

Community Health in der Bochumer Hustadt: Wider eine vermeintliche Kultur der Schwer- Erreichbarkeit und der Nicht-Partizipation marginalisierter Communities

David Johannes Berchem, Christiane Falge, Yvonne Pajonk

Zusammenfassung

Das Kapitel befasst sich mit Community zentrierten Interventionen in einer marginalisierten und multidiversen Bochumer Nachbarschaft. Zielgruppe sind Menschen, die häufig als „integrationsunwillig“ gegenüber Präventionsangeboten bezeichnet werden. In dem hier vorgestellten partizipativen Projekt übernehmen einige der Community Mitglieder selber die Rolle von Stadtteolforscher*innen. Zusammen mit Studierenden der Hochschule für Gesundheit wird Wissen auf Grundlage von partizipativen Forschungsmethoden mit dem Ziel koproduziert, diversitätsspezifische Präventionsangebote zu entwickeln. Im Folgenden werden die Vorteile von partizipativen Forschungsmethoden bei Interventionen in marginalisierten Communities und der damit verknüpften Koproduktion von Community-Health-Wissen hervorgehoben, sowie eigene Forschungsergebnisse auf diesem Feld präsentiert. Abschließend werden Handlungsempfehlungen für diversitätssensible Community-Health-Ansätze basierend auf einem konstruktivistischen Kulturverständnis gegeben.

Abstract

This article presents a community-based health intervention in a marginalised, multidiverse neighbourhood in Bochum that targets people, often stigmatized as unwilling to ‚integrate‘ or to participate in prevention activities. In this participatory project, the members of the community itself take the role of community researchers. Together with the students of the University of Applied Health Sciences they co-create knowledge based on participatory research methods with the aim to develop diversity specific prevention offers. The article highlights the benefits of participatory methods for interventions in marginalised communities and with regard to the co-production of Community Health knowledge, presents research results and formulates recommendations for a diversity sensitive Community Health approach based on a constructivist concept of culture.

„Dass Frauen Sport machen, gehört nicht zu unserer Kultur. Das wird in der Hustadt nicht klappen.“ (Ali Iman, 24 Jahre 2018)

1. Einleitung

Die vorliegende Abhandlung beschäftigt sich mit den Möglichkeiten und Chancen einer diversitätsspezifischen Community-Health-Intervention eines Bochumer Stadtteils, dessen Bewohner*innen einerseits von Mehrfachdiskriminierung, Armut und prekären Lebensverhältnissen geprägt sind, andererseits aber auch Ressourcen und ihre eigenen Vorstellungen von Gesundheit mitbringen. Die im Bochumer Stadtteil Querenburg gelegene Hustadt, in der das hier vorgestellte Stadtteillabor und ein dazugehöriges Präventionsprojekt angesiedelt sind, wird somit von einer für den Community-Health-Ansatz „exemplarischen“ Community bewohnt, die durch soziale und gesundheitliche Benachteiligung gilt. Der hier zur Anwendung kommende Community Ansatz zeichnet sich durch ein konstruktivistisches Kulturverständnis aus. Diese Konzeption von Kultur beinhaltet nicht nur Vorstellungen über einende Potentiale innerhalb von Gruppen, sondern sieht auch die spezifische Heterogenität von Kollektiven, die auf handlungsfähige und selbstbestimmte Individuen innerhalb dieser Gruppen zurückzuführen ist. Als Normabweicher*innen tragen sie dazu bei, dass sich – entgegen der oben dargestellten Zuschreibung von Benachteiligung – Gruppen verändern können. Kultur wird somit vorliegend als Prozess verstanden.

