausgrenzend und stereotypisierend wahrgenommen. Die nur bedingt vorhandene Existenz einer gemeinsamen sprachlichen Kommunikationsebene, ein fehlendes Wissen über bürokratische Verwaltungsvorgänge, eine unzureichende diversitätsbewusste sowie organisationale Sensibilisierung von Ämtern und das Gebärden von zuweilen renitenten bis offen rassistisch auftretenden Behördenmitarbeiter\*innen führen dazu, dass Menschen aufgrund ihrer ethnischen Herkunft sowie ihrer konstruierten Andersartigkeit in diesen staatlichen Institutionen Ausgrenzungen erfahren bzw. erhöhten Diskriminierungsrisiken ausgesetzt sind (vgl. Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2016). Bei der Suche nach einer Arbeitsstelle, einer Wohnung sowie einem Kindergarten bzw. einer Kita sind die migran-tischen Hustadtbewohner\*innen ebenfalls konfrontiert mit Ressentiments, Kulturalisierungen und Fremdzuschreibungen. Diese verhindern eine Partizipation an gesellschaftlichen Ressourcen und Gütern (vgl. Terkessidis 2004). Die Hustadt wird von den Befragten aufgrund der Pluralität der Herkünfte und der hier gelebten Diversität als eine Art Schutzraum wahrgenommen. Hier werden nahezu keine Diskriminierungserfahrungen wahrgenommen. Das Mit- und Nebeneinander der Hustadtbewohner\*innen, das auf der Akzeptanz, der stetigen Vergegenwärtigung und der partizipativen Pflege der hier vorhandenen Differenz- und Vielfaltsdimensionen basiert (vgl. Heins 2013), kann dafür verantwortlich gemacht werden, dass die Hustadt als offener und toleranter Ort bezeichnet wird. Den Menschen des Stadtteils steht aber gleichzeitig auch transparent die anhaltende und historisch gewachsene Stigmatisierung der Hustadt vor Augen. Diese wird als ein Resultat von bestehenden und stetig aktualisierten Fremdbildern über diesen urbanen Raum gelesen. Allein auf der Grundlage der Tatsache, dass Menschen mit und ohne Migrationserfahrung in diesem Bochumer Stadtteil ihren Lebensmittelpunkt definieren, führt zur

Diskriminierungserfahrungen. Der Grund dafür ist eine Persistenz von raumspezifischen Stereotypen und Klischees gegenüber der Hustadt. Dieser stereotype Wissensfundus ist unmittelbar verknüpft mit medial vermittelten Assoziationen über „Migration“, „Problemviertel“ und „Segregation“ entlang ethnischer und sozialer Kategorien (vgl. El-Mafaalani 2017: 474). Um dieses Phänomen der Ausgrenzung zu beschreiben, spricht der französische Soziologe Loïc Wacquant vom „*stigma attached to territory*“ (Wacquant 2016: 169, kursiv i. Orig./ vgl. auch Kurtenbach 2017). Auch wenn der Alltag in der Hustadt von den Befragten als nahezu frei von Diskriminierungen erlebt wird, sind es in erster Linie Situationen und Begebenheiten außerhalb des Stadtteils, in denen sich die Direktbetroffenen mit öffentlichem und direktem Rassismus konfrontiert sehen. Kopftuchtragende Musliminnen werden beim Einkaufen oder bei der Benutzung des Öffentlichen Personennahverkehrs regelmäßig Opfer verbaler rassistischer Attacken. Insbesondere das Kopftuch avanciert in einem antimuslimischen Diskurs zu einer „Ikone der Fremdheit“ (Bischoff 2016: 237), die als Widerspruch zur den vermeintlich aufgeklärten und rationalen Werten Europas und der westlichen Welt gelesen wird (vgl. Karagiannis & Randeria 2018). Ein öffentlich verbalisierter Rassismus widerfährt jenen Menschen, deren Hautfarbe vordergründig auf einen „afrikanischen Migrationshintergrund“ verweist. So berichtete eine weibliche Stadtteilbewohnerin, deren Eltern aus Somalia stammen, über eine rassistische Beleidigung durch eine Passantin im Bochumer Uni-Center, die sich in der Gegenwart ihrer drei in Deutschland geborenen Kinder zutrug. Dazu äußerte sie sich im Interview auf folgende Art und Weise:

„Ich bin weiter gegangen und hatte meinen Kindern die Ohren zugehalten und habe gesagt: ‚Bitte nicht zuhören!‘ Und das Traurige war, meine Kinder hatten gesagt: ‚Mama, warum hat sie uns N-Wort genannt? Was ist das? Und warum sollen wir in unser Land zurück, ich bin doch hier geboren?!‘ Dann musste ich denen erklären, dass wir aus Somalia kommen, weil die dachten, die wären vorher Deutsche.“ (Interview RD1, Aamina)

Diese rassistischen Fremdzuweisungen und fremdenfeindlichen Kategorisierungen als „Nicht-deutsche“ oder „Undeutsche“ (vgl. El-Tayeb 2016) sind als „Ausgrenzung, Ablehnung und Degradierung“ (Abdollahi 2020: 241) von Menschen zu verstehen, denen aufgrund ihres vermeintlich „fremden“ Aussehens und ihrer vorgeblichen Herkunft nicht nur das „Deutschsein“, sondern auch das „Menschsein“ abgesprochen wird (vgl. Aydemir & Yaghoobifarah 2019).

In den Interviews wurden die Stadtteilbewohner\*innen auch zu ihrem persönlichen Umgang mit multiplen Diskriminierungserfahrungen befragt. In der konfrontativen und spannungsgeladenen Interaktion dominiert in erster Linie ein Verhalten, das durch Ignorieren, Überhören und Ausweichen geprägt ist. In einer zeitlich verzögerten Verarbeitungsphase, darüber sind sich die Direktbetroffenen größtenteils einig, wirken sich diese kontinuierlichen Ausgrenzungserlebnisse, Marginalisierungen, Nichtanerkennungen und „Nichtanrufung[en]“ (Hage 2009: 81)



durch die Mehrheitsgesellschaft nachhaltig negativ auf ihre Gesundheit aus. Diese herabwürdigenden Praxisformen der Gruppenbezogenen Menschenfeindlichkeit setzen bei den Bewohner\*innen der Hustadt einen Verarbeitungs- und Reflexionsprozess in Gang, der über das anfängliche Ignorieren, Überhören und Ausweichen hinausgeht. Die kontinuierliche Benachteiligung, Diskriminierung und Ausgrenzung hinterlässt Spuren, die sowohl das eigene identitäre Selbstverständnis als auch die Gesundheit der Menschen direkt beeinflussen. Aus der Betroffenenperspektive werden ausgrenzend wirkende Diskriminierung und machtasymmetrische Ungleichbehandlung von den Befragten als Stress und Ohnmachtsgefühle verursachende Faktoren in unterschiedlichen Lebensbereichen erkannt und als solche benannt. Diese ziehen dauerhaft Negativkonsequenzen für die körperliche und psychische Gesundheit nach sich (vgl. Ziegler & Beelmann 2009).

### 8.3 Sucht

„Ja. Ähm auch mit Internet, Handy ja. Allgemein ja, ähm, ich kenn das nicht als Sucht, äh aber (...), ich nenne das immer Beschäftigung. (...) Mit Handy für meine Kinder, das ist Beschäftigung.“ (Interview CK5, Selin)

„Ich denke, meine Tochter mit Handy, aber das ist keine Sucht. Alle benutzen viel zu viel Handy und ich auch. Aber das ist keine Sucht.“ (Interview NB5, Mariam)

Menschen in multiethnischen und gesellschaftlich segregierten Stadtquartieren, die sich gegenwärtig mehr denn je konfrontiert sehen sowohl mit neoliberalen Transformationen, Rationalisierungseffekten und mangelnden Investitionsressourcen als auch mit kultureller Verarmung und sozialer Isolation, weisen vergleichsweise erhöhte Suchtrisiken und Abhängigkeitspotenziale auf. Suchterfahrungen, Abhängigkeitspraxen und das damit einhergehende unabweisbare Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand gehören in unterschiedlichen Ausprägungen zur Lebenswirklichkeit der Bewohner\*innen der Hustadt. Aus den empirisch erhobenen Datenmaterialien wird ersichtlich, dass die gesellschaftlichen, ökonomischen und kulturellen Lebenskontexte der Menschen und die damit in Verbindung stehenden prekären Realitäten im Stadtteil einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Konsum- und Suchtpraktiken ausüben. Zunächst lässt sich bei der Bewertung, Analyse und kritischen Einordnung der alltagsweltlichen Determinante „Sucht“ eine Unterscheidung treffen zwischen „stoffgebundenen Abhängigkeiten“ und „stoffungebundenen Verhaltensstörungen“ (vgl. Gross 2016). Ein Großteil der Befragten berichtete über den regelmäßigen Konsum von legalen Substanzen wie Alkohol, Tabak/Nikotin und Koffein. Der Handel mit sowie das Konsumieren von illegalen Suchtmitteln wie Cannabis und diversen Betäubungs- und Aufputzmitteln gehören wie in vielen anderen urbanen

Ballungsräumen ebenfalls zum Spektrum des Suchtverhaltens (vgl. Bourgois 1998: 40 f.). Gerade weil das Ruhrgebiet zu einem der zentralen und wichtigsten Umschlagplätze für illegale Substanzen in der Bundesrepublik zählt, ist auch in der Hustadt der Konsum von oben genannten illegalen Substanzen zu verzeichnen. Diese wirken einerseits temporär euphorisierend, lindern Schmerzen und steigern das Selbstbewusstsein. Andererseits kann der der regelmäßige Konsum von Substanzen langfristig die freie Entfaltung der Persönlichkeit einschränken und beeinflusst die sozialen Bindungen sowie Lebensperspektiven der Menschen negativ.

Angesichts der allgegenwärtigen Verfügbarkeit und der immer niederschwelligeren Zugangsmöglichkeiten nimmt in der Kategorie der „stoffungebundenen Verhaltensstörungen“ in erster Linie die Mediensucht eine dominante Stellung ein (vgl. Dittler & Hoyer 2010/ Evers-Wölk et al. 2019). Unter dieses Suchtverhalten, bei dem die Stadtteilbewohner\*innen immer öfters und immer zeitintensiver die virtuellen Onlinewelten aufsuchen, lassen sich folgende Praxen rubrizieren: Smartphonennutzung, Computer- bzw. Onlinespiele, Social Media (Facebook, Twitter, Instagram), Videoportale (YouTube, TikTok), kostenpflichtige Streamingdienste (Netflix) und Messengerdienste (WhatsApp, Telegram). Zwei Stadtteilbewohnerinnen fassen ihre alltäglichen Erfahrungswerte mit der Medienabhängigkeit in einem Interview wie folgt zusammen:

„Bei den Kindern so ein bisschen mit dem Internet. Bei uns alle Leute sind so, die haben diese Sucht nach dem Internet. Ohne Internet geht nichts. Das gehört zu dieser Zeit. Ohne Internet kann man nicht leben. Das ist nicht wie eine Sucht, aber man braucht das.“ (Interview DA, Jalila)

„Ja, bei meinen Kindern habe ich manchmal das Gefühl, dass sie abhängig von Internet und Handy sind. Bei meiner jüngsten 9jährigen Tochter war es so, dass sie abhängig von Handyspielen geworden ist. Ich habe es daran gemerkt, dass sie sich wenig bewegte und schlechter in der Schule geworden ist.“ (Interview GK5, Lorin)

Da die Nutzung von medialen Endgeräten in der Gegenwart zu den festen Bestandteilen der Sozialisation sowie der habituellen Prägung gehört, nehmen insbesondere Eltern bei ihren Töchtern und Söhnen verstärkt Verhaltensveränderungen wahr. Diese Verhaltensveränderungen sind ein Indiz für Mediensucht (vgl. Mößle 2012). Die hier zu erkennende Medienabhängigkeit führt zum Erodieren körperlicher, kognitiver, emotionaler, sozialer und motivationaler Potenziale bei Kindern und Jugendlichen. Diese Effekte werden zusätzlich verstärkt durch unterschiedliche Varianten der Bildungsbenachteiligung, weil Kinder und Jugendliche in Armut aufwachsen (vgl. El-Mafaalani 2020: 129 ff.). Ihrer Vorbildfunktion können Eltern bei der Entwicklung von individuellen präventiven Maßnahmen nur bedingt gerecht werden, weil sie selbst kontinuierlich und zeitintensiv mit ihren eigenen Endgeräten in die virtuellen Welten eintauchen.

Die hier geschilderte Mediensucht und der damit verbundene Wunsch nach einem temporären Ausbrechen von Kindern und Jugendlichen aus einer graduell durch Langeweile und Beschäftigungslosigkeit charakterisierten Lebenswirklichkeit, die durch die Coronapandemie neuerlich

verstärkt wurde, ist auch bei erwachsenen Stadtteilbewohner\*innen zu beobachten, die viel Zeit mit ihrem Smartphone verbringen. Faktoren wie soziale Marginalisierung, Diskriminierung, Arbeitslosigkeit sowie das Fehlen von alternativen Freizeitangeboten sind Auslöser für Identitätskrisen. Die virtuelle Welt fungieren dann als Kompensationsraum für die ausbleibenden Erfolgserlebnisse in der realen Welt. Das Eintauchen und Aufgehen in der Onlinewelt kann hier als eine Art Exitstrategie bezeichnet werden. Diese trägt zur Bedürfnisbefriedigung bei und ermöglicht Impression Management. Die in der Hustadt lebende Menschen mit Fluchtbiografie, die sich nach ihrer Ankunft in Deutschland in einem auf Effizienz, Gewinnmaximierung und neoliberaler Selbstaktivierung basierenden Wirtschaftssystem wiederfinden, sind besonders betroffen von Arbeitslosigkeit. Die dauerhafte Verfügbarkeit von aktiv zu gestaltender Freizeit (vgl. Jahoda et al. 2015), die soziale Stigmatisierung der Beschäftigungslosen in einer hochgradig arbeitsfixierten Gesellschaft (vgl. Mayr 2020) sowie die coronabedingte „neue Normalität“ intensivieren Ohnmachts- und Resignationsgefühle bei den Stadtteilbewohner\*innen. Die prekäre Situation der Geflüchteten, die einhergeht mit biografischen Brüchen, einer Nichtanerkennung der bisherigen Lebensleistungen, Zukunftsängsten, Traumata, Depressionen und einer Überforderung bei der Bewältigung der neuen Lebenswirklichkeit, führt zu einem graduellen Abdriften in die mediale (Schein-)Welt. Die Interaktion in den Onlinewelten dient der Kompensation konkreter Bedürfnisse, die den Nutzer\*innen von Videoportalen, Streamingplattformen, Messengerdiensten und Social Media in der realen Welt verwehrt bleiben. Den Bewohner\*innen der Hustadt gewährleisten die virtuellen Echokammern und Resonanzräume nicht nur Zerstreuung, Ablenkung, Freude und Erfolg, sondern auch das Gefühl von Identifikation, Partizipation und Zugehörigkeit (vgl. Turkle 2011). Die auf Mediensucht indizierenden Verhaltensstörungen sind somit nicht nur auf die Verfügbarkeit von neuen Technologien sowie die Allgegenwärtigkeit von mobilen Endgeräten im Alltag zurückzuführen, sondern fast ausnahmslos auf die sozialen, ökonomischen und kulturellen Lebensbedingungen der Menschen in der Hustadt. Menschen mit jüngerer Migrationsgeschichte halten verstärkt über virtuelle Videokonferenzen Kontakt zu ihren transnationalen Netzwerken. Die virtuellen Kommunikationstools erfreuen sich während der Coronapandemie großer Beliebtheit, weil diese eine erfahrungsnaher Einholung von Informationen über die aktuellen epidemiologischen und gesellschaftlichen Entwicklungen sowohl in den Herkunftsländern als auch in den diasporischen Lebenswelten ermöglichen. Die Bewohner\*innen des Bochumer Stadtteils erklären sich diese starken Abhängigkeiten nach virtuellen Plattformen der Identitätssuche und Persönlichkeitsgestaltung durch die fehlende Existenz von alternativen Freizeitangeboten auf lokaler Ebene, die ein Ausbrechen aus den beengten Lebenssphären der eigenen Wohnung ermöglichen würden. Eine

Stadtteilbewohnerin mit jüngerer Migrationsgeschichte vergleicht im Interview die Lebenswirklichkeiten ihres Kindes im Herkunftsland mit denen in der Hustadt:

„Der Mustafa wegen Langeweile. In Syrien, die spielen draußen, alle Leute kennen sich und er hat so viele Freunde in der gleichen Straße. Die haben so viele Kinder in der gleichen Generation bei uns, die spielen zusammen, nach der Schule, die spielen zusammen. Die haben so viel Zeit miteinander verbracht. Hier, ich habe gesagt, wir sind wie im Gefängnis, echt. Hier von morgens bis abends, wenn wir zusammen gehen, dann er kommt mit uns. Wenn wir Zuhause, er ist am Handy oder Fernseher.“ (Interview NB3, Yara)

Des Weiteren, so die befragten Gewährspersonen, fehle es in der Hustadt an professionellen und früherkennenden Institutionen, die ihr mediensuchtpräventives Wissen über die unmittelbaren Konsequenzen und Folgeerscheinungen dieser Abhängigkeiten den Direktbetroffenen zur Verfügung stellen.

## 8.4 Bewegung

„Ähm, ich nehms mir immer wieder vor, laufen gehen, ähm und wollte das jetzt eigentlich auch mal wieder anfangen, weil ne ganze Weile bin ich immer öfters laufen gegangen und es tat mir eigentlich ziemlich gut, also da habe ich mich einfach deutlich besser gefühlt, einfach auch ausgeglichen.“ (Interview AH5, Laura)

Bewegung gilt hier als Oberkategorie für körperliche Aktivitäten von Sport, über Vereinsmitgliedschaften bis hin zu Haushaltsaufgaben und alltäglichen Bewegungsabläufen. Die Themen Bewegung und Gesundheit sind eng verknüpft und es gibt ausreichend wissenschaftliche Befunde über den Zusammenhang zwischen körperlichem Aktivitätsverhalten und Gesundheit. Diese Zusammenhänge sind den in der Hustadt lebenden Menschen nicht immer bekannt. Aus der Bedarfserhebung ergaben sich die relevanten Unterkategorien: Selbsteinschätzung Bewegung, Zusammenhänge mit Vereinsmitgliedschaft, Hindernisse für Bewegung und Wünsche zur Ermöglichung von Bewegung. Bei den meisten Befragten reduziert sich der Bewegungslevel auf Hausarbeit oder tägliche Gänge (zur Schule, zur Arbeit, zum Einkaufen), Treppensteigen, zu Fuß gehen anstatt den Bus zu nehmen etc. Eine der Befragten betonte: „Gesundheit ist sehr wichtig! Ich laufe immer zur Arbeit und auch zum Supermarkt. Das bringt viel Bewegung im Alltag. Spazieren ist mein Sport“ (Interview BM5, Semra). Einige bewegen sich zu Hause in Form von internet- und fernsehbasierter oder von Ärzt\*innen verschriebenen Übungen. Andere geben an, sich wenig oder gar nicht zu bewegen.

Die meisten Befragten, deren Bewegung darüber hinaus geht, berichten, täglich spazieren zu gehen. Außerdem wurden Bewegungen wie Fahrradfahren, Schwimmen, Fußball spielen, Aerobic, Tanzen, Joggen und Krafttraining genannt. Dagegen gaben auch einige der Befragten an, sich gar nicht zu bewegen. Einige erklärten, dass sie sich momentan nicht bewegten, aber dies

in Zukunft vorhätten. Andere bewegten sich nicht, weil sie Schmerzen haben, der Arzt ihnen davon abrät, sie es nicht schaffen oder schlichtweg antriebslos sind.

Hervorzuheben ist, dass fast alle Befragten berichten, dass ihre Kinder mehr Bewegung im Alltag haben und Sport machen. Beispielsweise im Verein, in der Schule, bei der Freiwilligen Feuerwehr oder aber Zuhause mit YouTube Videos. Eine Mutter dazu:

„Ja, in der Schule, egal welche Angebote es gibt, ich möchte, dass meine Kinder diese nutzen oder wahrnehmen. Z. B. an den Ausflügen teilnehmen oder in die Musikschule gehen, Sport. Das ist gut für die Gesundheit. Ich versuche ihnen alles beizubringen.“ (Interview DA, Jalila)

Auf das Bewegungslevel der Kinder und somit ihrer Gesundheit wird viel Wert gelegt, wie auch aus dem folgenden Zitat hervorgeht:

„Ich versuche sie regelmäßig loszuschicken, also mehrmals pro Woche. Zwei, drei Mal mindestens, auf jeden Fall. Gerade auch am Wochenende. Also, dass da gar nicht erst diese Demotivation entsteht, wie bei mir.“ (Interview NV2, Emily)

Im Zusammenhang mit Vereinsmitgliedschaften kann diese Aussage unterstützt werden. So ist fast keiner der Interviewten Mitglied in einem Sportverein, oftmals jedoch die Kinder der Befragten. Fast keiner der Befragten war über die bestehenden Angebote in Querenburg informiert. Die Vereinslandschaften in Deutschland sind oft sehr wenig heterogen und stark von der weißen Mehrheitsgesellschaft geprägt. Diese Tatsache spiegelt sich auch in den vorliegenden Forschungsergebnissen wider. Es wurden unterschiedliche Aussagen im Zusammenhang mit Vereinsmitgliedschaften gemacht, die sich grob in folgende Bereiche zusammenfassen lassen: Gender, Integration, finanzielle Aspekte, vereinsbezogene und sozialräumliche Aspekte, Motivation und Kultur. Im Vergleich sind mehr Jungen als Mädchen im Verein angemeldet. Erstere meist im Fußballverein oder der Box-AG. Einige Töchter sind im Turnverein oder gehen Tanzen. Einige der Befragten kannten die Leistungen für Bildung und Teilhabe (Bildungspaket oder Bildungs- und Teilhabepaket: BuT). Diese Leistungen werden im Rahmen der Grundversicherung für Arbeitssuchende und deren Kinder zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus wurde eine Befragte von einer deutschen Familie dabei unterstützt, dass ihre Kinder Mitglied im TUS Querenburg werden konnten. Problematiken in Bezug auf Vereinsmitgliedschaften sind finanzielle und wirtschaftliche Gründe. Viele der Befragten besitzen kein Geld, um den Mitgliedsbeitrag zu bezahlen. Darüber hinaus wurde von überfüllten Sportvereinen berichtet, von bürokratischen Hürden bei der Vereinsanmeldung sowie von wenigen Plätzen und langen Wartezeiten bei Sportkursen (z. B. Schwangerschaftsrückbildungskurs). Andere Gründe, die für fehlende Vereinsmitgliedschaften angegeben wurden, waren sozialräumliche Aspekte wie fehlende wohnortnahe Angebote sowie fehlende Zeit, die eigenen Kinder dort hinzubringen bzw. Ängste, sie alleine dorthin fahren zu lassen. Allgemein lässt sich eine mangelnde Motivation erkennen, einen Verein aufzusuchen oder sich für einen Sportkurs anzumelden. Zusätzlich

kommen bei einigen der Befragten noch kulturelle Barrieren hinzu sowie eine vermeintliche Unvereinbarkeit einer Mitgliedschaft im Sportverein mit dem Islam.

„Nein, ich trage ein Kopftuch. Ich würde gerne in einem Verein sein, aber es ist schwierig, da die Kleidung nicht zu meiner Religion passt. Es ist zum Beispiel gegen unsere Religion, kurze Klamotten im Fitnessstudio zu tragen.“ (Interview BM5, Semra)

Diese Problematik wurde jedoch von anderen muslimischen Befragten nicht als Hürde wahrgenommen. Hindernisse für Bewegung lassen sich also auf die Entfernung, fehlende Informationen, mangelnde Motivation oder Kompetenzen, vereinspezifische Hürden, Kosten, kulturelle Widersprüche sowie Krankheit und Depression zurückführen. Eine hervorstechende Kategorie ist die Demotivation, die Antriebslosigkeit und die Schwierigkeit, aufgrund von Stress (Arbeit, Schule etc.) Bewegung in den Alltag zu integrieren. Dabei nannten Mütter vor allem die Kinderbetreuung als ein zentrales Hindernis für die Teilnahme an Bewegungsangeboten. Es werden auch Schwierigkeiten und Sprachbarrieren bei der Antragsstellung von Vereinsmitgliedschaften genannt.

Wünsche, die zur Ermöglichung von Bewegung beitragen, lassen sich unterteilen in: spezifische Wünsche, Sozialraum, Gender, Community und Unterstützung. Spezifische Wünsche sind vor allem wohnortnahe sowie kostengünstige Angebote. Eine prominente Stellung nimmt dabei der Wunsch nach einem Fitnessstudio ein, gefolgt von Frauen-Schwimmkursen und insgesamt geschlechtergetrennten Bewegungsangeboten. Deutlich geht auch der Wunsch nach Angeboten für Jugendliche hervor. In Bezug auf die Kategorie Community wird der Wunsch nach quartierszentrierten Gemeinschaftsangeboten geäußert. Zum Beispiel gemeinsames Walken, zum Sport gehen etc. Schließlich besteht der Wunsch nach Unterstützung bei der Beantragung von Vereinsmitgliedschaften und bei der Bearbeitung von BuT-Formularen.

## 8.5 Ernährung

„Gesundes Essen macht einen gesunden Menschen.“  
(Interview DA, Jalila)

„Fehlernährung und Unterernährung gehören immer noch zu den typischen Begleiterscheinungen von Armutslagen. [...] Ernährungsarmut macht krank und beeinträchtigt die Lebenserwartung der davon Betroffenen oder Bedrohten.“ (Butterwegge 2019: 7 f.)

„Sag mir, was du isst, und ich sag dir, wer du bist“ schrieb der französische Philosoph und Gastsoph Jean Anth elme Brillat-Savarin in seinem Werk *Die Physiologie des Geschmacks*. Er spielte damit auf den Sachverhalt an, dass unsere Essgewohnheiten und Ern ahrungspr ferenzen ein Spiegelbild unserer selbst sind.  ber Ern ahrung bringen wir im Wesentlichen unsere

Identität zum Ausdruck. Beim Menschen sind Zungenglück und Gaumenqualen zunächst zwischen Bedürfnis, Hunger und Befriedigung angesiedelt. Darüber hinaus ist das Kulturthema Essen geprägt von historisch normierten, kulturellen, ökonomischen und sozialen Determinanten. Diese Faktoren entscheiden darüber, was, wann, wie, mit wem und in welcher Menge verzehrt wird (vgl. Harris 1998/ Barlösius 2016/ Teuteberg et al. 1997). In nahezu allen Bevölkerungsschichten herrscht Einigkeit über den Sachverhalt, dass die Ernährung ein nicht unerhebliches Element ist, das maßgeblich das gesundheitliche Wohlbefinden positiv wie negativ beeinflusst. Dieses sozial, kulturell und ökonomisch grundierte Ernährungswissen nimmt einen zentralen Raum innerhalb der empirischen Befragungen der Stadtteilbewohner\*innen ein. Deshalb kann es als ein signifikantes Handlungsfeld bezeichnet werden, welches tiefere Aufschlüsse sowohl über das allgemeine Wohlbefinden als auch über die Gesundheitsvorstellungen der Menschen in der Hustadt gewährt.

