Zwischenbericht zur Studie QUERgesund

in der Bochumer Hustadt

Das Präventionsverhalten in einer multidiversen Nachbarschaft:

Gesundheitsbezogene Ressourcen, Barrieren und

Handlungsempfehlungen

Herausgeber*innen:

David Johannes Berchem

Silke Betscher

Christiane Falge

Giovanna Gilges

Dina Gorch

Heike Köckler

Yvonne Pajonk

Daniel Simon

Annika Strauss

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung **4**

2. Medizinethnologie und critical medical anthropology **7**

3. Forschen auf Augenhöhe – Kollaborative (partizipative) Forschung in der Tiefe **9**

4. Digitale Methoden der Partizipativen Sozialraumanalyse (DiPS) **12**

5. Gesundheitliche Ungleichheit und Prävention in und aus Sicht der Stadt Bochum **15**

6. Aufbau und Durchführung der Studie **17**
6.1 Rekrutierung der Stadtteilforscher*innen 17
6.2 Die Schulung von Stadtteilforscher*innen-Studierenden Tandems 20
6.3 Partizipatives Studiendesign und Datenerhebung 21
6.4 Die Studie und Interventionen im Kontext von COVID-19 22

7. Ergebnisse: Handlungsfelder **25**
7.1 Prävention 25
7.2 Stress 29
7.3 Diskriminierung 31
7.4 Sucht 34
7.5 Bewegung 37
7.6 Ernährung 40

8. Diskussion der Ergebnisse und Handlungsempfehlungen **45**

9. Durchführung erster Angebote **50**

10. Fazit und Ausblick **56**

11. Literaturverzeichnis **58**

12. Anhang **65**

1. Einleitung

Der hier vorliegende Zwischenbericht zur medizinethnologischen und sozialräumlichen Studie QUERgesund in der Bochumer Hustadt berücksichtigt die kulturelle Diversität in einer Nachbarschaft des Ruhrgebiets und nimmt mit dem Diversitätsaspekt einen Faktor in den Blick, der eine Lücke im klassischen Gesundheitsbereich darstellt. Die aus dieser Forschung hervorgehende Erkenntnis, dass die Bevölkerung der Hustadt durch die Verschränkung von sozialer Ungleichheit und Diskriminierungserfahrungen mehrfach belastet ist, bestätigt diesen Ansatz. Ein Großteil der Bewohner*innen der Hustadt bezieht Transferleistungen und Querenburg gehört zu den Ortsteilen mit dem höchsten Index-Wert gesundheitlicher Herausforderungen (Stadt Bochum 2017: 75). Der hohe Anteil von Migrant*innen weist sowohl auf eine geringe Wahrnehmung von Präventionsangeboten als auch auf höhere und frühere Diabetes-Prävalenzen hin (Razum et al. 2016). Zudem zeigen die Ergebnisse der diesem Bericht zugrunde liegenden Bedarfserhebung einen direkten Zusammenhang zwischen Rassismus und Gesundheit. Dass die von uns befragten Menschen, die überwiegend nicht den Charakteristiken einer weißen Dominanzkultur (Rommelspacher 1998) entsprechen, von rassistischen Ablehnungs- und Anfeindungserfahrungen betroffen sind, verdeutlicht, dass das Thema Rassismus dringend stärker im Gesundheitsbereich zu berücksichtigen ist. Dieser Bericht gibt somit auch Einblick in ein Projekt, dass sich auf den Weg gemacht hat, neue und diversitätsbezogene Lösungen für den Gesundheitsbereich zu suchen. Er stellt erste Ergebnisse über das Präventionsverhalten in der multidiversen Hustadt vor, geht auf gesundheitsbezogene Ressourcen und Barrieren in dieser Nachbarschaft ein und empfiehlt und beschreibt erste kultursensible Interventionen. Dabei sei angemerkt, dass der ursprüngliche Zeitplan coronabedingt nicht eingehalten werden konnte. Die erste Bedarfserhebung wurde wie geplant im Frühling 2020 durchgeführt und ausgewertet, jedoch konnte bislang nur ein geringer Teil der für Sommer 2020 daraus hervorgegangenen kultursensiblen Angebote durchgeführt werden. Die Evaluation zur Umsetzung der Angebote verschiebt sich daher auf den Sommer 2021. Dieser Bericht ist daher unter Berücksichtigung der durch die Coronapandemie entstandenen Einschränkungen zu lesen.

Die von der Hochschule für Gesundheit angeleitete Bedarfserhebung wurde mit kollaborativen, partizipativen sowie mit digitalen Methoden der partizipativen Sozialraumanalyse (DiPS) durchgeführt. Über einen kollaborativen und partizipativen Ansatz wurden Bürger*innen der Hustadt in die Entwicklung eines mehrsprachigen sowie kultursensiblen Forschungsdesigns integriert und als Stadtteilforscher*innen und Befragte zur empirischen Er-

hebung gesundheitsfördernder Bedarfe in die Untersuchung einbezogen. Der DiPS-Ansatz wiederum fokussierte in einem ersten Schritt auf die im Quartier vorhandenen Setting-Akteur*innen. In weiteren Erhebungen werden auch Bewohner*innen mit dem DiPS-Ansatz befragt.

Die vorliegenden Erkenntnisse beziehen sich auf die erste der zwei geplanten Befragungen und dienen zunächst einer ersten Analyse, Reflexion und einem Hinterfragen des Präventionsverhaltens von Bewohner*innen der Hustadt. Auf dieser Basis wurden bereits und werden noch weitere diversitätssensible Angebote zur Motivation der Bewohner*innen für die Teilnahme an Präventionsangeboten entwickelt. Zudem stellen die Erkenntnisse eine Grundlage für weitere Angebots- und Formatentwicklungen dar. Ferner werden die Erkenntnisse als Grundlage für Online-Befragungen mit dem DiPS-Ansatz verwendet, die sich an die Bewohner*innen der Hustadt richten. Diese basieren auf den in diesem Bericht dargelegten Erkenntnissen der kollaborativ-partizipativen Forschung und ermöglichen es, eine höhere Fallzahl zu erreichen. Im Sinne einer Verstetigung der Angebote und zu deren Übertragung auf andere Stadtteile sollen die Ergebnisse nach einer Evaluation und Anpassung der diversitätssensiblen Angebote am Ende der Studie auch in die Gesundheitsberichterstattung einfließen. Dies soll u.a. in Form eines gemeinsam mit dem Gesundheitsamt Bochum erstellten Spezialgesundheitsberichtes Hustadt und dessen Vorstellung und Diskussion zur Umsetzung in den regelmäßig stattfindenden kommunalen Gesundheitskonferenzen der Stadt Bochum geschehen.

Diese Studie vereint transdisziplinäre Perspektiven aus Wissenschaft (Medizinethnologie, Raumplanung, Sozialwissenschaft, Public Health, Epidemiologie), Praxis (Gesundheitsamt) und Bürger*innen multidiverser Herkunft. Auf der Basis eines konstruktivistischen Ansatzes sind diese Perspektiven als jeweilige Darstellungen von Realität zu verstehen, nicht jedoch als Wahrheit per se. Der dieser multiperspektivischen Herangehensweise geschuldete collagenhafte Stil dieses Berichtes, der sowohl im Schreibstil als auch in unterschiedlichen Herangehensweisen, Darstellungen und Orientierungen zum Thema Prävention und Gesundheit erkennbar wird, ist dabei keineswegs als eine Form der Inkohärenz zu verstehen, sondern als explizit intendiertes Ergebnis der kollaborativ ausgerichteten Wissensproduktion.

Der Bericht ist in 10 Kapitel einschließlich des Einleitungskapitels unterteilt. Das 2. Kapitel führt ein in den der Studie zugrunde liegenden medizinethnologischen Ansatz. Dieser unterscheidet sich von konventionellen gesundheitswissenschaftlichen Ansätzen durch den Fokus

auf die sozio-kulturelle Determiniertheit von Gesundheit und Krankheit sowie die Beforschung unterschiedlicher medizinischer Systeme. In diesem Teil wird auch auf die besondere Relevanz der *critical medical anthropology* für das Projekt QUERgesund eingegangen. Ganz im Sinne ihrer besonderen Rolle bei der Erforschung marginalisierter urbaner Bevölkerungsgruppen. Die Studie bediente sich mit der kollaborativen, partizipativen und der digitalen Sozialraumanalyse zwei besonderer methodischer Herangehensweisen, die ebenfalls an die Gruppe der marginalisierten Urbanbevölkerung angepasst wurden und in Kapitel 3 und 4 vorgestellt werden. Während die kollaborative Methode tiefgehende, auf Face-to-Face-Interaktionen beruhende Interviews mit geringer Samplegröße umfasst, zeichnet sich die DiPS-Methode mit ihren kurzen Fragen und digitalen Erhebungsformen durch ein großes Samplevolumen aus. Es ist die Kombination dieser beiden Methoden und die daraus zu gewinnenden Resultate, die entscheidend zur Besonderheit der Studie beitragen, da dieser Mixed-Methods-Ansatz einen Erkenntnisgewinn gewährleistet, der sowohl eine tiefgehende als auch eine repräsentative Wissensproduktion verspricht. Die Kombination dieser Methoden wird im Rahmen des Projektes maßgeblich entwickelt. Das Gesundheitsamt Bochum führt in Kapitel 5 in das für die Studie besonders relevante Thema der gesundheitlichen Ungleichheit und Prävention in der Stadt Bochum ein. Der Handlungsbedarf in den Interventionsbereichen des QUERgesund Projektes wird in diesem Teil in Hinblick auf das gesundheitliche Empowerment der Bürger*innen und die Notwendigkeit des Abbaus struktureller und räumlicher Barrieren verdeutlicht. Schließlich wird im Kapitel 6 der Aufbau und die Durchführung der Bedarfsanalyse dargestellt, von der Rekrutierung einiger Bürger*innen, die im Folgenden als Stadtteilforscher*innen bezeichnet werden, der Schulung der Stadtteilforscher*innen-Studierenden Tandems, bis zu ihrer Partizipation im Studiendesign und bei der Datenerhebung. Im letzten Teil dieses Kapitels wird aufgezeigt, wie im Projekt QUERgesund auf die Beschränkungen durch COVID-19 eingegangen wurde, und zwar in Form einer zusätzlichen Erhebung zu den Auswirkungen von COVID-19 auf die Bewohner*innen der Hustadt. Von zentraler Bedeutung für diesen Bericht ist die Ergebnispräsentation in Kapitel 7. Hier werden auf der Basis der codierten Interviews zentrale Ergebnisse der Bedarfserhebung für die Handlungsfelder Prävention, Stress, Diskriminierung, Sucht, Bewegung und Ernährung vorgestellt. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang die in der Hustadt bestehende große gesellschaftliche Vielfalt, die sich in den Ergebnissen widerspiegelt. Trotz einiger aus der Befragung hervorgehenden und verallgemeinerbaren Trends, sei hier darauf hingewiesen, dass sich die gesellschaftliche Heterogenität der Befragten auch in der Heterogenität der Aussagen erkennen lässt. Ausgehend von den vorgestellten Erkenntnissen wer-

den im darauffolgenden Kapitel 8 Empfehlungen und Denkanstöße für die daraus entstehenden kultursensiblen Interventionen debattiert. Daran anschließend findet sich in Kapitel 9 ein Überblick über die von QUERgesund bereits entwickelten, teilweise begonnenen und noch geplanten Angebote und Initiativen. Der Zwischenbericht endet mit resümierenden Worten in Kapitel 10.

2. Medizinethnologie und critical medical anthropology

Das theoretische, methodische und praktische Denken und Handeln der Mitarbeiter*innen im partizipativ und kollaborativ ausgerichteten Projekt QUERgesund wird maßgeblich beeinflusst durch die Medizinethnologie. Mit ihrem Fokus auf die soziale und kulturelle Determiniertheit von Gesundheit, Kranksein, Körperlichkeit, Heilung und Wohlbefinden (vgl. Pfleiderer 1993: 348 f.) versteht und profiliert sich die Subdisziplin der allgemeinen Ethnologie im Rahmen der kritischen Bewertung und Einordnung von medizinischen Systemen und den daraus hervorgehenden Praktiken als eine Art „kulturwissenschaftliche[s] Gewissen“ (ebd.: 362), das den allgegenwärtig dominanten biomedizinischen Erklärungsmustern einer krankheitsorientierten Medizin plurale Deutungs- und Bewertungshorizonte zur Verfügung stellt (vgl. Kottak 2011: 91 ff.). Die medizinethnologische Herangehensweise geht von der Prämisse aus, dass Phänomene und Praktiken des Menschen, die in einer direkten Verbindung stehen zu lebensweltlichen Kategorien wie „Gesundheit“, „Kranksein“ und „Heilung“, unter Einbezug verschiedenster Bedeutungsgewebe, Sinnallianzen, Handlungspraxen und Normprovinzen auf lokaler Ebene erklärt, gedeutet und ausgehandelt werden. Globalisierungsdynamiken, planetare Austausch- und Diffusionsprozesse sowie Migration führen zu einer Pluralisierung der so genannten „Health Care Systems“ (vgl. Kleinman 1980), weil immer mehr Menschen im Kontext globaler Zirkulation in Kontakt miteinander treten und in mehrfach fragmentierten Einwanderungsgesellschaften dabei diverse (ethno-)medizinische Wissensressourcen, Glaubensvorstellungen, Gewohnheiten, Techniken und Erfahrungen auf einer materiellen und einer immateriellen Ebene zur Anwendung bringen (vgl. Straub & Zielke 2007: 720 ff./ Kutalek 2009), die sowohl gesundheitliches Wohlbefinden fördern als auch Krankheiten zu diagnostizieren, zu heilen und vorzubeugen imstande sind (vgl. Joralemon 2017). In diesem myriadischen Spektrum der global und transnational aufgestellten Gesundheits- und Medizinsysteme kritisieren die Vertreter*innen der Medizinethnologie den komplexitätsreduktionistischen Blickwinkel der „westlichen Medizin“ und ergänzen deren biomedizinische sowie um die Biologisierung von Krankheiten bemühte Sichtweise, indem mittels empirischer Befunde auf die kulturelle Einbettung und die soziale Kontextierung von