Um einen Überblick über die Besonderheiten der Hustadt Community und den von der Hochschule für Gesundheit (hsg) dort umgesetzten Community-Health-Ansatz zu vermitteln, wird in einem ersten Schritt das Stadtteillabor präsentiert. Daran anknüpfend wird die kollaborative Methode vorgestellt, die eine Kommunikation „auf Augenhöhe“ mit der Community beansprucht und die praxisbezogenen Interventionen an Forschung koppelt. Der Beitrag gibt Einblick in partizipativ erhobene Ergebnisse über die von Community Mitgliedern gepflegte „Präventionspraxis“ und die vor dem Hintergrund des koproduzierten Wissens entwickelten diversitätssensiblen und präventiv wirkenden Gesundheitsangebote wie etwa ein digitaler Yogakurs und ein Angebot für interkulturelles Gärtnern. Ergebnisse aus der Evaluation der Angebote verweisen am Ende des Kapitels auf den Mehrwert der Interventionen bei der Bewältigung gesundheitlicher Risiken in der Hustadt Community. Abschließend werden Empfehlungen für die Schärfung eines Community-Health-Begriffes und sich daraus ergebende Empfehlungen für die Praxis aufgeführt.

2. Das Stadtteillabor in der Bochumer Hustadt¹

In dem 2015 etablierten und auf zwölf Jahre angelegten Bochumer Stadtteillabor wird Community Health durch die Vermittlung medizinethnologischer sowie kollaborativer² Ansätze realisiert und in Form von Lehr-Forschungsprojekten angewandt. Die Auswahl des Forschungsortes begründet sich dabei mit der besonderen Vulnerabilität der Bewohner*innen. Die Hustadt gehört zu den Bochumer Ortsteilen mit dem höchsten Index-Wert gesundheitlicher Herausforderungen (z. B. höchste Anteile an Schulanfänger*innen mit Sprach- und Sprechstörungen, niedrigste Anteile an Kindern mit wahrgenommener U9, niedrigste Durchimpfungsrate bei Masern usw.) (Stadt Bochum 2017, S. 75). Die Hustadt ist zudem der jüngste Stadtteil Bochums und es erhalten mindestens 50 % der Community Transferleistungen (vgl. Feldnotizen Falge 2018). Die multidiverse Zusammensetzung der Bevölkerung aus über 40 Herkunftsländern geht zudem einher mit den von zahlreichen Studien nachgewiesenen strukturellen Diskriminierungen am Arbeitsmarkt, im Ausbildungsbereich und in der Schule (vgl. Foroutan/Canan 2016). Sie zeichnet aber auch das Vorhandensein gesundheitsförderlicher Ressourcen aus. So stellt sich der Stadtteil als ein Ort der Gemeinschaft dar, in dem, bei allen vorhandenen Konflikten, soziale Beziehungen quer zu identitätskonstruierenden Differenzkategorien auf einem geteilten Interesse an menschlichen Gemeinsamkeiten und solidarischer Unterstützung bestehen. Die Bevölkerung der Hustadt praktiziert *Gesundheitsversorgungs-Bricolage*. Dieser Begriff beschreibt die Art und Weise, mit der Einwohner*innen hochdiverser Nachbarschaften mit teilweise schwierigen oder begrenzten Zugängen zu kassenfinanzierten Gesundheitsdiensten ihre Gesundheitsversorgung „zusammenpuzzeln“. Diese hybride Gesundheitsversorgung schließt Selbstversorgung, Hilfe von Verwandten oder Freunden und Informationen aus dem Internet mit ein (vgl. Samerski 2020). Im Forschungsfeld des Stadtteillabors wird ein postmigrantischer und entmigrantisierender Ansatz verfolgt. Bei diesem Ansatz stehen nicht nur Menschen im Fokus, die eigene oder deren Vorfahren Migrationserfahrung besitzen, sondern ebenso Bewohner*innen, die seit vielen Generationen in Deutschland leben oder keine Migrationserfahrung haben. Beide Gruppen werden innerhalb desselben analytischen Rahmens betrachtet (vgl. Glick Schiller/Çağlar 2018). Nach diesem Community-Health-Ansatz übersieht der von vielen Forscher*innen konstruierte Gegensatz zwischen Migrant*innen