Dem Methodeninstrument des teilstrukturierten Interviews sowie der Emotionalität und Alltäglichkeit des Themas Ernährung ist es geschuldet, dass die befragten Stadtteilbewohner\*innen zunächst in einer Stehgreiferzählung einen Großteil der von ihnen zubereiteten und verzerrten Nahrungsmittel aufzählen. Ganz deutlich wird hierbei die zentrale Bedeutung und die Diversität des Essalltags, die in einem Wechselverhältnis zur ethnischen Diversität der Hustadt gelesen werden muss. In den meisten Haushalten der Hustadt wird täglich frisch gekocht. Eine Praxis, die in vielen marginalisierten, von Fastfood und Tiefkühl-Esskultur geprägten Stadtteilen eher die Ausnahme darstellt. Besonders Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung sowie Mitglieder der 2. und 3. Generation weisen eine Präferenz zum so genannten *ethnic food* auf. Diese Praxis kann in diasporischen Sphären und in multikulturellen Gesellschaftsmilieus als kulturell-kulinarische Form der Beheimatung interpretiert werden (Trenk 2015: 70 f./ Song 2012). Auf die Einhaltung religiöser Vorschriften bei der Schlachtung und bei der Zubereitung von Fleisch wird genauso Wert gelegt wie auf authentische Geschmackslandschaften. Der authentische Geschmack der zubereiteten Nahrung kann oftmals nur von in herkunftslandbezogenen Supermärkten erstendeten Produkten sichergestellt werden. Dass globalisierte und transnationale Dimensionen die Ernährungssituation in der Hustadt charakterisieren, kann an einem Beispiel abgelesen werden: Einige Bewohner\*innen mit einem somalischen Migrationshintergrund beziehen ausgewählte Nahrungsmittel ausschließlich von einem „ethnisch“ etikettierten Supermarkt in den Niederlanden. Kritisch angemerkt sei hier jedoch, dass sich der soziale Wandel von Zubereitungskulturen im Migrationsprozess oftmals gesundheitlich negativ auswirkt. Eine ausgewogene Ernährung von Bewohner\*innen wird im Ankunftsland teilweise durch eine fleisch-, zucker- und fettlastige Ernährung ersetzt.

Insgesamt wird von den im Stadtteil lebenden Menschen eine erhöhte Mobilität abverlangt, um Lebensmittel für den täglichen Bedarf zu beziehen. Die Versorgungslage in diesem von Mehrfachdiskriminierung, sozialer Ungleichheit und räumlicher Marginalisierung charakterisierten urbanen Quartier ist defizitär (vgl. Augustin 2020). Auf diese strukturellen Missstände in der Hustadt wies im Jahr 2012 bereits der „Masterplan Einzelhandel Bochum“ hin (Hagemann & Kruse 2012: 144). Eine Stadtteilbewohnerin fasst diesen Sachverhalt in einem Interview folgendermaßen in Worte:

„Ja wo kaufen wir ein? Was mich seit Jahren ärgert. Also hier in der Hustadt ist es sehr schön zu wohnen, ich bin sehr zufrieden. Aber Einkaufsmöglichkeiten sind hier ein Desaster. [...] Wir in der Hustadt haben wirklich keine vernünftigen Einkaufsmöglichkeiten.“ (Interview NV1, Dana)

Die erschwerte Zugangsmöglichkeit zu qualitativ hochwertigen und gleichzeitig erschwinglichen Nahrungsmitteln, ist unmittelbar verbunden mit der räumlichen Verteilung von Supermärkten und den eingeschränkten finanziellen Ressourcen der Stadtteilbewohner\*innen. Dies kann als Ungleichheit verschärfender und Teilhabechancen verringernder Faktor bewertet werden. Filialen von Discountern wie Netto, Lidl, Aldi und Kaufland befinden sich am Uni-Center, in der Markstraße oder in benachbarten Stadtteilen wie Laer, Langendreer und Lütgendortmund. Das vergleichsweise erhöhte Preissegment der Rewe-Filiale, die ebenfalls am Uni-Center lokalisiert ist, erweist sich für jene Bewohner\*innen als Zugangsbarriere, die in prekären Erwerbsverhältnissen arbeiten oder auf staatliche Transferleistungen angewiesen sind. Über eine eingeschränkte Produktpalette verfügt ferner der Hustadt-Markt, der sich in der Nähe des Brunnenplatzes befindet. Ein Wochenmarkt, der regional hergestellte Frischprodukte anbietet, existiert nur im Nachbarstadtteil Langendreer. Die Lebens- und Ernährungsrealitäten sind somit maßgeblich geprägt durch die räumliche und sozioökonomische Erreichbarkeit von gesellschaftlichen Dienstleister\*innen, die Lebensmittel (und damit auch Lebensqualität) für den alltäglichen Bedarf zur Verfügung stellen. Dass sich prekäre und von Armut geprägte Lebenswirklichkeiten in erster Linie nachhaltig negativ auf die Ernährung und die Esspraktiken der von diesen sozialen Phänomenen betroffenen Menschen niederschlägt, hat sowohl die sozialwissenschaftliche Ungleichheitsforschung (vgl. Barlösius et al. 1995) als auch die ethnologische Nahrungskulturforschung (vgl. Hirschfelder & Thanner 2019) aufschlussreich nachgewiesen. In von Prekarisierung und Armut charakterisierten Lebenswirklichkeiten besitzt die Ernährung nicht selten auch eine Kompensations- und Ventilfunktion. Spezifische Nahrungs- und Genussmittel fungieren auch als Seelenwärmer, die emotionale Sicherheit spenden, Heimweh reduzieren und bedrückende sowie perspektivenarme Lebenslagen erträglich machen.



Das Reflektieren über jene Multiplikator\*innen und Plattformen, mittels der die Stadtteilbewohner\*innen Informationen und Wissensressourcen über gesundheitsadäquates und praxisnahes Ernährungsverhalten einholen, erwies sich in den Interviews als eine weitere Großerzählung. Körperliche Folgeerscheinungen von als „defizitär“ klassifiziertem Ernährungsverhalten in konsumfixierten Überflussgesellschaften (Stoffwechselkrankheiten, Übergewicht, Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2) werden nicht zuletzt von den Krankenkassen als besorgniserregende gesellschaftliche Tendenzen erkannt. Diese auf einen übermäßigen Konsum von Junkfood und Convenience-Produkten zurückzuführenden Gesellschaftskrankheiten (vgl. Kruchem 2017) werden auch von den Stadtteilbewohner\*innen verstärkt wahrgenommen. Zwei Interviewpartner\*innen äußerten sich dazu folgendermaßen:

„Unser Essen. Es ist ungesund. Es ist fettig, manchmal Pizza. Die Kinder mögen das, ich kann nichts dagegen tun.“ (Interview BM2, Meyda)

„Klar, wir kennen alle die Ernährungspyramide. Also, was mir vielleicht hier fehlt in der Hustadt und im Uni-Center, ist so ein Ernährungshelfer. Ernährungsbüro. Irgendwie sowas. Weil ich sehe auch viele, die hier fettleibig sind, leider.“ (Interview MV2, Michail)

Die von uns befragten Bewohner\*innen der Hustadt konsultieren zur Intensivierung ihres Ernährungswissens und zur Vertiefung ihrer Handlungskompetenzen teilweise die Informationsmaterialien ihrer Krankenkassen. Zudem ist auffällig, dass die Wissensbestände in den meisten Fällen durch eine unsystematische Suche im Internet konkretisiert werden. Informationen in der Muttersprache werden bevorzugt. Diese in einem medien- und internetaffinen Zeitalter nicht unübliche Vorgehensweise führt aber unweigerlich zur Ausbildung einer Verhaltensunsicherheit und zu Kompetenzdefiziten in Sachen Ernährungsbildung (vgl. Hirschfelder 2018: 288). In den virtuellen Welten vermischen sich Fakten und Fiktionen. In diesem unüberschaubaren Dorado von digitalen Plattformen treten parallel vorgeblich empirisch verbürgte Nahrungsgewissheiten neben esoterisch-lebensstilartig angehauchten Ernährungsmythen in Erscheinung. Dass die Verunsicherung aufgrund der Unüberschaubarkeit und Heterogenität in Bezug auf das medial und diskursiv vermittelte Ernährungswissen groß ist und Orientierung fehlt, macht die folgende Aussage eines Stadtteilbewohners deutlich:

„Also, wenn man immer drauf hören würde, was man essen darf und was man nicht darf, dann würde man im Endeffekt nichts essen. Wenn du ständig auf das hörst, was du im Fernsehen hörst oder liest, was man essen oder nicht essen sollte, dann isst du halt irgendwann gar nichts.“ (Interview MV4, Alexander)

Das zu konstatierende diffuse Wissen der Stadtteilbewohner\*innen über „richtige“ und „falsche“ Ernährungsweisen und Konsumpraktiken, das auf die „sich stark widersprechende[n] Meinungen über gesunde Ernährung im gesellschaftlichen Diskurs“ (Palm et al. 2011: 416) zurückzuführen ist, ufert in eine „*Consumer Confusion*“ (Winterberg 2020: 334, kursiv i. Orig.).

Diese Tendenzen wurden durch die vom COVID-19 Virus ausgelöste Gesellschaftskrise neuerlich verstärkt. Notwendig und geboten ist hier eine stärkere Orientierung über Wissensquellen. Wissenschaftlich valide, erfahrungsgesättigte, evidenzbasierte, praxistaugliche und kollaborativ generierte Informationen über gesundheitsförderliche Ernährungspraxen würden den Stadtteilbewohner\*innen einerseits eine bessere Orientierung bieten sowie zu einem Mehr an Verhaltenssicherheit und Handlungskompetenzen führen. Andererseits würde diese Aufklärungsarbeit über praktisches Ernährungswissen ein nachhaltiges und auf Eigenverantwortung abzielendes Empowerment der lokalen Bevölkerung in der Hustadt ermöglichen. Aus den empirischen Daten lässt sich darüber hinaus der Wunsch der Stadtteilbewohner\*innen nach interaktiven, gemeinschaftlichen und kollaborativen Lehr- und Lernformaten, Workshops sowie Kochkursen in der Hustadt herauslesen. Bei diesen Formaten sollte die praxisnahe Auseinandersetzung mit den Themen Ernährung, Esskultur und gesundheitliches Wohlbefinden im Mittelpunkt stehen. Ernährungsberatende Funktionen könnten bei diesen Lernforen beispielsweise Ökotropholog\*innen einnehmen, die über Verarbeitungs- und Zubereitungsvarianten von Nahrungsmitteln informieren. Das übergeordnete Ziel dieser aufklärenden Präventionsarbeit bestünde in der Sensibilisierung von mündigen Konsument\*innen, die sich in ihrem Alltag kritisch und reflektiert mit den von ihnen verzehrten Nahrungsmitteln auseinandersetzen. Langfristig zielen diese vom Projekt QUERgesund offerierten Angebote sowohl auf die „Steuerung und Verbesserung der gegenwärtigen Ernährungskultur“ (Palm et al. 2011: 409) als auch auf die Konzipierung von zielgruppenadressierten Public-Health Strategien ab. Bei dieser früherkennenden und präventiven Aufklärungs- und Bildungsarbeit sollte in erster Linie auch dem Ernährungsparadox vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt werden. Paradoxe Züge besitzt der primär durch Emotionen gesteuerte Essalltag und die hier zum Vorschein kommenden Ernährungsvarianten vieler Menschen deswegen, weil „eine breite Lücke zwischen dem Wissen der Menschen um die Nahrung und der täglichen Praxis der Ernährung“ (Hirschfelder 2001: 9) klafft.

## 8.6 Prävention

„Na klar! Ich kenne die und ich mache die auch regelmäßig. Und ja klar, wegen Brustkrebs zum Beispiel. Vorsorge ist besser als Nachsorge. Wenn das zu spät ist, ist es blöd. Dann gehe ich lieber einmal mehr hin, als wenn es zu spät ist.“ (Interview NV2, Emily)

Das Präventionsprojekt QUERgesund untersucht die Faktoren, die die Gesundheit der Bewohner\*innen der Hustadt beeinflussen sowie deren Lebenswelten und -kontexte in Bezug auf das

Thema Gesundheit. Der Begriff Prävention oder Vorsorgeuntersuchung ist allen Befragten bekannt, jedoch sind die Vorstellungen davon, die konkrete Umsetzung und das daraus resultierende Verhalten sehr unterschiedlich. Prävention beschreibt das Handeln, bevor ein Ereignis oder Zustand eintritt oder den Versuch, diesen Zustand hinauszuzögern bzw. die Folgen zu begrenzen. Im Gesundheitswesen ist Prävention ein Oberbegriff für zielgerichtete Maßnahmen, um Krankheiten zu vermeiden bzw. das Risiko der Erkrankung zu verringern oder ihr Auftreten zu verzögern. Der GKV-Spitzenverband ist die zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland. Nach dem GKV-Leitfaden für Prävention wird zwischen individueller verhaltensbezogener Prävention (Verhaltensprävention), der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten (Verhältnisprävention) sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung unterschieden.<sup>5</sup> Unter Verhaltensprävention fallen die Präventionskurse, welche alle Versicherten dazu befähigen sowie motivieren sollen, sich gesundheitsförderlich zu verhalten (z. B. sich mehr zu bewegen). Verhältnisprävention besteht aus Gesundheitsförderung und Präventionsmaßnahmen in Kitas, Schulen oder Betrieben, wo Menschen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld erreicht werden (ebd.). Bei Verknüpfung der beiden Ebenen von Verhaltens- und Verhältnisprävention wird vom Setting-Ansatz gesprochen, in dessen Rahmen sich auch die vorliegende Studie verorten lässt.

Auf der einen Seite ist ein ausgeprägtes Bewusstsein über die Notwendigkeit von Kontrollen und Vorsorgeuntersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten und zur gesundheitlichen Aufklärung bei den Befragten vorhanden. Auf der anderen Seite sind fehlende Vorstellungen zum Thema Vorsorge oder aber nicht vorhandene Zeitressourcen, regelmäßig eine Arztpraxis aufzusuchen, ausschlaggebend. Trotzdem werden Ärzt\*innen als Autoritäten angesehen und Ratschlägen aus dem eigenen Umfeld vorgezogen. Eine Befragte gab Folgendes zu verstehen:

„Ja, man kann von ihnen Ratschläge bekommen. Aber von Ärzten ist es besser. Die wissen ganz genau, was die machen. Wenn ich einen Ratschläge gebe, nehmen andere den nicht wahr. Aber wenn Ärzte etwas sagen, wird das gemacht.“ (Interview KD1, Idal)

Neben der Deutungshoheit, die meist den Ärzt\*innen zugeschrieben wird, berichten die Befragten von sehr gegensätzlichen Erfahrungen in diesem Kontext. Einige fühlen sich von den Ärzt\*innen nicht ernst genommen oder nicht mit genügend Zeit untersucht. Andere berichten von ausreichend Informationsmaterial, persönlicher Aufklärung und Erinnerung an die nächste Vorsorgeuntersuchung per Post. Besonders die Erinnerungen werden im Alltag als hilfreich empfunden, da die Einhaltung regelmäßiger Kontrollen aufgrund von anderen Verpflichtungen

---

<sup>5</sup>[https://www.gkvspitzenverband.de/krankenversicherung/praevention\\_selbsthilfe\\_beratung/praevention\\_und\\_bgf/leitfaden\\_praevention/leitfaden\\_praevention.jsp](https://www.gkvspitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp)

mitunter als schwierig wahrgenommen wird. Dennoch scheinen die Untersuchungen für Kinder in vielen Familien mehr im Fokus zu stehen. Beim Thema Gesundheit wird allgemein oft zuerst an das Wohl der Kinder gedacht. So betonte eine alleinerziehende Mutter im Interview:

„Ja, natürlich. Mein Hausarzt sagt immer, dass ich besonders auf meine Gesundheit achten muss, da ich eine alleinerziehende Mutter bin und mein Sohn auf mich angewiesen ist. Er sagt sehr oft, dass es wichtig ist, dass ich besonders gut auf mich aufpasse. Er hat mir zum Beispiel auch empfohlen, ein wenig abzunehmen, um fitter zu werden.“ (Interview BM3, Rejin)

Darüber hinaus wurde von den Befragten immer wieder auf eine besondere Relevanz der Vorsorgeuntersuchungen für Frauen hingewiesen wie z. B. Brustkrebs- (Mammographie) sowie Gebärmutterhalskrebsvorsorge. Außerdem nannten einige wenige der Befragten noch die zahnärztliche Prophylaxe als festen Bestandteil ihres Präventionsverhaltens. An dieser Stelle muss die sozioökonomische Situation der Menschen bedacht werden. Ein Großteil der Befragten lebt in dem Stadtteil von ALG II, so dass der Eigenanteil bei Blutuntersuchungen, IGEL-Leistungen, Ultraschall oder Zahnbehandlungen häufig die finanziellen Mittel übersteigt. Dazu äußerte sich eine interviewte Person wie folgt: „Ich kenne das und die sagen IMMER, muss bezahlen. Ich war letztes Mal bei Frauenarzt, sagen ja, wenn Ultraschall, das kostet 41 €“ (Interview NZ1, Arin). Gleichzeitig werden die vielen kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen von Menschen mit Fluchthintergrund häufig als positiver Aspekt im Vergleich zum Heimatland genannt.

„Bei uns ist es sehr gut in Deutschland, wenn man versichert ist über die Krankenkasse. Bei uns ist nicht so. Keine Impfung. Impfung gibt es für Kinder, aber Vorsorgeuntersuchungen, Mammographie und so weiter, wir haben keine. Vor zwei Jahren in Bochum, ich habe Mammographie gemacht, ich hatte Angst erst mal, was ist das, vielleicht ich habe das und dann ich fühle mich wohl, wenn ich keinen Krebs habe. Manche Länder, viele Länder haben keine, die sind nicht versichert und so weiter. Das ist hier schön.“ (Interview NB5, Mariam)

„Ja, hier in Deutschland ich kenne Mammographie und gibt es viele Untersuchungen und kann man einfach, nicht wie meine Heimatland, das ist eine schlechte Punkt von meine Heimatland, das wir können nicht Vorsorgeuntersuchung machen wegen Geld. Wir haben keine Versicherung, wenn wir diese gute Dinge in Syrien haben, dann alle Leute wissen, was die haben. Viele Leute sterben, wegen Krebs und viele Leute und so weiter, wenn die machen Vorsorgeuntersuchung hier deswegen, das heißt, ich kenne, was ich habe. Ich hab Mammographie gemacht, ja und was noch, ich kenne viele Vorsorgeuntersuchungen.“ (Interview NB3, Yara)

Anzumerken sei an dieser Stelle, dass der Public Health-Diskurs in Bezug auf die negativen Folgeerscheinungen von Screenings zu dem Schluss gekommen ist, dass die Auswirkungen auf die Mortalitätsstatistiken eher unbedeutsam sind. Daher kommt es häufig zu Überdiagnosen und Übertherapien, welche zu einem ungünstigen Nutzen-Risiko-Verhältnis von Mammografie-Screenings führen.<sup>6</sup>

Insgesamt besteht bei vielen der Befragten der Wunsch, mehr gesundheitliche Aufklärung in den Schulen zu erhalten. Viele Eltern fühlen sich nicht ausreichend informiert oder verfügen

---

<sup>6</sup> <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2014/daz-32-2014/mammografie-screening-in-der-kritik>

nur über oberflächliches präventionsbezogenes Wissen. Einige wenige nehmen bereits bestehende Angebote von Krankenkassen (Yoga, Osteopathie etc.) wahr. Angebote von den Arbeitgeber\*innen, neue Versicherungskonzepte sowie die Kostenübernahme für alternative Heilmethoden werden seitens der Befragten gewünscht. Neben fehlendem Wissen, so hat z. B. nur eine einzige Befragte eine Mutter-Kind-Kur in Anspruch genommen, fühlen sich einige nicht ernst genommen und sind vom Gesundheitssystem enttäuscht. In den Interviews klingt das wie folgt:

„Das Problem ist, ich habe es schon versucht einmal zu machen, aber das Problem ist, die nehmen die Person auch nicht so ernst wenn man nicht krank ist, das haben ich gemerkt. Ich wollte einmal auch zu Check gehen, einmal Kontrolle und so, die nehmen das nicht so ernst. Wenn du auch sagst, dass du keine Schmerzen hast, nehmen die dich auch nicht ernst.“ (Interview RD2, Abshir)

„Da hatte die Ärzte mehr Zeit, aber hier kommt mir das so vor, als wenn die Ärzte gar nicht die Zeit haben, einen vernünftig zu beraten. Man kommt quasi kurz ins Wartezimmer, bekommt ein Attest, ohne vernünftig untersucht zu werden und kann dann wieder nach Hause gehen und Beratung in Hinsicht auf Vorsorgeuntersuchungen habe ich jetzt nicht großartig, ähm, irgendwie erfahren. Es kann sein, dass halt in den Arztpraxen was ausliegt, diese Infomaterial, aber ich les mir das nie durch, deswegen müsst ich jetzt überhaupt nicht.“ (Interview DP5, Julian)

Teilweise wird die Meinung vertreten, dass es keinen Grund gebe, zu einer Vorsorgeuntersuchung zu gehen, wenn man nicht krank sei. Oft stehen dahinter jedoch mangelnde finanzielle Ressourcen, Zeitknappheit, mangelndes Wissen über die Bedeutung von Vorsorgeuntersuchungen oder fehlende Sprachkenntnisse. Diese Faktoren halten die Menschen davon ab, zu Vorsorgeuntersuchungen zu gehen. Mit der Vorannahme, die schlechten Erfahrungen könnten mit fehlenden Sprachkenntnissen zu tun haben, gehen die Befragten jedoch vorsichtig um:

„Doch da kann ich mal sagen oder wenn ich nicht weiß auch der in der Internet gucken aber leider man weiß ja nicht, welche Arzt genau das Richtige ist. Ich weiß zum Beispiel, wenn ich Probleme mit Rücken, zu welchem Arzt gehen. Aber den Arzt ich aufgesucht oder das gut genau, weil Krankenschein kriegt man nicht immer. Aber so teilweise so schlechte Erfahrungen mit viele Ärzte. Das liegt daran, ob dass wir als Patienten nicht viel deutsch kennen oder dass das liegt daran an die Ärzte, dass die machen heutzutage zu schnell. Die geben die Patienten keine Zeit für ihre Fragen.“ (Interview KD2 Iasmina)

Aufgrund dieser Erfahrungen wünschen sich einige der Befragten die Möglichkeit, Arztbesuche in der eigenen Muttersprache durchführen zu können.

Zusammenfassend kann von einem fehlenden Wissen im Bereich Gesundheitsprävention gesprochen werden. Im Allgemeinen wird jedoch deutlich mehr auf die Vorsorgeuntersuchungen bei den eigenen Kindern geachtet. Kommunikationsschwierigkeiten mit den Ärzt\*innen, mangelnde finanzielle und zeitliche Ressourcen sind weitere Aspekte, welche in den Interviews thematisiert wurden. Ein kultursensibler Umgang ist besonders im Gesundheitsbereich in einer multidiversen und alternden Gesellschaft unverzichtbar.

## **9. Forschungsbasierte Interventionen und Angebote in der Hustadt**

Auf der Basis der Erkenntnisse der empirischen und kollaborativ durchgeführten Bedarfs- und Bestandserhebung, die in Kapitel 8 vorgestellt wurden, entwickelte die Projektkoordination in enger Abstimmung mit den Stadtteilmforscher\*innen gesundheitsorientierte Interventionen und Angebote, die auf eine positive Beeinflussung der Verhaltens- und Verhältnisprävention im Stadtteil abzielten. Diese werden in den folgenden Abschnitten präsentiert.

## 9.1 Gesundheitsforum

Die Projektkoordination begann im April 2019 mit der Organisation und Durchführung des sogenannten „Gesundheitsforums“ in den eigenen Räumlichkeiten am Brunnenplatz. Das Veranstaltungsformat versuchte mittelfristig einen Raum zu eröffnen, in dem sich Bewohner\*innen der Hustadt zu Themen rund um Prävention und Gesundheitsförderung austauschen konnten. Die Projektkoordination initiierte die Eröffnung dieses Raums und gab den ersten Treffen eine Struktur und einen Rahmen. Im Rahmen der ersten Gesundheitsforen legte die Projektkoordination besonderen Wert darauf, aufkommende Themen und Fragen zu dokumentieren, um sie in Folgeveranstaltungen wieder aufzugreifen, zu fokussieren und/oder zu vertiefen. Bis in den Oktober 2019 fanden Gesundheitsforen zu Themen wie „Gesund sein: Was heißt das eigentlich für mich?“, „Gesunde Ernährung: Was ist das eigentlich?“, „Frauenschwimmen in der Hustadt“, „Eltern-Kind Kochkurs/Brotdose packen“, „Süßen mit Alternativen“, „Gesund und gemeinsam Abnehmen“, „Gewalt und Trauma und die Position von Frauen in der somalischen Gesellschaft“ (Vortrag von Dr. Markus Höhne, Ethnologe, Universität Leipzig) und ein Screening des Films „Deutschlandfiction“ mit anschließender Diskussion, der das Thema „Rassismus und Diskriminierung in deutschen Behörden“ aufgreift.

Die Institution des Gesundheitsforums wurde aufgrund eines verstärkten Fokus auf andere Projekte (u.a. auf den SMART-Workshop) ab Anfang 2020 nicht fortgeführt. Ab März 2020 war eine Durchführung aufgrund der Coronapandemie dann nicht mehr möglich. Eine Reaktivierung des Veranstaltungsformats fand im August zum Thema „Corona“ im Freien statt. Die Resonanz war jedoch eher gering. Am 1. Oktober 2020 fand schließlich eine Veranstaltung in Kooperation mit der Bücherei Querenburg und dem Gemeinschaftsgarten Hof Bergmann e.V. im Rahmen der Interkulturellen Woche zum Thema „Mach’s Bio“ statt, die sehr gut besucht war. Gemeinsam mit den Teilnehmer\*innen diskutierte die Projektkoordination und der Leiter des Gemeinschaftsgartens, Johannes Tangen, inwieweit es möglich ist, in der Hustadt (mehr) Lebensmittel ohne Pestizide anzubauen, zu kaufen und zu konsumieren. Anschließend wurden das Gesundheitsforum dann von den regelmäßigen Reflexionstreffen mit den Stadtteilmforscher\*innen abgelöst (vgl. Kapitel 4).

Zu Beginn des Projekts war das offene Format jedoch genau das Richtige, um mit Bewohner\*innen und Stadtteilforscher\*innen über gesundheitsrelevante Themen ins Gespräch zu kommen, kollaborativ erste Ideen für Maßnahmen und Angebote zu entwickeln und QUERgesund im Stadtteil bekannt zu machen. Zum Gesundheitsforum kamen vor allem Bewohnerinnen mittleren Alters – eine Zielgruppe, die allgemein gut von den Angeboten der sozialen Einrichtungen in der Hustadt erreicht wird. Männer und Zielgruppen im jüngeren und höheren Alter kamen nicht oder nur vereinzelt zu den Veranstaltungen (Vgl. Kapitel 9.8 und 9.9).