Gesundheit, Kranksein, Körperlichkeit, Heilung und Wohlbefinden hingewiesen wird. Die Sensibilisierung für die „soziokulturellen Dimensionen von Krankheit und Kranksein“ (Dilger & Hadolt 2012: 312) und die bei den gesundheitsbezogenen Handlungspraktiken erkennbaren „pluralistische[n] Heilungsordnungen“ (ebd.: 314), die von einer „Vielfalt von Funktionen, Sinnhaftigkeiten und Bedeutungen“ (Wolff 2016: 443/ vgl. auch Uhlig et al. 2015) charakterisiert sind, stehen im Zentrum der medizinethnologischen Beweisführung. Besonders anschlussfähig erwiesen sich in diesem Kontext die Reflexionen des US-amerikanischen Medizinanthropologen Arthur Kleinman, der im Jahr 1980 in einer wegweisenden Publikation zwischen *disease*, *illness* und *sickness* unterschied. Unter *disease* (Krankheit) wird eine Abweichung oder eine Störung spezifischer biologischer bzw. psychologischer Prozesse verstanden, die sich durch konkrete Symptome auszeichnet und im Rahmen biomedizinischer Grundsätze behandelt werden kann. Mit dem Konzept *illness* (Kranksein bzw. Krankfühlen) wird das subjektive Krankheitsempfinden definiert, auf dessen kultureller und sozialer Grundlage heilungsrelevante Praktiken entwickelt werden. Der Terminus *sickness* führt die ersten beiden Begriffe zusammen, indem auf die Konstruktion von medizinischem Wissen und Handeln verwiesen wird, das stets integriert ist in lokale Kontexte und die hier Wirkmächtigkeit besitzenden sozialen und kulturellen Repräsentationen (vgl. Kleinman 1980). Im Zuge eines *global turn*, der unweigerlich zu hybriden Neuverhandlungen von (ethno-)medizinischen Wissensressourcen und Praktiken führt und ein relationales Denken in erweiterten Horizonten eines „*medical pluralism*“ (Noack 2017: 195, kursiv i. Orig.) notwendig macht, hat sich in der kultur- und ethnowissenschaftlich ausgerichteten Gesundheitsforschung unlängst das Konzept der „Medizin im Kontext“ (vgl. Dilger & Hadolt 2010) etabliert. Dieser bei der Untersuchung von Gesundheit, Kranksein, Körperlichkeit, Heilung und Wohlbefinden stets zu berücksichtigende Kontext umfasst nicht nur ein breites Spektrum von normativen Anschauungen, symbolischen Regulativen und kulturellen Kompetenzen, sondern ebenfalls Machtbeziehungen, interkulturelle Differenzen und identitäre Aushandlungsprozesse. Das auf die qualitative, passgenaue und nachhaltige Verbesserung der Gesundheitsversorgung im Bochumer Stadtteil Hustadt abzielende Projekt QUERgesund hat besonders die praxisbezogenen, anwendungsorientierten und interventionistischen Ansätze der *critical medical anthropology* internalisiert (vgl. Scheper-Hughes 1992). Allgemein gesprochen verfolgt diese praktische Herangehensweise zwei Grundgedanken. Einerseits leistet die kritische Medizinethnologie einen maßgeblichen Beitrag zur Erforschung von Bevölkerungsgruppen in urbanen Settings, die in neoliberalen, profitorientierten und am Effizienzdenken ausgerichteten Gesundheitssystemen in besonderer Weise

von Machtasymmetrien, sozialer Ungleichheit, politischer Marginalisierung und Diskriminierung betroffen sind. Das empirisch nachgewiesene gehäufte Auftreten von „social suffering“ (vgl. Kleinman et al. 1997/ Scheper-Hughes 1990) infolge von struktureller Gewalt sowie angesichts erhöhter Zugangsbarrieren zu Gesundheitsinstitutionen und deren Leistungsspektren gehört für zahlreiche Menschen zu den alltäglichen Konstanten ihrer prekären Lebenswirklichkeit (vgl. Huschke 2013). Dabei sind es insbesondere diese makrostrukturellen Rahmenbedingungen sowie die politischen, ökonomischen und sozialen Faktoren, die es aus Sicht der *critical medical anthropology* zunächst zu benennen und zu dokumentieren gilt. Die über qualitative, empathische und akteur*innenzentrierte empirische Methodenansätze generierten Erkenntnisse werden in einem weiteren Schritt durch gezielte und präventiv wirkende medizinethnologische Interventionen kollaborativ mit den lokalen Handlungsprotagonist*innen umgesetzt, um die vorhandenen Ungleichheitsdimensionen und Machtasymmetrien im Kontext von Krankheit, Gesundheit und Wohlbefinden vor Ort zu verbessern und dauerhaft handlungsmotivierende und auf Selbstermächtigung abzielende Strukturen, Konzepte und Maßnahmen zu entwickeln, die auf ein positives gesundheitliches Wohlbefinden abzielen (vgl. Dilger & Falge 2019: 483 ff.). Gerade urbane Stadtteile in der Metropolregion Ruhr, die angesichts des Strukturwandels, des verstärkten Zuzugs von Migant*innen, einer überproportionalen Arbeitslosenquote sowie einer nicht unerheblichen Schuldenlast in den kommunalen Finanzhaushalten von einem erhöhten Ungleichheits- und Vulnerabilitätsindex geprägt sind (vgl. Falge 2019: 60), können von den praxisnahen, anschmiegsamen, anwendungsorientierten und kollaborativ gestalteten Interventionen einer *critical medical anthropology* profitieren.

3. Forschen auf Augenhöhe – Kollaborative (partizipative) Forschung in der Tiefe

QUERgesund verfügt in seinem Projektselbstverständnis über einige methodologische und forschungstheoretische Prämissen, die die Interaktions- und Untersuchungspraxen der Forscher*innen und der Bewohner*innen der Bochumer Hustadt maßgeblich konstituieren. Zunächst steht das kollaborative Forschungsdesign im Fokus, bei dem die Forscher*innen, die Stadtteilforscher*innen, die Akteur*innen aus der sozialarbeiterischen und gesundheitsförderlichen Praxis sowie die lokalen politischen Protagonist*innen die Hustadt als einen urbanen Möglichkeitsraum verstehen, in dem gemeinschaftliches Lernen und solidarische, reziproke und partizipative Formen der Wissensproduktion gegeben

sind (vgl. Sprung 2016/ Dilger & Falge 2019: 485). Mit Bezugnahme auf die ethnografischen Vorgehensweisen – die in der *critical medical anthropology* tiefere, emische[1], gegenstandssensible und erfahrungsgesättigte Einblicke in gesundheitsbezogene Ungleichheitsverhältnisse zu geben imstande sind – hält der US-amerikanische Ethnologe James P. Spradley richtigerweise fest: „Rather than *studying people*, ethnography means *learning from people* (Spradley 1980: 2, kursiv i. Orig.). Enge, begrenzte, routinierte und tradierte akademische Überzeugungen hinsichtlich einer objektiven, rationalen und distanzierten Produktion von wissenschaftlichem Wissen transzendierend (vgl. Niewöhner 2014: 192 f.), wird die Hustadt als „gesellschaftlicher Experimentierraum" verstanden, „um Stadtgesellschaft und Stadtlandschaft entlang nachhaltiger kultureller Ideen weiterzuentwickeln" (Kaschuba 2015: 29). Beim Vorhaben des kollaborativen, dialogischen und egalitären Forschens spielt das Erfahrungswissen sowohl der Bewohner*innen der Hustadt als auch der größtenteils vor Ort lebenden Stadtteilforscher*innen eine herausgehobene Rolle. Um gesundheitsbezogene Ungleichheitsverhältnisse auf lokaler Ebene zu dokumentieren, zu analysieren und zu beheben, schöpfen alle Projektbeteiligten aus dem breiten und tief sedimentierten Fundus des Alltagswissen der Stadtteilakteur*innen. Diese erfahrungsbasierte Forschungspraxis „auf Augenhöhe" birgt Chancen und Herausforderungen zugleich (vgl. Lassiter 2005: 16 ff.). Mit Rekurs auf die Herangehensweisen der Aktionsforschung (vgl. Koshy et al. 2011 / Kemmis & McTaggart 2005) und der *action anthropology* (vgl. van Willigen 2002 / Wulff & Fiske 1987) ist es allen Beteiligten zunächst ein prioritäres Anliegen, einen offenen Forschungsraum des gegenseitigen Austauschs und Dialogs zu schaffen, in dem wechselseitige und gleichberechtigte Wertschätzung, Deutungsoffenheit und Artikulationsfreiheit genauso wichtig sind wie ein kritischer Umgang mit sozialen Hierarchien und Machtpositionen. Insbesondere der Anspruch an „Forschung auf Augenhöhe", der eine spezifisch solidarische, freundschaftliche, empathische und engagierte Interaktion und Kommunikation mit den Akteur*innen des Stadtteils beinhaltet, bedarf einer regelmäßigen methodischen Reflexion innerhalb des gesamten Projektteams, bei der sowohl kollektiv gewonnene Sichtweisen, Erkenntnisse und Analysen als auch die „Positioniertheit der Forschenden" (Fontanari et al. 2014: 113) kritisch hinterfragt und durch stetige Rückkopplungen gegebenenfalls justiert werden. In der ersten Phase des Projektes wurden die über unterschiedliche lokale Netzwerke rekrutierten

[1] Dieser Begriff geht zurück auf den Linguisten und Anthropologen Kenneth L. Pike. Wenn Forscher*innen eine emische Perspektive einnehmen, versuchen sie die kulturellen Phänomene und sozialen Praktiken „von innen heraus" bzw. aus „der Perspektive der Untersuchten" zu verstehen (vgl. Kokot 1999: 92)

Stadtteilforscher*innen und die als Tandempartner*innen fungierenden Studierenden der Hochschule für Gesundheit in Bochum von den Ethnologinnen Dr. Silke Betscher, Prof. Dr. Christiane Falge und Dr. Annika Strauss im Rahmen von drei Workshops geschult. Im Mittelpunkt dieser methodischen Qualifizierungsmaßnahme stand eine selbstständige und durch die Dozentinnen angeleitete Wissensaneignung über das Führen von qualitativen Interviews und die Konzeption eines Interviewleitfadens, der Fragen über unterschiedliche Aspekte der Gesundheitsprävention beinhaltete (siehe Kapitel 6.2). Mit methodischem Wissen ausgestattet und selbstermächtigt, führten die Stadtteilforscher*innen 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 am Forschungsverlauf Beteiligten teilnahmen, dienten der methodischen Feinjustierung und der ergebnisoffenen Diskussion von Konflikten, Reibungsfeldern, Machtambivalenzen, Abwehrmechanismen und Verständigungsschwierigkeiten im Feld (vgl. Jeggle 1984). Dieses hier präsentierte kollaborative, gleichberechtigte, wertschätzende und dialogische Forschungsdesign, das sich durch die gemeinsame und konsensuale Aushandlung der Forschungspraktiken und -ziele auszeichnet, generiert seine Potenziale und Wirkkräfte ohne Zweifel durch den hohen Grad der persönlichen Nähe und durch die freundschaftliche Zugewandtheit zu den Akteur*innen im Untersuchungsfeld (vgl. Powdermaker 1966: 9). Von herausgehobener Bedeutung für dieses empathische und ethnografische Instrumentarium der kollaborativen Forschung wird des Weiteren die „Verschiebung von der »Subjekt-Objekt«-Beziehung hin zu einer »Subjekt-Subjekt«-Beziehung“ (Fontanari et al. 2014: 114) betrachtet, weil durch diesen Ansatz von allen Beteiligten ein produktives und konstruktives Arbeits- und Lernumfeld geschaffen werden konnte, dass das Alltagswissen der Stadtteilakteur*innen erschließt und hierdurch der gesellschaftlichen Diversität auf lokaler Ebene Rechnung zu tragen versucht. Mit diesen kollaborativ erzeugten und erfahrungsbasierten Wissensressourcen über gesundheitliche Ungleichheitsverhältnisse, strukturelle Teilhabebarrieren, systemische Ausgrenzungsregime, asymmetrische Machtkonstellationen, territoriale Stigmatisierungen und hegemoniale Diskriminierungspraktiken in der Hustadt ist das Projektteam von QUERgesund befähigt, mithilfe von medizinethnologischen und herrschaftskritischen Interventionen in der Praxis gegenzusteuern und bestehende Gefälle in der Gesundheitsversorgung zu dokumentieren, zu analysieren und langfristig zu minimieren. Als übergeordnetes Ziel dieser Forschungsstrategie steht die Überführung der kollaborativen Wis-

sensbestände in gesundheitspolitische Diskursfelder, die sich mit nachhaltigen, zielgenauen und zukunftsfähigen gesundheitsbezogenen Interventionen beschäftigen. Die wissenschaftliche und professionelle Beratung von Multiplikator*innen auf politischer und kommunaler Ebene zielt auf einen präventiven und gesundheitsfördernden Veränderungsprozess ab, der für die im Projekt QUERgesund beteiligten Stadtteilakteur*innen sowie die Bewohner*innen der Hustadt eine Verbesserung der strukturellen Rahmenbedingungen und eine qualitative Aufwertung der Lebenswirklichkeit anstrebt. Durch ihr persönliches und aktives Engagement als „cultural brokers“ (Keck et al. 2019: 500) ihrer Community gestalten und bestimmen die Stadtteilforscher*innen diese Transformationen der Gesundheitsversorgung eigenverantworlich und souverän mit.

4. Digitale Methoden der Partizipativen Sozialraumanalyse (DiPS)

Im Projekt QUERgesund wird mit einer weiteren partizipativen Methode gearbeitet, die vor allem das Erkenntnisinteresse verfolgt, Sozialräume in ihrer Eigenart zu erfassen. Hierzu ist es entsprechend dem bereits im vorherigen Kapitel aus medizinethnologischer Perspektive dargelegten, aber auch für andere Wissenschaftsdisziplinen gültigen, partizipativen Forschungsparadigma dringend erforderlich, Wissen und Werte von Personen entsprechender Communities in die Analysen einzubinden (vgl. Köckler & Simon 2019). Aus der Erkenntnis heraus, dass verschiedene Communities in Prozessen der lokalen Entscheidungsfindung und einer Vielzahl von Forschungsdaten unterrepräsentiert sind (Köckler 2017), wird im Department of Community Health der Hochschule für Gesundheit in Bochum im Rahmen der Professur für Sozialraum und Gesundheit ein Lab für digitale Methoden der partizipativen Sozialraumentwicklung (DiPS-Lab) aufgebaut. Die Daten werden insbesondere zur Entscheidungsvorbereitung für verhältnispräventive Ansätze erhoben. Der DiPS-Ansatz folgt somit dem Motto: Daten für Taten. Dabei existiert kein festgelegtes Anwendungsschema. Je nach Aufgabenstellung werden verschiedene technische und methodische Elemente miteinander kombiniert. Es gelten jedoch drei namensgebende Regeln: Der Einsatz digitaler Instrumente, partizipatives Vorgehen und ein Raumbezug sind Grundpfeiler der Methode (vgl. Köckler & Simon 2019). Die Potenziale von Online-Erhebungen, die heute von verschiedenen mobilen Endgeräten und somit auch dem Smartphone beantwortet werden können, erreichen mehr und andere Menschen als etablierte Beteiligungsformate, wie sie beispielsweise in der kommunalen räumlichen Planung etabliert sind.