1 Teile aus diesem Kapitel wurden bereits an anderer Stelle veröffentlicht (vgl. Falge 2021).

2 Kollaborativ bezieht sich hier auf eine partizipative Methode, bei der Wissenschaftler:innen gemeinsam mit Bürger:innen auf Augenhöhe neues Wissen koproduzieren und daraus diversitätsspezifische Präventionsangebote entwickeln.

und der sogenannten Mehrheitsgesellschaft, dass nicht notwendigerweise Migration, sondern Armut die primäre Differenzkategorie für gesundheitliche Ungleichheit ist. Im Rahmen dieses Ansatzes werden Gesundheit und Krankheit im Stadteillabor im Kontext politisch-ökonomischer Machtbeziehungen und nicht *per se* als Ergebnis „migrantischen Fehlverhaltens“ betrachtet.

3. Methodische Zugänge für schwer erreichbare Gruppen

Oftmals ist die Teilnahme von Migrant*innen an herkömmlichen gesundheits- oder sozialwissenschaftlichen Erhebungen aus unterschiedlichen Gründen eher gering (vgl. Borde 2009). Diese Gründe hängen u. a. mit Herrschaftsverhältnissen, Grenzregimen, Sprachbarrieren, mangelndem Vertrauen in staatliche Institutionen und Diskriminierungserfahrungen etc. zusammen. Im Stadteillabor trug die kollaborative Methode (vgl. Klocke-Daffa 2019, S. 42 f.), die teilweise auch als partizipative Methode (vgl. von Unger 2012) bekannt ist und auf die im Kapitel 3.1. dieses Buches kurz eingegangen wurde, dazu bei, den Feldzugang zur Community und zu den Setting Akteur*innen herzustellen. Wichtig ist in diesem Prozess, dass Forschende mit ihren unterschiedlichen Rollen, Identitäten und deren Wirkung auf die im Forschungsprozess entstehenden Begegnungen und Resultate kritisch-selbstreflexiv umgehen, um „auf Augenhöhe“ zu interagieren. Auch wenn sich dieser Ansatz sowohl aufgrund struktureller Ungleichheiten, Privilegien und Benachteiligungen als auch angesichts verinnerlichter Vorstellungen und Bilder nicht vollständig umsetzen lässt, geht es hierbei darum, Augenhöhe als Haltung einzunehmen. Der Ansatz versucht durch beständige Reflexion, Artikulation und aktives Gegenarbeiten, Machtgefälle zwischen Akademiker*innen und forschender Community zu reduzieren und bestehende Hierarchien transparent zu gestalten. Es geht somit um eine bestimmte Wirksamkeit auf alle Feldteilnehmer*innen, etwa indem sich die Stadtteil Community ernst genommen und gehört fühlt. Hierzu gehört als zentrales kollaboratives Moment auch die Vergütung der beteiligten Community. Beispielsweise wenn Community Mitglieder im Stadteillabor mit Studierenden in Methoden qualitativer Datenerhebung geschult werden, um gemeinsam als Community Forscher*innen Daten zu erheben. Auf diese Weise beteiligen sie sich an der Wissensproduktion für Transformationen im Stadtteil. Das im Stadteillabor generierte Wissen soll auf lange Sicht im Sinne einer angewandten Medizinethnologie verhältnispräventiv gesundheitliche Ungleichheit im Stadtteil verringern. Forschungsprojekte und daraus entstehende Interventionen werden, wie oben beschrieben, hier auch nicht entkoppelt (vgl. Napier-Moore 2010), sondern in Form von Interventionen vor Ort implementiert.