## 9.2 Fit im Park

In Abstimmung mit dem Senior\*innenbüro Süd und dem Projekt QUERgesund adressierte die Übungsleiterin Frau Kaldun mit ihrem Bewegungsangebot in erster Linie Frauen, die das 60. Lebensjahr bereits überschritten haben. Auf einer großen städtischen Parkfläche hinter dem Uni-Center bot sie während der Sommerferien 2020 drei einstündige Bewegungstrainings an, die auch von Frauen aus der inneren Hustadt besucht wurden. Zu diesem Bewegungsprogramm gehörten einfach durchführbare Gymnastikübungen, bei denen Beweglichkeit, Kraft, Koordination und Ausdauer ohne zusätzliche Handgeräte trainiert wurden. Das Draußensein und die sportliche Aktivität an der frischen Luft machen die Attraktivität dieses Angebotes aus. *Fit im Park* ist als eine Art Kompensationsangebot zu verstehen, da die Turnhallen in den Sommerferien größtenteils dauerhaft geschlossen sind. Mit diesen vom Stadtsportbund offerierten Gesundheitsangeboten wird somit in erster Linie jener Bevölkerung eine Gelegenheit zum Sporttreiben ermöglicht, die in dieser Zeit angesichts der Hallenschließungen dazu nicht die Möglichkeit haben. Aus vorherigen empirischen Erhebungen in der Hustadt wurde deutlich, dass die dort lebenden Menschen angesichts diverser Faktoren kaum in Vereinen institutionalisiert Sport, Körperertüchtigung und Fitnessübungen betreiben. Insbesondere Migrant\*innen und BI-PoC<sup>7</sup> ist der Weg in Sportvereine, deren Strukturen, personelle Zusammensetzungen und Anforderungsprofile nicht selten durch Mitglieder der weißen Dominanzkultur geprägt sind, oft durch Zugangsbarrieren versperrt. Insbesondere mit Blick auf die muslimischen Bewohner\*innen führte Frau Kaldun aus, dass bei *Fit im Park* Menschen zusammenkommen, für die Sportaktivitäten nicht zu den Konstanten des Alltags und zu den wöchentlich gepflegten Routinen der Lebenswirklichkeit gehören. Die Übungsleiterin berichtete auch von dem Feedback, das sie von den Frauen aus der Hustadt nach der ersten Übungseinheit bekam. Die Beteiligten

---

<sup>7</sup> Die Abkürzung BiPoC (Black, Indigenous and People of Colour) verbindet gruppenspezifische Rassismuserfahrungen von schwarzen Menschen, Indigenen sowie ehemals kolonialisierten oder versklavten Gruppen.

berichteten von muskulären Schmerzen, die sich deshalb einstellten, weil die sportliche Auslastung und das Austesten persönlicher Leistungs- und Belastungsgrenzen im Zuge des Bewegungstrainings bei den Frauen vorher nicht zu den favorisierten Freizeitbeschäftigungen zählten bzw. ihre kontinuierliche Umsetzung kulturell teilweise tabuisiert sind. Diese Rückmeldungen zu den Gymnastikübungen waren jedoch durchweg positiv, weil diese neuen Körpererfahrungen die Teilnehmerinnen dazu ermutigten, kontinuierlich an allen drei Veranstaltungen zu partizipieren. Kritik formulierte die Übungsleiterin an den wenigen Terminen, die auch nur in den Sommerferien realisiert wurden. Die Schaffung eines dauerhaften Gesundheitsangebotes *Fit im Park*, das die Kurzatmigkeit dieses Unterfangens durchbricht und die Gesundheitsprävention auf Dauer sicherstellt, wäre aus Sicht der Übungsleiterin sehr wünschenswert. Erwähnenswert ist an dieser Stelle noch der Sachverhalt, dass Frau Kaldun *Fit im Park* zum ersten Mal durchführte. Probleme stellten sich dann ein, wenn Anweisungen zu Gymnastikübungen aufgrund der sprachlichen Barrieren nicht verstanden wurden. Gelöst wurden diese Situationen durch Vormachen-Nachmachen-Übungen, bei der die sprachliche Kommunikation nicht zur Anwendung kam. Diese Begebenheit indiziert auf die Wichtigkeit der Beherrschung von Kompetenzen aus dem Bereich „Einfache Sprache“, die es auch Menschen mit geringen Deutschkenntnissen ermöglicht, barrierearm an den Gesundheitsangeboten teilzunehmen. Eine weitere Hürde für die muslimischen Frauen bedeutete die öffentlich von allen Seiten einsehbare Lokalität, die als Austragungsstätte von *Fit im Park* fungierte. Ziel sollte es sein, einen Ort in unmittelbarer Nähe zur Hustadt zu finden, dem die Funktion eines Schutzraumes innewohnt und der eine sportliche Betätigung auch unter Einhaltung religiöser und diversitätssensibler Konventionen ermöglicht. Diese Justierung des Gesundheitsangebotes würde unmittelbar zur Attraktivitätssteigerung beitragen und eine niederschwellige Partizipation der muslimischen Frauen aus der Hustadt erhöhen.

Ein weiteres Bewegungsangebot wurde von Herrn Zahner in den Sommerferien an insgesamt vier Terminen im Parkour Park Bochum in der Hustadt für Kinder und Jugendliche angeboten. Die Beweggründe, dieses Training über den Stadtsportbund an den Start zu bringen, rührte daher, dass der Übungsleiter während der Coronapandemie vermehrt Kinder und Jugendliche in der Parkouranlage beobachtete, die jedoch das Potenzial der Geräte und Hindernisse nicht wirklich adäquat nutzten. Dazu muss gesagt werden, dass Herr Zahner Sportwissenschaft an der Ruhr-Universität Bochum studiert und in seiner Freizeit Parkour auf semiprofessioneller Hobbybasis betreibt. Des Weiteren gibt er Gruppenkurse für Erwachsene bei Freiraum CROSS-TRAILS Bochum. Da sich die Trainingseinheiten, die für Erwachsene konzipiert sind, deutlich von denen für Kinder- und Jugendliche unterscheiden, standen die Faktoren Spaß und Erlebnis



hier im Vordergrund des Gesundheitsangebotes. Dennoch war es Herrn Zahner ein wichtiges Anliegen, auf die richtige Durchführung von Techniken wertzulegen sowie Wissensvermittlung zu betreiben. Der Einsteiger\*innenkurs für Kinder- und Jugendliche bestand zunächst aus einem Aufwärmprogramm, das an der *Life Kinetik* angelehnt ist. Dabei wurden koordinative Übungen mit kognitiven Aufgaben verknüpft. Gefördert wurden dabei die Konzentration und die Koordination. Die verschiedenen Übungen, die mehrmals wiederholt wurden, setzten sich zusammen aus Sprungtechniken, Abrolltrainings und Fragen zu Sicherheit und Motivation. Die Kinder- und Jugendlichen übten sich somit im Ausprobieren und in der Selbsteinschätzung, gingen kontrollierte und professionell angeleitete Wagnisse ein und verspürten Erfolgserlebnisse und Selbstbestätigung. Auf die Frage, inwiefern Herr Zahner bei den Kindern und Jugendlichen aus der Hustadt körperliche Defizite erkenne, die möglicherweise auf mangelnde sportliche Betätigung und eine einseitige Ernährung zurückzuführen seien, verwies er zunächst auf die ihm bekannten Studien zu dieser Thematik aus der Wissenschaft. Ein pauschales Urteil zu diesen Defiziten wollte er sich aufgrund seiner überschaubaren Einblicke nicht erlauben. Zumal auch nur bei einem Termin tatsächlich Kinder und Jugendliche aus der Hustadt am Gesundheitsprogramm *Fit im Park* teilnahmen. Diese fanden ihren Weg in den Parkour Park Bochum auch nur aufgrund einer Projektwoche, in deren Rahmen die Betreuerin mit den Kindern und Jugendlichen einen Ausflug zur Anlage organisierte. Da der Ausflug zum Pflichtprogramm der Projektwoche gehörte, war das partielle Desinteresse der Kinder und Jugendlichen bei diesem Übungstermin für den Übungsleiter deutlich spürbar. Dennoch erwähnte Herr Zahner eine Begebenheit bei dieser Übungseinheit, die bei ihm Schmunzeln und Schrecken gleichzeitig hervorrief. Bei einem Aufwärmspiel bestand die Übung aus folgender Aufgabe: die Teilnehmer\*innen warfen sich gegenseitig Bälle zu und mussten diese mal mit der rechten und mal mit der linken Hand fangen und werfen. Bei jeder Wurfaktion mussten die Kinder und Jugendlichen eine neue Sportart aufsagen. Bei jeder Fangbewegung mussten die Teilnehmer\*innen ein Gericht bzw. eine Speise aufsagen. Der Übungsleiter war hin- und hergerissen zwischen Schmunzeln und Schrecken, weil die Aufzählung der Speisen nicht über die Fast-Food-Sparte hinausging. Aufgezählt wurden von den Teilnehmer\*innen sämtliche Dönerarten über Lahmacun, Falafeltasche und diverse Pizzavarianten. Abseits dieser Einsichten in die Nahrungswelten der Kinder und Jugendlichen sah Herr Zahner ein starkes Verlangen nach Sport und Bewegung in der Coronapandemie. Die nach wie vor anhaltende Schließung treibe die Menschen auf die Freiplätze, die für Bewegungstrainings genutzt werden. Ohne Zweifel werde das Ende der Pandemie, so war sich der Student der Sportwissenschaft sicher, zu einer großen Nachfrage nach

attraktiven Sport- und Bewegungsangeboten führen. Die häusliche Isolation, die fehlenden Angebotsstrukturen, die grassierende Demotivation und die Vernachlässigung des Körpers im Zuge des pandemischen Alltags werden diesen Trend intensivieren.

Frauen waren im Rahmen des jährlichen Programms *Fit im Park* des Stadtsportbundes eine spezifische Zielgruppe, die auf Angebote von örtlichen Vereinen aufmerksam gemacht werden sollen. Beispielsweise wurde im Jahr 2021 bereits ein kostenloses Angebot namens *Stabilisierung und Mobilisierung* im Waldgebiet der Hustadt angeboten. Dieses soll auch im Jahr 2023 angeboten werden. Durch die Ausbildung von zwei Übungsleiter\*innen besteht in der Hustadt die Möglichkeit, die Frauen in Vereinsarbeit mit einzubeziehen und sie für zahlreiche bestehende und neue Bewegungsangebote zu gewinnen.

### **9.3 Fitnessboxen für Mädchen**

Wie der Titel des Gesundheitsangebotes bereits vorgibt, ist *Fitnessboxen für Mädchen* ausschließlich für Schülerinnen im Alter zwischen 11 und 14 Jahren aus der Hustadt konzipiert, die sich direkt nach dem Schulbesuch durch sportliche Aktivität ihres Stresses entledigen wollen. Vor dem Lockdown und der damit einhergehenden Schließung der Sporthallen fand dieses Training dienstags und donnerstags zwischen 16 und 18 Uhr in den Räumlichkeiten von Hu-Town statt. Um die Bedeutung des Gesundheitsangebotes *Fitnessboxen für Mädchen* zu unterstreichen, werden nun die Inhalte und Intentionen kurz vorgestellt, die sowohl mit Frau Gräbert, der Kursleiterin, als auch den Teilnehmerinnen im Rahmen eines Fokusgruppengesprächs generiert wurden.

Erstens steht *Fitnessboxen für Mädchen* bei den Teilnehmerinnen für Spaß und Freude an Bewegung, für freie Entfaltungsmöglichkeiten (Tanz & Steperobik) und für diszipliniertes Training (Luftboxen), das durch die Trainerin angeleitet wird. Da die Schülerinnen das Gesundheitsangebot unmittelbar nach dem Schulbesuch in der Nachmittagszeit besuchen, ermöglicht das sportliche Auspowern während der Übungseinheiten nicht nur das Erleben eines neuen Körperbewusstseins, sondern offeriert als bewegungstherapeutische Strategie einen proaktiven Umgang mit Stressfaktoren, die während des Sportflows kurzzeitig in den Hintergrund geraten. *Fitnessboxen für Mädchen* bietet den Beteiligten neben den strukturierten Trainingsübungen jedoch auch einen gern frequentierten Freiraum zum Rumalbern, Tanzen und Loslassen. Gerade weil die Interaktionsräume der jugendlichen Sozialisation im Elternhaus oder in der Schule für Mädchen in erster Linie durch restriktive Reglementierungen, Verbote, Verhaltensnormen und Verpflichtungen charakterisiert sind, bei denen der Funfaktor eher überschaubare Züge besitzt,

ist *Fitnessboxen für Mädchen* für die Teilnehmerinnen zu einem wichtigen wöchentlichen Veranstaltungstermin avanciert. Das coronapandemiebedingte Aussetzen der Intervention hinterließ eine große Lücke im Alltag der Teilnehmerinnen.

Auf einer zweiten Ebene sind die Folgen der Pandemie zu nennen. Dass die COVID-19 Krise und die damit einhergehende Isolation in Zeiten des Lockdowns psychische und physische Folgeerscheinungen für die Gesundheit mit sich bringen, steht auch den Teilnehmerinnen von *Fitnessboxen für Mädchen* deutlich vor Augen. Man muss nicht erst die medial überstrapazierte Brennglas-Metapher herbeizitieren, um sich bewusst zu machen, dass die Pandemielage besonders negative Auswirkungen für Menschen und insbesondere für Heranwachsende zeitigte, die in von Mehrfachdiskriminierung und von intersektionalen Benachteiligungserfahrungen geprägten Stadtteilen wohnen. Aufgrund der beengten Wohnverhältnisse in der Hustadt stehen den Mädchen im Lockdown nur sehr eingeschränkt Möglichkeiten für eine alternative sportliche Betätigung zur Verfügung. Die in allen Gesellschaftsschichten verbreitete Pandemiemüdigkeit äußert sich bei den Mädchen durch Trägheit, Demotivation, Frustration und Perspektivlosigkeit. Die mehr schlecht als recht zu bewältigenden Herausforderungen beim Homeschooling und die auf Dauer gestellte soziale Isolation kompensierten die Mädchen im privaten Lebensumfeld mit einem verstärkten Medienkonsum (vgl. Kapitel 8.3). Dieser ist dem Gesundheitsbewusstsein der Heranwachsenden nicht zuträglich.

Die dritte Ebene umfasst das Verhältnis der Mädchen zu ihrer Kursleiterin. Die Trainerin von *Fitnessboxen für Mädchen* wurde von den Mädchen als wichtige Vertrauensperson und „Freundin“ bezeichnet, die die Teilnehmerinnen bereits seit den Grundschuljahren pädagogisch beim Heranwachsen begleitet. Dass zwischen der Kursleitung und den jungen Teilnehmerinnen eine freundschaftliche und loyale Beziehung besteht, ist offenkundig. Dieser Sachverhalt wird auch bei einem beliebten Ritual sehr deutlich, das nach jeder Kurseinheit von der Community durchgeführt wurde. Nach dem Training treten die Mädchen und die Trainerin gemeinsam den Heimweg an. An der Gabelung, an der sich die Wege zwischen Frau Gräbert und den Teilnehmerinnen routinemäßig trennen, verharret die Gruppe mit ihrer Trainerin teilweise bis zu einer Stunde, um in den Abendstunden in einen Gesprächsaustausch zu treten. Hier werden auf einer freundschaftlichen Basis private Alltagsbegebenheiten und Herausforderungen auf Augenhöhe und in einer lockeren sowie zugewandten Gesprächsatmosphäre thematisiert, für die die Mädchen zuhause bzw. in einem familiären Kontext keine Gelegenheit finden. Somit ist *Fitnessboxen für Mädchen* für die daran beteiligten Mädchen, die sich zudem alle aus der Grundschule kennen und gegenwärtig unterschiedliche weiterführende Schulen in Bochum besuchen, ein wichtiger

Kommunikationsraum, in dem zentrale Säulen der jugendlich-weiblichen Sozialisation im Dialog ausgehandelt werden können.

## 9.4 Interkulturelles Gärtnern & Kräuter und Pflanzen

Das von QUERgesund in Kooperation mit den Betreiber\*innen des Gemeinschaftsgartens Hof Bergmann e.V. durchgeführte mehrwöchige Gesundheitsangebot *Interkulturelles Gärtnern* wurde mit coronapandemiebedingten Unterbrechungen seit dem Sommer 2020 realisiert. Diese Intervention knüpfte an das Gesundheitsangebot *Kräuter & Pflanzen* an, das zeitlich vorher von Frau Eichberg offeriert wurde. Unter Anleitung von in der Gartenarbeit erfahrenem Personal konnte eine muslimische Frauengruppe aus der Hustadt in dem weitläufigen Gartenareal unter freiem Himmel Gemüse und Kräuter anbauen, Gartenprodukte hegen und pflegen, die Nahrungsmittel nach dem Erreichen der Reife ernten, zubereiten und gemeinschaftlich verköstigen. Das in einem Fachwerkhaus in Bochum-Laer angesiedelte Wohnprojekt mit angrenzendem ökologischen Gemeinschaftsgarten entspricht ganz und gar nicht den klischierten Heterostereotypen des Ruhrgebiets, weil es ein ländlicher Ort unweit des ehemaligen Opelwerkes ist, der von Feldern, Wiesen, Gärten und Wäldern geprägt ist. Im Vergleich zu den urbanen Wohnverhältnissen in der inneren Hustadt bildet der Hof Bergmann mit seinen Hühnern, Bienen und neuseeländischen Kune Kune Schweinen Kalle und Pablo ein deutliches Kontrastprogramm. Der gesundheitsfördernden Offerte *Interkulturelles Gärtnern* lagen mehrere Ziele und Intentionen zugrunde. Den vom Präventionsprojekt QUERgesund angesprochenen Bewohnerinnen der Hustadt wurde ein Erholungs- und Möglichkeitsraum zur kreativen Mit- und Ausgestaltung zur Verfügung gestellt, der durch die Verrichtung körperlicher Arbeit und durch das Initiieren eines interkulturellen Austausches ein temporäres Ausbrechen aus dem Alltag und den damit einhergehenden Verpflichtungen und Sorgen erlaubte. Faktoren wie Systemunvertrautheit, sprachliche Barrieren, fehlende Vertrauenspersonen in der Mehrheitsgesellschaft, soziokulturelle Schließungstendenzen, knappe Zeit- sowie Finanzressourcen und Befürchtungen vor Fremdheitserfahrungen beim Eintritt in das offen, egalitär und niederschwellig konzipierte System des Gemeinschaftsgartens führen dazu, dass die muslimischen Frauen nicht eigeninitiativ den Weg in das große und fußläufig von der Hustadt recht schnell erreichbare Grünareal antreten. Die Empowerment-Strategien des Gesundheitsangebotes bestanden darin, bei den Frauen ein Selbstbewusstsein im Umgang mit den Tätigkeiten auf den Grünflächen zu erzeugen. Bei dieser Praxis wurde auf bereits imprägnierte kulturelle Erfahrungen und Traditionen bei der Herstellung und Verarbeitung von Nahrungsprodukten aus dem Herkunftsland zugegriffen, so dass ein interkultureller Dialog entstand. Diese Intention verfolgte ebenfalls das Gesundheitsangebot

*Kräuter & Pflanzen.* Der bei Menschen mit Fluchtbiografie stets zu erkennende Wunsch nach einem zwischenmenschlichen Kontakt zu Mehrheitsdeutschen sowie die Eröffnung von Gelegenheiten, in einem kommunikativen Austausch Sprachkompetenzen zu verbessern, waren ebenfalls wichtige Säulen des Angebotes. Die muslimischen Frauen wurden sowohl aufgrund der beim Gärtnern erlernten Qualifikationen als auch angesichts der hierbei abgebauten Ängste, Unsicherheiten und Bedenken ermächtigt, eigenständig und selbstbestimmt soziale Interaktionen außerhalb der eigenen kulturellen oder ethnischen Resonanzräume in der Hustadt einzugehen. Von diesen beiden Angeboten gingen wesentliche Impulse für die Selbstbestimmung marginalisierter und diskriminierter Minderheiten aus.

Die Teilnehmerinnen des Gesundheitsangebotes *Interkulturelles Gärtnern* wertschätzten insbesondere die gelungene Kombination aus körperlicher Betätigung und Bewegung an der frischen Luft und den gesellig-gruppendynamischen Austausch während der Gartenarbeit sowie der Koch- und Zubereitungstätigkeiten. Der Gemeinschaftsgarten Hof Bergmann wird von der muslimischen Frauengruppe grosso modo als grüner Entspannungs-, Entfaltungs- und Wohlfühlort wahrgenommen, der als kreativer Aktivitätsraum genutzt wird, um temporär dem Stress zu entfliehen, der von der familiären Care-Arbeit und den damit einhergehenden alltäglichen Verpflichtungen herrührt. Die körperlich beanspruchende Gartenarbeit, das Sammeln von neuen Erfahrungen über Kräuter, Gemüse, Obst und Pflanzen und nicht zuletzt das Einbringen der eigenen interkulturellen Wissensbestände aus den Herkunftsländern wie Syrien oder dem Irak wurden von den Bewohnerinnen der Hustadt als Bereicherung erlebt. Des Weiteren ist das Gartenareal für die Frauen ein regenerativer Ort, in dem die Teilnehmerinnen durch ihre körperlichen Aktivitäten sowohl Energie verlieren und verbrauchen als auch Energie für ihren Alltag und dessen Bewältigung zurückgewinnen können. Eine Teilnehmerin berichtete bei der Evaluationsbefragung von den körperlich sehr anspruchsvollen und schweißtreibenden Arbeiten bei der Hege und Pflege der Beete und Felder, die aber gleichzeitig dazu führten, dass sie „klar im Kopf“ wurde. Positiv wurde ferner die Möglichkeit bewertet, interkulturelle Wissensbestände über Pflanzen, Kräuter sowie Anbau- und Zubereitungstechniken in beiden Kursangeboten mit den Übungsleiter\*innen auszutauschen. Viele Teilnehmerinnen berichteten über ihre Aktivitäten bei der Gartenarbeit, die in den Herkunftsländern einen integralen Bestandteil des Alltags ausmachten. Die Fortführung dieser Gartenarbeit ist in der durch mehrstöckige Wohnsiedlungen geprägten Hustadt nicht möglich. Daher werden die beiden Gesundheitsangebote als eine Art Kontinuität jener Gartentätigkeiten aus den Herkunftsländern gewertet.

Ein Konfliktfeld beim *Interkulturellen Gärtnern* war die Kommunikation, da einige Teilnehmerinnen nur über geringe Deutschkenntnisse verfügten. Das hatte zur Folge, dass innerhalb

der Gruppe oft längere Zeit nur arabisch oder kurdisch gesprochen wurde, bis Frau Iserloh und Herr Tangen intervenierten, da sie die einzigen Personen waren, die den Gesprächen nicht folgen konnten. Teilweise waren es auch die Frauen selber, die ihre Mitstreiterinnen dazu ermutigten, deutsch zu sprechen. Die Teilnehmerinnen sahen das Problem der muttersprachlichen Kommunikation auch in der Aufteilung der einzelnen Gruppen während des Gesundheitsangebotes. Diese zwecks der Arbeitsteilung vorgenommene Aufspaltung der Frauengruppe muss in Zukunft in sprachheterogene Teams erfolgen, so dass eine Kommunikation in der deutschen Sprache zu einem Musskriterium wird. Die Kommunikation war aber auch für Frau Iserloh und Herr Tangen teilweise schwierig, weil sie bestimmte Anweisungen und Anleitungen mehrmals wiederholen mussten. Auch bei diesen beiden Gesundheitsangeboten wurde das Thema „Einfache Sprache“ und zielgruppenadäquate Kommunikation kritisch reflektiert. Insgesamt wurde auch die Aufteilung der Teams in Garten- und Küchenarbeit negativ begutachtet. Hier wünschen sich die Frauen ein wenig mehr Abwechslung und Rotation im Tätigkeitsspektrum. Dies beanstandeten vor allem jene Frauen, die beim *Interkulturellen Gärtnern* dem Küchendienst zugeordnet wurden. Diese Tätigkeiten stellten leider keine Abwechslung zu den normalerweise praktizierten Care-Tätigkeiten im Alltag der muslimischen Frauen dar. Zudem können betagtere Frauen und Frauen mit körperlichen Einschränkungen nicht alle Tätigkeiten bei der Gartenarbeit verrichten. Im Großen und Ganzen fanden die muslimischen Frauen nahezu ausschließlich lobende Worte für das Angebot *Interkulturelles Gärtnern*, wengleich der vorgegebene Zeitrahmen deutlich zu kurz war. Über eine umfassende zeitliche Ausweitung des Angebotes nach den coronapandemiebedingten Kontaktbeschränkungen waren sich sowohl die teilnehmenden Frauen als auch Frau Iserloh und Herr Tangen einig. Das Draußensein, das Rauskommen aus der Hustadt, die körperlich beanspruchenden Tätigkeiten unter freiem Himmel, die soziale Interaktion und die interkulturelle Kommunikation führten zu einem hohen emotionalen Zufriedenheitsgrad bei den Teilnehmerinnen. Darüber hinaus ist *Interkulturelles Gärtnern* auch ein Forum, in dem die Frauen im Rahmen von tiefergehenden Gesprächen sehr ernste Themen untereinander diskutieren, die im innerfamiliären Kreis eher einer Tabuisierung unterliegen. Die Leitung des Gesundheitsangebotes *Interkulturelles Gärtnern* war sich im Interview einig, dass es kontinuierliche Vertrauensarbeit benötige, um bei den Frauen eine Eigeninitiative zu fördern. Diese Eigeninitiative wird auf Dauer garantieren, dass die Teilnehmerinnen selbstständig und ohne weitere Anleitungen durch das Projekt QUERgesund den Weg in den Gemeinschaftsgarten Hof Bergmann e.V. antreten. Konkrete Potenziale zur Verselbstständigung und zur Verstetigung wurden ebenfalls diskutiert. Wie oben bereits angedeutet, besitzt der Gemeinschaftsgarten Hof Bergmann e.V. eine offen, egalitär und niederschwellig konzipierte

Struktur, die auch von den Bewohner\*innen der Hustadt genutzt werden kann. Ein erster Möglichkeitsraum zur freien Entfaltung und zur Initiierung des Eigenengagements könnte der so genannte *Gartentag* sein, der immer freitags stattfindet. Dieser *Gartentag*, konzipiert als eine Art „Tag der offenen Tür“, versteht sich als ein Angebot für alle Menschen, die das erste Mal zum Gemeinschaftsgarten kommen und eine Unsicherheit im Umgang mit den unterschiedlichen Betätigungs- und Freizeitgestaltungsofferten aufweisen. An diesem Tag sind stets Ansprechpersonen vor Ort, die spezifische Tätigkeiten anleiten und Neulinge beim Hineinschnuppern in den Gemeinschaftsgarten individuell betreuen. Eine weitere Variante zur Verselbstständigung und zur Verstetigung wäre die Errichtung eines so genannten *Projektbeetes*, um das sich ausschließlich Frauen aus der Hustadt kümmern. Dieses *Projektbeet* würde zwar nicht dem offenen, egalitären und auf Gemeinschaftsarbeit ausgerichteten Naturell dieser Institution entsprechen, jedoch gab die Übungsleitung zu verstehen, dass sie hierbei eine einmalige Ausnahme machen würden, um für die Frauen Anreize und Beweggründe zu schaffen, mehrmals wöchentlich eigeninitiativ und selbstbestimmt den Weg aus der Hustadt in den Gemeinschaftsgarten Hof Bergmann e.V. anzutreten. Diese Strategie wird bei der Verstetigung der Angebote eine wertvolle Hilfe sein. Zudem könnte über diesen verstärkten Kontakt zwischen den Menschen aus der Gartenanlage und den Frauen aus der Hustadt Missverständnisse dahingehend abgebaut werden, dass es sich bei der Institution des Gemeinschaftsgartens keinesfalls um einen elitären und nach außen hin abgeschotteten Kreis von Menschen handelt, der sich, wie beispielsweise in klassischen Schrebergartenkolonien im Ruhrgebiet, seine weiß-deutschen Mitglieder selber aussucht.