Im Projekt QUERgesund wird die DiPS-Methodik in verschiedenen Phasen und Themenfeldern eingesetzt. Dies betrifft die Erhebung von Bedarfen für gesundheitsbezogene Angebote und Strukturen aus Perspektive der Bewohner*innen der Hustadt, bestehende und geplante Angebote sowie die Sichtweise der vor Ort agierenden Akteur*innen. Ferner sollen zukünftig umgesetzte Maßnahmen evaluiert werden.

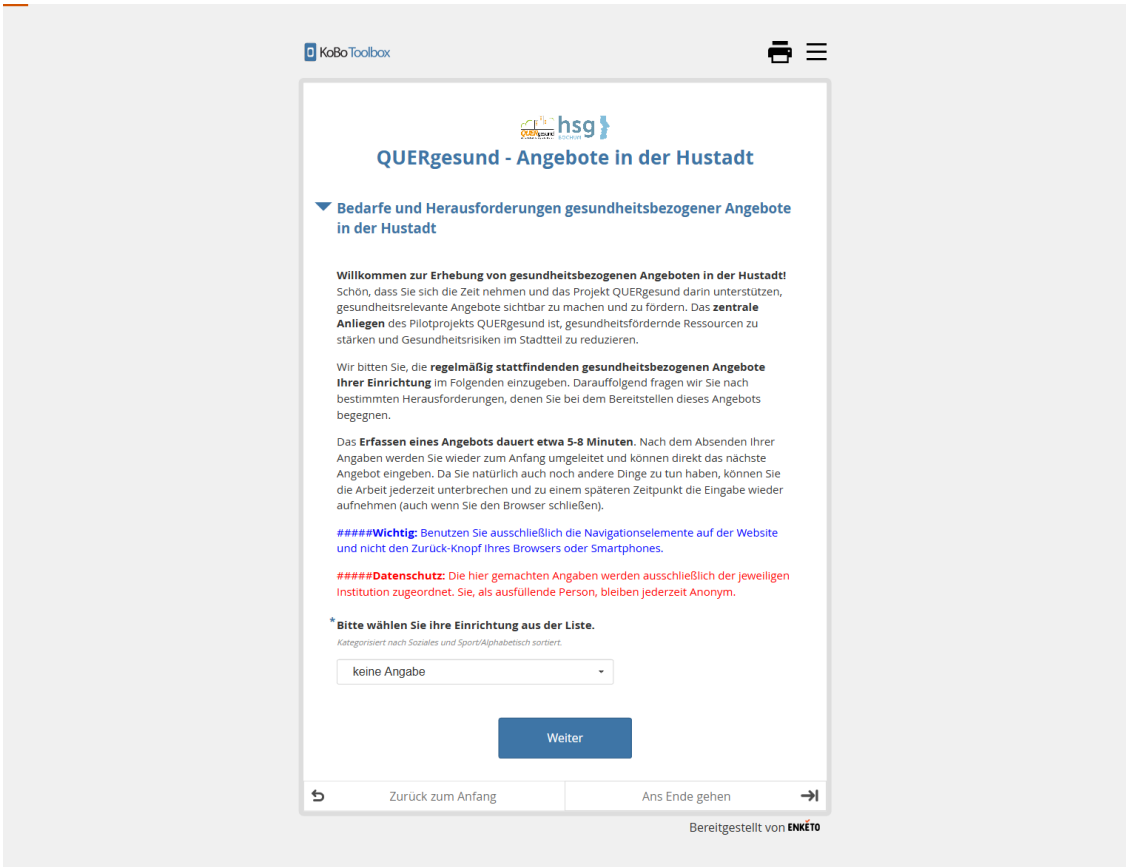
In Abstimmung mit den Projektverantwortlichen wurde entschieden, mit einer Erhebung der Angebotsseite zu beginnen. Somit ist es Ziel der hier vorgestellten DiPS-Erhebung, Informationen zu bestehenden Präventionsangeboten in der Hustadt von Seiten der Anbieter*innen einzuholen, um auf dieser Basis bestehende Kapazitäten zu fördern, weiter zu entwickeln und entsprechend des kollaborativ erhobenen Bedarfs um weitere kultursensible Präventionsangebote zu ergänzen.

Die Erhebung zur Erfassung der Angebote von Akteur*innen, die in der Hustadt aktiv sind, wurde gemeinsam von den Mitarbeiter*innen des Projektbüros und der Hochschule für Gesundheit entwickelt. Sie soll die bestehenden Angebotsstrukturen detailliert erfassen sowie weitere Informationen über die Umstände bestehender Angebotsstrukturen und den damit verbundenen Herausforderungen erfragen.

Inhalte der Erhebung, jeweils bezogen auf ein Angebot, sind im Folgenden kurz beschrieben. Die gesamte Befragung befindet sich im Anhang:

1. Bezeichnung und Thema des jeweiligen Angebotes
2. Informationen zum Veranstaltungsort, Räumlichkeiten und Terminierungen
3. Kosten zur Teilnahme und Erstattungsmöglichkeiten
4. Gruppen üblicher Teilnehmer*innen / für das Angebot schwer zu erreichende Gruppen
5. Strukturelle Informationen zur Kursleitung und Kooperationen mit anderen Akteur*innen

Abbildung 1 zeigt das Layout in der Startseite der Befragung.



Die Erhebung ist als Selbstausfüller (online) konzipiert. Eine Einladung zur Teilnahme wurde erstmalig am 23.12.2019 vom Projektbüro per E-Mail an 44 örtliche Akteur*innen (Sportvereine, Jugendtreff) versendet. Die Einladung wurde am 16.01.2020 erneut per E-Mail versendet. Ein weiterer Aufruf erfolgte im Rahmen des ersten SMART-Workshops (13.02.2020). Ein aufsuchendes Vorgehen durch Praktikant*innen des Projektbüros konnte aufgrund der COVID-19 Pandemie nicht umgesetzt werden, ist jedoch weiterhin angedacht. Seit Mai 2020 werden die Akteur*innen durch das Projektbüro einzeln telefonisch kontaktiert, auch mit dem Ziel, Gründe für eine möglicherweise ausbleibende Teilnahme zu identifizieren. Bisher wurden 10 Akteur*innen auf diese Weise erreicht.

Bis zur Veröffentlichung des Zwischenberichts sind 14 Datensätze von 7 verschiedenen Akteur*innen eingegangen. Die Rücklaufquote zum aktuellen Zeitpunkt ist demnach verbesserungswürdig. Als ein Problem wurde die Struktur der Erhebung identifiziert. Eine angepasste Version wurde erarbeitet. Dabei wird die Erhebung in zwei Teile getrennt, von denen nur noch ein Teil (Punkte 4, 5 und teilweise 3 der Aufzählung) durch die Akteur*innen beantwortet werden muss. Die übrigen Informationen (Punkte 1 bis 3 der Auf-

zählung) sollen durch Praktikantinnen recherchiert und festgehalten werden. Des Weiteren scheinen Datensätze, vereinzelt aufgrund von Bedienungsfehlern, nicht übermittelt worden zu sein. Auch dieser Aspekt wird im Rahmen der Überarbeitung des Erhebungsbogens betrachtet. Eine erneute Ansprache der Akteur*innen auf alternative Weise wird zeitnah erörtert.

Die Auswertung der Ergebnisse der Akteur*innenbefragung sowie die Entwicklung weiterer Erhebungsmodule für Bewohner*innen stellen die nächsten Arbeitsschritte mit dem DiPS-Ansatz dar.

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

Gesundheitschancen 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. Es ist deutlich, dass in sozioökonomisch und strukturell benachteiligten Stadtteilen die Herausforderungen, gesunde Lebensbedingungen zu schaffen, besonders hoch sind – 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- wie Maßnahmestrukturen und jene zur Freizeitgestaltung, dient der Befähigung und Stärkung der Gesundheitskompetenz[2] der Bürger*innen der Stadt. Strukturelle und räumliche Barrieren zu sozialen und gesundheitsbezogenen Angeboten sollten 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 sukzessiv sicherzustellen.

[2] 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.

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[3] 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 Entwicklungskonzepte (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.

Fragen von sozialer und gesundheitlicher Gerechtigkeit sind sowohl für den Fachplan Gesundheit und Prävention also 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 Verbünde, 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

[3] 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).

Expert*innen der umliegenden Hochschulen ein starkes Fundament zur dynamischen Steuerung in den Quartieren.[4]

6. Aufbau und Durchführung der Studie

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

6.1 Rekrutierung der Stadtteilforscher*innen

Die im Projekt QUERgesund aktiven Stadtteilforscher*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 Stadtteillabors, einem Ort der gesundheitsbezogenen Langzeitforschung, etabliert werden konnten, welches die Ethnologin Prof. Dr. Christiane Falge im Jahr 2015 in der Hustadt initiierte (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 Stadtteilforscher*innen stellte die Möglichkeit dar, die von den handelnden Akteur*innen erbrachten Leistungen im kollaborativ angelegten Projekt (Durchführung und Transkription der Interviews, Teilnahme am SMART-Workshop, Besuch von Methodenschulungen) finanziell zu vergüten. Da ein kollaboratives, dialogisches und solidarisches Projekt, an dem ein heterogenes Spektrum an Personen mitwirkt, in einer nicht unerheblichen Art und Weise imstande ist, akademische und forschungstheoretische Überzeugungen, Konventionen und Routinen zu hinterfragen und graduell außer Kraft zu setzen, werden in den folgenden Zeilen einige Konflikte, Differenzen und Hindernisse diskutiert, die den Verlauf der Untersuchung tangierten.

[4] URL: https://www.bochum.de/Gesundheitsamt/Gesundheitsberichterstattung/Gesunde-Stadt-Bochum

Zunächst sah sich das für die Administration verantwortliche Projektteam konfrontiert mit einigen bürokratischen Fallstricken. Diese betrafen zu Beginn in erster Linie das Abrechnungsverfahren der von den Stadtteilforscher*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 Verwaltungsangestellt*innen zur Entlohnung der von den Stadtteilforscher*innen erbrachten Leistungen kann als arbeits- und zeitintensiv charakterisiert werden, so dass die Stadtteilforscher*innen unnötig lange auf ihr in Rechnung gestelltes Honorar warten mussten. Diese bürokratischen Hürden und justiziellen Feinheiten sowie der Zwang zur Einhaltung bestehender 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 Stadtteilforscher*innen. Die monatliche Zuverdienstgrenze stellte ein weiteres Problem dar, die bei den Stadtteilforscher*innen im ALG II Bezug bei 100 Euro liegt. Die vorgelegten Rechnungen über die erbrachten Leistungen müssen somit vom Projektteam auf mehrere Teilrechnungen aufgesplittet werden, damit die Verwaltungsangestellt*innen im Dezernat Personal und Finanzen der Hochschule für Gesundheit nicht fälschlicherweise den veranschlagten Gesamtbetrag überweisen. In diesem Fall würde der Grundfreibetrag der auf staatliche Transferleistungen angewiesenen Akteur*innen überschritten. Bei diesem Auseinandersetzungsprozess mit der Hochschulbürokratie überwiegt graduell der Eindruck, dass verwaltungsorganisatorische Strukturen und deren Personalbestand zunächst nur bedingt sensibilisiert sind für kollaborative Forschungsprojekte, 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 Verschlankung von Verwaltungsstrukturen, so dass die Abrechnungsvorgänge gegenwärtig deutlich weniger Zeit und Arbeitsaufwand in Anspruch nehmen. Diese Entwicklung im Rahmen der Kommunikation zwischen dem Verwaltungsapparat der Hochschule für Gesundheit in Bochum 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 ist die Kommunikation zwischen dem wissenschaftlichen Personal und den Stadtteilforscher*innen, die nahezu ausschließlich über den Messenger Dienst WhatsApp und Face-to-Face-Kontakte realisiert wird. Ein Informationsaustausch via E-Mail, wie dieser im universitären Arbeitsumfeld gang und gäbe ist, ist aufgrund der bei den Stadtteilforscher*innen nur eingeschränkt vorhandenen finanziellen und technischen Ressourcen nicht praktikabel. Dennoch ist die Erreichbarkeit der Akteur*innen über diesen Messenger Dienst nahezu immer gegeben. Diese permanente Erreichbarkeit und das kontinuierliche Posten von Nachrichten und Emoticons führen unweigerlich zu einer nachhaltigen Verschiebung der Grenzen zwischen Arbeit und Freizeit. 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, so dass es immer schwieriger zu werden scheint, als ein in postfordistische und neoliberale Prozessstrukturen der Arbeitswelt 4.0 (vgl. Groth & Müske 2019) eingebundenes Individuum eine „bewusste Balance[]“ beim „alltäglichen Management[]“ (Voß & Gottschalk 2005: 19) von Arbeit und Freizeit vorzunehmen. Wenn auf Anfragen von Seiten der Stadtteilforscher*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, so dass eine Rekreationsphase nur eingeschränkt ihre Wirkung entfalten kann. 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.

6.2 Die Schulung von Stadtteilforscher*innen-Studierenden Tandems

Die Schulung der Stadtteilforscher*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 Leitfadeninterviews und Fokusgruppen zu schulen. 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, Dr. Silke Betscher und Dr. Annika Strauss mit unterschiedlichen Aufgaben. Dr. Silke Betscher oblagen die inhaltliche Konzeption und die methodischen Inputs. Prof. Christiane Falge hat als Gesamtprojektleitung inhaltliche Weichen gestellt und konnte durch ihr Feldwissen die Studierenden und die Stadtteilforscher*innen mit ihren unterschiedlichen Bedarfen im Blick behalten und somit die Tandembildung vorschlagen. Dr. Annika Strauss hat mit ihrer Expertise aus der Theaterpädagogik Aufwärm- und Lockerungsübungen als zentralen Bestandteil der Schulung angeleitet. 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 war eine Herausforderung und es ist gelungen, mit der Schulung ganz unterschiedliche Anforderungen zu erfüllen, die sich um drei zentrale Elemente gruppierten (kollaborativ werden, Methoden lernen, Inhalte entwickeln). Zunächst mussten sich alle Teilnehmer*innen kennenlernen. Bei dieser banal erscheinenden Aufgabe ging es in erster Linie darum, angesichts der ganz unterschiedlichen Lebenszusammenhänge, Zugänge, Wissensstände und Interessen der Teilnehmer*innen, Hemmschwellen abzubauen und einen Raum zu eröffnen, in dem sich alle wohlfühlten und das Sprechen aus ganz unterschiedlichen Positionen heraus möglich war. Dabei ging es auch darum, Ängste vor dem Forschen abzubauen und wechselseitige Projektionen und Vorstellungen zu erkennen und zu bearbeiten. Hierdurch wurde zugleich das Bewusstsein für die unterschiedliche Positioniertheit und die intersektionalen Verschränkungen (z. B. Bildungshintergrund, Alter, Erfahrung etc.) befördert. 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, und zwar 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 und es 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 Stadtteilforscher*innen teilweise getrennt nach ihren Erfahrungen befragt. Bereits hier hat sich gezeigt, dass das kollaborative Forschen ausgesprochen gut funktionierte und die Tandems früh in einen produktiven Arbeitsmodus gefunden haben, in dem die ganz unterschiedlichen Hintergründe und Zugänge als Bereicherung wahrgenommen wurden (s. Anhang).