4. Angewandte Community Health: Vorgehensweisen und Ergebnisse des Präventionsprojektes QUERgesund

Aus den Erfahrungen des Stadteillabors wurde gemeinsam mit dem im Stadtteil ansässigen Verein für multikulturelle Kinder- und Jugendhilfe – Migrationsarbeit (IFAK e. V.) ein drittmittelbasiertes Präventionsprojekt für die Hustadt entwickelt. Hintergrund war die geringe Wahrnehmung von Präventionsangeboten der Bewohner*innen des Stadtteils sowie Hinweise auf gesundheitliche Ungleichheit. Das daraus entstandene und auf 3,5 Jahre angelegte krankenkassenfinanzierte Projekt namens QUERgesund verfolgt das Ziel, diversitätssensible Präventionsangebote im Stadtteil zu entwickeln, anzubieten und zu verstetigen. Diese direkte Kopplung von Interventionen an Forschung wirkt sehr positiv auf die Akzeptanz hochschulischer Präsenz im Stadtteil. Das auf diese Weise zum Ausdruck gebrachte Ziel der Hochschulvertreter*innen, sich im Forschungsprojekt gegen, sich im Stadtteil gegen gesundheitliche Ungleichheit zu engagieren, erzeugt ein Interesse der Bewohner*innen an Community Health. In den folgenden Passagen wird auf das Forschungsdesign, die Ergebnisse und die daraus entstandenen Interventionen des Projektes genauer eingegangen. Abschließend werden die Resultate der Evaluation der Gesundheitsangebote in der Hustadt kurz vorgestellt.

4.1 Projektstruktur und Vorgehen

Das Projekt QUERgesund wird durch die IFAK e. V.³ koordiniert. Die hsg berät das Projekt wissenschaftlich und koordiniert die Datenerhebung und Auswertung. Ein Komitee, bestehend aus Hochschulprofessor*innen, den Projektkoordinator*innen, Vertreter*innen des Gesundheitsamtes Bochum und des Landesinstituts für Gesundheit (LZG), steuert die Projektabläufe und Arbeitsschritte. Ein Netzwerk aus Setting Akteur*innen und politischen Entscheidungsträger*innen begleitet die von den Projektkoordinator*innen umgesetzten Projektprozesse.

Für das Projekt QUERgesund wurden 11 Community Mitglieder ausgewählt, die im Frühjahr 2019 mit 12 Studierenden in Methoden der qualitativen Forschung zu Community Forscher*innen geschult wurden. Gemeinsam mit den im Projekt beteiligten Wissenschaftler*innen entwickelten sie einen Leitfaden zur Erhebung des Präventionsverhaltens und -bedarfs im Stadtteil, der Fragen zu den sechs Handlungsfeldern Prävention, Ernährung, Bewegung, Stress, Sucht sowie Diskriminierung beinhaltet. In Studierenden-Bewohner*innen Tandems wurden im Winter 2019 45 Interviews in mehreren Sprache geführt, übersetzt, transkribiert und ausgewertet. In einem anschließenden SMART-Workshop

3 IFAK e. V. steht für Verein für multikulturelle Kinder- und Jugendhilfe – Migrationsarbeit.

wurden die Ergebnisse vorgestellt und daraus Interventionen abgeleitet. Im Folgenden werden die Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews zu den Handlungsfeldern Stress, Diskriminierung und Bewegung sowie zwei daraus entwickelte diversityspezifische Interventionen exemplarisch vorgestellt.

4.2 Interviewergebnisse

Die Ergebnisse aus dem Handlungsfeld Stress zeigen deutlich, dass Stresssituationen im Alltag bei den Befragten omnipräsent sind. Stressursachen werden von den Interviewten in der Vergangenheit, der Gegenwart sowie der für viele unsicheren Zukunft verortet. So spielt die Entfernung zu den eigenen Eltern im Herkunftsland und die damit einhergehende fehlende Unterstützung der Familie oft eine große Rolle. Hinzu kommen traumatische Erlebnisse auf der Flucht sowie Diskriminierungserfahrungen. Zusammenfassend sind sich die Befragten einig, dass sich der Stress negativ auf die psychische und physische Gesundheit auswirkt. Ressourcen sind jedoch in Form von Bewältigungsstrategien in der Community vorhanden. Diese sind individuell sehr unterschiedlich und stützen sich neben personalen Aktivitäten auch auf kollektive Bewältigungsstrategien in privaten Netzwerken und durch eine in der Hustadt besonders ausgeprägt praktizierte Konvivialität.