## 9.5 Fit Digital

Ein weiteres aus dem SMART-Workshop hervorgegangenes Angebot ist ein Yoga- und Entspannungskurs für Frauen, der wöchentlich von Frau Pajonk online immer freitags zwischen 11 und 12 Uhr realisiert wird. Die Übungsleiterin verknüpfte einfache Yogapraktiken mit dem Erlernen von Atem-, Meditations- und Entspannungstechniken. Die Entspannung und der Abbau von Stress standen dabei im Fokus sowie das gemeinsame Zusammenkommen im virtuellen Raum in Zeiten der Pandemie. Durch die nicht-weiße Positionierung der Übungsleiterin

wurde die Gestaltung eines diversitätssensiblen Safer Space angestrebt, der angesichts der erlebten Diskriminierungserfahrungen der Teilnehmerinnen zu einem Raum avancierte, der möglichst frei von Sexismus und Rassismus war. Mit der Aussage „Ich fühle mich wie ein anderer Mensch“ wies eine Bewohnerin der Hustadt bei einem Fokusgruppengespräch darauf hin, dass sich ihre Lebenswirklichkeit und ihr Körperbewusstsein im Zuge der kontinuierlichen Teilnahme am Gesundheitsangebot *Fit Digital* und dem damit einhergehenden Entspannungstraining nachhaltig geändert hat. Die empirischen Bedarfserhebungen im Stadtteil verdeutlichten eine Vernachlässigung des Körpers, weil eine positive gesundheitliche Bewusstseinsbildung bei den Frauen in Anbetracht der prekären und von mannigfaltigen familiären Verpflichtungen charakterisierten Lebenswirklichkeit nicht mit Priorität versehen wird. Diese Stressfaktoren äußern sich bei den Teilnehmerinnen durch Einschlafstörungen, Kopfschmerzen sowie Verspannungen im Schulter- und Nackenbereich. Das in der Coronapandemie via *Zoom* realisierte Yoga- und Entspannungstraining, das stets mit einer interaktiven Austauschrunde über die seelische Gefühlslage und die individuellen körperlichen Anspannungen begann, setzte sich zusammen aus mehreren Bewegungspraktiken, progressiven Muskelentspannungen und Schlafyogasessions. Diese Praktiken ermöglichten das Einüben von Konzentration, Geduld, Kontemplation und Beweglichkeit. Besonders für muslimische Frauen ist es angesichts der soziokulturell normierten Rollenzuschreibungen innerhalb der Familien schwierig, einen reizarmen Freiraum im Alltag zu errichten und zu etablieren, in dem selbstbewusst und selbstbestimmt sportliche Betätigung, Entspannung, Ruhe und Konzentration ohne äußere Störfaktoren aus dem privaten Lebensumfeld gewährleistet werden können. Sport, Yoga und körperliches Awarenessstraining gehörten vor dem Beginn des digitalen Gesundheitsangebotes nicht zur Lebenswirklichkeit der Teilnehmerinnen, so dass die von einer Frau bei der Befragung getätigte Aussage „Man lernt seinen Körper besser kennen“ als ein Indiz sowohl für eine gesteigerte Lebensqualität als auch für eine Transformation des körperzentrierten Gesundheitsbewusstseins interpretiert werden kann. Für die Frauen stellt *Fit Digital* in einer über die Maßen beanspruchenden Pandemiezeit eine Insel der Entspannung im Alltag dar. Das wöchentlich stattfindende Gesundheitsangebot besitzt für die Frauen einen Ritualcharakter. Besonders positiv hervorgehoben wurde die Empathie, Zugewandtheit und persönliche Betreuung der Kursleiterin. Unter Anwendung einer zielgruppenadäquaten Sprache ging die Übungsleiterin auf individuelles körperliches Schmerzempfinden ein, dessen Ursachen größtenteils auf Stress-, Diskriminierungs- und Ungleichheitserfahrungen sowie auf die sozialen Folgeerscheinungen der Coronapandemie zurückzuführen waren. Diesbezüglich stellte sie zudem Informationen für gesundheitsbezogene Entspannungsübungen und Präventionsstrategien im Alltag zur Verfügung. Die



Rückmeldungen, die sowohl gegenüber der Übungsleiterin als auch im Rahmen des Fokusgruppengesprächs seitens der Teilnehmerinnen verbalisiert wurden, waren nahezu durchweg positiv. Den Frauen ist der Zugang zu den institutionalisierten Varianten des Yoga- und Entspannungstrainings angesichts von Zugangsbarrieren, struktureller Ausschließungspraktiken, fehlender finanzieller Ressourcen und einer Systemunvertrautheit in der Regel verwehrt. Somit ist es nicht verwunderlich, dass die Teilnehmerinnen bei *Fit Digital* zum ersten Mal mit Yoga in Berührung kommen. Dennoch existieren auch bei *Fit Digital* Zugangsschwierigkeiten, die in erster Linie mit der Beherrschung der technischen Voraussetzungen verbunden sind. Die technische und nahezu spielerische Versiertheit, mit der große Teile der im Homeoffice arbeitenden Mehrheitsbevölkerung Tools wie *Zoom*, *Microsoft Teams* oder *Google Meet* zur Anwendung bringen, kann bei den muslimischen Frauen aus der Hustadt nicht vorausgesetzt werden. Für den reibungslosen Ablauf von Onlinemeetings benötigt es ein Mehr an Aufklärung und Informationsaustausch sowie gegebenenfalls auch eine Generalprobe, bei der alle anstehenden Fragen zur technischen Umsetzung zu einer Lösung geführt wurden. Die technische Ausstattung der Teilnehmerinnen sowie instabile Internetverbindungen in der Hustadt waren weitere Hürden, die ein barrierereduziertes Mitmachen erschwerten. Ein Großteil der sechs bis acht kontinuierlich teilnehmenden Frauen wählte sich zu den Yogameetings über ein Smartphone ein. Das detaillierte Nachmachen der Yogaübungen und das konzentrierte Entspannen wurde durch die Nutzung eines kleinen Bildschirms enorm beeinträchtigt. Im Kreis der Frauen wurden Ideen und Vorschläge diskutiert, wie mittels der technischen Voraussetzungen ein qualitativ ansprechendes und attraktives Angebot gestaltet werden könnte. Da einige Frauen zuhause über ein Smart TV-Gerät mit einem großen Bildschirm verfügten, war es sinnvoll, das Gesundheitsangebot *Fit Digital* über diese Endgeräte zu visualisieren. Auch wenn *Fit Digital* vom Projekt QUERgesund auf Plakaten, auf der Onlinepräsenz oder in WhatsApp Gruppen als „kostenlos“ und „via Google Meet“ beworben wurde, bedeutet das noch nicht, dass es ein niederschwelliges Angebot für die weibliche Bevölkerung in der Hustadt darstellte. Es benötigte Fürsprecher\*innen, Vertrauenspersonen und Gatekeeper, die das wöchentliche Yoga- und Entspannungstraining mit lobenden Worten im sozialen Netzwerk der Frauen aus der Hustadt empfahlen und somit Berührungsängste, Skepsis und Misstrauen abbauten. Neue Teilnehmerinnen konnten nur dann zum Mitmachen sensibilisiert werden, wenn in der Hustadt auf zwischenmenschliche Netzwerke zurückgegriffen und die Mundpropaganda genutzt wurde, die kundtat, dass dieses Gesundheitsangebot als „Wohlfühlinsel im Alltag“ auf Dauer zu einem positiven gesundheitlichen Selbstwertgefühl maßgeblich beiträgt. Da sich das Angebot an alle Bewohner\*innen der Hustadt richtete, wäre eine Erhöhung der Heterogenität der Teilnehmer\*innen wünschenswert.

## 9.6 Frauenschwimmen

Das Gesundheitsangebot *Frauenschwimmen* richtete sich ausschließlich an muslimische Frauen, die aufgrund ihrer Sozialisation in ihren Herkunftsländern über keine Erfahrungen mit sicheren Bewegungstechniken im Wasser verfügen. Der Schwimmkurs für Frauen fand bis zum Lockdown Ende Oktober 2020 im Hallenbad der Heinrich Böll Gesamtschule in Bochum Mitte statt. Dieser wurde von Frau Omeirat, einer professionellen Schwimmlehrerin, geleitet. Obwohl bei den teilnehmenden Frauen sowohl aufgrund der gänzlich fehlenden Berührungspunkte zum Schwimmsport als auch angesichts der Fluchterfahrungen über das Mittelmeer zunächst große Ängste und Vorbehalte gegenüber diesem Gesundheitsangebot bestanden, konnten einige Teilnehmerinnen aus der Hustadt für diesen Kurs sensibilisiert werden. Die Motivationen der Teilnehmerinnen sind divers. Dass die Nichtbeherrschung von Schwimmtechniken innerhalb der eigenen Familie für die Frauen exkludierend wirken kann, wurde von einer Teilnehmerin ausgeführt. In den Urlauben, die mit der Familie in der Vergangenheit an der türkischen Mittelmeerküste verbracht wurden, konnten die Frauen ihren Männern und Kindern beim Baden im Meer aufgrund der fehlenden Kenntnisse zumeist nur neidisch zuschauen. Andere Beweggründe sind die Stärkung des Selbstwertgefühles durch den Erhalt erster Schwimmbadabzeichen, Integrationsbestrebungen und eine Verbesserung des körperlichen und gesundheitlichen Wohlbefindens. Angesichts des Sachverhaltes, dass an diesem Schwimmkurs ausschließlich muslimische Frauen teilnahmen, denen der Zugang zu öffentlichen Schwimmbädern aufgrund unterschiedlicher gesellschaftlicher, religiöser und kultureller Determinanten verwehrt war, wurden an die Schwimmhalle der Heinrich Böll Gesamtschule besondere Anforderungen gestellt. Es wurden im Vorfeld Maßnahmen und Strategien entwickelt, um diese Sportstätte zu einem nach außen hin abgeschlossenen Schutzraum für muslimische Frauen umzugestalten, der ein angst- und barrierefreies Lernen ermöglichte. Im Mittelpunkt der Diskussion über diesen Schutzraum standen religiöse Vorstellungen über den weiblichen Körper. Diese stehen in Verbindung mit verbindlichen Verpflichtungen in Bezug auf Moral, Religiosität und Sexualität. Die Übungsleiterin musste in zahlreichen Vorgesprächen mit den Teilnehmerinnen Vertrauen herstellen, weil Misstrauen davor bestand, dass die Aktivitäten im Schwimmbad von außen einsehbar seien. Zudem musste versichert werden, dass in der Sportanlage keine Kameras installiert seien. Des Weiteren stellte sich der Veranstaltungstermin als problematisch heraus, da er auf einen Sonntag fiel. An den Sonntagen sind zumeist die Ehemänner und die Kinder zuhause, so dass es aufgrund der familiären Verpflichtungen der Frauen schwierig war, freie Zeit für dieses Gesundheitsangebot zu finden. Die Schwimmlehrerin berichtete von einigen Rückmeldungen, aus

denen hervorging, dass die Familien nicht damit einverstanden waren, wenn die Frauen an einem Sonntag für mehrere Stunden nicht anwesend seien. Die Übereinstimmung des Schwimmkurses mit der Alltags- und Wochenstruktur der Teilnehmerinnen wurde hierbei hinterfragt. Ein weiterer Kritikpunkt betraf die Entfernung der Sportanlage von der Hustadt, die von den Beteiligten eine erhöhte Mobilität mit den öffentlichen Verkehrsmitteln erforderte. Die Bahnfahrt mit der U35 nach Bochum Mitte, der Fußweg von der Haltstelle zur Heinrich Böll Gesamtschule sowie die Rückfahrt wurden von den Frauen als Zugangsbarrieren und Hürden beschrieben. Dieser Aufwand stand nur bedingt in Relation zu der recht kurzen Verweildauer im Wasser, die mit konkreten Schwimmübungen verbracht wurde. In Bezug auf die eingeschränkte Mobilität der Frauen wurde von der Übungsleiterin der Vorschlag unterbreitet, einen Shuttelservice zwischen der Hustadt und Bochum Mitte anzubieten. Dieser würde die Attraktivität des Gesundheitsangebotes bei den Stadtteilbewohnerinnen steigern. Sehr kritisch und unbedingt verbesserungswürdig betrachteten die Teilnehmerinnen den Faktor Zeit. Besonders die Länge der einzelnen Übungseinheiten, die nur 60 Minuten umfassten, war den Schwimmanfängerinnen deutlich zu kurz. Eine beteiligte Frau schilderte dies wie folgt: ihr Körper müsse sich zunächst an das Wasser und die Temperatur des Wassers gewöhnen, so dass für den Übungsteil nur noch 45 Minuten Zeit bliebe. Aufgrund der Tatsache, dass bei der Übungsleiterin eine starke Fluktuation der Übungsgruppen im Schwimmbad vorherrschte, mussten die Frauen nach wenigen Praxiseinheiten recht zügig das Becken wieder verlassen. Der Lernerfolg, der zudem durch den neuerlichen Lockdown unterbrochen wurde, wurde von den Frauen als eher gering eingeschätzt. Die Ausweitung des Kursangebotes und das Zulassen von Entfaltungsräumen, die nicht an strikte und durchgetaktete Zeitregime geknüpft sind, wären bei der Neuauflage dieses Gesundheitsangebotes sinnvoll. Zudem wünschen sich die Teilnehmerinnen eine praktische Anleitung und eine auf individuelle Stärken und Schwächen eingehende Unterstützung beim Schwimmenlernen im Wasser, die über die verbale Kommunikation von Anweisungen vom Beckenrand hinausgehe. In Anbetracht der oben diskutierten Gründe herrschten bei einigen Frauen große Ängste, wenn sie alleine im Wasser waren und nur durch eine wenig Vertrauen erweckende Schwimmhilfe über Wasser gehalten wurden. Hier bedarf es einer professionellen und sensiblen Adressierung dieser Ängste, die nicht selten in Verbindung stehen mit Fluchterfahrungen im Mittelmeer. Die teilnehmenden Frauen zogen aus dem Besuch des Frauenschwimmkurses jedoch auch einen Mehrwert, der über die positive Veränderung des Gesundheitsbewusstseins und über die körperliche Ertüchtigung hinausging. Die Herausbildung einer „Wir-schaffen-das-Kultur“, die auf die ersten Berührungsängste, Zweifel und Bedenken folgte, war deutlich zu erkennen. Durch die Erlangung von ersten Schwimmabzeichen und Urkunden,

die laut der Übungsleiterin bei den Frauen eingerahmt und gut sichtbar die anderen Familienmitglieder alltäglich an die vollbrachte Leistung erinnern, schöpften die Teilnehmerinnen ein neues Selbstwertgefühl. Der erfolgreich belegte Schwimmkurs wird innerfamiliär als Zeichen für Emanzipation und Selbstbestimmung gewertet, so dass den Frauen schnell eine Vorbildfunktion für Kinder und Ehemänner zukam. Die nun durch dieses Schlüsselerlebnis gefestigte Gewissheit, dass Frauen ihre Möglichkeitsräume abseits der familiären Care-Arbeiten zur Selbstverwirklichung erfolgreich und identitätsproduktiv nutzen können, geht meistens einher mit weiteren biografischen Entscheidungen. Das Erlangen der Fahrerlaubnis ist danach oft die nächste Herausforderung, die die Frauen in Angriff nehmen.

## **9.7 Partizipative Gesundheitsbibliothek QUERgesundBib**

Im Jahr 2020 begann die Projektkoordination in Kooperation mit dem Quartiersmanagement HUKultur in den Räumlichkeiten direkt am Brunnenplatz („Hugesund“) für Bewohner\*innen und Multiplikator\*innen die Einrichtung einer partizipativen Bürger\*innenbibliothek zu planen. Die „QUERgesundBIB“ wird fortwährend in einem kollaborativen Prozess mit Literatur bestückt. Im Rahmen der Netzwerkarbeit im Stadtteil und der SMART-Workshops konnte zudem Torsten Eilks von der Stadtteilbibliothek Querenburg als Kooperationspartner gewonnen werden. Im Rahmen des Stadtteilfestes in der Hustadt am 24. September 2022 konnte die QUERgesundBIB schließlich erfolgreich mit einem ersten Büchergrundbestand eröffnet werden.

Die Realisierung der Maßnahme wurde sowohl von der Coronapandemie als auch durch Umstände, die zum Ausfall einiger zentraler Kooperationspartner führten (Schließung des Interprofessionellen Gesundheitszentrums InGe der Hochschule für Gesundheit, Erkrankung der Bibliotheksleitung der Hochschule für Gesundheit) verlangsamt. Im Frühjahr 2021 nahmen Anika Strauss (Projektkoordination QUERgesund) und Christiane Falge (Hochschule für Gesundheit) den Faden noch einmal auf, um das Projekt dennoch zu realisieren. Hierfür wurde die kollaborative Projektgruppe QUERgesundBIB, bestehend aus Stadtteilmforscher\*innen und Stadtteilakteur\*innen (u.a. das Quartiersmanagement und Torsten Eilks) zur Realisierung der Bürger\*innenbibliothek gegründet. In diesem Zusammenhang konnten sowohl der Dekan des Department of Community Health, das Präsidium der Hochschule (vertreten durch den Kanzler) als auch die stellvertretende Bibliotheksleitung der Hochschule für Gesundheit schließlich für das Projekt gewonnen werden. Im Verlauf des kollaborativen Prozesses kam die Projektgruppe QUERgesundBIB während eines SMART-Workshops recht schnell zu dem

Schluss, dass die ursprünglich als Teil der Stadtteilbibliothek im Uni-Center geplante Bürger\*innenbibliothek unbedingt fußläufig im Stadtteil zu verorten sei. Dieser basiert auf den wissenschaftlichen Erkenntnissen des Stadtteillabors und der von der Hochschule für Gesundheit durchgeführten Bedarfsanalyse, die vermeintliche Schwer-Erreichbarkeit marginalisierter Communities über aufsuchende Angebote zu adressieren. Die Ergebnisse zeigen, dass Angebote, die nicht in der unmittelbaren Nähe der inneren Hustadt liegen, von Bewohner\*innen kaum bis gar nicht in Anspruch genommen werden.

Einen besonderen Mehrwert hat eine lokale Gesundheitsbibliothek, die sich an den Bedarfen der Bewohner\*innen orientiert, für das ebenfalls am Brunnenplatz verortete Stadtteillabor. Die QUERgesundBIB fungiert als ein Ort, an dem Wissenschaft, Gesundheitswissen und lokales Wissen zusammengebracht, erfahrbar und lebbar gemacht werden. Ein [ähnliches Projekt](#), jedoch ohne hochschulische Anbindung, sorgt bereits in Dortmund für positive öffentliche Aufmerksamkeit. Die Räumlichkeiten sind für Studierende der Hochschule für Gesundheit eine weitere Gelegenheit, um sich durch die Interaktion mit Bewohner\*innen vor Ort Diversitykompetenz anzueignen.

Das Stadtteillabor hat die Schirmherrschaft für die Bürger\*innenbibliothek inne und die Stadtteilbibliothek, vertreten durch Herrn Eilks, bringt sich langfristig in die Betreuung ein. Geplant sind (abhängig von der personellen Situation in der Stadtteilbibliothek) eine regelmäßige Präsenz der Stadtbücherei in der QUERgesundBIB mit Handapparaten zu Gesundheitsaspekten und anderen Themen, sowie Unterstützung bei Medien-Einarbeitung, Sortierung, Nutzer\*innenberatung und dem Aufbau einer Broschüren-Sammlung. Eine Stadtteilmforscherin wirkt bei der Gestaltung mit und wird in der Handhabung der Bibliothek geschult. Sie wird die regelmäßigen Öffnungszeiten (mittelfristig etwa 1x2 Stunden pro Woche) der Bibliothek ehrenamtlich betreuen.

Daniel Simon (Hochschule für Gesundheit) konzipierte im Sommer 2021 zusammen mit der Projektkoordination, Torsten Eilks und in Zusammenarbeit mit den Stadtteilmforscher\*innen eine DiPS-Befragung, die Erkenntnisse dazu lieferte, mit welchen Themen und Medien die kollaborative Gesundheitsbibliothek bestückt werden soll. Die Fragen sind in der folgenden Abbildung dargestellt. Die Befragung wurde in deutscher, russischer, kurdischer, arabischer, somalischer und englischer Sprache durchgeführt. Die Inhalte der Befragung werden mit den folgenden Screen-Shots dargestellt.

Abbildung: Screenshots der Befragung der Bewohner\*innen zur QUERgesund Bibliothek

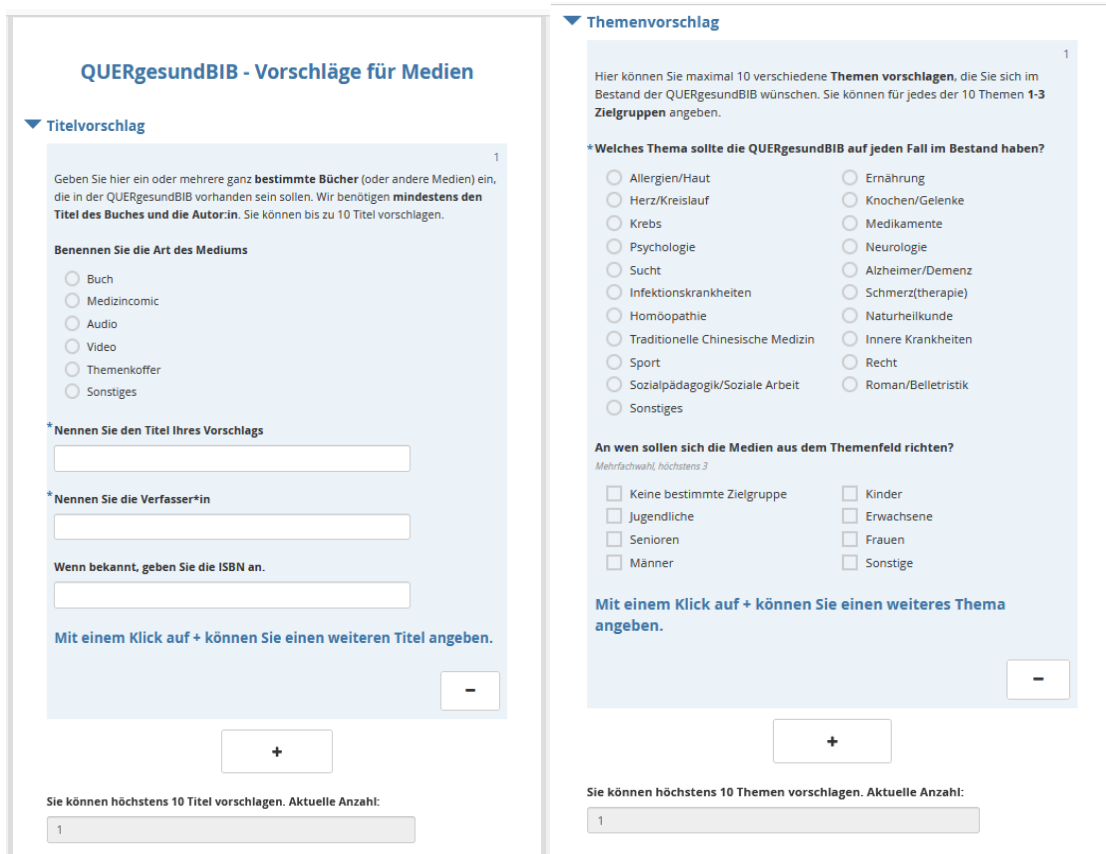
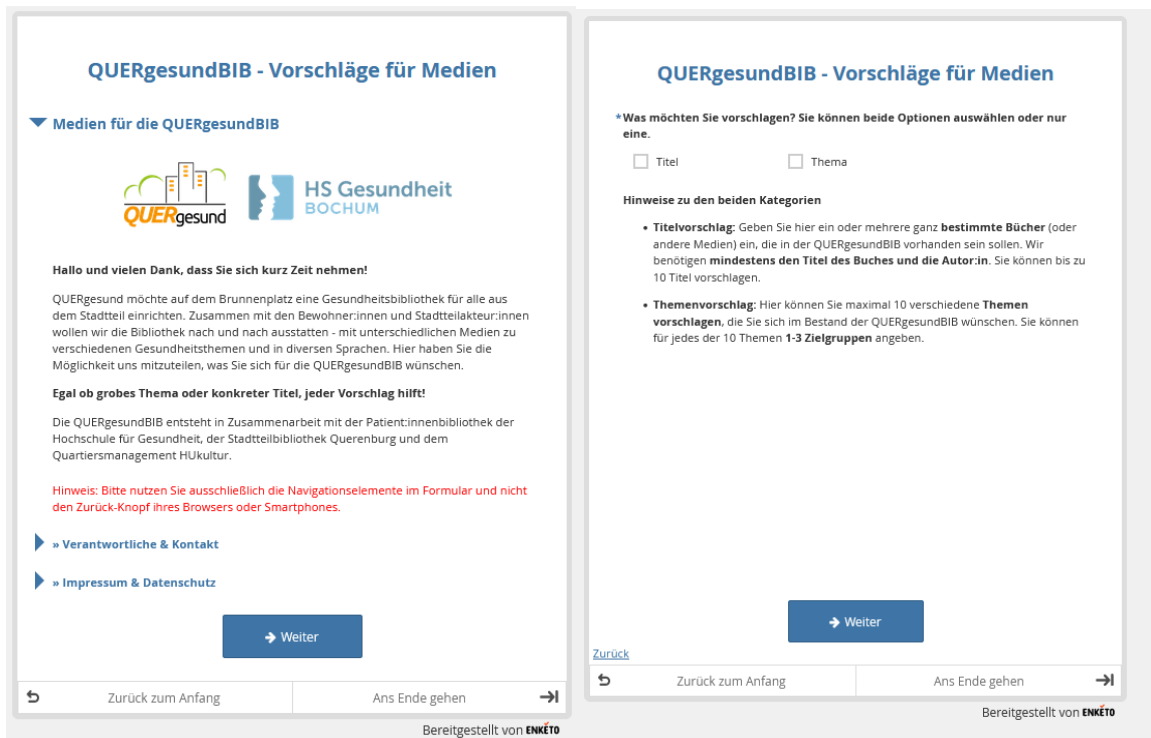


Abbildung: Flyer zur Bewerbung der Bibliotheksbefragung

**QUERgesund**  
 ...wir hätten da ein paar Fragen



**QUERgesund BIB**



QR-Code scannen  
 und mitmachen  
 و QR -صور رمز ال  
 قم بمشاركة  
 Сканируйте QR-код  
 и присоединяйтесь  
 Koda QR -ê bikişinin  
 û beşdar bibin  
 Scan Qr code oo ku  
 soo biir

<https://enketo.hs-gesundheit.de/:gJZuoUKM>

Eine Bibliothek am Brunnenplatz.  
 Aber was soll da rein?  
 Machen Sie Vorschläge zu Themen und Medien,  
 die auf jeden Fall vorhanden sein sollten!