6.3 Partizipatives Studiendesign und Datenerhebung

Im Folgenden soll das partizipative Studiendesign und die Phase der Datenerhebung beschrieben werden. Wie in Kapitel 3 ausgeführt, ist partizipative Forschung ein Oberbegriff für Forschungsansätze, die soziale Wirklichkeit partnerschaftlich erforschen. Ein partizipatives Studiendesign dient dazu, diese soziale Wirklichkeit zu verstehen und zu verändern. Ziel des Projektes ist die Schaffung kultursensibler Präventionsprojekte, die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit und die Förderung der Gesundheitskompetenz. In unserem Falle sind die rekrutierten Stadtteilforscher*innen (siehe Kapitel 6.1) die gesellschaftlichen Akteur*innen, welche als Co-Forscher*innen fungieren und gleichzeitig eine individuelle und kollektive Selbstbefähigung und Ermächtigung erhalten. Die Teilhabe von gesellschaftlichen Akteur*innen an Forschung sowie die Teilhabe an der Gesellschaft steht bei der partizipativen Forschung im Mittelpunkt (Unger 2014: 1). Es geht um die Nutzung des Communitywissens mithilfe kollaborativer und sozialräumlicher Methoden. Nach einer intensiven Schulung der Stadtteilforscher*innen und der Studierenden der Hochschule für Gesundheit in Tandems (siehe Kapitel 6.2) konnte die Phase der Datenerhebung beginnen. Die Stadtteilforscher*innen erleichterten den Feldzu-

gang, brachten feldspezifisches Wissen mit und stellten somit eine wichtige Ressource für den Forschungsprozess dar. In den Tandems wurde der Interviewleitfaden erstellt und dabei Wissen ko-produziert. Der Austausch auf Augenhöhe als Anspruch zwischen Studierenden und Stadtteilbewohner*innen wurde sehr ernst genommen. Dies spiegelte sich auch in dem Reflexionstreffen im Anschluss an die ersten gemeinsam geführten Interviews wider. Aufgrund des kollaborativen Wissens, welches von den Stadtteilforscher*innen mit eingebracht wurde, konnte der Leitfaden um wichtige Themen- und Handlungsfelder, wie z. B. Sucht und Diskriminierung ergänzt werden. Außerdem wurde das von den Studierenden entworfene wissenschaftliche Design in den Punkten Sprache und Kultursensibilität nach Empfehlung und 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 Stadtteilforscher*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.

6.4 Die Studie und Interventionen im Kontext von COVID-19

Pandemiebedingt konnte das Projekt QUERgesund nicht wie geplant durchgeführt werden und bereits konzipierte Angebote nicht anlaufen. Es kam zu massiven Verschiebungen im Zeitplan, die sich auf das Gesamtprojekt auswirken. Eine Verlängerung der Projektlaufzeit wäre hier sinnvoll und geboten. So wurden neben der Verschiebung geplanter Vorhaben auf eine Post-Corona-Zeit insbesondere die erfolgreiche Bewerbung für einen kollaborativen Vortrag mit ausgewählten Stadtteilforscher*innen und Projektteilnehmer*innen auf dem Kongress „Armut und Gesundheit“ in Berlin kurzfristig abgesagt. Es sei dennoch erwähnt, dass die Vorbereitungsphase für den Kongress in Form mehrer Treffen mit den vortragenden Akteur*innen eine gute Erfahrung war, die die Stadtteilforscher*innen empowert und die Kohärenz innerhalb der Gruppe verstärkt hat.

Zu Beginn des Lockdowns drohten dann jedoch die Kontakte zu den Menschen in der Hustadt abzubrechen. Somit mussten durch aufsuchende digitale Interaktionen mittels der

oben erwähnten Whats-App-Chats, Telefongespräche und neu hinzukommende synchron durchgeführte digitale Treffen via Zoom präventive und kreative Antworten auf diese „neuen Normalitäten“ gefunden werden. Aus Telefongesprächen mit vereinzelten Bewohner*innen der Hustadt zu Beginn der Coronapandemie wurde deutlich, dass viele Menschen die sozialen Konsequenzen der Pandemie als sehr belastend wahr nahmen 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 viele Tage aus Angst vor Infektionen nicht aus den beengten Wohnungen ließen. Sie betonten auch ihre Überforderung mit dem Homeschooling, was mit einer Kombination aus Sprachbarrieren, Bildungsferne, strukturellen Benachteiligungen und fehlenden pädagogischen Kompetenzen zusammenhing. Die Sozialarbeiterin aus dem Stadtteiltreff bestätigte diese Überforderung der Eltern durch die digitalen Angebote und digitale Kommunikationsformen (Emails) vor allem in der Kommunikation mit den weiterführenden Schulen. In diesem Zusammenhang artikulierten die Eltern uns gegenüber Wünsche nach einer Informationsveranstaltung mit Expert*innen zu schulbezogenen und medizinischen Fragen. Diesem Wunsch kam das QUERgesund Projekt Anfang April, eine Woche nach dem COVID-19 Lockdown, mit der Organisation eines virtuellen Treffens für Eltern aus der Hustadt nach. Zu dem Treffen wurden auch die Stadtteilforscher*innen und Setting-Akteur*innen eingeladen. Anwesend waren die Schulleiterin Frau Gabriele Danz, Prof. Dr. med. Carsten Krause (hsg), Hevidar Yildirim (Stadtteiltreff IFAK e.V.), Annika Strauss (QUERgesund), Prof. Dr. Christiane Falge (hsg) sowie Mütter und ein Vater aus der Hustadt. Während des Treffens informierte Prof. Krause die Eltern über die Einhaltung von Abstandsregeln und empfahl ihnen und ihren Kindern regelmäßige Aufenthalte an der frischen Luft, z. B. im nahe gelegenen Wald. Auch mit der Schulleiterin Frau Danz erfolgte ein intensiver Austausch, auf den hier aus Platzgründen nicht näher eingegangen werden kann. Die Fragen der Eltern konnten somit zunächst geklärt werden und das Treffen wurde von ihnen als hilfreich wahrgenommen. Aus dieser ersten virtuellen Begegnung entwickelten sich regelmäßige virtuelle Treffen über Zoom mit den Stadtteilforscher*innen, die zum einen der Unterstützung der Stadtteilforscher*innen während der Pandemie und zum anderen der Aufrechterhaltung der gewachsenen Bindungen zwischen der Projektkoordination und letzteren dienten. Die meisten Stadtteilforscher*innen nahmen mangels Rechner über ihr Smartphone an den Sitzungen teil, was jedoch völlig unproblematisch verlief. Der Austausch gab gleichzeitig auch wertvolle Einblicke in die Innenperspektive der Stadtteilforscher*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 Stadtteilforscher*innen an einer globalen Erhebung des transnationalen Disaster Networks[5] teil. Inhaltlich ging es dabei um die gesellschaftlichen Auswirkungen von COVID-19 mit dem Ziel, Innenperspektiven zu erhalten, die jenseits der COVID-19 Mainstreamnarrative zu verorten sind. Fünf Stadtteilforscher*innen entschieden sich in einem kollaborativen Prozess zur Teilnahme an der Erhebung und führten zwischen Juni und August 2020 insgesamt 20 Interviews mit Mitgliedern ihrer transnationalen Netzwerke. Bei den Interviews ging es um Fragen zu den Auswirkungen der Coronapandemie auf Leben und Wohnen, um Erschwernisse im Alltag, Aktivitäten, die wegen COVID-19 nicht mehr durchgeführt werden konnten, die Rolle der Coronapandemie als Stressfaktor, Umgangsweisen und kreative Anpassungsstrategien, Inanspruchnahme von staatlichen Unterstützungsfonds und familiären Familiennetzwerken, die Veränderungen sozialer Beziehungen durch Corona, seelische Auswirkungen usw. Unter Wahrung der Abstandsregeln wurden 17 Interviews persönlich geführt, zwei per Videochat, eins per Onlinechat und ein weiteres in hybrider Form. Die finalen Ergebnisse dieser Erhebung werden derzeit analysiert und danach als Collage auf den kollaborativen Internetauftritten von PECE (Platform for Experimental and Collaborative Ethnography[6]) und QUERgesund der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

[5] https://disaster-sts-network.org/content/transnational-sts-covid-19-project/essay
[6] https://disaster-sts-network.org/content/covid-19-rapid-student-interview-project/essay

7. Ergebnisse: Handlungsfelder

Im Folgenden werden die Ergebnisse aus den Handlungsfeldern Prävention, Stress, Diskriminierung, Sucht, Bewegung und Ernährung vorgestellt. Wie bereits in der Einleitung erwähnt, verweist die große Bandbreite der Antworten aus den Interviews deutlich auf die bestehende Heterogenität der multidiversen Hustadt Community. Das bedeutet für uns, dass verallgemeinernde Schlussfolgerungen in Bezug auf die von „der Community" erwünschten Angebote kaum möglich sind. Vielmehr erscheint ein vielfältiges Angebot erforderlich, um der kulturellen und sozialen Diversität im Stadtteil gerecht zu werden. 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.

7.1 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, welche die Gesundheit der Bewohner*innen der Hustadt beeinflussen sowie deren Lebenswelten und -kontexte im 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 aus dem lat. *Praevenire* „zuvorkommen" 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 (Verhältnispräventi-

on) sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung unterschieden.[7] 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.

> „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 Infomaterial, 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 mitunter als schwierig wahrgenommen wird. Dennoch scheinen die Untersuchungen für Kinder in vielen Familien mehr im Fokus zu stehen und 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)

[7] https://www.gkvspitzenveband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp

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, denn ein Großteil der Befragten lebt in dem Stadtteil von ALG II und der Eigenanteil bei Blutuntersuchungen, IGEL-Leistungen, Ultraschall oder Zahnbehandlungen übersteigt häufig die finanziellen Mittel. 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 Auswirkungen von Screenings nach neuesten medizinischen Erkenntnissen zu dem Schluss gekommen ist, dass die Auswirkungen auf die Mortalitätsstatistiken eher unbedeutsam sind und es häufig zu Überdiagnosen und Übertherapien kommt, welche zu einem ungünstigen Nutzen-Risiko-Verhältnis von Mammografie-Screenings führen [8]

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 nur über oberflächliches präventionsbezogenes Wissen. Einige wenige nehmen bereits bestehende Angebote von Krankenkassen, wie z. B. der AOK wahr (darunter Yoga, Osteopathie etc.). Angebote von den Arbeitgeber*innen, neue Versicherungskonzepte sowie die Kostenübernahme für alternative Heilmethoden werden seitens der Befragten

[8] https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2014/daz-32-2014/mammografie-screening-in-der-kritik

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.

> „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, die die Menschen davon abhalten, 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 kein 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.

7.2 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, genau wie 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 von Minderheiten. 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. Neben den genannten strukturellen Problemen wurden auch indivi-

duelle Stressfaktoren wie „die Musik der Nachbarn“ oder „der Mann mit dem großen Hund“ in der Nachbarschaft genannt.

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). In dieser Aussage werden die fehlenden familiären Unterstützungsstrukturen deutlich, 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 gehen, 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, wobei Naherholungsgebiete sowie Sport- und Einkaufsmöglichkeiten in der Nachbarschaft eine wesentliche Rolle spielen. Zusammenfassend kann von individuellen Bewältigungsstrategien und vorhanden Ressourcen, wie z. B. privaten Netzwerken, 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.

7.3 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 zueinander stehen. Die kontinuierliche Erfahrung und Erduldung von unterschiedlichen systemischen, strukturellen, intersektionalen und alltäglichen Diskriminierungsvarianten (vgl. Scherr et al. 2016) wirkt sich nachhaltig negativ auf die Gesundheit der Bewohner*innen der Hustadt aus. Mehrfachdiskriminierung gehört ohne Zweifel zu den konstituierenden Bestandteilen der Lebenswirklichkeit jener in der Hustadt beheimateten Menschen, deren Lebensumfeld durch Multiethnizität, Diversität und kulturelle sowie soziale 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 Sensibili-

sierung 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 migrantischen Hustadtbewohner*innen ebenfalls konfrontiert mit Ressentiments, Kulturalisierungen und Fremdzuschreibungen, die eine Partizipation an gesellschaftlichen Ressourcen und Gütern verhindern (vgl. Terkessidis 2004). Die alltägliche Interaktion und die Lebenswirklichkeit in der Hustadt wird von den Befragten aufgrund der Pluralität der Herkünfte und der hier gelebten kulturellen und sozialen Diversität als eine Art Schutzraum wahrgenommen, in dem nahezu keine Diskriminierungserfahrungen wahrgenommen werden. Das koexistente und konsensuale 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, historisch gewachsene und diskursiv vermittelte Stigmatisierung der Hustadt vor Augen, die als ein Resultat von bestehenden und stetig aktualisierten Fremdbildern über diesen urbanen Raum gelesen werden kann. Allein auf der Grundlage der Tatsache, dass Menschen mit und ohne Migrationserfahrung in diesem Bochumer Stadtteil ihren Lebensmittelpunkt definieren, führt zur Diskriminierungserfahrungen, weil außerhalb der Hustadt eine Persistenz von raumspezifischen Stereotypen und Klischees gegenüber diesem Ort zu erkennen ist. Dieser stereotype Wissensfundus ist unmittelbar verknüpft mit medial vermittelten Assoziationen über „Migration“, „Problemviertel“ und „Segregation“ entlang ethnischer und sozialer Kategorien (vgl. El-Mafaalani 2016: 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 2016). 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, der stets auf der Grundlage von Sprache, Herkunft, Hautfarbe, ethnischer wie religiös-kultureller Zugehörigkeit und sozialer Positioniertheit verabsolutiert, sowie mit Varianten der gruppenbezogenen Menschenfeindlichkeit (Zick et

al. 2011: 42 ff.) 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 indiziert. 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****rin 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 „Nichtdeutsche" oder „Undeutsche" (vgl. El-Tayeb 2016), die immer häufiger von der Mitte der Gesellschaft ausgehen, 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 diesen 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 Betroffenenperspek-

tive werden ausgrenzend wirkende Diskriminierung und machtasymmetrische Ungleichbehandlung von den Befragten als Stress und Ohnmachtgefühle verursachende Faktoren in unterschiedlichen Lebensbereichen erkannt und als solche benannt, die dauerhaft Negativkonsequenzen für die körperliche und psychische Gesundheit nach sich ziehen (vgl. Ziegler & Beelmann 2009).