Ergebnisse aus dem Handlungsfeld Bewegung zeigen, dass sich physische Aktivitäten bei den meisten Befragten auf Hausarbeit oder tägliche Gänge beschränken. Hervorzuheben ist, dass fast alle Befragten berichten, dass ihre Kinder mehr Bewegung im Alltag hätten als sie selbst. Zusammenfassend lassen sich Hindernisse für Bewegung auf die Entfernung, fehlende Informationen, mangelnde Motivation oder Kompetenzen, Hürden beim Zugang zu Vereinen, Kosten, kulturelle Widersprüche sowie Krankheit und Depression zurückführen. Hervorstechende Kategorien waren Demotivation, Antriebslosigkeit und die Schwierigkeit, aufgrund von Stress Bewegung in den Alltag zu integrieren. Dabei nennen Mütter vor allem die Kinderbetreuung und andere Care-Arbeiten als ein zentrales Hindernis für die Teilnahme an Bewegungsangeboten. Spezifische Wünsche sind vor allem wohnortnahe sowie kostengünstige Angebote. In Bezug auf die Kategorie Community wurde der Wunsch nach quartierszentrierten Gemeinschaftsangeboten geäußert.

Aus den Ergebnissen der Datenerhebung ging insgesamt hervor, dass Mehrfachdiskriminierung, Alltagsrassismus und Formen der gruppenbezogenen Menschenfeindlichkeit für die Bewohner*innen der Hustadt lebensweltkonstituierende Konstanten sind. Die kontinuierliche Erfahrung und Erduldung von unterschiedlichen systemischen, strukturellen, intersektionalen und alltäglichen Diskriminierungsformen wirken sich nachhaltig negativ auf die Gesundheit der Menschen im Stadtteil aus (vgl. Scherr/El-Mafaalani/Gökçen Yüksel 2016).

Dieser kurze Einblick in die Ergebnisse verdeutlicht eindrucksvoll die Bedeutung und den Gewinn kollaborativer Datenerhebung für Community Health. Durch die Einbeziehung der Innenperspektive der Betroffenen konnte eine üblicherweise als „schwer erreichbar“ wahrgenommene Community gewonnen und relevantes Community-Health-Wissen gemeinsam mit Wissenschaftler*innen koproduziert werden. Im Anschluss sollen nun zwei der aus den Ergebnissen entwickelten diversitätsspezifischen Präventionsangebote vorgestellt werden.

4.3 Präventionsangebote

Eines der aus dem SMART-Workshop hervorgegangenen Angebote ist das „Interkulturelle Gärtnern“. Dieses in Kooperation mit den Betreiber*innen eines Gemeinschaftsgartens⁴ durchgeführte mehrwöchige Gesundheitsangebot wird seit dem Sommer 2020 realisiert. Unter Anleitung baute eine muslimische Frauengruppe aus der Hustadt in dem Gartenareal Gemüse und Kräuter an und erntete und kochte die Erträge gemeinschaftlich. Den Bewohner*innen der Hustadt wurde ein Erholungs- und Möglichkeitsraum zur kreativen Mit- und Ausgestaltung zur Verfügung gestellt, der durch die Verrichtung körperlicher Arbeit und das Initiieren eines interkulturellen Austausches⁵ ein temporäres Ausbrechen aus dem Alltag erlaubte.

Ein weiteres aus dem SMART-Workshop hervorgegangenes Angebot ist ein Yoga- und Entspannungskurs für Frauen, der wöchentlich online stattfindet. Die Übungsleiterin verknüpft einfache Yogapraktiken mit dem Erlernen von Atem- und Meditationstechniken. Die Entspannung und der Abbau von Stress stehen dabei im Fokus sowie das gemeinsame Zusammenkommen im virtuellen Raum in Zeiten der Pandemie. Durch die nicht-weiße Positionierung der Übungsleiterin wird die Gestaltung eines diversitätssensiblen Safe(r) Space angestrebt, der angesichts der erlebten Diskriminierungserfahrungen der Teilnehmerinnen zu einem Raum avanciert, der möglichst frei von Sexismus und Rassismus ist. Abschließend werden nun die Ergebnisse der Evaluationsforschung skizziert.