Die DiPS-Befragung startete im Dezember 2021. Bis Januar 2022 haben 7 Personen Buchtitel genannt (1= 12-16 Jahre, 1= 21-39 Jahre und 5= 40-64 Jahre). Es wurden 10 Titel benannt, die aus dem DiPS\_Lab an das Team von QUERgesund übermittelt wurden. Auf die Frage nach der bevorzugten Art des Medienkonsums gaben sieben Personen Bücher/Zeitschriften/Zeitungen an, während zwei Personen Hörbücher/Podcasts und eine Person Videos angaben. Auf die Frage nach gewünschten Fremdsprachen für Ausleihmedien wurde in sechs Fällen arabisch, zwei Mal türkisch sowie kurdisch und englisch benannt. Sechs Personen gaben an, Bücher für sich selbst auszuleihen. Für die Familie leihen vier der Befragten, für ihre Kinder zwei und den / die Ehepartner\*in eine Person Medien aus.

Fünf Befragte wünschten sich den Freitag als Öffnungstag, während sich nur eine Person für den Sonntag aussprach. Die meisten Befragten sprachen sich zudem für eine Öffnung in der Nachmittagszeit aus.

## 9.8 Eat cool – be cool!

Die Bedarfserhebung, Gespräche mit Stadtteilakteur\*innen und Diskussionen während der SMART-Workshops ergaben, dass Männer von Gesundheitsangeboten und Präventionsmaßnahmen kaum oder gar nicht erreicht werden. Insbesondere Männer mit Migrationshintergrund haben nur wenige Berührungspunkte mit den sozialen Einrichtungen und Stadtteilakteur\*innen. Ein spezielles Angebot für männliche Jugendliche sollte diese Problematik adressieren, indem es schon bei den Jugendlichen ein Gesundheits- und Körperbewusstsein schafft. Das Projekt „Eat cool – be cool“ förderte gezielt die Gesundheit von männlichen Jugendlichen mittels einer

Kombination aus Fitness-Training und der Auseinandersetzung mit dem Thema „Was ist gesunde Ernährung?“ und „Was ist gut für mich?“. Auch im Kontext der Coronapandemie war die Gesundheitsförderung in der Hustadt für die o.g. Zielgruppe dringend notwendig.

Im Rahmen des Projekts stand im Vordergrund, die Perspektiven der Jugendlichen nachzuvollziehen, ihre Lebenswelten zu verstehen und sich mit ihnen über das Thema gesunde Ernährung und Fitness auseinanderzusetzen. Deswegen wurde im Projekt nicht nur frontal Wissen über Gesundsein und Gesundwerden vermittelt, sondern zusammen mit den Jugendlichen ein für sie individuell passender Weg zu einem gesunden Lebensstil erarbeitet. Unter anderem wurden im Projektverlauf folgende Fragen mit den Jugendlichen adressiert und reflektiert:

- Was bedeutet es in meinem Alter, einen gesunden Körper zu haben? Wie entwickelt er sich? Was verkraftet er? Und wie kann meine Fitness altersgerecht gefördert werden? Welche Interessen habe ich?
- Welche Ernährung ist für mich die Richtige? Wie wirken sich künstliche Proteine usw. auf meinen Körper aus? Mit welchen Nebenwirkungen muss ich rechnen?
- Was macht mich gesund und was macht mich krank oder abhängig? Welchen Vorbildern eifere ich nach und warum?

So konnte erreicht werden, dass das Projekt „Eat cool – be cool!“ Jugendliche motivierte, mehr für ihre eigene Gesundheit zu tun und unterstützte sie zudem dabei, gesundheitsschädlichen Tendenzen durch die Lebensumstände während der Coronapandemie entgegenzuwirken. Das Projekt wurde zunächst durch das Jugendamt Bochum finanziert. Im Jahr 2022 konnte „Be cool – Eat cool“ dann erfolgreich in der Einrichtung HuTown verstetigt werden.

## **9.9 Frauengesundheit**

Das Thema „Frauengesundheit“ kam schon zu Beginn des Projektes QUERgesund im Rahmen des Zusammenkommens und des Austauschs während der Gesundheitsforen auf, die hauptsächlich von Frauen besucht wurden (vgl. Kapitel 9.1).

Früh entwickelten die Teilnehmer\*innen zusammen mit der Projektkoordination das Konzept für das Angebot Frauenschwimmen. Generell adressieren viele der im Rahmen von QUERgesund entwickelten Angebote (FitBo, Yoga und Entspannung, Interkulturelles Gärtnern, Frauen lernen Fahrrad fahren) die Bedarfe von Frauen. Obwohl die Nicht-Erreichung von Männern in ähnlichen Projekten unbedingt in den Fokus genommen werden sollte, kann von einer indirekten Erreichung der Männer über die Frauen in den Familien zu einem bestimmten Grad ausgegangen werden.



Obwohl Themen wie Sexualität, Schwangerschaft und die Beschneidung von somalischen Frauen im Gesundheitsforum und auch während der Reflexionstreffen mit den Stadtteilerforscher\*innen immer wieder aufkamen und auch die Vernetzung mit der Stadtteilhebamme früh im Projektverlauf stattgefunden hat, gab es bis Ende 2021 kein Angebot, das diese Bedarfe konkret adressierte.

Im Januar 2022 startete schließlich die „FrauenPlauderStunden“, die sofort auf eine große Resonanz im Stadtteil stieß. In Kooperation mit dem „Walk in Ruhr“ (Zentrum für sexuelle Gesundheit und Medizin Bochum) und dem Hustadttreff IFAK e.V. organisierte die Projektkoordination QUERgesund einen niederschweligen Gesprächskreis für Frauen aus der Hustadt und Umgebung zur Frauengesundheit. Der Gesprächskreis wird ehrenamtlich von einer Stadtteilerforscher\*in, einer Gesundheitsberaterin, einer Gynäkologin sowie der Familienhebamme für den Stadtteil Querenburg begleitet. Ziel des Gesprächskreises ist es, eine vertraute Atmosphäre und einen geschützten Raum zu schaffen, in dem Frauen in Bezug auf ihre Gesundheit Gehör und Unterstützung finden und wo sie sich über Themen wie Sexualität, Geburt und Kindergesundheit informieren und mit Ansprechpartner\*innen und Gesundheitsinstitutionen vernetzen können.

## **9.10 Homepage**

Neben Informationen über das Projekt, die Vorstellung des Teams QUERgesund und des Steuerungsgremiums, Berichten über und Fotodokumentationen von Veranstaltungen und gestarteten und erfolgreich abgeschlossenen Angeboten, erklärt die Seite <https://quergesund-bochum.de> Interessierten auch die Forschungsansätze und Forschungsmethoden (Digitalen Methoden Partizipativer Sozialraumanalyse und kollaborative Forschung), mittels deren die Bedarfs- und Bestandsanalyse durchgeführt wurde. Unter der Sektion „Berichte“ können Interessierte den von der Hochschule für Gesundheit erstellten Zwischenbericht und den Evaluationsbericht herunterladen. Außerdem sind die Protokolle der Netzwerktreffen öffentlich zugänglich. Unter „Gesund in der Hustadt“ finden Besucher\*innen zudem eine interaktive Karte, die über aktuelle gesundheitsfördernde Angebote in der Hustadt informiert. Diese wurde unter anderem auf Grundlage der ersten DiPS-Befragung erstellt. Unter „Sag was ist“ finden Interessierte die Links zu allen DiPS-Befragungen.

Während der Coronapandemie nutzte die Projektkoordination unter anderem die Homepage um Materialien über den und zum Umgang mit dem Coronavirus bereitzustellen. Alle „Corona-

Infos“ finden sich unter der Rubrik „Gesundheitsinformationen im Internet“ (<https://quergesund-bochum.de/mitmachen/gesundheitsinfosimnetz/>). Hier finden sich mittlerweile auch Inhalte, die im Rahmen des assoziierten Projekts „Orientierungshilfen im Umgang mit Online-Gesundheitsinformationen (OriGes II)“ erstellt wurden. Dieses vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) geförderte Projekt wurde vom Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health an der Universität zu Köln als Auftragsforschung an das Stadteillabor vergeben und unter Leitung von Prof. Falge und Prof. Betscher durchgeführt. Falge und Betscher bildeten im Wintersemester 2020/21 Menschen mit diversen Hintergründen (z.B. unterschiedlichen Alters, unterschiedlicher Herkunft oder Einstellung zu Gesundheit) zu Community Forscher\*innen aus und leiteten eine Tandemforschung mit Studierenden an. Bei der Forschung handelt es sich um eine sogenannte „third mission“, also um eine Aktivität, die über die Kernaufgaben einer Hochschule hinausgeht. Ziel der Studie war es, besser zu verstehen, wie marginalisierte Bürger\*innen nach Informationen im Internet suchen und welche Gesundheitsinformationen sie gerne finden würden.

## 9.11 Begegnungsraum „Jobcenter – Hustadt“



*Abbildung 1 Diskussion des Themas „Diskriminierungserfahrungen und Wohlbefinden“ am „Offenen Tisch“ während des SMART-Workshops im Februar 2020*

Aus der kollaborativen Forschung ging deutlich hervor, dass Diskriminierung und Rassismus durch die Mehrheitsgesellschaft eine zentrale Gesundheitsgefährdung für die Menschen in der Hustadt darstellt. Während der ersten SMART-Workshops wurden diese Erkenntnisse in einer

der fünf Arbeitsgruppen thematisiert. Bewohner\*innen berichteten von Diskriminierungserfahrungen in der Ausländerbehörde und im Jobcenter und äußerten den Wunsch nach einem Abbau von Vorurteilen. Gemeinsam mit Manuela Mikešić-Benai vom Jobcenter Bochum entstand die Idee, einen Begegnungsraum zu schaffen, in dem Mitarbeiter\*innen des Jobcenters und Bewohner\*innen sich gegenseitig Einblick in ihre Lebenswelten geben und Erfahrungen thematisieren und diskutieren können. Erste Ideen und Fragen, die während eines Begegnungstreffens mit Mitarbeiter\*innen des Jobcenters diskutiert werden könnten, brainstormten wir bereits während eines Reflexionstreffens mit den Stadtteilmforscher\*innen im Oktober 2021.

Während eines Gesundheitsforums im Oktober 2019 diskutierten wir den ethnofiktionalen Film „Deutschlandfiction“, den die Künstlerin und Sozialanthropologin Jana Eiting gemeinsam mit Prince Kani und Muhammed Conteh fertig gestellt hat und sich mit Diskriminierungserfahrungen in deutschen Behörden auseinandersetzt. Der knapp 20-minütige Film behandelt die Erfahrungen der beiden Geflüchteten Prince und Muhammed mit der deutschen Bürokratie und die Auswirkungen von belastenden Erlebnissen auf Alltag und Wohlbefinden. Gezeigt werden zwei sehr unterschiedliche Erfahrungen in der Ausländerbehörde. Am 1. April 2022 luden wir Mitarbeiter\*innen vom Jobcenter und drei Stadtteilmforscher\*innen aus der Hustadt zum gemeinsamen Schauen und Diskutieren des Films ein.

Sowohl auf Seiten der Stadtteilmforscher\*innen als auch auf Seiten der Jobcentermitarbeiter\*innen gab es im Vorfeld der Veranstaltung Vorbehalte und Ängste. Die Mitarbeiter\*innen des Jobcenters befürchteten zunächst, dass sie von uns in die Hustadt eingeladen würden, um Sonderberatungen für Bewohner\*innen durchzuführen. Die Stadtteilmforscher\*innen äußerten Bedenken, ob sie während der Veranstaltung offen reden könnten oder ob sie Gefahr liefen, dass persönliche Informationen an ihre Sachbearbeiter\*innen weitergegeben werden würden. Diese anfängliche Skepsis und Bedenken lösten sich – für einige der Teilnehmenden sicher überraschend – während der Veranstaltung sehr schnell in Luft auf. Die Problematik, inwiefern das Wohlbefinden oder Unwohlsein von Menschen mit in deutschen Behörden gemachten Erfahrungen zusammenhängt, die der Film ‚Deutschlandfiction‘ aufzeigt, bot Anlass zur Diskussion und sorgte so für einen einfachen Gesprächseinstieg. So entstand eine entspannte Atmosphäre des Austauschs und der Begegnung. Die Teilnehmenden trauten sich offen über ihre Erfahrungen und die Herausforderungen, die die deutsche Bürokratie mit sich bringt, zu sprechen. Sie erfuhren dabei gegenseitiges Verständnis und Zuspruch und planen auch zukünftig im Gespräch zu bleiben, um gemeinsam Unwägbarkeiten zu adressieren und anzugehen.

Zukünftig sollen regelmäßige, halbjährliche Treffen mit Stadtteilmforscher\*innen und Mitarbeiter\*innen des Jobcenters stattfinden, um sich über aktuelle Programme, Veranstaltungen und Bedarfe auf dem Laufenden zu halten und auszutauschen.

## **9.12 Impfsensibilisierung und Impfkation gegen COVID-19**

Gemeinsam mit der IFAK e.V. und dem Stadtteillabor führte das Team von QUERgesund im Juli und September 2021 eine mobile Impfkation in der Hustadt durch. Nach der Konzipierung der Aktion konnten sensibilisierte Ärzt\*innen die Stadtteilmforscher\*innen über Covid-19 und über die Schutzimpfung informieren. Viele Fragen und Unsicherheiten der Stadtteilmforscher\*innen konnten im Rahmen dieses Treffens geklärt werden. Zudem trug der offene Austausch dazu bei, dass die bei manchen Stadtteilmforscher\*innen bestehende Impfskepsis adressiert werden konnte und sich lösen ließ. Anschließend informierten die Stadtteilmforscher\*innen die Menschen im Stadtteil, auf der Straße und an der Wohnungstür über die Nebenwirkungen des Impfstoffes, klärten über Falschinformationen bezüglich etwa möglicher Nebenwirkungen auf und bewarben die Impfkation. Die Aktion war entsprechend kultursensibel und niedrigschwellig konzipiert: sie fand vor Ort statt, konnte sich auf bereits vorhandene soziale Netzwerke und Vertrauen zu bereits etablierten Ansprechpartner\*innen und Institutionen stützen, setzte auf Mehrsprachigkeit und war darüber hinaus barrierefrei. Die Stadtteilmforscher\*innen waren in alle Organisationsabläufe und als Ansprechpartner\*innen in die Aktion eingebunden. An der Impfkation nahmen über 70 Menschen teil und ließen sich im Zuge dessen impfen. Davon erklärten sich 57 bereit, einen Fragebogen, der auf den Sprachen Kurdisch, Arabisch, Somali und Deutsch zur Verfügung gestellt wurde, auszufüllen. Überwiegend nahmen arabisch und kurdisch sprechende Personen an der Umfrage teil<sup>8</sup>. Ein Großteil der Menschen, die an der Impfkation teilnahmen, kamen direkt aus der Hustadt. Vereinzelt kamen jedoch auch Menschen aus den umliegenden Stadtteilen und aus Nachbarstädten im Ruhrgebiet, um sich impfen zu lassen. Eins der zentralen Ergebnisse der Erhebung war, dass Vertrauen, Mehrsprachigkeit und Wohnortnähe zu den genannten Hauptgründen gehörte, sich in der Hustadt impfen zu lassen. Dies unterstreicht die hohe Bedeutung von Diversitätssensibilität, die die Erreichung von marginalisierten Communities bei solchen Aktionen erst möglich macht.

Die erste Impfkation wurde in Absprache mit dem Impfzentrum Bochum durchgeführt. Da es eher ungewöhnlich ist, dass Laien eine medizinische Aktion organisieren, ging das Impfzentrum fälschlicherweise davon aus, dass die Mitarbeiter\*innen Annika Strauss und Dina Gorch von

---

<sup>8</sup> Die Ergebnisse der Erhebung sind auf der Webseite des Stadtteillabors veröffentlicht. <https://www.hs-gesundheit.de/stadtteillabor-hustadt/corona>

QUERgesund und Prof. Dr. Christiane Falge vom Stadteillabor Erfahrungen mit Impfkampagnen hätten, was im Ablauf zu Missverständnissen und Herausforderungen führte. So stellte das Impfzentrum zwar den Impfstoff, zwei Ärzt\*innen und auf Anfrage zwei Sanitäter\*innen zur Verfügung. Das Team, das von Mitarbeiter\*innen sozialer Einrichtungen und Freiwilligen aus dem Stadtteil unterstützt wurde, war ansonsten jedoch auf sich selbst gestellt und erhielt weder eine Einweisung noch administrative Unterstützung während der Aktion. Daher stolperte das transinstitutionell und divers zusammengesetzte Team bei der Aktion trotz guter Vorbereitung im Vorfeld – alle Impflinge erhielten Zeitslots, die beiden Impfstraßen waren gut ausgeschildert und mehrsprachige Lots\*innen standen als Ansprechpartner\*innen zur Verfügung – über die ein oder anderen Fallstricke. Zunächst kam es zur zeitlich verzögerten Bereitstellung des Impfstoffes, der von Falge selbst im Impfzentrum abgeholt werden musste, so dass die Impfwilligen mangels entsprechender Räumlichkeiten bei Regen und Kälte unter freiem Himmel warten mussten. Zum anderen entstanden chaotische Situationen, weil zu viele Menschen gleichzeitig Einlass in den einzig vorbereiteten Impfraum begehrten und ‚social distancing‘ und die Einhaltung weiterer Hygienemaßnahmen so quasi unmöglich machte. Zeitweise hielten sich bis zu 60 Personen in den Räumlichkeiten auf, so dass angesichts der Unübersichtlichkeit ein Impfwilliger im Rollstuhl beinahe zwei Mal geimpft wurde. Insbesondere die vom Impfzentrum angefragte Dokumentation, die vom Team via Excel Listen und mehreren Laptops vorgenommen wurde, war sehr zeitaufwendig und fehleranfällig. Auch die während der Aktion vom Arzt und Team ausgefüllten Impfmappen mussten vom QUERgesund Personal sortiert, überprüft und an das Impfzentrum zurück versendet werden. Auf Grund der organisatorischen Schwierigkeiten und der Unerfahrenheit des Teams vor Ort konnten nicht alle Unterlagen in den Impfmappen vollständig oder vollständig ausgefüllt abgegeben werden. Trotz der schlechten Wetter- und erschwerten organisatorischen Durchführungsbedingungen konnten im ersten Durchlauf 70 Menschen geimpft werden.

Die zweite Impfkaktion verlief deutlich geordneter. Das Team von QUERgesund hatte basierend auf der ersten Erfahrung eine strategische Impfvorgehensweise vorbereitet: es wurden mehr Räume zur Verfügung gestellt und die Anmeldung fand im Freien statt (beim schlechten Wetter wäre die Anmeldung in die benachbarte Katholische Kirchengemeinde verlegt worden). Im Freien organisierte das Team QUERgesund zusammen mit der Hochschule für Gesundheit, dem Stadteiltreff IFAK e.V., der Katholischen Kirchengemeinde, der Bücherei Querenburg und HUKultur einen Anmeldebereich mit zwei Wartemöglichkeiten. Die Anmeldung erfolgte größtenteils in Muttersprache. Freiwillige achteten auf die Einhaltung der Hygienemaßnahmen und leiteten Impfwillige nach der Anmeldung in eine der beiden Impfräume von QUERgesund

oder dem Stadtteiltreff IFAK e.V. weiter. Die Wartezeiten konnten so deutlich reduziert werden. Vor den beiden Räumlichkeiten begrüßten Impfplots\*innen und Ehrenamtliche die Impfwilligen und erklärten ihnen den Ablauf der Impfung. Die beiden Impfräume waren in Warte-, Aufklärungs- und Impfstation unterteilt. An jeder Impfstraße war ein Arzt für das Aufklärungsgespräch und eine/ein medizinische/-r Angestellte/-r, welche impften, zugegen. Nach der Impfung hielten sich die Geimpften 15 Minuten im Wartebereich auf, damit bei eventuellen allergischen Reaktionen auf den Impfstoff schnelles Handeln möglich war. Hier hatten Impfplots\*innen die Möglichkeit, Geimpfte zu befragen.

Wenn noch zu der ersten Impfkaktion überwiegend Erstgeimpfte kamen, vor allem Menschen, welche Angst vor der Impfung hatten, so kamen zu der zweiten Impfkaktion Stadtteilbewohner\*innen und Bewohner\*innen aus benachbarten Stadtteilen, welche überwiegend schon mindestens einmal geimpft oder genesen waren. Durch das Vorliegen eines Impfnachweises konnte man identifizieren, inwiefern ein Impfschutz bestand. Das war jedoch in einigen wenigen Fällen nicht möglich, auch obwohl keine Sprachbarrieren bestanden (Impfplots\*innen beherrschten mehrere Sprachen): es fehlte z.B. ein Impf- oder Genesungsnachweis. In solchen Fällen leitete man die Impfwilligen zum Aufklärungsgespräch mit dem Arzt, welcher letztendlich die Entscheidung traf. Im zweiten Durchlauf konnten insgesamt 140 Personen geimpft werden. Die Impfmappen wurden diesmal direkt vom Personal des Impfzentrums abgeholt. Das Ausfüllen der Mappen, das Festhalten persönlicher Daten wie etwa Versicherungsnummern, Geburtsdaten und Adressen und Nachhalten der Impf- oder Genesenennachweise lag jedoch nach wie vor beim Aktionsteam, was eine der größten Herausforderungen darstellte.

Als eine kleine Motivation und Anerkennung erhielten alle Geimpften einen Gutschein für eine Schifffahrt auf dem Kemnader See mit ihren Familien. Die Bezirksvertretung Bochum Süd förderte diesen Ausflug finanziell. Ungefähr 1/3 aller Geimpften nahmen daran teil. Das Team von QUERgesund und der Hochschule für Gesundheit koordinierte und begleitete den Ausflug.

Es ist zu konstatieren, dass eine persönliche, mehrsprachige und kultursensible Ansprache deutlich mehr vulnerable und marginalisierte Gruppen sensibilisiert und motiviert. Die beiden Impfkaktionen waren erfolgreich und führten zu mehr Impfbereitschaft gerade von Seiten der impfskeptischen Bewohner\*innenschaft.

Sowohl die Impfkaktion als auch die mehrsprachige und kultursensible Impfsensibilisierung verdeutlichen die wichtige Bedeutung und tragende Rolle, die niedrigschwellige und lokale Gesundheitsinterventionen haben können. Zudem zeigen die Erfahrungen, wie wichtig eine ausreichende Ausstattung mit Ressourcen und eine angemessene Unterstützung lokaler Akteur\*innen bei der Durchführung solcher Aktionen ist, damit diese möglichst störungsfrei, erfolgreich,

orientiert an Sicherheitsstandards und datenschutzkonform für alle Beteiligten ablaufen können.

## **10. Ergebnisse der Zwischenevaluation**

Die zu Beginn des Jahres 2021 durchgeführte Evaluation gewährte multiple Einblicke in die vom Projekt QUERgesund im Jahr 2020 realisierten Gesundheitsangebote, die aus den Daten der empirischen Bedarfserhebung abgeleitet wurden. Zu diesen gesundheitsorientierten Interventionen zählen:

- Fit im Park
- Fitnessboxen für Mädchen
- Interkulturelles Gärtnern & Kräuter und Pflanzen
- Fit Digital
- Frauenschwimmen

Die Evaluation der hier in Rede stehenden Gesundheitsangebote begann im Januar 2021 mit konzeptionellen, strategischen und methodologischen Überlegungen. Der Großteil der empirischen Erhebungen im Rahmen von Interviews und Fokusgruppengesprächen, die alle aufgrund der Kontaktbeschränkungen via Zoom durchgeführt werden mussten, wurde in den Monaten Februar bis April 2021 realisiert. Ziel der Evaluation war die qualitative Bewertung und Beurteilung der sechs bisher im Projekt QUERgesund realisierten Gesundheitsangebote, die aufgrund der Coronapandemie im Jahr 2020 nur diskontinuierlich an den Start gehen konnten. Die Evaluation war mit der Intention angetreten, die Herausforderungen, Chancen, Gütekriterien und Verstetigungspotenziale genauer zu betrachten, um die Gesundheitsangebote hinsichtlich ihrer Attraktivität, Kultursensibilität und Beteiligungsrate zu verbessern. Eine wesentliche Zielformulierung der Evaluation bestand darin, aus den empirisch generierten Evidenzen Handlungsempfehlungen und Optimierungsvorschläge abzuleiten. Diese trugen zur Steigerung der Praxisrelevanz und der Akzeptanz bei den Teilnehmer\*innen bei. In der qualitativen Erhebung konnten die Kursleiter\*innen in einem ersten Arbeitsschritt zu ihren Einschätzungen und Erfahrungen in leitfadengestützten, teilstrukturierten und narrativen Einzelinterviews (vgl. Spiritova 2014/ O'Reilly 2005) befragt werden. Danach folgten Fokusgruppengespräche (vgl. Lueger & Froschauer 2018) mit den Teilnehmerinnen der Gesundheitsangebote. Hier standen Herausforderungen, Probleme, Verbesserungsvorschläge, Verstetigungspotenziale, Justierungsbedarfe und Gütekriterien im Mittelpunkt der Auseinandersetzung. Im Zuge der Einzelinterviews mit den Kursleiter\*innen wurden zunächst wesentliche Informationen gesammelt, die bei der

kollaborativen Erstellung des Frageleitfadens, der im späteren Verlauf der Evaluationsforschung bei den Fokusgruppengesprächen zur Anwendung kam, wichtige Hilfestellungen boten. Das methodische Design der Evaluation wurde maßgeblich von zwei Faktoren bedingt. Der erste Faktor bestand in den Einschränkungen durch die Coronapandemie zu Beginn des Jahres 2021. Der zweite Faktor betrifft die eingeschränkten personellen Ressourcen des Projektes QUERgesund. Aufgrund der eingeschränkten personellen Ressourcen des Projektes sowie angesichts des überschaubaren Zeitkorridors zur Durchführung der Evaluation wurde davon abgesehen, Einzelinterviews mit den Teilnehmerinnen der Gesundheitsangebote zu führen. Auf der Basis der Evaluation wurden Handlungsempfehlungen, Problemstellungen und Strategien in Form von Bulletpoints ausgearbeitet. Diese führen langfristig zur Optimierung und zur progressiven Fortentwicklung der projektrelevanten Organisations- und Prozessstrukturen der von QUERgesund realisierten Gesundheitsangebote. Die kritische Auseinandersetzung mit den projektimmanenten Herausforderungen stellte eine Grundvoraussetzung für eine nachhaltige Implementierung, eine strukturelle Verstetigung und eine überregionale Nutzbarmachung sowie Inwertsetzung der hier in Rede stehenden gesundheitsorientierten Interventionen dar.

- **Nicht-Teilnehmer\*innen:** Auffällig ist, dass nur ein überschaubarer Kreis von Frauen aus der Hustadt die Gesundheitsangebote kontinuierlich besucht. Im Zuge der Evaluation rückte folglich die Frage ins Zentrum, welche Faktoren die Frauen daran hindern, die Angebote zu nutzen. Zunächst richtete sich der Blick auf Zugangsbarrieren wie Systemunvertrautheit, sprachliche Defizite, fehlende Kontakte zur Mehrheitsgesellschaft, fehlende Kinderbetreuung und eine mangelnde technische Vertrautheit, die eine Partizipation an digitalen Angeboten erschwerte. Bei den muslimischen Frauen waren es jedoch die Geschlechterverhältnisse und die damit einhergehenden familiären Verpflichtungen im Rahmen der Care-Arbeit, die die Schaffung eines Freiraumes zur selbstbestimmten Ausgestaltung limitierten. Aber auch Frauen aus der Mehrheitsgesellschaft müssen teilweise als Alleinerziehende die Care-Arbeit, die für mehrere Kinder zu leisten ist, alleine schultern. Die Frauen sahen sich als Organisatorinnen des Alltags gegenüber ihrer Familie in der Pflicht, so dass bei der Entscheidung für oder gegen den Besuch eines Gesundheitsangebotes oftmals eindeutige Prioritäten ersichtlich wurden. In einem Interview aus der Phase der Bedarfserhebung wurde dieser Aspekt von einer muslimischen Frau wie folgt in Worte gekleidet: „Dass Frauen Sport machen, gehört nicht zu unserer Kultur. Das wird in der Hustadt nicht klappen.“ Die Nicht-Erreichbarkeit der Frauen ist unmittelbar verknüpft mit ihrer Stellung innerhalb der Familie, die mit der arbeits- und zeitintensiven Erbringung von Care-Arbeit verknüpft ist. Dennoch gelang



es einigen Frauen mit Vertrauens- und Überzeugungsarbeit wöchentliche Freiräume für die „Wohlfühloasen im Alltag“ zu schaffen. Das Gesundheitsangebot *Fit Digital* ist dafür ein gutes Beispiel.