7.4 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 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 berichtet über den regelmäßigen Konsum von legalen Suchtmitteln wie Alkohol, Tabak/Nikotin und Koffein. Der Handel mit sowie das Konsumieren von illegalen Suchtmitteln wie Cannabis und diversen Betäubungs- und Aufputschmitteln 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 Drogen zu verzeichnen, die einerseits temporär euphorisierend wir-

ken, Schmerzen lindern und das Selbstbewusstsein steigern, andererseits jedoch langfristig die freie Entfaltung der Persönlichkeit einschränken und soziale Bindungen sowie Lebensperspektiven der Menschen negativ beeinflussen.

Angesichts der allgegenwärtigen Verfügbarkeit, der immer niederschwelliger konzipierten Zugangsmöglichkeiten und einer bisher nicht dagewesenen „Medialität des Alltags" (vgl. Simon et al. 2009) 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: Smartphonenutzung, Computer- bzw. Onlinespiele, Social Media (Facebook, Twitter, Instagram), Videoportale (YouTube, TikTok), kostenpflichtige Streamingdienste (Netflix) und Messengerdienste (WhatsApp, Telegram). Zwei Stadteilbewohnerinnen 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 kindlichen und jugendlichen Sozialisation sowie der habituellen Prägung gehört, nehmen insbesondere Eltern bei ihren Töchtern und Söhnen verstärkt Verhaltensveränderungen wahr, die auf Mediensucht indizieren (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 wird, 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, so dass die virtuelle Welt als Kompensationsraum für die ausbleibenden Erfolgserlebnisse in der realen Welt fungiert. Das Eintauchen und Aufgehen in der Onlinewelt kann hier als eine Art Exitstrategie bezeichnet werden, die zur Bedürfnisbefriedigung beiträgt und Impression Management ermöglicht. 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 omnipräsente 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 dazu, dass das graduelle Abdriften in die mediale (Schein-)Welt der Kompensation konkreter Bedürfnisse dient, die den Nutzer*innen von Videoportalen, Streamingplattformen, Messengerdiensten und Social Media in der realen Welt aufgrund von unterschiedlichen Faktoren verwehrt bleiben. Den Bewohner*innen der Hustadt gewährleisten die virtuellen Echokammern und Resonanzräume nicht nur Zerstreuung, Ablenkung, Freude und Erfolg, sonder 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 erfahrungsnahe 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 erklä-

ren 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.

7.5 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 inter-

net- und fernsehbasierten 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 vor hätten, 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, 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 folgendem 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, auch Bildungspaket oder Bildungs- und Teilhabepaket genannt, kurz BuT. Diese Leistungen werden im Rahmen der Grundsicherung 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 im Bezug auf Vereinsmitgliedschaften sind finanzielle und wirtschaftliche Gründe, so haben viele der Befragten 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 Schwierigkeiten 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 Schwierigkeit wahrgenommen. Hindernisse für Bewegung lassen sich also auf die Entfernung, fehlende Informationen, mangelnde Motivation oder Kompetenzen, vereinsspezifische 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.

7.6 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 Gastrosoph Jean Anthèlme Brillat-Savarin in seinem Werk *Die Physiologie des Geschmacks* und spielte damit gleichzeitig auf den Sachverhalt an, dass unsere Essgewohnheiten und Ernährungspräferenzen ein Spiegelbild unserer selbst sind. Über Ernährung 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 sowie die damit in Verbindungen stehenden heterogenen Alltagspraxen geprägt von historisch normierten, kulturellen, ökonomischen und sozialen Determinanten, die darüber entscheiden, 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 unerheblicher Faktor ist, der maßgeblich das gesundheitliche Wohlbefinden positiv wie negativ beeinflusst. Dieses sozial, kulturell und ökonomisch grundierte Ernährungswissen nimmt einen exponierten Raum innerhalb der empirischen Befragungen der Stadtteilbewohner*innen ein und kann aus diesem Grund 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 Totalität, Emotionalität und Alltäglichkeit des Themas Ernährung ist es geschuldet, dass die befragten Stadtteilbewohner*innen zunächst in einer deskriptiven Narration einen Großteil der von ihnen zubereiteten und verzerrten Nahrungsmittel aufzählen. Ganz deutlich wird hierbei die zentrale Bedeutung und die Diversität der Ernährungsweisen und des Essalltags, die in Korrelation 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, dessen Zubereitung und Verzehr in diasporischen Sphären und in multikulturellen Gesellschaftsmilieus als kulturell-kulinarische Form der Beheimatung interpretiert wird (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, die oftmals nur von in herkunftslandbezogenen Supermärkten erstandenen Produkten sichergestellt werden können. Welche globalisierten und transnationalen Dimensionen die Ernährungssituation in der Hustadt aufweist, lässt sich an dem Sachverhalt ablesen, dass Bewohner*innen mit einem somalischen Migrationshintergrund ausgewählte Nahrungsmittel ausschließlich von einem „ethnisch" etikettierten Supermarkt in den Niederlanden beziehen. Kritisch angemerkt sei hier jedoch, dass sich der soziale Wandel von Zubereitungskulturen im Migrationsprozess oftmals gesundheitlich negativ auswirkt, da eine ausgewogene Ernährung von Bewohner*innen ruraler Gebiete in den Herkunftsländern durch eine fleisch-, zucker- und fettlastige Ernährung im Ankunftsland ersetzt wird. Die kulturell-kulinarische Form der Beheimatung wird somit zur Gesundheitsfalle.

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 wie in ähnlichen, dem Strukturwandel unterworfenen und multidiversen Stadtteilen, 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, die als Ungleichheit verschärfender und Teilhabechancen verringernder Indikator bewertet werden kann, ist unmittelbar verbunden mit der räumlichen Verteilung von Supermärkten und den eingeschränkten finanziellen Ressourcen der Stadtteilbewohner*innen. Filialen von Discountern wie Netto, Lidl, Aldi und

Kaufland befinden sich am Uni-Center, in der Marktstraße 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 determiniert durch die räumliche und sozioökonomische Erreichbarkeit von gesellschaftlichen Dienstleister*innen, die Lebensmittel (und damit auch Lebensqualität) für den alltäglichen Bedarf zur Verfügungen stellen. Dass sich prekäre und von Armut geprägte Lebenswirklichkeiten in erste 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 Kompensation- und Ventilfunktion, da spezifische Nahrungs- und Genussmittel als Seelenwärmer emotionale Sicherheit zu spenden oder Heimweh zu reduzieren vermögen und bedrückende sowie perspektivenarme Lebenslagen temporär erträglich machen.

Als eine weitere Großnarration erwies sich innerhalb der Interviews das Reflektieren über jene Multiplikatoren, Foren und Plattformen, mittels der die Stadtteilbewohner*innen Informationen und Wissensressourcen über gesundheitsadäquates und praxisnahes Ernährungsverhalten einholen. Körperliche Folgeerscheinungen von als „defizitär“ klassifiziertem Ernährungsverhalten in konsumfixierten Überflussgesellschaften wie etwa Stoffwechselkrankheiten, Übergewicht, Adipositas oder Diabetes mellitus Typ 2 und die damit einhergehenden Kosten für das deutsche Gesundheitssystem 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, bei der muttersprachliche Informationen bevorzugt werden. 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, die beide mit gleicher Bestimmtheit ein ungeteiltes Legitimationsmonopol für sich beanspruchen. 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.), welche durch die vom COVID-19 Virus ausgelöste Gesellschaftskrise neuerlich verstärkt wird. Notwendig und geboten ist hier eine stärkere Orientierung über Wissensquellen. Wissenschaftlich valide, erfahrungsgesättigte, praxistaugliche und kollaborativ-partizipativ 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 Bevöl-

kerung in der Hustadt ermöglichen. Insbesondere die Homepage des Projektes QUERgesund wäre eine ideale Plattform für die systematische, effektive und zielgenaue Präsentation sowie Zirkulation dieses Ernährungswissens. 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 denen die praxisnahe Auseinandersetzung mit den Themen Ernährung, Esskultur und gesundheitliches Wohlbefinden im Mittelpunkt stehen. Ernährungsberatende Funktionen könnten bei diesen Lernforen beispielsweise Ökotrophолog*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. Diskussion der Ergebnisse und Handlungsempfehlungen

Das sowohl auf gemeinschaftliches Lernen und eine solidarische, reziproke und kollaborative Wissensproduktion als auch auf eine zielgruppenorientierte und nachhaltige Verbesserung der Gesundheitsversorgung in der Bochumer Hustadt abzielende verhaltenspräventive Forschungsprojekt QUERgesund hat mit den in Kapitel 7 empirisch eruierten 6 Handlungsfeldern (Prävention, Stress, Diskriminierung, Sucht, Ernährung und Bewegung) konkrete Schlüsselthemen systematisiert. Die durch Mehrfachdiskriminierung, soziale Ungleichheit, ökonomische Marginalisierung und diverse makrostrukturelle Rahmenbedingungen determinierten Lebenswirklichkeiten der Stadtteilbewohner*innen sind besonders gekennzeichnet durch gesundheitsbezogene Ungleichheitsdimensionen, die zu einem verstärkten Auftreten von *social suffering* führen. Hier setzen die durch die *critical medical anthropology* informierten Interventionen und gesundheitsfördernden Angebote an. Die im Folgenden debattierten Empfehlungen, die unter Zuhilfenahme der im vorherigen Kapitel präsentierten exemplarischen Erkenntnisse abgeleitet wurden, verstehen sich als handlungsmotivierende Diskussionsanstöße zur passgenauen Entwicklung von gesundheitsorientierten Assistenzofferten und Interventionen. Darüber hinaus werden die diskursiv und kollaborativ erzeugten Strategien, Konzepte und Ansätze als ergebnisoffene Aushandlungsfelder und Möglichkeitsräume bewertet, die eine qualitative Verbesserung der projektrelevanten Organisations- und Prozessstrukturen ermöglichen. Somit wird ein erfahrungsbasierter und dynamischer Reifeprozess des Projektes QUERgesund initiiert und kommunikativ mit anderen sozialarbeiterisch tätigen Institutionen im Stadtteil abgestimmt, die sich in gleicher Weise die kultur- und herrschaftskritische Verhaltens- und Verhältnisprävention in der Hustadt auf die Fahnen geschrieben haben.

Abgestimmt auf die Bedarfsanalyse ist zunächst die Etablierung eines in regelmäßigen Abständen stattfindenden Gesundheitsforums durch die Projektbeteiligten zielführend. Bei diesem informellen Austausch, der vor allem den aktuellen Bedürfnissen und strukturellen Kalamitäten der Menschen gerecht wird und die Stadtteilbewohner*innen in ihren Lebenswirklichkeiten abholt, könnten allgemeine Themenschwerpunkte wie Gesundheit, Wohlbefinden, Ressourcen und individuell erprobte Bewältigungsstrategien kollektiv und solidarisch verbalisiert werden, um aus den Narrativen der Direktbetroffenen erste Lösungsansätze und Präventionskonzepte abzuleiten. Sowohl über die empathische Erörterung von individuellen biografischen Schicksalen als auch mittels der Reflexion über kollektive Ungleichheitserfahrungen können wichtige Informationen eruiert werden. Ins-

besondere die wissenschaftlich verbürgte Tatsache, dass Diskriminierung, nicht existierende Teilhabechancen, territoriale Stigmatisierung und strukturelle Benachteiligung infolge von ungesicherten Asyl- bzw. Aufenthaltsverfahren und temporärer oder langfristiger Arbeitslosigkeit unmittelbare Folgeerscheinungen wie etwa erhöhtes Stressempfinden, psychische wie physische Krankheitsbilder und eine deutlich verringerte Lebensqualität sowie Lebenserwartung nach sich ziehen, sollte als Ausgangspunkt für Initiativen und Interventionen definiert werden. Eine aufklärende Enttabuisierung sowie eine kritische Einordnung von psychischen Erkrankungen und habituellen Veränderungen, die unmittelbar in Verbindung stehen mit prekären Lebensrealitäten, Arbeitslosigkeit, Armut sowie materieller und mentaler Deprivation, müssen Hand in Hand gehen mit der Konzipierung von Ansätzen, um aus diesen perspektivenarmen, bedrückenden, räumlich beengten und sozial segregierten Lebensverhältnissen auszubrechen. Nicht selten werden die Auswirkungen der durch das COVID-19 Virus ausgelösten Krise, die bestehende soziale Missstände, existenzielle Nöte und Ungleichheitsverhältnisse verstärken sowie neue und alte Unsicherheiten hervorbringen, mit der Brennglas-Metapher versinnbildlicht. Coronapandemiebedingt verstetigen und intensivieren sich gesellschaftliche Ordnungen und Wirkkräfte, die in sozial benachteiligten Stadtteilen schon vor dieser Krise zu Exklusion, Marginalisierung, Segregation und Stigmatisierung geführt haben. Im Rahmen des Gesundheitsforums könnten die Stadtteilbewohner*innen gemeinsam mit dem Projektteam einen Dialograum kreieren, um diese durch die Krise bedingten Transformationen zu bewältigen, aktuelle gesundheitliche Herausforderungen zu thematisieren und den Alltag unter den Vorzeichen der „neuen Normalität“ zu gestalten. Bei dieser Austauschplattform sollte auch der Faktor „Selbstermächtigung“ eine signifikante Position einnehmen.