4.4 Evaluationsergebnisse

Anfang 2021 startete die Evaluation der vom Projekt QUERGesund offerierten sechs Gesundheitsangebote, die unter Anwendung eines qualitativen Methodendesigns

4 Gemeinschaftsgarten Hof Bergmann e.V. <http://derhof.eu/>, zuletzt konsultiert am 06.04.2021.

5 Mit interkulturellem Austausch ist hier der Austausch zwischen Menschen aus verschiedenen Herkunftsländern, mit und ohne Fluchtbiografie und Menschen der Mehrheitsgesellschaft gemeint.

durchgeführt wurde. Im Fokusgruppengespräch mit den Teilnehmer*innen des „Interkulturelles Gärtnerns“ wertschätzten die Befragten insbesondere die gelungene Kombination aus körperlicher Betätigung und Bewegung an der frischen Luft und einem gesellig-gruppendynamischen Austausch während der Gartenarbeit sowie der Koch- und Zubereitungstätigkeiten. Der Gemeinschaftsgarten wird von der muslimischen Frauengruppe als grüner Entspannungs-, Entfaltungs- und Wohlfühlort wahrgenommen, der als kreativer Aktivitätsraum genutzt wird, um temporär dem Stress zu entfliehen, der von der familiären Care-Arbeit und den damit einhergehenden alltäglichen Verpflichtungen herrührt. Die körperlich beanspruchende Gartenarbeit, das Sammeln von neuen Erfahrungen über Kräuter, Gemüse, Obst und Pflanzen und nicht zuletzt das Einbringen der eigenen interkulturellen Wissensbestände aus den Herkunftsländern wurden von den Bewohner*innen der Hustadt als Bereicherung erlebt. Des Weiteren ist das Gartenareal für die Frauen ein regenerativer Ort, in dem sie durch ihre körperlichen Aktivitäten sowohl Energie verlieren und verbrauchen als auch Energie für ihren Alltag und dessen Bewältigung zurückgewinnen können.

Mit der Aussage „Ich fühle mich wie ein anderer Mensch“ wies eine Bewohnerin der Hustadt beim Fokusgruppengespräch darauf hin, dass sich ihre Lebenswirklichkeit und ihr Körperbewusstsein im Zuge der kontinuierlichen Teilnahme am Yogakurs und dem damit einhergehenden Entspannungstraining nachhaltig geändert hat. Die empirischen Erhebungen im Stadtteil verdeutlichen eine Vernachlässigung des Körpers, weil einer positiven gesundheitlichen Bewusstseinsbildung bei den Frauen in Anbetracht der prekären und von mannigfaltigen familiären Verpflichtungen charakterisierten Lebenswirklichkeit wenig Priorität zukommt. Das während der Corona-Pandemie via Zoom realisierte Yoga- und Entspannungstraining setzt sich zusammen aus mehreren Bewegungspraktiken, die das Einüben von Konzentration, Geduld, Kontemplation und Beweglichkeit ermöglichen. Für viele der befragten Frauen, insbesondere die Musliminnen unter ihnen, ist es angesichts der soziokulturell normierten Rollenzuschreibungen innerhalb der Familien schwierig, einen Freiraum im Alltag zu etablieren, in dem selbstbewusst und selbstbestimmt sportliche Betätigung, Entspannung, Ruhe und Konzentration ohne Störfaktoren aus dem privaten Lebensumfeld gewährleistet sind. Sport, Yoga und körperliches Awareness-Training gehörten vor dem Beginn des digitalen Gesundheitsangebotes nicht zur Lebenswirklichkeit der Teilnehmerinnen, so dass die von einer Frau bei der Befragung getätigte Aussage „Ich habe zum ersten Mal in meinem Leben meinen Körper gespürt“ als ein Indiz sowohl für eine gesteigerte Lebensqualität als auch für eine Transformation des körperzentrierten Gesundheitsbewusstseins interpretiert werden kann. Für die Frauen stellt der Yogakurs in einer über die Maßen beanspruchenden Pandemiezeit eine Insel der Entspannung im Alltag dar. Das wöchentlich stattfindende Gesundheitsangebot besitzt für die Frauen einen Ritualcharakter und ist in Pandemiezeiten oftmals die einzige Möglichkeit, sich