- **Zeit:** Sowohl die Kursleiter\*innen als auch die Teilnehmerinnen der Interventionen sprachen sich einhellig für die zeitliche Ausweitung aller gesundheitsorientierten Angebote aus. Besonders beim *Interkulturellen Gärtnern* und beim *Frauenschwimmen* sahen alle Akteur\*innen einen direkten Handlungsbedarf. Beim *Frauenschwimmen* war es vor allem die lange Anfahrt zur Schwimmhalle der Heinrich Böll Gesamtschule in Bochum Mitte und die sehr kurze Verweildauer im Wasser, die eine zeitliche Ausweitung des Kurses notwendig macht. Für das *Interkulturelle Gärtnern* im Gemeinschaftsgarten Hof Bergmann e.V. wären zwei wöchentliche Termine ratsam und wünschenswert. Diese werden dann verknüpft mit dem *Projektbeet* und/oder dem immer freitags stattfindenden offenen *Gartentag*, so dass die Frauen eine Vertrautheit im Umgang mit dem System des Gemeinschaftsgartens erlangen. Ohne Zweifel ist dieses zeitliche und qualitative Mehrangebot auch ganz im Sinne der Kursleiter\*innen, weil diese nicht selten auf die finanziellen Einnahmen angewiesen sind. Die Coronapandemie, das wurde in den Interviews mit den Kursleiter\*innen mehr als deutlich, hat auch hier zum Wegbrechen von notwendigen Einnahmequellen geführt. Bei der kollaborativen Terminierung der neuerlich aufgelegten Gesundheitsangebote muss insbesondere die Wochen- und Tagesstruktur der überwiegend muslimischen Frauen berücksichtigt werden, um Freiräume für eine gesundheitsbezogene Selbstentfaltung zu kreieren.
- **Leichte Sprache:** Zahlreichen Kursleiter\*innen mangelte es an den Qualifikationen, die Inhalte ihrer Gesundheitsangebote zielgruppenadäquat, barrierearm und in leichter Sprache zu vermitteln. Nicht selten besitzen die Kursleiter\*innen einen akademischen Hintergrund, so dass bei der Kommunikation und Wissensvermittlung Wörter und Satzkonstruktionen zur Anwendung gebracht werden, die von den Menschen mit jüngster Fluchtbiografie auch nach mehrmaliger Nachfrage nicht verstanden werden. Um diese sprachlichen Barrieren zu überwinden, behelfen sich die Kursleiter\*innen mit nonverbalen Kommunikationsformen, die bei Sportübungen (*Fit im Park*) und bei der Arbeit mit Gartenprodukten (*Kräuter & Pflanzen* sowie *Interkulturelles Gärtnern*) einfach zu realisieren sind. Eine Ausnahme stellte dabei Frau Pajonk dar, die als Leiterin von *Fit Digital* bei der Bundeszentrale für politische Bildung einen Workshop zum Thema

„Leichte Sprache“ besuchte. Um weiterhin niederschwellige, partizipative und inklusive Gesundheitsangebote in den Projektverlauf von QUERgesund zu integrieren, muss dem Thema „Leichte Sprache“ eine Zentralstellung zugestanden werden. Das sprachliche Empowerment muss auch für die Kursleiter\*innen stetig neu reflektiert werden, weil dies ein Faktor ist, um Zugangshürden zu den gesundheitsorientierten Interventionen dauerhaft abzubauen. Ein Forum zur Vermittlung dieser Kernkompetenzen wäre beispielsweise ein mehrtägiges Schulungsformat, bei dem die zukünftigen Kursleiter\*innen sensibilisiert werden für die Anforderungen, Regeln und Praxiskomponenten aus dem Bereich „Leichte Sprache“.

- **Gemischtgeschlechtliche Angebote:** Das Projekt QUERgesund versuchte mit seinen Interventionen ausschließlich Frauen aus der Hustadt für ein qualitativ verbessertes Gesundheitsbewusstsein zu sensibilisieren. Diese Ausrichtung führt zu einem hohen Neidfaktor bei den männlichen Bewohnern des Stadtteils, die ebenfalls sehr gerne an ausgewählten Gesundheitsangeboten wie etwa dem *Interkulturellen Gärtnern* teilnehmen würden. Insbesondere bei den empirischen Erhebungen zu den genannten Interventionen wurde hervorgehoben, dass die Ehemänner ihren Frauen ihre Wünsche nach gemischtgeschlechtlichen Angeboten zurückmeldeten. Die Schwimmlehrerin erreichten in der Vergangenheit bereits Anfragen zu einem Männerschwimmkurs, den sie gerne organisiert, jedoch die Leitung und Durchführung einem ihr bekannten männlichen Schwimmlehrer überlasse. Da die Projektkoordination von QUERgesund ihre sozialpädagogische Arbeit aufgrund der Coronapandemie und den damit verbundenen Kontaktbeschränkungen zeitweise nicht vor Ort bzw. nicht im engen zwischenmenschlichen Austausch mit den Bewohner\*innen durchführen konnte, war es schwierig, diese Zielgruppe in der Hustadt zusätzlich anzusprechen. Die Erweiterung und Ergänzung der Angebotspalette mit gemischtgeschlechtlichen Interventionen sollte im weiteren Projektverlauf Bedeutung beigemessen werden.
- **Werbung und Netzwerkarbeit:** Um die Teilnehmerinnenzahl der Gesundheitsangebote über den bestehenden Kreis der bisher daran partizipierenden Frauen zu erweitern sowie um die Strahlkraft und Wirkungsweisen der gesundheitsbezogenen Interventionen in der Hustadt zu erhöhen, sollte über die Publikmachung und Bewerbung der Angebote neuerlich nachgedacht werden. Die Bespielung der allgemein bekannten Kommunikationskanäle, zu denken wäre an dieser Stelle an die Homepage des Projektes,

öffentliche Aushänge, Rundmails und Benachrichtigungen in Chatgruppen, reicht definitiv nicht aus, um den Frauen in der Hustadt die attraktiven Angebote schmackhaft zu machen. Die Bewerbung der Gesundheitsangebote ist an vielen Stellen ohne Zweifel durchdacht, jedoch ging diese nicht selten ins Leere, so dass der gewünschte Effekt ausblieb. Die aktiv partizipierenden Frauen aus der Hustadt verwiesen stets auf die wichtige Netzwerkarbeit, die sie betreiben, um in ihrem persönlichen Umfeld für die Gesundheitsangebote zu werben. Diese informellen Kanäle, über die die Teilnehmerinnen der Interventionen Vertrauen aufbauen, Skepsis und Berührungsängste reduzieren und die Aktivitäten von QUERgesund positiv empfehlen, sollten bei der Bewerbung der zukünftigen Angebote intensiver genutzt werden. Als hilfreich erwies sich etwa die stetige Erinnerung von potenziellen Teilnehmer\*innen am Angebotstag. In einem Fall führte die im Sinne einer aufsuchenden Gesundheitsförderung betriebene hartnäckige Erinnerung schließlich zur Teilnahme einer alleinerziehenden Frau. Die Übungsleiterin von *Fit Digital* fasste die Bedeutung dieser informellen Kommunikationsstrategien im Interview wie folgt zusammen: „Es ist schon so, dass wenn die nur das Plakat sehen oder im Internet das lesen, das reicht nicht. Die brauchen schon eine andere Person, die denen sagt, ‚Hey, ich war da, das war cool, komm doch auch mal‘. So durch das Netzwerken.“

Die Angebote wurden durch Kursteilnehmer\*innen zudem online evaluiert. Die Erhebung wurde an eine bereits umgesetzte Teilnehmer\*innenbefragung sozialräumlicher Angebote der Gesundheitsförderung, die im ebenfalls krankenkassenfinanzierten Bochumer Projekt Fit in WAT Anwendung findet, angelehnt. Forschungsseitig wurde dieser Fragebogen gekürzt und am 04. Februar 2021 mit Stadtteilmforscher\*innen für die Verwendung in QUERgesund im Sinne des Co-Designs besprochen. Neben sprachlichen Anpassungen, wurde insbesondere entschieden, die Zugehörigkeit zu einer Community statt der angedachten Sprachkompetenz zu erfassen. Aufgrund des geringen Umfangs und einfachen Inhalten der Evaluation, wurde der Fragebogen, mit Zustimmung der Stadtteilmforscher\*innen, nur auf Deutsch angeboten.

Die Teilnehmer\*innen wurden über einen Flyer (siehe Abbildung) zur Evaluation eingeladen. Die Ansprache sollte unmittelbar über die Kursleiter\*innen erfolgen. Der Link zum Fragebogen wurde ab dem 24.03.2021 an die Kursleit\*erinnen verschickt und um Weiterleitung an die Teilnehmer\*innen bzw. in die WhatsApp-Gruppen der Angebote gebeten. Zudem wurden die Stadtteilmforscher\*innen gebeten, über ihre Netzwerke auf die Befragung aufmerksam zu machen.

Abbildung Flyer zur Teilnahme an den Angeboten

### Sag wie's war

Bewertung von QUERgesund-Maßnahmen

**Pflanzen und Kräuter**  
**Lernschwimmkurs für Frauen**  
**Fitnessboxen für Mädchen**  
**Fit im Park**  
**Interkulturelles Gärtnern**  
**Fit Digital**



Zum Öffnen den QR-Code Scannen

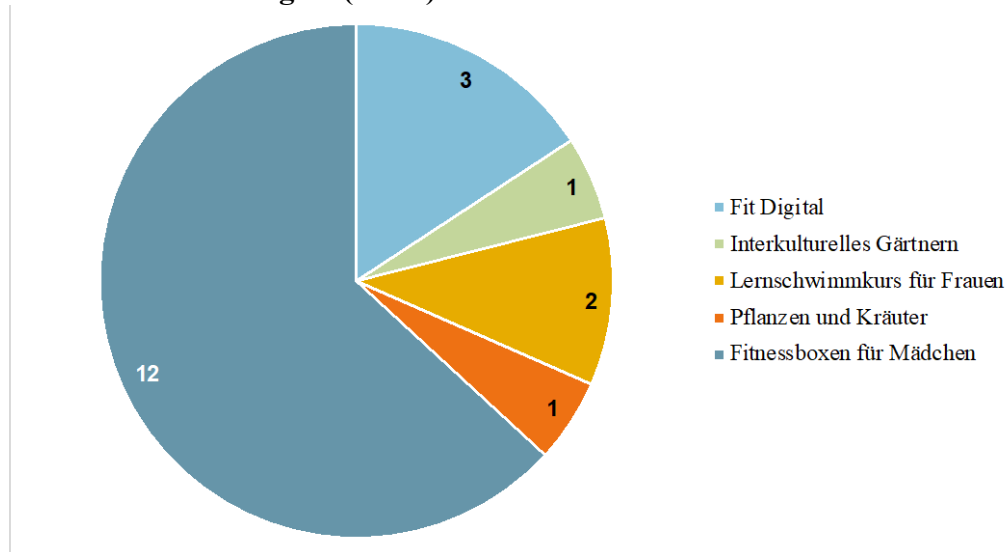
An der Evaluation zu QUERgesund-Angeboten haben insgesamt 19 Personen teilgenommen. Hiervon gaben 18 Personen an, in der Hustadt zu wohnen, 1 Person außerhalb der Hustadt. 18 Personen haben als Geschlecht ‚weiblich‘ angegeben, 1 Person hat keine Antwort gegeben. Die Frage nach der Community Zugehörigkeit wurde von vier Personen beantwortet. Je eine Person gab ‚arabsich‘ und ‚Hustadt‘, drei gaben ‚arabisch-deutsch‘ als Community Zugehörigkeit an. Die meisten Befragten haben das Angebot Fitnessboxen für Mädchen bewertet (siehe folgende Abbildung). Die Teilnahme bei den anderen Angeboten ist teilweise so gering, dass hieraus keine Rückschlüsse für einzelne Angebote gezogen werden können. Vielmehr gilt es, ähnlich wie beim Fitnessboxen für Mädchen, in Zukunft eine höhere Teilnehmer\*innenzahl zu erreichen.

Insgesamt wurden mit den Angeboten mindestens 73 Personen erreicht, die sich entsprechend der folgenden Tabelle auf die Kursangebote aufteilen. Insgesamt wurden also knapp 14% der Teilnehmer\*innen mit der DiPS-Evaluation erreicht.

#### Teilnehmer\*innen der Kursangebote

Angebot	Anzahl der Teilnehmher:innen
Frauenschwimmen	14
Fit digital	15
Interkulturelles Gärtnern	15
Pflanzen und Kräuter	15
Fitnessboxen	14
Fit im Park	Offenes Angebot ohne Teilnehmer:innen-Liste
$\Sigma$	73

**Abbildung Bewertete Angebote der Teilnehmer:innenbefragung, Anzahl der Nennungen (N=19)**



Die meisten Antworten gingen für das Angebot Fitnessboxen für Mädchen ein. Daher können im Folgenden die Antworten zu diesem Angebot ausführlicher beschrieben werden.

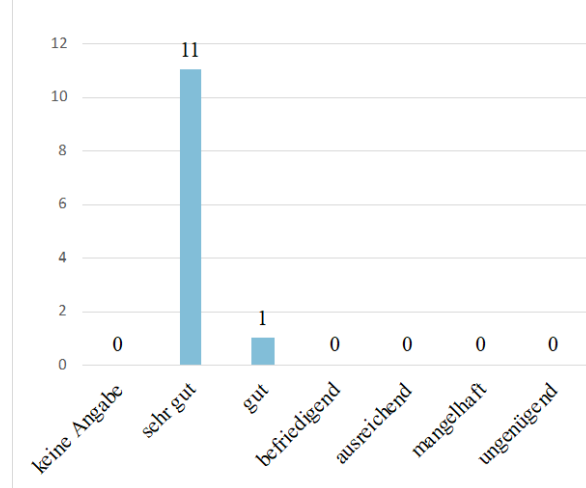
Für das Angebot Fitnessboxen für Mädchen gab es mit zwölf Antworten im Rahmen der DiPS-Angebotsbewertung durch Teilnehmer\*innen die größte Fallzahl. Das Angebot wird insgesamt sehr gut bewertet. So gaben alle 12 Mädchen an, dass das Angebot Spaß gemacht hat, bewerteten die Übungsleitung (siehe Abbildung) und den Einbezug der Teilnehmer\*innen (siehe Abbildung 4) mehrheitlich als sehr gut und gut.

Dies wird durch offene Antworten auf die Frage, was gut gefallen hat, bestätigt. So gab eine Befragte an: *„Ich schwöre Frau Gräbert ist die beste und es macht sehr viel Spaß mit ihr.“*

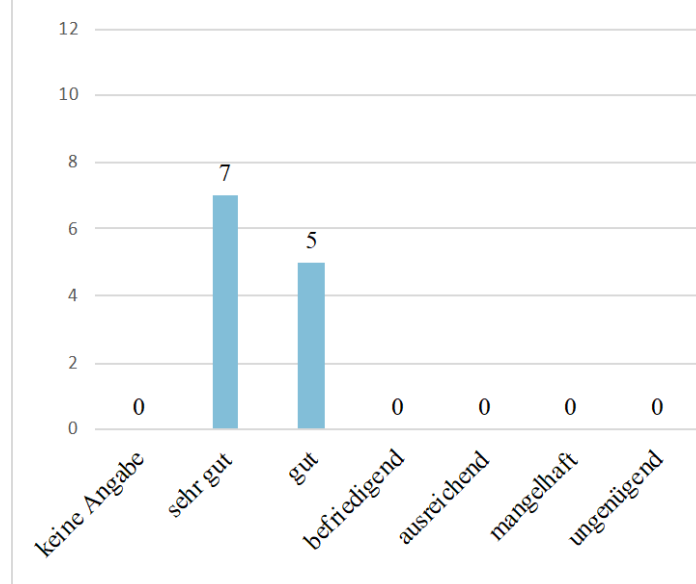
Auch die offene Frage danach, was nicht gefallen hat, wurde im Wesentlichen genutzt, um zu betonen, dass „nichts nicht gefallen“ hat. Eine Befragte gab zusätzlich an: *„Ein paar Mädchen lassen sich andauernd von anderen Sachen ablenken oder konzentrieren sich nicht.“*

Die Motivation zur Teilnahme war insbesondere darin zu sehen, Neues auszuprobieren und auf die Gesundheit zu achten (siehe Abbildung). Auf die offene Antwortmöglichkeit zur Teilnahme gab eine der Befragten an: *„Als ich mitbekommen hab, dass es eine Boxgruppe gibt wollte ich sofort mit machen, weil da alle meine Freunde sind und ich mag die Box Lehrerin sehr“*. Die meisten Teilnehmer\*innen gaben entsprechend dieser Antwort an, über Freunde und Bekannte auf das Fitnessboxen aufmerksam geworden zu sein. Eine Person wurde über den Flyer auf das Angebot aufmerksam und vier Befragte machten hierzu keine näheren Angaben.

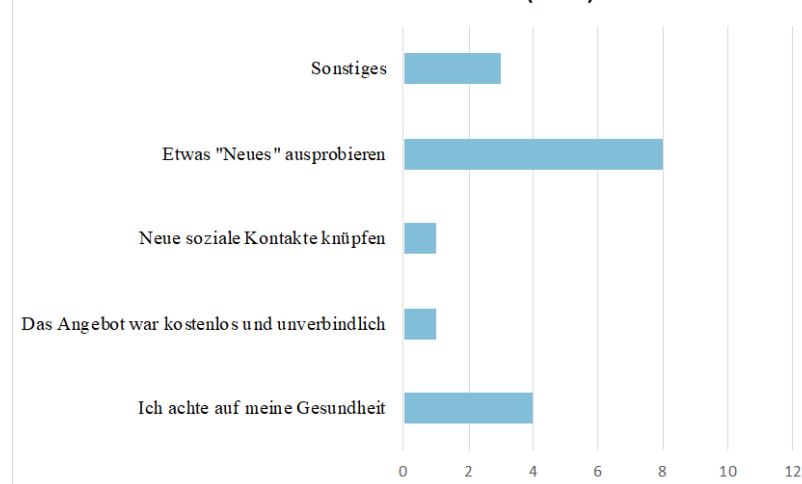
### Bewertung der Übungsleitung, Angebot Fitnessboxen für Mädchen (N=12)



### Bewertung des Einbezugs der Teilnehmer\*innen beim Fitnessboxen für Mädchen (N=12)



### Grund für die Teilnahme am Fitnessboxen für Mädchen (N=12)



Die Angebote interkulturelles Gärtnern sowie Kräuter und Pflanzen wurden jeweils von einer Person online bewertet. Beiden hat das jeweilige Angebot sehr gut gefallen und sie fühlten sich sehr gut eingebunden. Beim Interkulturellen Gärtnern hat nicht gefallen, dass die „Zeit zu kurz“ war und es wurde als Verbesserungsvorschlag benannt: „Wir brauchen mindestens 3 Stunden“. Bei beiden Angeboten wurde das Achten der eigenen Gesundheit und neue soziale Kontakte als Grund für die Teilnahme angegeben.

Zum Angebot Fit digital gab es drei Antworten im Rahmen der quantitativen Angebotsevaluation. Zu diesen drei Personen gehört auch diejenige, die nicht in der Hustadt wohnt. Alle drei bewerten das Angebot als sehr gut. Auf die offene Frage was gut gefallen hat, wurde angegeben: „Die Entspannungsübung und den Raum, den wir Frauen bekommen haben“ sowie „Die entsprechenden Geschichten“. Zwei Teilnehmer\*innen gaben an, mit der technischen Qualität nicht zufrieden gewesen zu sein, was wohl zu der Angabe „besser Zoom nutzen“ bei der Frage nach Verbesserungsvorschlägen führte. Als Gründe für die Teilnahme an diesem Angebot wurden das Achten auf die Gesundheit, das Knüpfen neuer sozialer Kontakte, sowie der offene und kostenfreie Character des Angebots benannt.

Von den Teilnehmer\*innen dieses Angebots wurden zwei Vorschläge eingebracht: „Das digitale Yogakurs Angebot auch für die Familienmitglieder in den Herkunftsländern öffnen“ und „Fahrrad fahren/ Fitness für Frauen“.

Die Teilnehmer\*innen dieses Angebots sind über Freunde und Bekannte, die Homepage und den Beruf auf das Angebot aufmerksam geworden.

Von den Teilnehmer\*innen des Angebots Frauenschwimmen gibt es zwei Antwortsätze. Beide bewerten das Angebot und die Übungsleitung als sehr gut. Als offene Antwort auf die Frage was gut gefallen hat, gab eine der Teilnehmer\*innen an. „Alles, ich will nur Schwimmen lernen“. Nicht gefallen hat einer Befragten die zur Verfügung stehende Zeit: „Die Zeit 45 Minuten ist sehr kurz für Anfänger, die nicht Schwimmen können. Sie brauchen mindestens 90 Minuten.“. Als Gründe für die Kurswahl wurden das Achten der Gesundheit, das Knüpfen neuer sozialer Kontakte sowie der günstige Preis angegeben. Eine der Befragten ist über Freunde und Bekannte auf das Angebot aufmerksam geworden, die andere über die Arbeit.

Es gab keine Angaben zu dem Angebot Fit im Park im Rahmen der Online-Angebotsbewertung durch Teilnehmer\*innen.

## 11. Gelingensbedingungen und Herausforderungen kollaborativer Forschung

Im Rahmen einer empirischen Masterarbeit wurden die Gelingensbedingungen und Herausforderungen kollaborativer Forschung anhand des Praxisbeispiels QUERgesund untersucht. Die Ergebnisse der geführten Interviews werden im Folgenden auszugsweise vorgestellt und diskutiert.

Die befragten Akteur\*innen des Stadtteilprojektes QUERgesund haben ein unterschiedliches Verständnis von kollaborativer Forschung, abhängig von ihrem akademischen und beruflichen Hintergrund. Einige verstanden den explorativen Charakter der teilnehmenden Beobachtung sowie die Notwendigkeit, sich als forschende Person auf das Feld und die Akteur\*innen im Feld einzulassen, als zentrale Aspekte der kollaborativ-ethnografischen Methode. Der Zugang zum Feld konnte durch die bestehenden Vertrauensverhältnisse von Prof. Christiane Falge, welche selbst in der Hustadt lebt, sowie durch die daraus resultierende alltägliche Nähe zu den Menschen vor Ort, hergestellt werden. Die Hustadt als multidiverner Stadtteil, in dem geteilte Menschlichkeit und nachbarschaftliche Solidarität bereits gelebt werden, bietet sich für die kollaborative Forschung als idealer Ort an. Im Herzen der Hustadt, am Brunnenplatz, befindet sich das Stadteillabor, von wo aus geforscht wird sowie Interventionen und neue Angebote geplant werden. Des Weiteren wurde von den Befragten die Relevanz hervorgehoben, Themen und Fragestellungen aus dem Feld heraus zu generieren, die angelehnt sind an den Bedarfen und Bedürfnissen der Zielgruppe. Dies führt zur unmittelbaren Umsetzung von Teilmaßnahmen durch QUERgesund, was zum Vertrauen in die Sinnhaftigkeit sowie Wirksamkeit von Forschung beiträgt. Darüber hinaus solle die Zielgruppe an allen Schritten des Forschungsprozesses beteiligt sowie eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe angestrebt werden. Dies setzt voraus, dass sich die Forscher\*innen-Beforschten-Beziehung in eine Forscher\*innen-Forscher\*innen-Beziehung wandelt. In den Interviews wurde die Ko-Produktion von Wissen, welche zu Selbstwirksamkeitserfahrungen und Empowerment seitens der Zielgruppe führt, immer wieder ins Zentrum gestellt (vgl. Samerski 2021). Dabei sind eine ständige Reflexion sowie ein Aufbrechen von Hierarchien, Asymmetrien und Machtverhältnissen unvermeidbar. Die Medizinethnologin Christiane Falge betont:

„Der Augenhöhe Ansatz und die Sichtbarmachung von Machtverhältnissen und Positionalitäten im Feld als Teil dieser Methode leistete [...] einen zentralen Beitrag zum Feldzugang, zur Wissensproduktion und setzte Transformations- bzw. Ermächtigungsprozesse in Gang.“ (Falge 2021: 404)

Zentrale Ergebnisse aus den Interviews sind, dass die Menschen aus der Zielgruppe im Projekt QUERgesund im Mittelpunkt stehen. Durch das Forschen auf Augenhöhe „erhalten [sie]



Räume der Selbstrepräsentation und bringen ihren Zugang und ihre Fragestellungen zur Thematik ein“ (Sprung 2016: 04-2). Es handelt sich hierbei um einen ressourcenorientierten Ansatz, der Zugang zu spezifisch situierten Wissensbeständen von marginalisierten Menschen und vulnerablen Gruppen ermöglicht. Daraus ergeben sich wertvolle Erkenntnisse, Erfahrungen und neue Perspektiven, wie in den Interviews berichtet wurde. Dies setzt jedoch als Notwendigkeit voraus, dass alle Beteiligten eine Bereitschaft und Offenheit für Lernprozesse, gegenseitigen Austausch sowie die Aushandlung von Wissen mitbringen, betonten die Projektkoordinator\*innen. Letzteres ist eng verknüpft mit den Themen der Deutungshoheit und Definitionsmacht, welche mit dem Prinzip der Reflexivität (vgl. Unger 2012) verknüpft werden können. Ein fortlaufender Prozess der Reflexion und Rückkopplung der Erkenntnisse während der gesamten Forschung im Projekt QUERgesund sowie der Einbezug aller Beteiligten wirkt einer sogenannten „Scheinpartizipation“ (vgl. Arnstein 1969) entgegen. Kollaborative Forschung ist ein zeitintensiver, langwieriger und dynamischer Prozess, was sich mitunter als Herausforderung zeigen kann. So zeichnete sich das Projekt QUERgesund durch einen großen Ressourceneinsatz sowie persönliches Engagement aller Beteiligten aus, wie die Teilnehmer\*innen aus dem Steuerungsgremium berichteten. Die intensive Zusammenarbeit mit Studierenden und Stadtteilerforscher\*innen lässt sich nur durch die hohe Anzahl an Semesterwochenstunden umsetzen, welche den beteiligten Lehrenden zur Verfügung gestellt wurden. Die Arbeit mit marginalisierten Gruppen war zeitintensiv und setzt eine Reflexion und eine Bewusstwerdung der bestehenden Asymmetrien voraus. Diese Machtgefälle beziehen sich auf verschiedene Bereiche wie sozioökonomischer Status, akademischer Hintergrund, Geschlecht, Rassismuserfahrungen, Aufenthaltsstatus, Sprache u. v. m. Anschließend geht es um die Sichtbarmachung von Perspektiven jenseits der Mehrheitsgesellschaft und die Anhörung marginalisierter Stimmen. Weitere Herausforderungen der kollaborativen Forschung im Projekt QUERgesund waren der Einbezug der Sozialraumakteur\*innen sowie der Umgang mit Wissenschaftsskepsis oder gar Wissenschaftsfeindlichkeit seitens der Menschen im Stadtteil. Dem Thema der „Überforschung“ konnte im Projekt QUERgesund mit einem sich festigenden Vertrauensverhältnis, aufsuchender Sozialarbeit, guter Kommunikation und Transparenz begegnet werden. Rahmenbedingungen für kollaborative Forschung war u. a. die Aufwandsentschädigung der Stadtteilerforscher\*innen, welche in den universitären Strukturen zur Herausforderung für die Projektkoordination wurde und gleichzeitig Voraussetzung für eine Begegnung auf Augenhöhe darstellte. Des Weiteren wurde die Nutzung einfacher Sprache empfohlen, um ein gemeinsames Verständnis als Grundlage der Zusammenarbeit zwischen allen beteiligten Akteur\*innen zu schaffen. Dies wiederum benötigt

ausreichend Zeit und eine durchgängige Präsenz im Stadtteil über einen längeren Zeitraum hinweg. Am Anfang der kollaborativen Forschung spielte die Kompetenzbildung (*capacity building*) eine wesentliche Rolle, welcher im Projekt QUERgesund durch die Schulung mit Prof. Dr. Silke Betscher, Prof. Christiane Falge und Dr. Annika Strauss nachgekommen wurde (vgl. Wright 2021).