Da adäquate Freizeit-, Bewegungs- und Sportangebote den Menschen in der Hustadt teilweise gar nicht oder nur sehr bedingt zur Verfügung stehen, jedoch das Verlangen in unterschiedlichen Gesellschaftsschichten und Altersgruppen nach Körperertüchtigung und Sporttreiben groß ist, sieht sich das Projektteam konfrontiert mit einem strukturellen Defizit, das sich negativ auf das gesundheitliche Wohlbefinden ausübt. Regelmäßiges Sporttreiben, so die einhellige Meinung der befragten Personen, unterstütze nicht nur die eigene körperliche Fitness, das Management der eigenen Resilienzressourcen und das mitmenschliche Eingebundensein in freundschaftliche Netzwerke, sondern wird auch als eine Art Flucht aus dem Alltag wahrgenommen. Aus einer ressourcenorientierten Perspektive wird die körperliche Ertüchtigung als eine Art *coping mechanism* erkannt, die

als eine Antwort der Bewohner*innen der Hustadt auf einen gleichförmigen und von Armutslagen geprägten Alltag gelesen werden muss. Diese Lebenswirklichkeit zeichnet sich aus durch eine armutsbedingte Abwesenheit von Restaurants- und Kinobesuchen sowie den Verzicht auf Urlaubsreisen in entfernte Länder. Aus diesen hier geschilderten Gründen muss den Handlungsfeldern Bewegung, Prävention und Stressbewältigung in besonderer Weise Aufmerksamkeit geschenkt werden, weil hierbei zentrale empirische Erkenntnisbündel zur Erhaltung und zur Förderung gesundheitlichen Wohlbefindens zu diagnostizieren sind. Zur Behebung dieser strukturellen Defizite könnte das Projekt QUERgesund mit der Organisation und der Durchführung von konkreten Bewegungsangeboten (Sport im Park, Lauftreffs und Walking Gruppen, Gärtnern, Schwimmkursen) gegensteuern, die an die zeitlichen Verfügungsressourcen und Care-Aufgaben der unterschiedlichen Zielgruppen angepasst sind. So müsste auch sichergestellt werden, dass eine zeitgleiche Betreuung von Kindern und Jugendlichen für jene Mütter gewährleistet wird, die aufgrund ihrer familiären Verpflichtungen ohne diese Hilfe das Sport- und Bewegungsangebot nicht nutzen könnten. Bei diesen sportzentrierten Konzepten und Initiativen kann der Trimm-Dich-Bewegung eine Vorbildfunktion zukommen, die ab den 1970er Jahren dem Übergewicht der Nachkriegsgeneration den Kampf ansagte und als Antwort auf die „Fresswelle“ der Wirtschaftswunderjahre in der Bundesrepublik Deutschland gelesen werden kann. Längerfristig und zukunftsorientiert wird das Projektteam gemeinsam mit den Stadtteilbewohner*innen kommunale Multiplikator*innen auf politischer Ebene für die Errichtung einer zentralen Sportstätte (Sporthalle, Schwimmbad, Fitnessstudio, Outdoor Fitness- bzw. Workout Park) sensibilisieren.

In der Hustadt stellt die Organisation und die Bewältigung der Alltagsanforderungen in erster Linie für Menschen mit Fluchtbiografie eine enorme Herausforderung dar, da diese Bevölkerungsgruppe aufgrund ihrer teilweise eingeschränkten Sprachkompetenzen, ihrer Diskriminierungserfahrungen, ihrer Arbeitslosigkeit, ihrer sozialen Isolation von der Dominanzgesellschaft, ihrer jahrelangen Unsicherheit bezüglich des Aufenthaltsstatus und ihres fehlenden Erfahrungswissens in besonderer Weise eine Benachteiligung widerfährt. Alltagsnormalitäten, die von den in Deutschland sozialisierten Mitgliedern der Dominanzgesellschaft unhinterfragt und routiniert bewältigt werden, bedeuten für Geflüchtete zunächst Ohnmacht, Stress, Unsicherheit und Angst verursachende Barrieren und Grenzregime, die eine Teilhabe an gesellschaftlichen und gesundheitlichen Ressourcen schwierig bis unmöglich machen. Das Projektteam ist sich bewusst, dass die einge-

schränkten Zugangsperspektiven zu ökonomischer, sozialer und kultureller Partizipation sowie die Not der Migrant*innen, dem von Differenzerfahrungen und Fremdheit geprägten Anforderungsprofil des Alltags in ihrer neuen Heimat nicht oder nur sehr eingeschränkt entsprechen zu können, emotionale und psychische Auswirkungen auf die Direktbetroffenen hat. Deshalb sind Angebote und Interventionen notwendig, die diese Stadtteilbewohner*innen praktisch und sprachlich unterstützen bei bürokratischen Problemlagen, bei Behördengängen und bei der Korrespondenz mit dem Jobcenter, der Ausländerbehörde und potenziellen Vermieter*innen und Arbeitgeber*innen. Ebenso sollten die Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Ärzt*innen und Patient*innen während der Behandlung von Krankheiten Beachtung finden, um insbesondere die Kinder der Patient*innen zu entlasten. In Einwanderungsgesellschaften ist es ein stets wiederzuerkennendes und empirisch nachgewiesenes Verhaltensmuster, dass Erwachsene ihre Nachkommen angesichts der versierter ausgebildeten Sprachfertigkeiten zu ärztlichen Untersuchungen mitnehmen. In den Praxen und Krankenhäusern obliegt den Kindern die Übersetzung von medizinischen Diagnosen, bei der jedoch aus unterschiedlichen Gründen eine hohe Fehlerquote zu verzeichnen ist, die sich wiederum negativ auf die Behandlungs- und Genesungsverläufe der Patient*innen auswirken kann. Nicht zuletzt würden die vermittelnden Assistenzhilfen des Projektteams bei Krankheiten und beim Aufsuchen ärztlicher Hilfe einen maßgeblichen Beitrag dazu leisten, dass Kinder und Jugendliche eigenverantwortlich die ihnen zur Verfügung stehenden Zeitressourcen nutzen könnten für schulische und außerschulische Bildung sowie Sport und Rekreation.

Wie bereits aus dem vorherigen Kapitel ersichtlich wurde, sollte der zukünftigen Ernährungsbildung im Rahmen von konkreten Aktivitäten und Angeboten in der Hustadt eine gesonderte Bedeutung beigemessen werden. Gesellschaftlichen Ernährungsdefiziten, die in erster Linie auf die prekären Lebensrealitäten und deren makrostrukturelle Rahmenbedingungen in einem sozial benachteiligten Stadtquartier zurückzuführen sind, wird das Projekt QUERgesund mit Strategien und Ansätzen begegnen, deren Intentionen sowohl auf die praktische Handlungs- und Kompetenzförderung in Sachen Ernährung als auch auf die eigenverantwortliche und nachhaltige Rückgewinnung von gesundheitsorientierter Verhaltenssicherheit abzielen. Kochkurse, Workshops und ökotrophologische Bildungsforen könnten bei diesem Vorhaben als kollaborative und solidarische Wissensfundamente hervorbringende Interaktions- und Kommunikationsräume fungieren, bei denen ernährungsspezifische Koch- und Fertigungspraktiken ausgetauscht sowie die emotional ge-

steuerten Ess- und Genusspräferenzen im Sinne der oben erwähnten kulturell-kulinarisch bedingten „Gesundheitsfallen“ kritisch hinterfragt werden. Diese die Gesundheit sowie das allgemeine Wohlbefinden der Stadtteilbewohner*innen positiv beeinflussenden und am Leitbild der enorm diversifizierten Esskultur in der Hustadt ausgerichteten Interventionen leisten ebenfalls Aufklärungs- und Präventionsarbeit in Bezug auf die so genannten Zivilisationskrankheiten, deren Ursachen und Folgeerscheinungen beleuchtet werden. Valide und an den Alltagserfahrungen der Bewohner*innen angelehnte Gesundheits- und Ernährungsinformationen können einer breiten Öffentlichkeit über die Homepage des Forschungsprojektes zur Verfügung gestellt werden.

Ein signifikantes Handlungsfeld, das bei einer oberflächlichen Betrachtung der stadtteilspezifischen Suchtpotenziale und Abhängigkeitsrisiken zunächst nicht sonderlich ins Auge fiel, jedoch im Verlauf der Datenanalyse als Kategorie immer mehr Evidenz und Plausibilität erlangte, ist die zeitintensive Beschäftigung mit und das immersive Aufsuchen von virtuellen Welten mithilfe digitaler Endgeräte. Die nicht selten kompensatorisch wirkenden und der Befriedigung konkreter Bedürfnisse in einer prekären Lebenswirklichkeit dienenden Faszinationskräfte und Anregungspotenziale, die die schier unbegrenzten Möglichkeitsräume des Internets ihren Nutzer*innen anbieten, ufern in ein Suchtverhalten. Diese Mediensucht zieht für die Betroffenen unweigerlich auch komorbide Störungen auf einer physischen und psychischen Ebene nach sich. Auffällig ist bei den in den Interviews verbalisierten Selbstaussagen zudem, dass diese von den Stadtteilbewohner*innen durch Eigen- und Fremdbeobachtungen diagnostizierte Verhaltensstörung größtenteils nicht als eine explizite Sucht angesehen und ausgelegt wird, die es durch konkretes Veränderungsverhalten oder unter Einbezug professioneller Hilfe zu therapieren gilt. Auf diese in der Hustadt grassierenden Suchtpotenziale und Verhaltensveränderungen müssen auch die Projektbeteiligten eine Antwort finden. Diese könnte zunächst darin bestehen, alternative Freizeit- und Sportangebote in das Spektrum der Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu integrieren, bei denen Zerstreuung, körperliche Aktivität und Erlebnisorientierung gewährleistet und die Kultur des Draußen-Seins gestärkt werden. Diese Angebote kommen jedoch nicht ohne die professionelle Beratung von pädagogischen Fachleuten aus, die bei der Prävention und der sozialarbeiterischen Eindämmung der Mediensucht ihre Erfahrung sowie ihre Expertise einspeisen.

Im Großen und Ganzen zeigt sich, dass Gesundheit und körperliches wie seelisches Wohlbefinden eine immer relevanter werdende gesellschaftliche Zukunftsaufgabe ausmacht, deren adäquate Lösung insbesondere Menschen in intersektional benachteiligten Stadtteilen vor große Herausforderungen stellt. Die gegenwärtige Pandemie, so sind sich die Kommentator*innen im Diskurs über die gesellschaftlichen Folgeschäden und die kulturellen Verwerfungen einig, intensiviert diese negativen Entwicklungen und führt zu sozialen Missständen, zu Armut und zu einem kontinuierlichen Fortschreiten der materiellen Deprivation. Das partizipativ-kollaborativ ausgerichtete Forschungsprojekt QUERgesund hat mit seinen inter- und transdisziplinären Kernkompetenzen, seinem akteur*innenzentrierten Methodendesign und aufbauend auf empirisch generierten Gewissheiten diverse Problemlösungsprozesse initiiert und realisiert, die zur qualitativen Verbesserung der Gesundheitssituation und der strukturellen Lebensbedingungen in der Hustadt beitragen. In der zweiten Projektphase ist es in enger Zusammenarbeit mit den Stadtteilbewohner*innen angezeigt, die angestoßenen diversitätssensiblen Modelle und Empowerment-Strategien aus dem Bereich der öffentlichen Gesundheitsfürsorge zu konsolidieren und zu verstetigen.

9. Durchführung erster Angebote

Gesundheitsforum

Die Projektkoordination übernahm ab April 2019 die Organisation und Durchführung eines sogenannten „Gesundheitsforums“ in den eigenen Räumlichkeiten. Das Veranstaltungsformat war gezielt offen gehalten und versucht langfristig einen Raum zu eröffnen, in dem sich Bewohner*innen der Hustadt zu Themen rund um Prävention und Gesundheitsförderung austauschen können. Die Projektkoordination initiierte die Eröffnung dieses Raumes und gab den ersten Treffen eine Struktur und einen Rahmen. Im Zuge der ersten Gesundheitsforen legte die Projektkoordination besonderen Wert darauf, aufkommende Themen und Fragen zu dokumentieren, um dieses im Rahmen von Folgeveranstaltungen wieder aufzugreifen, zu fokussieren und/oder zu vertiefen. Bis Oktober fanden Gesundheitsforen zu den folgenden Themen statt:

- Am 11.04.2019 wurde die erste Einladung an alle Interessierten zum Gesundheitsforum „Gesund sein: Was heißt das eigentlich für mich?“ versendet.

- Am 02.05.2019 – „Gesunde Ernährung: Was ist das eigentlich?“ und „Frauenschwimmen in der Hustadt“.
- Am 23.05.2019 wurden die folgenden Themen in einzelnen Arbeitsgruppen vertiefend behandelt und diskutiert: „Eltern-Kind Kochkurs/Brotdose packen“, „Frauenschwimmen in der Hustadt“, „Süßen mit Alternativen“, „Gesund und gemeinsam Abnehmen“.
- Am 13.06.2019 – Fortsetzung der Themenbehandlung in Arbeitsgruppen „Frauenschwimmen in der Hustadt“ und „Eltern-Kind Kochen/Brotdose packen“. Das Ziel bestand darin, in den beiden Arbeitsgruppen Veranstaltungen zu den jeweiligen Themen zu planen und zu organisieren.
- Am 04.07.2019 – Vortrag von Dr. Markus Höhne, Ethnologe, Universität Leipzig: „Gewalt und Trauma und die Position von Frauen in der somalischen Gesellschaft“ (in Kooperation mit der Hochschule für Gesundheit). Das Ziel bestand darin, in einer kurdisch/arabisch dominierten Hustadt Raum und Anerkennung für die dort lebende somalische Minderheit zu schaffen, um die Wahrnehmung interethnischer Diversität zu fördern.
- Am 05.07.2019 – „Groß und Klein kochen gesund“: Eltern kochten zusammen mit ihren Kindern in den QUERgesund-Räumlichkeiten.
- Am 24.10.2019 – „Screening Deutschlandfiction“: Präsentation eines Dokumentarfilmes zum Thema „Rassismus und Diskriminierung in deutschen Behörden“ und anschließende Diskussion. Das Ziel war, sich über gute und rassistische Erfahrungen mit deutschen Behörden auszutauschen.

Initiativen und regelmäßige Veranstaltungen

Es ist der Projektkoordination ein großes Anliegen, aus den im Gesundheitsforum diskutierten und vertiefend behandelten Themen Initiativen und regelmäßig stattfindende Veranstaltungen zu entwickeln. Dabei wird insbesondere die Selbstorganisation der Bewohner*innen unterstützt. Mit dem Ziel, eine nachhaltige Angebotsstruktur über die Projektdauer hinaus zu etablieren, sollen langfristig alle Initiativen und Angebote von ((weiter)qualifizierten) Bewohner*innen geleitet und an in der Hustadt ansässige soziale Einrichtungen angegliedert werden. Folgende Angebote konnten bisher entwickelt werden:

- „Groß und Klein kochen gesund“ ist eine Initiative, die im Juli 2019 selbstorganisiert von Müttern mit Kindern aus der Hustadt in den Räumlichkeiten von

QUERgesund startete. Die erste Veranstaltung fand unter Leitung einer Stadtteilforscher*in statt. Die Teilnehmer*innen wünschten sich jedoch zusätzlich zur Unterstützung durch die Projektkoordination professionelle fachliche Expertise und Beratung. Zur Vermeidung paralleler Strukturen beschloss die Projektkoordination Anfang 2020, die potenziellen Teilnehmer*innen von „Groß und Klein kochen gesund“ an den „Stadtteiltreff IFAK e.V.“ anzudocken. Die Teilnehmer*innen wurden von der Einrichtung „Stadtteiltreff IFAK e.V.“ aufgenommen. Das bestehende Projekt über gesundes Kochen mit Eltern und Kindern wird über das Netzwerk Bochumer Elternbegleitung finanziert.