zu treffen. Besonders positiv hervorgehoben wird die Empathie, Zugewandtheit und persönliche Betreuung der Kursleiterin, die auf individuelles körperliches Schmerzempfinden, dessen Ursachen größtenteils auf Stress-, Diskriminierungs- und Ungleichheitserfahrungen zurückzuführen sind, eingeht und Informationen für gesundheitsbezogene Entspannungsübungen und Präventionsstrategien im Alltag zur Verfügung stellt.

4.5 Schlussfolgerungen

Die Evaluation der beiden Angebote zeigt, dass die Teilnehmer*innen der Hustadt Community sich aktiv in die Konzeptionalisierung diversitysensibler Präventionsangebote eingebracht haben, an ihnen teilnehmen und von ihnen profitieren. Neben den genannten wurden bereits zahlreiche weitere Angebote konzipiert, die starten, sobald die Pandemie es zulässt. Hierzu gehört auch ein Projekt, das durch einen Austausch zwischen Mitgliedern der Hustadt Community und Mitarbeiter*innen des Job Center Bochum explizit Diskriminierung vorbeugen soll. Insgesamt zeigen unsere Erfahrungen jedoch auch, dass für den Bereich der strukturellen Benachteiligung ein Präventionsprojekt nur limitierte Interventionsmöglichkeiten gegeben sind. Die vom GKV Spitzenverband finanzierte Präventionsprojekte konzentrierten sich ausschließlich auf die Verhaltensprävention. Somit werden z. B. im Handlungsfeld Stress zwar Maßnahmen gefördert, die sich gegen die Auswirkungen von Stress richten, aber keine Programme die die konkreten stresserzeugenden Verhältnisse targetieren. Es fehlen außerdem Präventionsstrategien, die explizit auf den Umgang mit gesundheitsbelastenden Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen ausgerichtet sind. In unserem kollaborativen Forschungsprojekt wurde durch die Einbeziehung des Themas in die Datenerhebung zumindest eine Grundlage für weitergehende Interventionen in diesem Bereich geschaffen.

5. Ausblick und Forderungen für die Praxis

Dieses Praxisbeispiel verdeutlicht exemplarisch eine Möglichkeit der Umsetzung des Bochumer Community-Health-Ansatzes im Sinne eines diversityspezifischen, partizipativen und gesundheitsfördernden Präventionsprojektes. Der Ansatz bezieht communityspezifische Vorstellungen von Gesundheit und Prävention in die Konzeptionalisierung diversityorientierter Angebote ein und führt zur Aktivierung einer als „schwer erreichbar“ definierten Community. Somit widerlegt er neben der allgemeinen Annahme der „Schwer-Erreichbarkeit“ auch die der „Nicht-Aktivierbarkeit“ dieser Community für Präventionsangebote. Das Anfangszitat des Artikels verweist einerseits auf die Heterogenität von