Neben den genannten Rahmenbedingungen und Voraussetzungen führten einige der bereits aufgezählten Herausforderungen zu den Grenzen kollaborativer Forschung. Darunter fallen strukturelle Probleme, Macht- und Ungleichheitsverhältnisse, die zwar oftmals in kollaborativen Forschungen adressiert werden, jedoch nicht aufgelöst werden konnten. Hierzu gehörten einerseits begrenzte Zeit- und Energieressourcen im Rahmen neoliberaler Arbeitskulturen wie beispielsweise die hohe Lehrbelastung an Universitäten sowie Hochschulen. Andererseits sind die prekäre Lohnarbeitsverhältnisse der beteiligten Akteur\*innen zu nennen. Darüber hinaus zeigten die Interviews, dass die Fähigkeit zur Empathie, beidseitiges Verständnis, ein gutes Vertrauensverhältnis und bestehende Beziehungen zu den *Gatekeepern* unabdingbar für eine erfolgreiche Durchführung einer kollaborativen Forschung sind.

Trotz der genannten Herausforderungen zeichnete sich die kollaborative Forschung im Projekt QUERgesund durch ihre Potenziale und Chancen aus. Dies betont Falge auch in folgendem Zitat:

„Ein besonderes Anliegen ist mir darüber hinaus die Vermittlung der besonderen methodischen Stärke des kollaborativen Ansatzes, im Sinne seines Potentials, Zugänge in vulnerable Nachbarschaften zu ermöglichen.“ (Falge 2021: 404)

Besonders die Studierenden berichteten durch ihre Erfahrungen in den Tandems von einem intensiven Austausch sowie Einblicken in andere Lebenswelten. Diese Einblicke führten zu einer kulturellen Sensibilisierung der Forschenden, welche von einer der interviewten Personen als positiver Nebeneffekt bezeichnet wurde. Darüber hinaus wurde der Kontakt mit Menschen außerhalb des eigenen Umfeldes sowie die Auseinandersetzung mit bestehenden Macht- und Ungleichheitsverhältnissen mehrfach positiv herausgestellt. Diese Machthierarchien zu erkennen, ist eine wichtige Erkenntnis zum Verständnis des Zusammenhangs von Ungleichheit, Status und Wissen (ebd.). Besonders in Bezug auf soziale Ungleichheit im Gesundheitssystem sahen die interviewten Personen Potenzial, mit Hilfe der kollaborativen Forschung einen positiven Beitrag zur gesellschaftlichen Veränderung zu leisten. Dabei wurde das Zusammenspiel von Forschung und Praxis betont sowie die direkte Konzipierung von Interventionen aus der Bewohner\*innenschaft heraus. Diese Ergebnisse spiegelten sich in Erfahrungen aus der Wissenschaft wider, wie folgendes Zitat verdeutlicht:

„Dieses möglichst direkte Zusammenwirken im Handlungs- und Forschungsprozess, die gegenseitige Bezugnahme von aus der Praxis gewonnenem Wissen und dessen wissenschaftlicher Deutung ermöglicht idealerweise, dass erarbeitete Interventionen in der Praxis auch von allen Beteiligten getragen werden.“ (Fontanari et al. 2014: 115)

Das Zusammenspiel von Wissenschaft, Praxis und *Community* lässt sich als ein zentraler Aspekt der Gelingensbedingungen kollaborativer Forschung herausstellen. Darüber hinaus stehen bei dem Zusammenspiel, neben der Generierung dezentrierten und dekolonialen Wissens, die Interventionen vor Ort und damit die Reduzierung sozialer Ungleichheit an oberster Stelle.

„Deswegen sollte der Fokus der kollaborativen Forschung auf dem Prozess statt auf den Ergebnissen liegen, weil es nur der Forschungspraxis zu verdanken ist, dass sich Erkenntnisgewinne oder Verbesserungen der Situation einstellen.“ (ebd.: 120 f.)

Wissenschaft und Forschung erfolgen demnach nicht zum Selbstzweck, sondern es zeigt sich die gesellschaftliche Relevanz universitären Wissens. Hochschulen für angewandte Wissenschaft haben sich dem Transfer von Wissenschaft in die Gesellschaft sowie einer Wissenszirkulation verschrieben. Stadtteillabore können ein Ort dafür sein. Sie bieten gleichzeitig eine Schnittstelle für Hochschule, Setting-Akteur\*innen aus der Praxis sowie *Community* Mitglieder (vgl. Low & Merry 2010).

Die Ergebnisse der Interviews wiesen auf einen Wandel im Stadtteil im Laufe des Projektes hin. Zudem berichteten die Stadtteilmforscher\*innen von einem Mehrwert für die Bewohner\*innen, der durch die enorme Angebotsvielfalt sowie eine vertrauensvolle Anlaufstelle im Stadtteil gegeben war.

Zusammenfassend lässt sich das Projekt QUERgesund nach dem Stufenmodell der Partizipation von Wright, Block und Unger als größtenteils partizipativ beschreiben und auch die Akteur\*innen berichten in den Interviews aus der Praxis von den kollaborativen Aspekten, welche aus der Theorie der kollaborativen Ethnografie bekannt sind (Wright et al. 2007: 118). Nichtsdestotrotz stößt kollaborative Forschung auch im Falle des Projektes QUERgesund an strukturelle Grenzen, sei es bezogen auf die multiplen Problemlagen im Stadtteil, administrative Abläufe der Hochschule oder aber auch soziale Ungleichheit und Diskriminierungserfahrungen, die sich nicht durch ein dreijähriges Projekt nachhaltig verändern lassen. Hier gilt es, gewachsene Strukturen durch eine Verstetigung des Projektes sowie der Angebote nachhaltig zu verankern.

## 12. Reflexion der interdisziplinären, transprofessionellen und transinstitutionellen Arbeit

Das Projekt QUERgesund profitiert enorm von einem multiprofessionell aufgestellten Team. Dieses setzt sich aus Gesundheitswissenschaftler\*innen, Ethnolog\*innen, Sozialarbeiter\*innen, Vertreter\*innen der Krankenkassen und des Gesundheitsamts und aus Ärzt\*innen zusammen. Neben den unverkennbaren Vorteilen, die eine Zusammenarbeit von Menschen mit diversen Kompetenzen und Erfahrungswerten mit sich bringt, gab es natürlich auch Konfliktpunkte und Reibungsfelder. Diese resultierten u. a. aus dem Aufeinandertreffen unterschiedlicher Herangehensweisen wissenschaftlich denkender sowie handelnden Akteur\*innen und sozialarbeiterisch tätigen Projektmitarbeiter\*innen im Kontext der kollaborativen Arbeit im Stadtteil. Die unterschiedlichen Ansätze, Institutionsanbindungen und Erfahrungshorizonte der beteiligten Protagonist\*innen gilt es in Zukunft noch stärker untereinander abzustimmen. Erwartungen und Wirkungsweisen von zukünftigen Projekten im Stadtteil müssen deutlicher kommuniziert werden, um Bewohner\*innen und Akteur\*innen die Möglichkeit zu geben, Vorbehalte zu diskutieren und eine höhere Einbindung zu erzielen. Dies kann nur unter Einbezug der in der Hustadt vorherrschenden Strukturen realisiert werden, die in den vergangenen Jahrzehnten erfolgreich etabliert wurden.

Das engere Projektteam sowie das erweiterte Netzwerk von QUERgesund durchliefen im Projektverlauf alle von Bruce Tuckman herausgearbeiteten Teamentwicklungsphasen:

- Die Orientierungsphase (Forming), in der das Team Rollen verhandelt und das Projektziel definiert;
- Die Aushandlungsphase (Storming), in der Konflikte auftreten, Beziehungen untereinander und das Verhältnis einzelner Personen zum Projektziel geklärt werden;
- Die Konsolidierungsphase (Norming), in der, angestoßen durch die Aushandlungsprozesse, Arbeitsstrukturen, Normen und Arbeitsteilung entstehen und das Team lernt, mit den Eigenarten der einzelnen Mitglieder umzugehen;
- Die Durchführungsphase (Performing), in der das Team nach der Beziehungsklärung zusammenarbeitet, Probleme angeht und löst, um sein Ziel zu erreichen.

Insbesondere die Orientierungs- und Aushandlungsphasen sind bei sehr heterogenen Gruppen zeit- und ressourcenintensiv. In dem interdisziplinären Projektteam, dem transprofessionellen Netzwerk QUERgesund und bei der Bemühung, interinstitutionelle Arbeitsabläufe zu initiieren, gab es dementsprechend viele Vorbehalte auszuräumen, Brücken zu schlagen und Missverständnisse zu beseitigen. Durch den thematisch und communityorientierten, offenen und kollaborativen, aber eher zielgruppenunspezifischen Ansatz des Projekts QUERgesund bestand eine

zusätzliche Herausforderung darin, gemeinsame Ziele zu finden, die den Bedarfen und Interessen aller involvierten Akteur\*innen entsprachen. In der ersten Phase des Projekts war es insbesondere eine Herausforderung allen Akteur\*innen und Mitwirkenden, den partizipativen und (im Hinblick auf die zu entwickelnden Angebote) ergebnisoffenen Ansatz zu kommunizieren und verständlich zu machen. Des Öfteren prallten hier auch unterschiedliche Institutions- und Arbeitskulturen aufeinander, die zunächst einmal inkompatibel erschienen, wie etwa die bürokratisch organisierte Universität und die bedarfsorientierte, aufsuchende Stadtteilarbeit. Wiederholtes Aufeinanderzugehen und offenes Thematisieren von Konfliktlinien und unterschiedlichen Arbeitsweisen oder Zielsetzungen, eröffneten jedoch letztendlich auch neue Perspektiven und Möglichkeiten der Zusammenarbeit und stießen wichtige Lernprozesse an. Auch aufgrund der Coronapandemie, die diese wichtigen Abstimmungs- und Kommunikationsprozesse innerhalb des Teams und Netzwerks durch Lockdown und Kontaktverbote verlangsamt, waren immer wiederkehrende Aushandlungsphasen im Projektverlauf noch bis Ende 2021 sehr präsent.

Um den Teambuildingprozess und die daraus entstehende Gruppendynamik besser zu begleiten, würden vergleichbare Projekte von einer regelmäßig durchgeführten kollegialen Beratung und Supervision profitieren, die projektextern angeleitet wird. Ausreichend zeitliche und finanzielle Ressourcen sollten von Anfang an für diese wichtigen Prozesse mit eingeplant werden.

### **13. Verstetigungspotentiale und strukturelle Verankerung des Projektes im Stadtteil**

Bereits in der zweiten Hälfte des Jahres 2021 initiierten die Projektbeteiligten gemeinsam mit lokalen Setting-Akteur\*innen aus der Hustadt einen strukturierten Dialogprozess, der darauf abzielte, mögliche Optionen zur Weiterfinanzierung und zur Verstetigung der von QUERgesund realisierten Gesundheitsinterventionen zu identifizieren. Das übergeordnete Ziel dieser Gespräche zwischen den Projektmitarbeiter\*innen, dem Steuerungsgremium, Mitgliedern der sozialen Träger\*innen aus dem Quartier, politischen Entscheidungsträger\*innen und anderen Multiplikator\*innen bestand darin, einerseits die im Rahmen der Projektlaufzeit entwickelten Wissensressourcen zur verhaltens- und verhältnispräventiven Gesundheitsförderung im Stadtteil zu sichern und für weitere Projektvorhaben nachhaltig anschlussfähig zu machen, die nach der finanziellen Förderphase von QUERgesund im von Prof. Dr. Christiane Falge gegründeten Stadteillabor praxisnah weitergeführt werden. Andererseits bestand bei der strukturellen Verankerung

kerung der etablierten gesundheitsorientierten Konzepte, Maßnahmen, Angebote und Strategien die Verpflichtung, das in Kapitel 6 beschriebene multiprofessionell, interdisziplinär und transsektoral aufgestellte Netzwerk weiter zu pflegen und auszubauen. Nicht zuletzt benötigt es personelle Kontinuitäten in Form von sozialarbeiterisch tätigen Menschen, die auch nach dem offiziellen Abschluss des Projektes sowohl für die engagierten Stadtteilmforscher\*innen als auch für die lokale Bevölkerung als Ansprechpartner\*innen fungieren, um eine engmaschige Beratung und Betreuung zu diversen Gesundheitsthemen sicherzustellen. Bei einem Treffen des Steuerungsgremiums und der Projektkoordination am 09.12.2021 konnten erste Etappenziele beim Verstetigungsprozess erzielt werden. Eine Vertreterin der IFAK e.V. berichtete von einem Gespräch mit einer lokalen Politikerin aus dem Gesundheitsausschuss der Stadt Bochum, die von der Relevanz, Wichtigkeit und Wirksamkeit des Projektes überzeugt war. Die Politikerin konnte bei der Stadt Bochum eine Überbrückungsfinanzierung in Höhe von 20.000 Euro erwirken, so dass die Existenz von QUERgesund zunächst bis zum Ende des Jahres 2022 garantiert war. Des Weiteren wurde den Projektmitarbeiter\*innen von politischen Entscheidungsträger\*innen in Bochum weiterhin erfolgreiche Verstetigungsperspektiven in Aussicht gestellt. Eine feste Verankerung der Projektfinanzierung im Haushaltsplan der Stadt Bochum wird für das Jahr 2023 angestrebt. Zudem wurden weitere Transferchancen diskutiert (Bsp. Allianz für Stadtgesundheit im Ruhrgebiet, Gesundheitsbude und inklusive Begegnungsräume), die eine Weiterführung der Projektstrukturen ermöglichen. Um dieses Vorhaben argumentativ und auf der Grundlage ganz konkreter Gesundheitsbedarfe zu untermauern, wurden im ersten Quartal des Jahres 2022 zahlreiche Gespräche mit Vertreter\*innen aus politischen Gremien geführt. Die Überbrückungsfinanzierung aus dem Haushalt der Stadt Bochum stellte nach dem Projektende Ende April 2022 einen wichtigen Baustein dar, der dazu führte, dass die Sozialarbeiterin Sarah Holtorf ihr Beschäftigungsverhältnis im Projekt QUERgesund aufnehmen konnte. Das Aufgabenprofil und die Zielformulierungen ihrer Arbeit im Stadtteil umfasst die strukturelle und nachhaltige Weiterführung der seit 2019 entwickelten und konsolidierten Gesundheitsangebote, denen eine zukunftsfähige und passgenaue Wirkkraft zur progressiven Gestaltung der gesundheitsbezogenen Verhaltens- und Verhältnisprävention innewohnen. Dabei kann die aufsuchende, präventive, früherkennende und partizipative Sozialarbeit von Frau Holtorf auch auf die Wissenskapazitäten und Expertisen der Stadtteilmforscher\*innen zurückgreifen, für die die aktive Mitgestaltung der Gelingensbedingungen im Projekt QUERgesund in den letzten Jahren eine intensive Kompetenzschärfung bedeutete. So ermöglichte beispielsweise der Stadtsportbund Bochum zwei Frauen aus der Hustadt im Jahr 2021 die Ausbildung zur Übungsleiterin. Beide Frauen konnten das Basis- und Aufbaumodul erfolgreich absolvieren, so dass beide durch

diese Empowerment-Arbeit nun imstande sind, die Geschicke von QUERgesund professionell und didaktisch versiert mitzugestalten. Ein zentraler Fokus der Transfer- und Versteigungsbe-mühungen liegt weiterhin auf dem Thema Frauengesundheit, bei dem kultursensible Ressourcen gestärkt und Gesundheitsrisiken reduziert werden sollen. Konkret umgesetzt wird dieses Zielvorhaben in der Praxis im Rahmen der „FrauenPlauderStunde“ (vgl. Kapitel 9.9), die als eine Art interaktives und auf Dialog abzielendes Gesundheitsforum in kontinuierlichen Abständen angeboten wird. Hier werden von den beteiligten Frauen neben Themen wie Haushalt, Fa-milie und Erziehung auch Sachverhalte diskutiert, die das eigene Gesundheitsempfinden be-stimmen. Das hierfür verantwortliche multiprofessionelle Team setzt sich zusammen aus einer Familienhebamme aus Querenburg, einer Gesundheitsberaterin und einer Frauenärztin vom „Walk im Ruhr“, die QUERgesund und dem Hustadttreff der IFAK e.V. mit Rat und Tat zu Seite stehen. Das Gesundheitsangebot wird von einer Stadtteolforscherin auf ehrenamtlicher Basis unterstützt und begleitet. Zudem besteht bei konkreten Bedarfen und Schwierigkeiten die Möglichkeit, in einem geschützten Raum und in einer vertrauensvollen Atmosphäre unter vier Augen mit der Hebamme oder der Frauenärztin über die Themen Sexualität, Geburt und Kin-dergesundheit in einen Austausch zu treten. Zu den strukturellen Verstetigungsaufgaben gehört final auch die explorative und flexible Identifizierung von neue aufkommenden Gesundheits-bedarfen und Problemkonstellationen, die Frau Holtorf in enger Abstimmung und unter Fort-führung kollaborativer Ansätze mit den Stadtteolforscher\*innen, den lokalen Netzwerk-partner\*innen und den Vertreter\*innen der Hochschule für Gesundheit proaktiv adressiert.

Der Männerkurs ist ein wichtiger Bestandteil der strukturellen Verstetigung von Quergesund. In der Vergangenheit lag der Fokus auf der Frauengesundheit, da hier ein größeres Defizit an spezifischen Gesundheitsangeboten bestand. Durch die Zusammenarbeit und den Austausch mit verschiedenen Akteur\*innen wurde allerdings deutlich, dass auch Männerbedarfe im Be-reich Gesundheit bestehen. Diese sollten nicht vernachlässigt werden, sondern müssen als er-gänzendes Angebot zu den bereits bestehenden Frauengesundheitsangeboten entwickelt wer-den. Das Team von Quergesund IFAK e.V. hat daraufhin den Männerkurs ins Leben gerufen, der seit Februar 2023 wöchentlich stattfindet und nach anfänglichen Startschwierigkeiten in-zwischen auf große Resonanz stößt.

Der Männerkurs bietet den Teilnehmern die Möglichkeit, ihre Gesundheit ganzheitlich zu be-trachten und verschiedene Aspekte wie Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit zu verbessern. Dabei wird ein explorativer Ansatz verfolgt, um den individuellen Bedürfnissen und Problemen der Teilnehmer gerecht zu werden. Durch die flexible Gestaltung des Kurses

können neue Themen und Schwerpunkte aufgenommen werden, um den aktuellen Bedarfen gerecht zu werden.

## **14. Fazit**

Der vorliegende Abschlussbericht des auf Verhaltens- und Verhältnisprävention hinwirkenden Projektes QUERgesund präsentierte sowohl die partizipativ generierten Forschungsergebnisse als auch die von diesen empirischen Erkenntnissen abgeleiteten gesundheitsorientierten, diversitätssensiblen und ressourcenstärkenden Angebote sowie Interventionen in der Bochumer Hustadt, die als multidiverses städtisches Quartier vergleichsweise stark von intersektionaler Diskriminierung, sozialen Ungleichheiten und Gesundheitsbenachteiligung charakterisiert ist. Das multimethodische, kollaborative und transprofessionelle Design der Untersuchung, an dessen Konzeption und Umsetzung Wissenschaftler\*innen, Stadtteilmforscher\*innen, Sozialarbeiter\*innen, Vertreter\*innen der Krankenkassen, Bewohner\*innen des Stadtteils und diverse Netzwerkpartner\*innen aktiv beteiligt waren, bildete das Herzstück des Projektes. Aus den belastbaren und evidenzbasierten Befunden der partizipativen und mehrsprachigen Bedarfsanalyse, die von geschulten Stadtteilmforscher\*innen und Student\*innen der Hochschule für Gesundheit in Bochum durchgeführt wurde, konnte ein ganzes Spektrum an passgenauen, bedarfszentrierten und kultursensiblen Präventionsangeboten entwickelt werden, das das Gesundheitsbewusstsein der Hustadtbewohner\*innen positiv beeinflusste und somit eine konkrete Lenkungswirkung besaß. Der Blick auf die Gelingensbedingungen und Herausforderungen der professionellen und zwischenmenschlichen Zusammenarbeit der Projektmitarbeiter\*innen, die allesamt unterschiedliche Lebensentwürfe, Kompetenzen, Qualifikationen und Charaktere aufwiesen und diese bei der Ko-Produktion von Wissen einspeisten, war stets kritisch und selbstreflexiv. Kollaborative Community-Health Forschung, bei der Vertreter\*innen aus Wissenschaft, Praxis und der Community kontinuierlich interagieren und diverse Arbeitsschritte konfliktiv diskutieren sowie konsensual aushandeln, darf sich nicht von „wissenschaftlicher Rigorosität“ (Jünger et al. 2022: 94) blenden lassen, weil die Praxis der Forschung immer neue, ungeahnte und unvorhersehbare Herausforderungen bereithält, denen das Projektteam mit dem nötigen Maß an Flexibilität und Ausdauer begegnen muss. Der flexible Umgang mit den Einschränkungen und Problemlagen, mit denen das Projekt QUERgesund im Zuge der pandemischen Normalität konfrontiert war, unterstrich die zentrale Bedeutung eines anpassungsfähigen und dynamischen Designs innerhalb der kollaborativen Community-Health Forschung. Insbesondere die Kenntnisnahme einer nicht gegebenen Linearität des Untersuchungsvorhabens, mit



der stets die Herausforderung einherging, bereits fest umrissene und durchdachte Arbeitsschritte und Zeitkorridore neu zu durchdenken bzw. gemäß der akuten Problemlage zu justieren, setzte wichtige Erfahrungswerte für zukünftige kollaborative Forschungsvorhaben in der Hustadt frei. Da multikomplexe Phänomene der gesundheitsorientierten Verhalten- und Verhältnisprävention auch nach dem offiziellen Projektende an Relevanz und Virulenz nicht verloren haben, war das Projektteam bereits früh auf der Suche nach Verstetigungsperspektiven, die es ermöglichten, ausgewählte Angebote und Interventionen von QUERgesund im Stadtteil dauerhaft zu verankern und in eine niederschwellige Regelstruktur zu überführen. Diese Gesundheitsangebote wurden von Frau Sarah Holtorf und Frau Amalie Schramm in enger Zusammenarbeit mit den Stadtteilmforscher\*innen bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt weitergeführt. Zur den Verstetigungs- und Transferleistungen gehört ebenfalls die kontinuierliche Sensibilisierung von kommunalen Akteur\*innen sowie politischen Entscheidungsträger\*innen für das Thema Gesundheit bei vulnerablen und sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen in von Mehrfachdiskriminierung betroffenen Stadtteilen. Dies wird dadurch realisiert, dass die empirischen Ergebnisse des Projektes QUERgesund in die Gesundheitsberichterstattung des Bundes einfließen und im Rahmen der kommunalen Gesundheitskonferenzen auf die Tagesordnung gerückt werden.

## **15. Ausblick**

Nach Projektende wurden zwei weitere Anträge zur Verstetigung von QuerGesund, durch die IFAK, erfolgreich beantragt, um bestehende Angebote für die Zielgruppen der Hustadt weiterhin mit bedarfsorientierten, gesundheitlichen Angeboten zu versorgen. Diese wurden durch den Ausschuss für Gesundheit und Soziales bewilligt.

Es zeigt sich zunehmend, wie wichtig die kontinuierliche Anbindung des Projektes an die soziale Arbeit vor Ort ist, da die täglichen Herausforderungen der partizipativen Gesundheitsbildung und Förderung auf einer langfristigen vertrauensvollen Beziehungsarbeit beruht, die alle Bewohner\*innen und Multiplikator\*innen der Hustadt einschließt. Auch wenn die Stadt signalisiert hat, dass sie das Projekt positiv bewertet, wird eine Verstetigung mit kommunalen Mitteln nur in Teilen möglich werden, da die Haushaltlage der Stadt eine langfristige personelle Förderung nicht leisten kann.

Dennoch konnten wir wichtige Projektziele in unsere Stadtteilarbeit in der Hustadt implementieren. Unsere langjährige Verankerung in der Hustadt welche immer ein Garant war für die Zielgruppenerreichung, ermöglicht es uns die Bedarfe und Erfolge die sich aus dem Projekt

QuerGesund für uns ableiten lassen, auch weiter zu verfolgen. So konnten wir eine Bildungsreferentin unseres Bildungswerkes für die kontinuierliche Verstetigung unserer Projektziele, insbesondere zur Umsetzung von Angeboten aufgrund von gemeinsam erhobenen Bedarfen, gewinnen. Diese arbeitet eng vernetzt mit unserem Stadtteilzentrum vor Ort. Der für die Hustadt geplante und in unserer Trägerschaft angefragte Gesundheitskiosk, wäre ein wichtiges Vorhaben, welches sich an die aufgebauten Strukturen von QuerGesund bestens anschließen könnte.

## 15. Literaturverzeichnis

Abdollahi, Michel: Deutschland schafft mich. Als ich erfuhr, dass ich doch kein Deutscher bin. Hamburg 2020.

Antidiskriminierungsstelle des Bundes (Hg.): Diskriminierungsrisiken für Geflüchtete in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Berlin 2016.

Arnstein, Sherry R.: A Ladder of Citizen Participation. In: Journal of the American Institute of Planners 35/4 (1969), pp. 216-224.

Augustin, Hanna: Ernährung, Stadt und soziale Ungleichheit. Barrieren und Chancen für den Zugang zu Lebensmitteln in deutschen Städten. Sozial- und Kulturgeographie, Band 40. Bielefeld 2020.

Aydemir, Fatma & Yaghoobifarah, Hengameh (Hg.): Eure Heimat ist unser Albtraum. Berlin 2019.

Barlösius, Eva et al. (Hg.): Armut und Ernährung: gesundheitliche, soziale und kulturelle Folgen in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin 1995.

Barlösius, Eva: Soziologie des Essens. Eine sozial- und kulturwissenschaftliche Einführung in die Ernährungsforschung. 3., durchgesehene Auflage. Weinheim 2016.