- Zusätzlich war eine Schulung von Eltern, Peers und Multiplikator*innen im Bereich Kinderernährung im Frühjahr 2020 angedacht. Absolvent*innen könnten mittelfristig die Leitung von weiteren Veranstaltungen im Bereich Eltern-Kind-Kochen übernehmen (Dieses Angebot wurde aufgrund der Coronapandemie nicht weiter verfolgt).
- „Pflanzen und Kräuter“ ist ein Angebot zum Thema „Heilende Kraft der Pflanzen und Umwelt“. Eine Seniorin arabischer Herkunft aus der Hustadt nahm im Sommer 2019 mit der Projektkoordination Kontakt auf, um sich mit Interessierten zu dem Thema auszutauschen und voneinander zu lernen. Die Projektkoordination unterstützte und begleitete die Ehrenamtliche bei der Planung und Organisation des Angebotes und stellte die Räumlichkeiten von QUERgesund zur Verfügung. Eine Übungsleiterin, die im Rahmen einer Kooperation mit der Volkshochschule Bochum gewonnen werden konnte, gestaltet in der Anfangsphase das niedrigschwellige Angebot „Pflanzen und Kräuter“ als regelmäßig stattfindenden Kurs. Neben der Vermittlung von Kenntnissen über Pflanzen, übt die Ehrenamtliche in den Veranstaltungen auch ihre anleitende Rolle in der Gruppe. Die Übungsleiterin hält die Ehrenamtliche zunehmend dazu an, nach dem Ablauf der Kooperation selbst aktiv zu werden und die Leitung der Gruppe zu übernehmen. Unterstützt wird das Angebot durch die Hilfskraft des Projektes QUERgesund und einer studentischen Praktikantin. Das Angebot wurde erfolgreich im Juni 2020 beendet. Das Folgeprojekt ist „Interkulturelles Gärtnern“, das im August 2020 startete.
- „Frauenschwimmen“ – ab Ende Januar 2020 startete der erste Kurs für Frauen und Mädchen unter der Leitung einer qualifizierten weiblichen Übungsleiterin mit türkischen, arabischen und persischen Sprachkenntnissen und dem Bildungswerk des Stadtsportbundes als Veranstalter. Dieses Angebot wurde aufgrund der Coro-

napandemie unterbrochen und soll voraussichtlich im Herbst 2020 wieder aufgenommen werden.

- Infoveranstaltung „Gesundes Pausenbrot für Kita-Kinder und Schüler“ – Die erste Veranstaltung fand am 25. November 2019 im „Stadtteiltreff IFAK e.V.“ auf dem Brunnenplatz statt.

Angebote und Initiativen, die aus den SMART-Workshops hervorgegangen sind:

- „Frauen lernen Rad fahren“ – Am Weltfrauentag (8. März) plante die Projektkoordination mit dem Stadtsportbund als Kooperationspartner auf dem Fahrradübungsplatz in Laer einen Workshop zum Erlernen von Radfahren für Frauen. Langfristig sollen regelmäßig Fahrradtouren vom Brunnenplatz aus starten. Dieses Angebot pausiert aktuell coronabedingt und soll im September 2020 wieder aufgenommen werden.
- „FiBo Sportangebot für Mädchen“ – Die Projektkoordination organisierte „Schattenboxen“ und Konditionstraining (Übungsleitung und Räumlichkeiten) in Kooperation mit einer Elternbegleiterin aus der Hustadt. Am 1. September 2020 startete der Kurs in Kooperation mit dem Kinder- und Jugendfreizeithaus HuTown AWO Ruhr-Mitte und HUkultur und wird vom Jugendamt Bochum gefördert.
- „Interkulturelles Gärtnern“: Interessierte bekommen im Rahmen eines angeleiteten 22-wöchigen Kurses Wissen über gesunde regionale Naturprodukte und über einen umweltschonenden und nachhaltigen Anbau von Obst, Kräutern und Gemüse vermittelt. Im Mittelpunkt steht dabei der Umgang mit und die Verarbeitung von selbst angebauten Nahrungsmitteln. Der Kurs wird angeleitet von Johannes Tangen (Biologe und Umweltpädagoge) und Mira Iserloh (Sozialarbeiterin). Dieses Angebot wird in Kooperation mit dem Gemeinschaftsgarten Hof Bergmann e.V. durchgeführt. Gefördert wird dieses Angebot von der Stiftung Umwelt und Entwicklung. Der Kurs startete am 12. August 2020.
- „Fit im Park“: Auf Bemühungen von QUERgesund hin, bot der Stadtsportbund erstmalig in der Hustadt sein kostenloses Bewegungsprogramm auf Bochums Grünanlagen an.
- „Valide Gesundheitsinformationen“: Auf der Homepage von QUERgesund sollen valide Gesundheitsinformationen in Kooperation mit dem Projekt „Orientierungshilfen im Umgang mit Gesundheitsinformationen im Internet“ (OriGes) zur Ver-

fügung gestellt werden. Die Homepage von QUERgesund ging Mitte August 2020 online und informiert unter anderem über die Arbeit von QUERgesund, über aktuelle gesundheitsfördernde Angebote in der Hustadt und über die im Rahmen von QUERgesund durchgeführte qualitative Forschung und quantitativen Umfragen (DiPS).

- Es sind zudem Veranstaltungen in Kooperation mit der Bücherei Querenburg geplant. Auch die Bürger*innen/Patient*innenbibliothek QUERbib, die in die Räume von HUgesund (HUkultur) einziehen und in Kooperation mit der Bibliothek des Interprofessionellen Gesundheitszentrums der Hochschule für Gesundheit verwirklicht werden soll, befindet sich im Aufbau. Diesbezüglich ist im Herbst 2020 ein Workshop mit den Stadtteilbewohner*innen geplant, bei dem sich über die Bestückung (z. B. Sprachen / Themen) der QUERbib ausgetauscht werden soll.
- „Entspannungsangebot für Frauen“ – Hier ist die Projektkoordination auf den Wunsch von Müttern aus der Hustadt aktiv geworden. Das Flüchtlingsbüro stellt die Räumlichkeiten zur Verfügung. Im Moment wird noch nach einer Übungsleitung gesucht. Die Klärung von Finanzierungsmöglichkeiten ist ebenfalls im Gang. Dieses Angebot pausiert aktuell wegen der Coronapandemie sowie des Umzuges des Flüchtlingsbüros.
- Angebot zum Thema „Männergesundheit“ – Etablierung einer niedrigschwelligen Männergruppe, in der langfristig Gesundheitsthemen angesprochen und diskutiert werden sollen. Die Treffen starteten ab Dezember 2019. Die Betreuung obliegt Studierenden der Kultur- und Sozialanthropologie der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Dieses Angebot wird eventuell angegliedert an den „Stadtteiltreff IFAK e.V.“, der von Ali Müssen (Integrationsagentur) koordiniert wird. Dieses Angebot pausiert aktuell wegen der Coronapandemie und des Ausfalls des Praktikanten.
- Angebot zum Thema „Frauengesundheit“ – in Kooperation mit Prof. Dr. Ute Lange der Hochschule für Gesundheit, ortsansässigen Hebammen und dem Netzwerk „Frühe Hilfen“ des Referates für Gleichstellung, Familie und Integration der Stadt Bochum. Langfristig plant die Projektkoordination sowohl das Angebot von niedrigschwelligen Hebammensprechstunden als auch Informationsveranstaltungen zum Thema „Frauengesundheit“ (z. B. auch für die Bereiche Beschneidung,

Gewalt gegen Frauen). Eine neue Kooperation mit „Walk In Ruhr“ (WiR) ist angedacht. Dieses Angebot pausiert aktuell wegen der Coronapandemie.

- „Stärkung sozialer Ressourcen“ (Ausbildung von Peers, Multiplikator*innen, Gesundheitslotsen): Ab August 2020 findet monatlich ein Treffen mit den Stadtteilforscher*innen statt. Aus dieser Gruppe sollen 2-4 Gesundheitslotsen rekrutiert werden, die an Weiterbildungen/Qualifizierungen teilnehmen und Bewohner*innen über aktuelle Veranstaltungen/Themen informieren.

<u>Weiter sind folgende Projekte geplant</u>:

- Das Projekt „Be cool – Eat cool“: Ein Projekt für männliche Jugendliche zu gesunder Ernährung. Gleichzeitig sollen Geschlechtsstereotype („Männer kochen nicht“) hinterfragt werden. In Kooperation mit AWO, Hutown, HUkultur.
- „Interkulturelles/Diversity Training“ in Kooperation mit dem Jobcenter.

<u>Weitere Themen und Maßnahmen, die aus den SMART-Workshops hervorgegangen sind, aber bisher noch nicht in Angriff genommen wurden</u>:

- Bewohner*innen-Konferenz
- „Besuchsdienst für Neuankömmlinge“: in Kooperation mit den Stadtteilbewohner*innen und weiteren Einrichtungen in der Hustadt
- Stress in der Schule
- Mediensucht
- Buslinienkompetenz (Training)
- Kontaktbörse (Migrant*innen mit Deutschen)
- Fehlendes Fitnessstudio in Querenburg
- Fehlende Räume in der Hustadt

10. Fazit und Ausblick

Der vorliegende Zwischenbericht verfolgte das Vorhaben, die ersten Ergebnisse und Interventionen des medizinethnologisch, kollaborativ und präventiv ausgerichteten Projektes QUERgesund zu präsentieren, die allesamt auf die qualitative und quantitative Verbesserung der Gesundheitssituation in der Bochumer Hustadt abzielen. Um die Kontexte der Untersuchung und das empirische Forschungsdesign verständlich und nachvollziehbar zu machen, standen zu Beginn theoretische und methodische Prämissen im Zentrum der Argumentation. Dass die Hustadt zu jenen multidiversen urbanen Räumen im Ruhrgebiet gehört, in denen die Lebenswirklichkeit der Bewohner*innen aktuell aufgrund verschiedenster Faktoren von gesellschaftlicher Mehrfachdiskriminierung charakterisiert ist, fand hier in unterschiedlichen Passagen Erwähnung. Um die gesundheitsbezogenen Benachteiligungen stetig zu minimieren und die dort lebenden Menschen nachhaltig für ein wissensbasiertes Präventionsverhalten zu sensibilisieren, macht sich das auf solidarische Erkenntnisproduktion und kollaborativ-interventionistische Strategieentwicklungen abzielende Forschungsprojekt die Überzeugungen der *critical medical anthropology* zunutze. Auch wenn in Kapitel 7 auf der Grundlage eines rekursiven Forschungs-, Codierungs- und Analyseprozesses mit den Handlungsfeldern Prävention, Stress, Diskriminierung, Sucht, Bewegung und Ernährung konkrete Kategorien herausgestellt werden konnten, waren die im Projekt tätigen Forscher*innen bei der Auswertung der empirischen Quellen, bei der analytischen Konkretisierung der Ergebnisse und bei der Verschriftung stets konfrontiert mit der schwer einfangbaren Heterogenität des Datenmaterials, das die Diversität der in der Hustadt lebenden Menschen widerspiegelt. Der vielschichtige Datenkorpus und die sich darin niederschlagende Multiperspektivität des Alltagshandelns erschwerte die Eruierung von allgemeinen Tendenzen und Mustern. Auf der konstruktivistischen Suche nach den projektrelevanten „partial truth“ (vgl. Clifford 1986) mussten sich die Forscher*innen in der Diskussion selbstkritisch eingestehen, dass die Reflexionen über die empirischen Quellen nur parzellierte Wahrheiten bzw. mehrere Wahrheitsversionen zutage förderten. Neben der Bewältigung der facetten- und nuancenreichen Quellengrundlage nahmen innerhalb der dialogisch geprägten Auswertungsphase zudem zwei sich ergänzende Analyseblickwinkel einen Raum ein: die defizitorientierte Perspektive und die ressourcenzentrierte Perspektive. Augenscheinlich ist die Hustadt ein Ort, der bei einer objektiven Betrachtung soziale, wirtschaftliche und kulturelle Missstände und Ungleichheitsdimensionen aufweist, die negative Folgeerscheinungen für das gesundheit-

liche Wohlbefinden der Stadtteilbewohner*innen mit sich bringen. Diese strukturellen Kalamitäten gilt es im Projektverlauf zu dokumentieren, zu bewerten, kritisch einzuordnen und zu analysieren, so dass adäquate präventive Angebote und Interventionen zielgruppenspezifisch adressiert werden können. Bei der Einnahme einer ressourcenzentrierten Perspektive wird jedoch auch verstärkt deutlich, dass die Menschen in der Hustadt angesichts der vergleichsweise unvorteilhaften Lebensbedingungen in ihrem Stadtteil proaktiv unterschiedliche Resilienzkapazitäten in ihrem Alltag entwickeln, die ein verantwortungsvolles, lösungsorientiertes und eigeninitiatives Mindset voraussetzen. Angesichts der Fähigkeiten (und des Zwangs) vieler Bewohner*innen, Ressourcen und Bewältigungsstrategien auszubilden, wird der Interaktionskosmos Hustadt von vielen Interviewpartner*innen als ein emotionaler Lebensmittelpunkt erfahren und erlebt, der trotz seiner offensichtlichen Ungleichheitsverhältnisse ein gewisses Maß an Lebensqualität offeriert. Für zahlreiche Menschen mit und ohne Migrationsgeschichte ist der Stadtteil im Bochumer Süden unlängst zu einer liebgewonnenen Heimat geworden. Diesen hier geschilderten Perspektiven muss die weitere Forschung in der zweiten Projektphase in ausbalancierter Art und Weise Rechnung tragen. Neben der Durchführung weiterer empirischer Erhebungen wird der Fokus verstärkt auf die kooperative, solidarische und dialogische Konzipierung und Verstetigung von diversitätssensiblen Angeboten sowie medizinethnologischen Interventionen gelegt, die das erfahrungsbasierte Alltagswissen der Stadtteilbewohner*innen integrieren und für ein gesundheitsorientiertes Präventionsverhalten nachhaltig sensibilisieren. Multidisziplinäre Kooperationen mit anderen sozialarbeiterisch tätigen Institutionen in Bochum und dem Ruhrgebiet werden stetig ausgebaut, um die Breitenwirkung der lokal lancierten Angebote zu gewährleisten. Die chancengleiche und egalitäre Einbindung unterschiedlicher Akteur*innen in der Hustadt und die „auf Augenhöhe“ realisierte Interaktion mit den Stadtteilbewohner*innen werden weiterhin als wichtige Alleinstellungsmerkmale von QUERgesund erachtet, die das medizinethnologische Forschungsprojekt auch für weitere Bevölkerungsgruppen attraktiv machen. Besonders die durch das COVID-19 Virus ausgelöste globale Krisensituation, die brennglasartig soziale Gefälle und strukturelle Zugangsbarrieren in benachteiligten Gesellschaftsschichten unter den Bedingungen einer „neuen Normalität“ vergegenwärtigte, unterstreicht die Bedeutung und die Notwendigkeit der gesundheitsförderlichen Praxis von QUERgesund.