Gesellschaft und gleichzeitig auch auf die Prozesshaftigkeit von Kultur, die sich im Migrationskontext noch verstärkt. Die muslimischen Teilnehmerinnen des Yoga- und Entspannungsangebotes haben zum großen Teil erstmalig an Sportaktivitäten teilgenommen und damit die Vorstellung einer angeblich „sportlosen“ weiblichen muslimischen Kultur überwunden. Diese Erfahrung lässt sich als erster Schritt für daraus hervorgehende genderbezogene Veränderungen interpretieren. Eine weitere Erkenntnis des Projektes bezieht sich auf den von den Community Forscher*innen hergestellten Zusammenhang zwischen Diskriminierung/Rassismus und Gesundheit. Da der Leitfaden Prävention⁶ des GKV Spitzenverbandes dieses Handlungsfeld nicht berücksichtigt, wird hier angeregt, entsprechende Themen dort mit zu verankern. Im Folgenden werden nun die sich aus den Forschungsergebnissen ableitbaren Implikationen zur praxisnahen Schärfung eines Community-Health-Begriffes Im Folgenden werden nun die sich aus den Forschungsergebnissen ableitbaren Implikationen zur praxisnahen Schärfung eines Community-Health-Begriffes aufgeführt. Community Health fördert:

1. Empowerment Impulse für kulturellen Wandel
2. Interkulturellen Austausch (insbesondere im Kontext der Corona-Pandemie)
3. Raum und Motivation für Gesundheitsdiskurse in der Community

Community Health kann über die Etablierung kollaborativer gesundheitsfördernder Stadtteillabore Communities besser erreichen und durch die damit einhergehende Erhöhung der Selbstwirksamkeit zu diversitätspezifischen und gesundheitsfördernden Verhältnissen beitragen.

Literatur

- Borde, T. (2009): Migration und Gesundheitsförderung – Hard to reach? Neue Zugangswege für „schwer erreichbare“ Gruppen erschließen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Migration und Gesundheitsförderung. Ergebnisse einer Tagung mit Expertinnen und Experten. Gesundheitsförderung konkret. Band 12. Meckenheim: Warlich, S. 18-31.
- Falge, C. (2018): Unveröffentlichte Feldnotizen im Rahmen einer ethnografischen Forschung in der Hustadt: 2016-2018.
- Falge, C. (2021): Medizinethnologie im Anwendungskontext: theoretische und methodische Orientierungen im Stadtteillabor Bochum. In: Spallek, J./Zeeb, H. (Hrsg.): Handbuch Migration und Gesundheit. Grundlagen, Perspektiven und Strategien. Bern: Hogrefe, S. 397-404.
- Foroutan, N./Canan, C. (2016): The Paradox of Equal Belonging of Muslims. In: Islamophobia Studies Journal 3, H. 2, S. 159-176.
- Glick Schiller, N./Çağlar, A. (2018): Migrants and City-Making: Dispossession, Displacement, and Urban Regeneration. Durham and London: Duke University Press.

6 https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp, zuletzt konsultiert am 06.04.2021.

- Klocke-Daffa, S. (2019): Angewandte Ethnologie – Zwischen anwendungsorientierter Wissenschaft und wissenschaftsorientierter Praxis. In: Klocke-Daffa, S. (Hrsg.): Angewandte Ethnologie. Perspektiven einer anwendungsorientierten Wissenschaft. Wiesbaden: Springer, S. 3-76.
- Napier-Moore, R. (2010): Research into Action. In: Alliance News. Principle and Practice. GAATW-IS Reflections on Feminist Participatory Action Research H. 34, S. 26-29.
- Samerski, S. (2019): Health literacy as a social practice: Social and empirical dimensions of knowledge on health and healthcare. In: Social Science & Medicine 226, S. 1-8.
- Scherr, A./El-Mafaalani, A./Gökçen Yüksel, E. (Hrsg.) (2017): Handbuch Diskriminierung. Wiesbaden: Springer.
- Stadt Bochum (2017): Basisgesundheitsbericht Bochum 2017. Dezernat für Soziales, Jugend und Gesundheit, Britta Anger. Gesundheitsamt Stabsstelle Gesundheitsberichterstattung/Gesunde Stadt Bochum Dr. Ralf Winter/Michael Sprünken.
- von Unger, H. (2012): Partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran? In: Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research 13 (1), Art. 7, www.nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs120176 (Abfrage: 31.03.2021).