Bischoff, Christine: Blickregime der Migration. Images und Imaginationen des Fremden in Schweizer Printmedien. Münster 2016.

Bourgois, Philippe: Just another Night in a Shooting gallery. In: Theory, Culture and Society 15/2 (1998), pp. 37-66.

Butterwegge, Christoph: Zum Geleit. In: Hirschfelder, Gunther & Thanner, Sarah (Hg.): Prekäre Lebenswelten im Prisma der Ernährung. Regensburger Schriften zur Volkskunde / Vergleichenden Kulturwissenschaft, Band 38. Münster 2019, S. 7-9.

Dilger, Hansjörg & Falge, Christiane: Kollaboratives Forschen und Wissen für die Öffentlichkeit: Gesellschaftliche Interventionen der Medizinethnologie. In: Klocke-Daffa, Sabine (Hg.):

Angewandte Ethnologie. Perspektiven einer anwendungsorientierten Wissenschaft. Wiesbaden 2019, S. 479-497.

Dittler, Ulrich & Hoyer, Michael (Hg.): Zwischen Kompetenzerwerb und Mediensucht. Chancen und Gefahren des Aufwachsens in digitalen Erlebniswelten aus medienpsychologischer und medienpädagogischer Sicht. München 2010.

El-Mafaalani, Aladin: Diskriminierung von Menschen mit Migrationshintergrund. In: Scherr, Albert/ El-Mafaalani, Aladin & Yüksel, Gökçen (Hg.): Handbuch Diskriminierung. Wiesbaden 2017, S. 465-478.

El-Mafaalani, Aladin: Mythos Bildung. Die ungerechte Gesellschaft, ihr Bildungssystem und seine Zukunft. Köln 2020.

El-Tayeb, Fatima: Undeutsch. Die Konstruktion des Anderen in der postmigrantischen Gesellschaft. Bielfeld 2016.

Evers-Wölk, Michaela & Opielka, Michael: Neue elektronische Medien und Suchtverhalten. Forschungsbefunde und politische Handlungsoptionen zur Mediensucht bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Studien des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim deutschen Bundestag. 2., erweiterte Auflage. Baden-Baden 2019.

Falge, C.. Migrating bodies in the context of health and racialization in Germany. In H. Haukanes & F. Pine (Eds.), Intimacy and mobility in the era of hardening borders: Gender, reproduction, regulation (pp. 105-122). Manchester: 2021.

Falge, Christiane: Dynamics of informal exclusion. Migrants' health as experienced in the City Lab Bochum. In: Kuehlmeier, Katja/ Klingler, Corinna & Huxtable, Richard (Eds.): Ethical, Legal and Social Aspects of Health Care for Migrants. Perspectives from the UK and Germany. London 2019, pp. 57-75.

Falge, Christiane: Medizinethnologie im Anwendungskontext: theoretische und methodische Orientierungen im Stadtteillabor Bochum. In: Spallek, Jacob & Zeeb, Hajo (Hg.): Handbuch Migration und Gesundheit. Bern 2021, S. 397-405.

Fereidooni, Karim & Zeoli, Antonietta P. (Hg.): Managing Diversity. Die diversitätsbewusste Ausrichtung des Bildungs- und Kulturwesens, der Wirtschaft und der Verwaltung. Wiesbaden 2016.

Fontanari, Elena et al.: »Kollaboratives Forschen« als Methode im Handlungsfeld Flucht und Migration. In: Labor Migration (Hg.): Vom Rand ins Zentrum. Perspektiven einer kritischen Migrationsforschung. Berliner Blätter. Ethnographische und ethnologische Beiträge, Heft 65. Berlin 2014, S. 111-129.

Foroutan, N./Canan, C.: The Paradox of Equal Belonging of Muslims. In: Islamophobia Studies Journal 3, 2016 S. 159-176.

Götz, Irene: Fordismus und Postfordismus als Leitvokabeln gesellschaftlichen Wandels. Zur Begriffsbildung in der sozial- und kulturwissenschaftlichen Arbeitsforschung. In: Götz, Irene et al. (Hg.): Europäische Ethnologie in München. Ein kulturwissenschaftlicher Reader. Münchner Beiträge zur Volkskunde, Band 42. Münster 2015, S. 25-51.

Gottschall, Karin & Voß, Gerd Günter: Entgrenzung von Arbeit und Leben. Zur Einleitung. In: Gottschall, Karin & Voß, Gerd Günter (Hg.): Entgrenzung von Arbeit und Leben. Zum Wandel der Beziehungen von Erwerbstätigkeit und Privatsphäre im Alltag. 2. Auflage. München 2005, S. 11-33.

Graeber, David: Bürokratie. Die Utopie der Regeln. Stuttgart 2016.

Gross, Werner: Was Sie schon immer über Sucht wissen wollten. Berlin 2016.

Groth, Stefan & Müske, Johannes: Arbeiten 4.0. Kulturwissenschaftliche Perspektiven auf Arbeit im Wandel. In: Konstanzer Hefte zur Medienwissenschaft 72 (2019), S. 11-20.

Hage, Ghassan: Der unregierbare Muslim. Jenseits der Bipolarität von Multikultur und Assimilation. In: Hess, Sabine/ Binder, Jana & Moser, Johannes (Hg.): No Integration?! Kulturwissenschaftliche Beiträge zur Integrationsdebatte in Europa. Bielefeld 2009, S. 73-90.

Hagemann, Julia & Kruse, Stefan: Masterplan Einzelhandel Bochum. Fortschreibung 2012. Im Auftrag der Stadt Bochum, der Industrie- und Handelskammer Mittleres Ruhrgebiet und des Einzelhandelsverbandes Ruhr-Lippe e. V. Dortmund 2012.

Harris, Marvin: Good to eat. Riddles of food and culture. Long Grove, Ill. 1998.

Heins, Volker: Der Skandal der Vielfalt. Geschichte und Konzepte des Multikulturalismus. Frankfurt am Main 2013.

Hirschfelder, Gunther: Europäische Esskultur. Geschichte der Ernährung von der Steinzeit bis heute. Frankfurt am Main 2001.

Hirschfelder, Gunther & Thanner, Sarah: Zur Verschränkung von Prekaritäts- und Nahrungsforschung – einleitende Bemerkungen zu einem studentischen Forschungsprojekt. In: Hirschfelder, Gunther & Thanner, Sarah (Hg.): Prekäre Lebenswelten im Prisma der Ernährung. Regensburger Schriften zur Volkskunde / Vergleichenden Kulturwissenschaft, Band 38. Münster 2019, S. 13-33.

Hirschfelder, Gunther: Wege aus der Digitalisierungsfalle. Ernährungskommunikation und Ernährungsbildung. In: Ernährung im Fokus 9-10 (2018), S. 284-288.

Huber, Birgit: Arbeiten in der Kreativindustrie. Eine multilokale Ethnografie der Entgrenzung von Arbeits- und Lebenswelt. Arbeit und Alltag, Band 2. Frankfurt am Main 2012.

Institut für angewandte Sozialwissenschaften INFAS Daten 360 2020

Richter, M./Hurrelmann, K. (2007) Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen. APuZ 42:3-10.

RKI (Robert Koch Institut) Dashboard zu Gesundheit in Deutschland aktuell – GEDA 2019/2020. Berlin. DOI: 10 25646/9362

Stadt Bochum (2017). *Basisgesundheitsbericht Bochum*. [https://www.bochum.de/C125830C0042AB74/vwContentByKey/W2BGKJQ3800BOCMDE/\\$FILE/basisgesundheitsbericht\\_bochum\\_2017.pdf](https://www.bochum.de/C125830C0042AB74/vwContentByKey/W2BGKJQ3800BOCMDE/$FILE/basisgesundheitsbericht_bochum_2017.pdf) abgerufen 01.09.2023

Jahoda, Marie/ Lazarsfeld, Paul F. & Zeisel, Hans: Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch über die Wirkungen langandauernder Arbeitslosigkeit. 25. Auflage. Frankfurt am Main 2015.

Jeggle, Utz: Verständigungsschwierigkeiten im Feld. In: Jeggle, Utz (Hg.): Feldforschung. Qualitative Methoden der Kulturanalyse. Untersuchungen des Ludwig-Uhland-Instituts der Universität Tübingen, Band 62. Tübingen 1984, S. 93-128.

John, Carina: Mammografie-Screening in der Kritik. Im Internet unter: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2014/daz-32-2014/mammografie-screening-in-der-kritik>. Zugriff am: 02.09.2020.

Jünger, Saskia et al.: Forschen mit und für Communities – Wissenschaft diversitätssensibel gestalten: In: Department of Community Health (Hg.): Community Health. Grundlagen, Methoden, Praxis. Weinheim 2022, S. 85-97.

Karagiannis, Evangelos & Randeria, Shalini: Exclusion as a Liberal Imperative: Culture, Gender, and the Orientalization of Migration. In: Bachmann-Medick, Doris & Kugele, Jens (Eds.): Migration. Changing Concepts, Critical Approaches. Concepts for the Study of Culture, Volume 7. Berlin 2018, pp. 229-252.

Kaschuba, Wolfgang: Vom Wissen der Städte. Urbane Räume als Labore der Zivilgesellschaft. In: Kaschuba, Wolfgang/ Kleinen, Dominik & Kühn, Cornelia (Hg.): Urbane Aushandlungen. Die Stadt als Aktionsraum. Berliner Blätter. Ethnographische und ethnologische Beiträge, Heft 69. Berlin 2015, S. 13-29.

Kruchem, Thomas: Am Tropf von Big Food. Wie die Lebensmittelkonzerne den Süden erobern und arme Menschen krank machen. Bielefeld 2017.

Kurtenbach, Sebastian: Diskriminierung und territoriale Reputation. In: Scherr, Albert/ El-Mafaalanni, Aladin & Yüksel, Gökçen (Hg.): Handbuch Diskriminierung. Wiesbaden 2017, S. 407-421.

Lampert, T./Kroll, L.-E./Kuntz, B./Hoebel, J. (2018): Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland und im internationalen Vergleich: Zeitliche Entwicklungen und Trends. Journal of Health Monitoring 3 (S1) DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-019.

Lassiter, Luke Eric: The Chicago Guide to Collaborative Ethnography. Chicago, Ill. 2005.

Low, Setha M. & Merry, Sally Engle: Engaged Anthropology: Diversity and Dilemmas. An Introduction to Supplement 2. In: Current Anthropology 51/2 (2010), pp. 203-226.

Mayr, Anna: Die Elenden. Warum unsere Gesellschaft Arbeitslose verachtet und sie dennoch braucht. München 2020.

Möble, Thomas: Dick, dumm, abhängig, gewalttätig? Problematische Mediennutzungsmuster und ihre Folgen im Kindesalter. Ergebnisse des Berliner Längsschnitt Medien. Interdisziplinäre Beiträge zur kriminologischen Forschung, Band 42. Baden-Baden 2012.

Palm, Anna/ Hirschfelder, Gunther & Schönberger, Gesa: Der Essalltag von morgen: Chancen, Risiken und Gestaltungsräume. In: Ploeger, Angelika/ Hirschfelder, Gunther & Schönberger, Gesa (Hg.): Die Zukunft auf den Tisch. Analysen, Trends und Perspektiven der Ernährung von morgen. Wiesbaden 2011, S. 407-422.

Samerski, Silja: Health Literacy und Empowerment. In: Spallek, Jacob & Zeeb, Hajo (Hg.): Handbuch Migration und Gesundheit. Bern 2021, S. 421-432.

Scherr, Albert/ El-Mafaalanni, Aladin & Yüksel, Gökçen (Hg.): Handbuch Diskriminierung. Wiesbaden 2017.

Song, Gin-Young: Kimchi – Geschmack und Migration. Zur Nahrungskultur von Koreanern in Deutschland. Studien & Materialien des Ludwig-Uhland-Instituts der Universität Tübingen, Band 44. Tübingen 2012.

Spiritova, Marketa: Narrative Interviews. In: Bischoff, Christine/ Oehme-Jüngling, Karoline & Leimgruber, Walter (Hg.): Methoden der Kulturanthropologie. Bern 2014, S. 117-130.

Sprung, Annette: Wissenschaft „auf Augenhöhe“. Partizipatives Forschen in der Erwachsenenbildung zwischen Affirmation und Kritik. In: Magazin Erwachsenenbildung. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs 27 (2016), S. 04-1-04-9.

Trabert, Gerhard. "Armut und Gesundheit: Resilienz ist sozial bedingt" *Praktische Theologie*, vol. 56, no. 4, 2021, pp. 211-214. <https://doi.org/10.14315/prth-2021-560407>

Terkessidis, Mark: Die Banalität des Rassismus. Migranten zweiter Generation entwickeln eine neue Perspektive. Bielefeld 2004.

Teuteberg, Hans Jürgen/ Neumann, Gerhard & Wierlacher, Alois (Hg.): Essen und kulturelle Identität. Europäische Perspektiven. Kulturthema Essen, Band 2. Berlin 1997.

Trenk, Marin: Döner Hawaii. Unser globalisiertes Essen. Stuttgart 2015.

Turkle, Sherry: Alone together. Why we expect more from technology and less from each other. New York 2011.

Unger, Hella von: Partizipative Forschung. Einführung in die Forschungspraxis. Wiesbaden 2014.

Unger, Hella von: Partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran? In: Forum Qualitativer Sozialforschung, 13/1 (2012), Artikel 7.

Wacquant, Loïc: Urban Desolation and Symbolic Denigration in the Hyperghetto. In: Schwanhäuß, Anja (Ed.): Sensing the City. A Companion to Urban Anthropology. Berlin 2016, pp. 162-172.

Winterberg, Lars: Fragile Ernährungskulturen im Spiegel der Corona-Pandemie. In: Volkmer, Michael & Werner, Karin (Hg.): Die Corona-Gesellschaft. Analysen zur Lage und Perspektiven für die Zukunft. Bielefeld 2020, S. 331-340.

Wright, Michael/ Block, Martina/ Unger, Hella von: Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung. In: Gesundheit Berlin (Hrsg.). Dokumentation 13. Bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit, Berlin 2007. Im Internet unter: [https://www.ar-mut-und-gesundheit.de/uploads/tx\\_gbbkongressarchiv/Wright\\_\\_M..pdf](https://www.ar-mut-und-gesundheit.de/uploads/tx_gbbkongressarchiv/Wright__M..pdf).

Wright, Michael: Partizipative Gesundheitsforschung. In: Niederberger, Marlen & Finne, Emily (Hg.). Forschungsmethoden in der Gesundheitsförderung und Prävention. Wiesbaden 2021, S. 109-135.

Ziegler, Petra & Beelmann, Andreas: Diskriminierung und Gesundheit. In: Beelmann, Andreas & Jonas, Kai J. (Hg.): Diskriminierung und Toleranz. Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven. Wiesbaden 2009, S. 357-378.

## 16. Anhang

### Vorfragebogen (VFB)

Personen ID \_\_\_\_\_

Interviewer ID \_\_\_\_\_

#### VFB.1 Demografische Daten

VFB.1.1 [Interviewer, bitte das Geschlecht notieren]

- weiblich
- männlich
- anderes

VFB.1.2 Wo wurdest Du geboren?

Antwort: \_\_\_\_\_

- Möchte ich nicht sagen

VFB.1.3 In welchem Land sind deine Eltern geboren?

Vater: \_\_\_\_\_

Mutter: \_\_\_\_\_

- Möchte ich nicht sagen

VFB.1.4 Zu welcher Gruppe von Menschen fühlst Du dich zugehörig?

- Hustadt
- Kurden
- Afrikaner
- Araber
- Deutsche
- Andere Herkunfts-  
gruppe:
- Möchte ich nicht sagen

#### VFB.2 Persönliche Daten

VFB.2.1 Wie groß bist Du, wenn du keine Schuhe trägst?

Antwort: \_\_\_\_\_

- Möchte ich nicht sagen

VFB.2.2 Wie alt bist Du?

Antwort: \_\_\_\_\_

- Möchte ich nicht sagen

VFB.2.3 Wie viel wiegst Du, wenn du keine Kleidung und Schuhe trägst?

Antwort: \_\_\_\_\_

- Möchte ich nicht sagen

VFB.2.4. Leidest du an einer Krankheit?

- Ja
- Nein
- Möchte ich nicht sagen
- Falls ja, an welcher?



### VFB.3 Haushalt

VFB.3.1 Falls du nicht hier geboren bist: Wie lange lebst Du schon außerhalb deines Geburtslandes?

Antwort: \_\_\_\_\_

Möchte ich nicht sagen

VFB.3.2 Wie alt warst Du, als Du von zuhause weggezogen bist?

Antwort: \_\_\_\_\_

Möchte ich nicht sagen

VFB.3.3 Lebst du in der Hustadt?

Ja

Nein

Möchte ich nicht sagen

VFB.3.4 Lebst Du mit anderen Menschen im Haushalt/ in der Wohnung zusammen?

Ja       Nein       Möchte ich nicht sagen

[Interviewer, bitte die Anzahl der Menschen in der nächsten Spalte festhalten (wenn es geht)]

(Ehe) Partner\*in

Eltern \_\_\_\_\_

Minderjährige/Kinder \_\_\_\_\_

Freunde \_\_\_\_\_

Kollegen \_\_\_\_\_

Erweiterte \_\_\_\_\_

Andere \_\_\_\_\_

### VFB.4 Beschäftigung und Ausbildung

VFB.4.1 Arbeitest du zur Zeit?

Ja

Nein

Möchte ich nicht sagen

VFB.4.2 Welche (Schul-/Hochschul-/Berufs-)Ausbildung hast Du absolviert?

Grundschule Klasse 1-4

Klasse 5-10

Klasse 11-13

Universität

Möchte ich nicht sagen

VFB.4.3 Welcher ist Dein höchster Abschluss?

Antwort: \_\_\_\_\_

Möchte ich nicht sagen

### VFB.5 Mobilität

VFB.5. Wie bewegst du dich fort?

Auto

Laufen

- Fahrrad
- Mitfahrgelegenheit/Fahrgemeinschaft
- Taxi
- Bus/ÖPNV
- Keines davon / kein Zugang zu Mobilität
- Möchte ich nicht sagen

#### VFB.6 Hilfe und Unterstützung

VFB.6. Bekommst Du momentan (finanzielle) Hilfen für Dich oder Deine Familie, wie z.B. Sozialleistungen?

- Ja
- Nein
- Möchte ich nicht sagen

#### Leitfaden

##### 1. Öffnungsfragen – Gesund bleiben

- 1.1 Wann fühlst du dich gesund oder würdest du dich gesund fühlen?
- 1.3 Wie würdest du deine Gesundheit beschreiben? Wie geht es Dir zur Zeit?
- 1.4 Was tust du für deine Gesundheit (oder die deiner Kinder)?
- 1.5 Was beeinflusst deine Gesundheit (und die Gesundheit deiner Kinder) am meisten?
- 1.6 Was benötigst du/was benötigen deine Kinder, um gesund zu bleiben? Welche Art von Unterstützung, welche Art von Angeboten?

#### Zeitplan fragen

##### 2 Handlungsfeld Bewegung

- 2.1 Bewegst du dich/ deine Kinder sich regelmäßig?
- 2.2 Welche Arten von Bewegungen gibt es in Deinem Alltag?
- 2.3 Wie oft machst du/deine Kinder Sport im Verein?
- 2.4 Wie oft machst du/ machen deine Kinder Sport außerhalb eines Vereines?

[Nach der Beantwortung eine Checkliste mit Bewegungsangeboten vorlegen und abfragen, welche Angebote, Institutionen, Bewegungsorte (Turnhallen, Schwimmhallen, Sportplätze etc.) bekannt sind und aufgesucht wurden.]

[Nachfragen:

Was hast du gemacht? Wie lange hast du an einem Angebot teilgenommen?

Uns interessiert alles, was du gemacht hast. Mit wem hast du dich bewegt oder an Bewegungsangeboten teilgenommen? Wer hat dir geholfen, dich unterstützt das Angebot zu finden, dich anzumelden etc.? Was hat dir gefehlt? Was hat nicht gut funktioniert? Was hast du nicht gemacht, was du gerne gemacht hättest?

Was hätte anders gemacht werden sollen (von dir oder einer der Bewegungsangebote)? Hier Checkliste nutzen, um sicher zu gehen, dass alle möglichen Bewegungstätigkeiten erfasst werden – formale, informelle, vor dem Fernsehen etc.]

- 2.5 Wo bekommst du Informationen über Verhalten, dass hilft gesund zu sein wie Bewegung und gesunde Ernährung?
- 2.6 Wie einfach/schwierig ist es einem Sportverein beizutreten oder einen Sportkurs zu belegen, wenn du das willst?
- 2.7 Welche Sportart wünschst du dir im Stadtteil?
- 2.8 Wenn du (oder deine Kinder) nicht regelmäßig an Bewegungsangeboten teilgenommen haben: Aus welchen Gründen ging das nicht?

[Nachfragen: z.B.

- Finanzielle Gründe?
- Fehlende Kinderbetreuung?
- Pflege von Angehörigen
- Kulturelle/Familiäre/Religiöse/Sonstige Gründe?
- Was hat an den Angeboten gefehlt?
- Was hättest du gebraucht, um teilzunehmen?]

### 3 Handlungsfeld Ernährung

- 3.1. Brauchst du Informationen darüber, wie du dich gesund ernähren kannst?
- 3.2 Falls du keine Informationen darüber brauchst, hast du schon Wissen und woher kommt dein Wissen?
- 3.3 Ist es leicht/schwierig für dich an Informationen über gesundes Essen zu kommen?

- 3.4 Lebensmittelangebot: Wo kaufst du ein und warum dort?
- 3.5 Kochst du oder hast du Speisen aus deiner Heimat gekocht? Was hast du gekocht?
- 3.6 Hat sich dies verändert seit du in Deutschland lebst, und falls ja, warum?

#### 4. Handlungsfeld Diskriminierung

- 4.1. Manche Menschen werden in Deutschland diskriminiert, weil sie anders aussehen, (z.B. fremd, behindert oder übergewichtig) oder anders sprechen.
- 4.2. Bist du schon mal diskriminiert worden, weil du ‚fremd‘ aussiehst, übergewichtig bist (z.B. beim Jobcenter oder anderen Einrichtungen) oder weil du in der Hustadt wohnst? (z.B. Schwierigkeiten einen Kindergartenplatz/eine bestimmte Schule für deine Kinder, einen Arbeitsplatz zu bekommen oder eine Wohnung oder ein Haus zu mieten.)
- 4.3. Bist du in der Hustadt schon mal diskriminiert worden, weil du zu einer bestimmten Gruppe dazu gehörst oder nicht dazu gehörst?
- 4.4. Wie gehst du damit um, wenn du diskriminiert wirst?
- 4.5. Wie fühlte es sich an, wenn du diskriminiert wurdest? Hat es deine Gesundheit beeinflusst? Bist du oder ist ein Mitglied deiner Familie davon krank geworden?

#### 5. Handlungsfeld Sucht

- 5.1. Es gibt verschiedene Arten von Sucht. z.B. Computer/Handysucht, Medikamentensucht, Drogensucht (Marihuana etc.). Hast du oder haben deine Kinder schon einmal Probleme mit Sucht gehabt? (Erzähle uns, wer in deiner Familie damit Probleme hatte, warum und wie lange und wie ihr damit umgegangen seid.)
- 5.2. Falls du oder ein Familienmitglied von dir ein Suchtproblem hatte/st: gab es Unterstützung oder Hilfe in der Situation?

#### 6. Handlungsfeld Energie und psychisches Wohlbefinden

- 6.1 Weißt du, was gut für dein psychisches Wohlbefinden ist?

Falls ja, woher weißt du das?

6.2 Wie einfach/schwierig ist es, Informationen darüber zu bekommen und/oder zu verstehen, wie du psychisch gesund bleiben kannst?

6.3 Wie häufig fühlst du dich müde?

6.4 Wie häufig bist du körperlich erschöpft?

6.5 Wie häufig bist du emotional erschöpft?

[Nachfragen:

- Warum fühlst du dich emotional erschöpft?
- Was tust du, wenn du dich so fühlst?]

6.6. Wie fühlt sich Stress für dich an? Wie würdest du das beschreiben? Welches Wort benutzt du in deiner Heimatsprache? Was heißt das?

6.7 Wenn du nichts gegen Stress getan hast, warum nicht?

[Nachfragen:

- Finanzielle Gründe?
- Fehlende Kinderbetreuung?
- Andere Gründe?
- Was hat an den Angeboten gefehlt
- Was hättest du gebraucht, um teilzunehmen?]

6.8 Seit du in der Hustadt lebst, wann hast du das letzte Mal etwas gegen Stress getan?

[Checkliste vorlegen mit Stressmanagement Angeboten in Hustadt/Bochum]

[Nachfragen: Was hast du gemacht? Wie lange hast du etwas getan/an einem Angebot teilgenommen, bei Freunden/Familie Unterstützung geholt, spazieren gegangen, in die Kirche oder Moschee gegangen, shoppen gegangen etc.? Uns interessiert alles, was du gemacht hast. Mit wem hast du gesprochen, oder an einem Stressmanagement Angebot teilgenommen? Wer hat dir geholfen, dich unterstützt das Angebot zu finden, dich anzumelden etc.?

Was hat dir gefehlt? Was hat nicht gut funktioniert? Was hast du nicht gemacht, was du gerne gemacht hättest? Was hätte anders gemacht werden sollen (von dir oder einem der Stressmanagement Angebote)

Aus welchen Gründen bist du gestresst? **Zum Beispiel:** Arbeitsbedingungen oder Arbeitslosigkeit, Pflege eines Familienmitglieds, Sorge um ein behindertes Kind? Geldsorgen / bestimmte kostenpflichtige Therapien oder Maßnahmen können nicht bezahlt werden?

[Bei all diesen Fragen immer zum Erzählen motivieren]

6.9 Kennst du Depressionen? Falls ja, weisst du, wie sie sich anfühlen?

6.10 Weißt du was gegen Stress oder Depressionen hilft?

7. Allgemeine Abschlussfragen

7.1 Was hilft dir und deiner Familie dabei, gesund zu bleiben?

[Zum Beispiel: Hilfe oder Beratung durch Familie, Freunde, Nachbarn oder Andere Hier frei erzählen lassen.]

7.2 Es gibt ungesundes Verhalten wie Rauchen, wenig Bewegung oder hoher Alkoholkonsum. Wie einfach oder kompliziert ist es, Unterstützung zu finden, wenn man sich auf diese Weise ungesund verhält?

7.3 Es gibt Warnungen vor Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßigem Trinken. Wie einfach/schwierig ist es, diese Warnungen zu verstehen?

7.4 Bei manchen Krankheiten gibt es Vorsorge-Untersuchungen. (z.B. Krebsvorsorge an der Brust/Mammografie). Kennst du Vorsorge Untersuchungen? Weißt du, wozu Vorsorgeuntersuchungen gut sind?

7.5 Helfen dir Ratschläge von Familie und Freunden zu entscheiden, wie du dich vor Krankheiten schützen kannst?

7.6 Gibt es Alltagsgewohnheiten, die mit deiner Gesundheit zusammenhängen?

7.7 Wie einfach/schwierig ist es, deine Lebensverhältnisse (Arbeit, Bildung, Diskriminierung), die Auswirkungen auf deine Gesundheit und dein Wohlbefinden haben, zu beeinflussen?

Vielen Dank für deine Zeit! Wir hoffen, dass deine Antworten den Menschen in der Hustadt helfen, ihre Gesundheit zu verbessern.