11. 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.

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.

Clifford, James: Introduction: Partial Truths. In: Clifford, James & Marcus, George E. (Eds.): Writing Culture. The Poetics and Politics of Ethnography. Berkeley, Cal. 1986, pp. 1-26.

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.

Dilger, Hansjörg & Hadolt, Bernhard (Hg.): Medizin im Kontext. Krankheit und Gesundheit in einer vernetzten Welt. Frankfurt am Main 2010.

Dilger, Hansjörg & Hadolt, Bernhard: Medizinethnologie. In: Beer, Bettina & Fischer, Hans (Hg.): Ethnologie. Einführung und Überblick. 8. Auflage. Berlin 2012, S. 309-329.

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-Mafaalanni, Aladin & Yüksel, Gökcen (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, Christiane: Dynamics of informal exclusion. Migrants' health as experienced in the City Lab Bochum. In: Kuehlmeyer, 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.

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.

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.

Huschke, Susann: Kranksein in der Illegalität. Undokumentierte Lateinamerikaner/-innen in Berlin. Eine medizinethnologische Studie. Bielefeld 2013.

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.

Joralemon, Donald: Exploring Medical Anthropology. Fourth Edition. New York 2017.

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.

Keck, Verena/ Thiesbonenkamp-Maag, Julia & Herbst, Franziska A.: Medizinethnologie als Praxisfeld. In: Klocke-Daffa, Sabine (Hg.): Angewandte Ethnologie. Perspektiven einer anwendungsorientierten Wissenschaft. Wiesbaden 2019, S. 499-513.

Kemmis, Stephen & Mc Taggart, Robin: Participatory Action Research. Communicative Action and the Public Sphere. In: Denzin, Norman K. & Lincoln, Yvonna S. (Eds.): The Sage Handbook of Qualitative Reserach. Third Edition. Thousand Oaks, Cal. 2005, pp. 559-603.

Kleinman, Arthur: Patients and Healers in the Context of Culture. Berkeley, Cal. 1980.

Kleinman, Arthur/ Das, Veena & Lock, Margaret (Eds.): Social Suffering. Berkeley, Cal. 1997.

Köckler, Heike: Umweltbezogene Gerechtigkeit. Anforderungen an eine zukunftsweisende Stadtplanung. Frankfurt am Main 2017.

Köckler, Heike & Simon, Daniel: Digitale Methoden der partizipativen Sozialraumanalyse. In: Posenau, André/ Deiters, Wolfgang & Sommer, Sascha (Hg.): Nutzerorientierte Gesundheitstechnologie. Im Kontext von Therapie und Pflege. Bern 2019, S. 113-123.

Kokot, Waltraud: emisch/etisch. In: Hirschberger, Walter (Begr.): Wörterbuch der Völkerkunde. Grundlegend überarbeitete und erweiterte Neuausgabe. Berlin 1999, S. 92.

Koshy, Elizabeth/ Koshy, Valsa & Waterman, Heather (Eds.): Action Research in Healthcare. Los Angeles, Cal. 2011.

Kottak, Conrad Phillip: Cultural Anthropology. Appreciating Cultural Diversity. 14th Edition. New York 2011.

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, Gökcen (Hg.): Handbuch Diskriminierung. Wiesbaden 2017, S. 407-421.

Kutalek, Ruth: Migration und Gesundheit: Strukturelle, soziale und kulturelle Faktoren. In: Six-Hohenbalken, Maria & Tosic, Jelena (Hg.): Anthropologie der Migration. Theoretische Grundlagen und interdisziplinäre Aspekte. Wien 2009, S. 302-321.

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

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

Mößle, 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.

Niewöhner, Jörg: Ökologie der Stadt. Zur Ethnografie bio- und geopolitischer Praxis. In: Zeitschrift für Volkskunde 110/2 (2014), S. 185-214.

Noack, Karoline: Gesundheit und Medizin. In: Kühnhardt, Ludger & Mayer, Tilman (Hg.): Bonner Enzyklopädie der Globalität. Wiesbaden 2017, S. 189-200.

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.

Pfleiderer, Beatrix: Medizinanthropologie: Herkunft, Aufgabe und Ziele. In: Schweizer, Thomas/ Schweizer, Margarete & Kokot, Waltraud (Hg.): Handbuch der Ethnologie. Festschrift für Ulla Johansen. Berlin 1993, S. 345-374.

Powdermaker, Hortense: Stranger and Friend. The Way of an Anthropologist. New York 1966.

Razum, Oliver/ Karrasch, Laura & Spallek, Jacob: Migration. Eine vernachlässigte Dimension gesundheitlicher Ungleichheit? In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 59/2 (2016), S. 259-265.

Rommelsbacher, Birgit: Dominanzkultur. Texte zu Fremdheit und Macht. 2. Auflage. Berlin 1998.

Scheper-Hughes, Nancy: Death Without Weeping. The Violence of Everyday Life in Brazil. Berkeley, Cal. 1992.

Scheper-Hughes, Nancy: Three Propositions for a Critical Applied Medical Anthropology. In: Social Sciences & Medicine 30/2 (1990), pp. 189-197.

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

Simon, Michael et al. (Hg.): Bilder. Bücher. Bytes. Zur Medialität des Alltags. 36. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Volkskunde in Mainz vom 23. bis 26. September 2007. Mainzer Beiträge zur Kulturanthropologie / Volkskunde, Band 3. Münster 2009.

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.

Spradley, James: Participant Observation. Belmont, Cal. 1980.

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. 33-41.

Stadt Bochum: Basisgesundheitsbericht Bochum 2017. Bochum 2017.

Straub, Jürgen & Zielke, Barbara: Gesundheitsversorgung. In: Straub, Jürgen/ Weidemann, Arne & Weidemann, Doris (Hg.): Handbuch interkulturelle Kommunikation und Kompetenz. Grundbegriffe – Theorien – Anwendungsfelder. Stuttgart 2007, S. 716-728.

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.

Uhlig, Mirko/ Simon, Michael & Lefeldt, Johanne (Hg.): Sinnentwürfe prekärer Lebenslagen. Interdisziplinäre Phänomene des Heilens und ihre Funktionen im Alltag. Mainzer Beiträge zur Kulturanthropologie / Volkskunde, Band 9. Münster 2015.

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

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

Willigen, John van: Applied Anthropology. An Introduction. Third Edition. Westport, Conn. 2002.

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.

Wolff, Eberhard: Perspektiven kulturwissenschaftlicher Gesundheitsforschung. In: Niem, Christina/ Schneider, Thomas & Uhlig, Mirko (Hg.): Erfahren – Benennen – Verstehen: Den Alltag unter die Lupe nehmen. Festschrift für Michael Simon zum 60. Geburtstag. Mainzer Beiträge zur Kulturanthropologie / Volkskunde, Band 12. Münster 2016, S. 439-448.

Wulff, Robert M. & Fiske, Shirley J. (Eds.): Anthropological Praxis: Translating Knowledge into Action. Boulder, Col. 1987.

Zick, Andreas/ Küpper, Beate & Hövermann, Andreas: Die Abwertung der Anderen. Eine europäische Zustandsbeschreibung zu Intoleranz, Vorurteilen und Diskriminierung. Berlin 2011.

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.

12. Anhang

Fragetyp	Fragetext	Antworten/Datentyp
Überschrift	Bedarfe und Herausforderungen gesundheitsbezogener Angebote in der Hustadt	
Hinweistext	INTROTEXT (entfernt)	
Single Choice	Bitte wählen Sie ihre Einrichtung aus der Liste.	Liste Akteur*innen + Sonstiges --> Freitextfeld
Freitextfeld	Bitte benennen Sie die Einrichtung.	
Überschrift	Angebotsdetails	
Freitextfeld	Unser Angebot heißt…	TEXT
Multiple Choice	Themen des Angebots	Ernährung / Bewegung / Sucht / Diskriminierung / Psychische Gesundheit / Rehasport / Sonstiges --> Freitextfeld
Freitextfeld	Bitte benennen Sie das Thema des Angebots.	TEXT
Überschrift	Flyer und Websites	
Multiple Choice	Wenn vom Angebot ein Flyer oder eine Internetpräsenz besteht, können Sie die Materialien hier anfügen. Durch das Anfügen können einige Fragen ausgelassen werden. Bitte wählen Sie aus, was sie anfügen möchten.	nein / Flyer / Website
Dateiupload	Laden Sie hier den Flyer des Angebots hoch.	DATEI
Freitextfeld	Geben Sie hier die Webadresse des Angebots ein.	URL

Überschrift	Räumlichkeiten	
Single Choice	Haben Sie bereits einen Flyer oder eine Webadresse angefügt, worin der Veranstaltungsort angegeben ist?	ja / nein
Geopunkt	Wo findet das Angebot statt? Markieren Sie die Adresse auf der Karte (Aktuell markiert: Brunnenplatz).	PUNKTDATUM (LAT/LON)
Single Choice	Sind die Räumlichkeiten barrierefrei zugänglich?	ja / nein
Single Choice	Muss Ihrerseits Raummiete für die Nutzung entrichtet werden?	ja / nein
Single Choice	Sind die Räumlichkeiten für den Zweck des Angebots angemessen?	ja / nein
Freitextfeld	Wo liegen die Probleme mit den Räumlichkeiten? (bspw. Ausstattung, Kosten, Entfernung, Größe, Lärm, etc.)	ja / nein
Überschrift	Zeitlicher Rahmen	
Single Choice	Haben Sie bereits einen Flyer oder eine Webadresse angefügt, worin Wochentage und Uhrzeiten des Kurses enthalten sind?	ja / nein
Multiple Choice	An welchen Wochentagen findet das Angebot statt?	
Überschrift	**Beginn des Angebots (Uhrzeit)**	
Uhrzeit	Montag	HH:MM
Uhrzeit	Dienstag	HH:MM
Uhrzeit	Mittwoch	HH:MM
Uhrzeit	Donnerstag	HH:MM
Uhrzeit	Freitag	HH:MM
Uhrzeit	Samstag	HH:MM

Uhrzeit	Sonntag	HH:MM
Ganzzahl	Wie lange dauert ein Termin des Angebots in Minuten?	ZAHL
Überschrift	Kosten zur Teilnahme	
Single Choice	Ist die Nutzung des Angebots kostenpflichtig?	ja / nein
Single Choice	Haben Sie bereits einen Flyer oder eine Webadresse angefügt, worin Kosten zur Teilnahme enthalten sind?	ja / nein
Ganzzahl	Wie hoch ist der Betrag je Teilnahme in €?	ZAHL
Single Choice	Ist der Betrag erstattungsfähig?	ja / nein
Multiple Choice	Über welchen Kostenträger wird die Erstattung abgewickelt?	Jobcenter / Bildungs- und Teilhabepaket / Krankenkasse / Sonstiges --> Freitextfeld
Freitextfeld	Benennen Sie den oder die Kostenträger.	TEXT
Slider (0-100)	Wie viele Teilnehmer*innen (geschätzt in %) nutzen die Möglichkeit der Erstattung?	ZAHL
Überschrift	Nutzer*innen	
Multiple Choice	Welche Personengruppen nehmen das Angebot wahr?	Kinder / Jugendliche / Senior*innen / Migrant*innen / Frauen / Männer / Religiös definiert / Ethnisch definiert / Andere --> Freitextfeld
Freitextfeld	Bitte benennen Sie die Personengruppe(n).	TEXT
Freitextfeld	Wenn möglich, benennen Sie bitte die teilnehmenden Nationalitäten.	TEXT

Freitextfeld	Wenn möglich, bennen Sie bitte die teilnehmenden religiösen Gruppen.	TEXT
Freitextfeld	Wenn möglich, bennen Sie bitte die teilnehmenden ethnischen Gruppen.	TEXT
Freitextfeld	Aus welchen Gründen nehmen die genannten Personengruppen das Angebot wahr?	TEXT
Multiple Choice	Welche Personengruppen sind schwer für das Thema des Angebots zu erreichen?	Kinder / Jugendliche / Senior*innen / Migrant*innen / Frauen / Männer / Religiös definiert / Ethnisch definiert / Andere --> Freitextfeld
Freitextfeld	Bitte benennen Sie die Personengruppe(n).	TEXT
Freitextfeld	Wenn möglich, benennen Sie bitte die schwer erreichbaren Nationalitäten.	TEXT
Freitextfeld	Wenn möglich, bennen Sie bitte die schwer erreichbaren religiösen Gruppen.	TEXT
Freitextfeld	Wenn möglich, bennen Sie bitte die schwer erreichbaren ethnischen Gruppen.	TEXT
Freitextfeld	Fallen Ihnen Gründe ein, warum die gewählten Personengruppen für das Thema schwer zu erreichen sind?	TEXT
Überschrift	Kursleitung & Kooperationspartner	

Single Choice	Sind weitere Einrichtungen aus (dem Umfeld) der Hustadt am Angebot beteiligt?	ja / nein
Multiple Choice	Welche Einrichtungen sind am Angebot beteiligt?	Liste Akteur*innen + Sonstiges --> Freitextfeld
Freitextfeld	Bitte Benennen Sie die Einrichtung.	TEXT
Slider (0-20)	Wie viele Personen insgesamt (gleichzeitig oder im Wechsel) sind mit der Kursleitung betraut?	ZAHL
Single Choice	Ist die Anzahl der Leiter*innen ausreichend?	ja / nein
Single Choice	Sind die Kursleiter*innen im Rahmen des Angebots ehrenamtlich oder hauptberuflich tätig?	ehrenamtlich / hauptberuflich / teils-teils
Single Choice	Erhalten die ehrenamtlichen Kursleiter*innen eine Aufwandsentschädigung?	ja / nein
Single Choice	Ist unter den Kursleiter*innen eine Person aus der Hustadt?	ja / nicht / nicht bekannt
Single Choice	Soll das Angebot auf absehbare Zeit fortgeführt werden?	ja / nein
Freitextfeld	Warum soll das Angebot nicht fortgeführt werden? (Bspw. geringer Zulauf, Finanzierung, personelle Engpässe, Qualifikation der Kursleiter*innen, etc.)	TEXT
Überschrift	Vielen Dank!	
Hinweistext	OUTRO (entfernt)	
Freitextfeld	Gibt es noch etwas, was Sie uns in Bezug auf das Angebot mitteilen möchten?	TEXT
Überschrift	Kontaktinformationen	
Hinweistext	KONTAKT (entfernt)	
Überschrift	Impressum	

Hinweistext	IMPRESSUM (entfernt)	

Impressionen der Methodenschulung (siehe Kapitel 6.2)